

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS
PROFESIONALES ZARAGOZA ✓

U . N . A . M .

INFORME FINAL DEL SERVICIO
SOCIAL DE LA CARRERA DE :

PSICOLOGIA



EL NIÑO CON PARALISIS CEREBRAL

y

DEFICIENCIA MENTAL

ALVARADO SUAREZ MARIA ALICIA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ASOCIACION PRO PARALITICO CEREBRAL
PROGRAMA DE MOTIVACION

MEXICO, D.F. DEL 17 DE NOVIEMBRE DE 1986

AL 16 DE NOVIEMBRE DE 1987.

1992 ✓



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 está 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.

I N D I C E

	Página
DEDICATORIA	
PROLOGO	1
INTRODUCCION	3
MARCO CONCEPTUAL	
I .- DEFINICIONES	6
II .- ETIOLOGIA	7
III .- CLASIFICACION DE LA PARALISIS CEREBRAL	9
IV .- TRASTORNOS ASOCIADOS	11
IV.1 .- DEFICIENCIA MENTAL	
DEFINICION	11
IV.2 .- ETIOLOGIA	13
IV.3 .- CLASIFICACION Y FORMAS CLINICAS	18
IV.4 .- TRASTORNOS DE LA PERCEPCION OPTICA	20
IV.5 .- TRASTORNOS DE LA PERCEPCION AUDITIVA	21
IV.6 .- ANOMALIAS DE EL LENGUAJE	22
IV.7 .- TRASTORNOS PSIQUICOS	23
IV.8 .- PROBLEMAS DE ALIMENTACION	24
IV.9 .- CONVULSIONES	24
V .- DESARROLLO MOTOR NORMAL	25
VI .- DIFICULTADES EN EL DIAGNOSTICO MUY TEMPRANO	27
VII .- DIAGNOSTICO	29
VIII.- TRATAMIENTO	31
IX .- PREVENCION DE LA PARALISIS CEREBRAL	34
X .- OBJETIVOS	36
XI .- CARACTERISTICAS GENERALES DE LA INSTITUCION	38
XI.1 .- ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA INSTITUCION	44
XII .- ACTIVIDADES REALIZADAS Y POBLACION ATENDIDA	48
XIII .- RESULTADOS	57
XIV .- ANALISIS	62
XV .- CONCLUSIONES	63
XVI .- RECOMENDACIONES	64

BIBLIOGRAFIA	64
ANEXO # 1	65
ANEXO # 2 PROGRAMA DE ESTIMULACION AUDITIVA	66
ANEXO # 3 VALORACION DEPTO. PSICOLOGIA	83
ANEXO # 4 VALORACION DEPTO. COMUNICACION	88
ANEXO # 5 VALORACION DEPTO. PEDAGOGIA	90
ANEXO # 6 ESQUEMA GENERAL DE TRABAJO	95
ANEXO # 7 VALORACION DE ALIMENTACION	98
ANEXO # 8 ACTIVIDADES PARA EL CAMPAMENTO DE PROGRAMA DE MOTIVACION Y - CASA EN LA CIUDAD DE PUERTO VALLARTA JALISCO	99

P R O L O G O

Hablar de un grupo de personas con algún tipo de limitación ya sea físico o mental, no es fácil, es estar en un mundo completamente distinto al que estamos acostumbrados a vivir diariamente. Cuando uno elige presentar su Servicio Social muchas veces no se esta compenetrado en el área en la que va a incursionar, por muchas prácticas que se hayan tenido durante la formación profesional, nunca se puede comparar con una realidad a gran escala.

En este caso elegi a la Asociación Pro Parálitico Cerebral, por que quizás fué un tema poco tratado durante la Carrera, es por esto que me -- interese más en conocer este problema.

Es formidable ver diariamente a grupos de padres de familia convivir, trabajar, hacer planes para la rehabilitación de sus hijos.

Es curioso, el profesional se pasa gran parte de su vida estudiando, teorizando, buscando la forma más adecuada para una mejor rehabilitación de las personas con parálisis cerebral y, considero que cada día lo hace mejor y, hasta cierto punto esto es cierto, pero cuando tiene uno la oportunidad de convivir, trabajar e incluso estudiar con una persona con parálisis cerebral, se da cuenta de lo poco que uno ha hecho para ayudarlos, de que probablemente no se está haciendo lo más adecuado;

puede uno notar avances significativos a nivel físico o intelectual, pero cuando una persona con alguna limitación (P.C.) comienza a darse cuenta de sus limitaciones, a sentir el rechazo de la sociedad y, en muchos casos de su propia familia es en este punto o área (sentimientos) en donde hace mucha falta trabajar; y no solo con cada una de las personas con limitación, si no con la sociedad en general. Es necesario hacer un trabajo de comunicación a las masas, informando que es la Parálisis Cerebral, características, prevención, etc.

En si, sensibilizar por todos los medios posibles a la sociedad para que vean a las personas con alguna limitación (P.C., D.M.) como alguien a quien podemos ayudar y no a alguien a quien debemos relegar o esconder.

I N T R O D U C C I O N

La Parálisis Cerebral estudiada hacia el año de 1843 por el Dr. William J. Little, trajo a la luz observaciones de gran importancia para la ciencia, pues destacó la relación que existía entre algunos problemas del embarazo y la presencia de daño cerebral en el niño que ocasionaba una alteración motora secundaria, la que ulteriormente catalogó como enfermedad de Little.

Con el transcurrir de los años, se vió que estas alteraciones de tipo motor que afectan al niño, no solo se debían a problemas durante el embarazo si no también a los que se presentaban durante los primeros meses de vida.

A partir de entonces, el conocimiento de la Parálisis Cerebral se amplia considerablemente.

Actualmente hay grandes avances en el tratamiento de este síndrome.

Hasta hace poco tiempo, la persona con Parálisis Cerebral había sido considerada como un ser defectuoso para el que no había sitio en las Escuelas y se hacía necesario que se les aislara en las pocas Instituciones existentes, lejos de su ambiente familiar y en lugares sobre poblados, pobremente adecuados a sus necesidades y con personal insuficiente, o se les escondía en el último rincón de su casa. La sociedad esperaba poco de ellos y por consiguiente ellos daban poco.

Se tiene pues que el tratamiento y manejo de una persona que presenta Parálisis Cerebral, implica enfrentarse a una amplia gama de problemas. La cooperación de los padres es vital, ya que solamente cuando los padres y terapeutas trabajan juntos como un equipo se puede dar al niño las mejores oportunidades para desarrollar sus capacidades, por muy limitadas que sean. Es un error de los familiares el pensar que poniendo a su hijo en manos de expertos, sus responsabilidades en lo que concierne al tratamiento disminuyen.

Podría decirse por el contrario que así se inicia la colaboración -- entre los padres y los terapeutas, para el cuidado y tratamiento del niño.

En fin, el presente informe pretende dar a conocer las actividades -- realizadas en el Servicio Social cubierto en el período de 16 de noviembre de 1986 al 15 de noviembre de 1987 en la Asociación Pro Paralítico Cerebral Programa de Motivación, inicialmente en el Depto. de Comunicación.

El cuerpo de trabajo consta de un Marco conceptual que está integrado por los aspectos más importantes relacionados con la Parálisis Cerebral -- como son definición, etiología, características; Trastornos asociados como Deficiencia Mental, en este punto se da también una definición, etiología, características, se hace de una manera extensa debido a que en el Programa donde se realizó el Servicio Social fue creado especialmente para niños -- que aparte de presentar Parálisis Cerebral, presentan Deficiencia Mental -- así como otro tipo de trastornos como visuales, auditivos, de lenguaje, -- psíquicos, problemas de alimentación y crisis convulsivas.

Se da la necesidad de dar a conocer el desarrollo motor "normal" de el niño, para poder posteriormente mencionar algunas de las dificultades - para dar un diagnóstico.

Se menciona también algunos de los medios más usuales de tratamiento. Un factor muy importante es el trabajo que se hace a nivel prevención. Esto constituye la fundamentación del área de trabajo.

Las actividades realizadas y casos atendidos se presentan de manera - general. Los resultados se presentan a nivel descriptivo, ya que uno de los problemas para terminar el Servicio Social es la reubicación del personal y se tuvo que cambiar de alumnos que también son presentados al final.

En el apartado de conclusiones se muestra el enfrentamiento de una realidad social que ya no se queda simplemente a nivel teórico.

Se anexan valoraciones que se tuvo oportunidad de conocer y aprender - a realizar, así como el programa de trabajo.

I.- D E F I N I C I O N E S

Se ha encontrado que dependiendo de las investigaciones realizadas, se dan distintas definiciones en lo concerniente a Parálisis Cerebral, de esta manera se mencionan las siguientes:

La Parálisis Cerebral es un síndrome complejo con bases neurológicas - caracterizado por la impotencia funcional de un grupo de procesos motores - que adquieren defectos individuales (Connors, 1978).

La Parálisis Cerebral se ha definido como "Deficiencia motora presente o aparente un poco después del nacimiento y dependiente de anomalías en el cerebro" (Vannet, 1944).

Mac Keith, Mackenzi y Paloni, la definen como un desorden motor persistente de tipo cualitativo debido a una falta de interferencia progresiva del cerebro, ocurrida antes de que el sistema nervioso central este completamente desarrollado.

Es definida con una alteración de la función motora que se da por un defecto, lesión en el Sistema Nervioso Central, ocurre en el desarrollo neurológico temprano, dentro de la actividad craneana, no evolutiva, no hereditaria, no reversible, no contagiosa, que puede presentar trastornos asociados como crisis convulsivas, problemas auditivos, de lenguaje, deficiencia mental, etc.

De esta manera, se dice que es imposible determinar la extensión de una lesión con gran precisión, y todo cuanto pueda aseverarse es que se trata del área motora y que produce una disfunción sensorial concomitante.

II.- ETIOLOGIA

"A la luz de los conocimientos actuales se ha comprobado científicamente, que más de doscientas causas pueden dar origen a una lesión neuronal, las causas obedecen a factores etiológicos muy diversos. Todos ellos actúan a veces aisladamente por sí solos o en conjunto, siendo en estos casos mayor el daño y, por tanto, mayores sus proporciones y consecuencias". (Amaro Tapiá, 1976).

"... Los daños en las primeras etapas de la formación originan los casos más generalizados y usualmente los más profundos de gravedad". (Nichtern, 1974).

En sí, las causas de la Parálisis Cerebral se pueden clasificar en los siguientes grupos:

I.- CAUSAS PRENATALES

Hay elementos que durante la vida uterina afectan tanto a la madre -- como al producto.

- Infecciones prenatales (toxoplasmosis, rubeola).
- Por acción tóxica
- Por incompatibilidad sanguínea (factor Rh-)
- Por anoxia del producto in útero
- Por exposición excesiva a rayos X, y otras condiciones como hemorragia prenatal.

II.- CAUSAS PERINATALES

a) Causas parto

- Toxemia gravídica
- Rompimiento de membranas tempranas o a tiempo (Infección amniótica).
- Insuficiencia placentaria
- Sufrimiento fetal por hipoxia

b) *Causas Intraparto*

- *Trabajo de parto prolongado*
- *Desproporción céfalo-pélvica*
- *Iatrogenia*
- *Anestésia mal aplicada*
- *Mal parto instrumental*

En fin, un conjunto de circunstancias adversas que se presentan en el momento del nacimiento.

III.- *Causas Postnatales*

Estas causas se presentan durante lo que se considera como primera y segunda infancia.

- *Traumatismos*
- *Contusiones cerebral*
- *Fracturas*
- *Hematoma subdural*
- *Infecciones*
- *Intoxicaciones por plomo*
- *Accidentes vasculares*
- *Deshidratación*
- *Hipoglusemia.*

III.- CLASIFICACIÓN DE LA PARALISIS CEREBRAL

Se ha encontrado que existen varias clasificaciones sobre Parálisis -- Cerebral, como la Terapéutica, según el grado de capacidad funcional, -- fisiológica, topográfica; sin embargo, aquí haremos mención únicamente a -- la clasificación fisiológica y topográfica que son las que podemos reconocer más claramente en una población de Parálisis Cerebral:

I.- FISIOLÓGICA

- a) Espástica: Se considera que es el grupo más grande, se caracteriza por una notable rigidez de movimientos e incapacidad para relajar los musculos, por lesión de la corteza cerebral que afecta a los centros motores.
- b) Atetósico: En esta situación la persona presenta frecuentes movimientos involuntarios que enmascaran e interfieren en los movimientos normales del cuerpo. Se producen por lo común movimientos de contorsión de las extremidades, de la cara, de la lengua, gestos, muecas y torpeza al -- hablar, La atetosis puede ser clasificada en :
 - a) Con tensión
 - b) Sin tensión
 - c) Distoria
 - d) Temblor

La Parálisis Cerebral rígida es una lesión que se caracteriza por un -- aumento de tono muscular, y hay resistencia al movimiento en forma continua.

- c) Atáxica: Las personas que presentan esta lesión tienen mal equilibrio -- corporal y una marcha insegura y dificultades en la coordinación y control de las manos y ojos.

- d) *Mixta: Esta lesión es difusa y se combina con todas las características descritas en las anteriores.*

II.- TOPOGRAFICA

- a) *Diplejia: Esta afectado todo el cuerpo pero las piernas más que los -- brazos, la distribución de las espasticidas suele ser más o menos simétrica. En general se controla bien la cabeza y se presenta un compromiso moderado a leve de las extremidades superiores, no es común que se -- afecte el habla, muchas personas presentan estrabismo.*
- b) *Cuadriplejia: Esta afectado todo el cuerpo. En las cuadriplejias atetoides suelen participar más las extremidades superiores y el tronco que las extremidades inferiores. En la cuadriplejia espástica y en algunos casos mixtos, las extremidades inferiores pueden estar comprometidas en la misma medida que las superiores. El control de la cabeza es malo y -- suele haber trastornos del lenguaje y de la coordinación ocular.*
- c) *Hemiplejia: Esta afectado un solo lado del cuerpo, estas personas suelen ser espásticas, pero algunas adquieren cierta atetosis distal más -- adelante.*
- d) *Monoplejia: Aquí, el problema afecta a un solo brazo o, con menos frecuencia a una sola extremidad inferior. Son casos muy raros que después -- resultan ser hemiplejias.*
- e) *Paraplejias: Se considera que en Parálisis Cerebral estas son muy raras.*

IV.- TRASTORNOS ASOCIADOS

Se ha encontrado con frecuencia que el daño cerebral ha afectado no solamente la maduración del control del movimiento sino también en grados diversos, la maduración de la inteligencia, visión, audición, lenguaje y otros factores importantes para el progreso de la persona. Es necesario percatarse de estos factores dado que en algunos casos afectan su conducta. Los siguientes trastornos son algunos de los que se presentan con mayor frecuencia:

IV.1.- DEFICIENCIA MENTAL

D E F I N I C I O N

El nombre de Deficiencia Mental se puede considerar castizo, ya que deficiencia significa defecto o imperfección, según el diccionario de la Lengua Castellana (1975). El término mental abarca funciones cerebrales más amplias que las exclusivamente de la inteligencia. Desde el punto científico tampoco hay discusión sobre tal denominación, ya que la mayoría de los expertos han rotulado sus instituciones con esos nombres, como la Asociación Internacional Para el Estudio Científico de la Deficiencia Mental, o la Asociación Americana Sobre Deficiencia Mental, ambas con membresías de más de 20 mil especialistas.

Sin embargo, la Escuela Americana, con frecuencia la nombra "Retardo Mental" y la Escuela Francesa "Atraso Mental" nombres que podrían tomarse como sinónimos.

La Deficiencia Mental, clasificada desde el punto de vista médico, es un síndrome, el cual presenta por lo demás características específicas y precisas; tanto por lo que respecta a las condiciones biopsicosociales de la persona como cuanto por lo que hace a los mecanismos etiopatogénicos, a la diversidad de sus cuadros clínicos y a los problemas propios de la deficiencia mental en torno a su familia, a su escuela y a su ambiente social.

El Dr. Rafael Velazco Fernández Psiquiatra fundador de la Sociedad Mexicana de Psiquiatria Infantil llama "Deficiencia Mental" a este síndro me tan importante.

Ahora bien, desde hace más de diez años la AAMD adoptó una definición de la Deficiencia Mental, que modificada por el Dr. John W. Kidd y respaldada por muchos otros expertos entre ellos Cantor, Garfield, Blatote y -- Wittson, apareció en su órgano oficial, la revista "Mental Retardation" -- num. 4 vol. 2, de agosto de 1964, en Washington, y que a la letra dice:

"La Deficiencia Mental se refiere al funcionamiento intelectual significativamente subnormal, que se manifiesta durante el periodo de desarrollo y esta caracterizado por una inadecuada conducta de adaptación".

