



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

EL TRABAJO SOCIAL Y LA REHABILITACION EN EL  
CENTRO DE REHABILITACION INFANTIL  
"SAN VICENTE DE PAUL"

**T E S I S**

QUE PRESENTA:  
MARGARITA CHAVEZ PAZ  
PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL



CIUDAD UNIVERSITARIA, MEXICO, D. F.

1993

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **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.

	<u>Págs.</u>
INTRODUCCION . . . . .	xii
CAPITULO I. CENTRO DE REHABILITACION INFANTIL	
"SAN VICENTE DE PAUL".	
1.1 Asistencia Social . . . . .	1
1.2 Asistencia Privada en México . . . . .	18
1.3 Residencia Infantil San Vicente de Paúl . . . . .	25
1.3.1 Ubicación . . . . .	27
1.3.2 Antecedentes Históricos . . . . .	29
1.3.3 Organización y Funcionamiento . . . . .	36
1.3.4 Servicios que proporciona . . . . .	48
CAPITULO II. TIPO DE POBLACION QUE SE ATIENDE	
EN LA RESIDENCIA INFANTIL.	
2.1 Características Generales . . . . .	62
2.2 Principales padecimientos que se atienden . . . . .	71
2.2.1 Malformaciones Congénitas . . . . .	74
2.2.2 Secuelas de Poliomiélitis . . . . .	102
2.2.3 Parálisis Cerebral . . . . .	111
2.3 Repercusiones Familiares de la limitación . . . . .	126
CAPITULO III. EL TRABAJO SOCIAL EN LA RESI --	
DENCIA INFANTIL "SAN VICENTE DE	
PAUL".	
3.1 Organización del Departamento . . . . .	132

	<u>Págs.</u>
3.2 Funciones del Trabajador Social . . . . .	152
CAPITULO IV. INVESTIGACION DE LAS FAMILIAS DE LOS MENORES INTERNOS EN LA RESI- DENCIA INFANTIL.	
4.1 Justificación . . . . .	163
4.2 Planteamiento del Problema . . . . .	166
4.3 Objetivos . . . . .	167
4.4 Hipótesis . . . . .	167
4.5 Metodología . . . . .	168
4.6 Recopilación de datos . . . . .	170
Gráficas . . . . .	I
4.7 Interpretación y análisis de resultados . . .	188
CAPITULO V. EL TRABAJO SOCIAL EN LA REINTE--- GRACION DEL PACIENTE A SU LUGAR DE ORIGEN.	
5.1 Trabajo Social en la Rehabilitación . . . . .	215
5.2 Instituciones de Rehabilitación . . . . .	221
5.3 Intervención del Trabajador Social en la mo-- dificación de los factores que están impidiendo la participación de la familia en la Reha- bilitación del menor . . . . .	242
CONCLUSIONES . . . . .	267

índice

---

	<u>Págs.</u>
SUGERENCIAS . . . . .	271
ANEXO	
CEDULA DE ENTREVISTA . . . . .	274
GLOSARIO DE TERMINOS . . . . .	281
BIBLIOGRAFIA. . . . .	283

## INTRODUCCION.

El desarrollo de una comunidad está condicionado por factores sociales, económicos, biológicos, físico-químicos, políticos y culturales, que influyen en la vida de los seres humanos y la conjugación adecuada de estos factores determina que familias o grupos, tengan un nivel de vida adecuado.

Por el contrario, cuando estos factores se ven afectados por situaciones adversas, es decir: el ambiente agresivo, la carencia de agua de buena calidad, el predominio del fecalismo al aire libre, condiciones paupérrimas de la vivienda y otros que se agravan por la ignorancia de los individuos, entre los cuales son motivo de especial atención las alteraciones en la salud ya que repercuten de manera directa e indirecta en la comunidad, debido entre otras causas a que en lugares alejados de nuestra provincia mexicana no hay suficientes servicios médicos o éstos son inaccesibles, cuando en el seno de la familia se presenta alguna enfermedad o bien en los casos de prevención o rehabilitación de cierto padecimiento, se frena el desarrollo y no se logra un nivel de vida adecuado.

El presente trabajo se llevó a cabo en el Centro de Rehabilitación Infantil San Vicente de Paúl y se dirigió a la totalidad de la población, en el período comprendido entre septiembre de 1990 y abril de 1991, en donde se investigaron los

factores que impiden la rehabilitación del menor, así como la ausencia de los padres de familia en cuanto a su participación con la institución y con el menor.

En la investigación se utilizó la entrevista estructurada por considerarla más personal y directa, debido al contacto -- establecido entre los padres de familia y el Lic. en Trabajo Social, lo que favoreció la obtención de la información, ya -- que algunas familias sujetas a estudio hablan diferentes dialectos, son de diversos Estados de la República Mexicana y la mayoría proceden de lugares alejados por lo que no cuentan con medios de comunicación, lo que dificulta hacerles llegar cualquier información u orientación.

A través del análisis de los factores que determinan la -- escasa participación de la familia en el tratamiento rehabilitatorio del menor se pretende en el presente estudio proponer un plan de trabajo que coadyuve a la modificación de actitudes de los interesados a fin de obtener mejores resultados en la -- rehabilitación del paciente.

El primer capítulo aborda la Asistencia Social como el -- primer tipo de ayuda, brindado por el gobierno en sus inicios con los Aztecas donde ésta estaba a cargo de su misma Organización Social y Política, posteriormente esta ayuda brindada a la población indígena es otorgada por las misiones y congrega-

ciones de Franciscanos, Agustinos, Dominicos, etc., donde la Iglesia ocupaba un lugar preponderante en la Asistencia Social, hasta llegar hoy en día a lo que es. Así mismo se hablará de la Asistencia Social Privada donde las acciones filantrópicas impartidas por particulares, han contribuido de manera decisiva y solidaria en la atención a los grupos sociales más vulnerables, pretendiendo se conjuguen y coordinen los esfuerzos de ambos sectores público y privado; dan origen a instituciones como el Centro de Rehabilitación o Residencia Infantil San Vicente de Paúl, por lo cual se hace referencia a sus antecedentes históricos y el porqué de la obra. Así como los servicios que presta, ubicación geográfica y su organización interna.

El capítulo dos trata de los padecimientos que atiende la institución: trastornos motores y neuromotores (secuelas de poliomielitis, parálisis cerebral y malformaciones congénitas), en cuanto a su diagnóstico, pronóstico y tratamiento, posibles causas y posteriormente se abordan las reacciones de la familia en cuanto a la limitación del menor.

El tercer capítulo, refiere la Organización del Departamento de Trabajo Social en el área de rehabilitación del Centro Infantil San Vicente de Paúl, mencionando cuales son las funciones y actividades en esta institución y en el equipo multidisciplinario.

El cuarto capítulo contiene los resultados y gráficas de la investigación realizada en la institución.

En este último capítulo se dan alternativas en base a los resultados obtenidos, para la modificación de los factores que impiden la participación de la familia con el menor y la institución. Así mismo se destacan las funciones propias a realizar en instituciones de este tipo y la adición de nuevas funciones en el equipo multidisciplinario.

## CAPITULO I .

### CENTRO DE REHABILITACION "RESIDENCIA INFANTIL SAN VICENTE DE PAUL".

#### 1.1. Asistencia Social.

El desarrollo, características y bienestar de un pueblo están íntimamente ligados con su organización político-social, situación cultural, así como con los recursos materiales y humanos con que cuenta el país.

Sin embargo en la historia de la humanidad, en todos los tiempos y culturas la distribución de los satisfactores siempre ha sido desigual, existiendo estratos de población con distintos niveles de posesión de bienes y grupos sin acceso a los básicos; situación que se acentúa, por las minusvalías físicas, psíquicas o socio-culturales individuales que actúan como multiplicadores de necesidades o carencias, favoreciendo una mayor desigualdad y desequilibrio, que aleja cada vez más al individuo de la posibilidad de alcanzar los satisfactores indispensables que le proporcionen el mínimo de bienestar.

La preocupación por alcanzar el bienestar social es lo que dió origen a la Asistencia Social, ésta surgió como una obligación del Estado, que velaba por los intereses de su comuni--

dad, no permitía las carencias individuales y exigía a cada uno de sus miembros realizar una función o actividad de provecho -- para la colectividad.

Así estaba constituido el Imperio Azteca en Mesoamérica, el cual se integraba por instituciones religiosas, militares y administrativas de carácter permanente. (1)

Fue así como en la antigüedad, en tiempos de desastre tales como fuertes nevadas y sequías que destruyeron las cosechas en muchas partes, el hambre empezó a hacer grandes estragos entre los Aztecas; muchos morían por falta de alimentos, otros veían morir a sus padres o a sus hijos sin poderles dar ayuda y algunos padres se vendían como esclavos para que sus hijos tuvieran que comer.

Ante tal situación el Estado dicta cuantas medidas fueran necesarias para remediar los sufrimientos generales tales como: se llevara grano de todas partes y se repartiera entre los necesitados aliviando así en algo la miseria de su pueblo. (2)

-----

- (1) Junta de Asistencia Privada. Memoria del Primer Simposium sobre la Asistencia Social Privada, "Del Proteccionismo a la Prevención de la Rehabilitación". Bufetes Ediciones, S.A. México D.F., 1986. Pág. 28.
- (2) SHERWELL, A. Guillermo. Primer Curso de Historia Patria. -- Ed. Patria. México D.F., 1937. Págs. 100-101.

Otra medida fue el sistema tributario, cuya unidad básica era el altéptl (pueblo, comunidad aldeana). La responsabilidad de tributar era colectiva; no se asignaba ésta a individuos o a familias, sino al conjunto del altéptl. Se tributaba tanto en especie como en trabajo. Todos los pueblos lo tenían asignado; había pueblos cuyo único tributo consistía en la construcción de casas, palacios y templos que requería el Estado, otros pueblos tenían la responsabilidad de proveer durante todo el año la leña necesaria para el palacio, mantas, vestidos de guerra, penachos, escudos, banderas, manojos de plumas, cacao, maíz en mazorcas, frijol, chíca (salvia), verdolagas (hauhtli) y --- otros. Así estas tributaciones suplían anualmente toda clase de necesidades. (3)

Había funcionarios encargados de la administración y debían rendir al emperador informes sobre el estado de los cultivos; si se presentaba la escasez, era su deber informar de ello al soberano y éste ordenaba, exonerar a la provincia de todo impuesto incluso ordenar que se abrieran los graneros públicos y se distribuyeran víveres a la población.

Este pueblo, guerrero por naturaleza, mantenía una asisten-

-----

(3) COLMENARES, Ismael, et al. De Cuauhtémoc a Juárez y de Cortés a Maximiliano. Ed. Quinto Sol. México D.F., 1986. Págs. 38-40.

cia social integral que cubría las necesidades del hombre desde su nacimiento hasta la muerte.

En cuanto a los servicios médicos alcanzaron un desarrollo extraordinario y positivo, curaban luxaciones y fracturas, enfermedades de la piel, de los ojos y los oídos. La base de la medicina era la flora y la fauna.

"El niño al nacer, era sometido a un examen y pruebas como puede observarse en las lápidas de Sachila (antecedente histórico más remoto de la época Precolombina, de la historia clínica de un recién nacido), pruebas que ahora sabemos eran de resistencia, y detectaban en el niño alguna malformación congénita interna importante" (4)

Los pueblos tenían un pensamiento mágico hacia los seres deformes, quienes eran vistos con especial interés, debido a -- que se les consideraba dotados de ciertas características peculiares que se relacionaban con algunas deidades o tributos mágicos. Es importante mencionar que en los tiempos finales del mundo indígena, al momento mismo de la llegada de los conquistadores españoles, existían en la Ciudad de México-Tenochtitlán

-----  
(4) Junta de Asistencia Privada. Memoria del Primer Simposium - sobre ... Pág. 28.

varias casas especiales en las que se les tenía reunidos, no --  
propiamente como un "asilo" o "circo", en donde fueran objeto --  
de piedad o morbo, sino que, dado su carácter mágico, se encon-  
traban en una de las principales casas del Emperador, en donde  
se les rendía pleitesía.

Hernán Cortés menciona en sus Cartas de Relación que el --  
Tiahtoani Moctezuma II tenía un palacio para los enanos, los --  
albinos, los deformes, los estrabicos y los que presentaban ---  
malconformaciones congénitas; en contraste con el viejo mundo -  
en donde eran maltratados o despreciados, mientras que en el --  
México Prehispánico se les reverenciaba. (5)

El Estado continuaba con la educación del niño y el joven,  
bajo el cuidado del Huehuetetl, el maestro, el viejo, el que --  
todo lo sabe, lo guiaba y educaba en el Calmecac (Escuela Supe-  
rior para Sacerdotes y Nobles) o en el Telpochcallis (Escuela -  
para Plebeyos), en las cuales el joven continuaba su educación  
básica bajo el cuidado del Huehuetetl, asistiéndolo y guiándolo  
en sus primeros conocimientos fuera del medio familiar, capaci-  
tando sacerdotes, cazadores y guerreros de acuerdo a los requie-  
rimientos de la sociedad, favoreciendo la permuta de los bie --  
nes, según las necesidades.

Por otra parte, entre los derechos y deberes que tenía el ciudadano común, (los macehualli) palabra con que los Aztecas designaban a sus plebeyos, se encontraba la distribución de artículos alimenticios y de ropa, organizado por los poderes públicos. Además cada familia era dotada de la parcela que necesitaba, todo adulto casado tenía un derecho imprescriptible a recibir una parcela y cultivarla hasta su muerte.

El Estado a pesar de las profundas diferencias entre nobles y plebeyos, se preocupaba por otorgar educación obligatoria para todos, legislaba y vigilaba las raciones de alimentos que se daban a los niños. Veían por su juventud tanto en el celibato como en el matrimonio.

Lo mismo al final de la vida, pues los huehuetque, (los ancianos) desempeñaban un papel importante en la vida familiar y política; tenían el derecho a disfrutar durante sus últimos años de un estado de vida apacible y pleno de honores, ya con sus familiares, o fuera de éste, en asilos que sostenía el Estado, para viejos guerreros y ancianos.

-----

(5) Grupo de Estudios del Nacimiento A.C. (GEN). Los Defectos al Nacimiento como Problema de Salud en México. México D.F., 1979. Pág. 14.

Es decir, era un Estado sostenido por la fuerza espiritual de sus creencias, la productividad de su trabajo y la fuerza de las armas, por medio de las cuales exigía tributos a los pueblos sometidos. Por tanto la Asistencia Social se desprendía en nuestras antiguas civilizaciones de la misma Organización Social.

Posteriormente llega el conquistador armado, el hombre de la espada y el caballo, destruyendo el sistema político-social existente, despoja al indígena de sus medios de producción dando lugar a la pobreza individual o indigencia; junto con él llega el hombre del hábito y la cruz, frailes y misioneros a catequizar, curar y proteger, quienes partiendo de las místicas concepciones de la caridad cristiana, derivadas del pensamiento teológico de Santo Tomás de Aquino (dominicano) en la idea de: Fé, esperanza y caridad, dan origen a las primeras concepciones provenientes de la religión a la Asistencia en la cual se desarrollan dos conceptos, el que comúnmente conocemos como obras de caridad y el otro espiritual.

Todo ello se reviste de un carácter simbólico en relación a la fé cristiana, que en conjunción con la filantropía, sustentada en el amor al género humano se desarrolló durante la época de la Colonia.

Son los franciscanos los fundadores de la Iglesia en nuestro país (el 30 de agosto de 1523 fecha en que llegan), y sucesivamente fueron llegando y estableciéndose los dominicos (1526), los agustinos (1533), los jesuitas (1572) y otras órdenes de menor importancia.

La caridad cristiana en manos de los clérigos y particularmente da lugar a una gran cantidad y variedad de obras asistenciales en beneficio de las poblaciones más necesitadas, tales como indigentes, limosneros y desválidos, concepción religiosa que previó durante la Colonia donde las iglesias, las parroquias, los conventos y algunos particulares piadosos eran las principales fuentes de ayuda a los que la requerían.

Hubo instituciones fundadas en la segunda mitad del siglo XVI, de cuyos beneficios disfrutaron los mestizos y los criollos: los Hospitales de Asistencia Médica para Pobres.

Hasta 1540 se habían creado cuatro modestas instituciones de beneficencia en favor principalmente de los españoles: el Hospital de Nuestra Señora (hoy Hospital de Jesús), una leprosería, un hospitalito en la Santísima y el Hospital del Amor de Dios.

Bernardino Álvarez (1514-1584) comienza su obra en la Ciudad de México, funda un servicio hospitalario para dementes, el

primero en su género.

En el siglo XVII se había edificado la mayor parte de los templos de la Nueva España, pero por desgracia este siglo y los subsiguientes fueron funestos por las pestes, las hambres, las plagas y las calamidades. Los efectos de estas situaciones trajeron consigo la imperiosa necesidad de multiplicar las Instituciones de Beneficencia Pública y Privada.

Así la filantropía no estuvo a la altura de las necesidades de la población, fueron pocas las obras de caridad en favor de los desamparados.

Entrada la segunda mitad del siglo XVIII, era tan crecido el número de pobres mendicantes que llegan a constituir un grave problema social: ancianos, inválidos, huérfanos y niños expósitos formaban un conglomerado de desválidos cuya existencia venía a lesionar grandemente la economía de la Nueva España.

Siendo ya Virrey Don Antonio María de Bucareli y Ursúa y para confirmar sus dotes de gobernante da una nueva orientación a las tareas sociales de la beneficencia; en la cual convoca por un plazo de ocho días para que acudan al establecimiento los mendigos de uno y otro sexo, de lo contrario serían recogidos por la policía. Por lo que el Estado venía a intervenir por medio de órganos oficiales en el problema de la indigencia colec-

tiva y en la manera de remediarla o atenuarla, iniciándose así en la Nueva España desconocidos usos en materia de Beneficencia Pública y de Asistencia Legal, dadas las condiciones sociales, políticas y económicas emanadas de la Colonia.

Posteriormente al movimiento de Independencia corresponde a Valentín Gómez Farías pensar en un sistema para auxiliar a las personas con carencias, siendo hasta el movimiento de Reforma en donde toma cuerpo doctrinado el concepto de la Beneficencia Pública con la Ley de Manos Muertas.

Es en 1857 cuando la Constitución del 5 de febrero del mismo año fue jurada, en la cual se logró establecer la Federación como forma de gobierno, y se aceptó sin limitación la tolerancia de cultos, suprimiendo la religión como Estado; se dictaron leyes ordenando que los matrimonios, nacimientos y defunciones fueran registrados por los jueces del Estado Civil, en vez de los curatos. Otras muy importantes fueron la Desamortización de los bienes del clero, es decir que fueran vendidas las propiedades de la iglesia, que eran Bienes de Manos Muertas, a fin de que el producto de tales bienes entrara en circulación económica.

Al dictarse las Leyes de Reforma y crearse el Registro Civil, se da lugar a los primeros actos de la Beneficencia Pública, forma oficial de la caridad cristiana, precursora de la Asistencia Social y Privada actual.

El 2 de febrero de 1861, el presidente Juárez adscribe la Beneficencia Pública al Gobierno del Distrito Federal, crea la Dirección General de Fondos de Beneficencia; así la Beneficencia como función de Administración Pública demanda la fundación de un órgano que la controlara y coordinara, por lo que se decreta la Dirección General de Beneficencia Pública, adscrita a la Secretaría de Gobernación.

Con la usurpación de Victoriano Huerta los servicios asistenciales vuelven a sufrir abandono y retraso, es hasta el periodo de Venustiano Carranza, en 1914 cuando cobra impulso la Beneficencia Pública, tratando de restablecer el régimen que garantizara la seguridad de los mexicanos. El 5 de febrero de 1917 quedó aprobada en definitiva una Nueva Constitución Política de la República quedando en el Artículo 130 acentado la separación de la Iglesia y el Estado; se da una mayor intervención a éste en la beneficencia. Para 1920, bajo el gobierno del presidente Porfirio Díaz se asigna a la Beneficencia Pública en su totalidad los productos de la Lotería Nacional.

La Beneficencia Pública tuvo una existencia de gran penuria y abandono durante la primera etapa de la Revolución Mexicana. Pero una vez consolidada, los gobiernos concedieron creciente atención a las clases sociales desválidas. El impulso inicial y vigoroso para ciegos, sordomudos y débiles mentales encaminó a plantear y resolver los problemas de los niños anor-

males mentales. Tal situación desde el punto de vista social -- era prácticamente desconocido en México, es hasta que el Doctor José de Jesús González, notable oftalmólogo y neurólogo, quien ejercía en León de los Aldamas, Guanajuato, se interesó por estos casos y creó una pequeña escuela para esta clase de niños, posteriormente redacta un libro relacionado con estos problemas titulado: "LOS NIÑOS ANORMALES PSÍQUICOS" (1914-1917). Así en el año de 1935 el Doctor Roberto Solís Quiroga propone al Señor Licenciado Ignacio García Téllez, (Secretario de Educación Pública), la creación del Instituto Médico-Pedagógico para Niños-Anormales Mentales Educables.

Con el gobierno del General Lázaro Cárdenas (1934-1940) se dan los principios de la Asistencia Social como una forma de -- ayuda a favor del hombre, es decir, se sustentaba el deber del Estado de impartir ayuda a los grupos necesitados para garantizar la integridad de la Nación y la Paz Social; por lo que se -- constituye en una obligación pública con carácter nacional. Esta estructura crea el 31 de diciembre la Secretaría de la Asistencia Pública, la cual se encargaría de atender las necesidades sociales en general de las personas y clases consideradas -- como: menesterosos, débiles sociales, limitados físicos y todos aquellos que no tienen capacidad de suministrarse protección o manutención por ellos mismos.

La presidencia de la República de 1940-1946 corresponde al General Manuel Avila Camacho, las acciones de la Secretaría de la Asistencia Pública se amplían y diversifican. Se establece que las instituciones de Beneficencia son de utilidad pública y cambia el concepto oficial de Beneficencia por el de Asistencia en el año de 1942. Del año 1941 a 1945 se registran las siguientes acciones: se crea el Hospital Infantil de México (23 de junio de 1943), se suprimen los grandes internados por "Hogares Sustitutos". El 15 de octubre de 1943 se suprime por Decreto Presidencial, la Secretaría de Asistencia Pública y se crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia, teniendo bajo su control la asistencia médica, la preventiva, casa cuna, internados, escuelas para incapacitados ciegos, sordos, niños hijos de tuberculosos, niños lisiados por la polio. Así en el transcurso de los años los servicios que ésta controlaba se fueron separando hasta formar unidades de trabajo por especialidades; una de ellas fue la Dirección de Rehabilitación que se encargó de impartir la asistencia necesaria a los incapacitados físicos (ciegos, sordos, mudos y lisiados); y la Dirección de Asistencia Médica se encargó de las actividades asistenciales específicas de consultorios y hospitales.

Durante el gobierno del Licenciado Miguel Alemán Véldez (1946-1952), en el año de 1947 se inauguraron guarderías fundadas por comités voluntarios de Asistencia Infantil, en el siguiente año se abre la primera Guardería Infantil especializada

para niños con problemas auditivo-orales, y se crea el Instituto Nacional de Audiología, se establece también el Centro -- "Francisco P. Miranda" para la rehabilitación de niños polio-- mielíticos.

Bajo el gobierno del Licenciado Adolfo Ruiz Cortínez ---- (1952-1958), en el año 1952 por acuerdo del presidente de la - República se crea la Dirección General de Rehabilitación; la - cual se encargó de investigar y evaluar la cantidad de inválidos y su variedad, para proporcionar los servicios asistenciales y rehabilitatorios.

Con el Licenciado Adolfo López Mateos (1958-1964) se crea el Instituto Nacional de Protección a la Infancia (I.N.P.I), - el 31 de enero de 1961 queda constituido como organismo público descentralizado que pone en marcha actividades, como la --- atención nutricional a mujeres embarazadas y en periodo de --- lactancia; así como la rehabilitación de menores impedidos, la creación de Hogares Temporales para menores rescatados de las calles y el programa a favor de los niños indígenas. En febrero de 1959 expidió el decreto que creó la Comisión Nacional de Libros de Texto Gratuitos, destinados a la Educación Primaria.

En el sexenio del Licenciado Gustavo Díaz Ordaz que comprende de 1964-1970, hubo adelantos en materia de coordinación interinstitucional lo que permitió integrar esfuerzos y lograr

mayores resultados en aspectos de salud pública, asistencia y seguridad social. El Instituto Nacional de Protección a la Infancia incrementó sus actividades, por lo cual en agosto de -- 1968 se crea la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez (I.M.A.N), que añade los servicios de nutrición, de rehabilitación física, de rehabilitación familiar y atención a los menores abandonados o enfermos.

El período de gobierno del Licenciado Luis Echeverría --- Álvarez (1970-1976) se caracterizó en materia de salud; así la Dirección de Rehabilitación en 1973 se estructuró como Dirección General de Rehabilitación, convirtiéndose en la dependencia encargada de conocer: el problema de la inválidez y los -- recursos con los que se contaba para su solución, proponer --- normas y proporcionar servicios de rehabilitación; promover el adiestramiento ocupacional y el empleo de inválidos rehabilitados; proponer la realización de programas para formación y - y adiestramiento de personal, así como procurar la coordina -- ción de las actividades de los Sectores Público y Privado para la rehabilitación de inválidos.

Con el gobierno del Licenciado José López Portillo (1976- 1982) el Estado, como parte de su política y proceso de consolidación en su participación con los grupos más desfavorecidos reorganiza el aparato administrativo de la Asistencia Social, creando el sistema D.I.F. en 1977. Su objetivo fue: apoyar a -

la marginación social para mejorar las condiciones de vida de la población. Los servicios que otorgaba el D.I.F. estaban divididos en: medicina preventiva y nutrición; educación; promoción social; desarrollo de la comunidad; alimentación familiar y asistencia jurídica.

En cuanto al sexenio del Licenciado Miguel de la Madrid Hurtado (1982-1988), en diciembre de 1982 presenta una iniciativa de adiciones y reformas al Artículo 4º Constitucional que define el derecho a la protección de la salud como Garantía Social. En este sexenio la Secretaría de Salubridad Asistencia se reorganiza para transformarse en Secretaría de Salud, en autoridad normativa en materia de salubridad general, mientras que la Asistencia Social pasa a formar parte de la organización del D.I.F. (Desarrollo Integral para la Familia).

Es de esta manera como se ha venido dando en nuestro medio el concepto de Asistencia Social, en su devenir histórico, ajustado a las distintas etapas del desarrollo de la sociedad, sufre modificaciones partiendo de las viejas y místicas concepciones de la caridad, la fé cristiana y la beneficencia pública.

Entendiéndose por ... "Asistencia Social: el conjunto de acciones de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación que realizan tanto los Sectores Público y Privado, en beneficio de las poblaciones marginadas o rezagadas, tendientes a modifi-

car y mejorar las circunstancias de orden biológico, cultural, -  
económico y social que favorezcan en el individuo o comunidad --  
con carencias en su desarrollo integral y consecuentemente, sin  
acceso a los satisfactores básicos de alimentación, vestido, ---  
educación, salud y trabajo, hasta lograr una solución permanente  
de sus carencias, incorporándolos a una vida digna, decorosa y -  
humana" ... (6)

Por ... "Asistencia Social: se entiende el conjunto de ----  
acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de  
carácter social que impiden al individuo su desarrollo integral,  
así como la protección física, mental y social de personas en --  
estado de necesidad, desprotección y desventaja física y social,  
hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva". (7)

La ignorancia de una población aunado a una serie de factores --  
como el impedimento físico o biológico favorece la incapacidad -  
para conseguir trabajo, las depresiones económicas nacionales --  
disminuyen fuentes laborales ocasionando el desempleo y sub ----  
empleo, las migraciones debido a la falta de recursos y empleo -  
seguro que remunero su fuerza de trabajo a la falta de estímulos

-----  
(6) Junta de Asistencia Privada. Memoria del Primer Simposium...  
Pág. 32.

(7) SOLIS, San Vicente Silvia. Los Fundamentos de la Planeación  
en México y los Programas Sociales (1982-1986). México D.F.  
Escuela Nacional de Trabajo Social-U.N.A.M. Pág. 234.

y servicios que arraiguen a los campesinos a su lugar de origen, factores que de un modo u otro son condicionadores del Nivel de Vida de una comunidad.

Así la Asistencia Social es la protección que se otorga para auxiliar a todos los habitantes del país que por factores antes mencionados, se encuentran en condiciones de debilidad social o económica, de carácter transitorio o permanente.

Por lo que las obras de Asistencia Social Pública y Privada habrán de resumir en sí las carencias materiales y bio-psico-sociales de la población necesitada, siendo la actividad más auténtica que el hombre realiza en favor del hombre, la cual se origina en la misma historia de la humanidad.

## 1.2. Asistencia Privada en México.

Como mencionábamos anteriormente los bienes de producción, y consecuentemente los satisfactores no son adquiridos en forma equitativa, pues los miembros de una colectividad por limitaciones físicas, psicológicas, culturales, económicas y sociales no tienen acceso al mínimo de bienes haciéndose presente el fenómeno.

En nuestro país la asistencia a la población necesitada la proporciona el Estado y los Particulares (Sector Público y el -- Sector Privado), llamada la primera Asistencia Social Pública y la segunda Asistencia Social Privada dependiendo de quien la suministre.

Así las acciones filantrópicas del Sector Privado han contribuido de manera decisiva y solidaria en la atención a los --- grupos sociales más vulnerables, pretendiendo se conjuguen y --- coordinen los esfuerzos de ambos sectores (el público y el privado), para que solidariamente hagan posible la rehabilitación y el desarrollo de la población necesitada.

La participación del sector privado se acentúa por la seria limitación de recursos que el sector público puede destinar para resolverlas, dada la situación económica difícil del Estado, el cual otorga exenciones fiscales a las Instituciones de Asistencia Privada, siendo notorio y positivo la relación costo-beneficio, es decir lo que no percibe comparado con el costo de los -- servicios que prestan estas instituciones.

Por tal motivo las Instituciones de Asistencia Privada son necesarias en los momentos actuales para apoyar al Estado en la solución de la gran variedad y cantidad de demandas asistencia-- les por parte de la población.

De tal manera se aborda el aspecto histórico de la Asistencia en México. Durante la Colonia que se inicia en el año de --- 1521, el aspecto dominante de la acción del hombre a favor del - hombre fue la caridad cristiana, cuyo fin concreto era obtener - la debida recompensa en el cielo o simplemente cumplir con un -- deber cristiano; este concepto religioso hizo construir numero-- sos establecimientos a los necesitados física y socialmente.

Así encontramos dentro del área médica, como el propio Hernán Cortés funda el Hospital de la Purísima Concepción o Jesús - Nazareno en el año de 1524, que más tarde se le conoció como el Hospital de Jesús, el cual tenía un carácter general, para todas las enfermedades menos las contagiosas; siendo exclusivo para -- españoles, institución considerada como el primer Hospital de -- América.

Funda también en 1526 Hernán Cortés, en terrenos de la --- Tlaxpana un leprosario, así como un hospitalito llamado del Amor de Dios en el año de 1540, ambos eran exclusivos para españoles.

En el período de la Colonia y aún tiempo después, la Asis-- tencia no era brindada por el Estado, sino por las corporaciones religiosas. Situación que se acentúa por las pestes y el hambre, que con pavorosa frecuencia e intensidad se venían produciendo - en la Nueva España desde el siglo XVI hasta el siglo XVIII.

En este último siglo no hay gran iniciativa caritativa como en el siglo XVI, la causa de esto fue que las grandes fortunas eran empleadas en la construcción de suntuosos templos y --- enormes conventos. Cuando acaecieron las pestes los acaudalados ante la temible situación improvisaban hospitales que cerraban --- tan pronto como lo fuerte del estrago pasaba.

Por lo que el establecimiento de instituciones ya no se ponen bajo la égida del clero, sino bajo los auspicios de la iniciativa privada.

Así el Nacional Monte de Piedad, el cual tiene dos siglos --- de vida ejerciendo las funciones de una Institución de Asistencia Social, el 25 de febrero de 1775 se estableció en lo que había sido el Colegio de San Pedro y San Pablo (que pertenecía a --- la Orden Jesuita), tuvo su sede inicial el Sacro y Real Monte de Piedad de Animas, cuyo fundador, fue Don Pedro Romero de Torres, primer Conde de Regla y caballero de la orden de Calatrava, quien donó trescientos mil pesos efectivos para fondo de una --- institución que socorriese las necesidades públicas a cambio de empeñar sus joyas y demás objetos de valor.

El movimiento de Independencia, septiembre de 1810, trajo --- consigo una notoria desorganización, económica, política y social. Los establecimientos fundados o sostenidos por el clero --- decayeron ya que desde el siglo XVII tenían cada vez menos re ---

cursos debido a que las personas generosas en su natural defen--  
sa, suprimieron toda clase de donativos.

Entre los establecimientos que subsistieron hasta mediados del siglo XIX y que fueron fundados durante la Colonia se encontraba el Hospital de Jesús, el Hospicio y el Colegio de las Vizcaínas.

Con la expedición de las Leyes de Reforma en el año de --- 1859-1860 se pretendía dar solución a los problemas que se vi --  
vían, definiendo que es el Estado quien debe asumir la obliga --  
ción de administrar al país y preocuparse por el bienestar del -  
pueblo.

Posteriormente el concepto de Asistencia siguió evolucio --  
nando y fue el gobierno del Presidente Juárez, el 2 de febrero -  
de 1861, el primero en reconocer en México que el Estado tenía -  
la obligación de asistir a las clases menesterosas y a la vez --  
facultades para legislar sobre esa materia; en estos actos de --  
asistencia no mueven al Estado sentimientos de caridad, sino una  
obligación de carácter social.

Para esos principios el gobierno del Presidente Juárez ex-  
pidió algunos decretos y circulares. Entre los decretos mencio--  
nados, quedaron secularizados los hospitales y establecimientos  
de beneficencia. Como el gobierno carecía de recursos para cu---

brir los gastos que demandaban los establecimientos de asisten--  
cia, reconoció acertadamente que la ayuda privada no se oponía  
al control que el Estado debe tener sobre los fondos de insti --  
tuciones de esta índole y devolvió sus bienes al Hospital de Je--  
sús y al Colegio de las Vizcaínas; tratando de inspirar con ---  
fianza y seguridad a la sociedad civil para que continuara ampa--  
rando dichas instituciones. (8)

Pero fue hasta el 7 de noviembre de 1899, bajo el régimen -  
de Díaz cuando se reconoce y concede personalidad moral a esas -  
obras benéficas, expidiéndose la Ley de la Beneficencia Privada  
para el Distrito y Territorios Federales, el cumplimiento de di--  
cha ley estuvo a cargo del Poder Público. Así con esa seguridad  
jurídica y estímulo fiscal a la que se hizo acreedora la Bene --  
ficencia Privada, se dió lugar a la creación de múltiples ins---  
tituciones.

Para 1927 por disposición presidencial, el Nacional Monte -  
de Piedad fue declarado institución de Beneficencia Privada.

La transformación de la Beneficencia a la Asistencia se --

-----

(8) Junta de Asistencia Privada. Memoria del Primer Simposium...  
Pág. 126.

cristalizó en la Secretaría de la Asistencia Pública, fundiéndose en ella el Departamento de Asistencia Social Infantil y la -- Beneficencia Pública y Privada del Distrito Federal, debido a -- que el Estado reconoce que debe sustituirse el concepto de Beneficencia por Asistencia dado que los servicios que demandan los individuos socialmente débiles deben tender a su desarrollo integral, sin limitarse sólo a satisfacer necesidades de subsistencia o de tratamiento médico, sino esforzándose por hacer de ellos personas útiles para bien de los intereses generales del país.

Por otra parte tanto en México como en la generalidad de -- los países el pensamiento liberal en el siglo pasado dió al Estado muy poca intervención en materia de Asistencia ya que ésta era proporcionada por los particulares o por las corporaciones religiosas como el "CENTRO DE REHABILITACION INFANTIL SAN VICENTE DE PAUL", institución que se funda el 1° de agosto de 1979, -- gracias a un grupo de bienhechores única por su tipo de servicio y por los padecimientos que recibe, que es dirigida por religiosas de la Congregación de las Hijas de la Caridad, la cual se -- sostiene a base de donativos particulares.

Así la "Asistencia Social Privada, es la Asistencia Social proporcionada por los particulares como personas físicas o morales, que con bienes de propiedad particular, ejecutan actos con fines asistenciales humanitarios, sin propósito de lucro y a ---

quienes el Estado reconoce personalidad moral, al estar constituidas institucionalmente y tener capacidad patrimonial propia para la realización de los objetivos asistenciales por lo cual se les considera de utilidad pública". (9)

Por tanto el Estado Mexicano ha reconocido que la salud es un bien social, elevándola a rango constitucional mediante la adición del párrafo tercero del Artículo 4° Constitucional como garantía.

El Estado de salud en su concepción actual se concibe como un estado de bienestar biológico, psicológico y social en armonía con el medio ambiente.

### 1.3. Residencia Infantil "San Vicente de Paúl".

La Residencia Infantil San Vicente de Paúl o Centro de Rehabilitación Infantil, es una institución privada que se creó para ofrecer protección a menores con una problemática particular que nace del seno familiar como consecuencia de la crisis social, política y económica que sufre el país; por lo cual atiende a niños de escasos recursos económicos, principalmente

-----

(9) Ibid. Pág. 34.

si son foráneos, o que han sido abandonados por sus familias o son huérfanos y presentan alguna limitación física, para proveerlos de un ambiente de hogar y de atención rehabilitatoria integral.

Por lo tanto la institución atiende a niños sin familia, de escasos recursos económicos, de ambos sexos entre 1 mes y 11 años de edad aproximadamente, que presenten trastornos motores y neuromotores como: malformaciones congénitas, secuelas de poliomielitis y parálisis cerebral con posibilidades de rehabilitación a corto plazo, que provengan y/o que han sido canalizados de su lugar de origen, de Hospitales o Centros de Rehabilitación del Distrito Federal.

No obstante, las buenas intenciones de la Residencia Infantil se ven limitadas de un modo u otro, por diversos factores de tipo social que se originan en el medio ambiente al que retornan al ser externados y que obstaculizan o retrasan la rehabilitación del menor.

Dado que la gran mayoría de población que atiende el Centro de Rehabilitación proviene del interior de la República Mexicana y se les brinda un hogar temporal, tiempo en que se les atiende de acuerdo al padecimiento y la intensidad de éste. Dicha institución se irá conociendo a lo largo del desarrollo de éste y los demás capítulos.

### 1.3.1. Ubicación.

En el suroeste del Valle de México, en una zona -- llamada Coapa, surgieron varias haciendas cuyas características en gran parte determinó la geografía. Era una región bañada por las aguas dulces del lago Chalco-Xochimilco, que desde los tiempos prehispánicos, descolló por su fertilidad. Las ciénagas la -- ceñían, los arroyos cruzaban innumerables sitios y aún de las -- pétreas entrañas brotaban los manantiales.

Debió estar cubierta primitivamente por el lago, que detuvo los estragos de la erupción del volcán Xitle. En las planicies -- de Coapa se erguían los huejotes o sauces de agua; brotaban en -- los canales lirios y otras plantas. La fauna era sumamente va -- riada: peces, ranas, patos, garzas, cenizales, halcones, cone -- jos, tuzas y, sobre todo serpientes, a cuya abundancia se debe -- su nombre nahuatl la región.

COAPAN: Se compone de COATL, culebra, de -- ATL, agua y de PAN, en; y significa: "EN AGUA -- DE CULEBRAS". (10)

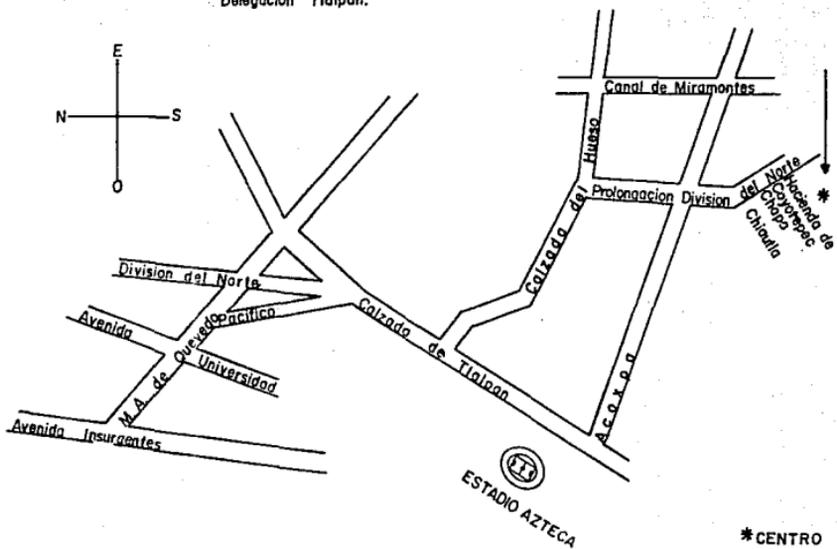
COAPAN: Coame: Culebras; PAN: Locativo "Donde hay CULEBRAS". (11)

-----  
(10) Centro de Estudios Históricos de Tlalpan, D.F. "Testimonio" Delegación Tlalpan. México D.F., 1983. Pág. 7.

(11) Ibid.

PLANO DE LOCALIZACION DEL CENTRO DE  
REHABILITACION INFANTIL SAN VICENTE DE PAUL.

Hacienda de Coyotepec No. 26  
Colonia Prado Coapa C.P. 14350  
Delegacion Tlalpan.



-218-

La Residencia Infantil o Centro de Rehabilitación Infantil San Vicente de Paúl, se encuentra ubicado en Hacienda de Coyotepec NO. 26, Colonia Prado Coapa al sur de la ciudad, pertenece --- ciente a la Delegación de Tlalpan, que se localiza al Sur del -- Distrito Federal. Por su extensión territorial, es la más grande comprende el 20.66% de la superficie total del Distrito Federal con 309.72 kilómetros cuadrados. (Se anexa plano).

La Delegación Tlalpan colinda al Norte con la Delegación -- Coyoacán, D.F; al Este con la Delegación Xochimilco, D.F; al Su- roeste con la Delegación de Milpa Alta, D.F; al Sur con el Esta- do de Morelos; al Sureste con el Estado de México; al Oeste con la Delegación Magdalena Contreras, D.F.

### 1.3.2. Antecedentes de la -- Institución.

La Residencia Infantil o Centro de Rehabilita- ción Infantil San Vicente de Paúl, tiene asentados sus orígenes en el seno de la Iglesia Católica con San Vicente de Paúl, quien retoma algunas ideas de Juan Luis Vives, para iniciar su obra, - dando inició con ésto lo que se conoce como Asistencia Social.

Vicente de Paúl nace el 24 de abril de 1851 en Pouy (Lan -- das), un pequeño pueblo de casas de adobe, situado en la zona -- más pobre de la comarca en Francia; su familia no pertenecía a - la nobleza, sus padres campesinos (el Sr. Juan de Paúl y la Sra.

Beltrana de Moras), tenían que trabajar la tierra duramente para poder sobrevivir. Vicente era el tercer hijo de una familia de seis hermanos.

El Sr. Comet (Juez de Pouy), quién había notado la despertada inteligencia del muchacho convenció a su padre para llevarlo a Dax y así pudiera estudiar con los franciscanos hasta terminar la universidad y recibir el título de Bachiller en Teología, el cual obtiene el 12 de octubre de 1604.

El 2 de mayo de 1612 entra a la iglesia de Clichy, que era un pueblo cercano a París, quién va al servicio del pueblo de -- Dios. Vicente de Paúl deja en 1613 la Iglesia, porque el Padre -- Pedro Bérulle, le consigue una buena colocación como preceptor de los Gondi, gente rica y poderosa de París, con el título de -- General de las Galeras (grado que equivalía a ministro de la marina), donde Vicente había de instruir al hijo de éstos (Pierre de 11 años), observando que tras toda esa pompa y riqueza se movía también un mundo de pordioseros y desafortunados. Se pone -- de acuerdo con la Sra. de la casa para socorrer a todos aquellos necesitados, además enseñó el catecismo y evangelizó a la servidumbre y campesinos.

El domingo 20 de agosto de 1617 la Sra. Chassaigne lo in -- forma que todos los miembros de una familia, se encontraban en -- fermos y en la miseria; por lo que el 23 del mismo mes reúne a

las personas más comprometidas en la acción caritativa y funda una institución de laicos: LA COFRADIA DE LA CARIDAD.

El 17 de abril de 1625, los señores Gondi firman un contrato en el que pone a disposición del Sr. Vicente 37,000 libras -- para fundar la Congregación de la Misión. Dos meses más tarde -- el 23 de junio muere la Sra. Gondi, quién patrocinara la obra.

Vicente de Paúl organizó junto a Luisa de Marillac (1591-1660) a las Damas de la Caridad, entidad integrada por mujeres -- pertenecientes a las familias aristocráticas dedicadas a visitar a los enfermos y a los pobres para llevarles la ayuda necesaria. Pero la organización no prosperó; de ahí que Vicente decidiera reclutar jóvenes campesinas a las que llamó primero Siervas de -- los Pobres, pasando luego a ser Hijas de la Caridad que nacen en el siglo XVII, como una necesidad urgente de la sociedad en --- aquel tiempo.

En aquella época personas sin entrañas compraban niños a -- los que mutilaban brazos y piernas, obligándoles a mendigar y -- así conmover a las personas; era tal la miseria que existía entre los más humildes que muchas madres se veían obligadas a --- abandonar a sus hijos por falta de alimentos.

Situación que se acentúa cuando en 1640 Francia se debate -- en guerra; la mendicidad en París era un gran problema más de --

40,000 pobres deambulaban por sus calles. La mortandad infantil alcanzaba a más del 50% de los nacidos. El promedio de vida estaba entre los 25 y 30 años de edad; las epidemias causaban el 40% de los fallecimientos, el analfabetismo era total: solamente sabían leer y escribir dos millones y medio en una población de casi veinte millones, los campesinos se encontraban en las condiciones más deprimentes, porque los gobernantes solamente querían hombres para la guerra, e impuestos para --- alimentar esa guerra. Vicente y Luisa de Marillac organizan -- los socorros, que consistían en ayuda a los heridos y brindan ayuda a todo aquel que la necesite. (12)

María de Gonzague quien había sido una de las primeras -- Damas de la Caridad, se casó con el Rey de Polonia en 1645 y -- pide desde aquel país a Vicente de Paúl que le mandará a Var-- sovia Sacerdotes de la Misión e Hijas de la Caridad para tra-- bajar allí. También de Madagascar piden misioneros llegando en el año de 1648 y de esta manera empiezan a extenderse por el -- mundo las ideas de San Vicente, llegando a países como Italia, Irlanda, Escocia, Polonia, Argelia y Túnez.

-----  
(12) "Vicente de Paúl". Defensor de los Pobres. Imágenes de la Fé. Revista Mensual NO. 195. Ed. Impresos y Revistas, --- S.A. (IMPRESA). Salamanca, España 1985. Pág. 34.

El 15 de marzo de 1660 muere Luisa de Marillac, Vicente -  
reúne a las Hijas de la Caridad, y les dice: "Me hubiera gos -  
tado reunirme con Luisa durante la crisis de su enfermedad, --  
pero yo también he estado enfermo".(13)

Su muerte acaecida el 27 de septiembre de 1660 a las 4:45  
de la mañana, en el priorato de San Lázaro, de París. Y se ex-  
tienden aún más por el mundo entero sus ideas, entre otros ---  
países llegan a México.

