

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**  
**FACULTAD DE PSICOLOGIA**



**CONTROL PSICOLOGICO DE PRE-ESCOLARES CON  
PARALISIS CEREBRAL MEDIANTE LA PRUEBA DE  
P.A.R. DE E.A. DOLL**

**T E S I S**  
**PARA OBTENER EL TITULO DE**  
**LICENCIADO EN PSICOLOGIA**  
**P R E S E N T A**

**AIDA ARACELI MENDOZA IBARROLA**

**ASESOR ACADEMICO**  
**LIC. ALMA MIREYA LOPEZ-ARCE C.**

**México, D. F.**

**1981**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

FACULTAD DE PSICOLOGIA



25053.08

UNAM.103

1981

ej. 2

M-34364

fps. 792a

A MIS PADRES:

SR. RAFAEL ANGEL MENDOZA Y JOYA

Y

SRA. ESPERANZA IBARROLA DE MENDOZA

Lograr que emerjan las palabras y plasmarlas en un papel, es tarea difícil para mi que intento manifestar todo mi agradecimiento.

Mi esfuerzo resumido en esta tesis, representa la mínima parte de lo que se merecen por el apoyo y cariño que me han brindado.

A MI HIJO:

RAFAEL ANGEL

Que es el estímulo y razón  
de todos mis esfuerzos  
Con todo mi amor.

A MIS HERMANOS:

VICTOR, IGNACIO, ROSALINDA Y LOURDES

Por el cariño y amor que siento por ellos; por la comprensión y apoyo que me han brindado



A MIS AMIGAS:

LEONOR, BRISEIDA Y ALICIA

Porque con ellas he compartido  
siempre penas y alegrías.

CON ESPECIAL CARINO AL

DR. JULIAN MAC GREGOR

Por la orientación, ayuda,  
comprensión y confianza que  
me ha brindado.

CON MI MAS PROFUNDO AGRADECIMIENTO A:

LIC. ALMA MIREYA LOPEZ-ARCE CORIA

Por su valiosa aportación en la elab-  
oración y dirección de esta tesis  
y sobre todo por su amistad.

A TODOS MIS COMPAÑEROS

DE GENERACION:

Por el compañerismo y amisad  
que me brindaron

# I N D I C E

CAPITULO		HOJA
	INDICE	4
I	INTRODUCCION	5
II	MARCO TEORICO	9
	1.- Programa de Estimulación Múltiple	23
	2.- Participación del Psicólogo en el Programa de Estimulación Múltiple	26
III	METODOLOGIA	35
	1.- Resultados	46
IV	CONCLUSIONES	58
V	APENDICE	60
VI	BIBLIOGRAFIA	69

## INTRODUCCION

Cuando me encontraba al final de la carrera y aún sin saber que hacer respecto al tema de tesis, y teniendo en cuenta que el área de Psicología Clínica es la que me ha interesado desde siempre, me dí cuenta que la importancia científica que se le ha dado a la Psicología en general es muy reciente, ya que se trata de una ciencia joven.

La Psicología en sus diferentes ramas tiene su foco de estudio en el hombre y se considera que éste es una unidad bio-psico-social resultante de la interacción de estos factores y que éstos a su vez integran una unidad dinámica que busca la adaptación del organismo en cada momento.

Cualquier alteración en alguno de estos tres factores repercutirá en la globalidad de la estructura viviente en una o varias de sus funciones en forma directa.

Las estadísticas recientes, sitúan a la Parálisis Cerebral en el segundo lugar dentro de los 20 diagnósticos de invalidez más frecuentes en la República Mexicana. (ver Tabla 1)

Teniendo esto en cuenta y dada la gran cantidad de personas que en un momento dado llegan a padecer una Parálisis Cerebral ó un Retraso Motor, centré esta investigación en niños a los cuales se les ha detectado a tiempo este padecimiento porque creo que la reeducación debe empezar lo más pronto posible para que su rehabilitación tenga un mayor éxito y porque la mayor incidencia de este padecimiento se encuentra en los períodos comprendidos de uno a cuatro años y de cinco a 14 años. (ver Tabla 2)

TABLA 1

VEINTE PRINCIPALES DIAGNOSTICOS DE INVALIDEZ EN LA  
REPUBLICA MEXICANA 1977-1981

No.	No. de Casos	%
1.- Poliomielitis	1589	10.9
2.- Parálisis Cerebral	1559	10.6
3.- Amputación de Extremidades	1246	8.5
4.- Hemiplejia	797	5.4
5.- Deficiencia Mental	786	5.4
6.- Hipoacusia	753	5.1
7.- Daño Cerebral	605	4.1
8.- Anquilosis	573	3.9
9.- Retraso del Desarrollo Psicomotor	541	3.7
10.- Parálisis Facial	442	3.0
Los demás diagnósticos	3018	19.7
T O T A L E S	14,642	100 %

FUENTE: REGISTRO NACIONAL DE INVALIDOS

TABLA 2

DISTRIBUCIÓN DE LOS PARALITICOS CEREBRALES SEGUN GRUPOS DE EDAD, 1978-1981								
GRUPOS DE EDAD	1978		1979		1980		1981	
	No.	%	No.	%	No.	&	No.	%
- 1	13	2.54	-----		-----		7	1.04
1- 4	205	10.04	380	53.67	161	46.53	292	43.58
5-14	236	46.09	274	38.70	163	47.11	286	42.69
15-24	53	10.35	39	5.51	19	5.49	63	9.40
25-44	5	0.98	13	1.84	3	0.87	20	2.99
45-64	-----		2	0.28	-----		2	0.30
65 y más	-----		-----		-----		-----	
TOTAL	512	100%	708	100 %	346	100 %	670	100 %

FUENTE: REGISTRO NACIONAL DE INVALIDOS

Ya que uno de los aspectos nuevos más significativos en nuestra cultura occidental es el papel cada vez más importante que juegan las instituciones educacionales en el desarrollo del niño, más y más padres solicitan programas de educación temprana para sus hijos y al mismo tiempo indagan todo tipo de información confiable ( y muchas veces no tan confiable ) relacionada con el desarrollo del niño.

Es cada vez más importante considerar qué es lo que caracteriza a un programa educacional que es "correcto" y "efectivo" para niños pequeños incapacitados. Pues son para ellos que se han elaborado pocos programas de entrenamiento en educación temprana. Esta laguna es la que trata de llenar la Escuela de Párvulos Multi-incapacitados.

Los niños pequeños son más receptivos a un ambiente de depresión o de estímulo. La relación de la madre con el niño durante el primer año de vida es una gran determinante en el estilo de aprendizaje que tiene el niño (un aprendizaje pasivo ó activo). La cualidad de la interacción de la figura del adulto con el niño es una gran determinante de la forma en que el niño es capaz de responder al ambiente y a sí mismo.

GENERALIDADES SOBRE LA PARALISIS CEREBRAL

Poco a poco el término Parálisis Cerebral ha ido cobrando significado, sobre lo que este padecimiento es y todas las diferencias existentes entre las personas "normales" y las que padecen Parálisis Cerebral.

Como su rehabilitación es una de las más complejas se necesita conocer más de cerca el problema por lo que a continuación expondremos brevemente un panorama de su etiología, síntomas, el tratamiento rehabilitatorio normal y el tratamiento rehabilitatorio de Modalidad Cruzada.

A) DEFINICION.-

"Parálisis Cerebral es un grupo de síndromes caracterizados por la lesión cerebral de tipo irreversible, no progresivo, ocurrido durante los períodos de gestación, natal o post-natal que trae como consecuencia anomalías en la postura y/o movimiento y que puede acompañarse de defectos perceptivos, visuales, auditivos y/o de lenguaje, así como debilidad mental y convulsiones en diferentes grados y combinaciones. (O.M.S.)

B) ETIOLOGIA.-

Se han establecido diferentes factores como causas de la Parálisis Cerebral.

(a) Factores Predisponentes.- Como son: edad de la madre, número de embarazo del que procede el caso, complica-

ciones en embarazos previos, embarazo gemelar, etc.)

b) Factores Pre-natales.- Como las enfermedades del Sistema Nervioso Central, infecciones durante el embarazo, alteraciones metabólicas, prematurez, radiaciones, incompatibilidad sanguínea, traumatismos, etc.)

c) Factores Peri-natales.- Como la analgesia y anestesia durante el parto, presentación del producto durante el parto, trabajo de parto, maniobras de atención del parto, complicaciones del parto, anoxia neonatal, complicaciones del producto, forceps mal aplicados, etc.)

d) Factores Post-natales.- Como infecciones meningoencefalíticas, traumatismos craneoencefálicos, accidentes cerebrovasculares, neoplasias, lesiones cerebrales por hipertermia y desequilibrio hidroeléctrico, etc.)

### C) FORMAS CLINICAS Y DISTRIBUCION TOPOGRAFICA.-

Los trastornos motrices van a depender de la región del cerebro que haya sido afectada y en esa forma se aceptan diferentes tipos clínicos de trastornos neuromusculares:

a) ATETOSIS.- Por lesión de los ganglios basales y otras partes del tracto piramidal.

b) ESPASTICIDAD.- Debido a la lesión de las áreas motoras corticales y de las fibras correspondientes en la sustancia blanca.

c) ATAXIA.- Por la lesión en el cerebelo ó en sus vías aferentes y eferentes.



d) TEMBLOR.- Por la lesión del tracto extrapiramidal.

e) RIGIDEZ.- Por lesión extensa del sistema extrapiramidal.

f) MIXTA.- Por la combinación de cualquiera de las lesiones enumeradas anteriormente con predominio de alguna de ellas.

Es conveniente determinar el grado de severidad del padecimiento, lo que a su vez nos indicará el tipo de cuidado o terapéutica más conveniente, encontrando así que :

10 % de pacientes no necesitan tratamiento ( 15 )

32 % de pacientes necesitan mínimo tratamiento

32 % de pacientes necesitan terapéutica especializada

8 % de pacientes necesitan asistencia institucional

18 % de pacientes no es susceptible de recuperación ( 1 )

De acuerdo con el coeficiente intelectual del paciente cabría clasificarlo en tres grupos :

1) Pacientes Educables (escolaridad y oficio).

2) Pacientes entrenables en actividades de la vida diaria.

3) Pacientes custodiables (Tratamiento Institucional).

Las alteraciones motoras antes mencionadas pueden involucrar las extremidades en distintas distribuciones topográficas, dando lugar a cuadros de:

- I) Cuadriplejia.
- II) Triplejia.
- III) Paraplejia.
- IV) Hemiplejia.
- V) Diplejia.
- VI) Monoplejia.

D) GRADOS DE SEVERIDAD DE LA PARÁLISIS CEREBRAL.-

La severidad de los trastornos motores es variable, abarcando desde las formas más leves que prácticamente no requieren ningún tratamiento, hasta aquellas más graves en las cuales el paciente necesita depender de otras personas para sus cuidados personales. Si se clasifica la Parálisis Cerebral por grados de severidad, se pueden obtener los siguientes grupos:

- a) Parálisis Cerebral Ligera.
- b) Parálisis Cerebral Moderada.
- c) Parálisis Cerebral Severa. (4 )

El desarrollo normal de la motricidad no es sino el despliegue gradual de las aptitudes latentes del niño, los primeros movimientos elementales del recién nacido van cambiando y adquiriendo complejidad y variación.

Los cambios más grandes y acelerados ocurren en los primeros 18 meses de la vida, lapso en el que se cumplen las etapas más fundamentales e importantes del desarrollo.

Las características de los patrones anormales del desarrollo del niño parálítico cerebral son bastante previsibles, pero difieren según los diversos tipos de Parálisis Cerebral y por ello no se conocen bien.

La causa principal del atraso del niño en alcanzar ciertas actividades características propias de su edad no sólo es el retardo sino su estado patológico, o sea su déficit neurológico. Esto se pone de manifiesto en diversos tipos de tono postural anormal — flacidez, espasticidad, rigidez o tono fluctuante del grupo atetoide — y en patrones anormales de postura y movimiento.