IV.2.- ETIOLOGIA

Teniendo en cuenta los complicados mecanismos de actuación de todas - las causas, la etiología de la Deficiencia Mental la podemos clasificar en dos grupos:

I.- CAUSAS DE ACCIÓN DIRECTA

- Geneticometabólicas
- Infecciosas y Parasitarias
- Tóxicas - exógenas y endógenas -
- Traumáticas (físicas y psicológicas)
- Ambientales o Económico-socioculturales

II.- CAUSAS DE ACCIÓN POR MECANISMOS DE ORDEN CRONOLÓGICO

- Causas preconceptionales
- Causas conceptionales
- Causas post-conceptionales

Geneticometabólicas: Estas causas toman parte en la etiología de la Deficiencia Mental, antes de la concepción y en el mismo momento en que esta se realiza, y produce por una parte defectos y aberraciones cromosómicas, y por la otra alteraciones o errores en el metabolismo general.

De Orden Infeccioso: Entre el gran número de microorganismos en particular los virus, así como algunos parásitos tienen una gran afinidad sobre el Sistema -- Nervioso Central para dar lugar a numerosas y graves enfermedades que atacan a éste. Durante la vida intrauterina producen determinados padecimientos congénitos en el recién nacido y en el niño pequeño diversas meningoencefalitis.

Durante la gestación, es bastante frecuente que la futura madre sufra - alguna de estas infecciones o parasitosis presentándose a veces en forma -- asintomática y sin embargo, van a lesionar al producto en su Sistema Nervioso, esas lesiones alcanzan el encéfalo para producir una Deficiencia Mental, causas muy frecuentes en nuestro medio (Dr. Velasco, 1978).

Factores de orden tóxico: Numerosas intoxicaciones afectan al SNC, y en particular en encéfalo, generando una Deficiencia Mental.

La intoxicación puede ser de orden exógeno o endógeno, en drogas, ener-vantes, algunas sales de desecho industrial como las de plomo, el mercurio o el óxido de carbono, algunos medicamentos por preescripciones inadecuadas o por dosis excesivas y muchas otras. Entre las segundas están: por diabetes - etc.

Por último, intoxicación de el ambiente, por la acumulación de gases -- tóxicos en el aire atmosférico que perturba la normalidad del funcionamiento orgánico del Ser Humano.

Factores de orden traumático: El cerebro humano está expuesto durante - toda la vida a ser traumatizado por agentes externos o por agentes de orden psicológico.

Los primeros actúan con mayor frecuencia durante el nacimiento y en los primeros años infantiles; y los segundos desde que el niño se encuentra en - el claustro materno, para producir una Deficiencia Mental.

Con respecto a los traumatismos de orden psicológico, la futura madre - puede ser presa de un trauma psíquico intenso, con trastornos psicossomáti - cos graves entre ellas una baja brusca e intensa de la presión arterial, y - en tal caso es posible que puedan influir negativamente en la psicopatolo -- gía cerebral del feto dañando su cerebro.

Los factores psicológicos como algunos de orden ambiental (patrones culturales, familiares, condiciones sociales, situaciones económicas etc.) --- pueden producir perturbaciones de las relaciones del niño con su medio.

Factores de orden ambiental: Se considera el papel preponderante que -- juegan los patrones culturales, familiares, los factores socioculturales y -- socioeconómicos en la construcción al ambiente, el cual actúa positiva o negativamente sobre el niño, para integrar su personalidad.

La vida antihigiénica, la promiscuidad, las privaciones y en general -- carencias económicas, la incultura gestan y promueven directa o indirectamente la Deficiencia Mental.

Causas Preconcepcionales: Como su nombre lo indica estas se presentan -- antes de la concepción humana, y la Deficiencia Mental entonces es el resul -- tado de las modificaciones y transformaciones que anormalmente sufre el mate -- rial genético.

Así mismo, se ha señalado a la Sífilis y al alcoholismo como agentes -- agresores de los genes. La Sífilis congénita es causa directa de una Deficien -- cia Mental o indirectamente a través de una prematuridad hemorrágica etc. segui -- dos de un daño neurológico.

Causas Concepcionales: Estas actúan en el momento de la concepción y es -- fácil comprender que para la normal realización de ésta, es necesaria la inte -- gridad de la salud física y mental de los progenitores en tales momentos; -- cualquier trastorno psicosomático sea una malformación o alteración funcio -- nal del Sistema Genital del hombre, y muy particularmente de la mujer a la -- acción de diversos factores morbosos puede modificar la constitución bioquí -- mica de los gametos dando origen a una Deficiencia Mental.

Relacionados con el estudio de salud del estado de la madre, deben tenerse en cuenta el estado de salud de los demás hijos y las causas de muerte en su caso.

En este mismo grupo pueden clasificarse las condiciones de inmadurez o -- envejecimiento de los ovarios como factores causológicos de la Deficiencia Mental.

Causas Postconcepcionales: estas las podemos subdividir en cuatro grupos:

- Causas Prenatales: Los elementos etiológicos de la Deficiencia Mental que -- obran durante la vida uterina o "in utero" afectan tanto a la madre como al -- producto, obedeciendo a los factores generales que intervienen en la génesis de la Deficiencia Mental en la siguiente forma:

a) Por infecciones o parasitosis: Durante los tres primeros meses del embarazo -- principalmente, algunas enfermedades virales como la rubeola, sarampión y -- otras muchas enfermedades infecciosas inadvertidas para la mujer pueden producir trastornos semejantes (Biagi, 1977).

La Sífilis es un factor frecuente de encefalopatías, por el traspaso de la -- barrera placentaria.

La Toxoplasmosis que pocas veces se diagnostica o bien se presenta en una -- forma clínica banal, produce graves daños cerebrales en el feto.

En México, esta parasitosis es bastante frecuente pues generalmente pasa -- desapercibida, contribuyendo tal vez en el incremento de la Deficiencia Mental, aunque se carece de estudios al respecto. (Dr. Guillermo Coronado, 1978)

Causas por acción tóxica: Pueden tratarse de una intoxicación endógena o -- exógena, una uremia o diabetes en primer caso, y por óxido de carbono, por -- plomo o mercurio, en el segundo.

Se presentan casos de Deficiencia Mental por alcoholismo materno.

Se señala a la química usada erróneamente o incorrectamente como --- abortivo.

Apert y Lange afirman que la radioterapia y la radium terapia pélvica son responsables de daños cerebrales.

Cualquier uso inmoderado de medicamentos o drogas, sobre todo durante los primeros tres meses de gestación; La ingestión de anticonceptivos al principio de un embarazo.

IV.3.- CLASIFICACIÓN Y FORMAS CLÍNICAS

El Dr. Coronado, hace o menciona una clasificación de la Deficiencia Mental en tres grupos teniendo en cuenta el Coeficiente Intelectual.

a) Deficiencia Mental de primer grado: En este grupo quedan comprendidos los deficientes mentales "educables", o sea, aquellos que son motivo de recuperación favorable para incorporarlos a una vida de trabajo y ser-útiles a sí mismos y a la sociedad, dentro de sus carencias y sus recursos posibles; Estos se subdividen en tres grupos:

1.- Deficiencia Mental de Frontera: Su aspecto orgánico es aparentemente normal y salvo en algunas ocasiones circunstanciales se aprecian dificultades en los movimientos finos que pueden llegar a entorpecerse, aunados a algunas anomalías de la inteligencia como ligeras perturbaciones en la ideación, en la conceptualización y en el razonamiento, obstaculizando el aprendizaje de la lecto-escritura y la calculia.

2.- Deficiencia Mental Superficial: Prácticamente permanece más o menos normal la constitución corporal y anatomofuncional, se descubren a veces ligeras asimetrías craneofaciales o algunas deformaciones de los componentes faciales.

La patología de la comunicación se hace más ostentosa, se percata: otras anormalidades sensoriales; hipoacusia, sordera, estrabismo, hipovisualidad etc.

3.- Deficiencia Mental Subnormal: Comprende una lesión cerebral difusa generalmente leve, en cuyos casos, al parecer, sigue respetandose la integridad orgánica de el genotipo, pero aquí ya aparece la hipo-evolución de la psicomotricidad y de el lenguaje.

Se observan perceptibles trastornos de la comunicación, en el lenguaje y en los órganos sensoriales, las dificultades en el aprendizaje aumentan.

b) Deficiencia Mental de segundo grado: Estos deficientes mentales llamados "entrenables", por sus propias carencias psicometales no alcanzan --- muchas veces a ser incorporados con éxito a su comunidad, porque no se pueden bastar a sí solos plenamente, si bien algunos si logran desempeñar un trabajo que les permita vivir y ser igualmente útiles a la sociedad, aunque en condiciones un tanto azarosas.

c) Deficiencia Mental Profunda: A estas personas se les llama de "custodia", pues como su nombre lo indica, no pueden realizar en ocasiones sus más-elementales necesidades fisiológicas, estando obligados a depender de los demás.

Las diferencias y anomalías orgánicas y funcionales comprometen todos - los sistemas orgánicos. El Sistema Nervioso casi está nulificado en sus funciones superiores paralelamente a las anomalías de la motilidad, reflejos, sensibilidad o bien en el control de esfínteres; El Sistema --- Cerebral Vestibular se anormaliza en sus sinergias y aparecen asimetrías, temblores, modificaciones del equilibrio y de la fuerza.

Las deformaciones del cráneo y demás componentes del Sistema óseo sufren muchas anomalías.

Las perturbaciones de la comunicación están muy comprometidas, casi siempre existen graves trastornos del lenguaje y a veces hay ausencia, sustituyéndose por expresiones guturales y gritos incomprensibles.

Los trastornos de vista y oídos y otras gnoxiás son notables.

La gran mayoría presenta complicaciones múltiples, entre ellas la epilepsia, además de las formas agresivas de conducta o estados de inhibición, cubriendo ampliamente las manifestaciones patológicas psicosociales.

IV.4.- TRASTORNOS DE LA PERCEPCION OPTICA

Este tipo de problemas interfieren en la interpretación pura de la información referente a su propio cuerpo y entorno, así como sus relaciones con el medio ambiente.

Las dificultades en la percepción visual se ejemplifican con problemas en la concordancia de figuras, la distinción entre figuras semejantes, la distinción de perfil de un dibujo de su fondo, el reconocimiento de las direcciones diferentes de ciertas figuras como las letras "q" y "p".

Más de la mitad de los niños con Parálisis Cerebral presentan estrabismo, gran parte presenta también nistagmo (temblor rítmico involuntario de los globos oculares). Además de estos dos signos más frecuentes, se observan otros diversos trastornos visuales.

Un trastorno visual puede afectar a la maduración intelectual y personal del niño. Generalizando, puede señalarse que los niños con alteraciones visuales no solo tardan en aprender a hablar, sino que -- desarrollan con mayor frecuencia trastornos permanentes del lenguaje.

El diagnóstico y tratamiento oftalmológico debe tener lugar lo antes posible, incluso en estos casos, aun cuando hasta el Legó pueda reconocer los trastornos visuales, que en los casos graves se acompañan además de trastornos motores; Se observan además innecesarios retardos en el desarrollo por no consultar o hacerlo tardamente.

IV.5.- TRASTORNOS DE LA PERCEPCION AUDITIVA

En los niños con Parálisis Cerebral se encuentran trastornos --- auditivos con mucha mayor frecuencia que en los niños sanos, aproximadamente la tercera parte de los niños con Parálisis Cerebral sufren trastornos auditivos, sobre todo los atetósicos.

Mientras que por lo general la causa más frecuente de los trastornos auditivos son las enfermedades del oído medio.

En la Parálisis Cerebral se halla por lo general una hipoacusia - del oído interno con pérdida de la audición de los trastornos agudos, - esto significa que no puede oírse ante todas las consonantes específicamente sibilantes. Dado que las consonantes son más importantes que -- las vocales para aprender el lenguaje.

Como no es posible darles el modelo acústico, se tarda la adquisición de el lenguaje o se instalan trastornos aunque los órganos fónicos, vías y centros motores superiores puedan estar intactos.

Pero los efectos de los trastornos auditivos no se refieren tan - solo al desarrollo del lenguaje, sino que influyen considerablemente en la conducta en general del niño.

IV.6.- ANOMALIAS DE EL LENGUAJE

Existen múltiples trastornos del lenguaje, de muy diversa índole.

En la Parálisis Cerebral se observan en un 80 a 90% de los niños.

Se comprende que una función tan diferenciada y filogenéticamente joven como el habla es sobre manera vulnerable.

La compleja articulación, es decir, todos los movimientos necesarios para una correcta pronunciación de consonantes y vocales, requiere la acción mancomunada de diversos pares craneanos (VII, IX, X, XII) y presupone funciones piramidales, extrapiramidales y cerebelosas intactas.

En el niño espástico sobreviene fácilmente un trastorno de articulación (disartria), de modo que el habla resulta confusa, ininteligible y gangosa.

Los grupos musculares inervados por los pares craneales mencionados, ven inhibida su coordinación fina por espamos análogos a los de la musculatura de los miembros. Puede agragarse a ello trastornos de deglución.

En casos extremos, el habla resulta del todo incomprensible (anartria).

Las formas pues de trastornos de lenguaje no siempre son esperables, los cuadros mixtos son frecuentes.

Se presentan dislalias - incapacidad para producir bien ciertos sonidos.

Pero el desarrollo del lenguaje puede no solo retardarse, sino incluso faltar por completo.

IV.7.- TRASTORNOS PSIQUICOS

Se ha encontrado que por lo general, los trastornos psíquicos son motivados por el medio que circunda al niño o la persona, su situación motriz y el retraso en el desarrollo en general propician la persistencia de la fase de dependencia con la madre, la cual retrasa su desarrollo psíquico.

En muchos casos el niño es rodeado de un ambiente de comprensión, estimulación y ayuda, acercándolo cada vez más a la "normalidad"; En algunos otros casos es víctima de sobreprotección o rechazo, sintiéndose cada vez más inválido física y emocionalmente. No es raro ver que estas familias sienten vergüenza de su hijo y empiezan a limitar sus actividades sociales y cuando surgen conflictos generalmente los desvían hacia el niño.

Es frecuente que los padres se culpen uno a otro por el origen de la lesión de el niño, distanciándose cada vez más y sintiéndose más incompetentes para manejar el problema (Escanero y Cols; 1976).

IV.8.- PROBLEMAS DE ALIMENTACION

Los problemas más frecuentes que se presentan en niños con Parálisis Cerebral son :

- El empujar la comida hacia afuera con la lengua (reflejo de protusión).
- El reflejo de morder prolongado y exagerado.
- El reflejo nauseoso anormalmente acentuado.
- La hipersensibilidad táctil en el área bucal
- La sialorrea
- Falta de control de la boca, la cabeza y tronco
- Falta de equilibrio para sentarse
- Incapacidad de doblar sus caderas para permitirle alargar los brazos y - asir los cubiertos, mantenerlos asidos cualquiera que sea la posición de sus brazos.
- Finalmente su inhabilidad para llevar las manos a la boca y falta de -- coordinación entre sus ojos y sus manos.

IV.9.- CONVULSIONES

Aproximadamente la tercera parte de los niños con Parálisis Cerebral- presentan convulsiones, suelen presentarse por primera vez en los primeros años de vida. Como el daño de la corteza cerebral desempeña un papel preponderante como causante de Epilepsia, se observan convulsiones sobre todo con hemiplejicos, y, con menor frecuencia en niños con trastornos motores- extrapiramidales.

En algunos niños, el daño encefálico de la primera infancia se manifiesta solo por convulsiones sin que se presenten trastornos motores que desaparecen luego totalmente, tal vez recién en la pubertad. La mayoría no deja de presentarlos nunca.

V. DESARROLLO MOTOR NORMAL

- Algunas etapas del desarrollo, como los niveles que alcanzan a los 3, 5, 7 y 9 meses, señalan la adquisición de habilidades importantes que preparan al niño para nuevas actividades más complejas y, por ende poseen significación especial.

- a) Etapa de los tres meses: Aquí el niño se prepara para la orientación en la línea media, aunque todavía hay mucha flexión en decúbito dorsal, levantando la cabeza mientras se sostiene con los antebrazos en decúbito ventral, el niño se prepara para ampliar la extensión del tronco y de las extremidades inferiores.
- b) Etapa de cinco meses: En esta etapa hay más extensión y más simetría. En decúbito ventral el niño levanta bien la cabeza, extiende y abduce sus extremidades y comienza a tratar de alcanzar objetos. Tracciona para incorporarse desde el decúbito dorsal venciendo la gravedad, a pesar de la considerable actividad extensora en decúbito dorsal y ventral. En decúbito dorsal también levanta la cadera, preparándose para la actividad extensora de la bipedestación más adelante y, sentado con apoyo, tiende a hecharse hacia atrás. En esta etapa existen las reacciones de Landau y Paracaidismo, que forman parte de la creciente aptitud del niño para la extensión antigravitacional. Todavía falta el equilibrio del tronco estando sentado, pero aparecen las primeras reacciones de equilibrio en decúbito ventral dorsal.
- c) Etapa de los siete meses: El niño adquiere rotación dentro del eje del cuerpo (reacción de enderezamiento del cuerpo sobre cuerpo, que modifica la rotación de la temprana reacción de enderezamiento del cuello).