La Congregación de las Hijas de la Caridad ofrece dife --  
rentes servicios en el interior de la República Mexicana y en  
el Distrito Federal entre los cuales se encuentran:

- \* Casa Hogar para Ancianos
- \* Casa Hogar para Niños Abandonados y Huérfanos
- \* Casa Hogar para Hijos de presos
- \* Contro Social (ofrecen servicios de atención  
médica)
- \* Dispensarios
- \* Hospitales
- \* Servicio de Comedor
- \* Escuelas de enfermería
- \* Escuelas de comercio

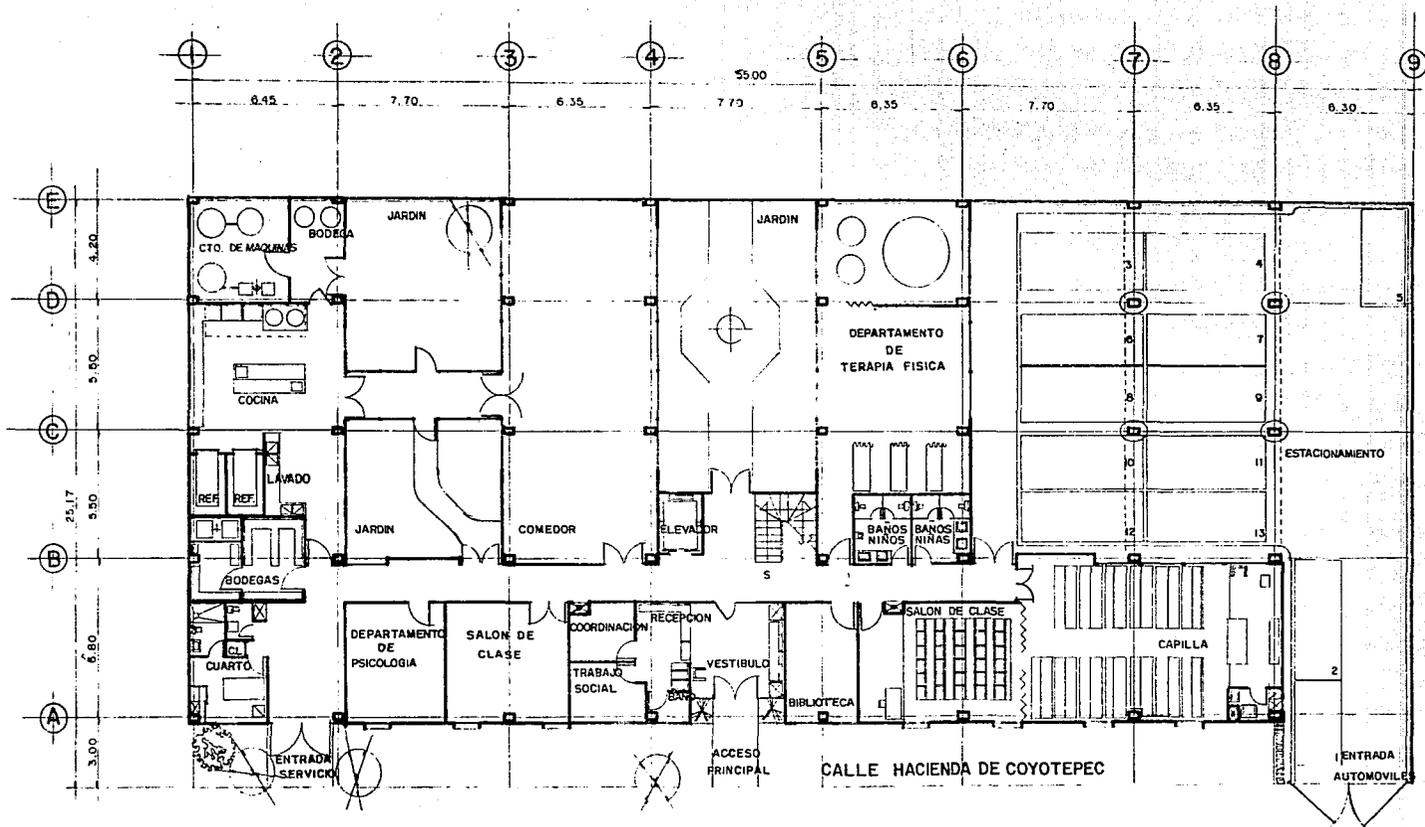
-----  
(13) LOPEZ, Púlido Félix. Vicente de Paúl (De los Pobres). Ed.  
CEME. Salamanca, España 1985. Pág. 34.

- \* Asociación para alcohólicos
- \* Guarderías
- \* Centros de Catequesis y Pastoral

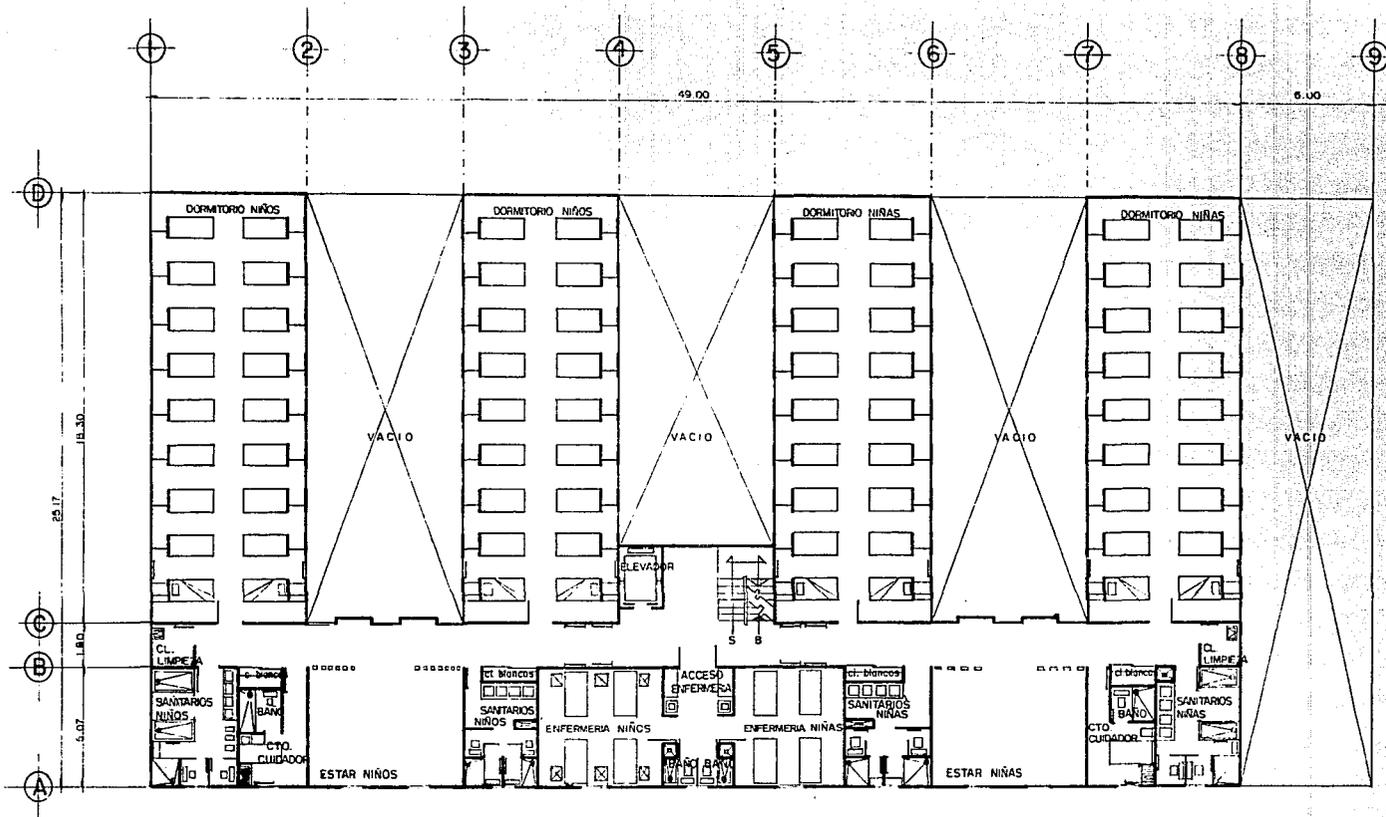
Instituciones que se localizan en los diversos Estados de la República Mexicana, y ofrecen sus servicios a la población de escasos recursos económicos, sin importar religión o nacionalidad.

Entre los cuales se encuentra la Residencia Infantil o -- Centro de Rehabilitación Infantil San Vicente de Paúl, única - en su tipo por las características que presenta, ya que ofrece un servicio interno, no externo como la mayoría de las insti-- tuciones que ofrecen tratamiento de rehabilitación, es decir - durante la convalecencia de alguna intervención quirúrgica y posteriormente para la rehabilitación, permanecen el tiempo -- necesario.

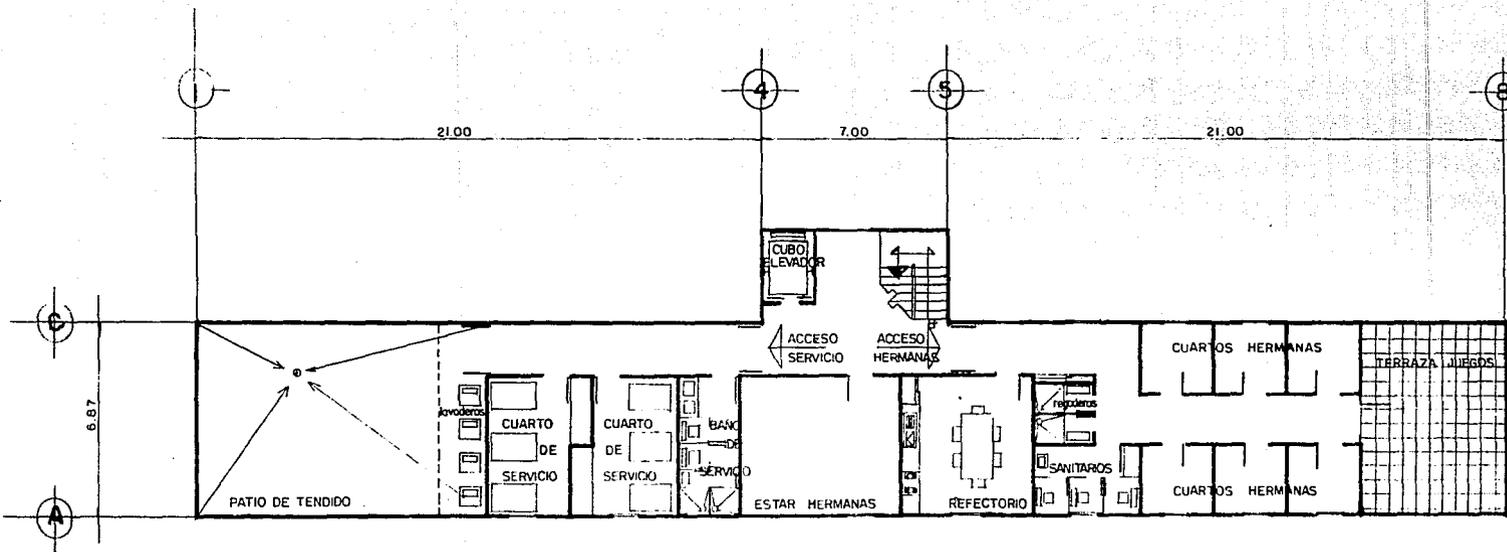
La obra tiene sus inicios en el año de 1944, con el nom-- bre de "CENTRO DE RECUPERACION, DR. GERMAN DIAZ LOMBARDO", pa-- ra la rehabilitación de niños y adolescentes con secuelas de - poliomielitis, el cual se encontraba ubicado en la Calle de -- Carmen NO. 18, Col. San Angel. Era un Centro de Recuperación - mixto que fungía como Hogar Temporal, brindando los servicios de alimentación y techo solamente; debido a que los tratamien-- tos y rehabilitación acudían a la Institución Mexicana de ----



PLANTA BAJA



PLANTA PRIMER NIVEL



PLANTA SEGUNDO NIVEL

Asistencia a la Niñez (IMAN), Hospital Infantil de México y el Hospital Shriners para Niños Lisiados.

En 1972, el patronato fundador decidió cambiar la finalidad, y deja de ser el Centro de Recuperación para convertirse en un Hospital de Ortopedia por lo que las religiosas deciden abandonar la obra el día 10 de septiembre del mismo año, alojándose provisionalmente en la Casa Provincial (Casa Hogar para Ancianos); posteriormente al poco tiempo se trasladan a una casa particular donada a la comunidad por la Sra. María Ituarte (bienhechora), ubicada en Calle 1° de Mayo NO. 10 antes entre Av. Jalisco, Col Tacubaya; resultando inadecuada para este tipo de niños con limitaciones físicas.

Así el 1° de agosto de 1979 se trasladan a la construcción actual que es donada por un grupo de bienhechores, adaptada para este tipo de niños.

La Residencia Infantil hoy llamada "REHABILITACION INFANTIL SAN VICENTE" a partir de diciembre de 1991, institución que se ampara legalmente por OBRAS SOCIALES SAN VICENTE A.C. antes HOSPITAL MEXICANO SAN VICENTE, situado en Francisco Sosa NO. 320, Col. Coyoacán, mientras que en el aspecto económico es autónomo, ya que se sostiene a base de donativos particulares y subsidios que otorga la Secretaría de Salud, la Secretaría de Hacienda, DIF y Procuraduría (tanto en especie como en

donativos).

### 1.3.3. ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO.

A su inició en la Residencia Infantil o -- Centro de Rehabilitación Infantil San Vicente de Paúl, sólo -- existía el Departamento de Terapia Física, tiempo después se -- integró Terapia de Lenguaje y posteriormente dadas las necesi-- dades de la casa y los padecimientos se anexo Preescolar, Esti-- mulación Temprana, Trabajo Social, Psicología, Apoyo Académico y Apoyo a Preescolar en ese orden sucesivamente.

En diciembre de 1989 se realiza una evaluación y retroali-- mentación personal, ya que se desconocía totalmente lo que ha-- cía cada aréa; es así como los responsables de éstas sienten la necesidad de conocer los objetivos, funciones, actividades y -- todo lo relacionado con cada departamento, destinándose los -- viernes para el desarrollo de cada área.

Así en enero de 1990 dan inició las exposiciones referen -- tes al funcionamiento de cada departamento en este orden:

1. Terapia Física
2. Terapia de Lenguaje
3. Pedagogía (Estimulación Temprana)
4. Apoyo Académico
5. Psicología

6. Preescolar
7. Trabajo Social
8. Comunidad
9. Transtornos Motores y Neuromotores.

En la evaluación del mes de marzo se propone trabajar por trimestre y es aceptado por el equipo, se dan los primeros intentos de integración, las reuniones son esporádicas cualquier día de la semana, para comunicar algo relevante; así mismo se fijan las fechas para la elaboración del periódico mural por áreas (mensualmente).

Los trimestres quedan comprendidos de la siguiente manera:

- 1° Trimestre: Enero - Febrero - Marzo (Abril)  
2° Trimestre: Mayo - Junio - Julio (Agosto)  
3° Trimestre: Septiembre - Octubre - Noviembre (Diciembre)

Del último mes de cada trimestre los primeros quince días de este son dedicados a complementar la programación y evaluación u otros asuntos y la segunda quincena comprende el período vacacional.

En estas sesiones esporádicas de mayo y junio de 1990 se elabora un perfil de niños, tanto inicial (cómo llegan), como final (cómo queremos que salgan); ambos marcan la pauta para abordar lo referente a Padres de Familia, Personal, Voluntarios ---

rios y Equipo, llevándose el mismo esquema que con los niños -- desde los puntos de vista físico, socio-cultural y psicológico.

Debido a los requerimientos de la casa se introducen una -- serie de medidas de tipo organizacional que abarca 4 aspectos:

1. Planeación: proceso adecuado para definir acciones -- futuras, lo que se quiere hacer de una manera lógica y sistemática partiendo de los objetivos que previamente fueron determinados; administrando los recursos: COMO, CUANDO Y PARA QUE.

2. Organización: la asignación de funciones y responsa-- bilidad de actividades en equipo a lo largo del trimestre.

3. Ejecución: llevar a cabo lo que se ha planeado con -- anterioridad.

4. Evaluación: como equipo, área e individual y retro--- alimentación, comparación de lo programado con lo que se logró, tomando en cuenta los aspectos negativos como referencia para - que éstos no se vuelvan a repartir y los positivos para que cada vez se logre lo programado.

Por tal motivo se establece el Departamento de Coordina -- ción de Programas que da inició el día 2 de mayo de 1990.

En este período se concede importancia a los niños y padres de familia, por una parte porque había menores que iban a ser ex-- ternados a su lugar de origen y por otro lado debido al perfil que obtuvo el equipo.

Para llevar a cabo esto se realiza una semana de Sensibilización, la cual inicia con (mes de junio):

\* PSICOLOGIA

- . Sondeo
- . Diálogo acerca de sus proyectos en el futuro
- . Tiempo de estancia en la Residencia
- . Plática con profesor de Educación Física (con secuelas de poliomielitis)

\* TERAPIA FISICA

- . Manejo y Cuidados Físicos de la Limitación
- . Información real del padecimiento
- . Película Hellen Keller
- . Experiencia de una persona con limitación física (secuelas de poliomielitis)

\* PSICOLOGIA

- . Potencialidades
- . Preguntas de reflexión
- . Plasmear en mural ideas en cuanto a sus capacidades
- . Película "Todo por Amor"
- . Experiencia de una persona cuadriparética

\* TRABAJO SOCIAL

- . Integración Familiar
- . Dinámica (identificación de los miembros de su familia y pegar en un árbol)

- . Preguntas en relación al trato que les dan cuando están en su casa
- . Película "El Campeón" Niño con Síndrome de Down.

\* PSICOLOGIA

- . Habilidades Sociales

Concluye semana de Sensibilización.

En este mismo mes se efectúa la 1ª Junta con Padres de Familia (Aceptación de su realidad), reunión en la que se recurrió a personal externo. En dicha junta se abordó de manera general sobre los padecimientos: \* Malformaciones Congénitas, \* Secuelas de Poliomielitis y \* Parálisis Cerebral; así como las posibles causas, cuestiones prácticas y sencillas que venían impresas en un folleto que elaboró el área de Trabajo Social y Psicología Educativa.

También mediante un Sonorama llamado "¿QUIEN SOY?" en el que se retomaron ideas de la Semana de Sensibilización, sus proyectos a futuro y el hacerles ver que son personas como cualquier otra.

Llegando a la conclusión de que es el equipo quien debe participar de manera directa con los padres y detectar la información que sea de interés para ellos y sus hijos.

En el mes de junio de 1990 se evalúa las actividades rea-  
lizadas por el equipo, se efectúa retroalimentación por área, -  
equipo y personal; para dedicar este mes a la planeación de las  
actividades correspondientes al 1er. trimestre, el equipo se --  
encontraba todavía en proceso y el fin de trabajar por trimes-  
tre era el de poder evaluar a corto plazo los objetivos plan --  
teados por área y equipo y los resultados obtenidos. Donde se -  
trata de unificar criterios y emplear estrategias para el cre-  
cimiento de Padres de Familia, Niños, Personal, Voluntarios y -  
Equipo.

Para el 1er. Trimestre (Septiembre-Noviembre 1990) se de--  
signan las reuniones formales cada viernes, se dan a conocer --  
los programas de cada área y se trabaja de manera más integral.  
Después de los resultados obtenidos de la junta anterior se --  
programan dos reuniones para padres.

El objetivo que se pretendió en esta 2ª junta llevada a --  
cabo en el mes de octubre fue:

\* A través de un día de convivencia, la familia adquirirá habi-  
lidades cognoscitivas que le permitan un cambio de actitud ---  
frente a sí mismo, a su hijo y a la sociedad, de tal manera que  
la conduzcan a una aceptación de su realidad (sentimientos de -  
culpa, lástima a sí mismo e impotencia por no poder resolver --  
los problemas familiares).

En dicha junta participó el equipo de la Residencia por -- áreas: Psicología, Trabajo Social, Preescolar, Terapia Física, Terapia de Lenguaje y Comunidad; quedando como responsables -- las tres primeras áreas y las restantes como apoyo.

Mediante el audiovisual se pretendió que los padres se -- identificarán con las etapas y reacciones por las que pasan -- cuando uno de sus hijos tiene alguna limitación física, que -- fue la base para toda la reunión del día, posteriormente se -- formaron equipos con el fin de percatarse si habían captado el mensaje, así la mayoría de los padres de familia se remontaron a lo que habían experimentado en sus hogares cuando notaron en su hijo la limitación (sentimientos de culpa, vergüenza, re -- proches).

Para finalizar se realizó una evaluación a los padres, - mediante preguntas cerradas en relación al tema tratado duran -- te el día y abiertas ¿Sobre que les gustaría conocer y cuál de todas las actividades les había gustado más?

Para el reforzamiento de esta reunión el Departamento de Tra -- bajo Social elabora una carta dirigida a los padres de familia con todo lo acontecido e incluso comentarios que hicieron éstos y les son enviadas a su lugar de origen.

En este mismo trimestre se dedican días especiales para el personal administrativo (personal de limpieza, cocina, cho --

fer), donde se pretende tengan elementos para un mejor trato a los niños, desempeño de su trabajo y que sean apoyo para lo -- que se espera lograr en cada trimestre. También se realizaron juntas con el personal voluntario, una para dar inicio al trimestre (organizar cómo van a trabajar) y otra para evaluar lo realizado.

En base a las respuestas de la junta anterior se prepara la junta del mes de diciembre, entre las respuestas predominó: ¿Conocer sobre el padecimiento de su hijo, en qué consiste, - cómo ayudarlo, qué puede hacer por él y aspectos prácticos de la vida cotidiana. Por lo que los equipos son divididos por -- padecimientos: \* Parálisis cerebral niños pequeños, \* Parálisis cerebral niños grandes, \* Secuelas de poliomielitis, mielomeningocele y malformaciones congénitas, se habló a grandes -- rasgos del padecimiento y se les hizo ver que dependiendo del grado de lesión o limitación iba a ser su independencia con -- tando con el apoyo que los padres le den al menor. También se abarcaron aspectos de la vida cotidiana como: alimentación, - vestido, aseo personal: cepillado de dientes y baño, se les -- explica que son niños con limitaciones físicas y no enfermos, que pueden hacer las cosas de diferente manera con un poco más de tiempo. Para reforzar esto se llevó a cabo una competencia con los menores, las actividades fueron escoger frijol, doblar ropa, recoger zapatos y posteriormente con los padres se rea-- lizó un concurso en silla de ruedas para que notaran la difi--

cultad de tener que utilizar aditamentos ajenos a uno.

Para cerrar la reunión se hizo una convivencia con los padres, hijos, religiosas y equipo, donde los primeros habían sugerido en la reunión anterior que se rompieran pifatas y convivir con los menores. De esta manera pudieron ver que son niños como -- todos con sentimientos, ideas, ilusiones y sueños.

En el 2º trimestre (Enero-Marzo de 1991), se concede im-- portancia al Personal administrativo debido al perfil inicial, y con el fin de unificar criterios.

Para el equipo se programaron círculos de estudio como:

1. Padecimiento y facilitación - Terapia Física
2. Técnicas de alimentación - Terapia de Lenguaje
3. Manejo conductual - Psicología
4. Cantos y juegos - Preescolar.

Temas que después son impartidos al personal administra-- tivo en un nivel comprensible, es decir sin términos técnicos y manejando aspectos prácticos para el mejor trato con los me-- nores. El Departamento de Trabajo Social elabora una constan-- cia para dar mayor importancia a estos cursos.

En este trimestre se realizó la junta en el mes de marzo para padres de familia, avocándonos sobre los avances que han tenido sus hijos en este período en aspectos personales, actividades

de la vida diaria y de independencia, por lo que se retoman -- ideas de la 2ª : "la persona vale por el simple hecho de ser -- persona, dejar que él haga las cosas, ayudarlo sólo cuando él lo solicite e insistir que use sus aparatos, todo ello median-- te el sonorama "MI GRAN DESCUBRIMIENTO".

Para el 3er. trimestre se consideró de suma importancia -- los menores que egresarían de la Residencia, dandóles no sólo una semana de sensibilización sino todo el trimestre (tanto -- los que tienen familia como los que carecen de ella).

1a. Semana: TERAPIA FISICA.

Tema I: Padecimientos:

- \* Poliomiелitis
- \* Malformaciones congénitas
- \* Parálisis cerebral.

- . Qué es lo que me pasó, qué es lo que tengo
- . Qué es la polio, la parálisis cerebral
- . Qué cuidados debo tener siempre
- . Reforzamiento para la utilización de sus -- aparatos.

2a. Semana: PSICOLOGIA.

Tema II: Potencialidades.

- . Uso de todas sus capacidades residuales
- . Plática y experiencia personal de gran de -- portista con secuelas de polio Dora Elia.

- . Video entrega de medallas a Nivel Mundial de ---  
personas con limitación física.

4a. Semana: TRABAJO SOCIAL.

Tema III: Reintegración al Hogar.

- . Sonorama: "EL HOGAR".
- . ¿Qué es un Hogar?
- . Un Hogar puede ser: familia o internado
- . ¿Qué te brindan y vínculos que prevalecen en un Hogar?
- . Expectativas reales de cada menor depen---  
diendo de su situación.
- . Plática y experiencia de una persona con -  
secuelas de poliomielitis.

6a. Semana: COORDINACION Y TRABAJO SOCIAL

Tema V: Lugar de Origen.

- . ¿Qué es la cultura?
- . ¿Cómo es el lugar donde viven, qué comen,  
qué hacen sus padres?
- . Películas: \* Días de Albergue y \* Estado de  
Michoacán, dibujo de su casa
- . Exposición de objetos típicos de su estado.

3a. Semana: TODO EL EQUIPO.

5a. Semana: Habilidades Sociales Internas y Externas.

8a. Semana: . Cuestiones prácticas

Toma IV. . Experiencia y pláticas de personas con limitación física.

7a. Semana: PREESCOLAR.

Tema VI: Derechos y Obligaciones de los Limitados Físicos.

- . Derecho a la educación, diversión y actividades en lugares públicos
- . Derecho a la atención médica
- . Explicación del Reglamento del D.F. para limitados físicos e importancia de la O.N.U.

9a. Semana: MESA REDONDA.

Tema VII: Evaluación.

- . ¿Cómo vinieron?
- . ¿Cómo se van?

Aspectos negativos y positivos que les ayudaron.

Cabe mencionar que todos los temas antes de ser expuestos a los niños fueron círculos de estudio para el equipo, con el fin de que cada área supiera lo que se iba a referir el responsable de la exposición, para complementar o afinar detalles que no se hubieran contemplado.

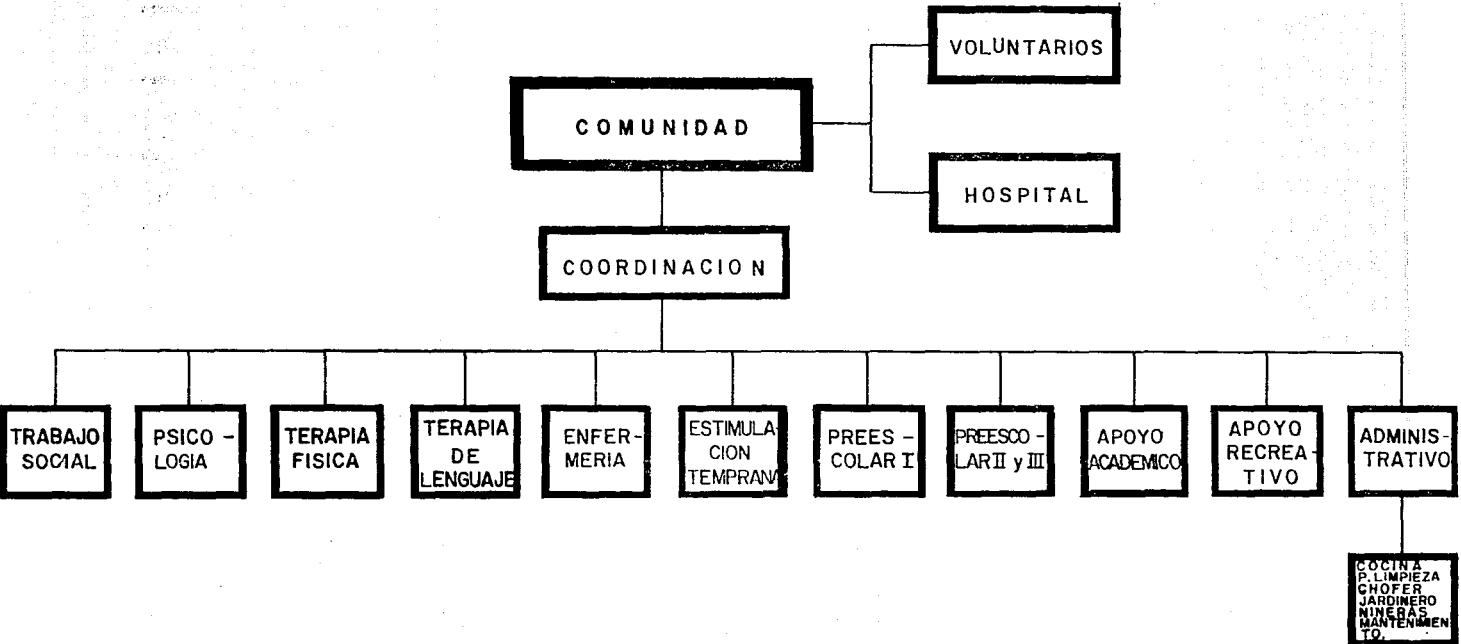
#### 1.3.4. Servicios que proporciona.

La Residencia Infantil o Centro de Rehabilitación proporciona los siguientes servicios:

1. Comunidad
2. Atención Hospitalaria
3. Personal voluntario
4. Personal administrativo (alimentación, vestido y techo
5. Coordinación de programas
6. Trabajo Social
7. Terapia física
8. Terapia de lenguaje
9. Psicología
10. Estimulación temprana
11. Preescolar I
12. Preescolar II y III
13. Apoyo académico
14. Enfermería
15. Actividades recreativas y de apoyo a preescolar
16. Escuela
17. Actividades recreativas
18. Actividades deportivas y culturales.

A continuación se explicará la organización y funcionamiento de cada servicio:

CENTRO DE REHABILITACION INFANTIL SAN VICENTE DE PAUL



## 1. COMUNIDAD.

OBJETIVO: Las Hijas de la Caridad de la Residencia Infantil San Vicente de Paúl, servirán a niños verdaderamente pobres con limitaciones físicas a fin de que logren una rehabilitación integral.

La Residencia Infantil institución de Asistencia Privada dirigida y coordinada por religiosas de la Congregación Hijas de la Caridad y sostenida por donativos particulares, brinda sus servicios a menores del interior de la República Mexicana, con alguna limitación física e intentan proporcionar una rehabilitación integral. Está compuesta por 7 religiosas que realizan diferentes actividades las cuales comprenden la dirección de la institución, la atención y cuidado de los menores, equipo, personal administrativo y voluntario.

## 2. Atención Hospitalaria.

OBJETIVO: Las religiosas acompañaran a los niños a distintos hospitales para su atención médica y quirúrgica de acuerdo a su padecimiento o limitación, apoyando las indicaciones para que logren su rehabilitación.

Las religiosas se encargan de vigilar y estar al pendiente de las citas para análisis, revisiones, consultas, intervenciones quirúrgicas así como de la entrega de aparatos o aditamentos ortopédicos.

### 3. PERSONAL VOLUNTARIO.

OBJETIVO: El voluntario llevará a cabo actividades que --- apoyen los programas establecidos multidisciplinariamente, mostrando actitudes y conductas que favorezcan la independencia y desarrollo de los potenciales físicos, psicológicos y sociales de los niños.

Se pretende que el personal voluntario sea una forma más - de apoyo para los menores y es coordinado por una de las hermanas. Está integrado por un grupo de personas (adolescentes y -- adultos), que se interesan por cumplir con los objetivos que -- esta institución persigue, y sin ser remuneradas colaboran en - actividades múltiples como:

#### Labores de casa:

A cada voluntario se le otorga un menor, se proporciona un tarjetón que contiene aspectos que éste necesite, llevarlos de paseo, al hospital cuando tengan consulta, apoyar en los ejercicios físicos y en terapias individuales.

#### Así también a través de donativos:

En efectivo, despensas, artículos de higiene personal, de limpieza, material que necesite cada departamento y escolar e instrumentos rehabilitatorios.

### 4. PERSONAL ADMINISTRATIVO.

OBJETIVO: Brindar atención en cuanto a las necesidades del menor.

Este servicio ésta conformado por dos turnos:

- \* Matutino 6:30 a.m. a 14:30 p.m. 20 personas
- \* Vespertino 14:30 p.m. a 20:00 p.m. 12 personas.

El cual se encarga de brindar una dieta balanceada en donde se le proporcione al organismo las sustancias nutritivas necesarias para su crecimiento, desarrollo, recuperación de las intervenciones quirúrgicas y posteriormente para su rehabilitación. Otro de los servicios es el de lavandería y planchado de la ropa de los menores, además otra parte del personal se encarga de mantener en buen estado las instalaciones, equipo y mobiliario del Centro de Rehabilitación, y un conductor encargado de transportar a los niños al hospital, escuela e instituciones que se requieran y de igual manera al Departamento de Trabajo Social.

## 5. COORDINACION DE PROGRAMAS.

OBJETIVO: Deberá ser una alternativa para resaltar las relaciones existentes entre cada una de las áreas que conforman los programas de la Residencia Infantil, a través del fortalecimiento y sistematización de líneas concretas de diferentes vías de extensión.

El coordinar, implica el ordenamiento simultáneo y armonioso de varias cosas, por ello la coordinación es considerada como la esencia misma de la administración para todo organismo

social. Así las actividades que realiza este departamento son: reunir los programas por trimestre de cada una de las áreas, -- brindar apoyo técnico, metodológico y teórico a aquellos miembros que lo soliciten, de la recepción de documentos es decir, todo aquel material que se elabore para la realización de Juntas de Padres de Familia, Personal, Niños, Voluntarios y Equipo tanto en la estructura como con los resultados, otro aspecto es la redacción de informes de las reuniones que se lleven a cabo, así como la búsqueda de materiales didácticos para el uso del personal del Centro de Rehabilitación.

#### 6. TRABAJO SOCIAL.

OBJETIVO: Interpretar las necesidades y carencias de la población de la Residencia Infantil con el fin de dar solución a sus necesidades sociales y lograr su rehabilitación integral mediante su participación y el aprovechamiento de los recursos humanos e institucionales.

Por lo cual el Departamento de Trabajo Social es el encargado de establecer el enlace entre el Centro de Rehabilitación y la familia, así como con las instituciones que apoyan en el tratamiento hospitalares e internados para menores sanos y limitados físicos e instituciones de orden legal como Procuraduría y Subprocuraduría.

## 7. TERAPIA FISICA.

OBJETIVO: Proporcionar el manejo adecuado en la rehabilitación física de los niños, antes como medida preventiva y preparatoria para las intervenciones quirúrgicas necesarias y postoperatoria para obtener el máximo resultado y aprovechamiento físico de la cirugía, así como el establecimiento de programas concretos a los padecimientos y los medios más adecuados para ello, tratase de medios físicos o mecánicos.

Los propósitos de la medicina física de rehabilitación son:

a) Eliminar la incapacidad física, b) Disminuir lo más posible la incapacidad y c) Adiestrar al sujeto que sufre una limitación física residual dentro de los límites de la incapacidad, pero al máximo de sus capacidades.

Por lo tanto la Terapia Física: Es una rama de la medicina que se dedica a la rehabilitación de individuos; donde se emplean agentes físicos, caloricos, hidricos y mecanicos.

## 8. TERAPIA DE LENGUAJE.

OBJETIVO: Aplicar las técnicas específicas para el tratamiento de los niños que presentan una deficiencia y/o alteración de las funciones de audición, voz y lenguaje, con el fin de lograr la mejor comunicación, autonomía e integración a su medio.

El área de lenguaje se encarga de detectar, valorar y dar

tratamiento a los menores que presentan alguna alteración y/o -  
deficiencia en la adquisición del lenguaje, habla, voz o audi-  
ción. El tratamiento es dado a partir del análisis de la valo-  
ración y de acuerdo a los datos observados, se crean programas  
específicos e individuales utilizándose diversas técnicas ya --  
sean de:

\* CORRECCION: Si el menor presenta fallas de distorsión al ar-  
ticular o al percibir los mensajes.

\* HABILITACION: Si el menor presenta retraso o no ha adquirido  
la habilidad adecuada a su edad y proceso; y de

\* REHABILITACION: Si el menor ha perdido la habilidad después -  
de haber sido adquirida.

Así la Terapia de Lenguaje y comunicación proporciona al -  
niño los medios de expresión oral, gestual, corporal haciendó-  
lo capaz de comunicar sus propias necesidades, deseos, pensa --  
mientos, sentimientos e ideas.

## 9. PSICOLOGIA.

OBJETIVO: Proporcionar atención psicológica a menores de la Re-  
sidencia Infantil San Vicente de Paúl, con el fin de inducir la  
autovaloración personal positiva, el desarrollo de habilidades  
cognitivas y sociales, así como el máximo aprovechamiento de --  
sus recursos físicos e intelectuales.

El servicio de Psicología propone como primer componente -  
de atención integral, el instaurar acciones de sensibilización,

dirigidas a un cambio actitudinal que conduzca a un mayor afecto y estimación del propio individuo con alguna limitación física.

#### COMPONENTES DE ATENCION.

##### I. Sensibilización.

Se pretende modificar la concepción y percepción que se tiene sobre el individuo con limitación física, de modo que éste sea considerado por sí mismo y por los demás como un ente capaz de desarrollar actividades acordes a la mayor posibilidad de sus capacidades.

##### II. Adherencia terapéutica.

El conjunto de acciones preparadas para enseñar o apoyar al menor en el cumplimiento del tratamiento físico que requiera su padecimiento y/o secuelas del mismo.

##### III. Entrenamiento en habilidades de afrontamiento.

Área cuya finalidad radica en que el menor sea capaz de manejar adecuadamente la información referente a su padecimiento, secuelas y posibilidades de salir adelante en sus rutinas diarias, personales y de tratamiento.

## 10. ESTIMULACION TEMPRANA.

OBJETIVO: Facilitar sensaciones, movimientos y posturas funcionales en los niños con trastornos neuromotores (cuyas edades oscilen entre 0 y los 3 ó 4 años de edad) con el fin de optimi-

zar su desarrollo integral, aprovechando al máximo de su potencial y tomando en cuenta sus capacidades, intereses y necesidades.

Dentro de este programa se pretende brindar a los niños -- más pequeños actividades oportunas y acertadas que los enri --- quezcan, desde que nacen su desarrollo integral en los campos - afectivos, perceptuales, motores, psíquicos y sociales, resai-- tando el fomento para el aprendizaje de hábitos que le sirvan a lo largo de toda su vida. Y el adecuado manejo de la postura es determinante dentro del campo de la Educación Especial, ya que quienes requieren de ella presentan diferentes alteraciones que afectan en la mayoría de los casos el aspecto psicomotor del -- menor.

## 11. PREESCOLAR I.

OBJETIVO: Proveer las bases para el desarrollo integral del niño necesarias para su progresiva integración en el proceso cultural futuro.

Dentro del área preescolar se pretende promover el desa -- rrollo individual del menor en su integración con otros aten--- diendo las diversas áreas de su personalidad física, emocional, social e intelectual. El niño con su necesidad de movimiento, - de descubrir cosas nuevas, de gastar energía, necesita de al -- quien que los pueda dedicar parte de su tiempo y atraerlos con

juegos y canciones. Recientes investigaciones destacan la importancia de los primeros años en la vida de los niños, al establecer una base para su futuro crecimiento, aprendizaje y desarrollo. También se confirma que una base sólida permitirá a los menores enfrentar más fácilmente las demandas de su mundo cambiante.

Por tal motivo se considera indispensable estimularlo de manera adecuada, etapa también propicia para determinar cualquier déficit que tenga el menor, ya sea de orden perceptivo, motor, orgánico o ambiental y ejercer las medidas necesarias para resolverlo.

## 12. PREESCOLAR II Y III.

OBJETIVO: Favorecer el desarrollo integral del niño, en las áreas: afectivo-social, cognoscitiva y psicomotora, tomando como fundamento las características especiales y propias de su edad.

En el cual se pretende alentar la creatividad, iniciativa y curiosidad, procurando que se desenvuelvan en un ambiente de confianza y libertad. La Educación Preescolar es de gran importancia como primer peldaño de la formación escolarizada del menor. Intenta brindar a los niños de entre 4 y 6 años de edad una atención pedagógica congruente con las características propias de esa edad y sus potencialidades.

Además brinda actividades que contribuyan a la construcción de su pensamiento es decir, un conjunto cada vez más rico de oportunidades para que sea el menor quien se pregunte y busque respuestas acerca del acontecer del mundo que le rodea, así al proporcionarle experiencias el niño interactúa con su realidad, donde el proceso de conocimiento implica la interacción - entre sujeto que conoce y el objeto de conocimiento.

### 13. APOYO ACADEMICO.

OBJETIVO: Ofrecer a los niños apoyo para la resolución de tareas escolares, brindándoles la oportunidad de reafirmar sus conocimientos y adquirir nuevos.

Este apoyo es impartido por 3 maestras jubiladas que ofrecen sus servicios sin percibir ingreso alguno. Sus actividades consisten en ayudar y orientar a los menores en las tareas que les dejan en la escuela de las diferentes materias que les son impartidas. También están en coordinación con las maestras de la escuela a la que asisten quienes reportan sus deficiencias académicas.

### 14. ENFERMERIA.

OBJETIVO: Atender a los menores de la Residencia Infantil San Vicente de Paúl en todo lo referente a la salud tanto apoyando a los tratamientos indicados por los médicos, como ayudando a cada menor a conservar y mejorar su estado general, haciendo

labor de prevención y curativa siempre que se requiera.

Este servicio esta conformado por los siguientes turnos:

MATUTINO 6:30 a.m. a 14:30 p.m 1 enfermera diario  
VESPERTINO 16:00 p.m. a 20:00 p.m. 1 enfermera diario  
NOCTURNO 21:00 p.m. a 5:00 a.m. 1 enfermera c/3er. día.

Las actividades que se realizan son diversas y variadas:

Cuidado al menor con yeso y férulas en cuanto a posición y --  
baño, llevar un control de niños con diarreas en cuanto a ali--  
mentación y administración de medicamentos indicados, prepara--  
ción de alimentos a lactantes y aseo personal. Otro aspecto im--  
portante lo constituye la vigilancia epidemiológica que se re--  
fiere a la detección oportuna de padecimientos infecciosos y de  
su aislamiento para evitar posibles contagios internos.  
Acudir al hospital con el menor para seguir el control de su --  
tratamiento, revisar medicamentos que son indispensables antes  
de agotarse.

## 15. ACTIVIDADES RECREATIVAS Y APOYO A PREESCOLAR.

OBJETIVO: Facilitar a los niños, el descubrir mediante el juego  
recreativo diferentes formas y habilidades para alcanzar una --  
mejor autonomía y sociabilidad; que puedan utilizar al salir de  
la institución.

Las actividades recreativas intentan brindar al menor por medio de la diversión a recrear sus energías tanto físicas como mentales, en donde se realizarán distintos juegos con el objeto de que el niño pase el tiempo sanamente, descubriendo que es capaz de realizar varias actividades que lo llevarán a una independencia. Con el juego el menor aprenderá que toda actividad tiene reglas que cumplir y que estas serán respetadas.

#### 16. ESCUELA.

Los niños de la Residencia Infantil a pesar de sus limitaciones acuden a la Escuela de Gobierno de la S.E.P. "Estado de San Luis Potosí", ubicada en Acueducto y San Bosco S/N, Col. -- Huipulco, en el turno vespertino; algunos de ellos están en --- grupos integrados debido a que no llegan en ocasiones a con --- cluir el ciclo escolar completo debido a intervenciones qui -- rúrgicas o bien por el uso de prótesis o aditamentos como muletas o bastones.

#### 17. ACTIVIDADES RECREATIVAS.

OBJETIVO: Proporcionar a los niños de la Residencia Infantil -- San Vicente de Paúl de una manera informal actividades en su -- tiempo libre en la vida diaria.

Esta actividad es llevada a cabo por voluntarios y tiene - como fin: por un lado aprovechar el tiempo libre que tienen los menores en labores que más tarde les permitirá obtener una ---

fuelle de ingreso y por otro se pretende incluir no sólo actividades denominadas para mujeres, sino que sean unisex como por ejemplo: Taller de carpintería, electricidad, electrónica en los que intervengan tanto niños como niñas.

Entre las actividades que se llevan a cabo son:

- a) Taller de tejido, b) taller de tejido de bolsas de rafia, --
- c) paseos sabatinos y dominicales y d) funciones de cine y teatro.

## 18. ACTIVIDADES DEPORTIVAS Y CULTURALES.

OBJETIVO: Brindar actividades que les permitan tener un bagaje cultural general y sensibilizar a los niños de la Residencia de que no son los únicos con limitaciones físicas y de realizar un deporte de acuerdo a sus necesidades.

Esta actividad tiene como finalidad que a pesar de su limitación física pueden desempeñar un deporte de acuerdo a su interés. Por otro lado esta el complementar lo teórico realizando visitas a Centros Históricos que le permitan ampliar y confirmar conocimientos adquiridos en la escuela. Otra actividad es realizar visitas a personas con padecimientos similares a los de ellos. Las actividades llevadas a cabo son: a) natación, b) visitas a museos, c) visitas a personas con limitación física, d) visitas a Centros de Recuperación y e) películas en televisión o video.

## CAPITULO II.

### TIPO DE POBLACION QUE SE ATIENDE EN LA "RESIDENCIA INFANTIL".

#### 2.1. Características Generales.

Como se mencionó en el capítulo anterior la Residencia Infantil San Vicente de Paúl atiende a niños que presentan alguna limitación física y que requieren de un tratamiento integral, de escasos recursos económicos del Distrito Federal o foráneos que no cuentan con los medios, ni existen en su lugar de origen los servicios médicos necesarios para su tratamiento, o bien menores que han sido abandonados por sus familias o que son huérfanos y requieren de atención rehabilitatoria integral.

Los niños que se encuentran en este Centro son de ambos sexos entre 1 mes y 11 años de edad aproximadamente que presentan Transtornos Motores y Neuromotores como: Malformaciones Congénitas, Secuelas de Poliomielitis y Parálisis Cerebral con posibilidades de rehabilitación a corto plazo. Es por eso que en este capítulo se destacarán las principales características de este tipo de padecimientos para lo cual se considera pertinente dar una explicación general del desarrollo embrionario, dada la importancia que este tiene en los padecimientos.

Una vez fecundado el óvulo, y convertido en huevo se trasladada hacia el lugar donde permanecerá nueve meses de gestación, es decir, al interior del útero o matriz, donde se dará un proceso paulatino que a continuación se especifica:

De la quinta a la octava semana de vida el embrión crece - de 5 hasta 25 milímetros y muestra cambios más notables. Su --- forma externa aunque incompleta va adquiriendo la estructura de un ser humano y después del segundo mes el embrión en desarro-- llo se conoce como "feto". Esta metamorfosis externa se debe -- fundamentalmente a los siguientes factores:

I. Cambios en la flexión dorsal del cuerpo ya que se em -- pieza a perder la fuerte convexidad con el enderezamiento gra-- dual de la cabeza y la rectitud del tronco.

II. El desarrollo de la cara.

III. La aparición, también gradual de las estructuras ex-- ternas del ojo, el oído y la nariz.

IV. La organización de las extremidades como tales, incluso con la aparición de las digitaciones en el extremo distal que - originarán manos y pies.

V. La casi desaparición de la prominente cola obedeciendo a dos procesos, uno de regresión real y otro de ocultación entre las regiones glúteas en el crecimiento.

VI. El cordón umbilical destaca ya como una entidad bien - definida con su extremo embrionario insertado en una zona rela-

tivamente restringida de la pared ventral.

VII. El corazón, principal prominencia ventral, que después se ve acompañado ahora por otra prominencia tal vez más grande, el hígado. Hasta la octava semana, estos dos órganos determinan la forma ventral del cuerpo. Después, el tubo intestinal dominará el cuadro condicionando el contorno del abdomen.

VIII. Comienza a hacerse patente el cuello, gracias a dos acontecimientos: por un lado la inclusión del corazón dentro -- del tórax y por otro la desaparición de los arcos branquiales.

IX. Aparecen los genitales externos, si bien en su primitiva condición asexual, y

X. Se integran por un lado las masas musculares y por otro los nervios periféricos cuya reunión marca el mecanismo neuromuscular que rápidamente se perfecciona, al grado de permitir la presencia de movimientos espontáneos desde fines de la octava semana. (14)

Para entonces, fin del período embrionario, casi todos los órganos internos se han diferenciado y de aquí en adelante hasta el final de la gestación, los principales cambios serán los de crecimiento y mayor capacitación funcional de cada tejido.