En la Parálisis Cerebral el desarrollo debe estimarse en términos de las alteraciones posturales y de movimiento, ya que estas son las que nos dan las bases para la clasificación clínica de los pacientes y para las diferentes técnicas de tratamiento por lo que las mencionaremos brevemente:

— TONO MUSCULAR.— Es un estado de contractilidad característico del músculo que puede estar aumentado (hipertonicidad) o disminuido (hipotonicidad).

El exámen del tono muscular es de primordial impor

tancia y se hace tanto en reposo como en movimiento para observar cualquier anomalía. (17)

— REFLEJOS.- Pueden definirse como "respuestas motoras involuntarias a estímulos sensitivos" (17), y son de hecho mecanismos innatos. Es importante determinar el tiempo en que los reflejos están presentes normalmente puesto que al ir madurando el Sistema Nervioso algunos reflejos primitivos deben desaparecer para dejar lugar a los reflejos condicionados y acciones voluntarias.

— COORDINACION.- La coordinación en el área motora, está regulada primariamente por el cerebelo y si se altera su función podremos apreciar modificaciones importantes en los movimientos voluntarios como son: ataxia, dismetría, adiadocinesia, temblor y rebote.

La incoordinación en la actividad normal del paciente consiste en los errores de rapidez, dirección, amplitud, fuerza y precisión del movimiento, en especial el fino.

— VELOCIDAD DE MOTILIDAD ALTERNA.- Pueden ser muchas las causas de las alteraciones en la velocidad de la motilidad alterna, pero por ser muy evidente en enfermedades que presentan espasticidad y rigidez es importante examinarla como síntoma significativo en la Parálisis Cerebral Infantil.

— MOVIMIENTOS INVOLUNTARIOS.- Los movimientos involuntarios son anormales y se presentan con frecuencia en la Parálisis Cerebral Infantil, se pueden observar en ellos diferentes características: la amplitud del movimiento, la duración, la uniformidad o variabilidad del patrón y la influencia que en ellos son factores importantes como la postu

ra, tensión emocional, ejercicio, etc.

Se puede observar que estos movimientos desaparecen o por lo menos disminuyen durante el sueño. (12)

Además de los problemas ya mencionados, encontramos en los pacientes con Parálisis Cerebral Infantil alteraciones tanto anatómicas como fisiológicas, afectando diferentes áreas corporales, mencionaremos algunas de ella:

- CRISIS CONVULSIVAS.- Se presentan en los pacientes con Parálisis Cerebral Infantil con características variables. Podemos considerarlas como tormentas cerebrales, breves, estereotipadas, con principio brusco e irreversible que no tienen relación directa con la actividad del paciente.

Son tres veces más frecuentes en pacientes espásticos que en pacientes atetósicos, y es importante evitarlas principalmente por tres razones:

- Obstaculizan el aprendizaje.
- Peligro de lesiones en las caídas.
- Aumentan el deterioro mental.

- PROBLEMAS AUDITIVOS.- En la Parálisis Cerebral Infantil es frecuente que se presenten alteraciones auditivas de diversa índole. Y deben detectarse lo más tempranamente posible con el fin de adaptarles prótesis auditivas, lo que evitará que se agudicen sus problemas de lenguaje y percepción.

Dentro de los programas de terapia auditiva y de lenguaje de pacientes hipoacúsicos, se recomienda reiteradamente que nunca se les facilite el entendimiento por medio de mímica, ya que esto dificultará enormemente su proceso de rehabilitación.

— LENGUAJE.— Los problemas del lenguaje pueden tener muy diversas causas y según su etiología quedará determinada su terapéutica, pero, en niños con Parálisis Cerebral se requiere de una terapia de lenguaje especializada en esta área y que se trabaje en estrecha colaboración con los demás miembros del equipo multidisciplinario que atienda a la rehabilitación integral del paciente.

La mecánica del lenguaje es eminentemente muscular, pero su desarrollo exige la coordinación del Sistema Nervioso Central y del Sistema Nervioso Autónomo, además de contener un importante componente emocional.

Debido a lo anterior y de acuerdo al grado de severidad de la Parálisis Cerebral Infantil se recomienda desde gestos, señas y actitudes (al iniciar el tratamiento) hasta el entrenamiento de algún miembro del cuerpo que el paciente sea capaz de aprender a controlar.

Entre las alteraciones del lenguaje más frecuentes que pueden presentarse en el paciente de Parálisis Cerebral Infantil se encuentran :

a) Dislalias.— comprenden el defecto de la pronunciación.

b) Disartrias.— Se refiere al trastorno de los movimientos articulatorios que obedecen a una modificación de

la función neuromuscular.

c) Disritmias.- Es una alteración en el ritmo del habla.

d) Disfonías.- Son los defectos que se presentan en la voz debidos a las anomalías laríngeas o respiratorias.

— ALTERACIONES PERCEPTUALES.- Dentro de la teoría de la Gestalt, se considera a la percepción "como un proceso psicológico, interpretador de la información", este proceso depende a su vez de la integración del Sistema Nervioso junto con todo el organismo; así pues se maneja el término de percepción como un fenómeno psicológico que el propio individuo maneja, organiza e interpreta. (16) 6

En la Parálisis Cerebral se encuentra alterada esta capacidad, es decir, no integra lo que percibe como una unidad, sino que existe una disociación que se manifiesta en la incapacidad de conceptualizar cosas separadas para unir-las en un todo reconocible (7)<sup>7</sup>; de tal manera, que al observar la evaluación de la percepción visual en sus cinco áreas estudiadas por Marianne Frostig, se encuentran alteraciones en el rendimiento del Parálítico Cerebral Infantil en cualquiera de ella: coordinación visomotora, discriminación figura-fondo, constancia de formas, posición en el espacio y relaciones espaciales.

— PROBLEMAS OCULARES.- Los defectos oculares en la Parálisis Cerebral pueden tener diversos orígenes, ya que la alteración muscular — característica importante de este padecimiento— también afecta a los músculos y por lo tanto a los movimientos de los ojos, provocando problemas como estrabismo (9)<sup>9</sup>, limitación de la velocidad para seguir los objetos (15) y falta de eficacia en los movimientos convergentes (9).

El defecto ocular más frecuente es el estrabismo , que trae como consecuencias secundarias trastornos de: coordinación ojo—mano , dificultad en la distinción de figura—fondo, dificultad en la percepción de profundidad y dificultad en la distinción de la forma.

—PROBLEMAS DE ALIMENTACION.—Entre los signos más tempranos de deficiencia del Sistema Nervioso Central podemos encontrar la incoordinación de los labios, lengua, paladar y faringe. En la dinámica de la cavidad oral, están implicados diversos grupos musculares, que pueden tener alteraciones tónicas y sinérgicas, provocando problemas de diferentes índoles y grados, que varían, desde una oclusión provocada por los músculos faríngeos hipertónicos, hasta una hipotonicidad que impida el uso correcto de estas estructuras, lo que provocaría a muy temprana edad deficiencias nutricionales importantes que se sumarían al estado patológico general del paciente.

Al tomar en cuenta todo lo hasta aquí descrito, se captan mejor las razones del retardo del desarrollo , a la vez que se valora la índole de la incapacidad del niño con Parálisis Cerebral, que nos servirá como una guía adecuada para emprender el tratamiento.

En la Parálisis Cerebral Infantil, en que el tono postural y la coordinación son anormales, la práctica y el refuerzo exclusivos en el tratamiento de una o dos actividades, ejecutadas de maneras anormales durante un tiempo prolongado, impiden el progreso o convierten toda actividad nueva en una simple modificación de los patrones anormales originales. En el niño espástico esto conduciría a contracturas y deformidades. En el niño atetoide y en el niño atáxico esto es de menor peligro por la gran variedad de patrones posturales.



El diagnóstico de Parálisis Cerebral, es muy difícil en lactantes menores de cuatro meses, e inclusive en los de seis, si el problema es ligero. Esto sucede porque el niño muy pequeño por lo general no manifiesta tanto su anormalidad. Los signos consisten principalmente en retardo del desarrollo motor y persistencia de reacciones primitivas.)

Mucho mayor es el problema del diagnóstico diferencial, es decir, el diagnóstico del tipo de Parálisis Cerebral, pues se ha visto que en la práctica se ha llegado a diagnosticar una cuadriplejia espástica y resulta que es atética.

También suele ser difícil anticipar el grado de compromiso del cuerpo del lactante, ya que muchas veces se diagnostican monoplejias, que con el correr del tiempo resultan ser hemiplejias.

Es muy frecuente que las diplejias espásticas se diagnostiquen tardamente, cuando se observa que el niño tarda en sentarse hacia los nueve meses de edad; en los casos más ligeros a veces el diagnóstico se hace a los 18 meses, cuando el niño debería caminar.

La detección de Parálisis Cerebral en niños es realizada por los Médicos Pediatras, Médicos Generales y a veces por las propias madres, observándose en estos niños un retraso, detenimiento o desorganización anormal en el desarrollo.)

Tradicionalmente los niños con Parálisis Cerebral al ser detectados son enviados al Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación, ahí van pasando a cada uno de los Servicios de Especialización: Medicina Física y Rehabilitación ,

Ortopedia, Neurología, Pediatría, Psiquiatría, Odontología , Higiene Mental, Electroencefalografía, y a los Servicios Paramédicos como son los de Terapia (Física, Ocupacional y de Lenguaje), Psicología, Trabajo Social, Rayos X y Escuela.)

La forma de manejo del paciente es:

1.- Preconsulta

2.- Consulta

3.- Interconsultas (señaladas por el Médico)

4.- Después de que son obtenidas las valoraciones a que fué sometido el paciente se formula un Plan de Rehabilitación que cada departamento llevará a cabo según las necesidades del paciente y las de la especialidad (cupos, carga de trabajo).

5.- Control periódico de cada uno de los casos en cada servicio.

En este paso es cuando se decide si el paciente puede ser admitido en el Programa de Estimulación Múltiple

A los niños que no entran a este programa por diversas razones (edad, grado de incapacidad, gráfica de desarrollo) se les envía al tratamiento tradicional, este consiste en :

a) REHABILITACION FISICA: va dirigido a lograr la autosuficiencia del inválido en el desempeño de las actividades cotidianas de cuidado personal, traslación y comunicación, y sus objetivos son:

- a.1. Prevenir y corregir deformidades
- a.2. Facilitar su cuidado e higiene
- a.3. Aliviar el dolor
- a.4. Estimular el desarrollo motor
- a.5. Mejorar la función muscular
- a.6. Conseguir ambulación independiente
- a.7. Obtener la máxima función de ambas manos
- a.8. Entrenar las actividades de la vida diaria
- a.9. Corregir defectos posturales
- a.10. Facilitar el tratamiento educativo

Esta labor es llevada a cabo por médicos especialistas en rehabilitación, ortopedistas, neurólogos, terapeutas físicos, terapeutas ocupacionales, terapeutas del lenguaje.

✓ b) REHABILITACION PSICOLOGICA: tiene como propósito primordial la rehabilitación integral del niño, es decir, conseguir el ajuste de los problemas emocionales del Parálisis Cerebral. Dentro de sus funciones básicas tenemos:

- b.1. Determinar Coeficiente Intelectual
- b.2. Determinar Nivel de Maduración
- b.3. Detectar problemas emocionales
- b.4. Orientación a los padres de los niños con Parálisis Cerebral
- b.5. Psicoterapia (en casos especiales)

b.6. Selección de los niños, candidatos a la escuela y prevención de problemas de aprendizaje

b.7. Canalización de los rehabilitados a Centros de Adiestramiento.

Los psicólogos tienen aquí un gran campo de acción dada la importancia de esta tarea y que no ha sido aprovechado .

✓ c) REHABILITACION SOCIAL: está dirigida a conseguir la incorporación del inválido a la familia y a la comunidad para obtener su aceptación y colaboración en el proceso rehabilitatorio. Esta función tan compleja la realizan los psicólogos y las trabajadoras sociales.

✓ d) REHABILITACION EDUCATIVA: tiene como propósito el proporcionar al Parálítico Cerebral los elementos de la cultura necesaria para su mejor desenvolvimiento. En esta área el profesor abarca las especialidades del aparato locomotor, deficiencia mental y problemas de aprendizaje.