El niño rueda de el decúbito ventral al dorsal y viceversa, esta rotación le será necesaria para gatear y para sentarse a partir del decúbito ventral.

A los ocho meses permanece sentado sin sostén y se apoya con los -- brazos de costado y sin perder el equilibrio. Hay reacciones de equilibrio estando sentado, comienza a reaccionar con las manos para ponerse de pie, pero todavía no sabe sentarse sobre las manos y las rodillas.

d) Etapa de los nueve meses: En esta etapa el niño comienza a gatear con las cuatro extremidades, sea con las manos y pies, o alternando con -- una rodilla y un pie en el piso, el niño gira estando sentado y también camina siguiendo los muebles o tomado de las manos, todavía le falta -- equilibrio para pararse y, por lo tanto, no camina sin ayuda o lo hace con una amplia base de sustentación, abduciendo mucho las piernas.

Vemos aquí que los grandes cambios que tienen lugar en el niño -- normal y el creciente desarrollo de una variedad de actividades espontáneas.

VI.- DIFICULTADES EN EL DIAGNOSTICO MUY TEMPRANO

Estas dificultades surgen del hecho de que los tipos de comportamiento motor aparecen en todos los casos de Parálisis Cerebral, con el consiguiente retardo o detención del desarrollo motor.

En los lactantes de muy corta edad y en niños y n tanto mayores con -- compromiso leve, predominan los patrones primitivos , mientras que en los -- de mayor edad y en los más afectados son más pronunciados los patrones -- anormales.

Los patrones de movimiento normales primitivos indicarían estado patológico de las siguientes maneras:

- a) Si se les ensaya uno por uno, sin relacionarlos con otras actividades -- pertenecientes a la misma etapa de desarrollo, algunas de las cuales -- pueden faltar, puede que haya una amplia diseminación de patrones de movi -- miento que pertenecen a distintas etapas de desarrollo, esto sucede en -- niños dipléjicos y hemiplejicos que adquieren actividades de etapas más -- tardías con las partes menos afectadas o indemnes de su cuerpo, mientras -- que las etapas tempranas todavía faltan en las partes afectadas.
- b) Si se combinan con un tono postural anormal como hipertonia, hipotonia -- o tono fluctuante.
- c) Si los patrones en apariencia normales y primitivos son estereotipados y -- limitados en contraste con la gran variedad de movimientos que despliega -- el niño normal.

Ejemplos :

- a) Prensión manual solo con el brazo en pronación y flexión y con flexión de la cabeza y tronco.

- b) Apertura de las manos sólo hechando la cabeza hacia atrás y sin movimientos independientes de los dedos.
- c) Antebrazos siempre pronados y nunca supinados.
- d) Reflejos cervicales tónicos asimétricos obligatorios al volver la cabeza hacia un lado, aunque esto sucede antes del final de la semana 16.
- e) Retracción de los hombros con los codos flexionados, sin poder llevarse la mano a la boca, ni reunir las dos manos en la línea media.
- f) La cabeza siempre vuelta hacia un lado.
- g) Los codos nunca extendidos, solo al voltear la cabeza hacia un lado o como parte de la reacción de Moro.
- h) Prensión con una sola mano y no con la otra.
- i) Control de la cabeza hacia adelante al traccionar para sentarse pero sin levantamiento de la cabeza en decúbito ventral.
- j) Aptitud para rodar del decúbito ventral al dorsal pero no del dorsal hacia los laterales.
- k) Aptitud para rodar del decúbito dorsal al lateral pero no a la inversa.
- l) Punta piés con una sola pierna pero no punta-piés reciprocos.
- m) Flexión de las piernas solamente si se abduce y al mismo tiempo se flexionan todas las articulaciones, pero sin movimientos independientes de las rodillas o, los tobillos.
- n) Supinación de los tobillos sin poder pronarlos.
- o) Boca siempre abierta, labios nunca cerrados.
- p) Extensión de los codos solo con rotación interna a nivel del hombro.

VII.- D I A G N O S T I C O

En las personas con Parálisis Cerebral puede existir un esquema de desarrollo motor anormal es decir, que no corresponde a su edad. Puede pensarse que existe un problema de este tipo si el niño en el primer año de vida no levanta la cabeza, mira a su alrededor, no extiende sus manos para asir un objeto, no adquiere coordinación ojo mano, no explora su ambiente.

En otras ocasiones la persistencia de reflejos primarios del recién nacido, debe hacer sospechar que éste sufra algún problema a nivel cerebral. (P.C. Mesa redonda, C.M; 1976).

Para realizar el diagnóstico es necesario lo siguiente :

a) Historia Clínica

La historia clínica debe incluir dos aspectos particularmente útiles en el diagnóstico de la Parálisis Cerebral; Uno de ellos es una cuidadosa investigación de la historia heredo-familiar, así como datos del periodo prenatal, post y neonatal o algún traumatismo craneano en el niño pequeño.

El otro aspecto es la historia del desarrollo psicomotor, ya que el dato en el retraso del desarrollo puede ser muy útil para el diagnóstico.

b) Exámen Físico General

La salud del niño con Parálisis Cerebral puede resultar precaria, lo cual puede enmascarar el padecimiento de fondo, siendo necesario también los análisis de laboratorio que se consideren pertinentes.

c) Exámen motor general

Es parte del exámen neurológico, y su objetivo es la observación de los diversos movimientos de las diferentes partes del cuerpo durante el descanso, bajo estímulo y en diversas posiciones.

d) Exámen Neurológico

Se debe hacer un exámen de los nervios craneanos, los que más frecuentemente están afectados son el III, IV, VI, VII y XII.

- Reflejos infantiles que pueden persistir:

- 1.- Reflejo de prehensión: disminuye en el segundo y cuarto mes, siendo reemplazado por la prehensión voluntaria más tarde.
- 2.- Reflejo de succión: no debe persistir más allá del primer año de vida.
- 3.- Reflejo tónico del cuello: comienza a perder su dominancia al final del cuarto mes.
- 4.- Reflejo del Moro: no debe persistir después del quinto mes.

e) Estudios Musculares

Un exámen muscular completo y detallado, el cual debe ser realizado por un Fisiatra o Terapista Físico.

f) Estudios Especiales

En estos estudios se encuentran : Rayos "X" de cráneo, Neumoencefalografía, angiografía cerebral, ventriculografía, electroencefalograma. (Tinetti, UNICEF).

Es de vital importancia detectar la Parálisis Cerebral en edad temprana para un adecuado tratamiento.

VIII.- TRATAMIENTO

Con el objeto de que el niño con Parálisis Cerebral pueda tener la máxima oportunidad para desarrollar sus capacidades al máximo y de vivir una vida "adecuada" como sus potencialidades se lo permitan, debe darse ayuda experta para minimizar sus incapacidades tanto como sea posible, con el objeto de adquirir un alto grado de independencia y desarrollar sus aptitudes y habilidades vitales para un ajuste más satisfactorio a la vida. El programa de tratamiento debe ser elaborado por un equipo multidisciplinario a fin de darle un tratamiento integral.

La rehabilitación del niño con Parálisis Cerebral debe iniciarse tan pronto se detecta el problema, debe cubrir integralmente los aspectos médico, psicológico y social. Para esto, debe estudiarse al paciente abarcando los siguientes aspectos:

1.- Incapacidad Física que incluye :

- a) Disfunción motora
- b) Alteraciones de la sensibilidad
- c) Alteraciones de la audición y lenguaje
- d) Alteraciones visuales
- e) Crisis convulsivas
- f) Condiciones físicas generales (nutrición, dentición etc.)

2.- Incapacidad Psíquica que incluye :

- a) Inteligencia
- b) Conducta

3.- Incapacidad Social que incluye :

- a) Integración familiar
- b) Economía familiar

4.- Incapacidad Educacional que incluye :

- a) La persona deambula sin ayuda de aparatos, es autosuficiente en sus actividades operantes, no tiene problemas de lenguaje y su comprensión es -- "normal" (adecuada).
- b) Cuando la persona tiene deficiencias en deambulación, en el lenguaje y en los cuidados personales, requiriendo el uso de aparatos y de diferentes -- tipos de ayuda mecánica, y su inteligencia va de "normal" a retraso mental.
- c) Cuando la persona esta tan severamente afectada que su pronóstico de deambulación, lenguaje y cuidados personales es sumamente pobre y presenta -- retraso mental profundo. (Tinetti, UNICEF).

Los medios para tratar la Parálisis Cerebral a saber son :

1.- Ayuda mecánica:

Aparatos de comunicación, anteojos especiales, aparatos contra la sordera, andaderas, dispositivos para voltear hojas de libros etc.

2.- Medicamentos:

Frecuentemente útiles para controlar los ataques y espasmos musculares.

3.- Cirugía:

Puede ayudar a algunos problemas específicos, como ciertos problemas de -- ojos, oídos, de caminar.

4.- Terapia Física:

Reeducación motriz para permitir el cuidado propio, programas de ejerci -- cios para entrenar a la persona a utilizar soportes y otras ayudas.

5.- Terapias Especiales:

Terapia de lenguaje para aprender a comunicarse o mejorar el habla, tera -- pia ocupacional que ayuda a adquirir la habilidad para ser lo más indepen -- diente posible.

6.- Asesoría

Sea individual o en grupo para ayudar a aquellas personas con Parálisis Cerebral a afrontar los problemas emocionales, sociales y prácticas -- relacionadas con las desventajas físicas (lo que todos deben saber sobre P.C; 1983).

Indudablemente existen varios métodos de manera física, todas ellas con una escuela diferente, pero con un objetivo. La rehabilitación de la -- persona con Parálisis Cerebral.

IX.- PREVENCIÓN DE LA PARALISIS CEREBRAL

Hasta cierto punto, la prevención debe ser un aspecto importante del manejo y el tratamiento de la Deficiencia Mental y la Parálisis Cerebral. Cobran aquí importancia los campos de la Medicina y la Educación. Aún --- cuando los mejoramientos de la medicina puedan conducir a un aumento --- ligero de el número de Deficiencia Mental y Parálisis Cerebral; existen -- avances prometedores para controlar muchos subtipos de D.M. y P.C.; Entre ellos se encuentra el asesoramiento genético, los abortos terapéuticos, la eliminación continua de las enfermedades que producen D.M. y P.C., las -- pruebas obligatorias de fenilcetonuria, galactocemia, incompatibilidad Rh y el conocimiento mayor del uso corporal de los materiales nutritivos.

La prevención tiene relación con variables socioculturales oscuras.

Se tienen algunos puntos importantes :

I.- Promoción de la salud:

- Educación higiénica
- Mejoramiento de la atención perinatal
- Vigilancia prenatal continua (con énfasis en la prevención de infecciones, alteraciones genéticas e hipoxia).
- Mejoramiento nutricional en la población con alimentación deficiente.
- Favorecer el acceso a los servicios médicos de contacto primario.
- Mejoramiento de las condiciones de la vivienda de los sectores marginales.

II.- Protección específica:

- Control de niños con alto riesgo determinado por problemas prenatales o perinatales.
- Acceso a clínicas para embarazo de alto riesgo, y a unidades de cuidados especiales para atender este tipo de embarazos y partos.

- Orientación familiar y comunitaria sobre estos problemas.
- Revisión sistemática y continua del desarrollo psicomotor del niño en la consulta.

Estas medidas de prevención desgraciadamente no se realizan como se desearía, o sea eliminando los múltiples factores que generan la Parálisis Cerebral. Es difícil, pero se está tratando de llevar a cabo en la Dirección General de Rehabilitación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, a través de una educación higiénica en diversos niveles: Trabajadores de la salud, empíricas. padres y público en general.

X.- O B J E T I V O S

1.- A nivel institucional

- a) Proporcionar situaciones de aplicación de la práctica psicológica que permitan relacionar al Psicólogo como profesional de la conducta, comprometido con la solución de problemas nacionales.
- b) Adecuar el perfil profesional del Psicólogo a los problemas nacionales prioritarios.
- c) Propiciar situaciones que permitan detectar formas concretas de intervención psicológica como medios alternativos de docencia.
- d) Propiciar situaciones de intervención que permitan implementar técnicas de investigación psicológica del análisis de la problemática nacional y de la eficiencia de la carrera de Psicología para formar profesionales de utilidad (Becerra L. y Rivera C.; 1983).

2.- A nivel estudiantil

- a) Desarrollar habilidades que permitan aplicar en la práctica los aspectos operacionales relevantes a la información teórica adquirida e integrada durante la carrera.
- b) Desarrollar habilidades que permitan abstraer y generar información relevante a partir del análisis y aplicación de las diferentes dimensiones de un concepto dado.
- c) Desarrollar habilidades que permitan realizar acciones concretas que demuestren el dominio operacional y el conocimiento integral de un concepto dado.

3.- A nivel APAC

- a) La *habilitación e integración del niño con Parálisis Cerebral.*
- b) Su *integración a la sociedad a pesar de sus limitaciones físicas.*
- c) *Pretende la difusión de la Institución por medio de campañas publicitarias.*
- d) *Orientar e informar a la sociedad sobre la Parálisis Cerebral, para evitar respuestas inadecuadas como el rechazo, la explotación, marginación-etc.*

4.- A nivel personal

- a) *Lograr establecer una correlación entre lo aprendido teóricamente y -- situaciones reales.*
- b) *Iniciar en el campo de la Psicología Educativa, enfocada a una área más-específica como es la Educación Especial.*
- c) *Refutar o apoyar y complementar la información teórica recibida durante-la carrera para la resolución de un problema.*
- d) *Lograr una independencia profesional.*

XI.- CARACTERISTICAS GENERALES DE LA INSTITUCION

1.- DELEGACION POLITICA

El Servicio Social fue realizado en el Distrito Federal, dentro del área correspondiente a la delegación Cuauhtémoc.

Esta delegación se encuentra situada en la parte central del Distrito Federal, con una altitud aproximada de 2.240 mts. sobre el nivel del mar, entre los meridianos 19°24' de latitud norte y 99°08' de longitud oeste del meridiano de Greenwich.

Colinda con la delegación Azcapotzalco y Gustavo A. Madero al norte; Con la Delegación Benito Juárez e Iztacalco al sur; Con la Delegación Venustiano Carranza al este y con la Delegación Miguel Hidalgo al oeste.

Anexo # 1

Se encuentra limitada por las siguientes calles:

Al norte paseo de jacurandas, Río consulado, Boleo y ferrocarril Hidalgo; Al sur Benjamín Franklin, Nuevo León y Viaducto Miguel Alemán; Al oriente Calzada de la Viga, Canal, Anillo de Circunvalación, Vidal Alcocer y Avenida del trabajo; Al poniente Calzada José Vasconcelos, Paseo de la Reforma Sur, Melchor Ocampo, Virginia Fábregas e Instituto Técnico Industrial.

La superficie calculada para la Delegación Cuauhtémoc es de 36.68 m², que representan el 22% de la superficie total del Distrito Federal. En comparación con otras delegaciones, ésta ocupa el 1.º lugar en cuanto a extensión.

Está integrada por 35 localidades dentro de las que se encuentran Colonias, Unidades Habitacionales y Multifamiliares.

2.- TOPOGRAFIA E HIDROGRAFIA

La Delegación presenta una configuración plana en su totalidad, pues se encuentra situada en una cuenca de carácter volcánico.

Se observan serios hundimientos en varias zonas debido a la extracción del agua del subsuelo y a la constante compactación del terreno; Los ríos que tocan el perímetro de la Delegación son: Río Consulado y el Río de la Piedad, actualmente entubados.

Tiene un clima moderado con lluvias de verano. La Delegación no presenta una estación invernal definida. En la actualidad la concentración de automóviles y de la población en la zona centro, ha provocado un calentamiento de la atmósfera.

3.- POBLACION

La Delegación Cuauhtémoc tiene un alto grado de urbanización, y la población se encuentra clasificada como moderna urbana.

El área urbana es de 91.5%, mientras que el área no urbanizada es de 8.6%. Además, cuenta con 3.1 millones de mts.2 de áreas verdes, lo que representa el 9.5% de superficie total.

La población económicamente activa es de 208.7 habitantes de los cuales el 77% se dedica al sector comercio y servicios, y el 23% se dedica al sector industrial. Del total de la población activa el 75% trabaja en áreas correspondientes a la Delegación y el 25% fuera de ella.

Así, tenemos que existe una población fija de 2,100.000 y una población fluctuante de 2,500.