-----

(14) Grupo de Estudios del Nacimiento A.C. (GEN). "El feto y su ambiente". Ed. Talleres Litográficos. México D.F., 1983. Págs. 22-23.

## PERIODO FETAL.

En el tercer mes lunar el feto se asemeja definitivamente a un ser humano, si bien la cabeza resulta desproporcionadamente grande. La herniación umbilical se reduce, al retorno del intestino a la cavidad abdominal. Las orejas, originalmente implantadas debajo de la vesícula óptica retroceden y se elevan para colocarse al nivel de los ojos. Se inicia la formación de las uñas y aparecen los centros de osificación en la mayoría de las estructuras óseas. Comienza la diferenciación externa de los genitales.

Hacia los cuatro meses la cara posee ya una apariencia humana real, sin embargo aún es muy ancha y con las hendiduras palpebrales muy separadas. En la pared abdominal la inserción del cordón umbilical parece haberse desplazado hacia arriba gracias a que la región infraumbilical, apenas perceptible, comienza a expandirse.

Cuando el feto alcanza el quinto mes de su desarrollo, toda su superficie cutánea se ve cubierta por apéndices capilares muy suaves y tersos, el lanugo y ocasionalmente se puede observar verdaderos cabellos en la cabeza. La madre señala claramente para entonces los movimientos fetales.

Al sexto mes, las pestañas y las cejas aparecen claramente definidas y aunque el cuerpo se ve magro, está muy bien propor-

cionado. La piel se vé arrugada.

Hacia el séptimo mes el aspecto del feto recuerda al de un anciano arrugado con la piel rojiza y plegada, cubierta de gran cantidad de vernix caseoso.

A los ocho meses se inicia el depósito de grasa subcutánea y los testículos descienden hacia el escroto.

Al noveno mes lunar, comienza a desaparecer el aspecto rojizo de la piel y las arrugas, tomando el cuerpo y las extremidades un aspecto más redondeado. Cuando el feto alcanza el --- término de la gestación ( $39.6 \pm 1.2$  semanas) el cuerpo se ve redondeado y la piel ha perdido su cubierta de lanugo pero aún está embarrada por el vernix caseoso. Las uñas han crecido lo suficiente. Así los nueve meses que transcurren entre la concepción y el nacimiento conforman el período más importante en el desarrollo del individuo. Especialmente crucial en el primer -- mes y medio, cuando el embrión crece de una célula microscópica a un feto del tamaño aproximado de una longitud de 6 milímetros al inició de la séptima semana medirá 2 centímetros y al finalizar ésta habrá alcanzado otros 5 o 6 milímetros de longitud; durante esos 45 días los órganos y sistemas del cuerpo se están formando los: brazos, las manos, los pies, los músculos y el -- esqueleto blando, el hígado y sucesivamente hasta que el feto - puede estar en condiciones de sobrevivir fuera del vientre ma--

terno. (15) (Figura 1).

## ECOLOGIA DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO FETAL.

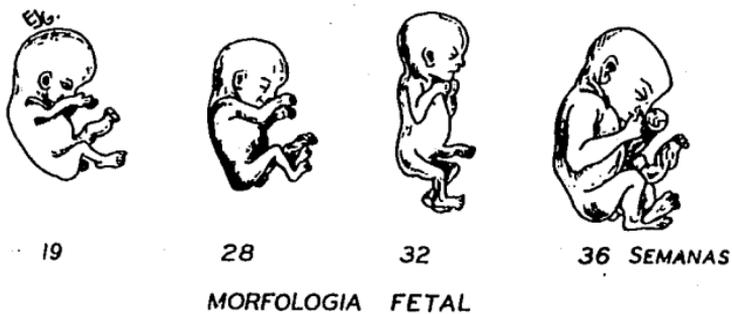
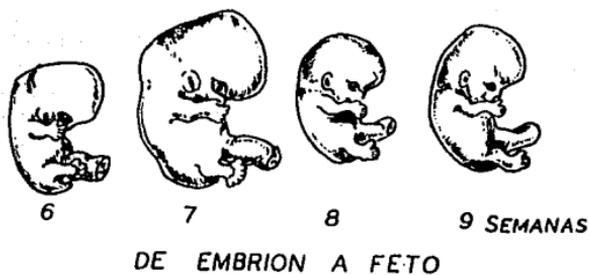
El crecimiento normal de todo organismo, es resultante (y el hombre no es la excepción), de la interrelación permanente y compleja de un sinnúmero de factores, tanto de orden genético como ambiental, considerando el ambiente en su sentido más amplio, el cual durante la vida prenatal se subdivide en: micro, matro y macro-ambiente.

El micro-ambiente (o ambiente intrauterino) se refiere a las condiciones del medio interno que rodean a las células del embrión y del feto (como el líquido amniótico que modifica no sólo en volumen, sino en composición, a lo largo de la gestación), el matro-ambiente (u organismo materno), se refiere a las condiciones que imperan en el organismo materno en su conjunto, tales como las características biológicas:

a) Edad de la madre: al ocurrir el embarazo; siendo las edades de alto riesgo: la adolescencia o después de los 30 ---- años de edad.

-----

(15) Ibidem.



HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO  
DEPARTAMENTO DE NEONATOLOGIA

Figura 1. Dibujo que sirve para mostrar los cambios morfológicos generales que sufre el embrión para transformarse en feto

b) El estado nutricional de la madre al inicio del embarazo.

c) Número de embarazos y tiempo entre ellos. Los embarazos sucesivos y separados por corto tiempo pueden afectar la salud de la madre y en consecuencia afectar al feto. Después -- del 4º los riesgos aumentan.

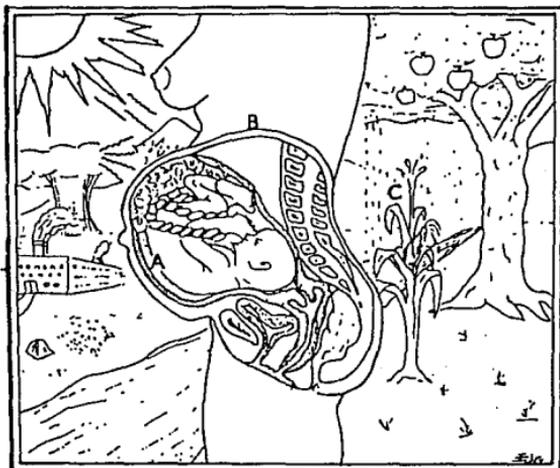
d) Trabajo físico intenso de la embarazada, durante el último tercio del embarazo.

e) Transtornos metabólicos, las mujeres diabéticas tienen con mayor frecuencia abortos e hijos con diferentes tipos -- de defectos.

Finalmente el **macro-ambiente** o atmósfera terrestre, se refiere a aquel en el que se desenvuelve la madre y que comprende, tanto características geográficas como son el -- clima, altitud, las de índole biológica, las socio-económicas -- que van a permitir el acceso a satisfactores como alimentos, -- vestido, educación, vivienda, deporte y recreación, de lo con-- trario si el ingreso económico no alcanza a satisfacer las ne-- cesidades entrará en el círculo nefasto de desnutrición, bajo -- nivel educativo, improductividad y ello de un modo u otro afec-- tará el desarrollo y crecimiento del feto, ligadas a la exposi-- ción de contaminantes de todo género. (16)

-----

(16) Grupo de Estudios del Nacimiento A.C. (GEN). "Los Defectos al Nacimiento como problema de Salud Pública en México". Ed. Talleres Litográficos. México D.F., 1979. Pág. 60.



## ECOLOGIA DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO FETAL.

- |                          |                   |
|--------------------------|-------------------|
| A. Ambiente intrauterino | (Micro-ambiente)  |
| B. Organismo materno     | (Matro-ambiente)  |
| C. Atmósfera terrestre   | (Macro-ambiente). |

Todos estos factores afectan en primera instancia al organismo materno y lógicamente en forma secundaria al organismo -- fetal. Los resultados de su acción dependen de:

1. El momento del desarrollo embrionario o fetal en que el agente agresor actúa;

II. La intensidad de la acción del agente agresor;

III. La duración de la acción; ya sea un fenómeno agudo o crónico.

De tal manera que los eventos perinatales condicionan el crecimiento y desarrollo del individuo en la etapa intrauterina, donde el macro-ambiente influye definitivamente sobre el matro-ambiente y estos dos a su vez sobre el micro-ambiente.

## 2.2. PRINCIPALES PADECIMIENTOS QUE SE ATIENDEN.

Como se puede observar el crecimiento y desarrollo del individuo está determinado por factores genéticos y modulado por factores ambientales. La interacción de dichos factores propicia, limita o altera la expresión de la potencialidad del genoma, haciendo factible la manifestación de toda una gama de posibilidades que pueden oscilar desde el impedido física y mentalmente hasta el afectado sólo de manera parcial.

Así encontramos entre los principales padecimientos a niños con problemas del movimiento, es decir con trastornos motores y trastornos neuromotores, entre los cuales tenemos:

1. Con incapacidades severas, nunca adquieren independencia y requerirán asistencia por el resto de su vida (con/ o sin retraso mental).

2. Niños que adquieren suficiencia para sus actividades de la vida diaria, pero sin la destreza y habilidad adecuada.

3. Niños que logran adiestramiento apropiado para sus actividades diarias como escolares, recreativas y educacionales.

Por lo cual se abordarán los padecimientos congénitos más frecuentes que afectan al Sistema Musculo-esquelético, los cuales se agrupan en:

1. Congénitos que pueden ser apreciados inmediatamente -- después del nacimiento; y

2. Desarrollados en la edad del crecimiento pero sobre una base congénita (Distrofia Muscular Progresiva).

El movimiento como tal es el paso de un estado a otro, o el cambio de un lugar; este puede ser sin ningún fin y/o con una intencionalidad determinada y es alterado cuando se presenta alguno de los padecimientos. Por separado se abordará la Parálisis cerebral donde hay anomalías en postura y movimientos que pueden estar acompañados de otras alteraciones.

## ASPECTOS GENERALES DE LOS TRANSTORNOS DEL MOVIMIENTO.

Es importante hacer la distinción de los Transtornos del Movimiento los cuales se clasifican en:

1. Transtornos Motores y
2. Transtornos Neuromotores.

1. LOS TRANSTORNOS MOTORES (T.M): Son alteraciones que --- provocan en el individuo dificultad para organizar el acto motor debido a una alteración del funcionamiento de la estructura ejecutiva como consecuencia de una afección del Sistema Músculo-Esquelético o del Sistema Nervioso a nivel de Médula Espinal.

Entre los Transtornos Motores se encuentran:

- a) Secuelas de Poliomiелitis
- b) Secuelas de Meningocele a nivel medular
- c) Tuberculosis Osea
- d) Amelias o Focomelias congénitas (ausencia total o -- parcial de miembros del cuerpo).
- e) Distrofia Muscular
- f) Traumatismos Locales.

Sólo se abordarán: Secuelas de Poliomiелitis, Amelias o Focomelias y Distrofia Muscular en cuanto a Transtornos Motores por ser los padecimientos que atiende el Centro de Rehabilitación Infantil San Vicente de Paúl.

2. LOS TRANSTORNOS NEUROMOTORES (T.N.M): Constituyen un -- conjunto de condiciones que resultan de una o varias lesiones -- producidas en diferentes zonas del encéfalo antes que éste concluya su desarrollo y afectan la función neuromuscular y/o sensitiva que puede provocar otras alteraciones.

El Transtorno Neuromotor presenta las siguientes características:

- \* Es un accidente que afecta al encéfalo en desarrollo;
- \* Puede ocurrir antes, durante o después del parto;
- \* Es irreversible;
- \* No es progresiva.

Transtornos comúnmente conocidos como Parálisis Cerebral.

Como consecuencia al Transtorno Neuromotor (T.N.M), hay anomalías en postura y movimientos que pueden estar acompañados de:

- \* Defectos perceptuales visuales  
y/o  
auditivos.
- \* Problemas de Lenguaje
- \* Bajo rendimiento intelectual
- \* Otros (epilepsia, hiperkinesia). (17)

## 2.2.1. MALFORMACIONES CONGENITAS.

Por otra parte tenemos que las características del recién nacido se relacionan directamente con influencias genéticas y ambientales y éstas a su vez pueden ser biológicas, físicas y químico farmacológicas, las que actuando sobre los sistemas fetales producen el defecto estructural conocido como MALFORMACION CONGENITA.

La interacción del material genético y el ambiente en que éste se desarrolla, se traduce cuando las condiciones ambientales son desfavorables, en muerte, malformaciones, limitaciones de crecimiento y desarrollo y acortamiento de la vida.

Se encuentra una gran gama de situaciones del crecimiento y desarrollo intrauterino y el tipo de atención médico-social que se otorga a la embarazada y al recién nacido. Hay diferentes malformaciones congénitas, algunas muy frecuentes y otras muy raras. Una malformación puede ser obvia desde el mismo momento de nacer, como la presencia de un dedo extra, la ausencia de un brazo o una pierna o desarrollarse a cierta edad.

Son diversos los factores que llegan a afectar el producto, el GRUPO GEN (Grupo de Estudios del Nacimiento A.C.), en -- investigaciones realizadas ha concluido que en el 20% de los -- casos las alteraciones cromosómicas son responsables de las --- malformaciones congénitas, que otro 20% obedecen a alteraciones del ambiente, en tanto que la interacción de influencias genético-ambientales responde en la mayor parte de ellas, en el --- 60%. (18)

-----

- (17) Subsecretaría de Educación Mental. "Orientaciones didácticas para Educación Preescolar de Niños con Transtornos --- Neuromotores". Dirección General de Educación Especial. Ed. S.E.P. México, 1988. Pág. 9-15.

Esto es, el ambiente desempeña un papel importante en la génesis del 80% de las malformaciones congénitas y dado que el deterioro ambiental es cada vez mayor, tanto por la compleja tecnología de nuestro tiempo como por el desorbitado crecimiento de la población, la participación ambiental cobra cada vez mayor importancia, no sólo como causante de malformaciones, sino de otros defectos al nacimiento como la prematuridad, la desnutrición intrauterina y las lesiones causadas por deficiencias de oxigenación.

## ¿QUE SON LAS MALFORMACIONES CONGENITAS?

### DEFINICION.

"Toda alteración funcional o morfológica presente en el momento del nacimiento en forma notoria o latente que impide la correcta adaptación al medio extrauterino en los aspectos: biológicos, psíquicos y sociales; ocasionando muerte o incapacidad limitante para crecer y desarrollarse en las mejores condiciones". (19)

-----

- (18) Grupo de Estudios del Nacimiento A.C. (GEN). "Manejo Integral de los Defectos Congénitos". Ed. Talleres Litográficos. México D.F., 1986. Pág. 5.
- (19) Grupo de Estudios del Nacimiento A.C. (GEN). "Prevención de los Defectos al Nacimiento". Ed. Talleres Litográficos. México D.F., 1981. Pág. 51.

## ETIOPATOGENIA.

El desarrollo embrionario es un proceso evolutivo, continuo que de acuerdo a los cuidados brindados por la madre, así como a los factores ambientales teratógenos dependerá, el curso normal de su nacimiento. Por lo que debe tomarse en cuenta que:

a) El embrión es más susceptible a los AGENTES AMBIENTALES durante las primeras 8 semanas de gestación, pero ocasionalmente los efectos teratógenos pueden producirse en etapas más --- tardías.

b) La constitución genética del embrión influye en la respuesta del agente.

c) Los agentes teratógenos disminuyen la sobrevivencia del embrión.

d) Los agentes que afectan el desarrollo embrionario generalmente no producen efectos clínicos en el organismo materno --- no. (20).

## CAUSAS DE LAS MALFORMACIONES CONGENITAS.

Son diversas las causas de las Malformaciones Congénitas a continuación se mencionarán:

### 1) ALTERACIONES CROMOSOMICAS.

El número de cromosomas en la especie humana es de 46; 44 autosomas y 2 cromosomas sexuales: XX en la mujer y XY en el varón.

Las alteraciones de los cromosomas pueden ser en el número (aneuploidías), en la presencia de cromosomas extras (hiper ploidías) como Síndrome de Down, o en la ausencia de cromosomas (hipoploidías) Síndrome de Turner, y alteraciones en su estructura como por ejemplo: pérdida del material cromosómico (deleción) o bien exceso de éste (en las translocaciones) o inversión en el orden de su estructura (inversión).

El efecto patológico de las alteraciones cromosómicas es debido a un cambio genético que puede alterar los delicados mecanismos de la morfogénesis.

## 2) MUTACION DE UN GEN O UN PAR DE GENES.

Los factores hereditarios o genes que determinan todas las características de las personas se encuentran por pares y están localizados en los 46 cromosomas característicos de la especie humana.

Los genes están constituidos por ácido desoxirribonucleico (DNA) y de hecho un gen es una porción de DNA que contiene la información específica para la síntesis de un polipéptido.

-----

(20) Grupo de Estudios del Nacimiento A.C. (GEN). "Los Defectos al Nacimiento como problema de Salud Pública en México. -- Ed. Talleres Litográficos. México D.F., 1979. Pág. 55.

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

De esta manera los genes controlan la síntesis de todas -- las proteínas del organismo ya sean estructurales o enzimáticas. Cuando un gen muta, se altera la secuencia de aminoácidos del polipéptido y en consecuencia la función de la proteína correspondiente. La manifestación de esta anomalía genéticamente ocasiona defectos funcionales en diversos órganos y sistemas o bien malformaciones congénitas.

Lo que ocasiona una mutación de estos genes; es que muchas de ellas son espontáneas sin que se encuentre una correlación -- directa de alguna causa. Hay enfermedades en las que basta que se altere un sólo gen para que la anomalía se manifieste, a pesar de que el otro gen del par se encuentre normal: éstas se -- denominan autosómicas dominantes y se transmiten de generación en generación, con un riesgo del 50% para cada hijo. Mientras en otros casos para que se manifieste la alteración se necesita que ambos genes de un par sean anormales, se conocen -- con el nombre de autosómicas recesivas con un riesgo del 25%.

### **3) HERENCIA MULTIFACTORIAL .**

Por otro lado, tenemos defectos en el desarrollo causados por varios genes (poligénicas), en los que también influye para que se manifiesten, la presencia de factores ambientales, por -- lo cual se les conoce con el nombre de multifactoriales. La mayoría de las malformaciones únicas más comunes son debidas a -- este tipo de herencia y entre ellas se encuentra el labio o pa-

lador hendido, los defectos de cierre de tubo neural (mielomeningocele), la luxación congénita de cadera y el pie bott.

La influencia del medio ambiente es muy importante, por ejemplo en la diabetes influye mucho tener una carga genética grande para esta enfermedad, el tener 2 abuelos, 2 tíos maternos diabéticos, pero si además se propicia un ambiente favorable para que se desarrolle la enfermedad como es el sobrepeso y malos hábitos alimenticios; es más fácil que se desarrolle en una persona que ya tiene carga genética para dicha enfermedad.

#### 4) AGENTES AMBIENTALES.

Son múltiples los agentes físicos, químicos, biológicos, maternos y mecánicos que pueden alterar el desarrollo normal del embrión y producir malformaciones congénitas. Estos agentes se denominan teratógenos. Y causan malformaciones fetales al administrarse durante el embarazo.

##### a) AGENTES FISICOS.

###### 1. RADIACIONES.

Las radiaciones a las cuales esta más expuesto el ser humano son los rayos alfa, beta y gamma emitidos por sustancias radiactivas, y los rayos X generados por aparatos de diversos tipos, capaces de interferir en el crecimiento intrauterino normal y producir malformaciones, retardo en el crecimiento y muerte embrionaria, si se utilizan en dosis altas superiores a

las empleadas para diagnóstico radiológico.

Cada órgano o tejido es particularmente sensible a la acción teratógena de la radiación cuando está en proliferación o en proceso de diferenciación. En la mayoría de los tejidos esto ocurre en un período limitado de la vida intrauterina: el de organogénesis. Pero el tiempo restante hasta el nacimiento, y aún después de él, todavía algunos órganos se encuentran en etapa de diferenciación y por lo tanto son susceptibles a presentar lesiones en el Sistema Nervioso Central y en especial en el cerebelo.

De observaciones sobre seres humanos se ha concluido que:

1) No se han observado alteraciones somáticas en embriones irradiados antes de las 2 semanas de vida. Esto se debe probablemente a que una mínima lesión en tejidos tan sensibles produce la muerte precoz y la gestación pasa inadvertida por la madre. Responde a la ley del todo o nada.

2) El "período crítico", es el comprendido entre las 2 a 6 semanas de vida, es el momento durante el cual se produce una amplia gama de malformaciones.

3) Un efecto desfavorable puede observarse aún después del "período crítico", hasta el término de la gestación. Debido a que por su pequeño tamaño el feto recibe la radiación sobre todo el cuerpo.

4) No se han observado malformaciones en seres humanos -

con dosis menores de 25r., datos obtenidos se refieren a lesiones graves sin descartar lesiones más sutiles, que se pondrán de manifiesto mucho tiempo después, como el caso de la leucemia.

5) La lesión embrionaria no produce fatalmente el aborto. Sólo dosis por arriba de 360r. pueden asegurar el aborto en el 90% de los casos.

6) La única dosis genéticamente segura es cero. El efecto es acumulativo y aún la dosis más pequeña tiene probabilidad de producir una o varias mutaciones. (21)

#### b) AGENTES BIOLÓGICOS.

En la intimidad del ámbito materno, el feto está relativamente protegido de los agentes infecciosos ambientales: su "externidad" es la "interioridad" materna. Si la infección le llega, lo hará por una de las 2 vías posibles: la hemática (transplacentaria) y la amniótica (transovular). De los agentes infecciosos, son los virus (muy pocos de ellos) los que han demostrado capacidad para producir malformaciones fetales. Las bacterias y los espirilos pueden alterar la morfología fetal por el proceso inflamatorio que desencadenan.

-----  
(21) Grupo de Estudios del Nacimiento A.C. (GEN). Prevención de los Defectos al Nacimiento. Pág. 21-22.

A continuación se mencionan cada una de las infecciones:

1. RUBEOLA.

Es sin duda la más importante de las infecciones con poder teratogénico que puede sufrir una embarazada porque inhibe el crecimiento celular. La rubéola se contrae habitualmente en la infancia; a pesar de su notoria contagiosidad, alrededor -- de un 20-25% de las mujeres llegan a la madurez sexual sin haberla padecido y en condiciones de ser contagiadas.

La susceptibilidad del embrión está en relación a la edad gestacional en el momento de la infección materna. El riesgo -- de que el embrión este afectado es del 50% si la infección se produce en el primer mes del embarazo, del 26% si es en el segundo, el 15% en el tercero y el 6% durante el cuarto y quin-- mes. (22)

La incubación dura de 16 a 18 días, momento en que aparece la erupción; así la rubéola materna expone al feto a dos -- tipos de riesgo:

- a) posibilidad de malformaciones o defectos congénitos;
- b) alteraciones transitorias debidas a la acción del proceso inflamatorio sobre los tejidos.

-----  
(22) Grupo de Estudios del Nacimiento A.C. (GEN). "Los Defec--  
tos al Nacimiento como problema... Pág. 55.

El primer grupo de lesiones exige que la infección afecte al -  
embrión en sus períodos iniciales de desarrollo, antes que ---  
se complete el proceso de morfogénesis. La segunda puede ocu-  
rrir en todo el transcurso del embarazo y aún después del par-  
to (Rubéola Postnatal).

## 2. TOXOPLASMA DE GONDI.

Entre otro de los agentes infecciosos no virales esta el  
Toxoplasma de Gondí se reconoce como teratógeno, es un parási-  
to que puede vivir en todas las células animales y humanas; y  
se le encuentra con gran frecuencia en animales domésticos ---  
(perros, gatos y gallinas), en roedores, o en aquellos cuya --  
carne es de consumo habitual por el hombre (cerdo, carnero).

La diseminación de la enfermedad puede hacerse por conta-  
gio de animal a animal, de animal a hombre o de hombre a hom-  
bre, y el mecanismo de esta transmisión es variado. El ser hu-  
mano suele contagiarse por ingestión de carne cruda o mal co-  
cida, por contacto con saliva o excrementos de animales domés-  
ticos (perro y gato en especial).

Ataca al feto durante la infección activa materna, la po-  
sibilidad de pasar al feto se presenta en el 40% de los casos  
y será mayor cuanto más avanzado este el embarazo.

Por consiguiente, cuando la infección llega al feto en la  
segunda mitad del embarazo, se difunde por vía hemática y se -

localiza en diversos órganos. En algunos de ellos los efectos pueden ser poco importantes o reversibles, manifestarse muchos años después o incluso persistir en forma asintomática durante toda la vida, mientras que en otros órganos el proceso inflamatorio que provoca el parásito es responsable de graves alteraciones y secuelas.

### C) FACTORES MATERNOS.

Las enfermedades maternas endocrinas o metabólicas pueden afectar el desarrollo del embrión y repercutir en una patología fetal.

#### 1. HIPERTIROIDISMO.

Cierto grado de hiperfunción tiroidea es normal en el embarazo, sin que ello implique mayores riesgos por la madre o el niño, si la circunstancia se produce (el hipertiroidismo es --- tratado médica y quirúrgicamente) y dicho tratamiento es capaz de llevar a la normalidad funcional a la paciente, puede de alguna manera afectar al feto. En la hipertiroidea no tratada --- produce graves malformaciones: mielomeningocele, hidrocefalia, pie de bott.

#### 2. DIABETES.

En la enfermedad endocrina que con mayor frecuencia afecta el desarrollo fetal, antes del descubrimiento de la insulina, la diabetes era considerada como una de las complicaciones más graves que afectaban la gestación.

A partir del descubrimiento de la insulina, las diabéticas tienen mejores expectativas en su embarazo, ya que el mejor -- control de los desequilibrios metabólicos determinó un notable descenso de la morbi-mortalidad feto-materna. El hijo de la madre diabética puede tener alteraciones de su aspecto general, - del desarrollo de órganos externos o internos del metabolismo. No se ha determinado con exactitud el futuro intelectual de estos niños.

La diabetes no es teratogénica por sí misma, sino que las anomalías fetales dependen fundamentalmente de las complicaciones vasculares maternas, que pueden ser aliviadas con el tratamiento precoz.

## ENFERMEDADES VENEREAS .

### 3. SIFILIS.

La sífilis o lúes es una enfermedad venérea producida por una bacteria llamada científicamente *Treponema pallidum*; la -- bacteria entra en el organismo generalmente a través de las mucosas y después de un período de incubación que dura aproximadamente 20 días, aparecen los primeros síntomas de la enfermedad. El contagio se produce por vía directa (contacto sexual); asimismo, ésta puede transmitirse al feto cuando la madre padece este mal, que puede ser en el momento de la concepción o durante el embarazo a través de la placenta. Si el contagio ocurre cuando la gestación se inicia, se produce el aborto a los -

5 o 6 meses, pero si ocurre algún tiempo después, el feto puede sobrevivir; sin embargo, el nuevo ser sufre graves alteraciones o malformaciones óseas, paladar y labio hendido y la infección, afectarle otros órganos.

#### 4. GONORREA.

La gonorrea o blenorragia la ocasiona un microorganismo -- que se llama Neisseria-gonorrhoeae y el contagio ocurre durante el contacto sexual. Después del contagio hay un período de incubación de aproximadamente tres o cuatro días, puede producir infecciones oculares en el bebé al nacer y si no es tratado con prontitud, dejarlo ciego.

### d) MEDICAMENTOS Y AGENTES QUIMICOS.

#### 1. TALIDOMIDA.

En la actualidad se ha demostrado que algunos medicamentos son teratógenos, el ejemplo clásico ha sido la talidomida que administrada a mujeres en los primeros 2 meses de la gestación produce múltiples malformaciones en el embrión: focomelia, amelia.

La Talidomida produce anomalías limitadas fundamentalmente a los tejidos mesodérmicos. Puede observarse ausencia total de miembros superiores e inferiores (amelia); manos y pies con --- ausencia del resto de las extremidades (focomelia); acorta ---

miento de las extremidades (microamelia) y un sinnúmero de variantes.

Lo habitual es que en el miembro superior se afecten en primer lugar el pulgar y luego el radio, húmero y cúbito en ese orden, observándose toda una gama de variaciones entre el miembro superior normal y la amelia total. Por el contrario, los defectos del miembro inferior responden a la ley del todo o nada, es decir, que aquí son raras las pequeñas anomalías.

La variabilidad de los cuadros depende del momento de la gestación en que fue administrada, de la dosis y de la duración del tratamiento. Su acción se manifiesta sólo si se administra entre el día 21 y 44 después de la concepción. La gravedad de las malformaciones es directamente proporcional a la dosis, incluso dosis únicas y muy pequeñas administradas en la fase sensible (día 21 a 44 de la gestación) pueden lesionar al embrión.

## SUSTANCIAS CONSUMIDAS SOCIALMENTE .

### 2. ALCOHOL.

Uno de los más importantes riesgos teratógenos para el feto se deriva de la ingestión de alcohol por la madre, aún la ingestión moderada durante el embarazo puede ocasionar un riesgo significativo tal como hijos con estigmas del Síndrome de Alcoholismo Fetal y retraso en el crecimiento.

### 3. TABAQUISMO.

El tabaquismo materno es una causa bien establecida de retraso en el crecimiento intrauterino. También hay pruebas de -- que aumenta el riesgo de nacimientos de fetos muertos, y la influencia de éste sobre la incidencia de malformaciones congénitas es confusa.

#### e) FACTORES MECANICOS.

El desarrollo fetal normal puede alterarse por la acción -- de fuerzas mecánicas aberrantes. Así, en los embarazos múlti -- ples la incidencia de malformaciones es más alta que los embarazos únicos ya sea por el proceso de gemelaridad mismo o por -- la falta de espacio intrauterino. Otro es el oligohidramnios -- que produce constricción fetal y deformaciones subsecuentes en cara y extremidades.

#### f) CAUSAS DESCONOCIDAS.

Desafortunadamente en un alto porcentaje de casos no es -- posible determinar la etiología de los efectos del desarrollo -- por una parte, porque todavía no se han aclarado los mecanismos que regulan la morfogénesis y por otra se desconocen las inter-- racciones sutiles entre herencia y medio ambiente.

LAS MALFORMACIONES CONGENITAS PUEDEN SER DE VARIOS TIPOS:

1. ESTRUCTURALES: que afectan la composición física de algu-

na región del cuerpo ya sea en el tamaño o en la forma. Una --- parte del cuerpo puede faltar total o parcialmente o encontrarse duplicada; como: cierre del tubo neural, el pie equino varo, el labio y paladar hendido, la polidactilia y el enanismo.

2. FUNCIONALES: que impiden el adecuado funcionamiento de -- una o más partes del cuerpo y los cuales son debido, a veces, a deficiencias químicas, como la ceguera a los colores, la distrofia muscular, la enfermedad de Huntington y otros defectos -- mentales.

3. ERRORES CONGENITOS DEL METABOLISMO: debidos a deficiencia -- enzimáticas que impiden al organismo convertir ciertos --- compuestos químicos en otros.

4. ENFERMEDADES DE LA SANGRE: en las que están afectadas las funciones normales de ese tejido. La disfunción puede ser debida a las deficiencias de algún componente de la sangre o a la -- incapacidad de este componente para llevar a cabo su función -- adecuadamente. (23)

#### DIAGNOSTICO .

Algunos de los defectos congénitos pueden diagnosticarse -- aún durante la vida intrauterina mediante algunas técnicas.

-----  
(23) Grupo de Estudios del Nacimiento A.C. (GEN). "Los Defectos al Nacimiento ... Pág. 13

### TECNICAS UTILIZADAS EN EL DIAGNOSTICO PRENATAL.

1. AMNIOCENTESIS. Esta es la técnica obstétrica más extendida y la primera en implantarse como vía rutinaria para el estudio de las enfermedades fetales. Se práctica normalmente entre las 13-20 semanas de gestación y consiste en la obtención del líquido amniótico mediante punción transabdominal. El cultivo de las células que flotan en él, permite en 12-20 días obtener en el 98% de los casos un resultado citogenético satisfactorio.

2. BIOPSIA DE CORION. La reciente técnica al diagnóstico prenatal permite obtener un cariotipo fetal mediante el cultivo directo o a largo plazo, de las células de las vellosidades coriales, extraídas en períodos precoces de gestación (8-13 semanas) como en estudios posteriores 12-22 semanas.

3. FENICULOCENTESIS. Esta técnica consiste en la obtención de sangre fetal mediante la punción del cordón umbilical. Con fines citogenéticos se utiliza solamente en aquellos casos en que las técnicas antes mencionadas, no se hayan podido llevar a cabo y la gestante en riesgo se encuentra alrededor de la 18-22 semanas de embarazo. (24)

A continuación se mencionarán características generales de los padecimientos que atiende la Residencia Infantil San Vicente de Paúl.

-----  
(24) Grupo de Estudios del Nacimiento A.C. (GEN). "Los Defectos al Nacimiento, Estado del Arte. Memoria del 1er. Congreso - México D.F., 1989. Págs. 125-126.

## DISTROFIA MUSCULAR .

La distrofia muscular es una enfermedad caracterizada fundamentalmente por debilidad intensa progresiva. En cuanto a la etiología de estas enfermedades heredadas depende de una proteína que falta o de una proteína estructuralmente anormal. Las anomalías patológicas se limitan a músculo-esquelético y a veces, al músculo cardíaco, el cerebro, médula espinal y nervios periféricos.

Los síntomas y signos de todas las formas de distrofias musculares dependen de la distribución de la debilidad y de la edad de comienzo.

## PRONOSTICO .

El pronóstico varía considerablemente según el tipo de distrofia, en el tipo Duchenne que tiene su comienzo entre las edades de 2 y 10 años, la enfermedad progresa rápidamente y la gran mayoría de los pacientes muere antes de la edad de 20 años.

En el tipo facioscapulohumeral, que comienza entre los 10 y 18 años de edad, y la forma tardía que puede aparecer en la vida adulta, progresan con frecuencia tan lentamente que el paciente puede tener una supervivencia normal y sucumbir a una enfermedad que no tiene relación con la distrofia muscular.

Desde el punto de vista pronóstico es una de las enfermedades invalidantes más graves de la niñez. Cuando el pronóstico es mortal, el niño no debe abandonarse, como sucede en este padecimiento; es necesario ayudarlo a prevenir deformidades y -- conservar su capacidad.

### TRATAMIENTO.

Tanto en los padecimientos como la distrofia muscular progresiva como para cualquier forma de distrofia el tratamiento fisiátrico es de poco valor por ser paliativo; pero lo más importante en este padecimiento es hacer medicina preventiva, detectando portadores y así tratar de disminuir la frecuencia y/o incidencia. Los portadores de Distrofia Duchenne muchas veces puede identificarse por un aumento anormal de la actividad enzimática del suero (mayor que lo anormal).

### DEFICIENCIAS ESQUELETICAS CONGENITAS.

De las 2 grandes categorías: \* aquellos con amputación adquirida como resultado de un trauma o una enfermedad y \* los -- que nacen con deficiencias o anomalías de las extremidades, -- siendo más frecuente el niño que nace con el déficit o amputación que la forma adquirida, aproximadamente la relación es del 60% de la congénita y 40% de la adquirida, mientras que la primera ocurre con igual frecuencia en el sexo masculino que en el femenino, la extremidad superior es afectada casi al doble que

la inferior. Existen numerosas teorías concernientes al mecanismo de producción de los defectos congénitos. Los factores que producen estas lesiones pueden ser: por detención en el desarrollo de la extremidad en el embrión, o por alguna forma de destrucción de las estructuras formadas.

En la clasificación se utilizan 7 términos derivados del griego basados en la palabra "melos", extremidad, combinados con prefijos médicos comunes:

- \* AMELIA: que significa ausencia completa de la extremidad.
- \* HEMIMELIA: (literalmente "mitad de la extremidad"), se refiere a la ausencia de una porción de la extremidad superior o inferior (antebrazo, mano o pierna y pie) y
- \* FOCOMELIA: que se refiere a la extremidad que se inserta directamente en el tronco.

Los otros 4 términos son:

- \* AQUEIRIA: ausencia de la mano.
- \* APODIA: ausencia del pie.
- \* ADACTILIA: ausencia de los dedos.
- \* AFALANGIA: ausencia de las falanges.

#### TRATAMIENTO.

La corrección de las anomalías de las extremidades se logra mediante procedimientos quirúrgicos primarios y procedimientos quirúrgicos secundarios.

Los procedimientos quirúrgicos primarios se efectúan en -- las alteraciones en las que se conoce la historia natural de la deformidad y están definidos los procedimientos para su corrección. En los procedimientos quirúrgicos secundarios son efectuados en aquellas anomalías en que no es predecible el futuro aumento de la deformidad y el comportamiento de la función; y -- son procedimientos que tienen como finalidad exclusiva disminuir la deformidad para el uso de la prótesis.

#### PRONOSTICO.

El niño puede considerarse físicamente limitado si la incapacidad le impide participar en las actividades infantiles de carácter físico, recreativo o educativo. Los menores con defectos congénitos deben beneficiarse con el programa de rehabilitación lo más temprano posible y ayudarlo a vivir a su máxima capacidad dentro de su limitación, se enfocará la atención -- dentro las capacidades que conserva y no en la incapacidad, --- comprende las siguientes actividades: 1. Cuidados personales e independientes en sus actividades de la vida diaria; 2. Máximo uso de las extremidades; 3. Ambulación y 4. Comunicación.

#### LABIO Y PALADAR HENDIDO.

El labio y paladar hendido cuya etiología es variable y -- atribuible una veces a genes autosómicos dominantes, otros a -- genes autosómicos recesivos; cuando llegan a formar parte de -- otros síndromes, se debe a la herencia multifactorial o poligé-

nica con manifestación más frecuente en el sexo masculino. La frecuencia del labio hendido y del paladar hendido es distinta según los diferentes grupos étnicos.

#### CARACTERISTICAS DEL LABIO HENDIDO CON O SIN PALADAR HENDIDO.

(LH).

Es más frecuente en el sexo masculino, del lado izquierdo es dos veces mayor con respecto al del lado derecho, pueden --- presentar alguna otra malformación congénita asociada.

#### CARACTERISTICAS DEL PALADAR HENDIDO SOLO (PH).

Es más frecuente en el sexo femenino, pueden presentar alguna otra malformación.

#### TRATAMIENTO.

Con frecuencia tanto los padres del menor como el médico y la enfermera, si carecen de experiencia, suelen abrigar serios temores para alimentar al recién nacido con defectos de cierre del labio y paladar. La angustia, el temor y la inseguridad de la madre, se transmiten al bebé, que reacciona con llanto y rechazo ocasionando mayores problemas para su alimentación. Por lo que es indispensable tomarlo en brazos y mantenerlo en posición erguida durante todo el tiempo que este comiendo y hasta que expulse el aire ingerido; así como mantener un aseo estricto y cuidadoso de la boca y la nariz, limpiando las secreciones antes de proporcionarle los alimentos.

El manejo quirúrgico del labio hendido es relativamente -- fácil y tiene como objetivo fundamental el restablecer el as -- pecto estético del paciente. La intervención quirúrgica puede -- llevarse a cabo desde el momento mismo del nacimiento, aunque -- la mayor parte de los cirujanos prefieren esperar unos días pa -- ra tener la seguridad de que no existen malformaciones congéni -- tas asociadas.

El tratamiento quirúrgico del paladar hendido presenta mayores dificultades que el del labio hendido, ya que en ese caso el objetivo de la operación no es el obtener un buen resultado estético, sino busca restituir la función del paladar. Desafortunadamente la mayor parte de los procedimientos quirúrgicos, a -- pesar de las diferentes técnicas empleadas, no proporcionan al paladar blando la longitud y movilidad suficiente para que cumpla satisfactoriamente su función, que es la de proporcionar -- una fonación adecuada.

#### LUXACION CONGENITA DE CADERA.

La incidencia de la luxación congénita es diferente en --- distintas zonas geográficas, en algunos grupos étnicos; es más frecuente en el sexo femenino, en una proporción de 6 a 1, también es más común la luxación unilateral que la bilateral y la del lado izquierdo es predominante.

Aunque no se conoce con precisión la causa de este padecimiento, se considera es de origen multifactorial, por lo que en su etiología participan tanto factores hereditarios como ambienta-

les. El proceso mecánico sobre el efecto que produce la pared uterina para favorecer la luxación congénita de cadera, se explica por la presión que ejerce el continente sobre el contenido y es por ello que la malformación es más frecuente en el --- primer parto.

En un niño normal las rodillas llegan a separarse de 70 a 90°, es decir, ambas deben tocar la superficie de la mesa. Si --- una de las rodillas queda a mayor distancia que la otra de la superficie de la mesa o ambas no abren suficientemente debe --- sospecharse que hay luxación congénita de cadera.

#### TRATAMIENTO.

Cuando el tratamiento se hace en los primeros meses de la vida en forma tan sencilla como la aplicación de una férula de abducción, se obtiene el éxito en el 98% de los casos. Cuando --- el diagnóstico se hace posteriormente, es decir, cuando el menor ya camina el pronóstico se ensombrece y el tratamiento consiste en una serie de intervenciones quirúrgicas, con etapas -- prolongadas de hospitalización, que trae consigo pérdida de períodos escolares, con las consecuentes secuelas físicas.

#### PRONOSTICO.

Entre las malformaciones más importantes del sistema músculo-esquelético se encuentra este padecimiento que puede pasar -- inadvertido con graves consecuencias para el futuro del menor,

si el médico no explora adecuadamente al recién nacido. En cambio, cuando la lesión se diagnostica en los primeros días de vida, el tratamiento es sencillo.

### MIELOMENINGOCELE .

El cierre completo del tubo neural se efectúa a los 28 días de la concepción, y se ha considerado que su origen es de tipo multifactorial, destacando un factor genético y un factor ambiental; existiendo una alta incidencia de defectos en el metabolismo de los folatos y suplementos vitamínicos en madres de menores que nacieron con este tipo de malformaciones. Los mielomeningoceles son defectos de cierre, en ocasiones el saco se encuentra cubierto por una piel muy delgada, pero lo común es que sólo es cubierto por la aracnoides y la médula puede verse a través de esta membrana. Los niños afectados por mielomeningocele padecen del esqueleto y de las vías urinarias (continencia urinaria).

### TRATAMIENTO .

Todo recién nacido con este padecimiento debe ser transferido, tan pronto como sea posible a un hospital que cuente con cirujanos neurólogos o cirujanos pediatras adiestrados en el manejo de este tipo de defectos al nacimiento. Si se interviene quirúrgicamente, este tratamiento en términos generales consiste en extirpar el saco herniario, reponer la médula herniada y sus raíces dentro del conducto raquídeo y cerrar la fascia y la

piel. El menor con mielomeningocele, carente de cubiertas, debe cubrirse desde el momento de nacer con una compresa estéril humedecida en solución salina.

#### PRONOSTICO.

En los defectos de origen multifactorial se afecta siempre más a un sexo que otro y en el caso de este padecimiento, el -- sexo femenino es el más afectado. La marcada deformidad espinal con amplio defecto de cierre, paraplejia con incontinencia urinaria son algunos factores adversos que pueden presentarse en -- forma aislada o combinada, haciendo el pronóstico más sombrío.

#### PIE EQUINO VARO.

El pie equino varo, se usa para designar la deformidad del pie, que hace al paciente caminar sobre el tobillo, también se le conoce como palo de golf o como pie de bott.

En cuanto a su etiología se considera entre el 5% y 22% como un factor hereditario; falta de desarrollo o crecimiento retardado en el feto pero no se sabe con exactitud. Así mismo hay una --- teoría que dice que en el tercer mes de vida el embrión tiene -- una posición del pie en equino varo, y en el séptimo mes hay -- rotación interna de los tejidos en el octavo y noveno mes el -- pie y la pierna deben estar en posición normal, y suponen que es debido a la falta de esa rotación a que el pie permanezca en -- esa posición.

El menor presenta dificultad para caminar porque la base para soportar su peso es inestable, no presenta dolor, razón -- por la cual la familia no pone interés y deja al niño desarro-- llarse con la deformidad, más frecuente en niños que en niñas.

### TRATAMIENTO.

La severidad varia mucho, puede ser ligera o exagerada que los dedos tocan la parte interna de la pierna. En los niños pe-- queños se realiza este tratamiento:

1. Se utiliza aparato de yeso, sin estiramientos forzados y se cambia de 13 a 15 días, lo que permite estiramientos lige -- ros.

2. Uso de aparatos cómodos.

3. El yeso final se deja de 4 a 8 semanas para permitir la -- acomodación completa de los tejidos.

También se puede realizar la corrección por cirugía, que pueden ser necesarios en casos graves cuando el tratamiento fue tardío o insuficiente. Se debe mantener la corrección y estimular me-- diante ejercicios y el uso adecuado de zapato ortopédico, el -- cual evita el regreso de la deformidad.

### PRONOSTICO.

Si el tratamiento se comienza a edad temprana, a los 6 me-- ses de edad aproximadamente, puede tener una corrección comple-- ta sin cirugía. Del 10 al 15% tienen reincidencia de su proble-- ma en el crecimiento; la dificultad aumenta con el tiempo debi-- do a que no soporta su peso el cual aumenta con la edad.

## 2.2.2. SECUELAS DE POLIO-- MIELITIS.

En los años de 1953, 1954 y 1955, se presentó en nuestro país una grave epidemia de poliomiélitis, causando una alta incidencia de secuelas paralíticas en miembros tanto superiores como inferiores; que afectó en gran cantidad a la población, -- pero principalmente a las comunidades más necesitadas de escasos recursos económicos, lo que implicaba condiciones deplorables de vivienda e insalubridad, el hacinamiento, la desnutrición, la ignorancia, la falta de atención médica y en general las pésimas condiciones socio-económicas de grandes sectores de la población.

### ¿QUE ES LA POLIOMIELITIS?

#### DEFINICION:

La Poliomiélitis es una infección aguda frecuentemente causada por un virus. Sólo ocurre en el hombre; en la forma más intensa afecta diversas partes del Sistema Nervioso Central, -- especialmente neuronas motoras inferiores, nervios craneales, bulbo, corteza cerebral y cordones posteriores de la médula espinal ocasionando parálisis o debilidad muscular parcial o completa. La enfermedad como tal se manifiesta en su período agudo a través de fiebres, diarreas, descarga nasal, presentan un cuadro gripal, posteriormente se presenta dolencia muscular espontáneo. (25)

Socuelas de Poliomielitís: Son las partes afectadas que -- están en relación a la sección de la médula espinal que ha sido lesionada por el virus. De tal forma que puede haber debilidad del tronco, cintura pélvica, cuello y extremidades. (26)

#### ETIOLOGIA .

El agente causal de la poliomielitís es un virus, patógeno para el hombre y el chimpancé, este virus se conserva viable en el agua o en las aguas negras hasta por 4 meses. No es destruído con éter, mertiolato, alcohol etílico, pero es inactivado -- por calor, bicloruro de mercurio y tintura de yodo. Algunos --- factores ambientales pueden intervenir condicionando el peligro de exposición al virus de la poliomielitís y al desarrollo de - la infección. El contacto con este virus ocurre en edad más --- temprana en grupos de escasos recursos económicos donde la hi-- giene es defectuosa que en capas sociales con recursos; esto -- quizá sólo refleje diferencias de higiene y hacinamiento. Los portadores humanos, especialmente los que sufren infección inadvertida, o los portadores sanos, más que los enfermos reco- nocidos, suelen ser las fuentes desde las cuales el virus se -- transmite.

-----  
(25) BEESON, B. Paúl y Mc. DERMOTT, Walsh. "Tratado de Medicina Interna de Cecil-Loeb. Tomo I. Décimo Tercera Edición. Ed. Nueva Editorial Interamericana. México D.F., 1972. Págs. 428-429.

(26) IBID.

El virus se halla en las heces (materia fecal) y en la orofaringe de pacientes; puede obtenerse de las secreciones faríngeas durante pocos días, pero puede demostrarse en las heces durante semanas, se considera el tubo digestivo como fuente principal desde la cual ocurre la diseminación. Por lo tanto, el modo de infección es fundamentalmente focal-bucal; cantidades muy pequeñas de heces contienen miles de dosis infecciosas de virus de poliomielitis.