✓ e) REHABILITACION PROFESIONAL: capacita al Parálítico Cerebral en el trabajo de acuerdo a sus aptitudes y capacidades residuales y finalmente consigue la colocación de éste en un empleo adecuado. Aquí también es básica la intervención del psicólogo como Consejero Vocacional.

Al ser el hombre la unidad bio-psico-social por excelencia, y tomando en cuenta que al romperse este equilibrio lo que se presenta es patología en mayor o menor grado, el Programa de Estimulación Múltiple (P.E.M.) funciona en el Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación desde hace aproximadamente cinco años, se le conoce con el nombre de Modalidad Cruzada y se basa en el trabajo interdisciplinario de sus componentes: Médicos, Psicólogos, Trabajadoras Sociales, Foniatras, Maestros de Educación Especial y Terapistas Físicos y Ocupacionales.

Este programa está basado en experiencias obtenidas por varios centros de servicios para niños incapacitados en los E.E.U.U. como son: Nueva Orleans, U.C.L.A., Marin -- Country, Iowa y Meeting Street, en donde se han obtenido resultados positivos de su funcionamiento.

Los factores que determinaron los servicios con que cuenta el P.E.M. son :

1.- La detección temprana creciente de los casos de incapacidad por lesión cerebral y problemas psicomotores.

2.- La constatación de los buenos resultados en ca sos de tratamientos precoces.

3.- La dificultad en establecer a temprana edad pronósticos acertados a largo plazo.

4.- El conocimiento de la determinante que resulta de la interacción PADRES-HIJOS en etapas tempranas para la

madurez integral del ser humano.

6.- La necesidad de estudiar documentos, procedimientos y experiencias que sean útiles en estos casos.)

Considerando los conocimientos actuales sobre la vida intrauterina, la vida del neonato y la primera infancia es evidente la importancia de no dejar al azar y muy especialmente en los casos probables o comprobados de trastornos del desarrollo, el desenvolvimiento integral y armónico de los niños.

La vida es movimiento y ya desde el seno materno se manifiesta con claridad este enunciado. Desde este estándar ha sido posible constatar que el feto es capaz de percibir estímulos de diferente índole y responder a ellos. (En el recién nacido la inmovilidad permaneciendo varias horas en una misma postura y las faltas de contactos afectivos y personales son factores que retardan el desarrollo psicomotriz de un bebé, siendo por tanto primordial proporcionarle un trato que incluya todas las oportunidades para desarrollarse adecuadamente, teniendo cuidado de no usar la fuerza para cambiar el ritmo de lo que crece porque en realidad lo destruiría. Hay que dar al niño una "situación ventajosa" poniendo a su alcance las oportunidades que necesita.

(Son de primordial importancia las actitudes y reacciones de los padres ante una situación dada como es la de tener un niño incapacitado. La presencia y participación activa de los padres de familia es sumamente trascendental, porque hace posible la realización de las actividades en el hogar incluidas en el programa de trabajo mensual que deberá realizarse en la casa con el paciente. Para ello se proporciona a los padres de estos niños asesoramiento individual y grupal, lo que repercutirá en el niño como un trato rico en

estímulos que le abrirá nuevas perspectivas para que sean adecuadamente aceptados en la sociedad y se les proporcione de acuerdo con las condiciones concretas de cada uno y sus posibilidades , oportunidades para ser independientes y útiles.)

Periódicamente se revisan en juntas de valoración los logros de cada niño, determinando éstas el cambio de tratamiento, y en algunos casos la necesidad de canalizar al menor a otro sistema o aún a otra institución.

Los criterios de admisión al P.E.M. son:

- 1.- Edad cronológica que debe ser entre 18 meses como mínimo y cinco años como máximo.
- 2.- Diagnóstico de pacientes con lesión cerebral de cualquier tipo, que pertenezcan al grupo de los educables en adelante.
- 3.- Que su gráfica de desarrollo muestre funciones intelectuales más elevadas que las funciones físicas y sociales.
- 4.- La actitud de los padres de los menores debe ser la de que acepten conscientemente el ingreso de su hijo al P.E.M., puesto que esto crea obligaciones: llevar al niño diariamente; que estén presentes en las sesiones de la escuela de padres; que apoyen en casa con actitudes, trabajo, material y equipo el programa que su niño está recibiendo; y que lleven a su niño a todas las interconsultas y estudios que sean necesarios.)

PARTICIPACION DEL PSICOLOGO EN EL  
PROGRAMA DE ESTIMULACION MULTIPLE

Para lograr el diagnóstico integral del niño, es necesaria la intervención de varios especialistas entre los cuales el Psicólogo Clínico juega un papel muy importante.

Su participación dentro del P.E.M. se enfoca en cinco actividades en especial:

- 1.- Evaluación.
- 2.- Diagnóstico.
- 3.- Elaboración de programas para seguimiento de terapia en el hogar.
- 4.- Orientación.
- 5.- Revaloración.

EVALUACION Y DIAGNOSTICO

Actualmente la mayoría de los investigadores del desarrollo normal del niño, están de acuerdo en que hay un estrecho paralelismo entre las funciones psíquicas y las funciones motoras, las cuales son elementos fundamentales de la actividad social y del comportamiento humano. Rudimentarias en el nacimiento evolucionan durante la infancia y se desarrollan estrechamente conjugadas al comienzo, sufriendo después integraciones más jerarquizadas y sectores más perfeccionados.

Cada etapa, cada grado de su organización es la expresión inmediata de relaciones que son establecidas entre el individuo y el medio, así vemos que gracias a la integración del reflejo de prensión al desarrollo, se llevan a cabo las manipulaciones que permiten al niño penetrar en el espacio de



los objetos, descubriendo las primeras nociones espaciales: dentro, fuera, arriba, abajo, etc. La percepción del color, está unida a la sensación visual, pero la experiencia visual es al mismo tiempo una experiencia activa y será más asimilada cuanto más asociada haya estado a la acción corporal; gracias a los primeros desplazamientos como el arrastrarse, gatear, marcha, etc; el niño es capaz de construir sus relaciones espaciales: cerca, lejos, nociones de límites, etc. Gracias a la experiencia muscular y cinestésica íntimamente ligada a la integración de su imagen corporal se establece la organización del espacio y la conquista del mismo.)

La elaboración de las nociones de tiempo pasa gradualmente por las mismas fases de desarrollo, Gesell afirma "que la apreciación del tiempo y del vocabulario temporal depende de la capacidad motriz y del control de sí mismo"

La actividad corporal basada en la coordinación general de las acciones prepara al niño en los primeros elementos lógicos como el número, formas, áreas, etc.

(Las palabras antes de ser expresión de deseos e instrumentos del pensamiento como refiere Piaget, son en un principio una prolongación del gesto.)

Así poco a poco y gradualmente el niño va tomando conciencia, adquiere conocimiento y progresivamente dominio de los elementos que constituyen el mundo de los objetos, gracias a sus desplazamientos y a la coordinación de sus movimientos, en concreto: gracias al uso cada vez más diferenciado y preciso de su cuerpo.

(En el desarrollo general del niño tres aspectos esenciales están íntimamente ligados entre sí: Madurez, Cognición y Afectividad. De lo anterior se resume que el niño dota

do de todas sus posibilidades para moverse y descubrir el mundo, es normalmente un niño adaptado.

Es aquí donde cabe definir el concepto walloniano "integración funcional" que expresa la forma en que se efectúa el pasaje de uno a otro estadio y en el cual se asienta que los estadios no se hallan en continuidad de los unos en relación con los otros. Las actividades más primitivas van siendo dominadas progresivamente por las actividades más recientes y se integran a ellas en forma más ó menos completa; esta nueva forma de comportamiento no simplemente suprime a la antigua, sino que la reorganiza. Debe por lo tanto constituirse a expensas de reacciones anteriores que organiza de diferente manera.

La perturbación de cada uno de estos elementos ( Maduración, Cognición y Afectividad ) determinará una forma particular de deficiencia motriz; por lo que una evaluación de cada una de estas áreas en donde el terapeuta físico, ocupacional, de lenguaje y educacional, pueden situarse para iniciar así un tratamiento más eficaz.

Consideramos a la maduración como un proceso que abarca gran parte del potencial biológico, evidenciable en cualquier momento del ciclo vital y supeditado a la calidad de sus genes y al medio en que se desenvuelve. La maduración condiciona el aprendizaje y existe entre ellos una interacción y una interdependencia, pero resulta ventajoso dar prioridad al proceso de maduración, ya que éste se inicia antes del aprendizaje, a través de los padres y en el momento de la fecundación, constituye la base en que deberá asentarse el aprendizaje y sin él no existe la posibilidad de aprender.

Para evaluar las funciones referentes a la maduración es preciso contar con técnicas específicas, pruebas, exámenes y cuestionarios especiales que permitan ubicarnos en una edad clave de desarrollo, si se desea influir en forma decisiva en la calidad del proceso del aprendizaje.

El proporcionar los niveles de madurez, es con el fin de que los terapeutas perciban con precisión el perfil de cada niño, así podrá reconocer si hay retraso en alguna área para estimular su desarrollo, o si hay índices superiores a la edad cronológica para no frenar, sino aprovecharlos para lograr un equilibrio más consecuente.

Cualquier intento de describir o señalar niveles de madurez, tropieza con graves problemas, pues sabemos perfectamente que el hombre actúa como un todo, que ante cualquier estímulo, responde como una unidad y que en la acción provocada por cualquier impulso, en mayor o menor grado, intervienen todas sus potencialidades. Por esto, para poder comprender esta acción tan perfectamente integrada, tenemos que analizarla y al evaluarla hay necesidad de dividirla en diferentes aspectos para entender su interacción y su interdependencia.

Para evaluar los procesos cognoscitivos es menester contar con material indispensable que aporte datos aproximados del rendimiento intelectual, de edades perceptivas y nivel lingüístico. Cabe aclarar que el Coeficiente Intelectual arrojado por las pruebas de inteligencia no es muy importante de tomar en cuenta en los niños con Parálisis Cerebral, ya que es poco confiable, debido a la ausencia o pobre respuesta verbal y/o motora que presentan estos pequeños, prefiriendo en este caso interpretar la prueba como un auxiliar en la detección de problemas perceptuales que nos dan la pauta de un problema de Integración Sensorial.

La percepción puede definirse como el proceso por medio del cual, el individuo extrae información del ambiente que lo rodea, empieza como una simple acción refleja al nacer y crece a través de la maduración y del aprendizaje.

La percepción, el aprendizaje y el pensamiento es tán íntimamente ligados y se les ha denominado procesos cognoscitivos, puesto que están relacionados con el conocimiento

El aprendizaje se considera como la actividad mediante la cual esa información se adquiere a través de la experiencia y pasa a formar parte del repertorio del individuo. El pensamiento es una actividad cuya realización inferimos : cuando un organismo se ocupa de solucionar problemas.

Estos tres procesos son difíciles de separar en forma práctica para su evaluación, pero, por medio de técnicas específicas de exploración, podemos obtener la información ne cesaria para establecer una edad base y así situarnos en una norma filogenética y ontogenética.

Las sensopercepciones nos ponen en contacto con el mundo y nos dan la base para que funcione la actividad ner viosa superior, al recibirse los estímulos se transforman en energía nerviosa para que en forma de mensaje sean enviados hasta Corteza Cerebral, en donde se clasifican por el proceso de análisis-síntesis, que llevan a cabo los analizadores corticales de acuerdo a experiencias anteriores, esta integra ción sensorial es la base del conocimiento que nos permite en tender al mundo (gnosias y praxias).

El ambiente afectivo-emocional en el que se desa rolla el chico, las interacciones e interrelaciones de los diferentes miembros que constituyen la familia, el nivel socioeconómico y cultural de la misma, así como las constantes

frustraciones que sufre el niño debido a su incapacidad, influyen en gran parte para la adecuada integración de su personalidad y es por esto que la investigación de este aspecto debe llevarse a cabo para así poder formarse un juicio más claro sobre la totalidad del niño.