4.- DATOS HISTÓRICOS

En el perímetro de la Delegación Cuauhtémoc tuvieron lugar sucesos históricos de gran trascendencia no sólo por la ciudad de México, si no por el País, dado que en él se encuentra en todos los tiempos las sedes del Estado Mexicano, constituidos por los poderes de la Unión, así como los representantes de los factores más importantes: económico, político y social.

Por otra parte, en la Delegación se fundó la México-Tenochtitlan, - distribuyendose el poblado en cuatro sectores a la manera de los cuadrantes cósmicos, representados en los códices; Al Noroeste quedó Atzacualco, sede más tarde del barrio colonial de Sn. Sebastian; Al Noreste se erigió Cuexpopan, el futuro barrio novo-hispano de Sta. Ma. la Redonda; Al Sureste Zoquiapan que posteriormente se llamó barrio de Sn. Pablo; Finalmente al Suroeste estuvo Moyotlan, el barrio de San Juan en los días de la Nueva España.

Dentro de las comunicaciones se encuentra que la primera obra fue el puente de Tenochtitlan y Tlatelolco, convertido en centro comercial más importante del Valle. Este puente se transformó en tierra firme y sobre él quedó construida la primera calzada con extensión de dos kilómetros; - La segunda calzada construida, fue la de Iztapalapa-Coyuhuacan.

Las calzadas señalaban los ejes principales a lo largo de los cuales creció la ciudad alrededor del núcleo original.

5.- INDUSTRIA

La Delegación ha llegado a ocupar un lugar importante en la estructura productiva del Distrito Federal.

Aproximadamente 34.625 establecimientos se encuentran localizados dentro de los límites de la delegación; las principales ramas industriales con que se cuenta son: Fábricas de calzado y prendas de vestir; editoriales; importantes industrias conexas; manufacturas de alimentos, fabricación de productos metálicos, de muebles, de textiles y otras de menor importancia.

Debido al alto grado de industrialización, se presentan problemas de contaminación ambiental.

El fenómeno de alta concentración humana ha ocasionado que esta Delegación sea una zona prominentemente conflictiva para el tránsito de vehículos y para la población misma.

6.- COMERCIO

En este aspecto, la Delegación Cuauhtémoc presenta un gran auge, las principales formas comerciales establecidas son: la compra-venta de alimentos, bebidas y productos de tabaco; compra-venta de artículos para el hogar y uso personal; compra-venta de materias primas, maquinaria y artículos -- diversos.

7.- COMUNICACIONES

Red-Vial -- Avenidas que atraviesan la Delegación; Paseo de la Reforma Avenida Chapultepec, José María Izazaga, Calzada de Tlalpan, Sn. Antonio -- Abad, Hidalgo, Flores Magón, Calzada de los Misterios, Calzada Guadalupe, -- Fray Servando T. de Mier, Juárez, Francisco I. Madero.

8.- SALUD PUBLICA

La Delegación Cuauhtémoc cuenta con los siguientes servicios médicos: De la Dirección General de Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal se tienen dos hospitales.

ISSSTE - Doce clínicas de servicio

IMSS - Nueve clínicas de servicio y Centro Médico Nacional

SSA - Seis clínicas de servicio, Hospital General, Homeopatía, Instituto -- Nacional de Cancerología, Centro Dermatológico.

Algunos de estos centros en el pasado sismo de Sept. '85 desaparecieron, pero a la fecha no están registrados.

9.- EDUCACION

Cuenta con 501 Centros Educativos, de los cuales 314 son oficiales y 187 particulares, distribuidos de la siguiente manera:

	Oficiales	Particulares	Total
Preescolares	84	29	113
Primarias	136	54	190
Secundarias	38	22	60
Escuelas Técnicas	6	48	54
Preparatorias	4	23	27
Vocacional	3		3
Escuelas de Actividades Artísticas y Culturales	13		13
Profesionales	<u>30</u>	<u>11</u>	<u>41</u>
	314	187	501

10.- SERVICIOS PUBLICOS

Cuenta con los siguientes servicios públicos:

Oficinas de la Delegación General de Policía y Tránsito y Servicios de emergencia entre los que se incluyen Comandancias de Policía de Granaderos, Oficinas de Licencias de manejo, Correos, Servicios de bomberos, Escuadrón de rescate, Policía Federal de Caminos, Locatel etc; 16 Oficinas de administración de correos, 19 sucursales de telégrafos, 16 Telex, 156 estacionamientos y 02 panteones.

11.- SERVICIOS DE ESPARCIMIENTO Y RECREACION

La Delegación cuenta con doce deportivos; un club; un gimnasio, 72 cines, 32 teatros, 117 bibliotecas y 78 parques y jardines.

12.- TURISMO

Dentro de esta área se encuentra un gran número de templos, edificios y plazas, de los más importantes se tienen: Palacio Nacional, Palacio de las Bellas Artes, Nacional Monte de Piedad, Antigua Casa de Moneda, Edificio de la Suprema Corte de Justicia, Alameda Central, Escuela de Medicina. (Monografía, - 1987).

XI.1.- ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA INSTITUCIÓN

En 1968 un grupo de personas que acudían con algunas de sus familias a recibir terapia a Mariano Escobedo # 50, decidieron solicitar la intervención de las autoridades respectivas para realizar actividades recreativas todos los jueves de cada semana en horario vespertino. Por las características de dichas actividades, estos días fueron denominados "Jueves Sociales". Posteriormente, en el año de 1969 los integrantes del grupo convinieron que el centro debía recibir el nombre de "Club Alegría". Hasta esta fecha, aparentemente se contaba con un lugar que poseía los elementos para llevar a cabo la rehabilitación de la persona con Parálisis Cerebral. Pero era necesario pensar en la continuidad de la institución escolar, aspecto contemplado en el tratamiento integral, pues al concluir la enseñanza primaria, no habría otro módulo asistencial que absorviera a todos los egresados de dicho lugar, lo cual repercutiría seriamente en el tratamiento recibido hasta ese momento, por lo que se decidió formular la agrupación fundando APAC, como Institución de Asistencia --- Privada, el 17 de marzo de 1970.

En sus inicios la Asociación comenzó a funcionar con personal voluntario de las siguientes especialidades: Medicina, Pedagogos, Terapistas Físicos, -- Operacionales y de lenguaje, Psicólogos y Trabajadores Sociales, todos ellos prestaban sus servicios sin recibir remuneración alguna.

Con el aumento de alumnos y el crecimiento en el número y la calidad de los servicios, era imposible continuar laborando en locales tan reducidos, -- por lo que el tres de marzo de 1972, la Asociación fue reubicada en una pequeña casa rentada en Troló # 97 Col. Zacahuisco. Un año después, el quince de diciembre de 1973, la Institución quedó incorporada a la SEP, en la Dirección General de Educación Especial con clave 095-4 143.

Después de un leve lapso de tiempo, se planearon programas educativos para continuar con la instrucción escolar e iniciar de esta forma la impartición de la enseñanza media básica, y el 24 de julio de 1976 se llevaron a cabo -- las gestiones con el Jefe del Depto. Jurídico de la SEP para solicitar la -- validez oficial ante dicha Secretaría de las clases impartidas en la Asociación correspondiente al nivel secundaria.

Por otro lado, al incrementarse el número de pacientes, las necesidades aumentaron naturalmente, por lo que se creyó conveniente adquirir espacios físicos con mayores dimensiones y realizar una clasificación exhaustiva de la población atendida dependiendo de sus características. (Boletín Informativo, 1985).

La función de APAC es la de hacer frente y procurar soluciones a una problemática seria.

Actualmente cuenta con siete programas distribuidos de la siguiente manera:

I.- PROGRAMAS DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA

En este programa se atienden a bebés de cero a seis años, todos reciben estímulos múltiples indispensables para una mejor rehabilitación.

Los niños de cuatro a seis años se inician en los conocimientos y experiencias propias de un jardín de niños; Esta situado en Sur 136 # 24 Col. - Américas Del. Benito Juárez.

II.- PROGRAMA DE NIÑOS

Ingresan a este programa niños de entre siete y quince años. Se da escolaridad que incluye pre-primaria y todos los años de primaria, grupos de maduración y estimulación básica.

III.- PROGRAMA DE CASA

Por el problema que representan las grandes distancias y por la limitación de espacio que se tiene en APAC, se inicio este Programa, el cual cumple dos grandes funciones:

- a) Una de ellas es evaluar a los niños y jóvenes que asisten por primera vez y luego canalizarlos al Programa que le corresponde.
- b) La otra función es la de dar a los padres que viven fuera del área Metropolitana un trabajo a desarrollar con su hijo en casa.

IV.- PROGRAMA DE ADULTOS

El ingreso aquí es de jóvenes de quince años en adelante, se llevan a cabo actividades escolares desde primaria hasta preparatoria; Terapias y preparación para el Trabajo.

V.- UNIDA MOVIL

Este tipo de servicio se da a niños y jóvenes que por encontrarse en zonas alejadas no pueden asistir hasta las Instalaciones de APAC ubicadas en Dr. Arce # 101, 104, 107, 105 en la Col. Doctores.

VI.- PROYECTO PROVINCIA

Este es un servicio que pretende llevar el trabajo de APAC al interior de la República.

VII.- PROGRAMA DE MOTIVACION

Este programa se inició ante la demanda de padres que no encontraban un lugar donde atendieran a su hijo con Parálisis Cerebral que además presentaban Deficiencia Mental y otras afecciones como problemas auditivos, visuales, de lenguaje etc.

Aquí se da gran estimulación sensorial. Existen seis grupos, tres en turno matutino que asisten de 8:30 A.M. a 12:30 P.M. y tres en turno vespertino donde su asistencia es de 2:00 P.M. a 5:00 P.M.

XII.- ACTIVIDADES REALIZADAS Y POBLACIÓN ATENDIDA

El Servicio Social fue iniciado en el Departamento de Comunicación.

Durante la primera semana de Servicio, se asistió a pláticas con la Asesora del Departamento de Comunicación (Rubi Ocampo) abordando el tema de Parálisis Cerebral.

Durante las siguientes tres semanas se visitaron los distintos grupos -- para observar y conocer a cada uno de los alumnos y al personal que labora en el programa de Motivación APAC.

Se recibieron pláticas acerca de el programa de Motivación y su forma de trabajo, así como de su formación.

Una vez que se conoció a la mayoría de los alumnos, fué necesario elaborar un programa de Estimulación Auditiva para trabajar con cada uno de los -- grupos del Turno Vespertino (Anexo 2).

Se conocieron las valoraciones realizadas a los alumnos, estas valoraciones corresponden tanto al Departamento de Comunicación como a los Departamentos de Psicología y Pedagogía. (Anexo 3, 4 y 5).

Debido a que el Departamento de Comunicación no funcionó (problemas internos), hubo que ubicarse en un solo salón para realizar las siguientes actividades: Auxiliar la Terapéutica de el Departamento de Escuela (El programa de trabajo está anexo 6), técnicas de alimentación y evaluación (Anexo 7).

El grupo en el que se trabajo fué de nivel uno turno vespertino. Aquí se llevó a cabo psicoterapia de apoyo en las actividades mencionadas anteriormente, el número de casos atendidos fué de seis. 4 niñas sexo femenino con PC y DM

1 niño sexo masculino con PC y DM

1 niño sexo masculino con DM.

Posteriormente el número de alumnos aumento a ocho; dos alumnos de sexo femenino con PC y DM, continuandose con las mismas actividades (Anexo 6).

En el mes de marzo de 1987, se llevo a cabo el campamento anual; En esta -
ocación se visitó la Ciudad de Puerto Vallarta Jalisco, aquí asistieron los
programas de Motivación y Casa.

Las actividades realizadas fueron básicamente para estimular áreas --
tanto de atención, sensación y un aspecto muy importante para éste tipo de
niños que es fomentar la interacción con la gente, fundamentalmente activi-
dades sociales como concursos, pascos, desfiles, así como también se traba-
jó en el área de alimentación; estas actividades se llevaron a cabo en las-
instalaciones de campamento, en la playa, pueblo aledaño y Puerto Vallarta-
(Anexo 8).

En el mes de junio se atendieron a otros cuatro alumnos, siendo neces-
ario terminar con los anteriores, aunque con estos últimos alumnos se traba-
jó sólo un mes.

Se asistió a un curso sobre técnicas de alimentación y otro en la --
Unidad de Congresos del Centro Médico, sobre Pedagogía de la Solidaridad.

A continuación se describen los casos atendidos y los resultados que se
obtuvieron.

C A S O "A"

Sexo femenino

Edad 12 años

Dx: Deficiencia Mental

Escolaridad: Nivel uno

La niña presenta carencia de atención, puede llegar a fijar la vista en
un objeto que sea momentáneamente llamativo para ella, tiene prensión fina y
gruesa, presenta un total desconocimiento de su cuerpo, esta desarrollando -
su sentido auditivo, distingue sabores dulce y amargo.

No hay discriminación de texturas, presenta movimientos estereotipados en cabeza (adelante y atrás), se chupa la mano izquierda; No habla, rechina los dientes, llora en pocas ocasiones, no convulsiona.

En cuanto a relaciones familiares, son de comprensión y colaboración a la rehabilitación de la niña, la quieren y aceptan.

El programa con el que se trabajó está en anexo 6 y los objetivos a seguir son:

Iniciar conductas de imitación y seguimiento de instrucciones, extinguir movimientos estereotipados.

C A S O "B"

Sexo femenino

Edad 6 años

Dx: Hemiparésia espástica, DM, epilepsia.

Escolaridad nivel uno

La niña no presenta convulsiones; Su audición es aparentemente normal; - No hay problemas visuales; Es una niña que presenta características autistas, aunque no están bien delimitadas; no controla esfínteres; A nivel físico es - totalmente flácida, llora cuando algo le molesta (específicamente el calor); - en ocasiones ríe ante una risa muy fuerte de otra persona; Pocas veces logra establecer contacto visual.

En área socio afectiva la niña es querida y aceptada por su papá y mamá, -- estos cooperan en la rehabilitación de la niña. La forma de trabajo está en anexo 6 y los objetivos a seguir son:

- reforzar atención auditiva y visual.
- establecer repertorio básico de imitación y seguimiento de instrucciones.
- control de esfínteres.
- control de tronco y cabeza.

C A S O "C"

Sexo femenino

Edad 8 años

Dx: P.C. Cuadriparesia espástica, microcefalia, D.M.

Es una niña que se adapta fácilmente a cualquier actividad; da buenas respuestas a pesar de sus limitaciones físicas tanto en columna como en miembros superiores e inferiores; No hay identificación de su cuerpo; establece contacto y fijación visual, hay seguimiento de objetos luminosos; Da respuesta ante la presencia de sonidos; Da respuesta ante la presencia de distintos olores, especialmente los desagradables.

En relaciones familiares: Se consideran a estas muy buenas, tanto los hermanos como los papás de la niña la quieren y aceptan y todos colaboran para la -- rehabilitación de la niña.

El programa se anexa (6). Los objetivos a seguir son:

- mejorar su forma de alimentación
- lograr control de esfínteres
- intentar marcha con ayuda.

C A S O "D"

Sexo femenino

Edad 6 años

Dx: P.C. Cuadriparesia espástica, secuela de meningoencefalitis D.M.

Escolaridad Nivel uno

La niña presenta severas limitaciones físicas, audición presente y visión un poco deficiente, no tiene movimientos voluntarios, tiende a cambiar su horario de sueño con facilidad, en ocasiones manipula por medio de berrinches y ahogos, --- llora para manifestar alguna incomodidad; No hay identificación de esquema corporal; No hay discriminación ante fuente sonora; No hay clara respuesta ante olores;

No hay control de cuerpo; Presenta problemas para la alimentación, carece de dientes, almacena muchas flemas, respira por la boca y la presentación de sus alimentos es en papilla; No hay control de esfínteres; No convulsiona.

Se anexa el programa de trabajo (6).

Los objetivos son los siguientes:

- mejorar la posición de sentado tanto para trabajar como para alimentarse.
- estimular atención auditiva y visual.
- establecer horario de sueño.
- disminuir llanto en el momento de alimentación.

C A S O "E"

Sexo femenino

Edad 22 años

Dx: D.M.

Escolaridad nivel uno

Es una chica que nunca ha tenido, no permite contacto físico; No hay participación en las actividades; No hay limitaciones físicas; En ocasiones llora ante una situación desconocida, se desplaza por sí misma; Visión y audición -- presentes; No hay identificación corporal, tiene pinza gruesa y fina; No hay ubicación espacial; No hay control de esfínteres. Los objetivos son:

- iniciar a la masticación
- eliminar el biberón
- aceptación de alimentos sólidos
- control de esfínteres
- aceptación al contacto físico
- aceptación al trabajo

C A S O "F"

Sexo femenino

Edad 6 años

Dx: P.C.