### PATOGENIA.

La sucesión de acontecimientos que intervienen en la patogenia de la poliomielitis es la siguiente:

1) El virus penetra por la boca y se multiplica en la orofaringe; hay virus en las secreciones faríngeas y en las heces durante el período de incubación; puede obtenerse de la materia fecal antes de comenzar la enfermedad.

2) La fase prodrómica o de "enfermedad menor", se desarrolla acompañada de la presencia de virus en sangre, heces y garganta. El virus se introduce en el tubo digestivo luego en las vías linfáticas, posteriormente en el torrente vascular por el cual es diseminado a los espacios tisulares intersticiales hasta parar a los ganglios linfáticos.

3) La etapa final en la patogenia de la poliomielitis es la invasión del sistema nervioso y la multiplicación del virus en el mismo.

Los menores de 3 a 6 meses de edad raramente enferman de poliomielititis a consecuencia de la inmunidad transferida pasivamente por la madre. Los lactantes nacidos de madres que se hallan en fase aguda de poliomielititis pueden sufrir la enfermedad poco después del nacimiento, indicando infección in utero o exposición durante el parto. El sexo interviene rigiendo la susceptibilidad. El embarazo aumenta el peligro de esta enfermedad clínicamente manifiesta, las mujeres multíparas son más susceptibles que las primíparas, este padecimiento es más frecuente en el segundo que en el primero o el tercer trimestre del embarazo. La menstruación o la ovulación parecen aumentar la susceptibilidad así como la ausencia de amígdalas, sea cual sea el tiempo en que se extirparon.

#### MANIFESTACIONES CLINICAS.

El periodo de incubación de la poliomielititis varía entre 3 y 35 días; el 80% aproximadamente, de los casos ocurren en plazo de 6 a 20 días después del contacto con el virus. Pueden desarrollarse cuatro tipos de cuadro clínico:

1. Infección inaparente: En familias en las cuales aparece un cuadro clínicamente manifiesto, suele haber infección oculta en otros miembros susceptibles, es decir que no aparezca ningún síntoma y el individuo desarrolle inmunidad.

2. Enfermedad menor: todo el curso de la poliomielititis puede consistir en una enfermedad menor no específica que dura varios días, y en la cual no hay signos clínicos ni de labora--

torio de invasión del Sistema Nervioso Central; es la denominada poliomiелitis "abortiva". Se han observado tres síndromes: \* respiratorio: fiebre de grado variable, molestia faríngea y enrojecimiento e hinchazón de los tejidos linfoides de la garganta; \* gastrointestinal: náuseas, vómitos, diarrea o estreñimiento y molestias abdominales, acompañadas de aumento moderado de la temperatura; \* enfermedad como una gripe: fiebre y molestia generalizada de músculos, huesos y articulaciones. La presencia de virus se encuentra en faringe, heces y sangre en etapas tempranas de estas enfermedades "menores".

3. Poliomiелitis no paralítica: es un síndrome que incluye manifestaciones prodrómicas, signos de irritación meníngea y anomalías del líquido cefalorraquídeo. El pródromo es el de una "enfermedad menor"; puede observarse tanto en la poliomiелitis paralítica como en la no paralítica, el tripode es decir el paciente extiende los brazos por detrás de la espalda con las manos sobre la cama para sostenerse cuando se sienta. El curso de la poliomiелitis no paralítica es completamente benigno, suele venir la defervescencia al cabo de 3 a 5 días, pero la irritación meníngea puede persistir hasta por 2 semanas o más; no se descubren cambios en los reflejos ni en las funciones de los músculos o de los nervios craneales.

4. Poliomiелitis paralítica: el síndrome de poliomiелitis paralítica se compone de manifestaciones prodrómicas ("enfermedad menor"), signos de irritación meníngea, líquido cefalorraquídeo anormal y disfunción de diversas áreas de la médula

espinal y encéfalo, que producen paresias o parálisis de musculculos. En cada tipo de la poliomiелitis paralítica puede no haber periodo prodrómico; en ocasiones la enfermedad es bifásica, comienza con un grado variable de fiebre y las manifestaciones de una "enfermedad menor"; después de varios días todos los -- síntomas desaparecen, pero de 5 a 10 días más tarde hay recrudescencia de la fiebre, aparición de signos de irritación meningea y manifestaciones paralíticas.

Los datos del líquido cefalorraquídeo en la poliomiелitis paralítica son idénticos a los observados en la infección no -- paralítica; el número de células y la cantidad de proteína no -- guardan relación con la gravedad de la enfermedad o pronóstico.

#### DIAGNOSTICO.

El diagnóstico de la poliomiелitis se sospecha más frecuentemente de lo que se establece, los caracteres clínicos de la -- fase aguda, el curso de los tipos más graves de infección, y el resultado final, aunque en algunos casos son muy sugerentes, en otros no resultan suficientemente característicos para permitir el diagnóstico. La forma que se manifiesta como enfermedad menor, es tan poco específica que su etiología suele pasar completamente inadvertida, excepto en caso de epidemia.

Los signos físicos y las anomalías del líquido cefalorraquídeo observados en la poliomiелitis no paralítica también se --

observan en una gran variedad de trastornos infecciosos y no - infecciosos del sistema nervioso que no tienen nada que ver con la poliomiелitis.

### TRATAMIENTO .

Los casos de poliomiелitis "abortiva" no necesitan tratamiento, excepto para el alivio sintomático de las manifestaciones de enfermedades menores.

El tratamiento de la poliomiелitis no paralítica incluye - primeramente alivio de la cefalea, el dolor de la espalda y el espasmo de las piernas, relacionados con la irritación meníngea. El reposo en cama necesario, la aplicación de calor húmedo en - forma de compresas calientes a cuello, espalda y muslos produce alivio considerable además de los analgésicos. En todo paciente que se crea sufre poliomiелitis no paralítica se efectuará un - estudio ortopédico completo cada 2 o 3 meses después del restablecimiento, para descubrir y corregir grados menores de debilidad.

El tratamiento de la poliomiелitis paralítica incluye:

1. Uso de todas las medidas para salvar la vida del paciente amenazado de participación en zonas vitales.
2. Alivio de las molestias.
3. Conservación de los músculos débiles en el mejor estado - posible hasta que transcurra tiempo suficiente para recuperar - la función neuronal normal.

4. Reconocimiento y tratamiento inmediato de las complicaciones.

5. Esfuerzos para evitar o mejorar los trastornos emocionales.

6. Tratamiento quirúrgico de defectos corregibles.

7. Rehabilitación social, económica, ocupacional y física.

El alivio de la molestia muscular es uno de los problemas más importantes para tratar este tipo de poliomielitis; las compresas húmedas calientes, la diatermia, los baños tibios pueden disminuir el dolor por espasmo muscular, proporcionar analgésicos, cambiarlo de posición en la cama, son medidas muy útiles para disminuir la frecuencia e intensidad del dolor. Los músculos débiles deben conservarse en el mejor estado posible hasta que se restablezca la función neuronal; el tiempo, el grado y la amplitud en la cual se recuperan las funciones no pueden preverse. La fisioterapia diaria suele iniciarse 3 o 4 días después de la defervescencia completa, cuando la extensión de la debilidad ya ha terminado. La recuperación máxima de la función muscular puede lograrse al cabo de 2 años de haber comenzado la poliomielitis parálitica; después de este tiempo hay que buscar la ayuda de un cirujano ortopédico, e iniciar un programa de rehabilitación quirúrgica.

#### PRONOSTICO.

Los pacientes con enfermedad abortiva y no parálitica se -

recuperan totalmente; mueren del 2 al 5% de los menores y del 15 al 30% de los adultos (la proporción aumenta con la edad) -- con infección paralizante. En un número considerable de casos -- se establece cierto grado de función muscular, muy pocos son -- los enfermos que quedan totalmente paralizados. Las extremida-- des débiles recuperan alrededor del 60% de la fuerza que tenían antes, en plazo de 3 meses, y el 80% en plazo de 6 meses; la -- mejoría puede continuar aumentando por largo tiempo, hasta 2 -- años. El grado final de recuperación funcional depende del nú-- mero de neuronas totalmente destruidas; varía desde 0 a 10%, -- hasta cifras tan altas como el 100%

Una crisis de poliomiелitis puede brindar inmunidad para -- toda la vida contra una invasión por el mismo tipo de virus. En fase temprana de la enfermedad aparecen anticuerpos neutrali -- zantes y anticuerpos fijadores; estos últimos sólo duran unos -- años después de la infección, pero los primeros persisten toda la vida. Los lactantes pueden estar protegidos contra la infec-- ción durante los 3 a 6 meses de la vida gracias a la transmi -- sión pasiva de anticuerpos de la madre.

El pronóstico en cuanto a la vida es bueno; se trataran -- las secuelas de cada caso en particular, lo que permitirá hacer un pronóstico en cuanto a su funcionalidad para la vida diaria.

### 2.2.3. PARALISIS CEREBRAL.

A pesar de que la Parálisis Cerebral ha existido a través de los siglos, no fué claramente delineada en la literatura médica sino hasta 1862, cuando William John Little, cirujano ortopédico inglés, atribuyó los defectos neurológicos a dificultades de parto. En los últimos 20 años ha habido un gran aumento en el interés de los profesionales con respecto a este estado patológico.

#### ¿QUE ES LA PARALISIS CEREBRAL?

##### DEFINICION:

"La Parálisis Cerebral es una lesión irreversible, no progresiva del Sistema Nervioso Central (SNC), en un cerebro inmaduro, originada durante las etapas prenatal, natal o postnatal (edad temprana), que trae como consecuencia transtornos motrices (movimiento, postura), problemas del lenguaje y el habla (disartría, afasia), convulsiones, problemas de aprendizaje, defectos perceptuales, defectos sensoriales (auditivos y visuales), emocionales, conductuales y de personalidad". (27)

#### ETIOPATOGENIA.

Existen muchos factores causales que producen Parálisis Cerebral, el factor común a este grupo es el tiempo en que ocu-

-----

(27) VALDEZ, Fuentes José Ignacio. "Enfoque Integral de la Parálisis Cerebral para su Diagnóstico y Tratamiento". Ed. Científicas La Prensa Médica Mexicana, S.A., de C.V. México D.F., 1988. Págs. 50-51.

re la disfunción cerebral: en el periodo prenatal, natal o en el periodo postnatal.

Los diversos factores etiológicos que producen la Parálisis Cerebral pueden ser:

I. CAUSAS PRENATALES (que actúan durante la gestación); principalmente en los primeros 3 meses. Los factores prenatales que con mayor frecuencia producen los cambios estructurales responsables de la alteración son los siguientes:

1. Padecimientos infecciosos de la madre principalmente:

a) RUBEOLA. (Mencionada anteriormente)

b) TOXOPLASMOSIS. (Antes ya referido).

c) SARAMPION: Es un padecimiento agudo, de elevada transmisibilidad, causado por un virus, y cuyas manifestaciones clínicas son: catarro nasal, fiebre, tos y manchas blancas con areola -- rojiza en la mucosa bucal. El mecanismo de transmisión es sobre todo por gotitas de saliva o por contacto directo con enfermos; también puede ser por contacto con objetos recientemente contaminados con secreciones del aparato respiratorio. Las madres -- inmunes transmiten anticuerpos por vía transplacentaria al niño, por lo que no es frecuente que se presente la enfermedad -- antes de los 6 meses; pero cuando se presente, su gravedad es -- mayor, sobre todo por las complicaciones.

Esta enfermedad es grave sobre todo en la población desnutrida

y sin servicios médicos accesibles, además entre las complicaciones figura la encefalitis que eleva la letalidad o dejar trastornos neurológicos como puede ser la parálisis cerebral.

d) HERPES SIMPLE: Las infecciones por virus hérpetico simple en mujeres embarazadas, la vía usual de contagio es la exposición fetal al canal genital contaminado; por lo que se recomienda en estos casos el nacimiento por vía abdominal. Este padecimiento causa una mortalidad elevada en los neonatos; hasta el 50%, o bien una morbilidad elevada en forma de secuela neurológica u oftalmológica. En caso de infección intrauterina temprana poco usual, podrá presentarse el aborto.

2. Anoxia Prenatal (del producto in útero); en cualquier caso que se interrumpa la circulación del niño puede haber falta de oxigenación; producida generalmente por alguna de las siguientes situaciones:

a) ASPIRACION DE MONOXIDO DE CARBONO: De los contaminantes del aire, el monóxido de carbono (CO) representa una amenaza mayor día a día por los avances tecnológicos, por la industria, por los automóviles y por el hábito del tabaquismo. Así los efectos deletéreos del ambiente sobre el organismo humano se manifiestan a todo lo largo de su existencia, pero adquieren particular significado durante la vida intrauterina. En esta etapa, a pesar de encontrarse en un espacio aislado en la cavidad uterina, el feto se halla expuesto a cualquier sustancia --

que penetre al organismo materno, ya que la placenta es permeable a la casi totalidad de ellas. Algunas toxinas, inclusive, alcanzan mayor concentración en el organismo fetal que en el materno; ya que madre, feto y placenta, se integran en una verdadera unidad biológica. Por lo que el monóxido de carbono, reduce la capacidad de transportar oxígeno por las hemoglobinas, tanto materna como fetal y disminuye la disponibilidad de oxígeno por los tejidos fetales debido a su efecto sobre la disociación de la hemoglobina.

b) ANEMIA MATERNA GRAVE: Una de las mayores agresiones ambientales que sufre el feto es la falta de nutrimentos (principalmente carbohidratos y proteínas), para cubrir los requerimientos energéticos y plásticos que requiere para su crecimiento y desarrollo. La causa de la carencia puede obedecer a factores maternos, placentarios o del propio feto. Entre los maternos esta la reducida concentración de uno o más nutrimentos en la sangre que trae consigo una disminución del número de glóbulos rojos, y una cifra de hemoglobina inferior a la normal y la reducción del flujo sanguíneo hacia el útero (utero-placentario). Si la placenta presenta alteraciones biológicas como coagulación intervellosa, infartos o desprendimientos parciales que reducen el área de intercambio, el feto ve restringido su aporte de nutrimentos. En menor proporción de casos la causa radica en el propio feto, que ve reducida su capacidad de utilización de nutrimentos en presencia de infecciones crónicas, de carácter viral o parasitario fundamentalmente.

La desnutrición in-útero ocasiona múltiples defectos en la función inmunológica que se traducen en gran susceptibilidad a diversas infecciones por hongos, virus y gérmenes. Puesto que el desarrollo del sistema inmunológico está primordialmente --- concluido durante la vida intrauterina; por lo que el feto desnutrido, es particularmente vulnerable durante el trabajo del parto y el mismo.

c) HIPOTENSION SEVERA: La disminución del aporte sanguíneo al feto causado por esta alteración materna, se traduce por descenso en la concentración de oxígeno y elevación concomitante de dióxido de carbono (CO<sup>2</sup>).

d) INFARTO PLACENTARIO: Es una alteración que se presenta cuando hay una disminución funcional del flujo sanguíneo hacia el útero; es importante reconocer el infarto ya que es un indicador de el flujo sanguíneo disminuido y generalizado hacia la placenta, y hacer que ésta se separe prematuramente de la pared uterina.

e) ANORMALIDADES DE LA PLACENTA: La placenta es el órgano -- más versátil e importante de la vida intrauterina; tejido fetal tolerado por el útero materno durante el largo período de 40 -- semanas; funciona como pulmón, riñón, intestino e hígado. La -- placenta no es una barrera es un órgano que participa en interrelaciones hormonales complejas entre madre y feto. Una de las patologías es la de la placenta pequeña situación en la que el líquido amniótico tiene tendencia a disminuir y es importante -- no sólo porque puede provocar la muerte, sino producir sufrir --

miento fetal tanto agudo como crónico (con retraso en el crecimiento fetal). Cuando ocurre desprendimiento de la placenta el producto pierde su fuente de oxígeno y nace con hipoxia aguda.

f) ANOMALIAS DEL CORDON: Estas anomalías del cordón pueden ocasionar sufrimiento fetal agudo, que puede presentarse a causa de un nudo del cordón umbilical o a una o varias circulares del cordón alrededor del cuello del niño que impide cumplir de manera eficaz su función circulatoria vital para el feto.

### 3. Hemorragia cerebral en el producto producida por:

a) TOXEMIA GRAVIDICA DEL EMBARAZO: En la madre son elementos importantes, para determinar las condiciones del parto, algunos padecimientos de tipo funcional como la toxemia gravidica, que es cuando la madre retiene agua y sales y pierde a través de la orina gran cantidad de proteínas, específicamente del grupo de las albúminas. Sus síntomas son: edema (hinchazón de piernas, manos y cara) con incremento exagerado de peso, presencia de albúmina en la orina y aumento de la presión de sangre.

4. Exposición excesiva a los rayos X. (Mencionado anteriormente).

5. Disturbios metabólicos, especialmente la Diabetes mellitus (Antes ya referido).

6. Factor Rh: El problema aparece cuando la madre es Rh -- negativo y el padre es Rh positivo y el hijo hereda lo del padre, puede traer complicaciones dado que el producto permanece 9 meses en el vientre materno se presenta una incompatibilidad en el organismo de ella que lo rechaza al producir anti Rh positivos, que si pasan al feto en suficiente cantidad destruyen parte de su sangre; que no es muy notorio en el primer embarazo ya que se producen pocos anticuerpos, pero tras varios embarazos éstos aumentan y pueden ocasionar alguna secuela o la muerte del producto.

7. Predisposición al aborto: aunque el producto es protegido por el micro-ambiente o ambiente intrauterino, el embarazo puede frustrarse de diversas formas. Así cuando el embarazo se interrumpe antes de que el feto sea capaz de vivir fuera de la madre se llama aborto; entre las causas de éste dependen del -- propio producto (anomalías cromosómicas, huevo mal formado); -- pero en un porcentaje elevado la alteración deriva de la madre (diabetes, útero mal formado, infecciones, desequilibrios hormonales); la posibilidad de evitar la expulsión del producto -- depende de las causas que motiven la pérdida de sangre, si la causa radica en el producto, todas las medidas que se tomen para evitar el aborto serán inútiles, por el contrario si estas -- son de origen materno en ocasiones pueden ser adecuadamente --- tratadas mediante reposo, alimentación balanceada y se logrará que la gestación siga su curso.

8. Prematuridad: El retraso en el crecimiento intrauterino - puede provenir de la disminución o falta de suministros nutritivos, en cantidad o calidad; ya que el feto depende de esto -- para su crecimiento que le llega por la circulación útero-placentaria, siendo candidatos viables para desarrollar hipoxia -- durante el parto y que su labilidad a la privación de oxígeno es mayor y manifestarse finalmente en muerte o secuela neurológica.

II. CAUSAS NATALES O PERINATALES. Desde el inicio del parto hasta la viabilidad del feto es decir, el cambio de vida uterina a extrauterina.

1. Anoxia neonatorum o Anoxia perinatal: Producida por la -- falta de oxigenación de la sangre en el recién nacido debido a factores como:

a) ATELECTASIAS: Condición patológica que consiste en que el pulmón no se ventila (por compresión o bien por reabsorción), que dificultan la respiración y por lo tanto la oxigenación de la sangre. (Atelectasia- colapso parcial o total de un pulmón).

b) PLACENTA PREVIA: Transtorno del embarazo que es cuando el óvulo fertilizado se implanta en un lugar bajo del útero o -- sobre el cervix, condición peligrosa para la madre por el sangrado que produce y para el feto por la hipoxia que se presenta a consecuencia de la disminución del funcionamiento placentario,

2. Todas las distocias. Los partos distócicos o anormales son los que presentan problemas en sus fases de progreso normal tanto de la madre como del feto. Las causas de estas anomalías (distocias: partos laboriosos o difíciles capaces de producir sufrimiento fetal) pueden ser de origen materno y fetal.

a) APLICACION DEFICIENTE DE FORCEPS: El uso de fórceps, 2 -- palancas de hierro articuladas que terminan a manera de cuchara que se aplica sobre la cabeza del feto para conducirla en la -- dirección más adecuada y para traccionar posteriormente; un --- sistema de ayuda cada vez menos utilizado, dado que si estos -- instrumentos no son bien empleados llegan a afectar zonas vitales del cerebro y ocasionar un daño como puede ser la parálisis cerebral.

b) PARTO PROLONGADO: El feto mal nutrido, es particularmente vulnerable durante el trabajo del parto y el mismo, y por lo -- tanto llegar a ser laborioso o difícil capaz de producir sufrimiento. El trabajo de parto con duración mayor de 24 horas se -- clasifica como prolongado, siendo las causas más comunes de este la inercia uterina (contracciones uterinas mal coordinadas y débiles); desproporciones feto-pelvis (disparidad entre el tamaño del feto y el espacio disponible para que emerja) y posiciones fetales anormales.

c) PRESENTACION DE PELVIS ESTRECHA: Es la angostura de la -- pelvis debido al desarrollo incompleto de los huesos que hacen que el canal de parto no dé paso al feto; otra puede ser la de-

formación de la pelvis total o parcial por raquitismo (deficiente alimentación, falta de minerales y vitaminas) o a deformaciones de los huesos de la cadera que constituyen a ésta.

d) INDUCCION CON OCITOCICOS: Sustancias que se usan para provocar contracciones más efectivas de la mátriz durante el parto. Debido a que hay ocasiones en que el músculo uterino no produce la concentración suficiente para que la dilatación del cuello avance con el ritmo deseado; por lo que el médico administra algún producto capaz de estimular las contracciones, el cual es suministrado en pequeñas dosis y directamente al torrente circulatorio, diluido en suero mediante una inyección en una vena del antebrazo.

**III. CAUSAS POSTNATALES.** Se consideran las siguientes:

1. Enfermedades infecciosas durante los primeros meses o años de vida.

a) TOS FERINA: Padecimiento transmisible producido por el báculo de la tos ferina; que se caracteriza por una fase catarral con tos que va en aumento hasta presentar los episodios paroxísticos (accesos de tos violenta que se repiten cada vez con mayor frecuencia); de la fase catarral a la paroxística transcurren 1 a 2 semanas y el padecimiento dura en total 1 a 2 meses, aunque puede durar algo más. Este padecimiento se puede presentar desde el recién nacido, al no darse la posibilidad --

de inmunidad pasiva transmitida por la madre. Predomina en la infancia, sobre todo en los menores de 6 años, se presentan casos inaparentes, pero en estos con manifestaciones clínicas --- producen inmunidad que generalmente es por toda la vida. La -- fuente de infección son las secreciones respiratorias de las -- personas infectadas, se transmite por gotitas de saliva y se -- secundariamente por contacto directo con personas con la enfermedad, siendo mayor durante el período catarral.

b) NEUMONIAS: La neumonía por neumococo es de aparición ---- brusca, presentándose el principio escalofrío y fiebre que se - mantiene durante el período evolutivo, además de dolor toráci - co, dificultad para respirar y tos que se acompaña de expecto-- ración con sangre. Se presenta en todas las edades y en cual -- quier época del año, pero es más frecuente en menores y ancia-- nos, durante el invierno, en los que habitan en viviendas ina-- decuadas adquiriendo mayor gravedad en personas desnutridas. El mecanismo de transmisión es principalmente por gotitas de sali-- va expelidas por enfermos o portadores sanos, de objetos re --- cientemente contaminados con secreciones.

c) ENCEFALITIS: Es un padecimiento infeccioso del Sistema -- Nervioso Central (SNC), con cambios en las substancias gris y - blanca en el cerebro y la médula; ocasionada por organismos --- etiológicos como estafilococos, neumococos. Los síntomas que -- presentan son cefalea, rigidez, dolor en el cuello, náuseas, -- vómito, presentan fiebres elevadas de 41.5°C, así como dificul-- tades respiratorias, pacientes que se recuperan pero pueden de--

jar secuelas.

d) MENINGITIS: Es la inflamación de las envolturas del cerebro y la médula, es decir las meninges; ocasionado por bacterias, virus y hongos. Los síntomas que presenta son cefalea, fiebre elevada, rigidez y dolor en el cuello, náuseas, vómito y alteraciones visuales.

2. Traumatismos craneanos: Las contusiones son alteraciones estructurales caracterizadas por sangrado hacia los tejidos estas pueden ocurrir en el lugar del golpe o en el lado opuesto si llega a salir líquido acuoso por la nariz o los oídos es indicativo de una contusión y daño muy serio como parálisis cerebral.

#### LOS TRANSTORNOS NEUROMOTORES SE PUEDEN CARACTERIZAR:

Por la UBICACION de la lesión ésto es, la parte del encéfalo donde se encuentra la lesión:

**ESPASTICIDAD**: sus principales características son: \* Aumento de tensión en los músculos, los movimientos involucran a todo el cuerpo; \* Los músculos pierden su elasticidad debido a que las diferentes partes del cuerpo están duras o tensas durante un tiempo prolongado; \* No hay crecimiento normal en el niño por la presión de los músculos tensos sobre los huesos y articulaciones; \* Se le dificulta enderezar la cabeza y sentarse; \* Hay incoordinación motriz gruesa y fina; \* Pre --

senta dificultad en la succión, deglución y respiración; y \* El habla es difícil o se produce con gran esfuerzo y falta de claridad

**ATETOSIS:** su principal característica son los cambios tonales que se pueden presentar en cualquier parte del cuerpo además de movimientos involuntarios lo que da como consecuencia: \* Cambios rápidos y constantes, de estar flácido a tenso y a la inversa, se nota este cambio en las piernas, tronco, cuello, cara, boca y lengua; \* Movimientos involuntarios;-- \* Alterna movimientos bruscos e incoordinados, no mantiene la posición por mucho tiempo; \* Estando boca arriba su cuerpo --- tiende a estar estirado y boca arriba tiende a estar doblado -- por lo que es posible se encuentren afectadas las funciones de respiración y lenguaje, presentará problemas de equilibrio debido a los constantes cambios en la tensión muscular.

**ATAXIA:** características principales: \* Perturbaciones del equilibrio y del balance; \* Los músculos del menor están un poco flácidos; \* No puede controlar la dirección de sus movimientos; \* Hay trastorno en la succión, deglución y respiración.

**RIGIDEZ:** Este trastorno funcionalmente puede compararse a la espasticidad, sin embargo en este caso la lesión no es localizada sino difusa.

Por la **TOPOLOGIA**, es decir, el lugar del cuerpo - en que se manifiesta la lesión del individuo:

a) **MONOPLEJIA**: Un sólo miembro está afectado, ya sea superior o inferior.

b) **DIPLEJIA**: Corresponde a 2 miembros, por lo regular los superiores, y más frecuentemente en atetósicos.

c) **TRIPLEJIA**: Cuando la afección es en 3 miembros.

d) **CUADRIJIA**: o tetraiplejía la afección atafe a los 4 --- miembros de la persona.

e) **PARAJIA**: Cuando están afectados sólo los miembros inferiores, por lo general son de tipo espástico.

f) **HEMIJIA**: Cuando están afectados los miembros superiores e inferiores de un mismo lado. (28)

#### CLASIFICACION .

El grado de severidad del Transtorno Neuromotor se clasifican en:

a) **LAS ACTIVIDADES MOTORAS GRUESAS**: Son aquellas que se presentan por la adquisición del control de los músculos grandes del cuerpo como: la cabeza, cuello, tronco, brazos y piernas, - permitiéndolo observar y ubicarse en el espacio, sentarse, --- caminar a diferentes lugares.

-----

(28) "Orientaciones didácticas para Educación Preescolar de niños con Transtornos Neuromotores". Secretaría de Educación Pública. Subsecretaría de Educación Mental. Dirección General de Educación Especial. México D.F., 1986. Págs. 9-18.

b) LAS ACTIVIDADES MOTORAS FINAS: Son aquellas que comprenden la coordinación de los músculos pequeños del cuerpo: ojos, manos, dedos, labios, boca, lengua, que le permitirán lograr la independencia en el vestir, desvestir, escribir, alimentar, higiene personal. (29)

#### DIAGNOSTICO .

Es importante se detecte el problema lo más pronto posible ya que una vez identificado se iniciará el tratamiento terapéutico-rehabilitatorio, dado que al atenderse al menor desde sus primeros años y principalmente durante el primer año de vida, etapa en la que se desarrolla rápidamente. Para comprender el tratamiento temprano es necesario el diagnóstico oportuno, el cual se logra mediante la vigilancia y control de los casos de menores que tuvieron problemas prenatales y perinatales, la revisión y exploración sistemática y cuidadosa del sistema músculo-esquelético y del desarrollo motor, periódicamente con el fin de evitar complicaciones posteriores como las deformaciones.

#### PRONOSTICO .

El pronóstico está en relación al área afectada, es decir de acuerdo a la ubicación de la lesión, así como por la topología, el lugar del cuerpo en que se manifiesta de lo cual dependerá el grado de capacidad.

-----  
(29) Asociación Pro-personas con Parálisis Cerebral (APAC). "La -  
Terapia Física dentro de la Rehabilitación Integral". México  
D.F., 1990. Pág. 65.

## TRATAMIENTO.

El tratamiento dependerá del grado de lesión, de las anomalías de postura y movimiento que pueden estar acompañados de problemas visuales, auditivos y de lenguaje; habiendo pacientes con necesidad de un mínimo de terapia y ayuda de aditamentos para caminar; los que necesitan ayuda y aparatos así como la asistencia de tratamiento rehabilitatorio y los que requieren de un servicio interno por largo tiempo. La parálisis cerebral es un problema complejo que debe abordarse tomando en cuenta la naturaleza bio-psico-social del individuo y la familia; ya que la colaboración de los padres en el tratamiento es de vital importancia.

### 2.3. REPERCUSIONES FAMILIARES DE LA LIMITACION.

El proceso de reproducción biológica es sin duda una de las maravillas que, con ser un fenómeno natural y cotidiano a veces no se le percibe en toda su magnitud y significado. Los seres humanos al multiplicarse para asegurar la conservación de la especie, esperan inconscientemente que dicho proceso resulte siempre exitoso, dando como resultado un individuo íntegro y eficientemente funcional en todos y cada uno de sus órganos, aparatos y sistemas; grande es la sorpresa, azoro y desencanto cuando en vez de un nuevo ser pleno de facultades presenta alguna alteración.

Las reacciones individuales de un miembro de la familia -- influyen en la interacción familiar a la vez que actitudes y -- cambios de esa relación se reflejan en el comportamiento de todos sus integrantes; esta dinámica puede tener connotaciones -- que favorezcan idealmente el desarrollo armónico de los miembros que la conforman, por el contrario si la interacción es -- negativa conduce a situaciones que de un modo u otro conllevan a malos tratos, frustraciones, infidelidad, hasta llegar al --- abandono a la familia lo que trae consigo el rompimiento total de ésta con graves consecuencias para el integrante.

Es común que al nacer un menor con alguna limitación física, traiga consigo un impacto emocional negativo en los padres, éstos adoloridos, angustiados y desesperados ante la cruel realidad acuden de un médico a otro con la esperanza de oír una -- opinión contraria, o en espera de una solución mágica o milagro sa a su problema. El nacimiento de un niño con defectos origina una crisis familiar cuyo impacto altera la dinámica de ésta, -- rompiendo la armonía existente en ese hogar. La manera como los padres se adaptan a esta situación desastrosa es crucial para - el bienestar familiar futuro, no sólo del menor con limitación sino de toda la familia.

El hogar se convierte en un drama doloroso de aceptación-rechazo de frustraciones-esperanzas. Este niño lejos de ser el - heredero de las virtudes familiares y el orgullo de las tradi--

ciones paternas, hace que surgan entre los padres sentimientos de culpa, serias desavenencias y la mayor parte de los casos se epiloga mediante el abandono del hogar, por lo regular por parte del hombre o de ambos. Otras veces el rechazo persiste en -- los padres que sin abandonar a la familia, se transforma en toda una gama de situaciones de constante agresión hacia el menor y a todos los miembros; colocando al menor en la oscuridad del completo abandono físico, moral y mental.

A continuación se mencionaran las distintas etapas o reacciones por las que pasan los padres de familia:

#### 1. CONMOCION.

La primera reacción de cualquier padre es de impotente --- aturdimiento y estupefacción. Un aturdimiento que actúa como -- paralizante, es una defensa muy primitiva contra el dolor, como anestésico de efecto inmediato aunque temporal, da a la mente - tiempo para elaborar un sistema de defensa más adecuado; que -- ocurre cuando en vez de un nuevo ser pleno de facultades nace - un bebé con alguna limitación, los padres que se hallan en esta situación tienden a vivir aturridos, incapaces de reaccionar -- con realismo ante las personas y objetos que le rodean.

El constante repetir una y otra vez frases como: "NO PUEDO CREER QUE HAYA OCURRIDO?, QUE HEMOS HECHO PARA QUE ESTO NOS SU-CEDA?, POR QUE HA TENIDO QUE OCURRIRME A MI o simplemente NO --

COMPRENDO ... FUE CASTIGO DE DIOS", resultado contrario y triste dado que el período por el que los padres atraviesan, es precisamente aquel en que su hijo necesita más el contacto y protección lo que en un determinado momento le ocasiona sentimientos de inseguridad.

## 2. RECHAZO.

El rechazo es simplemente la negativa a aceptar la verdad; no es difícil comprender porqué los padres van de un doctor a otro, de clínica en clínica, esperando que en algún punto del recorrido les ofrezcan una solución mágica o milagrosa o por lo menos un diagnóstico más fácil de sobrellevar. Y tarde o temprano, acabará imponiéndoseles una actitud más realista, aunque esto no significa que los problemas de los padres vayan a desaparecer por el contrario se preguntarán: "CUALES PUDIERON SER LAS POSIBLES CAUSAS"; sin encontrar respuesta a su pregunta.

Los sentimientos de culpa son otra reacción casi inevitable de los padres de buscar culpables y preguntarse: "QUIEN TIENE LA CULPA? MI ESPOSO, YO, LOS PARIENTES O LOS MISMOS DOCTORES"; no es raro que ellos crean que uno u otro tuvo la culpa de que su hijo naciera con alguna limitación física y por lo regular se cree que es la madre la culpable o responsable de tal acontecimiento y no es raro que en ocasiones se llegue a la ruptura del matrimonio. En algunos casos tanto el padre como la madre tienen sentimientos de vergüenza, en presencia de otras -

personas y familiares o traten de ocultarlo, debido por una --- parte a la confusión e ignorancia que inevitablemente sienten - con un hijo tan diferente a los demás; sin ver que después de - todo, el menor limitado no deja de ser su hijo.

### 3. DE TRANSICION.

Es un proceso de aceptación y adaptación con el que los -- padres se enfrentan; ésto es con la aparición y oposición de -- deseos incompatibles; por una parte el deseo de atender (por -- tener todavía sentimientos de culpa) y proteger al menor limi-- tado porque es su propio hijo; por otro lado el de rechazarlo - por vergüenza y resentimiento porque tiene algún defecto. Son - intensos todavía estos sentimientos los cuales tienden a osci-- lar de forma incontrolada en un sentido a otro, sin permanecer en un equilibrio como sería lo normal; por lo que se está en un proceso de aceptación, adaptación y afrontamiento de la reali-- dad.

### 4. DE BALANCE O EQUILIBRIO --- ADAPTATIVO.

Después del choque inicial, la tendencia natural es buscar la manera de ayudar a su hijo, investigar, conocer y preguntar sobre el padecimiento, posibilidades de independencia e ir ---- adoptando actitudes más realistas. En estos casos es común ver el sentimiento de responsabilidad de las madres y en raras oca-- siones de los padres, que generalmente se desentienden del pro-

blema, y dejan el asunto por completo en el regazo de las esposas. Muy pocas veces es cuando tanto el padre como la madre --- buscan alternativas o acciones tendientes a crear un ambiente --- adecuado para el desarrollo del menor y su familia, así como -- atención rehabilitatoria para que el menor logre un mayor grado de independencia en su vida diaria; es decir pensar el presente en lo que se tiene que hacer.

Para la mayoría de los padres enfrentarse con la realidad de una limitación física en un hijo es una experiencia traumática, y aún más cuando la lesión es de origen congénito; por lo que no puede considerarse anormal que los padres que han estado esperando a un bebé perfecto, se sientan desilusionados al enterarse que su hijo tiene una limitación física y a veces esa reacción es tan profunda que evita el desarrollo de sentimientos cálidos y de cariño lo que en un futuro no lejano llega a repercutir en el menor.

## CAPITULO III.

### EL TRABAJO SOCIAL EN LA RESIDENCIA INFANTIL "SAN VICENTE DE PAUL".

#### 3.1. ORGANIZACION DEL DEPARTAMENTO - MENTO.

En este capítulo se abordará lo referente al Departamento de Trabajo Social, al ingreso a la Residencia Infantil San Vicente, el cual propiamente no existía; el archivo, expedientes así como la entrevistas eran llevadas a cabo por una pasante en pedagogía, la cual elabora de acuerdo a sus medios y recursos - estudios de la siguiente manera:

- \* Ficha integral que contenía datos generales del menor, --- responsable y el motivo de la consulta;

- \* Serie de preguntas mediante entrevista al alumno y un re-- conocimiento a su entorno familiar y medio escolar;

- \* Otra serie de apartados como tipo de familia, tiempo de -- convivencia, problemas observados y estado civil de los padres.

- \* Influencia de la comunidad;

- \* Posteriormente un estudio socio-económico donde incluye -- la estructura familiar: nombre y apellidos, parentesco, edad, - escolaridad; personas que aportan dinero al hogar y alimenta -- ción semanal;

\* Exploración pedagógica serie de preguntas en cuanto a ----  
coordinación motora gruesa y fina, equilibrio y lateralidad;

\* Exploración psicológica;

\* Exploración médica;

\* Antecedentes patológicos;

\* Por último pretendía una integración de resultados.

De los cuales sólo era llenado, la ficha de integración, -  
exploración pedagógica y el estudio socio-económico, debido a -  
la falta de personal especializado en cada área como psicólogo,  
pediatra, trabajador social y por tanto no se podía llevar a --  
cabo una integración de resultados.

El hombre al buscar satisfacer sus necesidades en la so --  
ciedad, lo hace con la mira inmediata de lograr esto a través -  
del mejoramiento de una serie de funciones mediante las diver--  
sas formas para organizar lo que se pretende.

Por lo que el fenómeno administrativo se da donde quiera que --  
exista un Organismo Social, busca en forma directa la obtención  
de resultados de máxima eficiencia en la coordinación y sólo a  
través de ella se refiere al máximo aprovechamiento de los re--  
cursos humanos, materiales e institucionales. Se da por lo mis--  
mo en el Estado, el ejercito, en la empresa o en una sociedad -  
religiosa.

Así la administración se da necesariamente en todo organismo --  
social; en un proceso que lleva consigo la responsabilidad de -

planear y organizar en forma eficiente para lograr un propósito dado.

En el desarrollo de todo organismo social se distinguen --  
2 fases principales:

\* La primera etapa en todo organismo es la de estructuración o construcción del mismo, hasta que se llega a integrar, apto - para desempeñar actividades o funciones que le son propias o -- específicas.

\* La segunda etapa es aquella en la que ya esta totalmente - estructurado todo el organismo, se desarrolla en toda su plenitud, las funciones y actividades que tiende a realizar en la -- vida ese organismo y que tiene que adaptarse a las necesidades cambiantes. (30)

Por lo tanto las 2 fases de la administración, se refieren a las formas de estructurar y de operar un organismo social, es decir su coordinación teórica y práctica.

Así el Departamento de Trabajo Social surge el 4 de julio de 1989, debido a la necesidad de estructurar y organizar las - labores propias de este para lo cual se incorpora al mismo una

-----  
(30) REYES, Ponce Agustín. "Administración de ~~Empresas~~". Teoría y Práctica. Primera Parte. Ed. Limusa Noriega. México D.F., 1989. Págs. 20-21.

pasante de la Licenciatura en Trabajo Social. Para que este --- servicio empezara a funcionar se observó e investigó: qué menores se atendían, padecimientos, requisitos, servicios que prestaban; además de revisar cada uno de los expedientes los cuales se encontraban incompletos y en algunos casos no había expediente del niño. Se toma como referencia la única lista que había para poder llevar un control sobre el total de los menores, es decir si coincidían el número de niños internos, con el total de expedientes.

En primera instancia las funciones de Trabajo Social se -- enfocaron a:

a) Elaboración de papelería a utilizar:

- \* Ficha de identificación
- \* Estudio Social
- \* Solicitud de ingreso
- \* Hoja de requisitos.

b) Integración de expedientes de cada niño.

c) Investigar el medio de procedencia de los menores.

d) Investigar los diferentes padecimientos, tratamiento y -- pronóstico.

Con el fin de estructurar el Departamento para desempeñar funciones y actividades que le son propias y específicas a el - área.

Dada la necesidad del Departamento para el funcionamiento de éste se elabora el Estudio Socio-económico de acuerdo a las necesidades del Centro de Rehabilitación.

El Estudio Socio-económico está dividido en 12 apartados:

#### 1. DATOS GENERALES.

Que incluye nombre del Trabajador Social, persona que proporcionó la información y fecha en que se tomaron los datos, --ésto con el fin de actualizar la información proporcionada con anterioridad. Y en la parte superior izquierda lleva una fotografía reciente del menor así como el número de expediente.

#### 2. DATOS DEL NIÑO.

Nombre, edad, fecha de nacimiento, lugar de origen, lugar que ocupa entre sus hermanos y antecedentes prenatales.

#### 3. ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES.

Familiares cercanos como abuelos paternos y maternos, ---tios, tias, si viven, si están sanos o tienen algún padecimiento o bien si fallecieron, cuál fue la causa.

#### 4. DATOS DE LOS PADRES.

Tanto al padre como a la madre, aunque alguno de los dos -no viva con la familia. Nombre, edad, lugar de origen, ocupa --ción, escolaridad, dialecto, horario de labores, estado civil, religión.

**5. ECONOMIA FAMILIAR.**

Ingresos y egresos mensuales.

**6. ALIMENTACION SEMANAL.**

Alimentos que consumen con mayor frecuencia.

**7. ESTRUCTURA FAMILIAR.**

Miembros que integran el núcleo familiar, donde se solicitan datos como nombre, apellidos, edad, sexo, escolaridad, estado civil, parentesco, ocupación y lugar de origen.

**8. RELACIONES FAMILIARES.**

El tipo de convivencia entre los miembros.

**9. AMBIENTE FISICO DEL HOGAR.**

Tipo de propiedad, tenencia, material con el que está --- construida y servicios con los que cuenta la vivienda.

**10. SERVICIOS MEDICOS.**

Si cuentan con centros de atención médica en su comunidad

**11. CONDUCTAS ANTISOCIALES.**

Conductas no adecuadas que se presenten en la familia.

**12. ASPECTO SOCIAL.**

Fechas que festeja (costumbres y tradiciones), problemas que afectan a su familia y en su comunidad.

Y observaciones que el Licenciado en Trabajo Social haya notado y complementado con la visita domiciliaria.

Los objetivos que se pretenden con el Estudio Socio-económico son:

\* Identificar los factores y variables socio-culturales y económicas que intervienen en la frecuencia de estos padecimientos: malformaciones congénitas, secuelas de poliomielitis y parálisis cerebral.

\* Investigar los recursos con los que cuenta la comunidad para la atención prenatal y postnatal tanto de la madre como del menor.

Debido a que en el Capítulo II se abordaron las posibles causas de estas alteraciones consecuencia de toda una serie de situaciones adversas que conjugadas limitan el desarrollo normal del bebé o desencadenan un parto prolongado.

Esta valoración social pretende además de identificar factores sociales, económicos, emocionales o ambientales y aquellos que pueden obstaculizar o perjudicar el proceso de rehabilitación.

Posteriormente se realizó la FICHA DE IDENTIFICACION con el fin de tener un fichero con los datos generales del menor, para uso del Departamento de Trabajo Social y en caso que requieran las demás áreas. (Se anexa Ficha de Identificación).

Servicio de Trabajo Social

Residencia Infantil San Vicente

No. EXP. ....

FICHA DE IDENTIFICACION

Favor de contestar las siguientes preguntas.



Fecha en que se tomaron los datos: .....

DATOS DEL NIÑO

Nombre del niño(a) .....

Sexo (M) (F) Grado Escolar ..... Lugar de origen .....

Fecha de nacimiento ..... Edad (años y meses) .....

Fecha de Ingreso ..... El menor es canalizado a esta institución: .....

Fecha de Baja ..... Motivo o causa .....

Recibe alguna terapia SI ( ) NO ( ) ¿Cuál? ..... Diagnóstico .....

.....

Recibe algún tratamiento SI ( ) NO ( ) ¿Cuál? .....

Domicilio .....

DATOS DE LOS PADRES

Nombre de la madre .....

Estado civil ..... Lugar de origen .....

Domicilio .....

Teléfono particular .....

Lugar donde trabaja .....

Domicilio del trabajo .....

Nombre del padre .....

Estado civil ..... Lugar de origen .....

Domicilio .....

Lugar donde trabaja .....

Domicilio del trabajo .....

Nombre de la persona que proporcionó la información y parentesco .....

Por otro lado viendo la demanda de ingresos a esta institución se elabora una SOLICITUD DE INGRESO de la cual se sacan algunas fotocopias con el fin de comprobar su funcionalidad, - el resultado es positivo y dada la demanda se continua con la misma solicitud de ingreso que se anexa.

Así mismo, se lleva una relación de las solicitudes de -- ingreso que consiste en una LISTA DE ESPERA en la cual se in-- cluyen los siguientes datos:

- \* Nombre del menor;
- \* Fecha de nacimiento;
- \* Edad
- \* Diagnóstico;
- \* Nombre de la mamá;
- \* Fecha de solicitud.

Y conforme a la lista se hace el análisis para su ingre - so. Donde se da prioridad de acuerdo al padecimiento, edad, -- situación familiar, condiciones de traslado, lejanía, posibi-- lidad de rehabilitación a corto o mediano plazo.

Trabajo Social.

Solicitud de Ingreso para el Servicio al Centro de Rehabilitación Infantil San Vicente.

Nombre del solicitante y parentesco: -----  
Apellido Paterno Materno

Nombre Parentesco

Domicilio: -----  
Calle No. Colonia C.P.

Lugar de procedencia: ----- Teléfono: -----

Lugar donde trabaja: -----

Domicilio del trabajo: -----  
Teléfono

Nombre del niño para el que solicita el servicio:

Nombre: -----  
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)

Fecha de nacimiento: -----  
Día Mes Año

Edad cumplida: -----  
Años y Meses

Diagnóstico: -----

Edad en que inició el padecimiento: -----

Quién le recomendó a esta institución: -----

Motivos por los que solicitó el servicio: -----  
-----  
-----

México D.F., a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 19\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma Interesado

DIRECTORA ADMINISTRATIVA

\_\_\_\_\_  
SI O NO

se autoriza a proporcionar  
el servicio.

OBSERVACIONES:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

T. S./MCHP.

Tanto para el mejor funcionamiento del Centro de Rehabilitación Infantil San Vicente de Paúl como para el Departamento de Trabajo Social y percibiendo las irregularidades en cuanto a cambio de domicilio, trabajo y de otros aspectos de suma importancia, se elabora un Reglamento concerniente a los deberes que tienen los padres para con la institución y el departamento de Trabajo Social como son:

**LOS PADRES DEBERAN:**

- Art. 1 Comunicar de inmediato al Departamento de Trabajo Social, cambio de domicilio o teléfono, así como del lugar donde trabaja.
- Art. 2 Traer documentación completa del menor:
- a) Original y copia del acta de nacimiento
  - b) 3 fotografías tamaño infantil
  - c) Cartilla Nacional de Vacunación
  - d) Resumen o Historia Clínica.
- Art. 3 Proporcionar la información necesaria que les sea solicitada por este departamento.
- Art. 4 Continuar en el hogar con el cumplimiento de los ejercicios para la rehabilitación del menor.
- Art. 5 Asistir puntualmente a todas las reuniones programadas para padres.
- Art. 6 Acudir a citas urgentes relacionadas con el tratamiento del niño.
- Art. 7 Llevarse al menor de vacaciones y regresarlo en la fe--

cha indicada.