### ELABORACION DE PROGRAMAS DE CASA

Las pautas de tratamiento al equipo nuclear se basan principalmente en los resultados obtenidos en el estudio psicológico y de lenguaje, de esta manera proporcionamos la información recabada en la evaluación para la elaboración de los programas individuales de tratamiento en las diferentes áreas de terapias: física, ocupacional y educativa

Se hace énfasis en la terapia educativa que es la que va a promover mediante actividades glósicas, lúdicas, motoras y sensoperceptivas favorecer la integración bio-psico-social y coadyuvar al proceso rehabilitatorio. Aquí se hace incapié en la estimulación perceptual necesaria para la adecuada estimulación sensorial y se basa prácticamente en la estimulación esteroceptiva, interoceptiva y propioceptiva.

En el tratamiento esteroceptivo se aborda la visión en sus diferentes áreas, desde la más elemental, que son los movimientos oculares para el seguimiento de luces y objetos, hasta lograr gracias a la maduración la captación de: color, figura-fondo, forma, tamaño, posición, distancia, luminosidad, perspectiva y movimiento o reposo.

La estimulación auditiva se lleva a cabo mediante: sonidos, ruidos, palabra articulada, ritmo, punto de partida y dirección. Con las siguientes modalidades: intensidad, altura, timbre y duración.

Así desde la propia voz, las onomatopeyas, los instrumentos musicales, el caer del agua, el auto que pasa y todo lo que produzca sonido puede y debe ser utilizado.

Con la estimulación táctil se enseña al niño a co  
nocer:

texturas: áspero, suave, etc.

temperaturas: frío, caliente.

presión

dolor.

El gusto y el olfato funcionan en forma conjunta y se lleva a cabo durante la hora del lunch, desde la reacción de agrado y desagrado a olores y sabores, hasta la discriminación correcta de los mismos.

La estimulación propioceptiva que nos informa sobre la posición de nuestros miembros y músculos del movimiento, del equilibrio, se llevan a cabo con actividades lúdicas que permiten organizar y elaborar secuencias de movimientos más ordenados, así como para favorecer el equilibrio.

Al unirse las sensaciones cinestésicas y táctiles se forma la percepción esterognósica, mediante la cual se enseña a conocer la naturaleza, la forma y propiedad física de los objetos sin auxilio visual. Se inicia de lo más simple que es el reconocimiento de objetos de uso diario, a lo más complejo que es la capacidad de describirla y compararla. Todas las sensopercepciones deben ser estimuladas armónica y si  
multáneamente y la terapeuta educacional enriquecerá los juegos educativos, graduará y diversificará su dificultad y mate  
rial. Dará la información necesaria para la formación de con  
ceptos básicos funcionales, la integración de la imágen corpo  
ral, la ubicación temporo-espacial, nociones básicas de cál  
culo, entrenamiento grafoperceptivo para lograr una correcta

direccionalidad. Todo esto con el fin de dar las bases para el tipo de escolaridad que el niño requiera posteriormente.

Para llevar a cabo esta terapia, es necesario un buen diagnóstico psicológico que permita conocer las características de la etapa evolutiva que el niño está viviendo y es así, como se pueden fijar los objetivos precisos que se logran mediante actividades verdaderamente didácticas, ya sea en forma individual o en grupo. Como nota aclaratoria cabe decir, que en este tipo de tratamiento se estimula motivando al niño a realizar algo, no se fuerza para que llegue a efectuarlo, pues debemos de tomar en cuenta que los estímulos prodigados a destiempo y sin medida, están contraindicados y son contra-productivos, además van en contra de la individualidad del pequeño y esto es de suma importancia para su estabilidad emocional.

En este caso también incluimos la orientación al equipo nuclear sobre el manejo de los problemas de conducta, así como los tipos de reforzadores más adecuados para incrementar su aprendizaje y facilitar su rehabilitación.

## ORIENTACION

La orientación se realiza en combinación con los servicios de Psicoterapia y Trabajo Social, así se proporciona a los padres ayuda para resolver los problemas familiares como son las actitudes inadecuadas hacia el niño, entre los que se encuentran con más frecuencia la sobreprotección y el rechazo. Se les orienta en problemas económicos determinados por cuestiones de tipo laboral, sobre centros que proporcionan la atención requerida para conservar la salud, se realizan canalizaciones de pacientes que por su edad y condición necesitan otro tipo de tratamiento como escuelas especiales, jardines de niños, tratamiento de rutina en el gimnasio o programa de casa.

Estos últimos son de especial interés porque dan a la familia la posibilidad de continuar el tratamiento en el hogar sin descuidar la atención familiar. El programa de casa se presenta en forma accesible, empleando materiales sencillos que estén al alcance económico de la familia, dando instrucciones claras y precisas.

## REVALORACION

La revaloración periódica de cada niño es indispensable para darnos cuenta del avance y progreso del niño, así como para excluir e incluir pautas de tratamiento al plan integral de rehabilitación que será modificable conforme a los logros del niño.

Una forma de demostrar objetivamente los avances de estos niños es realizando una gráfica de desarrollo individual o un perfil psicológico.

Consideramos que el papel del Psicólogo es fundamental en el Programa de Estimulación Múltiple, ya que proporciona muchos de los conocimientos de la totalidad obtenida en el estudio de los niños con Parálisis Cerebral y sin su intervención el tratamiento se vería incompleto e incluso rutinario.

Este programa se imparte a un grupo de niños cuyas condiciones económicas representan los estratos sociales más bajos de nuestro sistema económico, llevándose a cabo en el Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación dependiente de la S.S.A. por lo cual el nivel taxonómico de afectividad hacia los niños y hacia este trabajo necesitan y deben ser de los más elevados para proporcionar adecuadamente los servicios de asistencia.



CAPITULO III

METODOLOGIA

Siendo el Psicólogo Clínico el profesionalista que abordaba en forma global el desarrollo del menor, se solicitó al Departamento de Psicología la elección de un instrumento que evaluara en forma integral los procesos madurativos, cognoscitivos y sociales, así como el diseño de un Perfil de Desarrollo en el cual se pudiera observar objetivamente los avances del niño durante su estancia en el P.E.M.

Ante esta situación la Psic. Alma Mireya Lopez-Arce Coria, Jefe del Departamento de Psicología del Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación hizo una revisión de instrumentos para Diagnóstico del Desarrollo, presentando en su informe que entre las más usadas en nuestro medio estaban:

- Escala de Desarrollo de Gesell.
- Escala de Madurez Social de Vineland.
- Prueba de Desarrollo de Denver.
- Registro de Habilidades para Pre-Escolares de Edgar A. Doll.

Posteriormente estas pruebas se sometieron a consideración del resto del Equipo Interdisciplinario, quienes una vez conociendo las ventajas y desventajas de cada uno de los instrumentos, decidieron que la prueba de Edgar A. Doll reunía los requisitos necesarios para llevar a cabo el control del Proceso Rehabilitatorio.

Una vez elegida esta prueba, la Psic. Lopez-Arce encargada del programa, diseñó el Perfil de Madurez para la prueba, en virtud de que el instrumento carece de él.

De lo anteriormente expuesto se plantearon una serie de cuestiones que fungirán como hipótesis en esta investigación:

- H El P.A.R. es un instrumento psicológico que nos proporciona dinámicamente los progresos terapéuticos del niño con Parálisis Cerebral en forma integral, como una unidad bio-psico-social.
- H<sub>0</sub> El P.A.R. es un instrumento psicológico el cual no nos proporciona dinámicamente los progresos terapéuticos del niño con Parálisis Cerebral en forma integral, como una unidad bio-psico-social.
- H<sub>1</sub> El P.A.R. es un instrumento psicológico que proporciona los progresos terapéuticos del niño con Parálisis Cerebral solamente en las áreas físicas.
- H<sub>2</sub> El P.A.R. es un instrumento psicológico que proporciona los progresos terapéuticos del niño con Parálisis Cerebral solamente en las áreas intelectuales.
- H<sub>3</sub> El P.A.R. es un instrumento psicológico que proporciona los progresos terapéuticos del niño con Parálisis Cerebral solamente en las áreas sociales

## SUJETOS:

Se incluyeron en esta investigación a los 15 niños que asistían al P.E.M., los cuales previamente se habían seleccionado en base a los requisitos antes mencionados.

De este grupo inicial se dieron de baja como pacientes a cinco niños: dos por cambio de domicilio, dos por imposibilidad de asistir con la frecuencia necesaria y uno por defunción.

De este modo la población total fué de diez sujetos, distribuidos de la siguiente manera:

### DISTRIBUCION DE LOS

#### CASOS POR SEXO.

SEXO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Masculino	6	60 %
Femenino	4	40 %
TOTAL	10	100 %

## DISTRIBUCION DE LOS

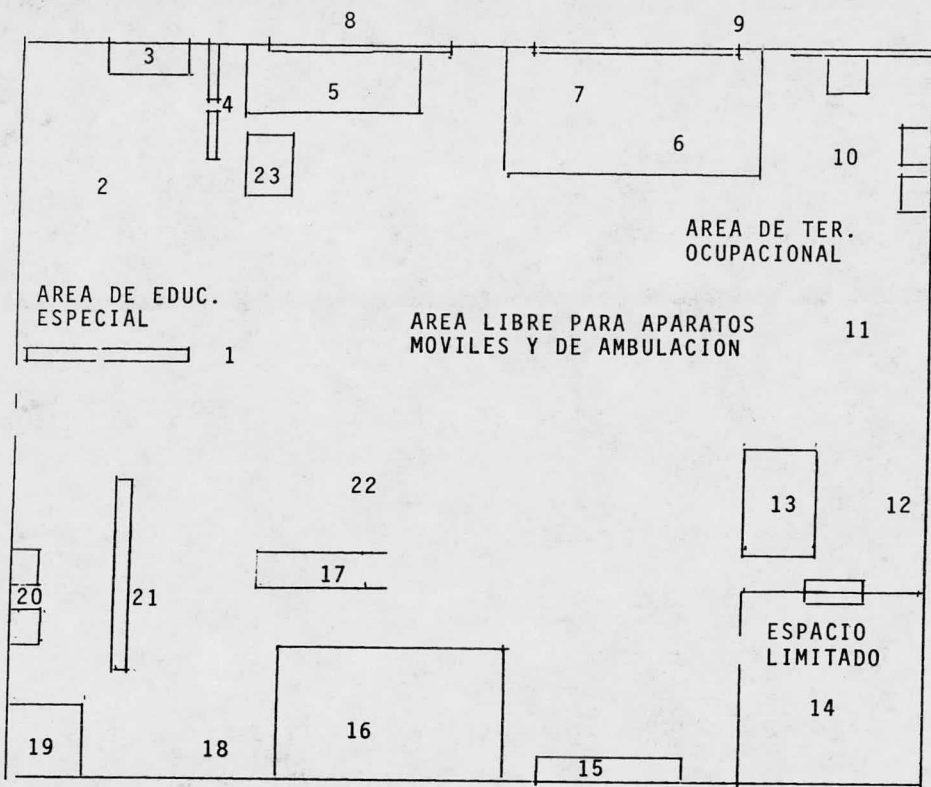
### CASOS POR EDAD.

EDAD	No. DE CASOS	%
2 años a 2 11/12 años	3	30 %
3 años a 3 11/12 años	5	50 %
4 años a 4 11/12 años	2	20 %
TOTAL	10	100 %

#### ESCENARIO:

El P.E.M. se desarrolla en "La Escuelita", en un área de 120 metros cuadrados, con piso de madera, situado dentro del área del Gimnasio del Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación, está aislada del mismo por medio de un cancel forrado con lámina de colores alegres y vivos que además de dar privacidad, proporciona la seguridad suficiente para permitir a los pequeños desplazarse sin riesgos dentro de ella.