Escolaridad Nivel uno

Es una alumna que convulsiona, tiene contracturas en miembros inferiores (rodillas) y el miembro superior izquierdo, presenta movimientos de autoestimulación, se chupa el dedo índice de la mano derecha, presenta berrinches cuando se intenta trabajar con ella, o cuando algo le molesta, no le agradan los eventos sociales (reuniones en el patio con sus compañeros); No hay identificación de esquema corporal; Establece contacto visual, pero no hay fijación ni seguimiento de objetos; Da respuesta ante sonidos (campanas, cascabeles), aunque no hay discriminación de estos; Da respuesta ante olores fuertes (alcohol), pero no hay respuesta ante los suaves; Hay buena discriminación de sabores e incluso hay selección de alimentos; Da buena respuesta ante texturas suaves pues llegan a relajarla bastante; Su coordinación ojo-mano es deficiente, hay pinza gruesa; No hay ubicación espacial; No tiene problemas de alimentación (masticación, deglución, sialorrea); No hay control de esfínteres.

Los objetivos a trabajar son los siguientes:

- aceptar convivencia con sus compañeros
- disminuir berrinches
- aceptación al trabajo
- lograr mayor atención auditiva y visual
- identificación de esquema corporal
- mejorar posición de sentado.

C A S O "G"

Sexo masculino

Edad 7 años

Dx: P.C. Cuadriparesia espástica.

Es un alumno que presenta convulsiones y duerme durante mucho tiempo después de una convulsión, establece muy poca atención, se irrita fácilmente y hay poca tolerancia al trabajo, se lleva cualquier objeto a la boca; No hay identificación corporal; No hay fijación visual y el contacto es muy esporádico; Busca la fuente sonora; Da respuesta ante la presencia de olores tanto agradables como desagradables; Da respuesta ante sabores ácido, amargo y salado; Tiene pinza gruesa y fina; Presenta Sialorrea; No hay control de esfínteres.

Los objetivos a seguir son los siguientes:

- lograr mayor tolerancia al trabajo
- establecer contacto y fijación visual, en si, lograr mayor atención tanto auditiva como visual.
- trabajar conjuntamente con el Psiquiatra para disminuir convulsiones.
- lograr control de esfínteres.

C A S O "H"

Sexo masculino

Edad 7 años

Dx: Deficiencia Mental

Escolaridad Nivel uno

Es un niño que físicamente no se encuentra limitado a excepción de su cadera, que presenta luxación lo cual le dificulta la marcha; Presenta conductas de auto-estimulación, tocándose la cara; Coopera en las actividades; Se adapta fácilmente a la situación y se enoja cuando algo no le agrada; Visión y audición presentes;

Responde ante la presencia de olores agradables; No hay ubicación espacial; -
Presenta problemas de alimentación, debido a que durante mucho tiempo tomó --
biberón; No hay control de esfínteres.

Los objetivos a trabajar son:

- iniciar a la masticación
- eliminar sialorrea
- marcha semi independiente
- mayor atención tanto auditiva como visual
- control de esfínteres.

C A S O "1"

Sexo gemenino

Edad 12 años

Dx: Diparésia espástica, DM, Probable hipoacusia

Escolaridad Nivel dos

Es una alumna que camina sola, pero se apoya en puntas por lo que sus --
pasos son inseguros, presenta crisis convulsivas y problemas conductuales, --
berrinches ocasionales, movimientos estereotipados y de autoestimulación; No -
controla esfínteres; No tiene establecido el código básico de comunicación si-
no; Su atención es fluctuante y selectiva, inicia seguimiento de instrucciones;
No hay respuesta a la imitación, Sonríe casi todo el tiempo; Es semi indepen-
diente en alimentación, necesita una cuchara de mango grueso que le facilite su
autoalimentación.

Los objetivos son los siguientes:

- mejorar marcha
- mejorar forma de alimentación
- mejorar atención auditiva y visual
- iniciar al control de esfínteres

C A S O "J"

Sexo masculino

Edad 7 años

Dx; DM, PC, Cuadriparesia espástica.

Escolaridad Nivel dos

Es un niño muy limitado físicamente por lo cual es totalmente dependiente; -
Presenta amaurosis y probablemente anacusia; no controla esfínteres; No tiene --
establecido algún código de comunicación; No presenta problemas conductuales; --
Tiene válvula de pudens y extirpación del lóbulo frontal izquierdo; Muestra indi-
ferencia al medio debido a sus problemas físicos y mentales. Los objetivos son --
los siguientes:

- mejorar alimentación- deglución y mordida
- lograr una adaptación en grupo
- que de respuesta al medio

C A S O "K"

Sexo masculino

Edad 6 años

Dx: Cuadriparesia espástica de predominio triparteico, DM.

Escolaridad Nivel dos

Es un niño que no camina, no controla esfínteres, presenta crisis convulsivas, -
presenta movimientos estereotipados y de autoestimulación; No tiene estable-
cido algún código de comunicación; No presenta precurentes básicos, sólo aten --
ción siendo esta fluctuante; En conductas de autocuidado es totalmente dependi --
ente; Presenta sialorrea y derrame de líquidos; No hay masticación. Los objetivos
son:

- disminuir sialorrea y protusión así como derrame de líquidos.
- disminuir el reflejo de mordida
- identificación de esquema corporal
- lograr mayor atención tanto auditiva como visual.

C A S O "L"

Sexo masculino

Edad 10 años

Dx: Deficiencia Mental

Escolaridad Nivel dos

Es un alumno que camina solo, no presenta problemas visuales y auditivos; - No controla esfínteres; No presenta precurrentes básicos, solo atención siendo -- esta fluctuante; Tiene problemas conductuales; autoestimulación y características de hiperactividad; No tiene establecido el código elemental de comunicación si-no; En alimentación es semi independiente.

Los objetivos a seguir son:

- lograr mayor atención: tanto auditiva como visual
- identificación corporal
- mejorar forma de alimentación
- lograr mayor adaptación a la escuela
- mejorar coordinación viso-motora.

XIII.- R E S U L T A D O S

Los resultados contenidos durante el periodo de Servicio Social fueron los siguientes:

C A S O "A"

La niña se vió diariamente de 2:00 a 5:00 P.M., durante seis meses. Se pudo observar que los movimientos estereotipados disminuyeron considerablemente, la - conducta de chuparse el dedo decreció; Su atención visual aumentó en ligera -- proporción ante estímulos luminosos; El rechinar de los dientes dejó de hacerlo cuando se mantenía ocupada; No se tuvieron avances significativos en cuanto a -- imitación y seguimiento de instrucciones.

C A S O "B"

Con la niña se trabajó diariamente de 2:00 a 5:00 P.M. durante seis meses y al término de este tiempo se pudo observar que la niña mejoró notablemente - su atención tanto auditiva como visual; En lo tocante a imitación logra sonreír ante la risa de otras personas; Se inició a trabajar en control de esfínteres, no lograndose avances significativos; Se logró junto con el Departamento de Terapia Física mayor apoyo en pies y control de tronco; Aunque no logra -- discriminar texturas, ya acepta el contacto con estas.

C A S O "C"

El proceso de intervención fué diario de 2:00 a 5:00 P.M. durante seis - meses y al término de este se pudo observar que mejoró en marcha con ayuda, la posición de su tronco mejoró, En lo relacionado a control de esfínteres se -- estableció un horario; Cooperar en actividades de vestido y desvestido; Su sialorra disminuyó considerablemente; En cuanto a masticación mejoró así como -- también la forma de tomar agua (en vaso); En cuanto a percepción táctil se tuvieron grandes avances pues manipula por si sola toda clase de materiales --- (agua, unicel, semillas) todo disfrutado ampliamente por la niña; Da respuestas satisfactorias en cuanto a discriminación de sabores tanto lo dulce sonrie y lo amargo lo rechaza.

C A S O "D"

La alumna fue atendida durante seis meses de 2:00 a 5:00 P.M. Los avances obtenidos son los siguientes: Mayor tolerancia al cambio de postura y movimiento, así como al contacto físico; Sus respuestas son más definidas que al principio y durante algunos periodos ha cambiado su horario de sueño; Se logró su adaptación a la escuela ; Hay más respuestas ante los olores, trata de retirar su cabeza y manifiesta gestos cuando algo le es muy desagradable; En percepción auditiva logra identificar la fuente sonora; Se tuvo más contacto y ----

y fijación visual.

C A S O "E"

La niña fué atendida durante seis meses de 2:00 a 5:00 P.M. diariamente. Los avances en esta alumna aparentemente no son importantes, pero haciendo una correlación de las características que ella presentaba al inicio del tratamiento y las mismas al final, se puede observar que hay mayor atención tanto auditiva -- como visual; Hay reconocimiento de personas; Muestra aceptación de alimentos por parte de otras personas que no son su mamá. Y algo bien importante es que se pudo trabajar con ella por medio de la música.

C A S O "F"

La alumna fué atendida durante seis meses en sesiones de 2:00 a 5:00 P.M. -- diariamente. Y los resultados se consideran favorables, pues la niña acepta y -- disfruta los eventos en grupo; Se logró un reconocimiento de el vaso donde toma -- la leche y la hora de comida (cuando se le pone su babero); Hay mayor atención -- auditiva asociada con estímulos visuales; Se logró mantener sentada en mejor --- posición y mayor tolerancia al trabajo.

C A S O "G"

En este alumno se pudieron tener pocos avances, pues faltó bastante en el -- ciclo escolar pues estuvo enfermo y presentó frecuentes crisis convulsivas lo cual retrasó mucho al alumno en vez de mejorar; Va tendía marcha con ayuda y se perdió -- gran parte de esta; No acepta el trabajo con cualquier persona, los avances fueron a nivel atención visual y auditiva, ya que presentándole un estímulo auditivo lo -- busca e intenta agarrarlo.

C A S O "H"

El alumno fué atendido diariamente de 2:00 a 5:00 P.M. durante seis meses; Logró control de esfínteres dentro de la escuela y casa; Se eliminó por completo el biberón; Ha tenido adelantos en cuanto a mordida y masticación; Se inició en marcha con ayuda; Responde ante objetos pesados; Se tuvieron avances en --- cuanto a percepción gustativa y táctil, aceptando lo que le agrada y rechazan - do con gesticulación y llanto lo que le molesta; En cuanto a contacto y fíja -- ción visual es fluctuante pero con mayor tiempo que al inicio del año escolar.

Los cuatro siguientes casos únicamente fueron vistos aproximadamente durante un mes y con muchas dificultades, pues fué fin de año escolar y son chicos - que faltan bastante, de esta manera no se pudieron observar objetivamente sus - logros.

C A S O "I"

Esta niña fué atendida aproximadamente durante dos semanas de 2:00 a 5:00 P.M., tiempo en que no se pudo trabajar mucho, pero se pudo observar que le -- agrada trabajar con texturas, sonríe bastante; Y donde pude ver adelantos fué- en el área de alimentación, se logró que sostuviera por mayor tiempo la cuchara y el vaso, mejoró su masticación.

C A S O "J"

El alumno está en las mismas condiciones que el anterior. Aquí se pueden observar adelantos como la disminución de vómito con sangrado ante algo que le angustia o desagrada, se logró una buena adaptación a la escuela; En alimentación tuvo considerables avances como disminuir su reflejo de mordida y mejorar su deglución.

C A S O "K"

Es un alumno que se atendió poco tiempo aproximadamente dos semanas, en forma diaria de 2:00 a 5:00 P.M. y los avances son los siguientes: Reconocimiento de personas más cercanas a él; Inhibición de reflejo extensor, extinción del reflejo de mordida; Se mejoró la forma de ingerir líquidos; Se tuvo mayor control de labios y se inició a la masticación.

C A S O "L"

Es un alumno que fué atendido durante un mes aproximadamente en forma -- diaria de 2:00 a 5:00 P.M.; Y muestra mayor interes en todo lo que le rodea, -- disputa de todos los eventos sociales; En el área de alimentación logró sostener por mayor tiempo la cuchara y el vaso, tener mayor coordinación mano-boca, mejoró su masticación rotatoria.

En general se pudo observar que los resultados obtenidos con estos chicos son muy satisfactorios y significativos, tomando en cuenta que hay chicos que nunca habían tenido ningún tipo de estimulación, y que la mayoría tiene serias limitaciones tanto físicas como mentales.

XIV.- A N A L I S I S

Durante el periodo de Servicio Social pude darme cuenta de la importancia de la buena preparaci3n de un profesional incursionado en el 3rea de Educaci3n Especial (Pedagogos, Psic3logos, M3dicos etc.), en este caso chicos que presentan Par3lisis Cerebral asociado con otro tipo de afecciones (auditivas, visuales o Deficiencia Mental), pues aprende uno a tratarlos como seres humanos y a comprender toda una problem3tica que se presenta a nivel familiar.

En otra instancia, se ve la necesidad de sensibilizar a la poblaci3n en general sobre lo que es la Par3lisis Cerebral mediante los canales posibles, - Instituciones de Salud, Medios masivos de Comunicaci3n y sobre todo, iniciar a nivel institucional (APAC), pues en muchos casos me pude dar cuenta de la desinformaci3n que existe sobre la Par3lisis Cerebral.

Esto con el fin de detectar el problema lo m3s pronto posible, ya que de esta manera podr3 proporcionarse una ayuda terap3utica m3s eficaz.

Por otro lado, me parece importante hacer menci3n sobre los beneficios - que proporcionan las actividades extra- escuela como campamentos, salidas a - parques, pues el contacto directo que se tiene con la naturaleza o cualquier - objeto concreto, facilita que el alumno conceptualice lo que se le est3 proporcionando.

Un beneficio m3s que proporciona el Servicio Social es darse cuenta que - la preparaci3n no termina en el momento de obtener un t3tulo, si no que hay - que estarse preparando constantemente para poder brindar mejores servicios.

XV.- C O N C L U S I O N E S

Durante el tiempo que estuve realizando Servicio Social, pude darme cuenta de que el mayor interés de cualquier profesional relacionado con el aprendizaje de los niños, en este caso de un Psicólogo, es conocer como aprenden los niños (las personas), y mientras más conocimientos se tengan, mayor oportunidad se tendrá de ayudar a un chico que tiene problemas, en este caso niños con Parálisis Cerebral y Deficiencia Mental.

Por otro lado, es una fase muy importante en el desarrollo de un profesional, ya que constituye el nexo entre la teoría proporcionada en una Institución (UNAM) y la práctica que es otorgada en Centros de rehabilitación (En este caso APAC).

A través del Servicio Social se desarrollan habilidades que permiten aplicar en la práctica los aspectos operacionales relevantes a la información teórica adquirida e integrada durante la Carrera de Psicología.

Este periodo de Servicio Social contribuye a la formación del Profesional, lo arroja a una realidad que tendrá que enfrentarse en el momento de abandonar las aulas de la Escuela.

Por otro lado, es una fase en la cual poco a poco se va adquiriendo una independencia profesional y la capacidad de desarrollarse en el campo propio del Psicólogo, como es la evaluación de casos, poder en un momento determinado diagnosticar un problema y finalmente encontrar alternativa para solucionar este problema, lo cual nos da elementos para poder vincular la teoría con la práctica.

XVI.- R E C O M E N D A C I O N E S

APAC es una Institución que brinda la mayor ayuda posible, sin embargo, considero que toda la ayuda que pueda dar, no tendrá resultados fructíferos - si no se trabaja en forma organizada, en equipo, y esto es porque diariamente se ve la labor del maestro, del médico en rehabilitación, del terapeuta físico, Psicólogo etc. Pero hay un punto que siento que está fallando y es la - cooperación de los padres, y no es en el sentido de la cooperación material, si no de labor terapéutica, o sea la continuidad de el trabajo de los profesionales mencionados antes.