**NOTA:**

En caso de que alguno de los puntos anteriores no sea cumplido el servicio será suspendido.

Los cuales son explicados antes de la recepción de documentos y de que el menor ingrese a la persona responsable del niño (padre o madre), así mismo se aclaran todas las dudas posibles que tengan con respecto al funcionamiento de la institución, períodos vacacionales, fines de semana, servicios que proporciona y tiempo de estancia.

También se elabora una hoja de requisitos para Admisión de Nuevos Ingresos que se proporciona después de haber llevado a cabo los trámites necesarios. El proceso que sigue el Departamento de Trabajo Social para ingresos es el siguiente:

1. Llenado de Solicitud de Ingreso;
2. Entrevista inicial donde de manera general aborde su --- problemática y el porqué solicita el servicio;
3. Valoración física a cargo del Departamento de Terapia -- Física;
4. Visita domiciliaria;
5. Información obtenida por el servicio de Trabajo Social al equipo y análisis para la determinación del ingreso del menor;

*Residencia Infantil San Vicente*

*Calle de Copalque 25. Pabellón Copalque*

*Tejapán 16350 México, D. F.*

*Tel. 671-10-71*

Departamento de Trabajo Social.

1. Sólo se recibirá a niños con los siguientes padecimientos:  
\* secuelas de poliomielitis, \* malformaciones congénitas y  
\* parálisis cerebral; que tengan posibilidades de rehabilitación en determinado tiempo.
2. La edad para recibir a los niños será de 1 mes a 11 años - como máximo.
3. La persona responsable del menor traerá la siguiente documentación:
  - a) Acta de nacimiento original y 2 copias fotostáticas;
  - b) Copia de la boleta de Confirmación y Bautizo;
  - c) 3 fotografías tamaño infantil;
  - d) Cartilla Nacional de Vacunación;
  - e) Radiografías y estudios neurológicos;
  - f) Comprobante de la escuela si cursó algún grado;
  - g) Acta de defunción del padre o la madre dependiendo -- del caso;
  - h) Carta poder firmada por el responsable del menor;
  - i) Comprobante de domicilio (recibo de agua o luz);
  - j) Resumen clínico.

Los documentos deberán ser entregados antes de que el menor ingrese.

NOTA:

La persona responsable del menor deberá informar al - Departamento de Trabajo Social, cambio de domicilio o teléfono particular, así como del lugar donde trabaja.

T.S/MCHP.

6. Entrega de hoja de requisitos;
7. Explicación del funcionamiento de la institución y de los servicios que brinda;
8. Recepción de documentos ;
9. Y por último se elabora el expediente.

Estos llevan un orden sucesivo, aquellos niños que son -- dados de baja su expediente pasa al archivo muerto conservando su número, donde se anexa a este un recibo con:

- \* Fecha;
- \* Nombre del menor;
- \* Especificando la documentación entregada;
- \* Firma de quien entregó;
- \* Firma de quien recibió.

En caso de que el menor reingrese, se actualiza la información, fecha y queda en el archivo vigente, se anexa en la -- lista de control. El expediente estándar esta conformado de la siguiente manera:

- \* Estudio Social con fotografía
- \* Hoja de requisitos con los siguientes datos:
  - . nombre completo del niño;
  - . número de expediente;
  - . fecha de ingreso;
  - . subrayado la documentación entre-- gada.

- \* Acta de nacimiento y 2 copias
- \* Boleta de bautizo y confirmación (copia)
- \* Cartilla Nacional de Vacunación
- \* Resumen clínico
- \* Constancia de trabajo
- \* Comprobante de domicilio (agua o luz)
- \* Carta Poder
- \* Carta de aceptación del Hospital Shriners
- \* y solicitud de ingreso.

Con ello se pretende que en determinado momento se presente una emergencia se cuente con la documentación necesaria. También se lleva un cuaderno de contabilidad a manera de CONTROL DE SALIDAS Y ENTRADAS DE LOS PADRES que visitan a sus hijos anotando los siguiente datos:

\* Nombre del niño; \* nombre del familiar; \* parentesco; \* fecha; \* hora de entrada y salida; \* motivo o causa (visita al niño, cita en trabajo social, psicología, se lo lleva de vacaciones, lo lleva a consulta, etc.), \* domicilio y \* lugar de procedencia; nos permite por un lado corroborar domicilio y por otro tomar en cuenta las veces que son visitados los menores. Y en caso de que no lleven o traigan al menor cuando se les ha solicitado se lleva un CONTROL DE REPORTE de llamadas telefónicas donde se anota el motivo o causa y con ello no se suspenda el servicio.



Así mismo se elabora una lista por trimestre de los niños que permanecen en el Centro de Rehabilitación con los siguientes datos:

- \* Nombre del menor;
- \* Número de expediente;
- \* Fecha de nacimiento;
- \* Edad;
- \* Diagnóstico;
- \* Tiempo de permanencia en la residencia;
- \* Lugar de origen;
- \* y dialecto.

Anexando a esta lista las bajas y los nuevos ingresos.

Además el departamento elaboró 2 sonoramas abordando los temas: "LA FAMILIA" y "EL HOGAR". El primero por considerarlo la unidad fundamental de la sociedad, compuesta tradicionalmente por padre, madre e hijos; en la que predominan los vínculos basados en el apoyo, el afecto, la cooperación, la protección y el respeto a la diferencia de cada uno de los miembros. El segundo se hace necesario debido a que un número considerable de menores egresó, de los cuales una parte fueron referidos a internados y los otros con sus respectivas familias; se pretendía comprendiesen que un hogar es un lugar de convivencia permanente entre padres e hijos o bien entre los miembros que integran una institución de asistencia, en donde no necesariamente deba existir un parentesco sanguíneo y ambos

(familia o institución), brindan seguridad, amor, saber com --  
partir, trabajar y la responsabilidad, a través de los princi--  
pios, valores, costumbres y tradiciones que les son inculcadas  
a lo largo de nuestra vida.

Por otra parte dada la demanda al Centro de Rehabilita --  
ción de solicitudes y la capacidad de la institución, el De --  
partamento de Trabajo Social retoma ideas de un directorio pa--  
ra elaborar una guía que sirva de base no sólo para este tipo  
de instituciones, sino de internados, casas cuna, casa-hogar -  
para ancianos, tanto de Asistencia Social Pública como Privada  
dando prioridad a instituciones para personas con parálisis --  
cerebral y deficiencia mental. Acudiendo a este servicio a --  
solicitar información u orientación de lugares que atiendan --  
estos padecimientos.

Así el área de Trabajo Social no se ha enfocado a un só--  
lo tipo de instituciones sino que ha extendido su campo a las  
diversas áreas y realiza las visitas a cada una de ellas soli--  
citando la información de la guía, estableciendo la coordina--  
ción con los servicios en especial con el de Trabajo Social.  
Con esta guía se pretende tener un lineamiento específico de -  
cada institución visitada y clasificándolas por el servicio --  
que ofrecen interno o externo, si es en el Distrito Federal o  
en el interior de la República Mexicana.

En relación a los menores abandonados el Servicio de Trabajo Social se encarga de regularizar trámites legales como es el Acta de Nacimiento documento de vital importancia ya que éste es indispensable para realizar cualquier trámite, acudiendo a la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal (Agencia del Ministerio Público especializada en asuntos de Menores) o Subprocuraduría que consiste en la Denuncia de Hechos para posteriormente se lleve a cabo la Averiguación Previa de esta denuncia; así en un lapso de 6 meses tiempo que le dedican a indagar e investigar todo lo posible en relación al menor y después de un período razonable procuraduría dictaminará la Disposición Definitiva del niño a la institución. Por lo que Trabajo Social se coordina con el servicio de esta misma área, además de doctores, abogados, agentes del Ministerio Público entre otros; los cuales en determinado momento apoyarán a la institución, al menor o bien al Departamento en caso que se requiera.

De la misma manera tanto menores abandonados o quienes carezcan de uno o ambos padres o bien presenten problemas familiares, el área de Trabajo Social busca internados donde les proporcionen seguridad, cariño, porvenir y además desarrollen sus capacidades a pesar de sus limitaciones, en el cual se sientan satisfechos en cuanto a las expectativas que ofrece la institución.

**3.2 En cuanto a las FUNCIONES DE TRABAJO SOCIAL:** (En relación al equipo y las del departamento).

**INVESTIGACION.**

\* Identificar factores económicos, sociales y culturales que influyen en la frecuencia de -- transtornos motores y neuromo-- tores (malformaciones congéni-- tas, secuelas de poliomielitis y parálisis cerebral).

\* Investigar situación familiar de los menores a egresar de la Residencia Infantil e institu-- ciones a los que serán referi-- dos.

\* Complementar y actualizar in-- formación de los expedientes de los niños que permanecen en el Centro.

**ACTIVIDADES.**

° Visita domiciliaria  
° Entrevistas  
° Aplicación del Estudio So-- cial  
° Elaboración de familiograma

° Visita domiciliaria  
° Informe de la visita reali-- zada  
° Recabación de requisitos de ingreso.

° Visita domiciliaria  
° Entrevista  
° Aplicación del Estudio So-- cial  
° Recepción de documentos --- faltantes  
° Elaboración de citatorios y constancias.

## INVESTIGACION.

\* Investigar instituciones que pueden ser utilizadas para los casos en que se requiera.

## PLANEACION.

\* Elaborar programa trimestral por área y equipo.

\* Conjuntar la participación -- del área de Trabajo Social a -- realizar en el equipo multidisciplinario.

\* Elaborar cronograma de actividades conforme a lo programado

## ACTIVIDADES.

° Visita a institución  
° Llenado de guía  
° Elaboración y actualización de fichero y directorio.

° En base a los resultados -- obtenidos de las juntas en -- equipo; de padres de familia; personal; niños y voluntarios

° Exposiciones  
° Elaboración de sonoramas  
° Dinámicas grupales a padres, menores y personal.  
° Elaboración de material para juntas  
° Llevar una relación de los padres que asisten a las juntas  
° Elaboración de circulares, cartas, trípticos y folletos

## PLANEACION.

tanto por área como en equipo.

## COORDINACION.

\* Establecer coordinación con -  
otras instituciones tanto de --  
Asistencia Pública como Priva-  
da (casa cuna, internados, cen-  
tros de rehabilitación y otros).

\* Establecer canales de comuni-  
cación interna y externa tanto  
con recursos humanos e institu-  
cionales.

\* Establecer coordinación Pro--  
curaduría y Subprocuraduría en  
la regularización de trámites -  
de Orden Legal de menores aban-  
donados.

\* Referir a los monores de la  
Residencia Infantil abandonados  
que han rebasado el límite de -  
edad a instituciones que les --  
brinden expectativas para lo---  
grar su autosuficiencia.

## ACTIVIDADES.

° Recabación de datos acerca  
de los servicios, población y  
requisitos de admisión.

° Recurrir a estas a realizar  
denuncia de hechos o acta de  
abandono y posteriormente el  
acta de nacimiento.

° Recabación de documentación  
solicitada para su ingreso.  
° Llenado de solicitud  
° Visita a la institución  
° Entrevista en el departa --  
mento de Trabajo Social

## COORDINACION.

\* Integrar de forma organizada el departamento de trabajo social al equipo multidisciplinario de manera que todas las áreas se complementen con el fin de lograr una rehabilitación integral.

## ACTIVIDADES.

- ° Elaboración de Historia Familiar, intervenciones quirúrgicas, esquema de vacunas, sacramentos y enfermedades padecidas por el menor.
- ° Entrega de documentación solicitada.
- ° Aportación de datos en cuanto a situación familiar, social, ambiental de los menores.
- ° Elaboración de trípticos y folletos
- ° Elaboración de periódico
- ° Aportación de artículos, folletos o libros sobre limitados físicos; direcciones de centros de capacitación y talleres
- ° Elaboración de sonoramas:  
LA FAMILIA Y EL HOCAR.
- ° Participación en Juntas de menores, padres y personal.

## COORDINACION.

\* Establecer el enlace entre la población atendida y el equipo multidisciplinario así como -- con otras instituciones.

## ASISTENCIA.

\* Realizar estudio social y seguimiento de casos hasta donde sea posible de menores egresados de la Residencia, con el -- fin de detectar los obstáculos que han impedido su desarrollo personal.

## ACTIVIDADES.

En habilidades sociales (ascender y descender del transporte), en actividades de la vida diaria: barrer, trapear y limpiar vidrios.

° Elaboración del material a utilizar en los eventos (gafetes y carteles).

° Comunicación directa (Entrevista).

° Comunicación indirecta mediante el envío de cartas, telegramas o llamadas telefónicas.

° Visita domiciliaria

° Llamadas telefónicas

° Envío de correspondencia.

## ASISTENCIA.

Asesorar al equipo en relación al área de Trabajo Social.

\* Orientar y apoyar a personas tanto conocidas como ajenas al Centro de Rehabilitación.

\* Brindar atención a la persona responsable (madre o padre) de nuevos ingresos.

## ACTIVIDADES.

° Exposiciones  
° Explicación del funcionamiento del Departamento.

° Atención a padres de familia

° Aportación de direcciones

° Explicación del proceso para ingreso del menor

° Funcionamiento y servicios de la Residencia

° Explicación del reglamento.

## SUPERVISION.

\* Contribuir a la utilización de los recursos institucionales y coadyuvar a la simplificación de los trámites respectivos.

\* Profundizar en el conocimiento de la institución para que se presenten nuevas alternativas

° Elaborar folleto que incluya objetivo de la Residencia, población que se atiende, per-

## SUPERVISION.

vas de acción y proporcionar un mejor servicio a las personas

## ACTIVIDADES.

sonal así como los servicios que proporciona.

## EVALUACION.

\* Evaluar por trimestre área -- y equipo.

° Junta trimestral en la que se lleva a cabo la retroalimentación de cada miembro.

° Area:

Objetivos:

- a) alcanzados
- b) no alcanzados (por qué)
- c) alternativas.

° Equipo:

Objetivos:

- a) alcanzados
- b) no alcanzados
- . Aspectos positivos del --- equipo que favorecieron mi -- crecimiento profesional.
- . Aspectos negativos.
- . Alternativas.

Así mediante esta serie de funciones y actividades se ha organizado el Departamento de Trabajo Social, el cual además de cumplir con las funciones propias realiza las que le corresponden dentro del equipo.

En relación con los canales de comunicación interna existentes en la institución Trabajo Social establece coordinación con:

#### TRABAJO SOCIAL Y COORDINACION.

Ambas áreas se coordinan en cuanto a la información de datos -- generales, pero Coordinación se encarga de llevar el expediente en relación a lo que se le ha realizado al menor como análisis, tratamientos e intervenciones quirúrgicas. Y solicita información correspondiente a su situación familiar, interés y actitud de la familia y posteriormente comentarlo al equipo.

#### TRABAJO SOCIAL Y TERAPIA FISICA.

La relación es estrecha ya que por ambas partes hay retroalimentación, se unifican criterios en base a los menores por ingresar, solicita a Trabajo Social información general y datos -- relevantes como situación familiar y condiciones de vivienda -- para que el terapeuta físico acondicione el proceso de rehabilitación de acuerdo a las características del medio circundante del menor. Trabajo Social recurre a esta área para aclaración de dudas en cuanto a tratamiento, estudios e intervenciones quirúrgicas.

#### TRABAJO SOCIAL Y PSICOLOGIA.

Estos departamentos comparan información de los menores cuando ésta no es muy congruente y más si no se realiza visita domiciliaria y en base a esto proponer alternativas para complementar y confirmar dicha información. También el área de Trabajo Social se coordina con Psicología, donde la primera aporta datos en cuanto a las actitudes o sentimientos de los padres y elaborar perfil inicial de estos para la realización de las Juntas de Padres de familia.

#### TRABAJO SOCIAL Y TERAPIA DE LENGUAJE.

El departamento de Trabajo Social se ha integrado a Terapia de Lenguaje en cuanto a la elaboración de tablas de comunicación de acuerdo a la necesidad del menor, al ser la trabajadora social la encargada de conocer condiciones de vivienda, palabras comunes a su lugar de origen con el fin de que las imágenes o dibujos se apeguen a su realidad en cuanto a vivienda, costumbres y tradiciones sin alterar el significado.

El Licenciado en Trabajo Social en esta área tiene una amplia y diversa gama de funciones y actividades tanto individualmente como en equipo, por lo que debe estar sumamente preparado en este campo y poder establecer relación con otros, para brindar orientación e información a los padres de familia acerca de los avances de sus hijos.

El niño como un ser bio-psico-social tanto normal como el que presenta alguna limitación, retoma su experiencia del medio que le rodea, primordialmente de su hogar, es decir del lugar - donde convive, de ahí la importancia de conocer al núcleo familiar como vínculo esencial.

Así se pretende lograr una comunicación estrecha y permanente - con las familias de los menores tanto del interior de la República Mexicana como del Distrito Federal en especial a los primeros debido a la distancia factor que en ocasiones trunca toda comunicación y contacto posible con sus hijos y con la institución misma.

Se ha establecido notablemente la comunicación con los padres y familiares a través de cartas, telegramas, trípticos y - folletos que elabora el Departamento de Trabajo Social.

El Licenciado en Trabajo Social considera de suma importancia - al núcleo familiar debido a que el menor regresará a su lugar - de origen y es ahí donde empleará lo aprendido en el Centro.

Para poder llevar a cabo esta labor de enlace entre el --- equipo y padres de familia, en la rehabilitación del menor se necesita cumplir con una multiplicidad de funciones para los -- cuales como se mencionó anteriormente se requiere de un cúmulo de conocimientos en cuanto a los diferentes padecimientos, causas, pronóstico y tratamiento de los mismos, de las características y situación de las familias, procedencia de los menores y

sobre todo a la comprensión del comportamiento humano a fin de estar en posibilidad de apoyar y orientar a estos, sin restar importancia a la interrelación del equipo multidisciplinario -- que debe establecer el trabajador social y lograr con ello un mejor funcionamiento de la institución.

## CAPITULO IV.

### INVESTIGACION DE LAS FAMILIAS DE LOS MENORES INTERNOS EN LA RESIDENCIA INFANTIL.

#### INTRODUCCION.

El presente capítulo aborda los resultados obtenidos de la investigación realizada en el Centro de Rehabilitación Infantil San Vicente de Paúl.

De acuerdo a los estudios realizados se llevaron a cabo 40 entrevistas a padres de familia (conformado por 2 grupos de 2 y 4 hermanos respectivamente) sin tener en cuenta a 10 niños que han sido abandonados por sus familiares. Los menores presentan padecimientos tales como parálisis cerebral, malformaciones congénitas y secuelas de poliomielitis, permaneciendo en la Residencia en ocasiones más tiempo aún cuando hayan rebasado el límite de edad, por lo que Trabajo Social se ve en la necesidad de referirlos a un lugar adecuado donde les brinden seguridad, cariño, trabajo, la responsabilidad y el saber-compartir; alojándose una larga estancia para el logro de su desarrollo personal.

Por otra parte dentro de los obstáculos que se tuvieron para llevar a cabo la investigación se considera de suma im --

portancia el no haber realizado las visitas domiciliarias de acuerdo al número de las entrevistas, por la lejanía de los lugares, por la falta de apoyo económico que impidió ver las condiciones que rodean al menor en cuanto a su vivienda, medio familiar y social, así como detectar factores que en determinado momento pueden limitar la rehabilitación, sólo se hicieron visitas domiciliarias en Cuernavaca, Estado de México y Distrito Federal.

Se considera de vital importancia la visita domiciliaria debido a que las familias expresan más sobre sus angustias, temores, dudas o situación familiar que en un lugar cerrado y ajeno. Otro obstáculo fue el tiempo al ocuparse más de lo propuesto en las entrevistas, que se debió principalmente a padres que no se presentaron oportunamente en la Residencia Infantil por causas ajenas a ellos como falta de recursos económicos, problemas de salud, de siembra, etc.

#### 4.1. JUSTIFICACION.

Día a día la situación social, política, económica, física, etc., de nuestro país es más difícil, debido entre otros factores, a que con el paso del tiempo el mínimo de satisfactores sólo es alcanzado por un reducido grupo, mientras que una gran mayoría carece de lo más indispensable para subsistir como son los alimentos básicos y nutritivos, lo que repercute de un modo u otro en el crecimiento del ser humano, pues son -

condicionadores que en determinado momento llegan a alterar la evolución embrionaria de una mujer embarazada o al producto -- posteriormente al nacimiento, originando malformaciones o alteraciones neurológicas importantes, que impiden el desarrollo físico y mental adecuado en el niño y que por falta de recursos económicos y muchas veces por la ignorancia no son atendidos oportunamente.

Es por lo anterior que la Residencia Infantil o Centro de Rehabilitación Infantil San Vicente de Paúl, con la idea de -- prestar un servicio social, brinda atención a niños con trastornos motores y neuromotores: malformaciones congénitas, secuelas de poliomielitis y parálisis cerebral, el tiempo que -- sea necesario para su rehabilitación, ofreciéndoles los siguientes servicios: alimentación, vestido, casa, escuela externa y apoyo académico interno, terapia física y terapia de -- lenguaje, como una forma de rehabilitación.

Sin embargo, la institución se ha visto limitada en los -- resultados del tratamiento, debido a la falta de participación de las familias, principalmente de los padres en la rehabilitación del menor, es por eso que en el presente trabajo se -- pretende identificar aquellos factores que impiden la intervención de los padres tanto con la institución como con el niño, a fin de incidir en esta problemática.

Así mismo debido a que en el Centro de Rehabilitación, --  
recientemente se instituyó el Departamento de Trabajo Social,  
se considera pertinente destacar las funciones propias del Li-  
cenciado en Trabajo Social en este tipo de instituciones y de-  
terminar la participación de éste como parte del equipo multi-  
disciplinario de la misma.

#### 4.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El escaso o nulo conocimiento por parte de la familia y -  
personas que rodean al paciente internado en el Centro de Re-  
habilitación o Residencia Infantil San Vicente de Paúl, sobre  
las características sociales, físicas y psicológicas del niño  
con alteraciones del aparato motor y neuromotor (malformacio-  
nes congénitas, secuelas de poliomielitis y parálisis cere ---  
bral) rehabilitables, impide comprender en su magnitud real --  
las condiciones de su paciente y sus posibilidades de rehabi-  
litación, por lo cual el desconocimiento de la familia mani --  
festado por la marginación en que viven y el sentimiento de --  
inutilidad y angustia que comúnmente se desarrolla en ellos --  
los convierte en sujetos vulnerables a las actitudes de rechazo  
emitidas por las personas que conforman su entorno familiar  
y social.

Los principales trastornos de personalidad que se mani-  
fiestan en los niños con alteraciones del aparato motor y neu-  
romotor son ocasionados por el rechazo, aislamiento y abando--

no, generándoles un sentimiento de inutilidad con consecuencias afectivo-emocionales, que les dejan una sensación de inseguridad hacia lo desconocido.

#### 4.3. OBJETIVOS.

##### OBJETIVOS GENERALES:

- \* Inducir hacia una mayor participación a la familia en el trabajo a desarrollar, para responsabilizarlos de sus hijos y de su autodesarrollo en el proceso de rehabilitación.
- \* Modificar los factores que impiden la participación de la familia en la rehabilitación del menor.

##### OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- \* Identificar factores que influyen en la rehabilitación del menor con problemas del aparato motor y neuromotor.
- \* Analizar las características familiares que rodean a los menores internos de dicha institución.
- \* Identificar factores que impiden la participación de los familiares con el menor y con la institución.

#### 4.4. HIPOTESIS.

- \* A mayor desconocimiento de las causas del padecimiento del interno, menor será la relación de la familia con su hijo y con la institución.

\* A mayor ignorancia del padecimiento del interno menor será la participación del núcleo familiar hacia su tratamiento.

#### 4.5. METODOLOGIA.

Para la elaboración del trabajo se realizó una investigación social, de tipo descriptivo la cual se llevó a cabo en el Centro de Rehabilitación Infantil San Vicente de Paúl, para lo cual se tomó en cuenta la Investigación Documental como fuentes históricas, monografías y documentos públicos, privados, así -- como artículos sobre el tema que se trató (con la que se es --- estructuró el Primero y Segundo capítulo). Y la Investigación Directa de la cual se obtuvo la información para el análisis de la problemática estudiada a través de las técnicas como la Observación y la Entrevista Estructurada.

Los métodos utilizados fueron el deductivo en cuanto a la Investigación Documental para obtener antecedentes de la Asistencia Social Pública, Privada y el desarrollo de éstas, así -- como de la Residencia Infantil San Vicente de Paúl, sobre las causas de los Transtornos Motores y Neuromotores y el campo de acción del Trabajador Social en el área de rehabilitación. Concluyéndose con el método de Trabajo Social individualizado a -- través del cual se conoció de manera integral a los sujetos de estudio, utilizando para este fin la entrevista estructurada y la observación mencionadas con anterioridad.

En cuanto a la recopilación de la información relativa a los menores que reciben tratamiento en el Centro, se utilizó la Entrevista Estructurada y la Visita Domiciliaria, para la captación de datos abundantes, por ser más personal y porque permitió establecer una relación de confianza con el informante, además se pudieron observar las reacciones de las personas mediante la técnica de la observación, por lo que el estudio fue transversal al medirse sólo una vez las características de la población en un tiempo determinado.

El instrumento utilizado con el que se reunió la información fue la Cédula de Entrevista, por ser el entrevistador --- quien la aplicó; además de que nos permitió obtener información abundante y necesaria de las preguntas abiertas, facilitándonos la aclaración de dudas respecto a los términos que son poco --- usuales para ellos y por lo mismo no los comprendían y determinar si las personas tienen bajo nivel educativo.

El total de la población es de 50 casos, de éstos 10 menores son abandonados por lo tanto la investigación se aplicó a 40 familias, en las que se incluyeron 2 grupos de hermanos de 2 y 4 integrantes. En cuanto al tipo de Estadística utilizada fue la Descriptiva la cual indicó el número de unidades que pertenecen a cada categoría (de acuerdo a la Cédula de Entrevista). Así estos totales se conocen como Distribuciones Estadísticas o frecuencias.

De acuerdo con lo anterior se confrontaron los resultados a través del cruce de variables con la finalidad de validar las hipótesis. Por otra parte se realizaron visitas sólo en el Distrito Federal, Cuernavaca y Estado de México, ya que el obstáculo fue la lejanía de los diferentes lugares de origen de las familias entrevistadas, así como por la falta de recursos económicos para realizarlas, por lo que un número considerable de entrevistas se aplicó en la oficina de Trabajo Social, pero --- ayudó el haber mantenido correspondencia y constante comunicación previa con las familias, ya que eran casos que se venían --- tratando con anterioridad y con ello lograr que la información fuera lo más veraz posible; coadyuvando por un lado a comple--- mentar, actualizar y elaborar estudio de quien no lo tenía y --- sirvió para contar con un estudio integral de cada uno de los --- menores que se encuentra en la institución.

#### 4.6. RECOPIACION DE DATOS.

En relación a el lugar de origen de los menores investigados, la distribución de la población sobre el territorio va ligado a modalidades de la existencia que son a su vez consecuencia de la estructura económica y social definida dentro de --- cierto marco geográfico. Por lo que se pueden observar grandes diferencias para algunos Estados como: Oaxaca, Puebla, More --- los, Guerrero, Michoacán debido fundamentalmente, a una noto---

ría falta de recursos económicos (contemplan el ingreso promedio más bajo del país) carencia de servicios públicos, médicos y educativos.

Así, de acuerdo con la investigación realizada en cuanto al lugar de origen de los menores el porcentaje quedó de la siguiente manera: 26% para el Distrito Federal (personas con escasos recursos para trasladar al menor diariamente a un Centro de Rehabilitación); el 74% es para el interior de la República Mexicana y quedan distribuidos así: 21% para el Estado de Oaxaca, 14% Michoacán; 5% Morelos; 7% Guerrero; con 5% están los Estados de Tlaxcala, Hidalgo y Chiapas respectivamente; Guanajuato, Tabasco, Jalisco con 2% cada uno y el país de Guatemala con igual porcentaje. (Cuadro y gráfica 1).

En cuanto al sexo de los pacientes el mayor porcentaje lo ocupó el sexo masculino con el 52% y 48% el femenino con una diferencia del 4% que se desprende que el hombre tiende a ser ligeramente más susceptible a ciertos padecimientos, debido a su constitución física y en cuanto al aspecto genético. (Cuadro y gráfica 2).

Con respecto a la edad de la población infantil a la cual proporciona rehabilitación, la Residencia Infantil se encontró lo siguiente: 7% a menores de 3 años; 13% mayores de 3 y menores de 6 años; 16% mayores de 6 y menores de 9 años; 23% mayo--

res de 9 y menores de 12 años; 34% mayores de 12 y menores de 15 años y 7% a menores de más de 15 años. (Cuadro y gráfica 3).

En relación al tipo de parto el 84% de madres de familia informaron que fué normal; el 9% por cesárea y un 7% parto prematuro. (Cuadro y gráfica 4).

Al respecto se observó que el 41% correspondió al tipo de atención proporcionada por médicos ya sea en hospital o clínica; el 34% no tuvo ningún tipo de atención durante el parto ya que fue la misma gestante quién se atendió; por consiguiente el 25% corresponde a personas que recibieron ayuda empírica, es decir gente que se dedica a brindar ayuda sin tener en muchos casos conocimientos médicos como las comadronas o parteras. (Cuadro y gráfica 5).

De la investigación realizada el lugar que ocupa entre sus hermanos, el menor con limitación, es de la siguiente manera: - 1ero. un 18%; el 2do. 27%; 3ero. el 9%; 4to. 18%; el 5to. 7%; - 6to. un 5%; 7mo. 11% y 8vo. 5%. (Cuadro y gráfica 6).

En cuanto al tipo de padecimiento de la investigación llevada a cabo fue predominante el adquirido con el 75%, mientras el 25% corresponde al congénito. (Cuadro y gráfica 7).

En relación a las malformaciones congénitas el 64% es ocupado por el sexo femenino, mientras que el 36% corresponde al sexo masculino haciendo el 25% de la población. (Cuadro y gráfica 8).

De las diversas malformaciones que se rehabilitan en la Residencia Infantil: el 27% es para pie equino varo; 19% a secuelas de mielomeningocele y 9% para cada uno de los siguientes padecimientos: artrogriphosis, escoliosis, paladar hendido, distrofia muscular, ausencia de miembros y anacusia congénita. (Cuadro y gráfica 9).

En cuanto a la parálisis cerebral el 77% es padecido por el sexo masculino, mientras el 23% es para el sexo femenino teniendo el 50% de los menores. (Cuadro y gráfica 10).

En lo que respecta al tipo de parálisis cerebral que se caracteriza por la ubicación de la lesión y por otra en relación al pronóstico del menor en cuanto a su desarrollo y a la independencia de éste, para el tipo espástico el 77%; en el rígido 18%, mientras que tipo atetósico el 5%. (Cuadro y gráfica 11).

De la investigación llevada a cabo en cuanto a secuelas de poliomielitis el 27% es ocupado por el sexo masculino mientras el 73% es para el sexo femenino resultando el 25% de este pade-

cimiento. (Cuadro y gráfica 12).

El 61% de los menores había recibido atención esporádica así como alguna revisión, mientras que el 39% no recibió ningún tipo de atención médica y de fuentes directas o indirectas se enteran de la Residencia Infantil San Vicente de Paúl. (Cuadro y gráfica 13).

En cuanto a la investigación realizada de la población infantil atendida en el Centro de Rehabilitación se tomó como punto importante el grado de la limitación que tiene el menor, el 52% requiere de ayuda en aspectos complicados es decir, en actividades de la vida diaria; el 36% se basta así mismo, aunque en determinado momento requerirá ayuda y el 12% de la población es totalmente dependiente y requerirá ayuda a lo largo de su vida, dado el grado de afectación es severa. (Cuadro y gráfica 14).

Las familias expresaron los motivos por los que sus hijos han sido traídos a la Residencia Infantil, el 39% para que se rehabilite; el 34% para que se cure, un 7% por motivos económicos; el 7% a causa del trabajo de los padres; el 7% para que se valga por el mismo; 4% por motivos de salud de la madre y un 2% por motivos de distancia. (Cuadro y gráfica 15).

En cuanto a los antecedentes heredo-familiares por parte del padre el 36% corresponde a los que son alcohólicos lo que genera una predisposición a que el menor nazca con alguna alteración física o mental; 2% adictos al tabaquismo; 2% a personas con tuberculosis pulmonar; el 5% enfermedades cardiovasculares; 2% drogadicción; un 5% corresponde a padres que fallecieron y se desconoce cual haya sido la causa y el 48% es para personas que no tienen antecedentes heredo-familiares. (Cuadro y gráfica 16).

En relación a los antecedentes por parte de la madre el 11% corresponde a personas que han presentado diferentes tipos de cáncer; el 9% tiene artritis y reumas; el 5% a quienes presentan alteraciones emocionales permaneciendo aún en hospital psiquiátrico; 2% se desconoce la causa por la que falleció; 2% padecen diabetes; 5% enfermedades cardiovasculares y el 66% no presenta algún antecedente. (Cuadro y gráfica 17).

Así observamos en la investigación llevada a cabo que el 48% corresponde a menores que viven con ambos padres; mientras el 52% vive con la madre, abuelos o con algún familiar cercano. (Cuadro y gráfica 18).

De los menores que no viven con ambos padres el porcentaje se subdivide de la siguiente manera: el 82% vive sólo con su madre ya que por diferentes motivos se ha suscitado el que no -

habiten la misma casa; el 9% vive con su padre debido a que la madre falleció o se encuentra enferma y un 9% vive con sus --- abuelos maternos debido a que los ambos padres fallecieron. (Cuadro y gráfica 19).

Entre los motivos por los que no viven juntos el 65% están separados al presentarse una situación inestable así como agrosiones verbales y físicas, el 18% el padre falleció, un 9% falleció la madre; 4% fallecieron ambos y el 4% la madre está recluida en hospital psiquiátrico. (Cuadro y gráfica 20):

En relación al estado civil de los padres, la población -- investigada el 41% corresponde a personas que han contraído matrimonio ya sea por una ley (legal o religiosamente) o ambas; el 25% es para madres solteras que han tenido una o varias ---- uniones libres pero por ahora se encuentran solas; el 16% a --- personas que viven en unión libre; con el 9% a personas viudas; y el 9% para quienes están casados pero que hoy se encuentran - separados desconociendo el paradero de su pareja. (Cuadro y --- gráfica 21).

En cuanto a la escolaridad referente al padre de familia el 43% no tiene ninguna escolaridad; 2% sabe leer y escribir -- sin haber asistido a la escuela; el 35% ha cursado uno o varios grados sin concluir la primaria; el 9% primaria completa; 2% ha cursado la secundaria incompleta y un 9% secundaria completa, -

debido a que desde temprana edad se ha integrado a las labores del campo y manutención de su familia, sin concluir sus estudios. (Cuadro y gráfica 22).

En cuanto a la escolaridad de la madre se observó lo siguiente el 39% no tiene ninguna escolaridad; 2% sabe leer y escribir sin haber cursado algún grado escolar; con 43% madres que han cursado algún grado de primaria sin complementar su educación básica; el 11% ha cursado la primaria completa y el 5% secundaria completa. (Cuadro y gráfica 23).

Mientras que la actividad económica que desempeñan los padres de familia es la siguiente: el 55% es para la ocupación de campesino, 6% pescador; el 9% a la ocupación de albañil; 6% obrero; 6% taxista; 6% maestro de primaria; 6% comerciante; 3% pintor y por último 3% sargento. (Cuadro y gráfica 24).

En lo que se refiere a la ocupación de la madre se encontró que los trabajos que las mujeres desempeñan fuera de su hogar son por lo general una prolongación del trabajo doméstico; así el 51% corresponde a quienes se dedican al hogar, el 34% son empleadas domésticas y con igual porcentaje respectivamente de 5% son obreras, cocineras y comerciantes. (Cuadro y gráfica 25).

En relación al dialecto que hablan los padres el 6% co---

rresponde al dialecto Chatino; y con igual porcentaje respectivamente de 2% a cada uno de ellos el Mazateco, Mixe y Otomí - que equivale al 11% de la población, mientras que el 88% habla sólo el vocablo español. (Cuadro y gráfica 26).

En cuanto al dialecto que hablan las madres es: 7% el Chatino y con 2% cada uno el Mazateco, Mixe y Otomí respectivamente, que equivale a el 13%, mientras el 87% sólo habla el vocablo español. (Cuadro y gráfica 27).

De lo antes referido el 75% de los padres pertenecen a la Población Económicamente Activa (PEA). (Cuadro y gráfica 28). El 25% corresponde a padres que no trabajan perteneciendo a la Población Económicamente Inactiva, y por diferentes motivos entre los que destacan 73% a padres de los que se ignora su paradero y el 23% a personas que han fallecido. (Cuadro y gráfica - 29).

En cuanto al tipo de empleo de los padres el 21% es de base; el 76% el empleo es eventual (se considera la ocupación de campesino y albañil) y el 3% a subempleados personas que no gozan de ninguno de los Derechos de la Ley Federal del Trabajo. (Cuadro y gráfica 30).

En lo referente al tipo de empleo por parte de la madre el 14% es de base, el 81% es eventual y 5% subempleados lo que ---

evita el otorgamiento de prestaciones. (Cuadro y gráfica 31).

En cuanto al ingreso que perciben las familias, el 7% corresponde a quienes obtienen menos de un salario; el 39% más de un salario y menos de 2; el 36% más de 2 y menos de 3; 9% más de 3 y menos de 4 y más de 5 salarios el 9%, tomando en cuenta el nivel de dependencia de un salario para la manutención de 5 ó más integrantes. (Cuadro y gráfica 32).

Los porcentajes de alimentos que consume la población son los siguientes:

Leche. El 20% consume leche diariamente; 30% lo hace frecuentemente (2 o 3 veces por semana); 30% ocasionalmente (2 a 3 veces por mes) y 20% esporádicamente (1 o 2 veces por año).

Huevo. En cuanto al consumo de este alimento el 27% diario; 34% frecuentemente; 34% ocasionalmente y 5% esporádicamente.

Carne. En lo referente a la carne 11% la consume frecuentemente; 73% ocasionalmente y 16% lo hace esporádicamente.

Pollo. El 14% consume frecuentemente; 79% ocasionalmente y 7% -- esporádicamente.

Verduras. En cuanto al consumo de verduras 39% lo hace diaria -- mente; 18% frecuente; 32% ocasionalmente y 11% esporádicamente.

Fruta. De la población investigada 11% consume diariamente fruta; 37% frecuente; 41% ocasionalmente y 11% esporádicamente.

Tortillas. En cuanto al consumo de tortillas el 100% de la población hace uso de este producto diariamente por considerarse de la canasta básica.

Café. En lo referente al café el 73% lo consume diariamente y el 27% lo hace frecuentemente. (Cuadros y gráficas 33, 34, 35 y --- 36).

En relación al grupo familiar cabe mencionar el número de integrantes que se observó es el siguiente: el 5% para familias de 1 a 3 miembros; el 27% de 4 a 6 miembros; el 39% de 7 a 9 --- miembros y el 29% de 10 a 12 miembros. (Cuadro y gráfica 37).

De la investigación llevada a cabo el papel de jefe de familia 57% corresponde al padre o en su defecto por el padrastro; el 36% es la madre quien desempeña esta función ; el 2% funge -- como jefe el hermano mayor y 5% abuelos maternos cuando han fa-- llecido ambos padres. (Cuadro y gráfica 38).

En cuanto a las relaciones familiares entre los padres, es decir el tipo de convivencia que llevan el 36% su relación es -- nula no viven en la misma casa; 14% no hay relación falleció el padre o la madre; el 7% las relaciones son violentas, agresiones verbales y físicas; 18% las relaciones son cordiales hay convi-- vencia entre ellos y hacia los demás miembros y 25% la relación es regular. (Cuadro y gráfica 39).

En lo referente a las reacciones o actitudes del padre hacia su hijo con limitación física el resultado es el siguiente: el 20% total rechazo al menor; 16% la actitud es nula al haber abandonado su hogar; 9% a actitudes de indiferencia el menor no existe para él; 5% desconoce sobre el padecimiento con el que nació su hijo debido a que desde el embarazo no era aceptado; - el 23% están en actitud de aceptación y 27% son actitudes afectivas y cooperativas en las que hay cariño y muestras de cooperación para la rehabilitación y padecimiento del menor y tratan de crear un ambiente adecuado para toda la familia. (Cuadro y gráfica 40).

En cuanto a la actitud de la madre hacia el menor el 43% son actitudes afectivas y cooperativas; 39% de aceptación; 7% de sobreprotección; 7% de indiferencia y el 4% nulas debido a que las madres fallecieron. (Cuadro y gráfica 41).

En lo que se refiere al ambiente físico, el 63% vive en zona de tipo rural predominando la ausencia de servicios y dedicados a la agricultura; 23% vive en zona urbana quienes presentan deficiencias de servicios debido al incremento demográfico y el 14% a familias de zonas suburbanas. (Cuadro y gráfica 42).

En relación al tipo de vivienda el 61% habita casa sola; - 14% en vecindad y 25% otros, aquí se incluye vivienda familiar,

es decir viven abuelos, hermanos; quienes viven en un circo así como los que viven en campamentos. (Cuadro y gráfica 43).

El tipo de tenencia (vivienda) en la investigación realizada es el siguiente: 48% posee casa propia terrenos que han sido legados de padres a hijos por lo general en zona rural; - el 5% a plazos; 18% rentada; 18% prestada por algún familiar o conocido y en otros 11% corresponde a ejidatarios, quien tiene un circo sin lugar fijo para residir. (Cuadro y gráfica 44).

En cuanto a las condiciones del material del inmueble ---- dadas las condiciones económicas, sociales y geográficas de la población el 2% tiene piso de mosaico; el 46% piso de cemento; el 2% de madera y un 50% piso de tierra lo que coadyuva al deterioro de la salud. (Cuadro y gráfica 45).

En relación al material de las paredes los datos fueron -- los siguientes: 37% de ladrillo; 11% de madera; 34% de adobe o block; 2% de concreto y 16% corresponde a otros en el que quedan comprendido viviendas que tienen paredes de piedra, manta y palma. (Cuadro y gráfica 46).

En lo referente al material del techo el 23% tiene lámina de asbesto; 43% lámina de cartón; 9% concreto y el 25% que corresponde a otros viviendas con lámina de fierro, bóveda de ladrillo, manta, teja y palma. (Cuadro y gráfica 47).

En cuanto a los servicios públicos con los que cuenta la vivienda: 55% de familias cuentan con agua potable mientras el 45% carecen de este servicio. En relación a otro servicio como es la luz el 75% tiene y el 25% carece del mismo y recurren al uso del cándil para cubrir esta necesidad. El resultado de la investigación demuestra que el 20% cuenta con el servicio de drenaje mientras el 80% no cuenta con este, lo que propicia la defecación al aire libre. En lo referente al transporte el 59% cuenta con este servicio y el 41% no tiene éste servicio. En otro servicio como es el alumbrado público el porcentaje queda de la siguiente manera el 39% si tiene este servicio y el 61% carece del mismo. (Cuadros y gráficas 48 y 49).

El número de cuartos que posee cada familia es: 27% tienen un sólo cuarto que destinan como dormitorio y cocina; 43% tienen dos cuartos dormitorio y cocina; 23% cuentan con tres cuartos dos dormitorios y una cocina y el 7% tienen más de tres dormitorios, cocina y comedor. (Cuadro y gráfica 50).

En lo referente a los servicios sanitarios el 20% cuentan con baño; 25% tiene letrina; 7% fosa séptica, mientras un elevado porcentaje de 48% defecan al aire libre al no contar con el servicio de drenaje que trae consigo graves riesgos de enfermedades (Cuadro y gráfica 51).

De la población que acude a la Residencia en relación a la atención médica: 18% cuenta con IMSS; 2% ISSSTE; 2% recibe atención en el Militar; 17% recurren a médico particular; 39% no -- cuenta con ningún tipo de institución y recurre al tipo asis -- tencial como IMAN, Centro de Salud, Hospital Infantil de México 11% no cuenta con ningún tipo de atención médica por lo que recurren a remedios caseros como hierbas, té y ungentos y 11% -- es para otros en los que se incluye a clínicas para refugiados guatemaltecos. (Cuadro y gráfica 52).

En lo referente a las conductas antisociales el 30% es de alcohólicos; 2% para personas adictas al cigarro; 2% farmacodependiente y el 66% no presenta alguna adicción. (Cuadro y gráfica 53).

Por consiguiente todo aquello que afecta a la familia repercute en los miembros, presentando diversos problemas: 7% desintegración; 7% problemas de vivienda; 46% falta de recursos económicos; 3% falta de tiempo para atenderlo; 8% alcoholismo o drogadicción de alguno de los padres o miembro de la familia; - 5% deficientes relaciones intrafamiliares; 5% problemas de trabajo; 3% problemas de salud en algún otro miembro; 3% falta de escolaridad en los hijos; 3% enfermedad del paciente; 7% ninguno y otros 3% en los que se incluye la familia ignora el nacimiento y padecimiento del menor, no saber como participar en el tratamiento; al hermano le afecta que el menor con limitación -

esté en el internado. Cabe mencionar que el total de la población no corresponde a las personas entrevistadas porque contestaron a más de un reactivo. (Cuadro y gráfica 54).

En cuanto a los problemas que hay en su comunidad de las familias investigadas el 11% son problemas vecinales, rumores que afectan a algún familiar; el 11% es el alcoholismo predominante en las calles; 5% el pandillerismo; 5% delincuencia refiriéndose con ésto a la siembra de marihuana en donde dada la situación económica de las familias obtienen su fuente de manutención; 5% la contaminación; 25% la falta de servicios públicos indispensables; 11% la falta de fuentes de labores que propicia la emigración hacia el interior como el Distrito Federal, Guadalajara y Monterrey y hacia el exterior como Estados Unidos; 11% el problema de la emigración con el fin de obtener mejores ingresos y el 16% considera que no hay ningún problema dentro de su comunidad. (Cuadro y gráfica 55).

En relación al tiempo de permanencia de los menores el 34% es la población que ha permanecido 3 años, 11% ha estado por espacio de 8 meses; el 9% por 7 meses; 14% ha estado sólo 2 meses; 9% ha permanecido 2 años; 21% 1 año 6 meses y el 2% 10 años. (Cuadro y gráfica 56).

Por otra parte el 14% si sabe en qué consiste el padecimiento mientras que el 86% son padres de familia que lo desconocen totalmente. (Cuadro y gráfica 57).

La ignorancia y el desconocimiento del padecimiento trae consigo que los padres de familia no sepan del pronóstico de su hijo por lo que el 18% si sabe el pronóstico del menor, mientras el 82% lo desconoce. (Cuadro y gráfica 58).

En cuanto a las relaciones de los padres a partir del padecimiento el 34% no se modificaron aunque hay resentimiento recíproco, mientras que el 66% si se modificaron e incluso concluyeron en el abandono a la familia sin volver a tener noticias del padre. (Cuadro y gráfica 59).

Es indudable que aún cuando en el país existen programas de rehabilitación los servicios no lleguen a la población, de ahí el total desconocimiento de la manera en que puede colaborar en el tratamiento del menor; así el 18% de los padres menciona que le enseñen los ejercicios para realizarlos en su casa 59% donde sea necesario, es decir en lo que les digan; 18% lo ignora, desconoce si pudiera ayudar en el tratamiento de su hijo 5% renuente no muestran interés por la rehabilitación. (Cuadro y gráfica 60).

En lo concerniente a las causas del padecimiento el 14% cree conocer la causa que pudo haber ocasionado éste, sin tener la certeza mientras que el 86% ignora, ni se imagina cual pudo haber sido la causa. (Cuadro y gráfica 61).

De la población investigada son diversas las causas que -- los padres creen ocasionaron el padecimiento de su hijo: 5% considera el exceso de trabajo de la madre durante el embarazo; el 5% no se atendió durante el embarazo; 9% golpe que sufrió el -- niño; un 8% por ingestión de medicamentos; 5% falta de vacunas; 5% alcoholismo del padre; 21% considera mandato de Dios; 5% problemas de salud de la madre; 23% ignora las posibles causas del padecimiento; 2% exposición a rayos X y 12% para otros en los -- que se refiere a golpes durante el embarazo, se estaba pasando el parto, mal uso de forceps. (Cuadro y gráfica 62).