Incluimos el esquema en donde se muestra la distribución de las áreas de trabajo y una lista del material mínimo indispensable con el que se labora:



**EQUIPO CONTENIDO PERMANENTEMENTE  
EN EL AREA DE TRABAJO**

- |   |  |
|---|--|
| 1.- C6moda  | 13.-Caja de arena                        |
| 2.- Mesa redonda y sillas                                     | 14.- Casita                              |
| 3.- C6moda y tocadiscos                                       | 15.- Banca de equilibrio                 |
| 4.- Espejos moviles   | 16.- Colch6n con base y cajones          |
| 5.- Colch6n inclinado   | 17.- Cilindro grande                     |
| 6.- Colch6n plano   | 18.- Tabla de balance                    |
| 7.- Cilindro  | 19.- Botador                             |
| 8.- Espalderas  | 20.- Peras de box                        |
| 9.- Tabla de perfochel  | 21.- Viga de equilibrio                  |
| 10.- Mesas de estabilidad,<br>sillas y barritas de relajaci6n | 22.- Escalera horizontal                 |
| 11.- T6nel de gateo   | 23.- Coj6n plataforma para<br>deslizarse |
| 12.- Escalera vertical  |  |

## INSTRUMENTO:

El instrumento que se utilizó fué el Registro de Habilidades para Pre-escolares de Edgar A. Doll, comunmente conocido como P.A.R. ( Pre-escolar Abilities Record)

El P.A.R. es una escala que al compararse con otras escalas como son la Escala de Desarrollo de Gesell y la Escala de Maduración Social de Vineland se ha observado que presenta una mayor validez, confiabilidad, estructura interna, facilidad de aplicación y manejo y un costo mínimo de material.

Se aplica a sujetos de edades comprendidas entre los seis meses y los siete años.

Su aplicación dura aproximadamente de 20 minutos a 30 minutos.

El P.A.R. permite una evaluación de las funciones físicas, intelectuales y sociales en una valoración global de los niños pequeños.

Los reactivos de la escala P.A.R. están presentados en orden creciente de dificultad en las siguientes categorías:

- |                  |                     |
|------------------|---------------------|
| 1.- Ambulación   | 5.- Responsabilidad |
| 2.- Manipulación | 6.- Información     |
| 3.- Colaboración | 7.- Ideación        |
| 4.- Comunicación | 8.- Creatividad     |

- INDICADORES CLINICOS EN EL AREA FISICA:

AMBULACION.- Capacidad de coordinar movimientos gruesos e integración sensoriomotora tomando como base la evolución filogenética y ontogenéticamente.

MANIPULACION.- Capacidad de coordinación visomotora fina, cruce de línea media con movimientos digitales de precisión.

- INDICADORES CLINICOS EN EL AREA SOCIAL:

COLABORACION o RAPORT.- Adaptación e interés a circunstancias cotidianas dentro de los medios familiar y escolar (socialización).

COMUNICACION.- Es la habilidad para expresar y comprender la información del medio ambiente.

RESPONSABILIDAD.- Capacidad de asimilar hábitos y reglas que le demanda su medio ambiente.

- INDICADORES CLINICOS EN EL AREA INTELECTUAL:

INFORMACION.- Asimilación de conceptos básicos funcionales.

IDEACION.- Es la unión de estimulación perceptual y habilidades conceptuales para integrar ideas.

CREATIVIDAD.- Capacidad de innovación expresada verbal o manualmente.



El P.A.R. permite comparaciones de niño con niño, de un mismo niño en valoraciones sucesivas ó para formar grupos homogéneos y medir su comparabilidad. Se usa con mucho éxito en niños que presentan o nó varios tipos de invalidez, ya sean físicas, mentales o socioculturales.

La valoración se efectúa en forma similar a la Escala de Madurez Social de Vineland de la que esta escala es una extensión, por medio de la Entrevista y la observación.

La Escala de P.A.R. es esencialmente útil en casos de:

- 1.- Impedimentos sensoriales
- 2.- Dificultades del habla o del lenguaje
- 3.- Trastornos emocionales
- 4.- Impedimentos neuromusculares
- 5.- Resistencia al exámen (negativismo)
- 6.- Diferencias culturales

#### VENTAJAS:

1.- Proporciona información vital acerca del desarrollo global y específico de cada una de las categorías del desarrollo.

2.- Dá lineamientos para una planeación educativa, tratamiento o manejo.

3.- Ayuda a establecer pautas para el tratamiento.

4.- Es un registro progresivo sobre los avances o aprovechamientos del sujeto durante los tratamientos.

## CALIFICACION:

La calificación del P.A.R. se hace sobre las bases de +, -, 0, que representan éxito, emergencia de una habilidad en particular y carencia de la misma.

La descripción clara y detallada de la habilidad que se investiga permite que la calificación sea sencilla y precisa.

Se obtiene Edad de Maduración en meses y se determina mediante la siguiente fórmula:

$$\frac{\text{E.M.Ad.}}{\text{E.C.}} \times 100$$

en donde

E.M.Ed. = edad de maduración adquirida en meses

E.C. = edad cronológica en meses

(Ver Apéndice I )

## PROCEDIMIENTO

Como paso inicial y siguiendo el proyecto establecido, se aplicaron tres valoraciones a cada uno de los niños con una diferencia de seis meses entre cada una de ellas.

Se obtuvieron los perfiles individuales y un perfil grupal.

En base a los perfiles individuales de cada una de las valoraciones se hicieron indicaciones a los miembros del equipo multidisciplinario para que de acuerdo a cada caso se reforzaran más las áreas en donde cada uno de los pequeños tuvo un decremento significativo.

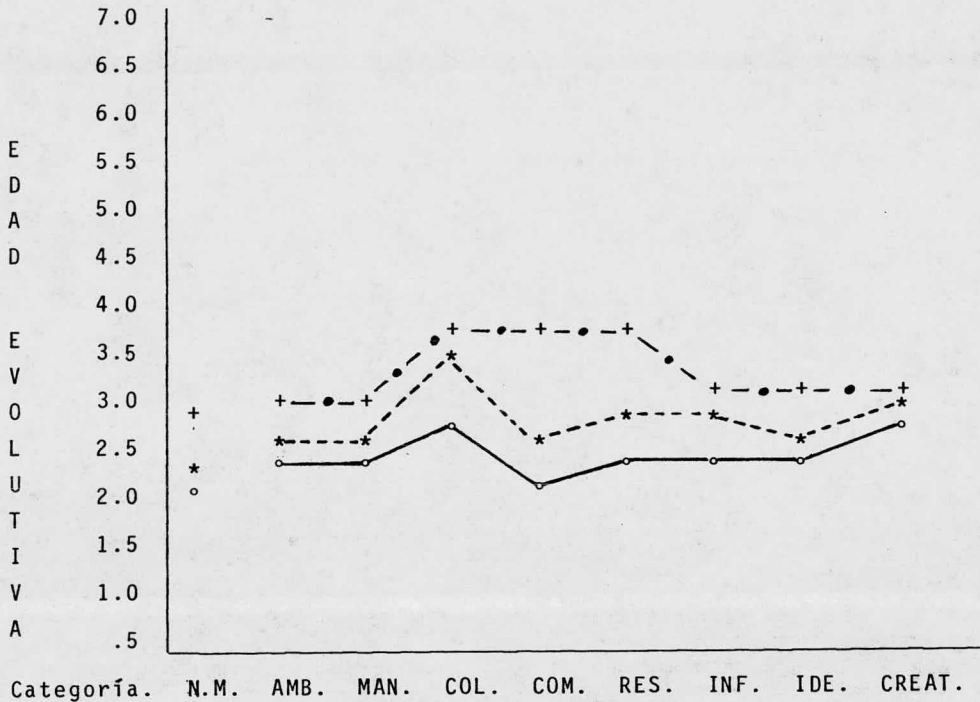
También se dejó a la vista del equipo nuclear (Terapistas Físico, Educacional y de Lenguaje) el perfil de ma durez de cada uno de los pequeños para que pudieran consultarlo cada vez que lo necesitaran. Esta medida sirvió bastante, pues anteriormente tenían que recurrir al archivo del Instituto para hacer las consultas acerca de lo que los pequeños necesitaban.

## RESULTADOS

PERFIL DE MADUREZ DEL P.A.R.

DISEÑO:

PSIC. ALMA M. LOPEZ-ARCE



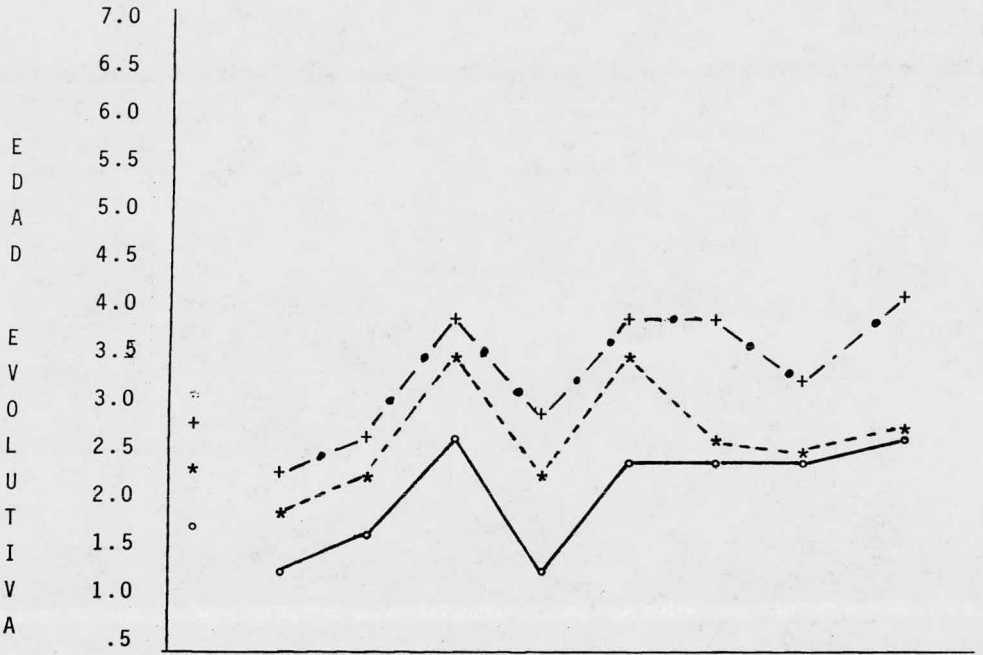
Nombre EDSON S. D. Sexo MASCULINO  
 Edad 3a. 2m. Fecha de Nac. 3-VIII-76  
 No. Exp. 28629 Motivo del Est. VALORACION  
 Nivel Mad. 2 Edad Mental \_\_\_\_\_ Fecha Sep/79 (°)  
 Nivel Mad. 2-3/12 Edad Mental \_\_\_\_\_ Fecha Abr/80 (\*)  
 Nivel Mad. 2-9/12 Edad Mental \_\_\_\_\_ Fecha Oct/80 (+)

PSIC. \_\_\_\_\_

PERFIL DE MADUREZ DEL P.A.R.

DISEÑO:

PSIC. ALMA M. LOPEZ-ARCE



Categoría. N.M. AMB. MAN. COL. COM. RES. INF. IDE. CREAT.

Nombre ENRIQUE C.V. Sexo MASCULINO

Edad 2a. 8m. Fecha de Nac. 1-I-77

No. Exp. 27276 Motivo del Est. VALORACION

Nivel Mad. 1-8/12 Edad Mental \_\_\_\_\_ Fecha Oct/79 (°)

Nivel Mad. 2-2/12 Edad Mental \_\_\_\_\_ Fecha Jun/80 (\*)

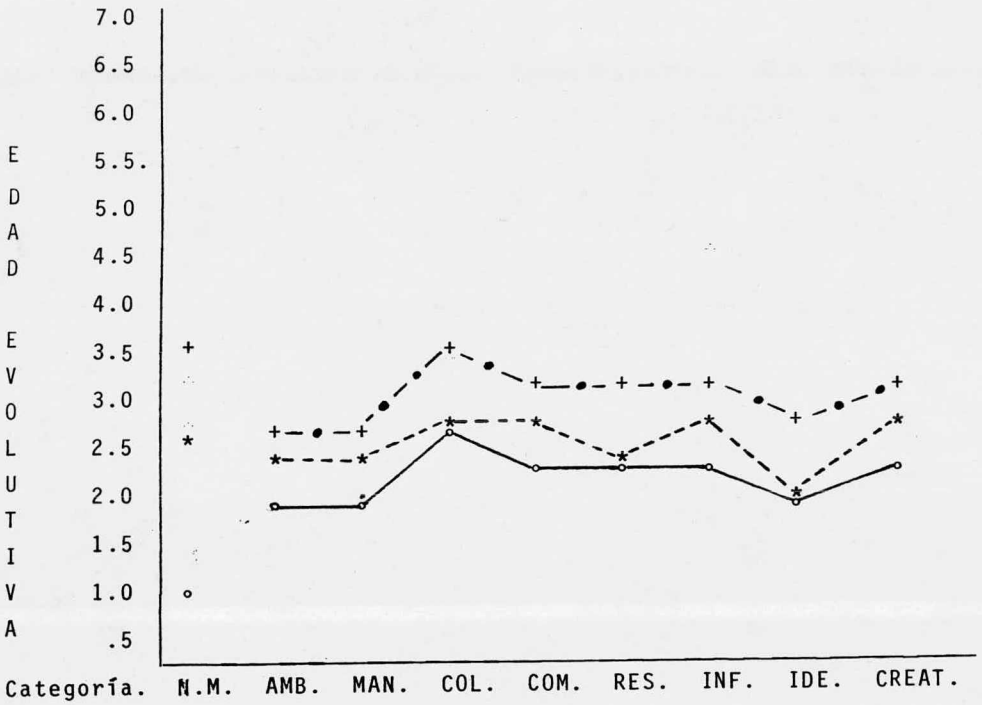
Nivel Mad. 2-6/12 Edad Mental \_\_\_\_\_ Fecha Dic/80 (+)

PSIC. \_\_\_\_\_

PERFIL DE MADUREZ DEL P.A.R.