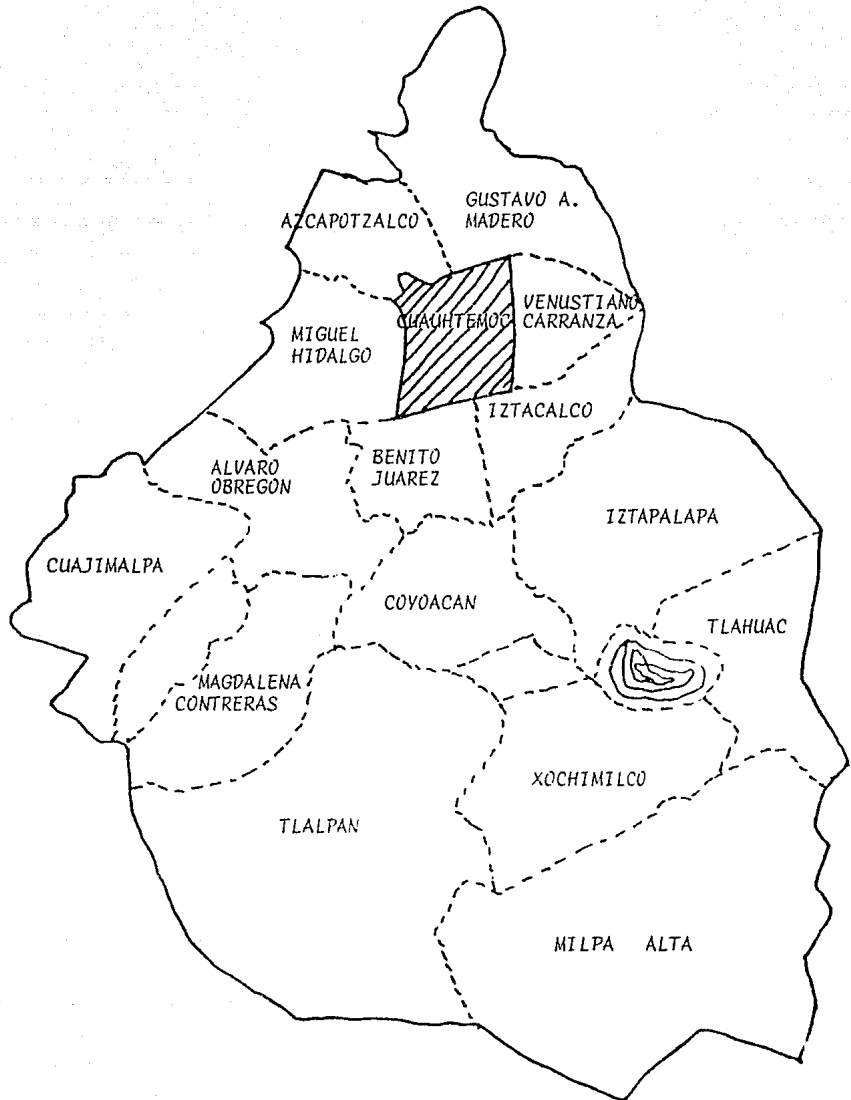
Por lo anteriormente mencionado, considero necesario la difusión de -- Escuela para Padres, en donde resalte la necesidad de su labor como terapeuta para la rehabilitación de su hijo.

B I B L I O G R A F I A

- Bobath Karel. Bases Neurofisiológicas para el Tratamiento de Parálisis Cerebral. Edit. Médico-Panamericana S.A.
Buenos Aires, 1982
- B. Bobath y Karel. Desarrollo Motor en Distintos Tipos de Parálisis - Cerebral. Edit. Médico-Panamericana.
Buenos Aires, 1976.
- Cytryn y R.S. El Retardo Mental. Edit. Médico-Panamericana.
Buenos Aires, 1979.
- Cruickhan M. William. El niño con Daño Cerebral en la Escuela, en el hogar y en la comunidad. Edit. Trillas.
México, 1979.
- Escanero, S. y Cols. Revista de la Facultad de Medicina - Parálisis - Cerebral. UNAM.
México, 1976
- J. de Ajuriaguerra. Manual de Psiquiatria Infantil. Edit. Toray-masson, S.A.
Barcelona, 1980.
- Lo que todos deben saber sobre Parálisis Cerebral. APAC
México, 1983.
- L. Becerra y C. Rivera. Manual para la elaboración del informe final del -- Servicio Social de la Carrera de Psicología.
México - ENEP - ZARAGOZA, 1983.
- Monografía de La Delegación Cuauhtémoc. México, 1986.
- R.F. Tregold. Retardo Mental. Edit. Panamericana.
Buenos Aires, 1974.
- Telly Pauline. El arte en la Educación Especial. Edit. CEAC
Barcelona, 1983.
- Wolfgang Ulbricht. Neurología Pediátrica. Edit. Médica-Panamericana, S.A.
Buenos Aires, 1987.

A N E X O S

ANEXO # 1
DISTRITO FEDERAL



I N D I C E

INTRODUCCION	1
JUSTIFICACION	6
CARACTERISTICAS DE LOS NIVELES	7
OBJETIVOS	7
PROGRAMA DE INTERVENCION	8
PROCEDIMIENTO	9
ANEXOS	14
BIBLIOGRAFIA	15

Se ha mencionado en muchas ocasiones que existen sensaciones "exteriores" y -- sensaciones "interiores". Las primeras nos llegan como mensajes del propio -- cuerpo, provocando reflejos inconscientes que pueden volverse conscientes; el hambre, la sed, la fatiga, el dolor, las necesidades de evacuación etc.

Es particularmente importante educar de manera que el niño aprenda a -- reaccionar. Hacerlos conscientes es misión del adulto que provee estas necesi -- dades.

Las necesidades internas se vuelven conscientes gracias al lenguaje, -- cuando el niño comprende las palabras hambre, sed, fatiga e intente utilizar -- las.

Las necesidades exteriores por su parte, representan el terreno sobre el que se desarrollan las manifestaciones de los seres vivos, llegan del mundo - que nos rodea.

Un niño muy atrasado que no las perciba, forzosamente es incapaz de --- reaccionar y perecerá si no tiene la ayuda constante del adulto. Entre estos -- casos de ineducabilidad y los que reaccionan de manera normal queda compren -- dida la gama de los semieducables, puesto que la realidad llega del exterior -- a nuestros conocimientos a través de nuestros sentidos, es necesario:

- 1.- Que sea bueno el funcionamiento de nuestros órganos receptivos.
- 2.- Que las sensaciones percibidas sean útilmente asociadas a experiencias -- anteriores, para ofrecer una base a nuestro pensamiento.

En el niño normal, la educación dada en el jardín de infancia y las escue -- las maternas descansa sobre los ejercicios "sensoriales". Para el deficiente mental o cualquier otro niño con problemas, llámese a este parálisis cerebral, lesión cerebral, la educación sensorial es muchas veces el único medio educati -- vo susceptible de establecer contactos elementales con el mundo.

Contamos con cinco sentidos: vista, oído, olfato, tacto y gusto. En el contexto psicopedagógico se cuenta como sexto sentido al equilibrio, cuya educación es esencial.

Hoy en día la necesidad de comenzar por la educación sensorial esta universalmente admitida. Sin embargo, existe un mal entendido muy generalizado, muchos especialistas entienden por "educación sensorial" un esfuerzo de afinamiento de los sentidos, por ejemplo: "el sentido del tacto se desarrolla mediante la exploración de las superficies lisas y rugosas, frías o calientes, "el sentido del oído a través de la audición de sonidos fuertes, débiles, graves, agudos" etc.; En realidad no es el sentido propiamente dicho el que evoluciona. No modificamos la agudeza visual o auditiva si estos ejercicios se nos dan en malas condiciones.

Lo que debemos llevar a un más alto grado de perfeccionamiento es la utilización de las percepciones unida a la capacidad de prestar atención, de concentrarla, de rechazar las sollicitaciones secundarias que provocan distracción. La tarea sucesiva será hacer consciente al niño de la percepción que recibe, tarea obstaculizada por la ausencia de lenguaje; por lo que los ejercicios consistentes en diferenciar colores, dimensiones, sonidos, pesos y así sucesivamente, exigen ciertas aptitudes de análisis y no pueden realizarse en el comienzo del esfuerzo educativo.

Corrientemente se ha considerado el aprendizaje de los colores y de las formas como una finalidad, como parte de un programa. De hecho, tal aprendizaje sólo llegará a establecer ciertas asociaciones de ideas entre el objeto, su color su forma y su sonido, lo que representa un conocimiento muy reducido y limitado. Existen ciertas disposiciones naturales que no anulan las deficiencias mentales y que se manifiestan por la aptitud para repetir melodías o armonizar colores, tales aptitudes no exigen trabajo mental alguno y son poco útiles para la educación o adaptación social.

Por otro lado, se considera que el entrenamiento "sentido por sentido" no conduce a nada, y el método no es admisible si no con niños normales en el marco de una escuela maternal, donde se modifican las sensaciones para atraer la atención de los niños sobre ciertos detalles en particular. El método también es muy útil con niños deficientes sensoriales de inteligencia normal: los que oyen mal y los ambliopes. Pero este método es muy poco útil para niños con Parálisis Cerebral que aunado a esto se presenta una Deficiencia Mental.

Lo importante en estos casos será simplificar los fenómenos y agruparlos para ponerlos al alcance de los niños. Se partirá de un todo, tal como lo percibe el niño para descomponerlo en sensaciones diversas y volver a juntarlo. Con este tipo de actividades el progreso debe ser lento realizarse poco a poco, sin ninguna laguna, sin ningún bache, sólo así se llegará a instruirle. Para conseguirlo, es necesario que se conozca este progreso y que se sepa sin error cada fase del trabajo exigido al niño.

En los casos en que los niños no progresan, no siempre es exclusivamente víctima de su deficiencia, si no del mal trabajo llevado a cabo con ellos; Pues hay que saber que con este tipo de niños, la noción de "adquirido" tiene significado relativo, pues el niño ha adquirido una noción en un momento, pero se puede estar más o menos cierto de que hay que volver a empezar al día siguiente, aunque el aprendizaje se hará entonces más rápidamente.

EDUCACION DE LA PERCEPCION AUDITIVA

El sentido del oído tiene tanta importancia como el de la vista.

De la capacidad de análisis auditivo depende la adquisición del lenguaje, sin ella los hombres no podrían entenderse (Bruner y Bruner 1965). Sus relaciones lingüísticas están fundadas sobre sistemas que varían según las Naciones, y se hallan constituidas por un número limitado de elementos sonoros, más o menos diferenciados.

Para que el lenguaje humano sea comprensible, estas variaciones y diferencias - deben codificarse y ser respetadas por los que las usan, so pena de errores -- constantes. El respeto a los matices supone la aptitud para la perfecta diferen- ciación de los sonidos y serie de sonidos a los que llamamos sílabas y palabras, tanto en la emisión como en la recepción.

Por desgracia, no basta el buen funcionamiento del órgano del oído para que el niño deficiente mental con parálisis cerebral comprenda lo que oye y asocie - correctamente el sonido a la realidad. Una vez más, el fin debe ser la educación del Sentido con vistas a su utilización mental, pues el oído es, después del -- equilibrio, el Sentido a través del cual el niño recibe impresiones antes de -- nacer (Bruner y Bruner 1965).

Se considera que desde el nacimiento el oído está mucho más expuesto que - el ojo a innumerables impresiones perturbadoras. No se halla protegido, como lo - está el ojo, por los parpados y las pestañas, y los ruidos pueden llegar de -- todas partes en forma de pasos, palabras, fallas de motores, y de todo lo que - emite sonidos corrientes. Todos estos ruidos fatigan el cerebro y terminan por - embotar la atención disponible.

El niño normal llega laboriosamente a seleccionar en este caos lo que le - concierne. El niño con problemas cerebrales se pierde por completo, aunque -- fuese capaz de presentar algún interés a los sonidos, se fatigará.

Por otro lado, el Sentido auditivo es el que abre la puerta de acceso más - amplia a las impresiones enriquecedoras que llegan del exterior. En el plano - auditivo, la armonía bajo forma de ritmo y de sonidos es corrientemente direc- ta y fácilmente asequible, incluso al niño con problemas a nivel cerebral, lo - cual explica su interés por la música.

Las posibilidades de aprendizaje ofrecidas por la música nos han preocupa- do desde hace tiempo. Su investigación ha puesto en evidencia que la inclina - ción de muchos deficientes mentales por los sonidos y los ritmos no correspon- den a una inteligencia (Anderson, 1967).

No es menos cierto que el interés por el ritmo o la armonía de los sonidos ofrece excelentes posibilidades para el aprendizaje de todo lo que está relacionado con los sonidos, particularmente del lenguaje y también de los movimientos coordinados y rítmicos. Uno y otros se aprenden mejor cuando sus elementos se apoyan sobre una base rítmica o melodiosa, y estos fenómenos se explican fisiológicamente sin que haya necesidad de teorías metafísicas.

Hablando en forma muy general, se considera que la comprensión de los sonidos permite a los niños regularizar sus movimientos y aprender a respetar las duraciones y proporciones. Para esto sirven los ejercicios rítmicos cuyo papel es tan importante en la educación de niños deficientes. Lo esencial es que el niño aprenda a prestar atención a toda clase de ruidos o sonidos: a los pasos de las personas que se le acercan, a las voces de los que el niño conoce, al sonido que emite o produce un juguete.

Es importante mencionar que sobre el plano rítmico, de una parte, y sobre el plano sonoro de otra, en uno u otro, hay que hacerse comprender por el niño, y ésta comprensión pasiva llegará a transformarse en una participación activa-gestual o vocal.

En el presente programa, estamos partiendo básicamente del método del profesor César Tort, basado en los estudios de Karl Orff y de Kodaly, tiene por objeto la educación musical infantil partiendo del ritmo, en estrecha unión con la voz humana.

Las bases generales que rigen este método tienen características similares con lo que planteamos:

1.- La educación rítmica se aplica con ejercicios corporales muy variados. No se insiste demasiado en determinados movimientos; sólo se repiten tres o cuatro veces y se deja descansar al niño y después se repite el ejercicio, porque se sabe que la precisión rítmica del movimiento se va logrando poco a poco, a medida que el niño avanza en su educación musical.

2.- Se aplican constantemente en este método ejercicios corporales asociados a la palabra, para que el niño capte su ritmo. En lo que varia el método del profesor Tort y el que se está proponiendo aquí, es la meta final que se persigue en uno y otro; en el primero se trata de enseñar música y en el presente se trata de dar las bases que son necesarias en la comprensión de sonidos y ritmos que son importantes en el aprendizaje. Pero en los dos, uno de los requisitos-escenciales es el sentido rítmico del movimiento y de la palabra.

Mediante la educación rítmica a un nivel muy elemental, se inicia asociado el ritmo al movimiento, a la música y, poco a poco, a la palabra. Los ejercicios corporales básicos se pueden asociar con el ritmo y la articulación de sílabas o palabras (a la vez que se realizan los movimientos).

El área a la que pertenece el problema está enmarcado en lo que se conoce como Psicología Educativa.

Como se ha venido mencionando, es necesario poner en marcha un programa que abarque varios aspectos sensoriales, enfatizando básicamente en el área -- Auditiva. El presente está elaborado para ser aplicado a niños que presentan -- Parálisis Cerebral y que además están afectados por una Deficiencia Mental, -- estos niños se encuentran entre los seis y los catorce años de edad (cronológica).

JUSTIFICACION: La Asociación Pro Parálisis Cerebral, en el programa de -- Motivación está dividido en áreas, como son la terapéutica, Psicología, Comunicación etc. En lo que respecta al área de Comunicación, trabaja en lo que se -- llamaría en el área de lenguaje como elaboración de códigos que servirán al -- niño para una posterior comunicación, Ésta última no se da únicamente mediante el lenguaje articulado, si no mediante señalizaciones, es por esto que se plan -- tea la necesidad de implementar un programa para niños que a parte de presen -- tar Parálisis Cerebral, tienen Deficiencia Mental.

CARACTERISTICAS GENERALES DE LOS NIVELES: En el programa de Motivación en lo que respecta a escuela, está dividido en tres niveles, según el grado de afectación.

De una manera muy general, se puede decir que el nivel uno es aquel en donde se encuentran los niños más afectados. Aquí algunos niños no presentan control de ninguna parte del cuerpo (cuadriplejía), sin las precurrentes básicas como -- imitación, seguimiento de instrucciones, atención, control de esfínteres etc. y la mayoría se encuentra entre los seis y diez años de edad.

En el nivel dos, los niños se encuentran un poco más avanzados, la mayoría tiene control corporal, aún no hay control de esfínteres, algunos presentan seguimiento de instrucciones muy primitivas, lo mismo sucede con la atención, son de ambos sexos y se encuentran entre los nueve y catorce años de edad.

En el tercer nivel, se encuentran los niños que están más avanzados y con los cuales podrá trabajarse con lo que la SEP trabaja para niños de preescolar, en lo considerado como nivel uno y dos (Cuadro de actividades del Manual de música y movimiento 1986) también se encuentran niños de ambos sexos y la mayoría se encuentra entre los nueve y catorce años de edad.

O B J E T I V O S

Objetivo General:

1.0.- Al finalizar el proceso de intervención, el niño será capaz de diferenciar sonidos como débiles o fuertes, podrá discriminar cuando los sonidos son iguales y cuando son distintos, manifestar con una expresión corporal la diferencia de los sonidos, agrado o desagrado de sonidos, discriminación de voces, así como hacer movimientos con cualquier parte del cuerpo con -- una melodía, emitir cualquier guturación manifestando preferencia por alguna melodía (canción). También podrá asociar el sonido al movimiento y el silencio a la inmovilidad, producir sonidos en distintas superficies y objetos, así como reproducir algunos sonidos ambientales, y objetos, así como-

reproducir algunos sonidos ambientales, esto con la perspectiva de establecer un repertorio discriminativo auditivo que de alguna manera pueda facilitar el desarrollo de una conducta verbal.