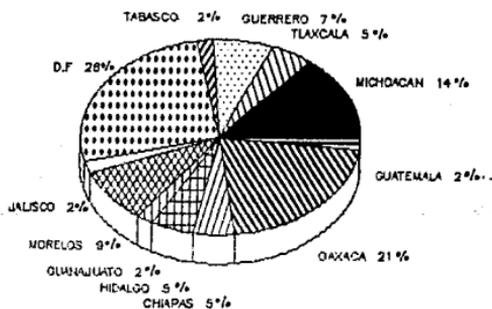
Al realizar la investigación el 23% corresponde a hijos que fueron planeados por las siguientes razones o motivos: 9% por-- que era el primer hijo; 2% porque es un regalo de Dios y el 12% porque deseaba tener otro hijo. (Cuadros y gráficas 63 y 64).

El 77% corresponde a hijos que no fueron deseados por los siguientes motivos: el 14% recurría a métodos anticonceptivos; 7% por problemas emocionales; 9% por haber problemas conyuga -- les; 5% por problemas de salud; 2% porque era demasiado joven; 20% porque salió embarazada; 9% lo ignora y el 11% no quería -- tener más hijos. (Cuadros y gráficas 63 y 65).

LUGAR DE ORIGEN

CUADRO 1.

CONCEPTO	FRECUENCIA	%
Edo. de Michoacán	6	14
Edo. de Tlaxcala	2	5
Edo. de Guerrero	3	7
Edo. de Tabasco	1	2
Distrito Federal	12	26
Edo. de Jalisco	1	2
Edo. de Morelos	4	9
Edo. de Guanajuato	1	2
Edo. de Hidalgo	2	5
Edo. de Chiapas	2	5
Edo. de Oaxaca	9	21
Guatemala	1	2
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

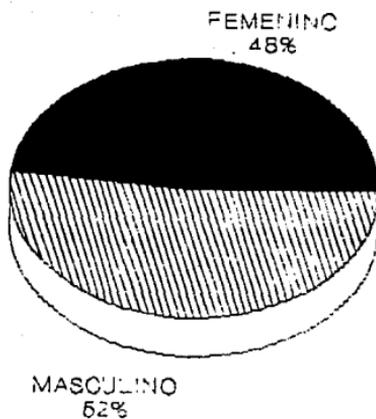


GRAFICA 1.

## SEXO

CUADRO 2.

CONCEPTO	FRECUENCIA	%
FEMENINO	21	48
MASCULINO	23	52
TOTAL	44	100

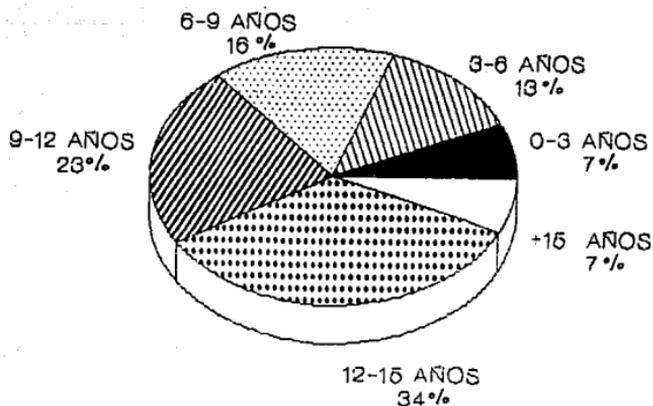


GRAFICA 2 -

EDAD

CUADRO 3.

CONCEPTO	FRECUENCIA	%
Menores de 3 años	3	7
De 3 a 6 años	6	13
De 6 a 9 años	7	16
De 9 a 12 años	10	23
De 12 a 15 años	15	34
Mayores de 15 años	3	7
TOTAL	44	100

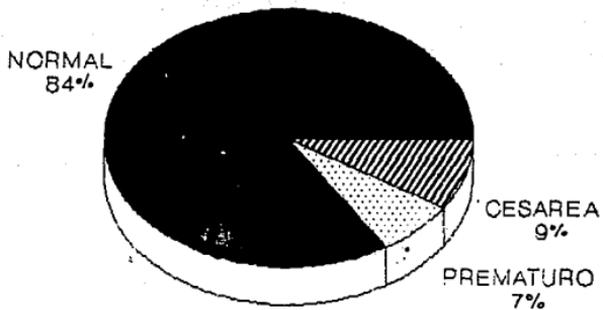


GRAFICA 3.

TIPO DE PARTO

CUADRO 4.

CONCEPTO	FRECUENCIA	%
Normal	37	84
Provocado	0	0
Prematuro	3	7
Cesárea	4	9
TOTAL	44	100

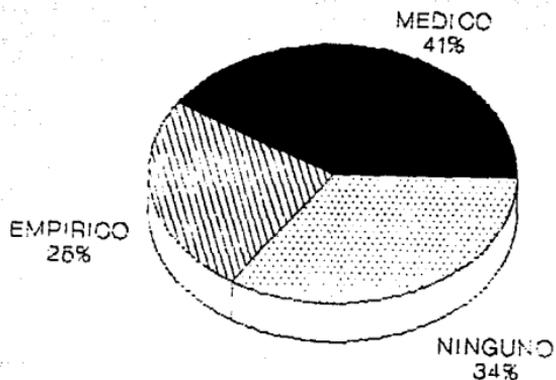


GRAFICA 4.

ATENCION

CUADRO 5.

CONCEPTO	FRECUENCIA	%
MEDICO (Hospital-Clinica)	18	41
EMPIRICO (partera)	11	25
NINGUNO (se atiende sola)	15	34
TOTAL	44	100

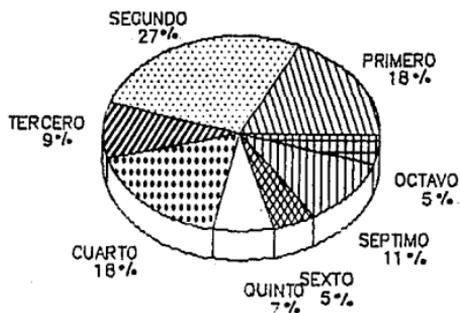


GRAFICA 5.

LUGAR QUE OCUPA ENTRE LOS HERMANOS

CUADRO 6.

CONCEPTO	FRECUENCIA	%
Unico	0	0
Primero	8	18
Segundo	12	27
Tercero	4	9
Cuarto	8	18
Quinto	3	7
Sexto	2	5
Séptimo	5	11
Octavo	2	5
TOTAL	44	100

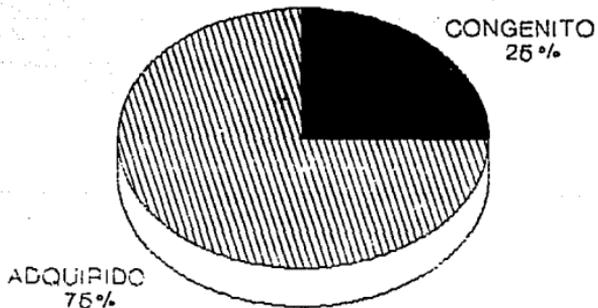


GRAFICA 6.

TIPO DE PADECIMIENTO

CUADRO 7.

CONCEPTO	FRECUENCIA	%
Congénito	11	25
Adquirido	33	75
TOTAL	44	100

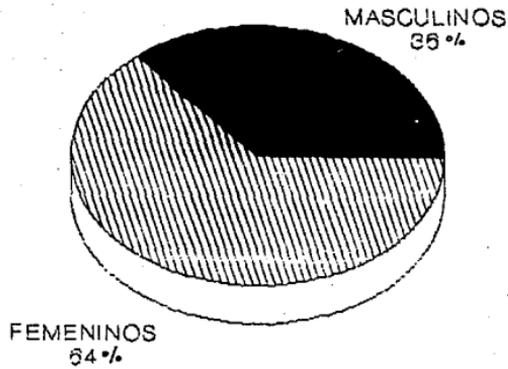


GRAFICA 7.

MALFORMACIONES CONGENITAS

CUADRO 8.

CONCEPTO	FRECUENCIA	%
Masculinos	4	36
Femeninos	7	64
TOTAL	11	100

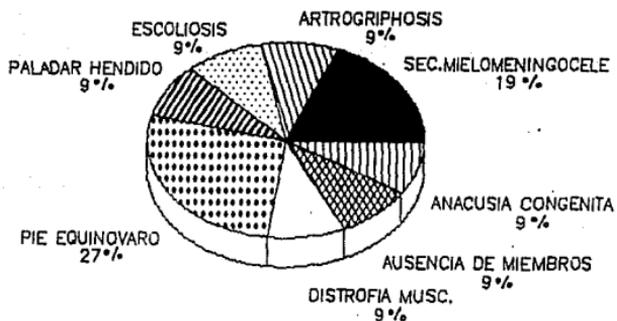


GRAFICA 8.

MALFORMACIONES CONGENITAS

CUADRO 9.

CONCEPTO	FRECUENCIA	%
Artrogriphosis	1	9
Escoliosis	1	9
Paladar hendido	1	9
Pie equinovaro	3	27
Distrofia muscular	1	9
Ausencia de miembros	1	9
Anacusia congénita	1	9
Secuelas de mielomeningocele	2	19
TOTAL	11	100

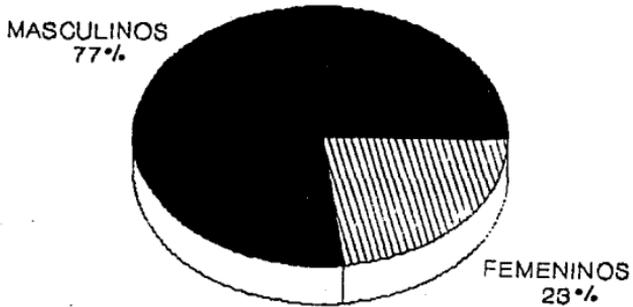


GRAFICA 9.

PARALISIS CEREBRAL

CUADRO 10.

CONCEPTO	FRECUENCIA	%
Masculinos	17	77
Femeninos	5	23
TOTAL	22	100

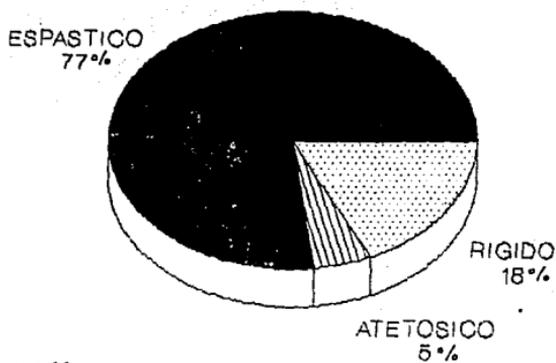


GRAFICA 10.

DIAGNOSTICO

CUADRO 11.

CONCEPTO	FRECUENCIA	%
Espástico	17	77
Atetósico	1	5
Rígido	4	18
TOTAL	22	100

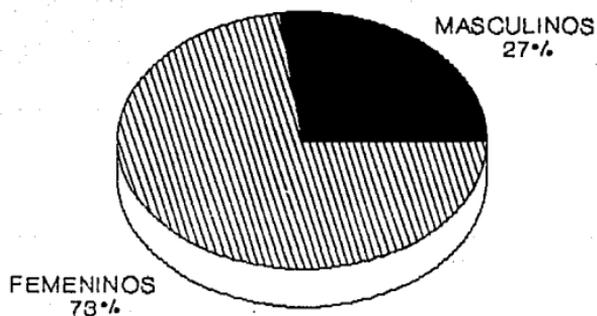


GRAFICA 11.

SECUELAS DE POLIOMIELITIS

CUADRO 12.

CONCEPTO	FRECUENCIA	%
Masculinos	3	27
Femeninos	8	73
TOTAL	11	100

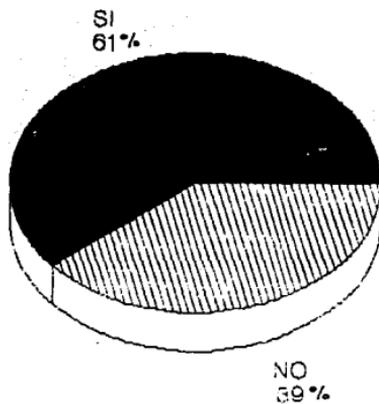


GRAFICA 12.

RECIBIO ATENCION MEDICA

CUADRO 13.

CONCEPTO	FRECUENCIA	%
Si	27	61
No	17	39
TOTAL	44	100

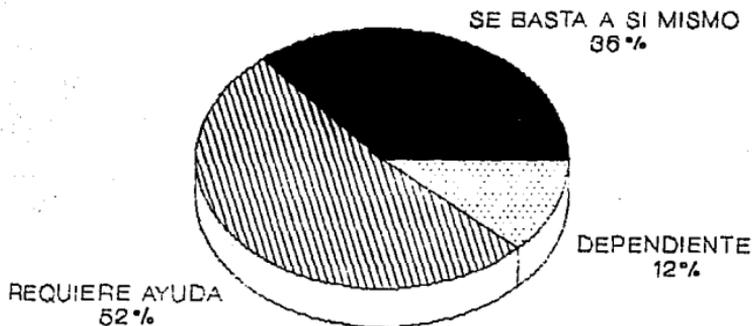


GRAFICA 13.

CONDICIONES DEL NIÑO

CUADRO 14.

CONCEPTO	FRECUENCIA	%
Se basta a si mismo	16	36
Requiere de ayuda	23	52
Totalmente dependiente	5	12
TOTAL	44	100



GRAFICA 14.

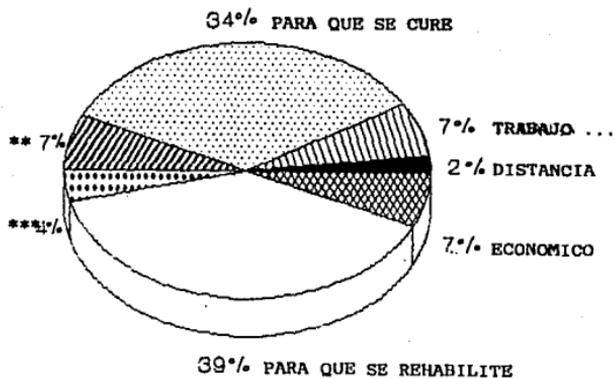
MOTIVO POR EL CUAL EL MENOR ES TRASLADADO A ESTA INSTITUCION  
CUADRO 15.

CONCEPTO	FRECUENCIA	%
Motivos de distancia	1	2
A causa del trabajo *	3	7
Para que se cure	15	34
Para que se valga **	3	7
Por motivos de salud***	2	4
Para que se rehabilite	17	39
Por motivos económicos	3	7
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

\* de los padres.

\*\* por si mismo.

\*\*\* de la madre.

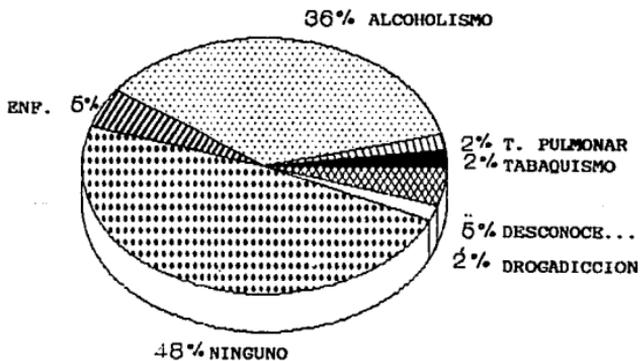


GRAFICA 15.

ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES (Padre)

CUADRO 16.

CONCEPTO	FRECUENCIA	%
Tuberculosis pulmonar	1	2
Alt. emocionales	0	0
Tabaquismo	1	2
Deficiencia mental	0	0
Diabetes	0	0
Alcoholismo	16	36
Cáncer	0	0
Enf. cardiovasculares	2	5
Artritis, reumatismo	0	0
Drogadicción	1	2
Ninguno	21	48
Se desconoce la causa	2	5
TOTAL	44	100

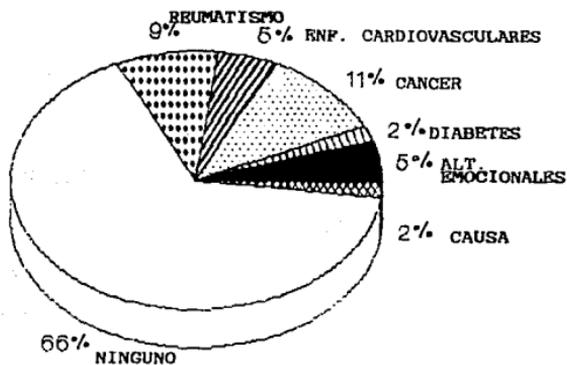


GRAFICA 16.

ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES (Madre)

CUADRO 17.

CONCEPTO	FRECUENCIA	%
Tuberculosis pulmonar	0	0
Alt. emocionales	2	5
Tabaquismo	0	0
Deficiencia mental	0	0
Diabetes	1	2
Alcoholismo	0	0
Cáncer	5	11
Enf. cardiovasculares	2	5
Artritis, reumatismo	4	9
Drogadicción	0	0
Ninguno	29	66
Se desconoce la causa	1	2
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

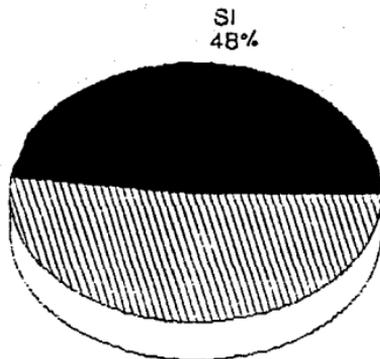


GRAFICA 17.

VIVE CON SUS PADRES

CUADRO 18.

CONCEPTO	FRECUENCIA	%
SI	21	48
NO	23	52
TOTAL	44	100

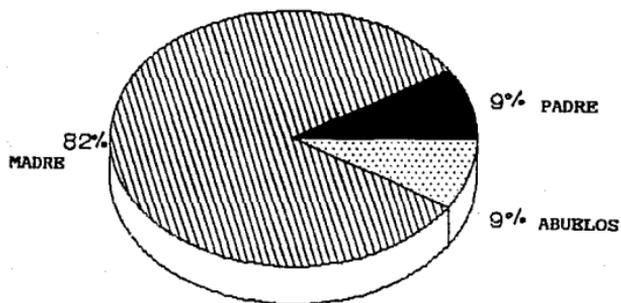


GRAFICA 18.

NO  
52%

CUADRO 19.

CONCEPTO	FRECUENCIA	%
Con su padre	2	9
Con su madre	19	82
Con sus abuelos	2	9
TOTAL	23	100

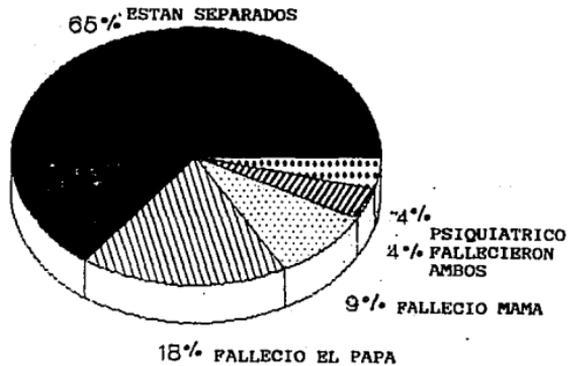


GRAFICA 19.

NO VIVEN PORQUE

CUADRO 20.

MOTIVO	FRECUENCIA	%
Estan separados	15	65
Falleció el papá	4	18
Falleció la mamá	2	9
Fallecieron ambos	1	4
La mamá está en Hosp. Psiquiátrico	1	4
TOTAL	23	100



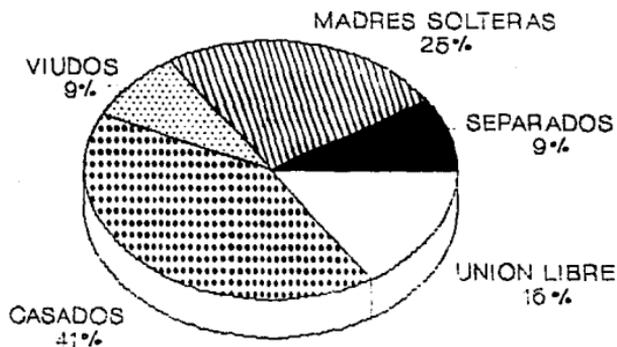
GRAFICA 20.

## ESTADO CIVIL (actual)

CUADRO 21.

CONCEPTO	FRECUENCIA	%
Separados (que estuvieron casados)	4	9
Madres solteras *	11	25
Viudos	4	9
Divorciados	0	0
Casados (iglesia-civil)	18	41
Unión Libre	7	16
TOTAL	44	100

\* que estuvieron en unión libre pero que ahora están separados.

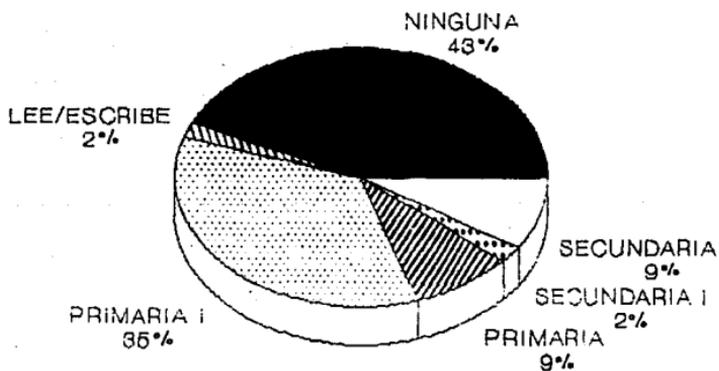


GRAFICA 21.

ESCOLARIDAD DEL PADRE

CUADRO 22.

CONCEPTO	FRECUENCIA	%
Ninguna	19	43
Sólo sabe leer	0	0
Sólo sabe escribir	0	0
Sabe leer y escribir	1	2
Primaria incompleta	15	35
Primaria completa	4	9
Secundaria incompleta	1	2
Secundaria completa	4	9
TOTAL	44	100

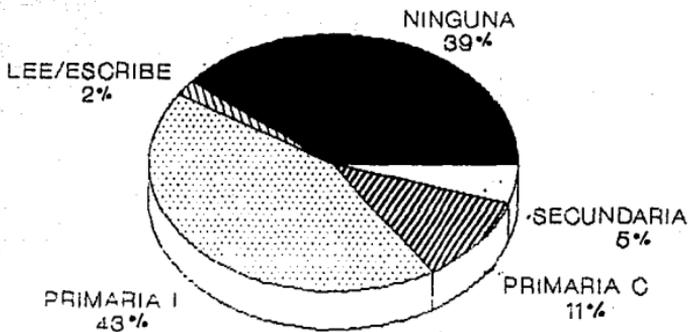


GRAFICA 22.

ESCOLARIDAD DE LA MADRE

CUADRO 23.

CONCEPTO	FRECUENCIA	%
Ninguna	17	39
Sólo sabe leer	0	0
Sólo sabe escribir	0	0
Sabe leer y escribir	1	2
Primaria incompleta	19	43
Primaria completa	5	11
Secundaria incompleta	0	0
Secundaria completa	2	5
TOTAL	44	100

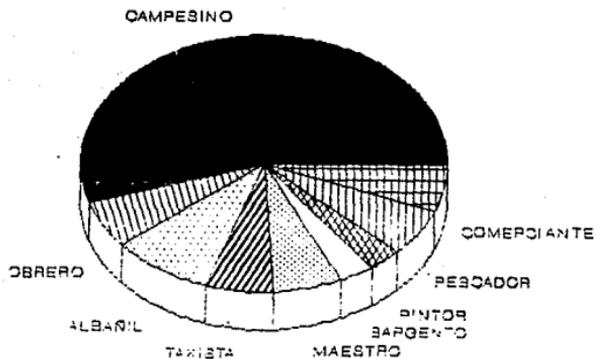


GRAFICA 23.

OCUPACION DEL PADRE

CUADRO 24.

CONCEPTO	FRECUENCIA	%
Campesino	18	55
Obrero	2	6
Albañil	3	9
Taxista	2	6
Maestro de Primaria	2	6
Sargento	1	3
Pintor	1	3
Pescador	2	6
Comerciante	2	6
TOTAL	33	100

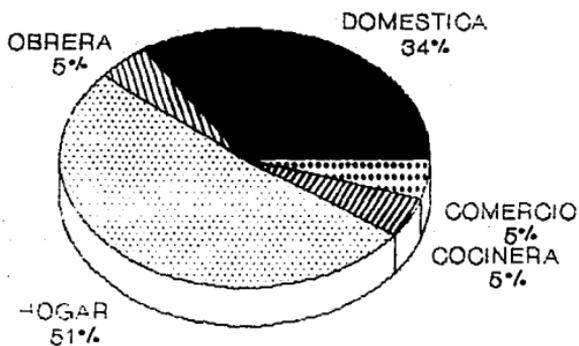


GRAFICA 24.

OCUPACION DE LA MADRE

CUADRO 25.

CONCEPTO	FRECUENCIA	%
Empleada doméstica	15	34
Obrera	2	5
Hogar	25	51
Cocinera	2	5
Comerciante	2	5
TOTAL	44	100

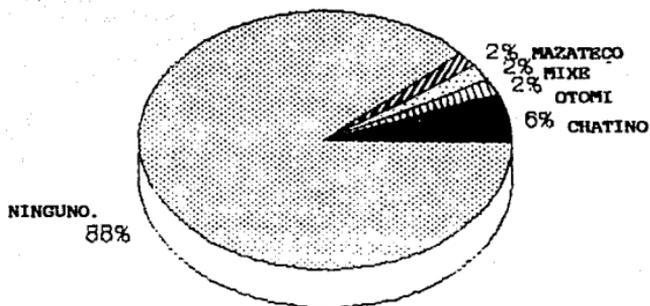


GRAFICA 25.

DIALECTO DEL PADRE

CUADRO 26.

CONCEPTO	FRECUENCIA	%
Chatino	2	5
Mazateco	1	2
Mixe	1	2
Otomi	1	2
Ninguno	35	88
TOTAL	40	100

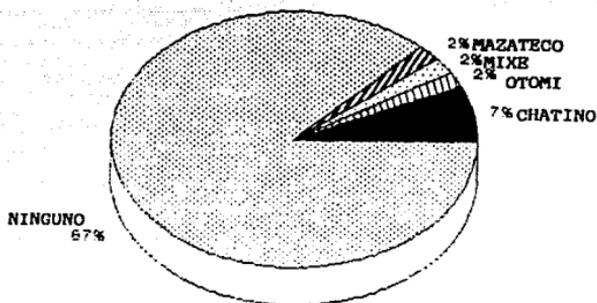


GRAFICA 26.

DIALECTO DE LA MADRE

CUADRO 27.

CONCEPTO	FRECUENCIA	%
Chatino	3	7
Mazateco	1	2
Mixe	1	2
Otomí	1	2
Ninguno	34	87
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

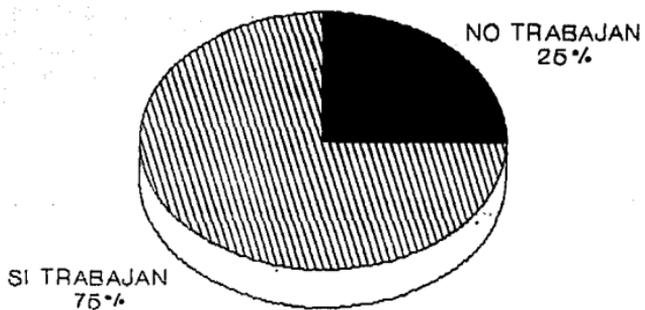


GRAFICA 27.

CUANTOS PADRES TRABAJAN ACTUALMENTE

CUADRO 28.

CONCEPTO	FRECUENCIA	%
No trabajan	11	25
Si trabajan	33	75
TOTAL	44	100



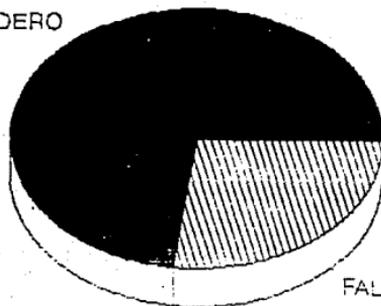
GRAFICA 28.

MOTIVO POR EL CUAL NO TRABAJA

CUADRO 29.

CONCEPTO	FRECUENCIA	%
Pensionado	0	0
Falleció	3	27
Se ignora su paradero	8	73
TOTAL	11	100

IGNORA PARADERO  
73%



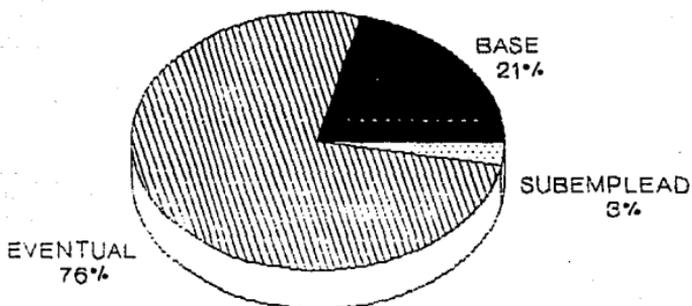
FALLECIO  
27%

GRAFICA 29.

TIPO DE EMPLEO (PADRE)

CUADRO 30.

CONCEPTO	FRECUENCIA	%
Base	7	21
Eventual (albañil, campesino)	25	76
Subempleado	1	3
Pensionado	0	0
TOTAL	33	100

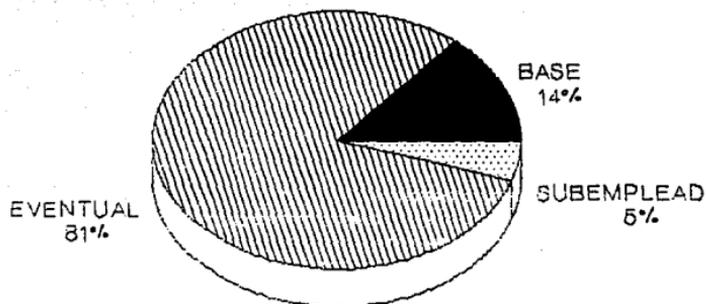


GRAFICA 30.

TIPO DE EMPLEO (MADRE)

CUADRO 31.

CONCEPTO	FRECUENCIA	%
Base	3	14
Eventual (empleadas domésticas)	17	81
Subempleada	1	5
Pensionado	0	0
TOTAL	21	100

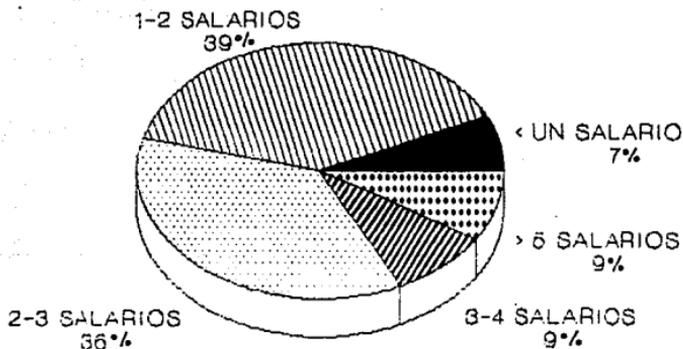


GRAFICA 31.

INGRESO MENSUAL

CUADRO 32.

CONCEPTO	FRECUENCIA	%
Menos de 1 salario min.	3	7
De 1 a 2 salarios min.	17	39
De 2 a 3 salarios min.	16	36
De 3 a 4 salarios min.	4	9
Mas de 5 salarios min.	4	9
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

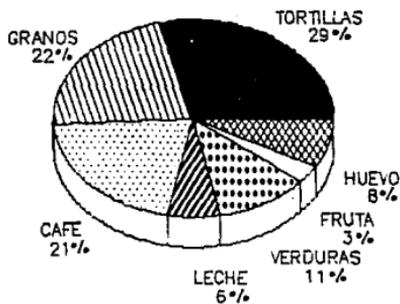


GRAFICA 32.

DIARIO

CUADRO 33.

CONCEPTO	FRECUENCIA	%
Leche	9	6
Tortillas	44	29
Granos	34	22
Verduras	17	11
Café	32	21
Huevo	12	8
Frutas	5	3
TOTAL	153	100

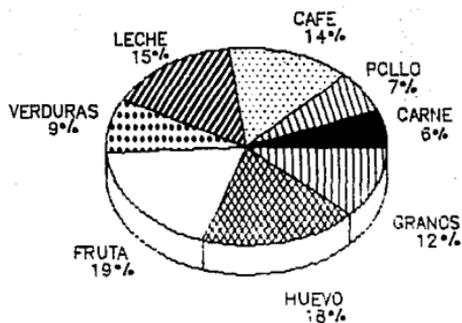


GRAFICA 33.

FRECUENTEMENTE  
( 2 o 3 veces por semana )

CUADRO 34.

CONCEPTO	FRECUENCIA	%
Leche	13	15
Pollo	6	7
Granos	10	12
Verduras	9	9
Café	12	14
Huevo	15	18
Frutas	16	19
Carne	5	6
TOTAL	85	100

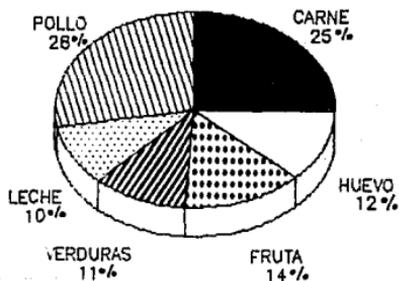


GRAFICA 34.

OCASIONALMENTE  
( 2 a 3 veces por mes )

CUADRO 35.

CONCEPTO	FRECUENCIA	%
Leche	13	10
Carne	32	25
Pollo	35	28
Verduras	14	11
Huevo	15	12
Frutas	18	14
TOTAL	127	100

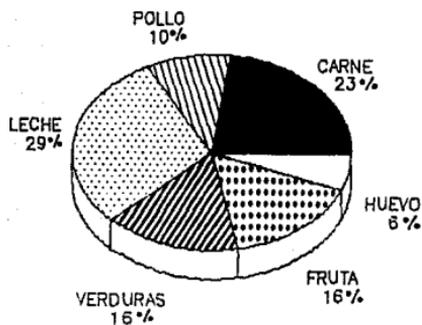


GRAFICA 35.

ESPORADICAMENTE  
( 1 a 2 veces por año )

CUADRO 36.

CONCEPTO	FRECUENCIA	%
Leche	9	29
Carne	7	23
Pollo	3	10
Verduras	5	16
Huevo	2	6
Frutas	5	16
TOTAL	31	100

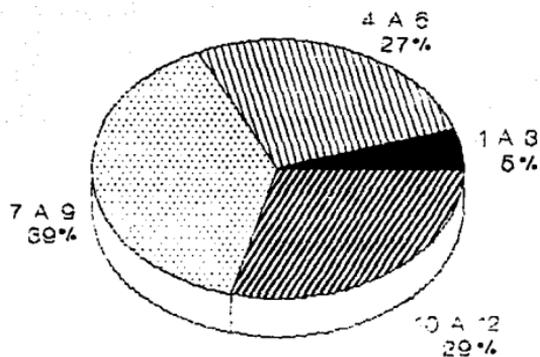


GRAFICA 36.

## GRUPO FAMILIAR (Número de Integrantes)

CUADRO 37.

CONCEPTO	FRECUENCIA	%
De 1 a 3	2	5
De 4 a 6	12	27
De 7 a 9	17	39
De 10 a 12	13	29
TOTAL	44	100

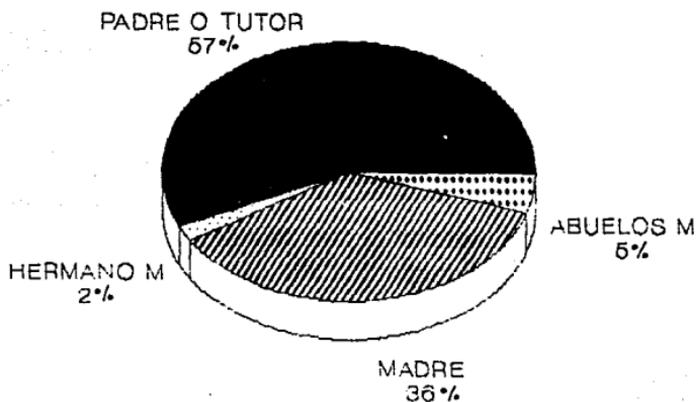


GRAFICA 37.

JEFE DE FAMILIA

CUADRO 38.

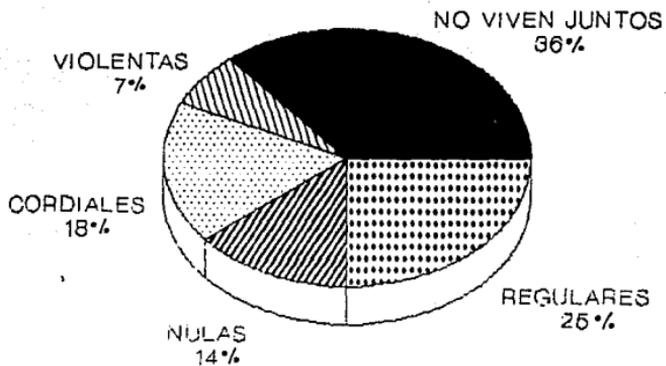
CONCEPTO	FRECUENCIA	%
Padre o tutor (padras- tro)	25	57
Madre	16	36
Hermano mayor	1	2
Abuelos paternos	0	0
Abuelos maternos	2	5
TOTAL	44	100



GRAFICA 38.

RELACIONES FAMILIARES (entre los padres)  
 CUADRO 39.

CONCEPTO	FRECUENCIA	%
Nulas (no viven juntos)	16	36
Violentas	3	7
Cordiales (armoniosas)	8	18
Falleció papá o mamá	6	14
Regulares	11	25
TOTAL	44	100

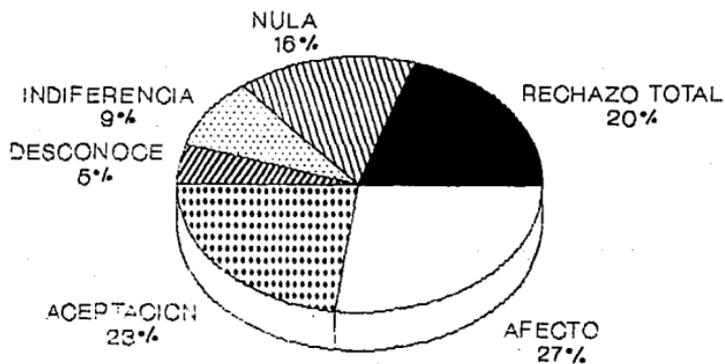


GRAFICA 39.

ACTITUD DEL PADRE

CUADRO 40.

CONCEPTO	FRECUENCIA	%
Total rechazo	9	20
Nula	7	16
Indiferencia	4	9
Desconoce el problema	2	5
Aceptación	10	23
Afectivas-cooperativas	12	27
TOTAL	44	100

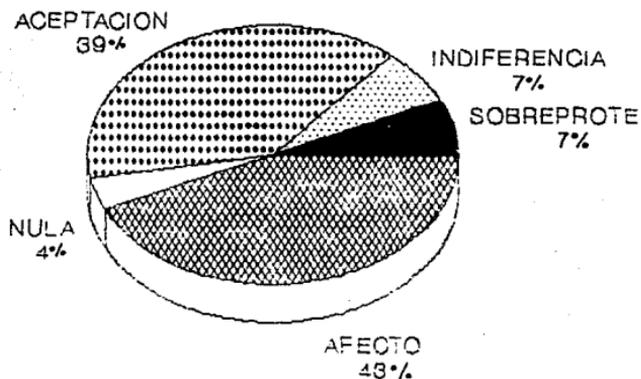


GRAFICA 40.

ACTITUD DE LA MADRE

CUADRO 41.

CONCEPTO	FRECUENCIA	%
Sobreprotección	3	7
Indiferencia	3	7
Aceptación	17	39
Nulas	2	4
Afectivas-cooperativas	19	43
TOTAL	44	100

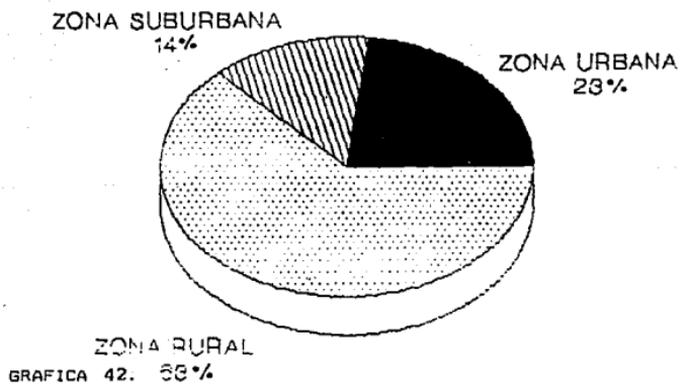


GRAFICA 41.

AMBIENTE FISICO

CUADRO 42.

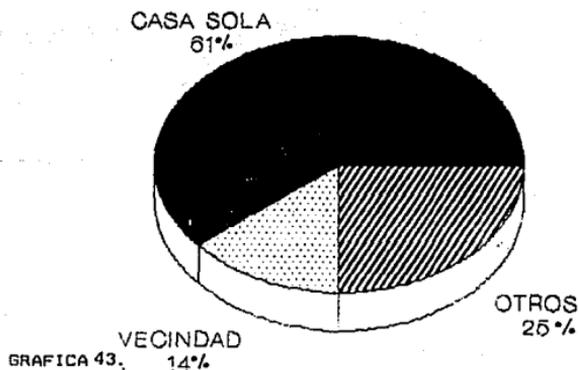
CONCEPTO	FRECUENCIA	%
Zona Urbana	10	23
Zona Suburbana	6	14
Zona Rural	28	63
TOTAL	44	100



TIPO DE VIVIENDA

CUADRO 43.

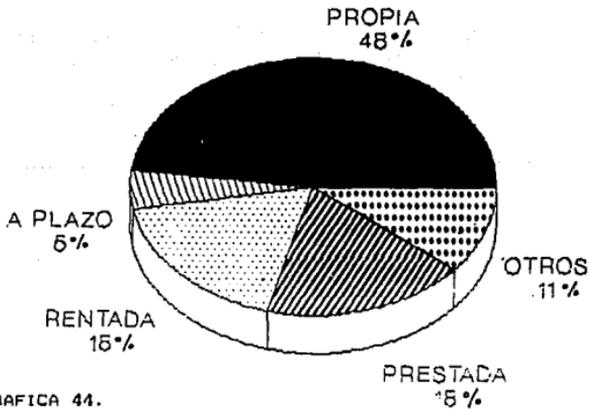
CONCEPTO	FRECUENCIA	%
Casa sola	27	61
Condominio	0	0
Vecindad	6	14
Cuarto redondo	0	0
Otros (vivienda familiar, circo, campamento)	11	25
TOTAL	44	100



TENENCIA

CUADRO 44.

CONCEPTO	FRECUENCIA	%
Propia	21	48
A plazos	2	5
Rentada	8	18
Prestada	8	18
Otros (otorgada, ejido)	5	11
TOTAL	44	100

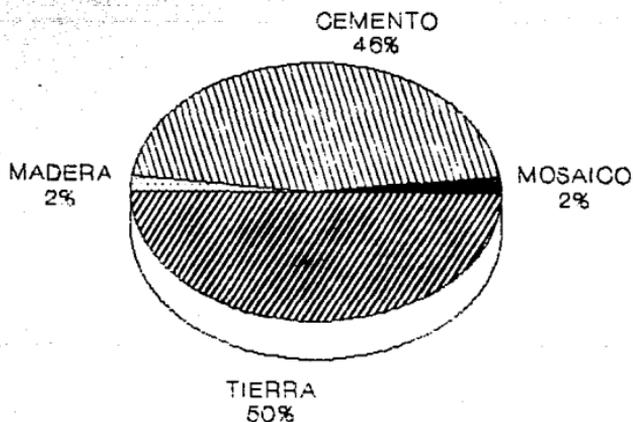


GRAFICA 44.

## MATERIAL DEL INMUEBLE (Piso)

CUADRO 45.

CONCEPTO	FRECUENCIA	%
Mosaico	1	2
Cemento	20	46
Madera	1	2
Tierra	22	50
TOTAL	44	100

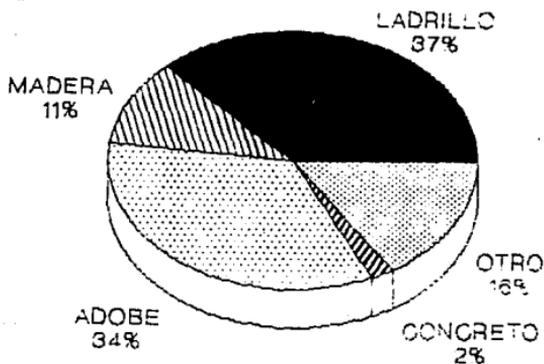


GRAFICA 45.

MATERIAL DEL INMUEBLE (Paredes)

CUADRO 46.

CONCEPTO	FRECUENCIA	%
Ladrillo	16	37
Madera	5	11
Adobe	15	34
Concreto	1	2
Otro	7	16
TOTAL	44	100

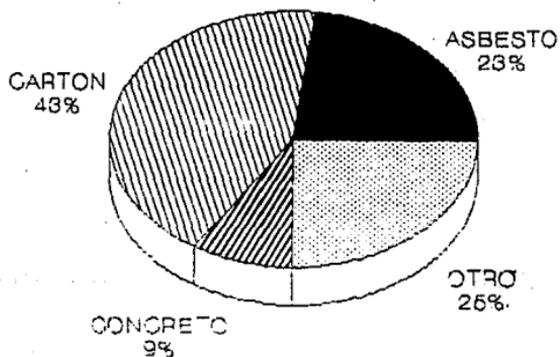


GRAFICA 46.

MATERIAL DEL INMUEBLE (Techo)

CUADRO 47.

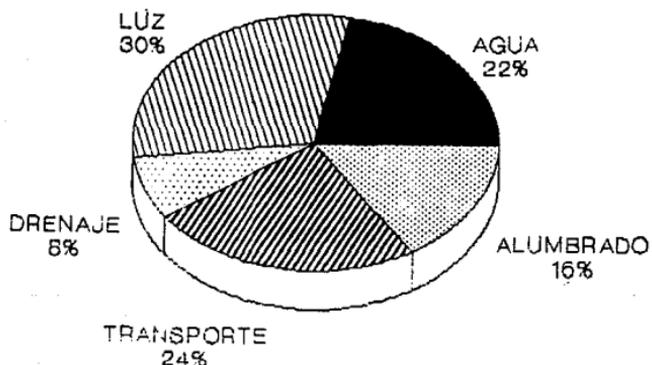
CONCEPTO	FRECUENCIA	%
Lámina de asbesto	10	23
Lámina de cartón	19	43
Madera	0	0
Concreto	4	9
Otro	11	25
TOTAL	44	100



GRAFICA 47.

SERVICIOS CON LOS QUE SI CUENTA LA VIVIENDA  
**CUADRO 48.**

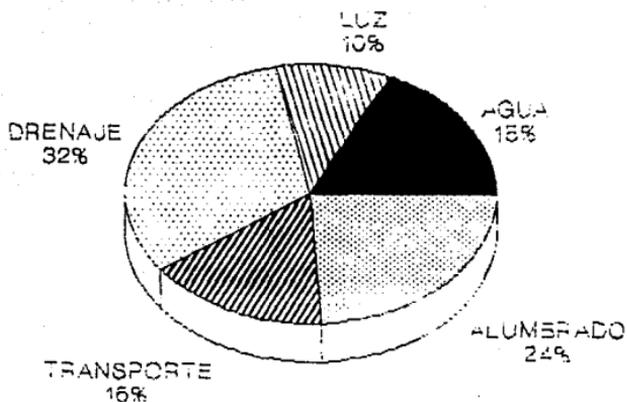
CONCEPTO	FRECUENCIA	%
Agua	24	22
Luz	33	30
Drenaje	9	8
Transporte	26	24
Alumbrado público	17	16
<b>TOTAL</b>	<b>109</b>	<b>100</b>



**GRAFICA 48.**

SERVICIOS CON LOS QUE NO CUENTA LA VIVIENDA  
 CUADRO 49.