DISEÑO:

PSIC. ALMA M. LOPEZ-ARCE



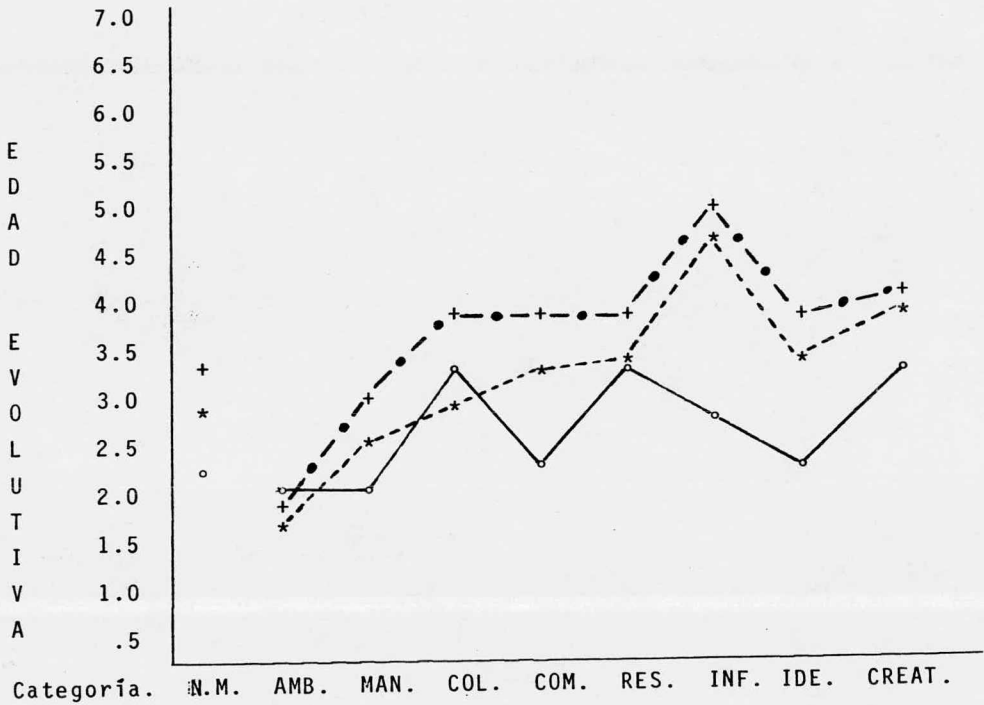
Nombre JUAN CARLOS O.F. Sexo MASCULINO  
 Edad 2a. 7m. Fecha de Nac. 30-IX-77  
 No. Exp. 30292 Motivo del Est. VALORACION  
 Nivel Mad. 1-8/12 Edad Mental \_\_\_\_\_ Fecha Sep/79 (°)  
 Nivel Mad. 2-1/12 Edad Mental \_\_\_\_\_ Fecha Abr/80 (\*)  
 Nivel Mad. 2-10/12 Edad Mental \_\_\_\_\_ Fecha Oct/80 (+)

PSIC. \_\_\_\_\_

PERFIL DE MADUREZ DEL P.A.R.

DISEÑO:

PSIC. ALMA M. LOPEZ-ARCE



Nombre GUSTAVO M.S. Sexo MASCULINO

Edad 1a. 6m. Fecha de Nac. 24-IV-75

No. Exp. 23701 Motivo del Est. VALORACION

Nivel Mad. 2-3/12 Edad Mental \_\_\_\_\_ Fecha Dic/77 (°)

Nivel Mad. 2-7/12 Edad Mental \_\_\_\_\_ Fecha Feb/78 (\*)

Nivel Mad. 3-2/12 Edad Mental \_\_\_\_\_ Fecha Ago/78 (+)

PSIC. \_\_\_\_\_





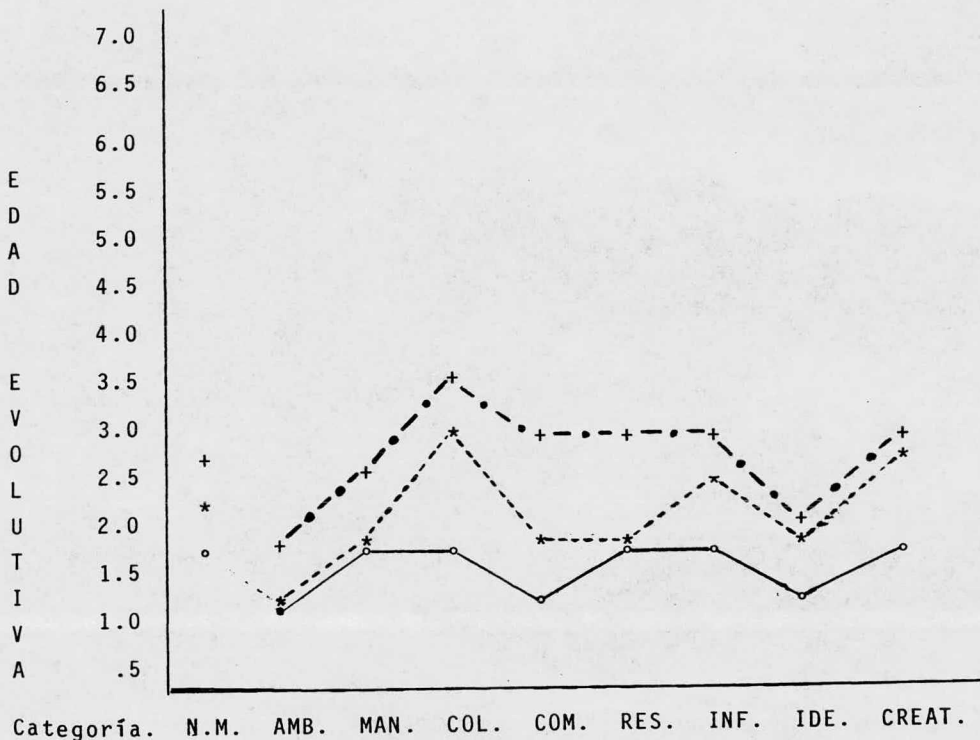




PERFIL DE MADUREZ DEL P.A.R.

DISEÑO:

PSIC. ALMA M. LOPEZ-ARCE



Nombre ANA LILIA A.C. Sexo FEMENINO

Edad 4a. 10m. Fecha de Nac. 10-III-73

No. Exp. 24420 Motivo del Est. VALORACION

Nivel Mad. 1-7/12 Edad Mental \_\_\_\_\_ Fecha Ene/78 (°)

Nivel Mad. 2-1/12 Edad Mental \_\_\_\_\_ Fecha Jul/78 (\*)

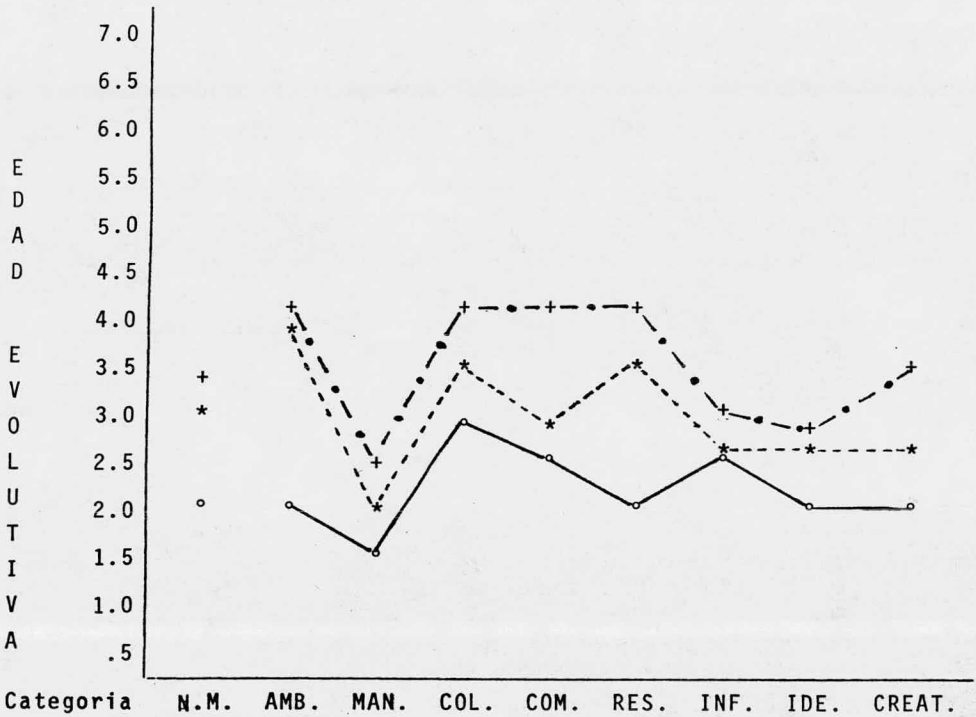
Nivel Mad. 2-6/12 Edad Mental \_\_\_\_\_ Fecha Ene/79 (+)

PSIC. \_\_\_\_\_

PERFIL DE MADUREZ DEL P.A.R.

DISEÑO:

PSIC. ALMA M. LOPEZ-ARCE



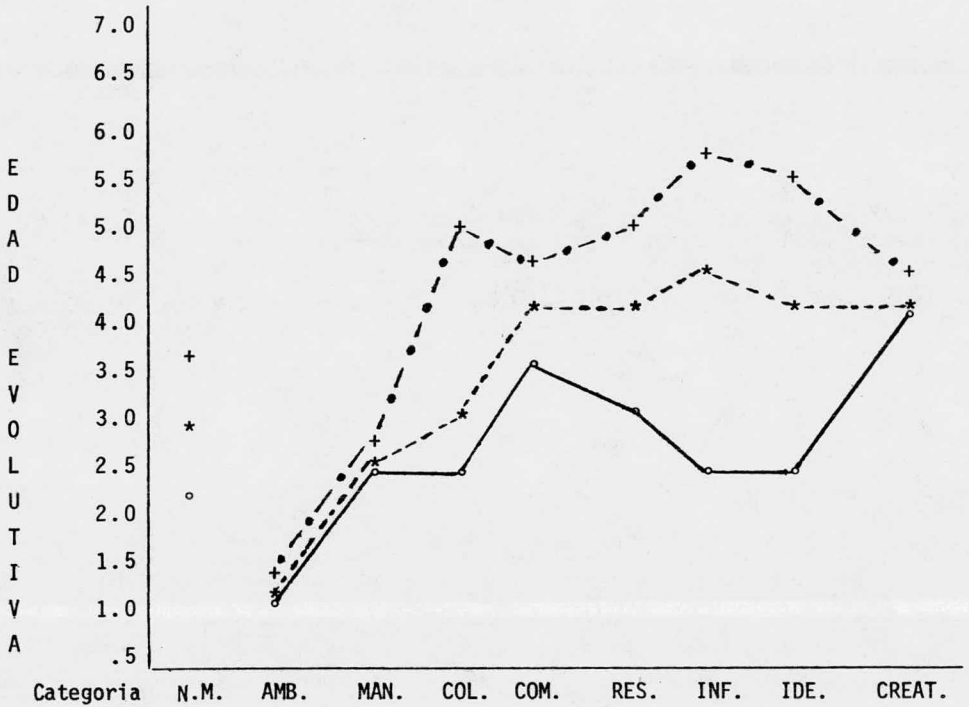
Nombre JULIETA J.S. Sexo FEMENINO  
 Edad 3a. 6m. Fecha de Nac. 3-III-76  
 No. Exp. 29559 Motivo del Est. VALORACION  
 Nivel Mad. 2-2/12 Edad Mental \_\_\_\_\_ Fecha Sep/79 (°)  
 Nivel Mad. 3 Edad Mental \_\_\_\_\_ Fecha Abr/80 (\*)  
 Nivel Mad. 3-4/12 Edad Mental \_\_\_\_\_ Fecha Nov/80 (+)

PSIC. \_\_\_\_\_

PERFIL DE MADUREZ DEL P.A.R.