Objetivos Específicos:

- 1.1.- Al finalizar el proceso de intervención, los niños que se encuentran en el nivel uno, serán capaces mínimamente de manifestar con una expresión corporal la diferenciación que haga de los sonidos, agrado o desagrado de los sonidos, discriminación de voces.
- 1.2.- Al finalizar el proceso de intervención, los niños del segundo nivel serán capaces de diferenciar sonidos, manifestar agrado a melodías, hacer movimientos con cualquier parte del cuerpo en presencia de alguna melodía, emitir cualquier guturación de agrado o desagrado de cualquier canción.
- 1.3.- Al finalizar el proceso de intervención, los niños del tercer nivel serán capaces de diferenciar o apreciar diversos sonidos, asociar el sonido al movimiento y el silencio a la inmovilidad, producir sonidos en distintas superficies y objetos, así como reproducir algunos sonidos ambientales.

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

El presente programa consta de cuarenta semanas, tres sesiones por semana, cada una de ellas tendrá una duración de una hora máximo, esto por niño; Es necesario aclarar que cada uno de ellos serán repartidos en la semana, por lo que no tendrán sesión diaria, si no de una manera escalonada por nivel.

El programa está dividido en tres fases. La primera fase, que también será la primera sesión, se utilizará para tomarla como parámetro para una posterior-evaluación, para ver cuales son las conductas que presentan o adelantos.

La segunda fase es considerada ya propiamente el tratamiento.

Y la tercera y última fase será la de evaluación, para ver los alcances del programa.

La primera semana se trabajará con los niños del primer nivel.

La segunda semana se trabajará con los niños del segundo nivel y

La tercera semana se trabajará con los niños del tercer nivel y así sucesivamente.

P R O C E D I M I E N T O

Primera Sesión: Nivel uno

Material: Campana pequeña, un triángulo, tambor, bote de avena con un puño de -- frijol, plato de peltre y cuchara, plato y cuchara de plástico.

Procedimiento: El asistente se sienta frente al niño y toca los instrumentos, para ver si este responde a los sonidos, de esto se llevará un registro.

Siguiente sesión:

Material: Campana pequeña, un triángulo.

Procedimiento: Se trabajará con sonido agudo, utilizando alternativamente la campana y el triángulo, indicando al niño el nombre del instrumento que se esta tocando; se permitirá que el niño manipule el instrumento y se le ayudará a hacer uso de este, esta actividad se realizará en las sesiones necesarias de acuerdo a los objetivos.

Siguiente sesión:

Material: Tambor, bote de avena con un puño de frijol.

Procedimiento: En esta sesión se trabajará con sonidos graves, utilizando alternativamente el tambor y el bote de avena, realizando las mismas actividades que -- con los materiales anteriores.

Siguiente sesión:

Material: Todos los instrumentos utilizados anteriormente.

Procedimiento: En esta sesión se trabajará alternativamente con los sonidos tanto agudos como graves, como ya se mencionó, se utilizarán los instrumentos anteriores, es necesario dejarles descansar cuando no se encuentre disposición por parte del -- niño, pues será inútil trabajar así.

Siguiente sesión:

Material: Plato de peltre y cuchara, plato y cuchara de plástico.

Procedimiento: Se comienza a trabajar como en las anteriores actividades para destacar el sonido fuerte y débil, permitiendo que el niño manipule los objetos de trabajo.

Siguiente sesión:

Material: Se trabajará con los instrumentos de la primera sesión.

Procedimiento: Se realizará un trabajo de sonidos alternativamente, suave, -- fuerte, agudo, permitiendo la manipulación de los instrumentos por parte de -- los niños.

En caso de que los niños no manifiesten algún avance, es necesario comenzar con los sonidos por separado (como se hizo en un principio), pero con distintos materiales que produzcan los distintos sonidos.

Hasta aquí se considera como una parte importante a cubrir, en base a los adelantos obtenidos se plantearán más actividades, parecen pocas, pero hay que tomar en cuenta que se tiene que trabajar de una manera individual con los niños.

- * No se especifica el número de sesiones que se van a trabajar con determinada -- actividad, por que es necesario ir al paso del niño, y no se puede pasar a una siguiente actividad si el niño aún no ha respondido satisfactoriamente al objetivo de la actividad.

Primera sesión: Nivel dos

Materia: Se trabajará a un nivel más alto, en donde se considera que poseen - algunas de las precurrentes básicas como atención, imitación, en donde las actividades serán de la siguiente manera:

- Se trabajará una evaluación sobre los sonidos que son capaces de discriminar y cuales son capaces de producir.

Siguiente sesión:

Material: Será el utilizado en la primera sesión de los niños de primer nivel.

Procedimiento: Se trabajará inicialmente con el material de los niños de primer nivel, tratando de que el niño identifique el instrumento que se está tocando, - haciendo preguntas como por ejemplo ¿ en dónde se encuentra el triángulo? se pre- tende que nos lo deje saber por medio de cualquier movimiento corporal.

Siguiente sesión:

Material: Caja musical, sonaja musical o cualquier instrumento que produzca -- melodias.

Procedimiento: Primeramente se deja que el niño manipule el instrumento , se le da el nombre de éste y se le dice para que sirva; posteriormente se le hace -- escuchar el instrumento frente al niño, se dan instigadores verbales para que -- este mantenga la atención al instrumento* posteriormente el instrumento se toca- en distintas direcciones para que el niño lo busque.

Siguiente sesión:

Procedimiento: Se presentan al niño todos los instrumentos con los que se haya- trabajado y se procederá a instigar al niño a pedir el instrumento que haya sido de mayor agrado, pasando a tocarlo y poniendoselo en distintos lugares de tal -- manera que el niño busque el instrumento.

* No es recomendable que se fatigue al niño con esta actividad, pues no son capa- ces de mantener la atención por mucho tiempo.

Siguiente sesión:

Material: Regla de madera, lápiz o color de madera, canciones.*

Procedimiento: Se comienza a cantar y cuando se mencione cada una de las partes del cuerpo, se tocará este con la regla, esto se hará en varias ocasiones.

Posteriormente se canta la misma canción y se repite lo mismo pero ahora se --
toca la parte del cuerpo con el lápiz o el color, esto con el fin de que el --
niño vaya asociando el ritmo, la palabra y la parte del cuerpo de una manera --
integrada, este ejercicio se hace con varias canciones y los instrumentos utili-
zados anteriormente.

Siguiente sesión:

Procedimiento: Se hará una integración del trabajo echo en las actividades --
anteriores y se registrarán los avances de los niños.

Hasta aquí al igual que en el primer nivel, se considera como parte impor-
tante a cubrir, y en base a los adelantos obtenidos se plantearán más activida-
des.

Nivel tres: El niño producirá sonidos con su cuerpo, voz, percusiones corpora-
les, además deberá descubrir diversas formas de producirlo.

Primera sesión: Se utilizará como parámetro inicial, para una posterior eva-
luación.

Siguiente sesión:

Procedimiento: El niño escuchará sonidos internos de su cuerpo, como latido -
cardiaco, respiración en sus compañeros. Así como deberá buscar diferentes ma-
neras de hacer sonar todo lo que le rodea. Se deberá hacer una demostración de
esto al niño.

* Ver anexo # 1

* forma de registro ver anexo # 2

Siguiente sesión:

Procedimiento: Se pondrán los dedos índice de los niños en sus orejas tapan-dolas y destapandolas mientras se pronuncian las vocales de una manera prolon-gada (aaaaa), (eeee) etc.

Siguiente sesión:

Material: Canciones referentes a sonidos emitidos por animales.

Procedimiento: El niño evocará y producirá los sonidos ambientales que esco-ja de entre los que se le muestren, por ejemplo, algunos sonidos que emitan - animales, habrá que dar instigadores verbales cuando el niño realice bien la- actividad.

Siguiente sesión:

Material: Canciones*

Procedimiento: Se escucha por primera vez la canción haciendo lo siguiente; se hacen movimientos de cintura, brazos y cuerpo, con otra canción se hacen - movimientos de manos, dedos, cabeza, pies y hombros, lo anterior se repite.

Siguiente sesión:

Procedimiento: El niño deberá (nombrar) y producir los sonidos que le ugra- dan (la variedad de los sonidos se propondrá de acuerdo a las condiciones de- trabajo y posibilidades de los niños) así como de clasificarlos.

Siguiente sesión:

Material: Cualquier instrumento de percusión o melodía.

Procedimiento: El niño ejecutará movimientos mientras escuche alguna melodía o percusión, y permanecerá inmóvil cuando este cese.

Siguiente sesión:

Procedimiento: Varias personas de la institución deberán mantener una pequeña plática con el niño, a fin de que escuche bien su voz, (tonalidad, ritmo), es-

* Ver anexo # 3

- muy importante que la persona que platique con el repita varias veces su nombre -
(el de la persona), posteriormente el niño intentará identificar a las personas --
con sólo escuchar su voz, sin tener que verlas.

ANEXO # 1

"Esta es mi cabeza"

Esta es mi cabeza

" " " "

este es mi cuerpo

" " " "

estas son mis manos

" " " "

estos son mis pies

" " " "

" Mi cuerpo"

Estas son mis manos

estos son mis pies

¿dónde esta tu pelo?

aquí, donde ves

estas son mis manos

estos son mis pies

¿dónde esta tu cara?

aquí, donde ves.

(toda la sensibilidad-
gruesa)

"Tengo...tengo..."

Tengo, tengo, tengo

tengo una cabeza

tengo dos orejas

y tengo dos ojos

tengo una nariz

tengo una boca

y tengo unos dientes

para comer turrón.

"Lo que tengo"

Dos ojitos que saben mirar

una naricita para respirar

una boquita que sabe cantar

y dos orejitas que saben oír

y dos piecitos que bailan así.

ANEXO # 3

"Margarita y Caracol"

Va sale Margarita

vestida de percal,

con sombrero amarillo

y verde delantal,

caracol, caracol,

saca los cuernos al sol,

con la cara empolvada

Margarita ha salido

a correr por el prado

luciendo su vestido.

Caracol, caracol

para cada cuerno

te traigo una flor

Caracol, caracol

para cada cuerno

te traigo una flor.

ANEXO # 2

Forma de registro

Fecha _____ Registro _____ Programa

Instrumento o Actividad	Atención	No Atención

B I B L I O G R A F I A

- Laster, Tarnopol; Dificultades para el aprendizaje.
La Prensa Médica Mexicana, 1976.
- Material de apoyo para enseñanza preescolar primer grado.
SEP. México, 1986.
- Nieto, Herrera M. El niño disléxico. Prensa Médica Mexicana.
México, 1978.
- Ribes Inesta J. Técnicas de modificación de conducta. Edit. Trillas,
México, 1986.
- Sugerencias y Actividades del manual de música y movimiento.
Primer grado, SEP. México, 1986.
- Telford, Charles W. El individuo Excepcional. Editorial, Prentice/Hall Int.
España, 1975.

ANEXO # 3

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

VALORACION

PROGRAMA DE MOTIVACION

I.- DATOS DE IDENTIFICACION

FECHA _____

Nombre: _____ Sexo _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____

Dx. Médico _____

medicamento que toma actualmente _____

II.- IMPRESION DIAGNOSTICA

III.- CONDUCTAS PRECURRENTES BASICAS

Atención visual:

Contacto visual (ojo a ojo) _____ SI () NO ()

Seguimiento de objetos _____ SI () NO ()

Atención a objetos próximos _____ SI () NO ()

Atención a objetos distantes _____ SI () NO ()

Atención auditiva:

Reacción ante un sonido _____ SI () NO ()

Identifica el origen del sonido _____ SI () NO ()

Discrimina diferentes sonidos _____ SI () NO ()

Observaciones _____

Imitación:

Escucha bien, vas a hacer lo que yo haga (la consigna se le dirá solo dos veces):

a) Mover la cabeza hacia los lados _____ SI () NO ()

b) Subir los brazos _____ SI () NO ()

c) Sacar la lengua _____ SI () NO ()

Palmear _____ SI () NO ()
 Cerrar los ojos _____ SI () NO ()
 Observaciones _____

Seguimiento de instrucciones:

Quiero que hagas lo que yo te voy pidiendo (se dará tres veces la orden y deberán ejecutarse en un término de 15 seg. después de haberla dado).

- a) Dame la pelota, cubo, etc. _____ SI () NO ()
 - b) Toma la campana, cubo, etc. _____ SI () NO ()
 - c) Quiero que muevas la cabeza _____ SI () NO ()
 - d) Quiero que muevas los brazos _____ SI () NO ()
 - e) Dónde esta el foco _____ SI () NO ()
- Observaciones _____

IV.- FUNCIONES MENTALES SUPERIORES

Ubicación especial _____ SI () NO ()
 Ubicación en el tiempo _____ SI () NO ()
 Ubicación en la persona _____ SI () NO ()

V.- DINAMICA FAMILIAR

1.- De cuantos miembros esta compuesta la familia

NOMBRE	EDAD	OCUPACION
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

2.- Como es la relación del niño con P.C. y su:

Padre: _____

Madre: _____

Hermano (s): _____

Otros: _____

Personas que más aceptan al niño y porque _____

3.- Cuando la conducta del niño es adecuada, según su criterio como reacciona Ud. _____

4.- Cuando el niño realiza algo que Ud. considera que no es adecuado, según su criterio que hace Ud. _____

5.- Cooperar el alumno en los trabajos familiares _____

6.- Con quién juega el niño _____

7.- Que tipo de juegos prefiere _____

8.- Que tipos de juegos usa con mayor frecuencia _____

9.- Quién atiende al niño para bañarlo, vestirlo, darle de comer y llevarlo al baño _____

10.- En dónde duerme el niño y con quién _____

11.- Tiene Ud. algún problema específico en el hogar con el niño con P.C. _____

12.- La familia cómo vive y siente la situación de tener un hijo con P.C. y D.M. _____

13.- Cómo es su relación de pareja _____

VI.- FUNCION PSICOSEXUAL

Sabe a que sexo pertenece _____ SI () NO ()
Como es su comportamiento sexual: efusivo _____
Demostrativo _____ Discreto _____ Pasivo _____
No hay _____
Observaciones _____

VII.- TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO

El niño presenta:

a) AGRESIVIDAD

- Empuja a las personas _____ SI () NO ()
- Se avienta sobre las personas _____ SI () NO ()
- Jala el cabello a otros _____ SI () NO ()
- Avienta lo que tiene en las manos _____ SI () NO ()
- Destruye objetos aprisionandolos _____ SI () NO ()
- Patea o manotea sobre las personas _____ SI () NO ()
- Araña, muerde, pellizca o escupe a otros _____ SI () NO ()

b) AUTO AGRESION

- Golpea su cabeza _____ SI () NO ()
- Se jala los cabellos _____ SI () NO ()
- Muerde sus manos _____ SI () NO ()
- Se pellizca hasta sangrarse _____ SI () NO ()
- Pica sus ojos o jala parpados _____ SI () NO ()

c) AUTOESTIMULACION

- Chupa su dedo _____ SI () NO ()
- Salta sobre si mismo _____ SI () NO ()
- Chasquea la lengua _____ SI () NO ()
- Balancea algún miembro de su cuerpo _____ SI () NO ()
- Rechina los dientes _____ SI () NO ()
- Se tapa o pica los ojos _____ SI () NO ()
- Camina de puntillas _____ SI () NO ()

d) HIPERACTIVIDAD

- Cambia de actividad constante _____ SI () NO ()
- Interfiere en las actividades de otros _____ SI () NO ()

- Toca o tira todo lo que toca _____ SI () NO ()
- Manifiesta torpeza corporal (choca contra las cosas, como si no -
las viera) _____ SI () NO ()
- Deambula sin llevar un fin _____ SI () NO ()

e) TRASTORNOS DE AFECTIVIDAD

- Ausencia de interacción social _____ SI () NO ()
- Llanto o acceso de ira sin motivo aparente _____ SI () NO ()
- Risa compulsiva sin motivo _____ SI () NO ()
- Ansiedad ante algunos estímulos _____ SI () NO ()
- Rechaza el contacto físico _____ SI () NO ()
- Depresión _____ SI () NO ()
- Conducta de apego hacia algún objeto _____ SI () NO ()
- Falta de identidad personal _____ SI () NO ()
- Berrinches frecuentes al no cumplir sus deseos _____ SI () NO ()
- Irritabilidad _____ SI () NO ()
- Autismo _____ SI () NO ()
- Control de esfínteres _____ SI () NO ()
- Manerismos raros _____ SI () NO ()