CONCEPTO	FRECUENCIA	%
Agua	10	18
Luz	11	16
Drenaje	35	32
Transporte	18	16
Alumbrado público	27	24
TOTAL	111	100

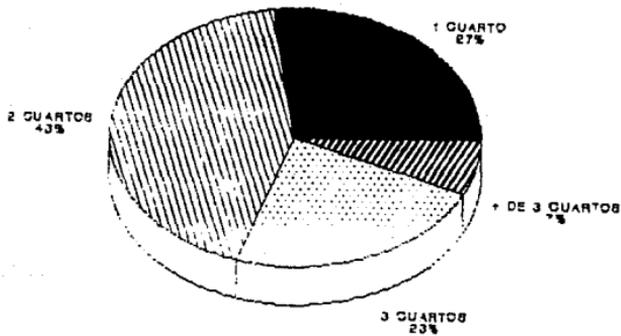


GRAFICA 49.

NUMERO DE CUARTOS

CUADRO 50.

CONCEPTO	FRECUENCIA	%
1 Cuarto	12	27
2 Cuartos	19	43
3 Cuartos	10	23
Más de 3 cuartos	3	7
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

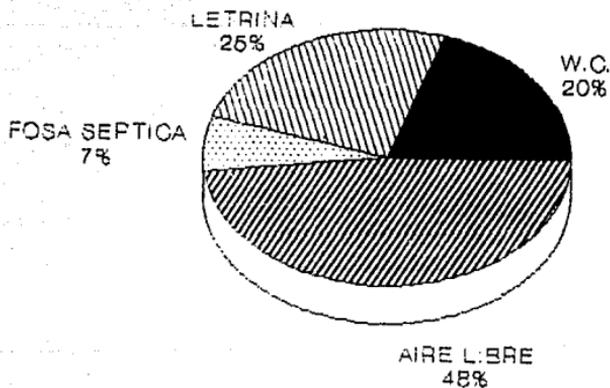


GRAFICA 50.

## SERVICIOS SANITARIOS

CUADRO 51.

CONCEPTO	FRECUENCIA	%
W.C.	7	20
Letrina	11	25
Fosa séptica	5	7
Aire Libre	21	48
TOTAL	44	100

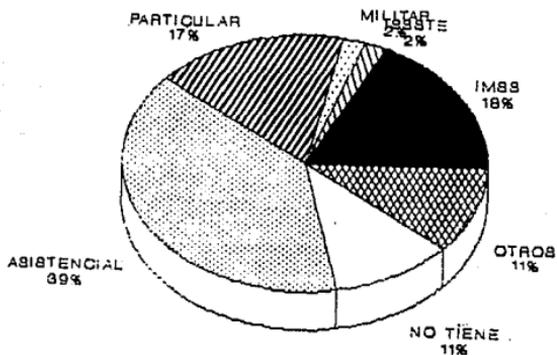


GRAFICA 51.

SERVICIO MEDICO

CUADRO 52.

CONCEPTO	FRECUENCIA	%
IMSS	8	18
ISSSTE	1	2
Militar	1	2
Particular	7	17
Asistencial (IMAN, Centro de Salud)	17	39
No tiene	5	11
Otros (Clínica refugiados)	5	11
TOTAL	44	100

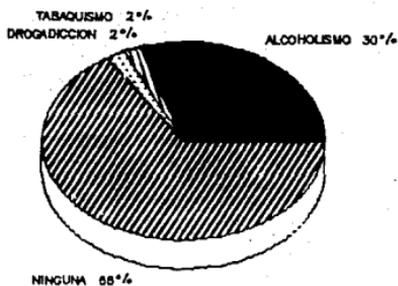


GRAFICA 52.

CONDUCTAS ANTISOCIALES

CUADRO 53.

CONCEPTO	FRECUENCIA	%
Alcoholismo	13	30
Tabaquismo	1	2
Drogadicción	1	2
Ninguna	29	66
TOTAL	44	100

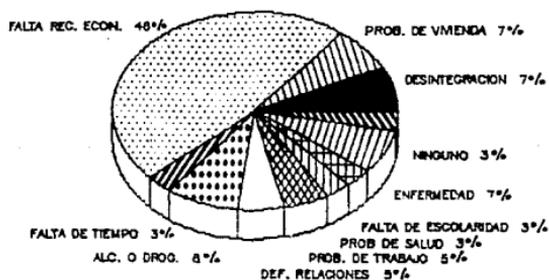


GRAFICA 53.

PRINCIPALES PROBLEMAS QUE AFECTAN A SU FAMILIA

CUADRO 54.

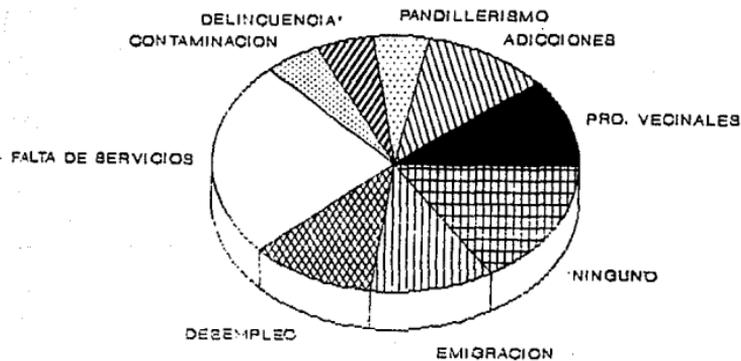
CONCEPTO	FRECUENCIA	%
Desintegración	4	7
Prob. de vivienda	4	7
Falta de recursos económicos	28	46
Falta de tiempo para poder atenderlo	2	3
Alcoholismo o drogadicción	5	8
Deficientes relaciones intrafamiliares	3	5
Prob. de trabajo	3	5
Prob. de salud	2	3
Falta de escolaridad de los hijos	2	3
Enfermedad del paciente	2	3
Ninguno	4	7
Otros	2	3
TOTAL	61	100



GRAFICA 54.

PRINCIPALES PROBLEMAS QUE HAY EN SU COMUNIDAD  
 CUADRO 55:

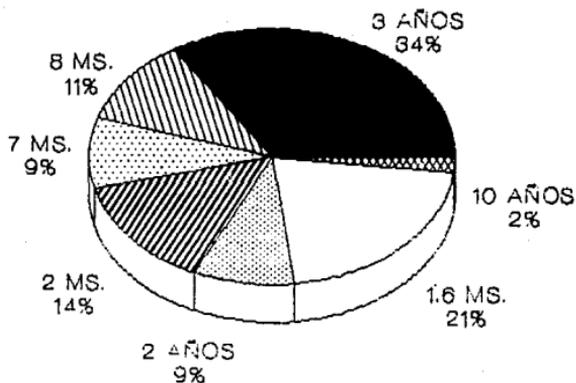
CONCEPTO	FRECUENCIA	%
Problemas vecinales	5	11
Alcoholismo, Drogadicción	5	11
Pandillerismo	2	5
Delincuencia (siembra de marihuana)	2	5
Contaminación	2	5
Falta de servicios	11	25
Falta de fuentes laborales	5	11
Ninguno	7	16
La emigración	5	11
TOTAL	44	100



GRAFICA 55.

TIEMPO DE PERMANENCIA EN LA RESIDENCIA INFANTIL  
CUADRO 56.

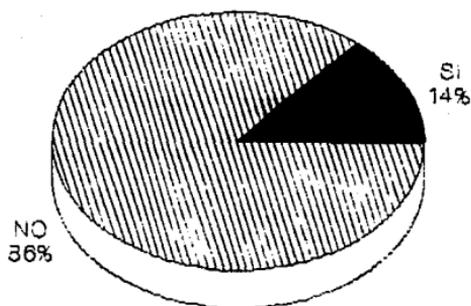
CONCEPTO	FRECUENCIA	%
3 Años	15	34
8 meses	5	11
7 meses	4	9
2 meses	6	14
2 años	4	9
1.6 años	9	21
10 años	1	2
TOTAL	44	100



GRAFICA 56.

SABE EN QUE CONSISTE EL PADECIMIENTO DE SU HIJO  
CUADRO 57.

CONCEPTO	FRECUENCIA	%
SI	6	14
NO	38	86
TOTAL	44	100

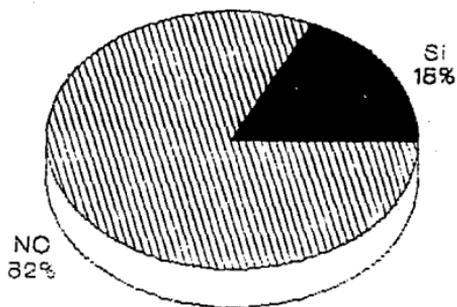


GRAFICA 57.

SABE CUAL ES SU PRONOSTICO

CUADRO 58.

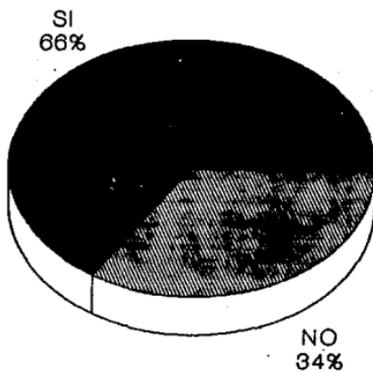
CONCEPTO	FRECUENCIA	%
SI	8	18
NO	36	82
TOTAL	44	100



GRAFICA 58.

SE MODIFICARON LAS RELACIONES DE LOS PADRES A PARTIR  
CUADRO 59. DEL PADECIMIENTO

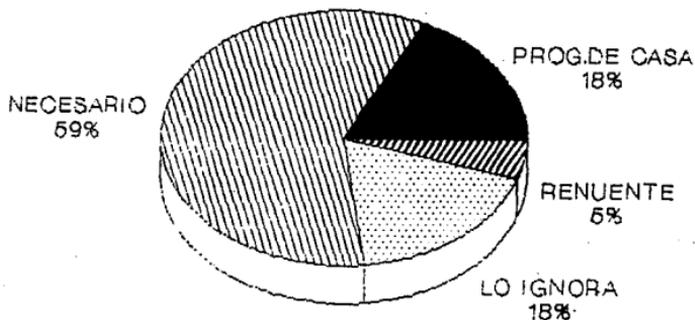
CONCEPTO	FRECUENCIA	%
SI	29	66
NO	15	34
TOTAL	44	100



GRAFICA 59.

DE QUE MANERA PIENSA QUE PUEDE COLABORAR CON EL  
 TRATAMIENTO DE SU HIJO  
 CUADRO 60.

CONCEPTO	FRECUENCIA	%
Programa de casa (que le enseñen a trabajar con él)	8	18
Donde sea necesario (en lo que le digan)	26	59
Lo ignora	8	18
Renuente	2	5
TOTAL	44	100

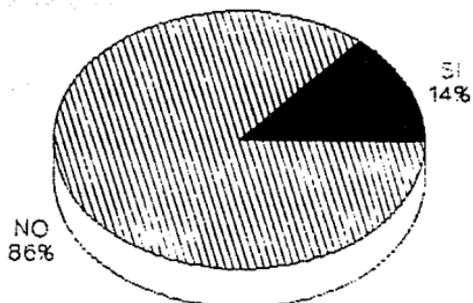


GRAFICA 60.

CONOCE LA CAUSA DEL PADECIMIENTO

CUADRO 61.

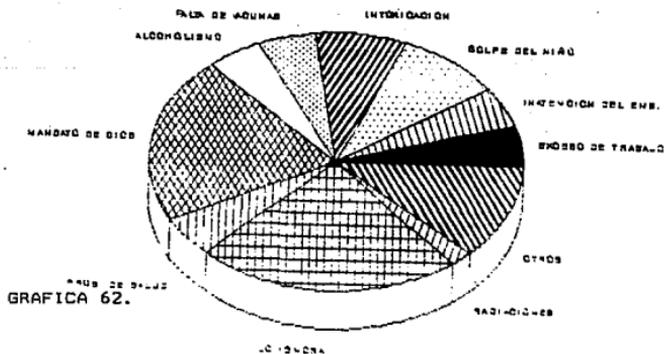
CONCEPTO	FRECUENCIA	%
SI	6	14
NO	38	86
TOTAL	44	100



GRAFICA 61.

CUAL CREE USTED QUE SEA LA CAUSA DEL PADECIMIENTO DE SU HIJO  
 CUADRO 62.

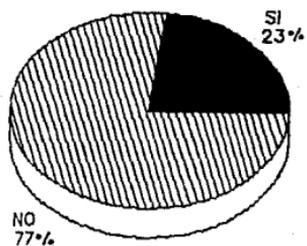
CONCEPTO	FRECUENCIA	%
Exceso de trabajo de la madre durante el embarazo	2	5
No se atendió el embarazo	2	5
Golpe que sufrió el niño	4	9
Ingestión de medicamentos	3	8
Falta de vacunas	2	5
Alcoholismo del padre	2	5
Mandato de Dios	9	21
Prob. de salud de la madre	2	5
Lo ignora	10	23
Exposición a rayos "	1	3
Otros	5	12
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>



HIJO PLANEADO

CUADRO 63.

CONCEPTO	FRECUENCIA	%
Si	10	23
No	34	77
TOTAL	44	100

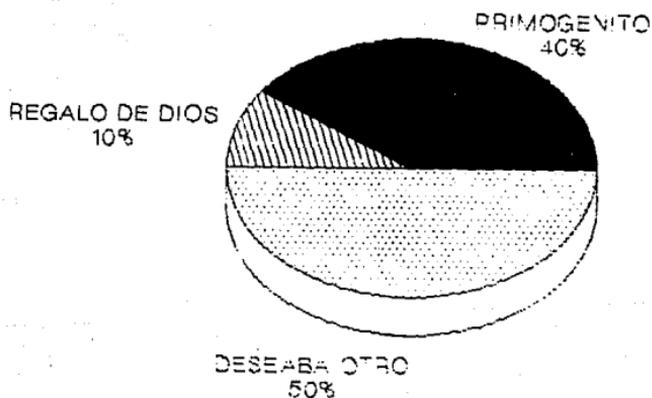


GRAFICA 63.

SI FUE HIJO PLANEADO PORQUE

CUADRO 64.

CONCEPTO	FRECUENCIA	%
Era el primer hijo	4	40
Es un regalo de Dios	1	10
Deseaba tener otro hijo	5	50
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

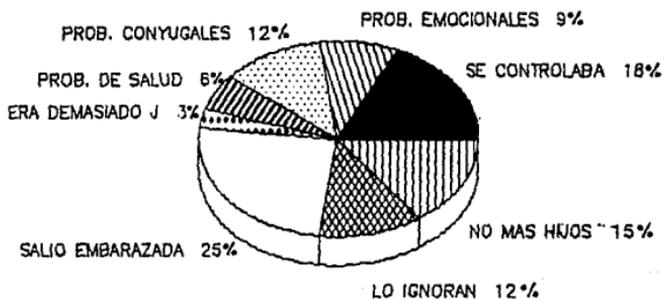


GRAFICA 64.

NO FUE HIJO PLANEADO PORQUE

CUADRO 65.

CONCEPTO	FRECUENCIA	%
Se controlaba	6	18
Problemas emocionales	3	9
Problemas conyugales	4	12
Problemas de salud	2	6
Era demasiado joven	1	3
Salió embarazada	9	25
Lo ignoran	4	12
No quería tener más hijos	5	15
TOTAL	34	100



GRAFICA 65.

#### 4.7. INTERPRETACION Y ANALISIS DE RESULTADOS.

El desarrollo de toda comunidad sea zona urbana, suburbana o rural está condicionada por factores sociales, económicos, -- biológicos, físico-químicos, políticos y culturales que influ-- yen en la vida de los seres humanos y la conjugación adecuada -- de estos factores determina que familias o grupos tengan un ni-- vel de vida decoroso. Por el contrario cuando esta interrela -- ción de factores se ve afectada, se genera toda una serie de -- situaciones donde una da origen a otra ocasionando un ciclo que llega a repercutir en la población.

Es por ello que la investigación realizada permite darnos cuenta de la importancia que cada uno de estos factores lleva -- implícito, pues en condiciones adversas una altera a otro, dan-- do lugar a una serie de situaciones desfavorables para el indi-- viduo o familia perjudicando la salud física o mentalmente.

Al tomar en cuenta: el tipo de parto con la atención brin-- dada y con el número de hijos; fue notorio que la mayoría de -- los partos, sean normales sin que para esto haya algún documen-- to que confirme lo dicho por la madre, por otro lado el tipo de atención proporcionada a las gestantes es impartida por insti-- tuciones que carecen de los servicios indispensables para estos casos o bien aquellas instituciones que cuentan con lo necesaa-- rio pero la falta de preparación de los médicos contribuye a --

una deficiente atención, hay quienes fueron atendidas por personas que tienen conocimientos empíricos llamadas comadronas o parteras generalmente en zonas donde los ingresos son bajos y no hay servicios médicos; sin tomar en cuenta datos relevantes que posteriormente son de gran utilidad cuando el parto presenta alguna alteración, y menos aún cuando han sido las mismas -- gestantes que sin contar con las condiciones higiénicas adecuadas realizan el trabajo de parto, al desconocer los cuidados -- prenatales indispensables durante el embarazo, parto y aún después de éste.

Ya que el crecimiento de todo organismo es resultado de la interrelación permanente y compleja de un sinnúmero de factores tanto de origen genético como ambiental que propicia, limita o altera la expresión del genoma, comprendiendo las características biológicas del organismo materno como: ° edad, ° estado nutricional al inició del embarazo, ° el número de embarazos y --- ° tiempo entre ellos; ya que si estos son sucesivos y separados por corto tiempo afectan la salud de la madre y en consecuencia al feto; por lo que cabe mencionar que esta característica señala que después del 4° embarazo los riesgos aumentan al ser -- sucesivos y numerosos, lo que no coincide con la investigación realizada debido a que el riesgo se concentró en el 2° embarazo mientras que en el 8° fue mínimo, lo que se considera tiene su origen en las características de la madre, la falta de atención médica, las deficiencias nutricionales, problemas de salud y --

todas aquellas condiciones adversas que favorecen los padecimientos en los menores y que se observó se encuentran presentes en los casos investigados.

Así mismo, el medio que les rodea es factor determinante, las condiciones materiales del inmueble, carencia de servicios públicos y sanitarios que coadyuvan al deterioro de la salud, siendo más susceptible el individuo por su deficiente nutrición.

Partiendo de estos factores por considerarlos como el inicio de la problemática a tratar porque repercuten de un modo u otro en el crecimiento del ser humano pues son condicionadores que en determinado momento llegan a alterar la evolución embrionaria de una mujer embarazada o al producto posteriormente al nacimiento originando: malformaciones congénitas, alteraciones neurológicas o secuelas importantes que impiden el desarrollo físico y mental y por falta de recursos económicos aunado a la ignorancia no son atendidos siendo, notorio en la investigación llevada a cabo.

Dentro de los diferentes padecimientos que la Residencia Infantil atiende pertenecen a los Transtornos Motores y Neuromotores predominando este último que comprende a la parálisis cerebral donde cada día es más la demanda y pocas las instituciones que les brinden el tratamiento adecuado y oportuno para

la rehabilitación de los menores y un número considerable con malformaciones congénitas, mientras con secuelas de poliomielitis ha disminuído la cantidad de niños debido a las campañas de vacunación.

Por lo que ha sido relevante que la mayoría de la población investigada desconocía totalmente el diagnóstico y causas familias que provienen de regiones poco desarrolladas donde -- prevalece la ignorancia, desnutrición, higiene inadecuada, --- prácticas erróneas sobre el embarazo y nacimiento, enfermedades y tratamiento deficiente de las infecciones, beneficiándose poco o nada de los recursos de la sociedad moderna.

En cuanto al tipo de padecimiento es decir adquirido o -- congénito el primero obtuvo la mayoría de la población investigada, que implica que la mayor parte de los trastornos que presenta el recién nacido en las 72 horas de vida se originan o tienen antecedentes en la etapa prenatal, perinatal y parto, que surge de la interrelación del macro, matro y micro-ambiente.

Fue relevante que en la mayoría de menores su padecimiento es adquirido, por lo que el grado de afectación depende del -- momento en que se produce la lesión es decir, durante el embarazo, parto y nacimiento al presentarse todas aquellas condiciones adversas. Por lo que la mayoría de los menores investi-

gados requieren de ayuda en aspectos complicados como lo es en actividades de la vida diaria; mientras un número considerable se basta así mismo aunque en determinado momento requerirá de ayuda, pero desempeñará actividades de la vida diaria, recreativas, escolares y deportivas y una minoría son totalmente dependientes y necesitarán ayuda a lo largo de su vida en actividades de alimentación, baño, vestido, utilizando alguno de sus sentidos (vista, manos) para poder expresar lo que quiere dado el grado de afectación es más severo.

Son diversas las causas que intervienen para la alteración o limitación, siendo las causas de las Malformaciones congénitas: 1) Alteraciones cromosómicas: el efecto patológico de las alteraciones cromosómicas es debido a un cambio genético que puede alterar los delicados mecanismos de la morfogénesis; 2) Mutación de un gen o par de genes: los factores hereditarios o genes que determinan todas las características de las personas; cuando un gen muta se altera la secuencia, ocasionando defectos o malformaciones congénitas; 3) Herencia multifactorial: debida a los defectos en el desarrollo causado por varios genes, en los que también influyen los factores ambientales de ahí el nombre de multifactoriales; 4) Agentes ambientales: a) Agentes físicos: radiaciones; b) agentes biológicos: rubeóla; c) Factores maternos: Hipertiroidismo, diabetes, enfermedades venéreas; d) Medicamentos; e) Factores mecánicos y 5) Causas desconocidas.

Causas de la poliomielitis padecimiento adquirido a través de un virus que se conserva viable en el agua o aguas negras, familias que viven donde la higiene es inadecuada, también se encuentra en las heces fecales, debido al fecalismo al aire libre al carecer de drenaje y servicios sanitarios.

Existiendo muchos factores causales que ocasionan la Parálisis cerebral, el factor común a este grupo es el tiempo en que ocurre la disfunción cerebral: en el período prenatal, natal o bien en el post-natal.

Por otra parte otro factor esta en relación a las madres con antecedentes heredo-familiares; un número considerable de ellas han presentado diferentes tipos de cáncer, sin percatarse que estaban embarazadas y haber tomado medicamentos y remarcar que algunas de ellas estuvieron expuestas a radiaciones tomando en cuenta que el organismo de la madre debe estar en condiciones adecuadas para el desarrollo normal del feto, por lo que al haber presencia de factores internos como externos - estos alteran o limitan el crecimiento del embrión.

Cabe hacer mención que la mayoría de la población investigada no conoce en que consiste el padecimiento o trastorno y por otra parte ignoran la causa que lo pudo haber ocasionado y como se puede prevenir, al no contar con la información adecuada y oportuna sobre estos aspectos y pocos relativamente ---

conocen la causa al tener iniciativa propia para preguntar a la persona indicada. Y por tanto desconocen el tratamiento a seguir en cada uno de los padecimientos.

Se pudo observar que la mayoría de la población investigada ignora las posibles causas del padecimiento; mientras una minoría considera es mandato de Dios; debido a que existe una absoluta falta de información concreta y precisa sobre padecimiento, causa y sobre lo que se puede hacer para prevenirlos -- así como posibilidades de rehabilitación, capacidades y pronóstico, persistiendo aún todavía en las familias un enorme cúmulo de información errónea, supersticiones y temores, factores que intervienen de modo decisivo en la reacción que presentan ante la limitación de su hijo. Y de suma importancia sobre todo indagar instituciones que les ofrezcan la atención adecuada ya -- que es vital que se detecte el problema lo más pronto posible -- para facilitar el tratamiento, indicaciones y cuidados que conlleva este proceso a seguir en cada caso, el cual desconocen -- los padres por su ignorancia, creencias, bajos ingresos que no les permite pagar un doctor, el elevado costo del transporte -- y alojamiento dada la lejanía de las familias hacia la institución como sucede en Estados de nuestro país donde ninguno de -- los aspectos mencionados anteriormente llega a los pobladores de zonas rurales y aún de las urbanas.

A pesar del desarrollo de los servicios, es indudable que

en la actualidad todavía grandes sectores de la población no cuentan con atención médica necesaria, algunos grupos a los que se les brinda es de mala calidad y sólo una minoría dispone de buen servicio o bien es innaccesible por el costo como se pudo apreciar en la investigación realizada donde un número considerable no cuenta con atención médica de alguna institución permanente por lo que recurren al de tipo asistencial como IMAN, Centro de Salud, Hospital Infantil de México; pocos son los que recurren a la medicina tradicional: remedios caseros, hierbas, té y unguentos que ellos mismos preparan para aliviar sus enfermedades.

Por lo que la gran mayoría de la población investigada (menores) había recibido atención médica esporádica como alguna revisión pero sin ser la adecuada, oportuna y frecuente que requería cada padecimiento y un número considerable no había recibido ningún tipo de atención; y de fuentes directas o indirectas se enteran de la Residencia Infantil San Vicente, acuden y dejan a sus hijos por largos períodos sin visitarlos, hablarles por teléfono o mandar alguna carta para preguntar por el menor, avances, tratamiento e intervenciones quirúrgicas, por lo que la permanencia en la institución era demasiado prolongada al desconocer totalmente el proceso y capacidades para el futuro permaneciendo en ocasiones hasta 10 años.

Así las familias expresan los diversos motivos por los que

sus hijos han sido traídos aquí: predominando para que se rehabilite y para que se cure, que sin conocer el término y por haberlo oído decir lo repiten, así como para que se cure sin comprender que ya no es una enfermedad lo que sus hijos tienen; -- mientras una minoría contesto por motivos de distancia, lo que hace que el menor sea trasladado a la Residencia Infantil por las características que presenta: Institución dirigida por religiosas, dadas las creencias de la familia es mejor que esten con ellas que en cualquier otro lugar y por tener la función de internado es creada con el fin de servir preferentemente al interior de la República Mexicana por las condiciones adversas -- que presentan sin descartar al Distrito Federal, lo que hace -- cada día sea más grande la demanda por la falta de este tipo de instituciones.

Así el tiempo de estancia de los menores varía de acuerdo do al padecimiento, limitación o grado de afectación del cual -- depende el tipo de tratamiento que considera terapias, uso de -- aparatos, estudios neurológicos e intervenciones quirúrgicas, -- permaneciendo la gran mayoría de menores entre 3 y 2 años y medio y son pocos los que han estado de 2 a 8 meses dado que la -- limitación no era tan severa como los que permanecen más tiempo donde muchos de ellos rebasarán el límite de edad establecido -- por la institución habiendo mayores de 12 y menores de 15 años que indica por un lado los llevaban mayores de edad para su rehabilitación y en otros por el abandono en que se encontraban,

por la escasa o nula participación, falta de interés por parte de los padres; ya que es importante resaltar la detección temprana de los menores para su rehabilitación habiendo pocos menores de 3 y mayores de 6 años.

El desconocimiento del padecimiento trae consigo que no sepan del pronóstico de su hijo, es decir de su vida a futuro en cuanto a condiciones físicas y capacidad para desenvolverse como un ser independiente o por lo menos bastarse en sus necesidades básicas, donde la mayoría de la población investigada desconocía el pronóstico, que trae consigo escasa o nula participación y falta de interés por parte de los padres y se vió reflejado al preguntar de que manera podrían colaborar en el tratamiento y respondieron donde fuera necesario, es decir donde les digan, sin especificar algo concerniente a la rehabilitación, mientras pocos son los que mencionan les enseñen los ejercicios para realizarlos en su casa y un número considerable desconoce si pudiera ayudar y una minoría se mostro renuente al no tener interés por su hijo.

Siendo el elemento más importante para el éxito de cualquier programa de prevención y rehabilitación de los padecimientos la familia por los lazos que ella establece y las funciones que desempeña son componentes importantes del contexto social del individuo; que a veces por diferentes motivos no hay el contacto necesario por falta de recursos humanos, por problemas de

salud, por ser tiempo de cosecha o de siembra ya que la mayoría es del interior de la República Mexicana y los pasajes son sumamente elevados por la lejanía del lugar al tener que usar dos o más transportes.

Desde los orígenes de la humanidad la familia surge como una necesidad de supervivencia y bienestar, compuesta por un -- padre, madre e hijos aún cuando en nuestro medio y por circunstancias tradicionales está también la constituyen los abuelos -- y tíos, donde prevalecen los lazos consanguíneos de amor, afecto e interés mutuo.

La familia es considerada como la trasmisora de ideas y -- costumbres, actúa como un agente en la formación de la personalidad de los miembros; ejerce una influencia determinante, ya -- que forma hábitos y regula conductas futuras. Por lo que los -- pobladores de zonas rurales en el transcurso del tiempo de convivencia generan modos de vida, creencias, hábitos y costumbres comunes a todos los habitantes, lugar donde vivieron sus abue-- los, padres e hijos, el arraigo que se ha transmitido de una generación a otra como lo es el dialecto que se habla en diferentes partes de la provincia y que día a día se va perdiendo por falta de interés, por vergüenza y por sentirse menos en rela -- ción a personas que sólo hablan español. Habiendo pocos tanto -- padres como madres los que hablan algún dialecto entre los cuales destacan: el Chatino y Mixe en Oaxaca; el Otomí en Hidalgo;

y el Mazateco en Puebla lo que demuestra que día a día se van perdiendo las raíces que los identifican de acuerdo a su lugar de origen.

Al hablar de familia nos referimos al hogar que es el lugar de común convivencia de los hijos con sus padres. Por consiguiente todo aquello que afecte a la familia repercutirá en los miembros. Así tanto el padre como la madre deben alcanzar una madurez física, emocional y económica antes de asumir la responsabilidad de tener un hijo. Por lo que en relación con el Estado civil de los padres la mayoría de la población investigada queda comprendida en los que están casados por una o ambas leyes y un número considerable para madres solteras que han tenido una o varias uniones libres a causa de su inmadurez emocional, pero por el momento se encuentran solas; así como quienes viven en unión libre que se considera a la falta de cohesión familiar al irse perdiendo y adoptar otras ideas que perjudiquen al núcleo. En la actualidad la familia se basa en la unión libre constituido regularmente por el padre ausente y la madre soltera, mientras está perdura el varón colaborará económicamente al sostenimiento pero al separarse la ayuda desaparece y las partes generalmente realizan nuevas uniones, y los hijos de la mujer quedan bajo su custodia llamando padre al varón en turno, al carecer de estabilidad emocional al establecer en ocasiones una relación tras otra; y la inmadurez de los progenitores repercute nocivamente en la solidez y duración de la unión.

De ahí que se establezca el lugar de jefe de familia en el que deberán existir obligaciones y derechos entre los esposos, padres e hijos y en la población investigada la mayoría es ocupado por el padre o en su defecto por el padrastro. Un número considerable es la madre quien desempeña el papel de jefe de familia, que aunque al estar legalizada la unión y no existiendo cohesión el padre abandone el hogar.

La importancia de las relaciones entre los padres y de estos con los hijos, es el vínculo afectivo que existe y mantiene unidos a los padres, lo que propicia la unión entre todos los miembros, de lo contrario el aflojamiento de tales vínculos hace que prevalezcan conflictos y tensiones que van creando una serie de problemas ocasionados por la inestabilidad emocional, la falta de comunicación elemento fundamental que crea una relación sana en la pareja donde se expresen sentimientos de agrado o malestar sin pensar que por el hecho de dar una opinión se perderá el afecto, amor o cariño. Así en la población investigada en la mayoría sus relaciones interpersonales son nulas, es decir no viven juntos, situación que se da al culminar con la ruptura de los vínculos que unen a la pareja, debido a las tensiones, conflictos que al aumentar van rompiendo la armonía y se acentúa con el nacimiento de un hijo con cierto padecimiento, suscitándose roces, agresiones verbales y físicas que conduce a la ruptura parcial o total de la población investigada donde el padre ha abandonado el hogar,

sin que se conozca el paradero, siendo de vital importancia la relación entre los conyuges en el futuro de sus hijos. Mien -- tras en una minoría las relaciones son cordiales, lo que no -- quiere decir que no tengan algún conflicto, pero tratan de -- llevar una armonía para el desarrollo y equilibrio de su matri -- monio y de todos los miembros en especial del menor con limi -- tación ya que es conveniente la motivación para su rehabilita -- ción.

Donde mucho tiene que ver si el menor fue planeado y es -- notorio en la población investigada, así la mayoría correspon -- de a hijos que no fueron deseados en los que destacan los prin -- cipales motivos: porqué salió embarazada, en otros se recurrió a métodos anticonceptivos; porqué no querían tener más hijos; y otros lo ignoran. Pudiendose observar que su falta de prepa -- ración de los padres les impide ver lo que implica un nacimie -- to, las responsabilidades que implica la maternidad y paterni -- dad. Por otro lado una minoría corresponde a hijos que fueron planeados y las razones fueron las siguientes: deseaban tener otro hijo por lo regular de sexo masculino porqué tenían puras mujeres; otros era el primer hijo que tenían y por último con -- sideran los hijos como un regalo de Dios.

Por ende la Planificación Familiar es de suma importancia en la actualidad que es la decisión de determinar anticipada -- mente por propia capacidad de ambos padres el número de hijos que desean tener, el tiempo entre cada embarazo y el que estén

plenamente conscientes de las obligaciones y responsabilidades morales y económicas que representa la maternidad y paternidad desde que se va a concebir un nuevo ser, durante el embarazo, parto y nacimiento; la necesidad de proporcionar un hogar, aljumento suficiente, vestido, vivienda adecuada, atención y cuidados, protección y educación que no es posible debido a los bajos ingresos y conforme a las características peculiares, -- biológicas, médicas, culturales, sociales y económicas de la familia para lograr que sus miembros puedan disfrutar de salud y bienestar. Como se observo en la investigación donde la mayoría de las familias son extensas constituyendose de 7 a 9 -- miembros y una minoría de 1 a 3 miembros al ser difícil que -- conozcan algún método para evitar la concepción, así como por sus creencias y con ello evitar un número desproporcionado de hijos.

Por lo que el proceso de reproducción biológica al ser -- un fenómeno natural y cotidiano en ocasiones no se le conceda gran importancia y esperen inconscientemente que dicho proceso resulte exitoso y nazca un ser integro y eficientemente funcional en todos y cada uno de sus órganos, aparatos y sistemas, -- sin tomar en cuenta las condiciones adversas por las que la -- madre pasa, grande es la sorpresa y azoro cuando se presenta lo contrario el recién nacido presenta alguna alteración o mal formación. Es común que tal suceso ocasione un impacto emocional en los padres y demás miembros de la familia llegando a --

romper la armonía existente o creando un desequilibrio, la manera como ambos padres se adapten a esta situación es crucial para el bienestar de la familia.

Las relaciones de los padres en la investigación realizada a partir del padecimiento en una minoría no se modificaron pero persisten el resentimiento recíproco, se culpan mutuamente y aún después del tiempo ocurrido se preguntan quien tuvo la culpa, pero tratan de salir avantes para lograr el equilibrio. En la mayoría se modificaron las relaciones entre los padres quienes antes del nacimiento del menor ya tenían algunas desavenencias y se acentúan con el nacimiento del menor hasta concluir en el abandono.

Dependiendo si hubo modificación en la relación de los padres a partir del padecimiento determina en gran parte tanto la actitud que tiene el padre como la madre hacia su hijo, lo que confirma es la madre quien asume la responsabilidad, en relación a la actitud de las madres investigadas hacia el menor es factible la comprensión, cariño y apoyo por parte de ellas en la mayoría de los casos por su instinto maternal y la relación que se establece durante los 9 meses que dura el embarazo, por ser más abnegadas al ser de provincia, por sus costumbres, creencias y tradiciones donde prevalecen los lazos de amor y cariño quienes han tenido que afrontar la realidad y buscar alternativas para el menor con limitación, ya que es

rara la ocasión en que ambos lo hacen. Un número considerable se encuentra en una actitud de aceptación y adaptación en la que predominan sentimientos contradictorios por una parte el deseo de atender al menor por tener todavía sentimientos de culpa, de protegerlo porque es su hijo, por otro rechazarlo por vergüenza y resentimiento por no ser como los demás, considerando que están en un proceso donde todavía no se ubican, y se logrará mediante el conocimiento del padecimiento, causas tratamiento y pronóstico para ir modificando esas actitudes y lograr la participación de padres y madres. Aunque en ocasiones esto no impide que por parte de ella haya rechazo e indiferencia y sólo se limiten a cumplir con lo que se les pide de manera automática sin mostrar el mínimo interés que se deba a diversos aspectos: desconocimiento del padecimiento y lo que ello implica, a su situación económica, a las presiones en su trabajo, a las relaciones pésimas con su esposo, a la falta de apoyo por parte de sus hijos y un sin fin de situaciones que actúan para que la madre tenga esta actitud con el menor en la investigación realizada al ser una minoría.

En la actitud que presenta el padre hacia el menor hay rechazo ya que para ellos es más difícil afrontar la realidad; otros muestran indiferencia aún cuando viven con él, es como si no existiera, en otro es nula debido al abandono a su hogar y otros ignoraban el padecimiento ya desde el embarazo no era aceptado; también muestran actitudes de aceptación sin lograr

todavía lazos estrechos, en pocos casos de la investigación es donde hay actitudes afectivas, cooperativas y de cariño para el menor creando un ambiente adecuado para éste y los demás -- miembros que integran la familia.

También se pudo observar un número considerable de menores no viven con ambos padres, por diversos motivos, y ello -- traiga consigo que los niños vivan sólo con su madre y pocos -- con el padre y esto a causa del fallecimiento de la madre y -- una minoría con los abuelos debido al fallecimiento de ambos -- padres, generalmente por vía materna. Destacándose los principales motivos por los que ambos no viven juntos, la mayoría -- están separados al presentarse situaciones inestables, matrimonios o uniones que realizan generalmente muy jóvenes sin tener la madurez emocional necesaria.

Cabe resaltar la importancia en relación a los antecedentes heredo-familiares, donde un número considerable de padres presentan conductas antisociales como el alcoholismo enfermedad crónica y progresiva caracterizada por la dependencia al alcohol y generar una predisposición a que el menor nazca con alguna alteración física o mental; ya que el alcohol es absorbido por el estómago, sin llegar al intestino pasa a la sangre y en pocos minutos producir sus efectos; tomando en cuenta las causas que llevan a esta conducta antisocial: económicas, culturales como escape a su inseguridad, tensiones y conflictos --

emocionales. El daño familiar es también manifiesto crea un -- ambiente de ansiedad y violencia y constatar mediante la investigación que generalmente la población afectada son campesinos obreros al ser para ellos una manera de escape a sus presiones sociales.

El ingreso considerado como la capacidad que tiene la población de adquirir bienes y servicios, factor esencial que -- determina el nivel de vida de una población, por lo que las -- familias de los menores investigados perciben los más bajos -- ingresos no permitiéndoles satisfacer las necesidades básicas; predominando familias que perciben menos de un salario a tres como mínimo además tomando en cuenta el nivel de dependencia -- que es en ocasiones de un salario para la manutención de 5 o -- más miembros que integran el núcleo. Así la baja disponibilidad del ingreso como el escaso nivel educativo son útiles para determinar de manera general las zonas de deficiente nutrición. Un pueblo entre mayor nivel educativo tiene, mejor es su conocimiento a diversos aspectos, pero de lo contrario puede presentarse rechazo a situaciones que en determinado momento contribuyen a su bienestar.

Las condiciones de un lugar de acuerdo a su situación geográfica (clima, orografía, hidrografía, flora y fauna y de --- acuerdo a ciertas características de la población se denominan zonas urbanas, suburbanas o rurales) y a su distribución sobre

el territorio determinan la actividad económica de la población y la mayoría de padres se encuentra dentro de la PEA (Población Económicamente Activa), predominando principalmente la ocupación de campesinos quienes desde temprana edad han tenido que colaborar en la siembra y cosecha, ante tal situación tienen remotas oportunidades de asistir a la escuela como lo es en la población investigada tanto padres como madres la mayoría no tiene ninguna escolaridad y un número considerable ha cursado uno o varios grados sin complementar su educación básica dando como resultado una total falta de preparación, mientras la minoría ha logrado terminar su primaria; ya que a mayor nivel educativo se incrementa la oportunidad para un mejor trabajo. Esta población no se considera plenamente ocupada por las características que presenta: no tienen remuneración fija por la fuerza de trabajo invertida, o bien por lo menos les permita obtener lo esencial para su autoconsumo ya que en ocasiones la cosecha se pierde por inundaciones o sequías o en caso contrario hay excedente y quieren vender se enfrentan a la falta de transporte a un costo sumamente elevado y todo esto haga que en ocasiones emigren a las grandes ciudades como el Distrito Federal, Guadalajara, Monterrey o hacia el exterior Estados Unidos. Mientras una minoría este conformada por padres con las siguientes ocupaciones: obrero, pescador, pintor, comerciante y albañil. Por lo que el tipo de empleo tiende a ser eventual y no gozan de ninguno de los Derechos que establece la Ley Federal del Trabajo como prestaciones, vacaciones o aguinaldo.

Y una minoría de la población investigada pertenece a la -- Población Económicamente Inactiva (PEI) por los siguientes motivos de la mayoría de los padres se ignora el paradero debido al abandono de éste a su familia desde hace bastante tiempo y la -- minoría ha fallecido el padre y por lo tanto la madre se ha tenido que incorporar a la población activa.

En relación a las madres la mayoría se dedica a las labores del hogar que sin ser remuneradas no deja de ser un trabajo arduo, pesado y permanente a lo largo de los días; un número considerable son empleadas domésticas que es un alargamiento más de sus labores que desempeñan en su hogar, donde no les remuneran lo adecuado a su desgaste físico como se observe en la investigación llevada a cabo al ser trabajos eventuales con largas -- jornadas además de no gozar de los Derechos que establece la ley Federal del Trabajo como el descanso obligatorio y con ello tiende a descuidar a sus hijos.

Además de las anteriores, existen otras condiciones que predisponen a la enfermedad, como la deficiente alimentación al no incluir en su dieta proteínas, vitaminas y sales minerales que -- aunado a lo anterior son el resultado de la disminución de la -- resistencia corporal de padres, madres y en especial de los menores al ocasionar alguna alteración física o mental.

La desnutrición en nuestro país es un problema de gran im-

portancia que abarca a gran parte de la población, debido a el escaso poder adquisitivo, destacando de acuerdo a la investigación realizada estados como Oaxaca, Chiapas, Guerrero, Tlaxcala, Puebla, Hidalgo y Michoacán donde las condiciones de vida son precarias. Las deficiencias nutricionales y la inmadurez -- (bajo peso en el nacimiento) contribuyen a la susceptibilidad -- frente a las enfermedades que suelen estar relacionadas con la nutrición materna deficiente que repercuten en la mujer embarazada como en el producto durante la vida intrauterina. Así en -- el período de lactancia su producción de leche será suficiente de los 2 a los 4 meses de la vida del bobé; para satisfacer los requerimientos por un lado a la composición corporal y por otro las defensas que proporciona la leche materna.

La desnutrición en México es más grave en el medio rural -- que en el urbano, pero en ambos es de baja calidad que se pudo observar en la población investigada en cuanto a su alimenta -- ción básica: frijol-tortillas-café, productos que carecen de -- los nutrimentos suficientes; por otra parte al ser la mayoría -- de las familias de provincia y se cree ellas consuman verduras son relativamente pocas las que lo hacen diariamente, entre las razones de quienes no las consumen: aseguran que no las venden en los mercados, que son demasiado caras, no les gustan y por -- su ignorancia no conocen determinada verdura o según sus creen -- cias les hace daño al no comprender los beneficios que les apor -- ta consumirlas.

Al igual que las frutas sustanciosas en vitaminas y sales minerales así como las verduras la minoría las consume diariamente, mientras la mayoría lo haga ocasionalmente; que además de ayudar a prosorvar la salud contribuye al restablecimiento del menor en su rehabilitación. De los alimentos que son básicos como la leche, carne de res, pollo y huevo es poco frecuente (1 o 2 veces por semana) el consumo por parte de la población investigada abarcando a la minoría, mientras la gran mayoría lo hace ocasionalmente al no tener poder adquisitivo suficiente.

Cabe mencionar que la salud no esta condicionada sólo a -- factores biológicos, nutricionales, sino también a los del ambiente físico; siendo lo importante de ésta interacción hombre-ambiente la calidad que se genere para mantener el equilibrio. Por otro lado es indudable que en las áreas urbanas marginadas y zonas rurales se presenten graves y frecuentes problemas de salud que se relaciona con las condiciones de vivienda, la carencia o deficiencia de servicios públicos y sanitarios, es determinante que la conjugación de estos factores haga más claro que a pesar de los avances y el tiempo gran parte de la población no cuenta con ellos.

La vivienda problema que se ha traído desde años anteriores y persiste aún en nuestros días, más en el Distrito Federal siendo el fin principal de muchas familias el de adquirir un terreno donde vivir a bajo costo, que a su vez presenta: carencia de servicios públicos, médicos, escuelas y otros.

Todo ello hace difícil que puedan construir una vivienda digna y decorosa y por tanto sólo cuenta con un cuarto como dormitorio y cocina en la mayoría de la población investigada, mientras un número considerable tiene un cuarto y cocina aún insuficiente para todos los miembros de la familia; lo que hace vivan en condiciones paupérrimas, antihigiénicas al ser construidas con material de pésima calidad al no brindarles seguridad ante los cambios climatológicos, el incremento de la fauna nociva, mientras la minoría cuenta con más de tres cuartos.. Es de suma importancia las condiciones de vivienda, es decir el material con el que está construido si es de buena calidad como el piso, techo y paredes de cemento proporcionarían un clima adecuado, favorable y seguro, por el contrario cuando son de pésima calidad como es el caso de la población investigada donde la mayoría tiene piso de tierra que coadyuva al deterioro de la salud de los habitantes ocasionando enfermedades parasitarias debido al incremento de la fauna nociva al tener piso de tierra y en determinado momento éste puede estar contaminado por heces fecales tanto de seres humanos como de animales.

En lo referente al material del que están hechas las paredes la mayoría son de ladrillo o bien de adobe o block como los padres le llaman que consiste en una mezcla de lodo, paja y agua para que este adquiera firmeza. Con respecto al techo la mayoría tiene lámina de cartón, siguiendo con los que tienen lámina de fierro, de bóveda, ocasionando dentro de la vivienda

la falta de luz natural, un ambiente frío, húmedo o caluroso de acuerdo a la estación del año; ya que este tipo de material guarda relación con el clima y no brinda la protección necesaria.

La carencia de los servicios públicos como lo es el drenaje o alcantarillado que comprende un sistema de conductos impermeables y subterráneos unidos por una red que desembocan en cañerías todos los desechos humanos, de animales y aún industriales, evitando con ello la contaminación del suelo, de las fuentes de agua potable de la que se abastece la población.

Otro servicio de vital importancia es el agua potable, substancia indispensable para la vida de todo ser humano; por lo que un número considerable carece de este servicio y por consiguiente tienen que acarrearla del río, lugares alejados o a través de pipas sin el mínimo de cuidados higiénicos que se requiere para el agua; guardando relación con el drenaje y los deficientes sistemas de eliminación de desechos que prevalecen en las zonas rurales ya que el agua puede contaminarse por el aire, suelo a través de bacterias, también se da la contaminación de lagos, ríos y manantiales que llega por las lluvias, que transportan materias del suelo (heces fecales) y en ocasiones la contaminación puede realizarse con aguas subterráneas altamente infectadas por su comunicación con letrinas.

Dentro de los principales problemas que ocasionan trastornos emocionales en la familia son las conductas antisociales tales como el alcoholismo principalmente por parte del padre al ser alcohólico desde su juventud, al tener traumas en su niñez, no poder asumir su función (derechos y obligaciones) al aspecto económico y a una serie de factores tanto internos como externos que tienen su origen en el medio circundante, -- pueden formar o deformar una conducta al ser notorio en la población investigada. Otro de los problemas que afectan a la -- familia es el aspecto económico al referirse al encarecimiento de los productos básicos debido a los bajos ingresos y el que -- las hijas mayores entren a trabajar de empleadas domésticas -- sin continuar con sus estudios y repetir el ciclo de sus pa -- dres. Por otra parte gastos que se incrementan con el padeci-- miento del menor, y a su escaso poder adquisitivo que tiene la población como se ha mencionado a lo largo de esta interpreta-- ción.