DISEÑO:

PSIC. ALMA M. LOPEZ-ARCE



Nombre CLAUDIA D.R. Sexo FEMENINO

Edad 3a. 11m. Fecha de Nac. 9-III-75

No. Exp. 22759 Motivo del Est. VALORACION

Nivel Mad. 2-2/12 Edad Mental \_\_\_\_\_ Fecha Feb/79 (°)

Nivel Mad. 2-10/12 Edad Mental \_\_\_\_\_ Fecha Ago/79 (\*)

Nivel Mad. 3-7/12 Edad Mental \_\_\_\_\_ Fecha Abr/80 (+)

PSIC. \_\_\_\_\_



## C O N C L U S I O N E S

A través del análisis de los resultados en cada una de las gráficas elaboradas se pudo corroborar que tanto la Hipótesis de Trabajo:

- H El P.A.R. es un instrumento psicológico que nos proporciona dinámicamente los progresos terapéuticos del niño con Parálisis Cerebral en forma integral, como una unidad bio-psico-social.

como nuestras Hipótesis Alternas:

- H<sub>1</sub> El P.A.R. es un instrumento psicológico que proporciona los progresos terapéuticos del niño con Parálisis Cerebral solamente en las áreas físicas.
- H<sub>2</sub> El P.A.R. es un instrumento psicológico que proporciona los progresos terapéuticos del niño con Parálisis Cerebral solamente en las áreas intelectuales.
- H<sub>3</sub> El P.A.R. es un instrumento psicológico que proporciona los progresos terapéuticos del niño con Parálisis Cerebral solamente en las áreas sociales.

fueron aceptadas, de lo cual se concluye que el P.A.R. es un instrumento psicológico que permite objetivizar los avances terapéuticos del niño con Parálisis Cerebral en todas sus áreas.

Al analizar la Gráfica de Grupo se puede concluir lo siguiente.



a) Se pudo observar que el progreso de los niños con Parálisis Cerebral en las Areas Físicas de : Ambulación y Manipulación fué más lento que en el resto de las Areas, esto se debe a que el tipo de lesión neurológica hace más difícil la rehabilitación.

b) Las Areas Sociales de : Colaboración y Responsabilidad son en las que se observó un mayor progreso, esto se debe a la facilidad del aprendizaje por condicionamiento que poseen este tipo de niños.

c) Las Areas Intelectuales de : Creatividad e Información ocupan el segundo lugar en la Gráfica de Evolución Madurativa, esto se debe a la complejidad de funciones que interactúan en el proceso cognoscitivo.

d) El Area Social de : Comunicación y el Area Intelectual de : Ideación ocupan el tercer lugar en la Gráfica de Evolución Madurativa, éstas dos áreas son complementarias para el desarrollo del lenguaje y se manifestó un avance progresivo con el mismo ritmo en el proceso rehabilitatorio.

APENDICE I

## FUNCION FISICA

### CATEGORIA: AMBULACION

- 1.- ( .5) SE SIENTA. Se mantiene sentado derechito, sin apoyo, en una superficie firme, durante períodos prolongados.
- 2.- (1.0) SE PARA. Se mantiene parado sobre una superficie firme, solo. durante períodos indefinidos.
- 3.- (1.5) CAMINA. Se desplaza en un trayecto mediano con un mínimo de asistencia (si camina con andadera u otro tipo de asistencia debe ser puntualizado).
- 4.- (2.0) CORRE. Realmente corre (consignar si hay seria torpeza o demasiado miedo).
- 5.- (2.5) MANTIENE EQUILIBRIO EN UN PIE, SE BALANCEA. Se para en un pie con los ojos abiertos, alternando, sin necesidad de ayuda o apoyo (consignar si el equilibrio en un solo pie, se pierde, ¿cual pie? y si se pierde el equilibrio con los ojos cerrados).
- 6.- (3.0) TREPA. Se sube, ayudándose con las manos y pies sobre muebles, obstáculos, troncos, etc.
- 7.- (3.5) SALTA. Puede saltar sobre el piso o sobre objetos con ambos pies sin apoyo o soporte.
- 8.- (4.0) SALTOS SUCESIVOS. Anda a saltos sobre uno o ambos pies en el mismo lugar ó de un lugar a otro.
- 9.- (4.5) DA VUELTA EN CIRCULOS. INTERVIENE EN RONDAS. (Naranja Dulce, Doña Blanca, etc.)
- 10.- (5.0) BRINCA. Anda a saltos alternando los pies, avanza desde un lugar a otro, alternando los pies al saltar.
- 11.- (5.5) SALTA OBJETOS. Sobre uno ó ambos pies, juega al avión.
- 12.- (6.0) SIGUE AL LIDER. Es capaz de participar en juegos que requieren imitaciones de actos realizados por otros.
- 13.- (6.5) BAILA. Adquiere patrones corporales de movimientos que requieren ritmo, gracia y habilidad.
- 14.- (7.0) DIRIGE VEHICULOS. Mantiene el equilibrio y dirección sin ayuda y con habilidad razonable. Bicicleta, patines, etc.

## FUNCION FISICA

### CATEGORIA: MANIPULACION

- 1.- ( .5) EXTIENDE BRAZOS PARA ALCANZAR. Extiende los brazos hacia objetos o personas cercanas con intención de asirlos, tenerlos.
- 2.- (1.0) RETIENE A PERSONAS U OBJETOS. LLEVA A LA BOCA. La retención es algo más que momentánea.
- 3.- (1.5) HACE MARCAS CON LAPIZ. de arriba abajo. De izquierda a derecha, rayas, círculos, etc.
- 4.- (2.0) DESENVUELVE. Puede sacarle la envoltura a una golosi<sup>n</sup>na, fruta, si no es dificultoso y con alguna habilidad.
- 5.- (2.5) DESARMA, DESABOTONA. Con mediana habilidad, no por destrucción.
- 6.- (3.0) ARMA, ABOTONA. Sin mucha habilidad pero llega a hacerlo.
- 7.- (3.5) ARROJA OBJETOS. El tiro es admisible, aunque puede hacerlo sin mucha dirección y con fuerza más o menos regulada.
- 8.- (4.0) ATAJA OBJETOS. Ataja con las manos o los pies objetos arrojados o pateados.
- 9.- (4.5) DIBUJA UN CUADRADO. Los ángulos pueden ser aproximadamente rectos, puede ser también formando parte del dibujo.
- 10.- (5.0) SE SOPLA LA NARIZ. No hay que obligarlo. No requiere ayuda, lo hace solito y aceptablemente.
- 11.- (5.5) DIBUJA UN TRIANGULO.
- 12.- (6.0) ATA ZAPATOS. Se coloca y asegura apropiadamente los zapatos, pudiendo tener alguna pequeña ayuda en los lazos, es aceptable
- 13.- (6.5) COLOREA AREAS. Limitadas por líneas.
- 14.- (7.0) CORTA Y PEGA. Utiliza tijeras y goma de pegar para algunos trabajitos con desempeño discreto.

## FUNCION SOCIAL

### CATEGORIA: COLABORACION

- 1.- ( .5) OBSERVA MOMENTANEAMENTE. Responde a sonidos, movimientos, luz, estímulos táctiles, olfatorios, sabores, momentáneamente.
- 2.- (1.0) ATIENDE BREVEMENTE. Observa más que brevemente con muestras de interés.
- 3.- (1.5) INICIA SUS PROPIAS ACTIVIDADES. Es "creador" y trata de atraer la atención hacia lo que hace.
- 4.- (2.0) DISCRIMINA, ELIGE. Muestra gusto, disgusto, preferencias, identifica, diferencia, reconoce, recuerda.
- 5.- (2.5) CUMPLE ORDENES SIMPLES. Pequeños recados: lleva, viene o vá según lo indicado, responde aceptablemente a nó, quedate quieto, siéntate, párate.
- 6.- (3.0) JUEGA INDIVIDUALMENTE SIN MOLESTAR. Junto a otras personas u otros niños ó entre adultos ó animales, sin perturbar a los demás.
- 7.- (3.5) JUEGO COMPARTIDO. JUEGO RECIPROCO. Juega con otros niños, adultos o animales, con mínimo de perturbación.
- 8.- (4.0) JUEGO COORDINADO. Interviene en grupos para jugar, manteniendo el propósito de juego en armonía, con cooperación.
- 9.- (4.5) ATIENDE, SE CONCENTRA. Responde a situaciones que requieren concentración sostenida, por períodos moderadamente prolongados.
- 10.- (5.0) CANTA. Solo o en coros o en grupos familiares, memoriza letras y melodías. Es medianamente entonado.
- 11.- (5.5) AYUDA. A la madre, al maestro en pequeña escala pero en forma útil. Pone en su lugar, tira si no sirve, vacía un canasto, pone la mesa. Con un mínimo de su pervisión.
- 12.- (6.0) JUEGA IMAGINATIVAMENTE. A las visitas, a las compras, a la casa, a la maestra, tanto aisladamente como en grupo, dirigiendo o acatando directivas.
- 13.- (6.5) JUEGA COMPETITIVAMENTE, GIMNASIA. Con el objeto de mostrar aptitud, valor, etc.
- 14.- (7.0) JUEGOS DE SALON. Observando reglas, con materiales especiales, esperando turno, con cómputo de resultados.

## FUNCION SOCIAL

### CATEGORIA: COMUNICACION

- 1.- ( .5) GORJEOS. BALBUCEOS. Espontáneamente produce sonidos inarticulados. Ejercita su mecanismo vocal como pre paratorio del lenguaje, "Modula", "Practica".
- 2.- (1.0) VOCALIZA. Usa la voz con más intención comunicativa que para propia satisfacción. Coordina con expresión facial y gestual. "Habla" no lingüísticamente.
- 3.- (1.5) IMITA SONIDOS. PALABRAS. Ecolalia, imitación de palabras.
- 4.- (2.0) USA PALABRAS SIMPLES. Para obtener lo que desea, para expresar necesidades, para hacer contactos sociales, para atraer la atención.
- 5.- (2.5) HABLA. VOCABULARIO DE SUSTANTIVOS. Nombra objetos comunes, animales, personas, etc.
- 6.- (3.0) USA FRASES CORTAS. Lo hace para comunicarse. Vocabulario alrededor de 50 palabras
- 7.- (3.5) CONVERSA. Contesta a preguntas. Da información. Usa oraciones para expresar ideas simples.
- 8.- (4.0) RELATA. Cuenta experiencias, informa sobre acontecimientos por medio del lenguaje.
- 9.- (4.5) DESCRIBE. Usa lenguaje convenientemente elaborado, para darle información específica o particular. Su conversación es amplia y elegante.
- 10.- (5.0) RECITA. Memoriza y crea rimas. Recita poesías, pequeños pasajes, cantos.
- 11.- (5.5) ESCRIBE. Escribe su nombre y algunas pocas palabras por requerimiento ó por satisfacción personal.
- 12.- (6.0) COPIA. En cursiva o en script palabras y frases simples.
- 13.- (6.5) LEE. No de memoria, sino por haber alcanzado la disposición necesaria para la lectura. Lee frases simple u oraciones de primera intención. Su vocabulario escrito es de alrededor de 20 palabras.
- 14.- (7.0) SUMA. Realiza sumas simples con aparente comprensión. Cuenta con los dedos. Recita de cinco en cinco hasta 20.