Observaciones _____

Objetivos _____

Sugerencias _____

Valoró Psic. _____

ANEXO # 4

PROGRAMA DE MOTIVACION

DEPARTAMENTO DE COMUNICACION

I.- FICHA DE IDENTIFICACION

NOMBRE _____ SEXO _____
 FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD _____
 Dx. MEDICO _____

II.- ASPECTOS DE LENGUAJE

1.- ETAPA PRELINGUISTICA _____ SI () NO ()
 a) Llanto o grito _____ SI () NO ()
 b) Baluceo o lalco (producción de sonidos) _____ SI () NO ()
 c) Simbolización semántica (formación de conceptos) _____ SI () NO ()

2.- ETAPA LINGUISTICA

a) Palabra-frase _____ SI () NO ()
 b) Frases (2 palabras) _____ SI () NO ()
 c) Estructuración gramatical _____ SI () NO ()
 d) Vocabulario, Esq. corporal, familia, alimentos etc. _____

3.- COMPRESION

a) Ordenes _____ SI () NO ()
 b) Vocabulario _____ SI () NO ()
 c) Desarrollo conceptual _____ SI () NO ()

OBSERVACIONES _____

III.- ALIMENTACION

a) Sialorrea _____ SI () NO ()
 b) Protusión _____ SI () NO ()
 c) Derrame de líquidos _____ SI () NO ()
 d) Masticación rotatoria _____ SI () NO ()

OBSERVACIONES _____

IV.- EXPRESION ORAL

- 1.- Habla _____ SI () NO ()
a) Inteligible _____ SI () NO ()
b) Ininteligible _____ SI () NO ()
- 2.- No Habla _____ SI () NO ()

OBSERVACIONES _____

V.- COMUNICACION NO VERBAL

- a) Repertorio básico de respuestas (SI-NO) _____ SI () NO ()
b) Código elemental de comunicación (Expresión corporal) _____ SI () NO ()
c) Tiene desarrollada la necesidad de comunicación _____ SI () NO ()
d) Tipo de expresión facial (Emociones) _____ SI () NO ()

OBSERVACIONES _____

VI.- PERCEPCION AUDITIVA

- a) Ausencia y presencia de sonidos _____ SI () NO ()
b) Busca la fuente sonora _____ SI () NO ()
c) Reconoce ruidos y sonidos familiares _____ SI () NO ()
d) Discrimina instrumentos musicales _____ SI () NO ()
e) Reconoce día y noche _____ SI () NO ()

OBSERVACIONES _____

VALOR _____

A N E X O # 5

PROGRAMA DE MOTIVACION
VALORACION PEDAGOGICA

I.- DATOS DE IDENTIFICACION

NOMBRE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

Dx. MEDICO _____

AUDICION _____

DEAMBULA _____

MEDICAMENTOS QUE TOMA ACTUALMENTE _____

FECHA _____

SEXO _____

EDAD _____

VISION _____

II.- IMPRESION DIAGNOSTICA _____

III.- HISTORIA PREESCOLAR

¿ DESDE CUANDO EMPEZO A RECIBIR ESTIMULACION ? _____

¿ QUE TIPO DE ESTIMULACION ? _____

CONSTANCIA EN EL TRATAMIENTO _____

¿ ESTIMULACION GRUPAL O INDIVIDUAL ? _____

IV.- HISTORIA PERCEPTUAL

I.- ESQUEMA CORPORAL

IDENTIFICA PARTES GRUESAS DEL CUERPO ¿ CUALES ? _____ SI () NO ()

IDENTIFICA PARTES FINAS DEL CUERPO ¿ CUALES ? _____ SI () NO ()

IDENTIFICA PARTES INTERNAS DEL CUERPO ¿ CUALES ? _____

SI () NO ()

IDENTIFICA PARTES DEL CUERPO EN OTRAS PERSONAS _____ SI () NO ()

IDENTIFICA PARTES DEL CUERPO EN UN MURECO ¿ CUALES ? _____ SI () NO ()

IDENTIFICA PARTES DEL CUERPO EN UNA ILUSTRACION ¿ CUALES ? _____
_____ SI () NO ()

2.- PERCEPCION VISUAL

CONTACTO VISUAL _____ SI () NO ()

FIJACION _____ SI () NO ()

SEGUIMIENTO DEL OBJETO _____ SI () NO ()

RECONOCIMIENTO DE OBJETOS DE USO COMUN _____ SI () NO ()

IDENTIFICACION DE FORMAS GEOMETRICAS _____ SI () NO ()

IDENTIFICACION DE TAMAÑOS _____ SI () NO ()

IDENTIFICACION DE COLORES _____ SI () NO ()

OBSERVACIONES _____

3.- COORDINACION VISOMOTORA

COORDINACION OJO - MANO _____ SI () NO ()

PINZA GRUESA _____ SI () NO ()

PINZA FINA _____ SI () NO ()

AGARRA _____ SI () NO ()

SOSTIENE _____ SI () NO ()

LANZA _____ SI () NO ()

DIESTRO _____ SI () NO ()

ZURDO _____ SI () NO ()

UTILIZA AMBAS MANOS INDISTINTAMENTE _____ SI () NO ()

OBSERVACIONES _____

4.- PERCEPCION AUDITIVA

DA RESPUESTAS A LA PRESENCIA DE SONIDO _____ SI () NO ()

DA RESPUESTAS A LA AUSENCIA DE SONIDO _____ SI () NO ()

IDENTIFICA LA FUENTE SONORA _____ SI () NO ()

DA RESPUESTA A SONIDOS ONOMATOPEYICOS _____ SI () NO ()

OBSERVACIONES _____

5.- PERCEPCION OLFATIVA

DA RESPUESTA A OLORES AGRADABLES _____ SI () NO ()

DA RESPUESTA A OLORES DESAGRADABLES _____ SI () NO ()

OBSERVACIONES _____

6.- PERCEPCION GUSTATIVA

DA RESPUESTA AL SABOR DULCE _____ SI () NO ()

AL SABOR SALADO _____ SI () NO ()

AL SABOR AGRIO _____ SI () NO ()

AL SABOR AMARGO _____ SI () NO ()

OBSERVACIONES _____

7.- PERCEPCION TACTIL

DA RESPUESTA A LAS TEXTURAS SUAVES _____ SI () NO ()

A LAS TEXTURAS RASPOSAS _____ SI () NO ()

A LA CONSISTENCIA BLANDA _____ SI () NO ()

A LA CONSISTENCIA DURA _____ SI () NO ()

ANTE LO CALIENTE _____ SI () NO ()

ANTE LO FRIO _____ SI () NO ()

ANTE LO SECO _____ SI () NO ()

ANTE LO MOJADO _____ SI () NO ()

OBSERVACIONES _____

8.- PERCEPCION QUINESTESICA

MANTIENE EQUILIBRIO SOLO _____ SI () NO ()
MANTIENE EQUILIBRIO CON ASISTENCIA _____ SI () NO ()
DA RESPUESTA ANTE LO PESADO _____ SI () NO ()
DA RESPUESTA ANTE LO LIGERO _____ SI () NO ()

OBSERVACIONES _____

9.- UBICACION ESPACIAL

IDENTIFICA LO QUE SE ENCUENTRA ARRIBA _____ SI () NO ()
ABAJO _____ SI () NO ()
ADELANTE _____ SI () NO ()
ATRAS _____ SI () NO ()
DENTRO _____ SI () NO ()
FUERA _____ SI () NO ()
DERECHA _____ SI () NO ()
IZQUIERDA _____ SI () NO ()

OBSERVACIONES _____

10.- RELACIONES TEMPORALES

IDENTIFICA EL DIA _____ SI () NO ()
LA NOCHE _____ SI () NO ()
AVER _____ SI () NO ()
HOY _____ SI () NO ()
MAÑANA _____ SI () NO ()

OBSERVACIONES _____

11.- CONDUCTAS DE LA VIDA DIARIA

ALIMENTACION _____ SI () NO ()
CON ASISTENCIA _____ SI () NO ()
ES DEPENDIENTE _____ SI () NO ()
SUCCIONA _____ SI () NO ()
DEGLUTE _____ SI () NO ()
MASTICA _____ SI () NO ()
TOMA LIQUIDOS EN VASO _____ SI () NO ()

STALORREA U OTRAS ANOMALIAS _____ SI () NO ()
FORMA EN QUE ACOSTUMBRA A DARLE LOS ALIMENTOS _____
PICADO _____ SI () NO ()
PAPILLA _____ SI () NO ()
NORMAL _____ SI () NO ()
OBSERVACIONES _____

HIGIENE
AVISA ANTES DE HACER SUS NECESIDADES ¿ COMO ? _____ SI () NO ()

¿ COMO MANIFIESTA CUANDO VA ESTA MOJADO ? _____

SE VISTE SOLO _____ SI () NO ()
COOPERA _____ SI () NO ()
ES DEPENDIENTE _____ SI () NO ()
MANIPULA EL CEPILLO DENTAL _____ SI () NO ()
COOPERA _____ SI () NO ()
ES DEPENDIENTE _____ SI () NO ()
ESCUPE EL AGUA _____ SI () NO ()

OBSERVACIONES _____

CONCLUSIONES _____

OBJETIVOS _____

VALORO _____

A N E X O # 6

ESQUEMA GENERAL DE TRABAJO

I.- ESQUEMA CORPORAL

- En sí mismo, en otras personas, en muñecos o rompecabezas.
- Descubrir lo que puede hacer con su propio cuerpo por medio del movimiento.
- Conocer las partes gruesas del cuerpo.
- Funcionalidad de su cuerpo.

II.- PERCEPCIÓN VISUAL

- Contacto, fijación y seguimiento del objeto.
- Reconocimiento de objetos de uso común.
- Percepción de forma (círculo, triángulo, cuadrado).
- Percepción de tamaños (grande, chico, largo, corto, alto, bajo).
- Percepción del color (colores primarios).

III.- PERCEPCIÓN AUDITIVA

- Identificación de la fuente sonora.
- Discriminación de ruido-silencio.
- Discriminación de sonidos onomatopéyicos.
- Sonidos corporales
- De animales
- De objetos de la vida diaria
- De instrumentos musicales

IV.- PERCEPCIÓN OLFATIVA

- Discriminación de olores agradables y desagradables
- Olores de alimentos
- Olores de sustancias químicas

V.- PERCEPCIÓN GUSTATIVA

- Discriminación de sabores: dulce, amargo, ácido, salado.

VI.- DISCRIMINACION TACTIL

- Discriminación de diferentes texturas: suave-rasposo.
- Discriminación de frío-caliente
- Discriminación de seco-mojado
- Discriminación de blando-duro
- Discriminación de grumoso-pegajoso

VII.- UBICACION ESPACIAL

- Arriba-abajo
- Adelante-atras
- Dentro-fuera

VIII.- UBICACION TEMPORAL

- Día-noche
- Ayer, hoy, mañana

IX.- ALIMENTACION

- Proceso de alimentación
- Sensaciones gustativas
- Reconocimiento de utensilios de alimentación
- Mejorar hábitos de alimentación
- Reconocimiento a sus objetos personales

X.- CONDUCTAS DE AUTO CUIDADO

- Vestido-desvestido
- Lavado de dientes, manos y cara
- Peinado

XI.- ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

- Preparación de alimentos
- Actividades de aseo
- Sembrado de semillas

XII.- SOCIALIZACION

- Ambito familiar
- Ambito escolar
- Ambito social

ANEXO # 7

VALORACION DE ALIMENTACION

Adaptada por Hellen Muller

Terapeuta:

Fecha de Valoración:

Diagnóstico:

Nombre:

Fecha de Nacimiento:

Peso:

Talla:

Medida:

Dieta en Casa:

	N	AN	NV	
1.- <u>Expresión facial</u>				
2.- <u>Sensibilidad</u> a) Fuera de la boca o facial b) Dentro de la boca				
3.- <u>Desarrollo dental</u> Mordida Dientes Encía Paladar				
4.- <u>Reflejos orales</u> a) Reflejo de búsqueda b) Succión c) Deglución d) Mordida e) Nausea f) 4 puntos cardinales				
5.- <u>Conducta de alimentación</u> Succión / beber Deglución Masticación				
6.- <u>Mandíbulas</u> En reposo En movimiento				
7.- <u>Labios</u> En reposo En movimiento				
8.- <u>Lengua</u> En reposo En movimiento				
9.- <u>Respiración</u> En reposo En movimiento				
10.- <u>Autoalimentación:</u> Tono Postura Postura en casa Oromotor Adaptaciones				

N : Normal

AN: Anormal

NV: No se pudo valorar

A N E X O # 8

ACTIVIDADES PARA EL CAMPAMENTO DE PROGRAMA DE MOTIVACION Y CASA
EN LA CIUDAD DE PUERTO VALLARTA, JALISCO.

L U N E S 30 DE MARZO

HORA

A C T I V I D A D

6:00	Cita en el Aeropuerto Internacional de la Cd. de México. (Mexicana de Aviación Vuelo 940)
9:20	Salida
10:30	Arribo a la Ciudad de Puerto Vallarta (Aeropuerto).
12:00 a	Llegada al campamento. Ubicación de cabañas y aseo personal.
14:00	
14:00	Comida
15:00	Descanso (chechar equipaje)
16:00 a	Concurso en la playa, cantos y juegos, y elaboración de banderines para cabañas.
17:30	
18:00	Aseo personal
19:00	Merienda
20:00	Actividades sociales intercabañas
21:00	Descanso y evaluación por jefes de cabaña
22:30	Se apagarán luces.

MARTES 31 DE MARZO

HORA

ACTIVIDAD

7:00

Gimnasia libre

a

7:30

7:30

Aseo personal

a

8:00

8:00

Desayuno

a

9:00

9:00

Aseo de cabañas y preparativos para la salida.

a

10:00

10:30

Playa la manzanilla. Concurso de castillos y figuras de arena.

a

13:00

13:00

regreso, aseo y descanso.

a

15:00

15:00

Comida

a

16:00

16:00

Visita al pueblo de Bucerías. Carta a papá y mamá.

a

18:00

19:00

Merienda

20:00

Actividades sociales intercabaña

21:00

Descanso, aseo personal y evaluación por jefes de cabaña.

MIÉRCOLES 01 DE ABRIL

HORA

ACTIVIDAD

7:00
a
7:30

Gimnasia libre

7:30
a
8:00

Aseo personal

8:00
a
9:00

Desayuno

9:00
a
9:30

Aseo de cabañas

9:30
a
12:30

Actividades libres ALBERCA -

12:30
a
13:30

Aseo personal

13:30
a
14:00

Paseo por el campamento

14:00
a
16:00

Bufette por el Hotel Camino Real

16:00
a
18:00

Elaboración de collages

18:00
a
19:00

concurso (collages)

19:00
a
20:00

Merienda

20:00
a
21:00

Actividades sociales intercabaña

21:00
a
22:00

Aseo personal. Evaluación con jefes de cabaña.

J U E V E S 0 2 D E A B R I L

HORA

A C T I V I D A D

7:00

Gimnasia libre

a

7:30

Aseo personal cabañas

a

8:00

Desayuno

a

9:00

Preparativos para la playa

a

9:30

Playa campamento con desfile de trajes de baño antiguos y modernos.

9:30

a

12:00

Aseo personal

a

13:00

Preparativos para el concurso del Rey Neptuno y Sirenita del Mar.

13:00

a

14:00

Comida

a

15:00

Salida para el Muelle de Puerto Vallarta

15:00

16:30

Abordar Yate

17:00

Recorrido por la Bahía de Vallarta

a

20:00

Regreso a campamento

20:15

22:00

Merienda

23:00

Aseo. Evaluación con jefes de cabaña.

VIERNES 03 DE ABRIL

HORA

ACTIVIDAD

7:00

Gimnasia libre

a

7:30

7:30

Aseo personal

a

8:00

8:00

Desayuno

a

9:00

9:30

Visita a Puerto Vallarta (Isla de los Niños y compras)

a

13:00

13:00

Regreso a campamento

14:00

Comida

a

15:00

15:00

Piñatas

a

17:00

17:00

Grupo de Danza, Mimos, Payasos, Cantos y Juegos.

a

19:00

19:00

Merienda

a

20:00

20:00

F O G A T A

22:30

Aseo y evaluación con jefes de cabaña.

S Á B A D O 0 4 D E A B R I L

H O R A

A C T I V I D A D

7:00

a

7:30

Gimnasia libre

7:30

a

8:00

Aseo personal

8:00

a

9:00

Desayuno

9:00

a

11:00

Arreglo de equipaje y cabañas

11:00

a

14:00

Recorrido por Puerto Vallarta

14:00

a

15:00

Comida

15:30

Llegada al Aeropuerto de Puerto Vallarta

17:00

Salida. Vuelo 977

18:00

Arribo al Aeropuerto de la Ciudad de México.
Entrega del pequeño a su cargo.