## FUNCION SOCIAL

### CATEGORIA: RESPONSABILIDAD

- 1.- ( .5) SUCCIONA. TRAGA. Sin mucha regurgitación; sea lactancia materna ó artificial.
- 2.- (1.0) MASTICA. Muele. muerde, alimentos sólidos o semisólidos, discrimina sustancias comestibles.
- 3.- (1.5) REPOSA. HACE SIESTA. Como rutina. A veces obligado. Hay momentos en los que reduce su actividad voluntariamente.
- 4.- (2.0) COMPRENDE. Hace lo que se le dice, órdenes simples. Obedece sin mucho retraso al "Párate", "Ven", etc.
- 5.- (2.5) ES CUIDADOSO. NO DESTRUYE. No destruye ni abusa de objetos ó materiales.
- 6.- (3.0) EVITA PELIGROS. Es precavido. Evita riesgos: lugares peligrosos (escaleras), objetos peligrosos (cuchillos, vidrios, cerillos, contactos eléctricos, máquinas), animales o personas extrañas.
- 7.- (3.5) SE SIRVE DESDE UNA BOTELLA. O de una fuente similar Logra beber bastándose a sí mismo, sin causar trastornos ó alarma. No derrama mucho.
- 8.- (4.0) SE VISTE. Desabotona y abotona sus ropas. Se cambia sin mucha ayuda ni demasiada demora. Excepto lazos.
- 9.- (4.5) REALIZA ASEO PERSONAL. No necesita casi asistencia en la rutina simple de su higiene. Se lava y seca las manos.
- 10.- (5.0) CUIDA PULCRITUD. Recobra su pulcritud personal y ayuda a recobrar la pulcritud del lugar donde estuvo jugando, por ejem.: guarda la arena, plastilina, tijeras, etc.
- 11.- (5.5) RESPETA LO AJENO. Conoce "mío" y "tuyo". Pide en vez de tomar lo que no es de él, se contiene de dñar lo que no le pertenece.
- 12.- (6.0) SE CONFORMA. Conoce y respeta las costumbres, "tabues", comunes a su ambiente cultural.
- 13.- (6.5) COOPERA. Tiene más colaboración activa que una mera asistencia, propone, inicia en esfuerzo armonioso. Sacrifica sus propios deseos para beneficio del grupo. Puede ser jefe ó colaborador.
- 14.- (7.0) RESPETA LA RUTINA. Muestra conformidad a los sistemas de conducta social. Requiere mínimas correcciones respecto a las convenciones sociales

## FUNCION INTELECTUAL

### CATEGORIA: INFORMACION

- 1.- ( .5) RECONOCE. ACEPTA-RECHAZA. Demuestra reconocer a las personas que lo atienden, que lo juegan y también a objetos familiares: prendas de vestir, juguetes. Los signos pueden ser de aceptación o de rechazo.
- 2.- (1.0) RECONOCE DENTRO DE UN MARGEN MAS AMPLIO. Reconoce a más personas, animales, cosas ó situaciones. La evidencia es obvia.
- 3.- (1.5) RECONOCE POR USOS. De los objetos de su medio. Lo demuestra a través de sus acciones y conducta. Conoce para qué es cada cosa.
- 4.- (2.0) RECONOCE LO QUE ES SUYO. Revela conocerse a sí mismo ó lo que es suyo. Da propiedad a sus intereses. Indica conocer a "mis" padres, "mis" juguetes, etc.
- 5.- (2.5) ESTABLECE RELACION INTERPERSONAL. Demuestra inclinación por personas, animales, juguetes, etc. Muestra placer o gusto con su presencia. Es afectuoso, cariñoso.
- 6.- (3.0) CONOCE SU SEXO. Se identifica con niño ó niña, designa su sexo si le es preguntado o dice "si" o "no" adecuadamente. Actúa de acuerdo.
- 7.- (3.5) DICE SU NOMBRE. Da su nombre y apellido cuando le es solicitado. Asocia el nombre y el apellido con su identidad, como persona.
- 8.- (4.0) IDENTIFICA Y NOMBRA OBJETOS. Da el nombre de objetos comunes o de su representación gráfica. Los objetos menos comunes puede no nombrarlos pero los identifica cuando se le nombran.
- 9.- (4.5) NOCION TEMPORAL. Conoce día y noche con referencia a hechos concretos (levantarse y dormir).
- 10.- (5.0) RECONOCE Y DESIGNA DINERO. No se exige identificación numérica ni progresión relativa.
- 11.- (5.5) CONOCE SU EDAD. Puede no conocer el día de su cumpleaños.
- 12.- (6.0) RECONOCE MAÑANA Y TARDE. Con relación a actividades de la vida diaria. Puede no saber la hora.
- 13.- (6.5) RECONOCE DERECHA-IZQUIERDA. En su cuerpo.
- 14.- (7.0) CONOCE SU DOMICILIO. Calle y número. Puede no reconocer la ciudad o barrio. Puede sustituir departamento por casa. En el campo ruta o camino.



## FUNCION INTELECTUAL

### CATEGORIA: IDEACION

- 1.- ( .5) RECHAZA. HACE VALER SUS GUSTOS. Rechaza algunas co-  
midas, reacciona con displacer ante algunas propo-  
siciones.
- 2.- (1.0) IDENTIFICA. Demuestra discriminación en preferencias.
- 3.- (1.5) USA GESTO. Usa manos, brazos, cuerpo, cara, postura,  
para expresarse, como un medio de sustituir la fal-  
ta del lenguaje.
- 4.- (2.0) AGRUPA. CLASIFICA. Reune por forma, tamaño y gene-  
ralmente no por usos. Por color también puede ha-  
cerlo. Agrupa objetos semejantes.
- 5.- (2.5) CUENTA HASTA DOS. No como simple recitado, respon-  
de a "cuantos" contando hasta dos.
- 6.- (3.0) NOCION DE TAMAÑO. Reconoce grande de pequeño por  
verbalización. y hace uso práctico, por ejemplo:  
torres.
- 7.- (3.5) CUENTA HASTA TRES. Maneja significativamente el con-  
cepto de cantidad hasta tres.
- 8.- (4.0) DISCRIMINACIONES TACTILES. Diferencia por verbali-  
zación y por tacto "áspero" y "liso", "suave" y  
"rasposo", "duro" y "blando".
- 9.- (4.5) CUENTA HASTA CINCO.
- 10.- (5.0) DISCRIMINACION DE PESOS. Diferencia "pesado" y "li-  
gero", hay verbalización.
- 11.- (5.5) NOMBRA COLORES. Los primarios: rojo, amarillo y  
azul. No simple apareamiento, es designación.
- 12.- (6.0) MARCA EL RITMO. Con golpes de manos, instrumentos  
de percusión, etc., sólo ó en grupo.
- 13.- (6.5) CUENTA HASTA TRECE. Cuenta significativamente hasta  
13. Recitando hasta 50 y de cinco en cinco hasta  
25.
- 14.- (7.0) DICE LA HORA APROXIMADAMENTE.

## FUNCION INTELLECTUAL

### CATEGORIA: CREATIVIDAD

- 1.- ( .5) SE INTERESA. Muestra elección por ciertas actividades. Da respuestas variables pero no diferentes totalmente.
- 2.- (1.0) INVESTIGA SIN DESTRUIR. Se investiga a sí mismo, a otros y a cosas, demostrando interés y curiosidad.
- 3.- (1.5) TRANSPORTA. Cambia, acomoda, modifica dentro de una simplicidad infantil pero con cierta iniciativa.
- 4.- (2.0) EXPLORA EL MEDIO. Su acción se extiende a un ramo más amplio que el medio inmediato.
- 5.- (2.5) DESARMA PARA INVESTIGAR. Desarma, corta, quiebra, rompe para investigar, para averiguar, experimentar.
- 6.- (3.0) SE DISFRAZA. Dramatiza escenas simples, para jugar.
- 7.- (3.5) CONSTRUYE. Hace construcciones simples, puentes, etc. Demostrando imaginación.
- 8.- (4.0) DIBUJA. Personas, cosas, animales, reconocibles aunque no artísticos.
- 9.- (4.5) MODELA. Con arcilla, plastilina, arena y agua, etc.
- 10.- (5.0) DRAMATIZA MUSICA. INTERPRETA. Hace uso de instrumentos musicales, tiene imaginación.
- 11.- (5.5) PINTA. Con acuarela, tiene cierto estilo.
- 12.- (6.0) INVENTA CUENTOS. Dice cuentos de contenido real o imaginario.
- 13.- (6.5) INVENTA ACTIVIDADES. Tiene autoconfianza en diferentes actividades, por ejemplo; cantos, danzas, realizadas con poco o ningún apoyo.
- 14.- (7.0) EXPERIMENTA. Ensaya medios nuevos inusuales para hacer cosas. Desarrolla técnicas personales propias. Es más independiente.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- ADLER, ALFRED                    Guiando al niño.  
Ed. Paidós. Buenos Aires, Argentina.
- 2.- BARTLAY, HOWARD                Principios de percepción.  
Ed. Trillas. México, D.F.
- 3.-BOBATH, B. BOBATH, K. Desarrollo motor en distintos tipos  
de parálisis cerebral.  
Ed. Médica Panamericana. Buenos Aires.
- 4.-BOBATH, BERTHA, F.C.S.P. Actividad postural refleja anormal  
causada por lesiones cerebrales.  
Ed. Médica Panamericana. Buenos Aires.
- 5.-BOBATH, B. RANG, C.              Trastornos cerebromotores en el niño.  
Ed. Médica Panamericana. Buenos Aires.
- 6.- CRICKMAG, A.                    Logopedia y el enfoque Bobath en pará-  
lisis cerebral.  
Ed. Médica Panamericana. Buenos Aires.
- 7.- CRUIKSHANK, M.W.                El niño con daño cerebral.  
Ed. Trillas. México, D.F.
- 8.- FINNIE, NANCIE                    Atención en el hogar del niño con pará-  
lisis cerebral.  
Ed. Prensa Médica Mexicana. México, D.F.
- 9.- GESSELL, ARNOLD                 Embriología de la conducta.  
Ed. Paidós. Buenos Aires, Argentina.

- 10.- LURIA, ALEX R. El cerebro en acción.  
Ed. Fontanella.
- 11.- MAIER, HENRY Tres teorías sobre el desarrollo del niño: Erikson, Piaget y Sears.  
Ed. Amorrortu.
- 12.- MINESOTA, UNIVERSIDAD Managemente of cerebral palsy.  
Departmente of Phycal Medicine and Rehabilitation.  
Fourth Annual Course, 1974
- 13.- PIAGET, JEAN Seis estudios de psicología.  
Ed. Seix Barral S.A. Barcelona, España
- 14.- PIAGET, JEAN Introducción a la epistemilogía genética.  
Ed. Paidós. Buenos Aires, Argentina.
- 15.- RUSK, HOWARD Medicina de Rehabilitación.  
Ed. Interamericana.
- 16.- STRAUSS, A. LEHTINEN, L. Y COL. Psicopatología y educación del niño con lesión cerebral.  
EUDEBA. Ed. Universitaria de BS. AS.
- 17.- TARDIEU/ ROMERO ALVERGUE Invalidez motriz cerebral  
Ed. Instituto Salvadoreño  
San Salvador C.A.
- 18.- TEVETKOVA, L. S. Reeducación del lenguaje, la lectura y la escritura.  
Ed. Fontanella S.A.
- 19.- WALLON, HENRY Evolución psicológica del niño.  
Ed. Psique.

# **TESIS**



**DIAZ CHAIRES ELVIRA**

Tesis por computadora

Medicina 25 Local 2  
Tel. 550-87-98

Frente a la Facultad de Medicina  
Ciudad Universitaria