La situación de las regiones menos desarrolladas tanto -- del Distrito Federal como del interior trae consigo una serie de problemas que se generan de acuerdo a la ubicación geográ-- fica o lugar de origen y de acuerdo a la comunidad algunos son semejantes y otros varían; en las zonas rurales al ser poca la población predominan los rumores vecinales afectando en deter-- minado momento a algún familiar o conocido; existiendo delin-- cuencia pero no del tipo que predomina en el Distrito Federal,

sino refiriéndose con esto a la siembra de marihuana dada la situación económica de las familias investigadas; la falta de servicios públicos (agua, luz, drenaje, transporte); otro problema de suma importancia es la falta de fuentes de trabajo que propicia la migración hacia el interior del Distrito Federal, Guadalajara, Monterrey y hacia el exterior como Estados Unidos con el fin de obtener mejores ingresos; problemas que aqueja tanto a zonas urbanas, suburbanas como rurales el pandillerismo y alcoholismo en las calles.

Se puede concluir que en la presente investigación se cumplieron las hipótesis planteadas al comprobar en la mayoría de los padres de familia el total desconocimiento del padecimiento, causas, pronóstico y todo lo que ello implica, aspectos que influyen a la poca o nula participación para con la institución y en especial del tratamiento del menor ya que en ocasiones los padres se forman ideas derrotistas y esto perjudique a su hijo. Al presentar la población investigada una serie de condiciones adversas para que se manifiesten los padecimientos, donde el desarrollo de toda comunidad está condicionada por factores sociales, económicos, biológicos, físico-químicos, políticos y culturales que influyen en la vida de los seres humanos y la conjugación adecuada de estos factores determina el nivel de vida de una población.

## CAPITULO V.

### EL TRABAJO SOCIAL EN LA REINTEGRACION DEL PACIENTE A SU LUGAR DE ORIGEN.

De acuerdo con las características observadas en la investigación llevada a cabo resaltan de manera particular las condiciones adversas que presentan las familias que acuden a la -- Residencia Infantil San Vicente de Paúl, para el tratamiento de los menores con los padecimientos tales como: secuelas de poliomielitis, malformaciones congénitas y parálisis cerebral, -- este último con mucha demanda; así como la falta de participación hacia el tratamiento, avances y logros que tiene el menor durante su estancia el cual depende del grado de afectación.

El nivel de vida de una población esta determinado por su capacidad en la adquisición de los bienes y servicios; y la salud es un componente más del nivel de vida de toda comunidad, -- destacando en la investigación realizada una serie de condiciones: de índole biológica, ambiental, vivienda inadecuada, falta de servicios públicos, deficiente alimentación y enfermedades -- que no son atendidas debido a la falta de ingresos suficientes por parte de la población, que influyen en los niños, hombres y sobre todo en mujeres embarazadas, hasta ir minando su resistencia corporal y afectar al producto, todo ello se agrava de--

bido a la ignorancia de los padres fenómeno notorio en la investigación realizada; al ocasionar estas condiciones adversas secuelas o alteraciones importantantes que impiden el desarrollo del menor, al desconocer el diagnóstico preciso, causas, tratamiento y pronóstico y lo que es más importante la institución adecuada que le pueda ofrecer lo necesario para la rehabilitación del menor, al no llegar hasta su población la información necesaria, dada la lejanía del lugar.

Esta misma ignorancia hace que las mujeres embarazadas desconozcan la importancia que tiene la vigilancia y atención médica durante el embarazo, trabajo de parto y en este último, lo cual no es posible debido a sus bajos ingresos. Así como la relevancia que tiene la historia prenatal completa en la que constan antecedentes familiares, datos sobre la duración de embarazo y parto. El realizar este historial es de suma importancia ya que sirve como antecedente cuando el menor llega a presentar alguna alteración o limitación en su desarrollo pues ayuda a los padres de alguna manera a entender el porqué de tal padecimiento y con ello buscar alternativas en la rehabilitación del menor, además de permitir lograr despertar el interés de los padres así como su participación de manera espontánea, es por ello que el trabajador social, debe coadyuvar y cooperar con estos.

## 5.1. EL TRABAJO SOCIAL EN LA REHABILITACION.

Las reacciones individuales de un miembro de la familia -- influyen en la interacción familiar, por lo que el nacimiento - de un niño con alguna limitación origina crisis, impactos que - llegan a alterar la dinámica de ésta. Por lo que no puede con- siderarse anormal la reacción de los padres al estar esperando - un bebé perfecto, se sientan desilusionados al enterarse que el menor presenta un defecto.

La influencia de un niño limitado en la estructura fami--- liar pone de manifiesto la necesidad de llevar a cabo acciones de rehabilitación tendientes a crear un ambiente adecuado para el desarrollo del propio sujeto con alteración de sus hermanos y de sus padres. Resaltando la existencia de una evidente ---- ausencia de información en cuanto a la etiología, prevención, - posibilidad de recuperación e instituciones que realmente ---- ofrezcan los servicios adecuados.

Por otra parte los menores con limitaciones requieren du-- rante largo tiempo de la continuidad de los servicios por lo -- que es deseable que sean atendidos en su lugar de residencia, - con lo cual las familias se verían más involucradas, además de que no perderían el contacto con su lugar de origen; sin embar- go esto es imposible dado que las instituciones están distantes de su comunidad y es por eso que optan por internarlos en luga-

res alejados debido a la falta de recursos económicos y a la --  
imposibilidad para llevarlos y traerlos continuamente o para --  
pagar el alojamiento y tratamiento médico, lo que implica que --  
en ocasiones tiendan a perder sus valores, creencias y tradi --  
ciones adquiriendo otras que ocasionan un desajuste familiar y --  
ambiental.

Aún cuando el tratamiento de los niños con limitación ---  
física, en ocasiones es relativamente simple, pero generalmente  
es difícil, costoso y prolongado. Por lo que al planear el pro-  
grama de tratamiento y rehabilitación, los lazos familiares y -  
las relaciones hijo-padres deben mantenerse tan firmes como sea  
posible, en los casos que sea necesario la separación y apli --  
carse todos los esfuerzos posibles para mitigar los efectos ad-  
versos de la misma.

De lo que se desprende la importancia de que paralelamente  
a las acciones que se instituyan para el menor se establezca un  
programa para los padres que les brinde información veraz, ---  
completa y oportuna sobre el padecimiento y pronóstico de su --  
hijo e intente su incorporación en el tratamiento.

El proceso de rehabilitación incluye la participación de -  
profesionales como el médico especialista en esta área, terapia  
física, terapia de lenguaje, psicología, pedagogía y trabajo --  
social quien desempeña un papel de suma importancia.

En primera instancia mediante la función de la investigación aporta datos que se obtienen de las entrevistas y visitas domiciliarias, a través del Estudio Social y las observaciones correspondientes en cuanto a las características económicas, -- culturales, educativas, condiciones de vivienda, servicios públicos que inciden en la etiología de tales padecimientos, así como el interés y la actitud de los miembros hacia el menor limitado. Esta valoración social intenta no sólo determinar los factores sociales, económicos, emocionales o ambientales, sino identificar aspectos que pueden obstaculizar o perjudicar el -- proceso de rehabilitación. Envuelve las relaciones existentes -- entre el menor, la familia y la comunidad tomando en cuenta:

a) La actitud familiar (padre, madre y hermanos) ante la -- limitación del menor.

b) Los recursos económicos, familiares, posibilidades e -- interés de los padres en asumir la responsabilidad del niño.

Por lo que es necesario conocer como funciona la familia, la manera en que sus miembros se influyen mutuamente; los efectos que produce tener un hijo con alguna alteración tanto en -- los padres como en los demás integrantes, así las influencias -- del contexto familiar y social en el menor son de vital importancia, por lo que es conveniente trabajar estrechamente dentro de lo posible con las familias en el asesoramiento y que éste -- coadyuve para la integración del menor a su núcleo familiar y -- lugar de origen.

Ya que todo sistema como es la familia, esta formado por partes que funcionan conjuntamente para conseguir propósitos -- compartidos o en común, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- a) Las características de la familia
- b) Los efectos sobre los diferentes miembros: padre, madre y hermanos
- c) Relaciones conyugales y armonía familiar
- d) Los acontecimientos del ciclo vital.

Así la ayuda del Trabajador Social debe empezar por escuchar lo que los padres piensan, sienten, creen, esperan y necesitan, como punto de partida para trabajar con ellos, considerándose como la base de los esfuerzos para ayudar a su hijo.

Siendo otra de las funciones del Trabajador Social el asesoramiento, proporcionando a los padres información precisa en términos sencillos en cuanto a la etiología, características y pronóstico o cualquier otra duda en relación al menor y a los servicios de la institución y verificar si ellos han comprendido la información mediante preguntas y observaciones que haga el Trabajador Social.

Considerando como labor importante del trabajador social el colaborar con los padres para ayudarles a identificar fuentes de tensión y los recursos con los que ellos cuentan para --

hacerles frente y posibles estrategias para que estos recursos estén al alcance de la familia.

## 5.2. INSTITUCIONES DE REHABILITACION.

Se pudo observar en la investigación realizada el total -- desconocimiento del padecimiento y por consiguiente de instituciones que brinden los servicios adecuados para el tratamiento que el menor necesita.

Con ese fin se ha elaborado un directorio sobre los servicios que ofrecen, los padecimientos que atienden, personal, horario y otros datos importantes de algunas instituciones. Cabe mencionar que se realizaron las visitas a estos lugares.

1. Hospital Shriners
2. CREPH
3. TANESQUE
4. Instituto Pedagógico
5. OIRA
6. Instituto Nacional de Comunicación Humana
7. Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación
8. Asociación Pro-paralítico Cerebral. (APAC).
9. Rehabilitación A.P.
10. ADEPAM. G.B. A.C.

GUIA PARA INSTITUCIONES.DATOS GENERALES:

1. Nombre completo de la institución.  
Hospital Shriners para Niños Lisiados A.C. Unidad de la Ciudad de México.
2. Domicilio.  
Calle de suchil No. 152, Col. El Rosario Coyoacan, México -- D.F., C.P. 04380.
3. Teléfono.  
6-89-93-99; 6-89-47-18 y 6-86-42-49
4. Nombre del director (a).  
Administrador Lic. Roberto Arguedas, Dr. Nelson Cassis Cirujano en jefe.
5. Tipo de institución.  
Hospital de Ortopedia Pediátrica; Asociación Civil.
6. Documentación solicitada.  
Acta de nacimiento y Carta Poder.
7. Requisitos para ingresar.  
Valoración de primera vez, lunes o viernes a las 7:30 a.m.
8. Qué tipo de población atiende.  
Pacientes de ambos sexos de 1 día de nacido a 18 años de edad.
9. Límite de edad para ingresar y egresar.  
18 años.
10. Rango actual de edad de los niños inscritos en la institu--

ción.

8-12 años.

11. Tipo de evaluación que determina el ingreso.

El solicitante debe padecer de una enfermedad o deformidad - que corresponda al campo de la cirugía ortopédica.

12. Tiempo promedio de espera para ingresar.

Mes y medio.

13. Número de pacientes inscritos.

60 camas para hospitalización.

14. Cantidad de pacientes deseables.

60 pacientes.

15. Tipo de servicio que brinda.

\* Internos solamente para tratamiento quirúrgico.

\* Externos para consultas.

16. Cuota establecida.

atención gratuita, sin consideración de raza o religión.

2.

DATOS GENERALES:

1. Nombre completo de la institución.

Centro de Rehabilitación y Educación para Problemas de Comunicación Humana (CREPCH).

2. Domicilio.

Norte 81-A, No. 509 Col. Electricistas. Delegación Azcapotzalco. México D.F., C.P. 02060.

3. Teléfono.

3-52-43-30 y 3-52-63-04.

4. Nombre del director (a).

Coordinadora Técnica Laura Valle.

5. Tipo de institución.

Institución de carácter privado; que atiende problemas específicos como deficiencia auditiva, desfases en la estructura temporo-espacial, disfunción cerebral, problemas de percepción, aprendizaje y conducta.

6. Documentación solicitada.

Solicitud de ingreso y nota de rendimiento escolar referido por la escuela.

7. Qué tipo de población admite.

Desde recién nacidos hasta adultos de ambos sexos.

8. Edad de ingreso y de egreso.

No hay debido a que se trabaja con bebés, adolescentes y --- adultos hasta abordar con éxito el problema específico.

9. Rango actual de la edad de los niños inscritos.

6 a 7 años y adultos.

10. Tipo de evaluación que determina el ingreso.

Mediante la historia clínica y de acuerdo a las características que presente el individuo se le asigna la terapia y posteriormente se realizan evaluaciones cada 3 meses o antes -- según lo requieran los estudios electroencefálicos.

11. Tiempo promedio de espera para ingresar.

Cuando hay saturación 3 o 4 meses.

12. Número de pacientes inscritos.

350 pacientes distribuidos en diferentes horarios.

13. Cantidad de pacientes que se consideran deseables.

Número deseable 350 pacientes.

14. La Institución funciona con el siguiente personal por área.

\* 2 pedagogos, 23 psicólogos clínicos y educativos, 4 terapistas de lenguaje.

15. Cuota establecida.

Se le otorga media beca al que pague oportunamente (mensualmente) dentro de los primeros días del mes.

Niños \$40,000 y Adultos 50,000.

16. Horario de actividades.

De 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

Turno Matutino de 8:00 a.m. a 2:00 p.m.

Turno Vespertino de 2:00 p.m. a 8:00 p.m.

Periodos vacacionales: Semana Santa, Diciembre y días festivos.

17. Tipo de servicio que brinda.

Servicio externo, mediante terapias individuales, terapias grupales, orientación familiar, orientación vocacional, en encuentros entre adolescentes, escuela para padres, talleres y dinámicas familiares.

DATOS GENERALES:

1. Nombre completo de la institución.  
Centro Educacional Tanesque A.C.
2. Domicilio.  
Fresnos No. 58, Col. Palo Alto, México D.F., C.P. 05110.
3. Teléfono.  
5-70-37-83 y 5-70-40-63.
4. Nombre del director (a).  
Dora Ma. Ruiz Galindo de Hagerman.
5. Tipo de institución.  
Asociación civil que intenta brindar atención a quien no la puede pagar, institución no lucrativa. Centro que atiende a menores con problemas de aprendizaje, alteración motriz y -- otros.
6. Documentación solicitada.  
Ninguna.
7. Qué tipo de población admite.  
Niños y adolescentes de ambos sexos en edad escolar con problemas emocionales y de aprendizaje, encaminándolos a su maduración y al mejoramiento de sus relaciones de él con los -- demás.
8. Edad de ingreso y de egreso.  
De 4 a 5 años de edad para admitirlos y entre 18 y 20 años -- para egresar aunque no es edad límite.

9. Rango actual de niños inscritos.  
De 8 a 14 años de edad.
10. Tipo de evaluación que determina el ingreso.  
Cuando los padres noten alguna alteración en el menor o bien en la escuela donde asisten por medio de la maestra; donde - ambos trabajan en combinación para ver como puede mejorar y en que esta fallando. El diagnóstico se determina mediante - el equipo interdisciplinario quien detecta el tipo de pro -- blema y le asigna la terapia adecuada y los días de sesión.
11. Tiempo promedio de espera para ingresar.  
Hay lista de espera para los menores de escasos recursos --- económicos que ingresan de los recursos que proporcionan los niños con posibilidades económicas.
12. Número de pacientes inscritos.  
Variable.
13. Cantidad de pacientes que se consideran deseables.  
De acuerdo a las posibilidades físicas y de personal de te-- ner más niños en tratamiento.
14. La institución funciona con el siguiente personal por área.  
\* 9 Psicólogos; \* 3 Terapoutas de Lenguaje; \* 1 Directora; -  
\* 3 Secretarias; 1 de tiempo completo y 2 medio tiempo; \* 1 Mensajero; \* 1 Portero; \* 1 Vigilante; \* 1 Coordinadora del Departamento de Educación Continua y \* 1 Pediatra cuando se le solicita.

15. Cuota establecida.  
\$200,000.00 a los que tienen posibilidades económicas y becas para los menores de bajos recursos.
16. Horario de actividades.  
Para los menores que pagan en el turno matutino y para los becados en el turno vespertino.
17. Tipo de servicio que brinda.  
Servicio externo. Además Cursos para padres y maestros; terapias individuales; terapia familiar y terapia motriz.

4 .

DATOS GENERALES:

1. Nombre completo de la institución.  
Instituto Pedagógico para Problemas de Lenguaje I.A.P.
2. Domicilio.  
Calle Poussin No. 63 Col. San Juan Mixcoac. Delegación Benito Juárez. México D.F. C.P. 03730.
3. Teléfono.  
5-98-11-20 y 5-98-09-33.
4. Nombre del director (a).  
Directora Administrativa Ma. Elena Berinstain.  
Directora Técnica Laura Acún.
5. Tipo de institución.  
Institución de Asistencia Privada, no lucrativa con reconocimiento ante la Secretaría de Educación Pública. Pertene--

- ce a la Junta de Asistencia Privada.
6. Documentación solicitada.  
Copia del acta de nacimiento.
  7. Tipo de población que se admite.  
Niños de ambos sexos con problemas de lenguaje, aprendizaje y auditivos.
  8. Edad de ingreso y de egreso.  
Desde los 3 hasta los 12 años de edad.
  9. Rango actual de la edad de los niños inscritos.  
De 3 a 12 años de edad.
  10. Tipo de evaluación que determina el ingreso.  
Concertar cita y posteriormente pasar a historia clínica y - en base a esto se realiza evaluación, dependiendo del resultado se proporciona el tipo de terapia que necesita y frecuencia.
  11. Tiempo promedio de espera para ingresar.  
No hay lista de espera.
  12. Número de pacientes inscritos.  
50 niños al año.
  13. Cantidad de pacientes que se consideran deseables.  
Capacidad hasta 80 pacientes y puede aumentar más.
  14. La institución funciona con el siguiente personal por área.  
\* 2 psicólogos: orientación familiar e historias clínicas;  
\* 1 trabajadora social; \* 5 terapistas; \* 1 maestra de artes plásticas; \* 1 encargada de estimulación temprana (doc-tora); \* 1 secretaria; \* 1 contadora y \* 1 auxiliar.

15. Cuota establecida.

Si la persona es de bajos recursos pasa a la oficina de --  
Trabajo Social para llenar solicitud de beca.

16. Horario de actividades.

De lunes a jueves de 9:00 a.m. a 2:00 p.m. y de 4:00 p.m.  
a 7:00 p.m. y viernes de 9:00 a.m. a 2:00 p.m.

Periodos vacacionales: Semana Santa y Navidad.

No llevan calendario de la SEP.

17. Tipo de servicio que brinda.

Servicio externo.

Las terapias son individuales como grupales. Taller de Ar-  
tes Plásticas como apoyo a la terapia; Taller de Teatro; -  
Taller de lectura y escritura; Escuela de padres de fami-  
lia (Orientación familiar); Servicio de audiología; Servi-  
cio de psicoterapia y terapias de audición, lenguaje y ---  
aprendizaje.

5.

DATOS GENERALES:

1. Nombre completo de la institución.

Orientación Infantil para Rehabilitación Auditiva, A.C.  
(OIRA).

2. Domicilio.

Protasio Tagle No. 103 Col. San Miguel Chapultepec México  
D.F. C.P. 11570.

3. Teléfono.  
5-15-68-98.
4. Nombre del director (a).  
Guadalupe Vadillo de Jarado.
5. Tipo de institución.  
Institución de carácter asistencial; que brinda rehabilitación al menor con limitación auditiva.
6. Documentación solicitada.  
Ninguna.
7. Tipo de población que admite.  
Menores de ambos sexos con problemas de lenguaje, aprendizaje y audición.
8. Edad de ingreso y de egreso.  
Niños y adolescentes.
9. Rango actual de la edad de los niños inscritos.  
De 3 a 6 años de edad.
10. Tipo de evaluación que determina el ingreso.  
Mediante la Valoración y la Historia Clínica que se realiza en la primera entrevista y los siguientes estudios: ---  
psicométricos, psicopedagógicos y auditivos.
11. Tiempo promedio de espera para ingresar.  
No hay lista de espera.
12. Número de pacientes inscritos.  
100 pacientes inscritos en Educación Especial.  
Y 20 familias en el área de enlace familiar.

13. Cantidad de pacientes que se consideran deseables.  
Meta deseable para el año de 1992 de 120 menores.
14. La institución funciona con el siguiente personal por ---  
área.  
\* 1 Director; \* 1 Asesor clínico de diagnóstico; \* 1 Ase--  
sor clínico de tratamiento; \* 1 Jefe de enlace familiar; -  
\* 2 Secretarías; \* 1 Asistente administrativo; \* 12 Tera--  
peutas; \* 3 Audiólogos; \* 11 Supervisores y \* 1 Psicoló--  
go a cargo de los estudios psicológicos.
15. Cuota establecida.  
El 65% de la población esta becada que varía del 10 al 90%  
en base al estudio social que es aplicado por la asistente  
administrativo.
16. Horario de actividades.  
De 8:30 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a viernes.
17. Tipo de servicio que brinda.  
Servicio Externo.  
Estudios Psicológicos y psicopedagógicos; Evaluaciones ---  
audiológicas; Adaptación de auxiliares auditivos y Enlace  
familiar.

6.

DATOS GENERALES:

1. Nombre completo de la institución.  
Instituto Nacional de la Comunicación Humana.

2. Domicilio.  
Av. Francisco de P. Miranda No. 177 Col. Torres Mixcoac Mé-  
xico D.F. C.P. 01490.
3. Teléfono.  
5-93-37-42; 5-93-36-02 y 5-93-34-90.
4. Nombre del director (a).  
Dr. Francisco Hernández Orozco.
5. Tipo de institución.  
Escuela oficial.
6. Documentación solicitada.  
Estudios clínicos anteriores.
7. Tipo de población que se admite.  
Niños y adultos con problemas de lenguaje, de audición, de  
voz y/o de aprendizaje.
8. Edad de ingreso y de egreso.  
No hay límite de edad de ingreso y de egreso.
9. Rango actual de la edad de los niños inscritos.  
Variable.
10. Tipo de evaluación que determina el ingreso.  
Evaluación diagnóstica, historia clínica, distintos tipos  
de estudios dependiendo del caso (perceptual, auditivo, --  
visual, foniatrico, neurológico y electroencefalográfico).
11. Tiempo promedio de espera para ingresar.  
15 días para las personas que vivan en el Distrito Federal  
y para los de provincia se lleva a cabo de inmediato.

12. Número de pacientes inscritos.  
1150 pacientes.
13. Cantidad de pacientes que se consideran deseables.  
Los mismos.
14. La institución funciona con el siguiente personal por ---  
área.  
\* 95 Terapeutas de lenguaje y \* 20 Profesores para impar---  
tir talleres.
15. Cuota establecida.  
La cuota es variable de acuerdo a sus ingresos.
16. Horario de actividades.  
De 8:00 a.m. a 18:00 p.m. de lunes a viernes.
17. Tipo de servicio que brinda.  
Servicio Externo. De expresión a pacientes con labio-pala-  
dar hendido; a pacientes sordos de preescolar, escolar y -  
grupos de maduración; primaria de Educación Especial matu-  
tina y vespertina así como adiestramiento mediante 11 ta--  
lleres: electricidad, artesanías, imprenta, encuaderna ---  
ción, belleza, tejido de máquina, corte y confección, bor-  
dado, mantenimiento y peluquería.

DATOS GENERALES:

7 .

1. Nombre completo de la institución.  
Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación. De la --  
Secretaría de Salud.

2. Domicilio.  
Mariano Escobedo No. 150 Col. Anáhuac.
3. Teléfono.  
5-45-81-66; 5-45-37-16 y 5-45-15-94 de Trabajo Social.
4. Nombre del director (a).  
Ma. de los Angeles Barbosa Vivanco.  
Subdirector: Oscar Izquierdo.
5. Tipo de institución.  
De asistencia pública de la Secretaría de Salud.
6. Documentación solicitada.  
Ninguna.
7. Tipo de población que se admite.  
Lactantes, niños, adolescentes y adultos con problemas del sistema músculo-esquelético como secuelas de poliomielitis; cuadriplejías, retraso en el desarrollo psicomotor y parálisis cerebral.
8. Edad de ingreso y de egreso.  
No hay ya que el servicio es para toda la población.
9. Rango actual de la edad de los niños inscritos.  
Variable.
10. Tipo de evaluación que determina el ingreso.  
Los pacientes entran a preconsulta y posteriormente pasan con el doctor quien determina el ingreso.
11. Tiempo promedio de espera para ingresar.  
No hay lista de espera.

12. Número de pacientes inscritos.

Es variable.

13. Cantidad de alumnos que se consideran deseables.

Los que pueda atender la institución.

14. La institución funciona con el siguiente personal por ---  
área.

\* Médicos, \* enfermeras, \* trabajadoras sociales, \* psi--  
cológicos, \* psiquiatras, \* ortesistas, \* ortopedistas, ---  
\* terapistas físicas, \* ocupacionales, \* de lenguaje, ---  
\* médicos en rehabilitación y \* residentes; 200 personas  
laboran en el instituto.

15. Cuota establecida.

Se establece mediante el Estudio Social, y se autoriza--  
cuota de recuperación. Preconsulta \$1,000 la 1a. vez; por  
derecho a consulta \$3,000.

16. Horario de actividades.

De 7:00 a.m. a 8:00 p.m.

Horario para entregar fichas y tener derecho a la precon--  
sulta: \* matutino: 7:30 a.m. y vespertino: 1:30 p.m.

Todo el año brinda sus servicios.

17. Tipo de servicio que brinda.

Servicio interno:

\* Hospitalización

\* Intervenciones quirúrgicas.

Servicio externo:

\* Rayos X, \* Electroencefalogramas.

DATOS GENERALES:

1. Nombre completo de la institución.  
Asociación Pro-paralítico Cerebral. (APAC).
2. Domicilio.  
Dr. Arce No. 101, 104 y 105 Col. Doctores. Delegación ----  
Cuauhtémoc. México D.F.
3. Teléfono.  
5-88-99-29; 5-88-98-74 y 7-61-35-12.
4. Nombre del director (a).  
Maestra Esperanza Bravo Gallardo.
5. Tipo de Institución.  
Escuela Privada.
6. Documentación solicitada.  
Acta de nacimiento y estudios clínicos.
7. Tipo de población que se admite.  
Niños, adolescentes y adultos de ambos sexos con parálisis  
cerebral.
8. Edad de ingreso y de egreso.  
Edad mínima de admisión es de 3 meses y la máxima de 40 --  
años.
9. Tipo de evaluación que determina el ingreso.  
Se determina en base a las siguientes evaluaciones psico--  
lógica, física, ocupacional, de lenguaje y académico.
10. Tiempo promedio de espera para ingresar.  
El tiempo promedio para la admisión depende de los menores  
que se den de baja o que se canalicen a otra institución.

11. Número de alumnos inscritos.  
1200 pacientes.
12. Cantidad de pacientes que se consideran deseables.  
De acuerdo a la capacidad de la institución.
13. La institución funciona con el siguiente personal por ---  
área.  
\* Maestros de educación especial, \* asistentes de maes --  
tros, \* psicólogos, \* terapeutas de lenguaje y audición,  
\* trabajadoras sociales, \* pediatras, \* personas de asis-  
tencia y \* dirección.
14. Cuota establecida.  
La cuota es variable de acuerdo a los ingresos familiares  
con posibilidad de beca.
15. Horario de actividades.  
Alumnos externos           8:00 a.m. a 2:00 p.m.  
alumnos medio-internos 8:00 a.m. a 5:00 p.m.  
De lunes a viernes durante 10 meses.
16. Tipo de servicio que brinda.  
Servicio externo y medio externo.  
A través de Programas de estimulación temprana; de niños,  
de adultos; de semana intensiva; de casa; de estancia in-  
fantil integrada; diagnóstico y preconsulta; odontología;  
de rehabilitación, de motivación y asesoría a provincia.

DATOS GENERALES:

1. Nombre completo de la institución.  
Rehabilitación A.P.
2. Domicilio.  
Sur 109 No. 2403 antes Sur 111 No. 2429 Col. Gabriel Ramos Millán.
3. Teléfono.  
6-57-58-44.
4. Nombre del director (a).  
Victor Jiménez Escutia.
5. Tipo de institución.  
Asistencia Privada. Proporciona todo tipo de aparatos como silla de ruedas, muletas y otros aditamentos a personas de escasos recursos con limitaciones físicas.
6. Documentación solicitada.  
Acta de nacimiento.
7. Tipo de población que se admite.  
Niños, adolescentes y adultos de ambos sexos con limitación física.
8. Edad de ingreso y de egreso.  
No hay ya que sólo se proporcionan los aparatos.
9. Tipo de evaluación que determina el ingreso.  
Se realiza un Estudio Social para que les puedan proporcionar los aparatos necesarios.

10. Tipo de servicio que brinda.

Externo. Sólo brinda los aditamentos necesarios.

1 0 .

DATOS GENERALES:

1. Nombre completo de la institución.

Asociación para los Derechos de Personas con Alteraciones -  
Motoras. (ADEPAM). Gabriela Brimmer. A.C.

2. Domicilio.

Oficinas: Av. 2 No. 290 Col. San Pedro de los Pinos. México  
D.F. C.P. 03800.

Internado: Prolongación Ignacio Zaragoza No. 61 Col. Atla--  
zolpa. México D.F. C.P. 09410.

3. Teléfono.

Oficinas: 6-11-55-65.

Internado: 6-57-71-25.

4. Nombre del director (a).

Coordinador Fernando Rodríguez.

5. Tipo de institución.

Asociación civil. Brinda atención a menores con limitacio--  
nes físicas.

6. Documentación solicitada.

Acta de nacimiento, boleta de bautizo, de calificaciones y  
fotografías.

7. Tipo de población que se admite.

Niños y adolescentes con parálisis cerebral e invidentes.

8. Edad de ingreso y de egreso.  
De 4 a 14 años de edad con flexibilidad dependiendo del caso.
9. Rango actual de la edad de los niños inscritos.  
Acaba de inaugurarse en el mes de abril de 1992.
10. Tipo de evaluación que determina el ingreso.  
Mediante el diagnóstico que realiza el médico, psicólogo y trabajo social.
11. Tiempo promedio de espera para ingresar.  
Por ahora no hay lista de espera.
12. Número de alumnos inscritos.
13. Cantidad de alumnos que se consideran deseables.  
De 20 a 25 pacientes.
14. La institución funciona con el siguiente personal por área.  
\* Médicos; \* psicólogos; \* trabajadoras sociales; \* coordinador, \* cocineras y \* personal de intendencia.
15. Cuota establecida.  
Ninguna.
16. Horario de actividades.  
Oficinas: de lunes a viernes de 10:00 a.m. a 4:00 p.m.
17. Tipo de servicio que brinda.  
Externo e interno. Institución creada preferentemente para menores abandonados o bien aquellos en los que hay proble--

mas familiares y obstaculizan su rehabilitación en todos --  
los aspectos.

Son algunas de las instituciones más conocidas al tratar de brindar un tratamiento integral en cuanto al menor e intentar llevar programas de enlace con la familia, vínculo esencial para la rehabilitación de su hijo.

### 5.3. INTERVENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA MODI-- FICACION DE LOS FACTORES QUE ESTAN IMPIDIENDO LA PARTICIPA- CION DE LA FAMILIA EN LA REHA- BILITACION DEL MENOR.

En la mayoría de los casos saben poco o nada sobre sus hijos con limitaciones físicas, en cuanto al diagnóstico, causas, características, desarrollo a futuro, lo que hace que haya poca o nula participación por parte de los padres en el tratamiento del menor y para con la institución aunado a la falta de ingresos para ir y venir. O bien al no poseer la información necesaria es posible que ellos se construyan ideas de manera derro--  
tista al considerarse incapaces de hacer frente a la situación. Por ello es conveniente que la trabajadora social escuche en --  
primera instancia lo que los padres dicen como punto de partida para trabajar con ellos.

La colaboración entre padres y profesionales es importante, pues su base es el intercambio de conocimientos y técnicas que se consideran beneficiosos para la familia y el niño.

Una parte del establecimiento de la relación de los padres de familia con la trabajadora social debe consistir en lo más sencillo como es la presentación de éste profesionista y crear un ambiente de confianza para que el padre o la madre expresen inquietudes o dudas que se presenten en ellos, en los demás --- miembros; así como el explicar el funcionamiento, servicios y reglamento de la institución.

El establecimiento de ésta relación significa la coordinación, es decir, el enlace de la familia, para con la institución y el departamento de trabajo social con el fin de que colabore con ésta área y los demás profesionistas y lograr que participe en el proceso de la rehabilitación a través de estrategias.

Logrando que al inició de la entrevista esten dispuestos a dialogar abiertamente sobre sí mismos y sus problemas, resultando más fácil si el trabajador social demuestra cualidades fundamentales como atención, respeto, sinceridad y empatía desde el comienzo de la primera sesión. Cada entrevista debe ser abordada con un propósito específico, basándose en las notas del Diario de Campo o bien del expediente, tomadas en la última

entrevista, y al término de ésta evaluar hasta que punto se alcanzaron los objetivos.

Destacando como función primordial de trabajo social la -- comunicación con los padres de familia a través de cartas en -- lapsos de mes y medio donde se comente sobre el estado general del menor, novedades de la casa y por parte de ellos refieran -- sobre aspectos de su trabajo, de lo que les ha sucedido o bien a través de llamadas telefónicas de ambas partes y mediante --- trípticos y folletos que ha elaborado el departamento de trabajo social, en términos sencillos con el fin de ir modificando -- algunos aspectos que impiden la participación de los padres.

Por ello es también conveniente de ser posible realizar -- las visitas domiciliarias a los hogares de los menores que resulten accesibles a trabajo social con el fin de poder evaluar el medio ambiente, social, material, recursos familiares, económicos, factores socio-culturales y con ello proponer alternativas para facilitar la modificación de los factores que impiden la participación de los padres de familia, de una manera -- integral contando con el interés también del equipo y no se --- trabaje de manera aislada.

Por otra parte trabajo social debe prestar atención e investigar los motivos o causas por las que algunos padres no visitan a sus hijos o bien no acuden cuando se les cita, llegan--

doseles a clasificar como apáticos o desinteresados, pudiendo existir muchas otras razones o problemas para que no asistan -- como: dificultades de transporte, obligaciones laborales, enfermedades, falta de recursos económicos para trasladarse, u -- otros problemas que una vez identificados pueden ser resueltos.

Se ha detectado que el padre por lo general se ve más ---- afectado por la limitación de su hijo o hija ya que tarda más -- en adaptarse, que la madre, debido a que los hombres están .--- orientados al éxito, interesados en el desarrollo de sus facultades, en la independencia del menor, y se hace notorio cuando los servicios tienden a tratar más con las madres, quienes son las que recurren frecuentemente a fuentes de ayuda y aceptan a su hijo con limitación debido a su instinto maternal. Así la -- participación del padre aumenta cuando es fomentada y dotada de una orientación constructiva sobre la manera de tratar y/o ayudar a su hijo.

Al ser la familia considerada como la transmisora de ---- ideas, valores y costumbres, actúa como un agente en la forma-- ción de la personalidad de los miembros que la integran y ejerce una influencia determinante, ya que forma hábitos y regula -- conductas futuras. Y por ende siendo el elemento más importante para el éxito de cualquier programa de prevención y rehabilitación de los padecimientos la familia, por los lazos que ella -- establece y las funciones que desempeña, es componente impor --

tantísimo del contexto social del individuo.

Un principio clave es la participación activa de los padres no sólo en aspectos teóricos sino en actividades prácticas. Así ellos valorarán el apoyo recibido en las entrevistas, conversaciones, juntas, al darse cuenta que otros padres tienen problemas similares al suyo y han buscado alternativas al tratar de solucionar su problema.

Considerándose de vital importancia la coordinación y organización que establezca el trabajador social con las demás áreas para trabajar de manera integral con el fin de propiciar la integración del menor a su hogar.

Por lo que es conveniente establecer grupos de padres de familia, siempre y cuando ello cubra los intereses de éstos y presente ventajas para que ellos se puedan ayudar unos a otros; ya que trabajar en grupos puede mitigar sentimientos de aislamiento y proporcionar una red de apoyo más amplia, al compartir sus experiencias y estar más dispuestos a aceptar los comentarios de familias con casos similares.

Es por ello que a partir de la incorporación y elaboración de un plan de acción de Trabajo Social el equipo realiza Juntas de Padres de Familia donde cada uno de los profesionistas participa de manera en que se relacionen e integren todas las áreas. Y dadas las características que se observaron en las

familias investigadas para realizar las juntas se toma en cuenta:

- \* Los lugares para la reunión
- \* Tamaño del grupo por padecimiento
- \* Intervalo de tiempo entre cada sesión (Cada 3 meses los días domingo)
- \* Aspectos prácticos como:

1. Día de la reunión
2. La Hora (9:00 a.m.)
3. Los horarios de autobuses, trenes
4. El clima y el tiempo.

Factores que en determinado tiempo pueden frenar la asistencia de los padres.

\* Duración y estructura de las sesiones: La primera parte de la sesión se dedica al registro de cada uno de los padres con el fin de llevar una relación y conocer el total de juntas a las que se presentaron, posteriormente se presenta al personal profesional y el puesto que desempeña; se da una introducción y los objetivos acerca de lo que se pretendió en la reunión al término de ésta se realiza una dinámica con el fin de disminuir la tensión y el aburrimiento que traigan las personas al haber hecho un recorrido extenso de su lugar de origen a la Residencia y el que se vayan identificando para lograr la integración necesaria a lo largo de la sesión. Se continúa con las pláticas dependiendo del tema a tratar, acerca del padeci-

miento, causas, actividades de la vida diaria, limitación, capacidades, manejo conductual, uso de aparatos, reintegración al hogar, qué es un hogar, qué es la familia, en donde el Trabajador Social entra de lleno en todo el proceso al ser parte fundamental del equipo multidisciplinario.

Después los padres se reúnen en pequeños equipos para comentar, aclarar sus dudas e inquietudes y reafirmar alguna idea relacionada con el menor, padre o madre. Para cada actividad -- esta destinado un profesionista como podría ser: coordinador, expositor, recepción, personal técnico y secretario quien debe de anotar todo lo hecho en la junta y principalmente los comentarios y reacciones de los padres. Y retomar sus ideas para la siguiente reunión, así como de la evaluación que se hace al final.

Para reafirmar o aclarar alguna inquietud se pasa un sonorama en el que aparecen sus hijos y apreciar las actitudes y -- reacciones que tiene el familiar al ver al menor desempeñar determinada actividad. Se busca la convivencia en ciertas partes de la reunión de los padres e hijos, pero principalmente es a -- la hora de la comida.

Al final de la reunión se realiza una evaluación escrita a los padres con el fin de retomar ideas, aspectos que les gustarían para la siguiente sesión, si les agrada la junta, horario

y día:

Por lo que es conveniente llevar el registro de padres en cada sesión por una parte para saber cuantos asistieron de los que se les mando carta y por otra cuantos padres se han presentado a todas las reuniones, y los que no lo hayan hecho prestar atención e investigar los motivos, pues es una función del trabajador social, así como el recordar a los padres la fecha y día de las reuniones con un mes de anticipación debido a la lejanía.

También se envía una circular que contiene el resumen de lo que trato la junta como recordatorio e información tanto a padres que asistieron y los que no lo hicieron y próxima fecha a fin de que las familias cuenten con el tiempo necesario para juntar el dinero para el viaje y organicen sus actividades cotidianas.

Por lo cual se ha propuesto un Programa que se esta llevando a cabo.

OBJETIVO GENERAL:

Interpretar las necesidades y carencias de la población de la Residencia Infantil San Vicente de Paúl con el fin de dar solución a sus necesidades sociales y lograr

su participación mediante el aprovechamiento de los recursos -- humanos e institucionales.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- a) Propiciar la interacción entre el núcleo familiar, el --- Centro de Rehabilitación a fin de mantener una comunica-- ción estrecha y permanente a través de acciones sociales.
- b) Fomentar los lazos con la familia con el fin de benefi -- ciar al menor al regresar a su hogar.
- c) Proporcionar orientación en relación al padecimiento del menor.
- d) Reforzar tradiciones o costumbres de los menores.
- e) Participar conjuntamente con el equipo de rehabilitación integral.
- f) Elaboración de folletos, trípticos, sonoramas y material necesario.

Por esto se considera al Trabajador Social como el enlace vital del equipo y los padres de familia para ello es conve --- nimiento dar una definición de Trabajo Social en la Rehabilita -- ción:

Trabajo Social: como disciplina de la Ciencias Sociales -- que a través del conocimiento e interpretación de las necesida -- des y carencias de los grupos sociales promueve la participa -- ción de los mismos con el fin de ayudarlos a desarrollar sus --

capacidades y habilidades para que contribuyan en su rehabilitación e incorporación a una vida más productiva.

Así como las funciones básicas que desempeña en esta área de rehabilitación:

#### INVESTIGACION .

Esta de suma importancia para establecer la relación con la familia y el equipo de trabajo.

- \* Identificar los factores y variables socio-culturales y económicos que intervienen en la distribución y frecuencia de los padecimientos tales como: parálisis cerebral, malformaciones -- congénitas y secuelas de poliomielitis.
- \* Investigar los recursos con los que cuenta la comunidad para la atención prenatal y postnatal en las mujeres embarazadas.
- \* Investigar los factores ambientales, actitudes y valores que facilitan o dificultan el acceso a los servicios adecuados para la rehabilitación del menor.
- \* Investigar instituciones que pueden ser utilizadas para los casos que se requiera.

#### PLANEACION .

- \* Planear y organizar programas de reintegración al hogar, habilidades sociales como parte del equipo de trabajo.
- \* Colaborar en la planeación de las juntas con padres de familia.

### CAPACITACION.

- \* Proporcionar información a los miembros del equipo sobre las funciones, objetivos y otros aspectos del departamento de Trabajo Social.
- \* Difundir en el equipo la información obtenida sobre las condiciones, factores y variables socio-económicas de la población atendida.

### EDUCACION.

- \* Sensibilizar a la población atendida en cuanto al padecimiento del menor y mediante esto se contribuya en la rehabilitación.

### PROMOCION.

- \* Fortalecer la unidad familiar, ya que ésta como medio de integración coadyuva en la rehabilitación y reintegración del menor a su hogar.

### COORDINACION.

- \* Establecer canales de comunicación interna y externa con todos los recursos humanos e institucionales para el logro de la rehabilitación del menor.
- \* Integrar de forma organizada el departamento de Trabajo Social al equipo de trabajo de manera que todas las áreas se complementen con el fin de lograr una rehabilitación integral.
- \* Ser el enlace entre la población atendida, el equipo multidisciplinario, autoridades institucionales y gubernamentales --

a fin de continuar la rehabilitación del menor.

#### **ASISTENCIA.**

\* Realizar estudio social y seguimiento de casos hasta donde sea posible de los menores para detectar los obstáculos que -- han impedido su desarrollo personal.

#### **SUPERVISION.**

\* Propiciar a través de la supervisión el desarrollo del Trabajador Social, como individuo y profesionista inserto en una realidad social comprometido con los individuos que enfrentan situaciones adversas.

\* Contribuir a la utilización racional de los recursos de las instituciones.

#### **EVALUACION.**

\* Medir objetiva y analíticamente las actividades realizadas, tanto a nivel interno como externo en relación a los objetivos planteados.

\* Valorar la efectividad de los métodos, técnicas e instrumentos empleados a lo largo del programa.

\* Realizar la evaluación al término de cada programa.

\* Valorar los resultados positivos y negativos y sus causas -- para modificar o hacer los ajustes pertinentes.

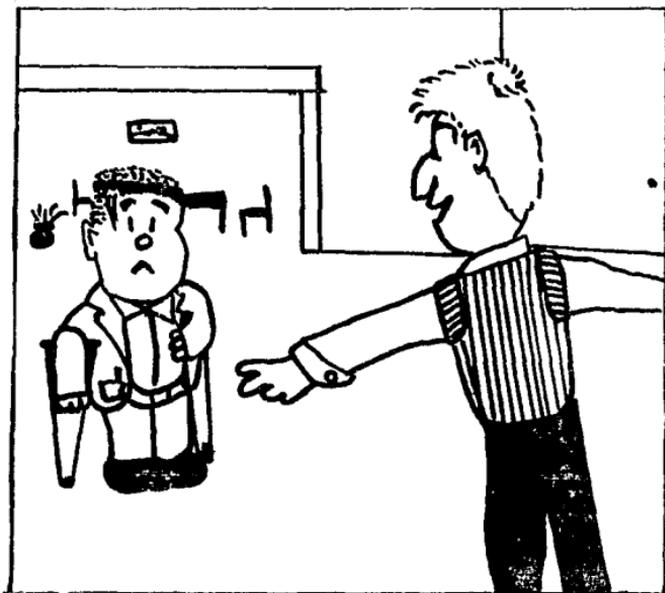
## ASESORIA.

\* Investigar en forma permanente las situaciones o acciones de trabajo que se deben mejorar o ser innovadas, a fin de estar en condiciones de proporcionar orientación al respecto.

De esta manera se conforman las funciones que desempeña Trabajo Social en el área de rehabilitación, sin dejar a un lado la actualización, adquisición y aportación que requiere este campo.

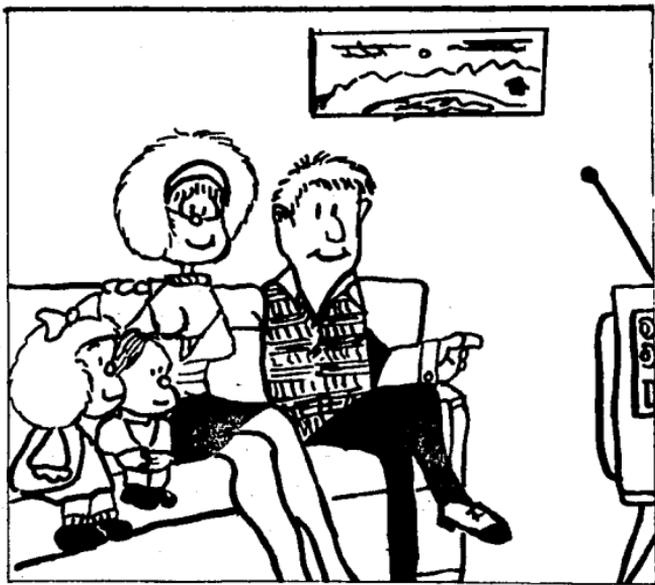
Para ello el Departamento de Trabajo Social se ha encargado de elaborar material (trípticos y folletos) en términos sencillos con el fin de incidir en la problemática tratada en este capítulo.

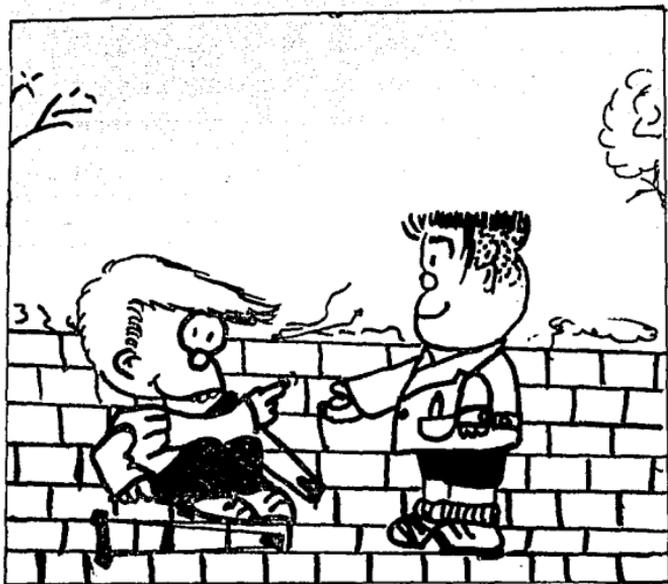
CENTRO DE  
REHABILITACION INFANTIL  
"SAN VICENTE DE PAUL".



JUNIO DE 1990.

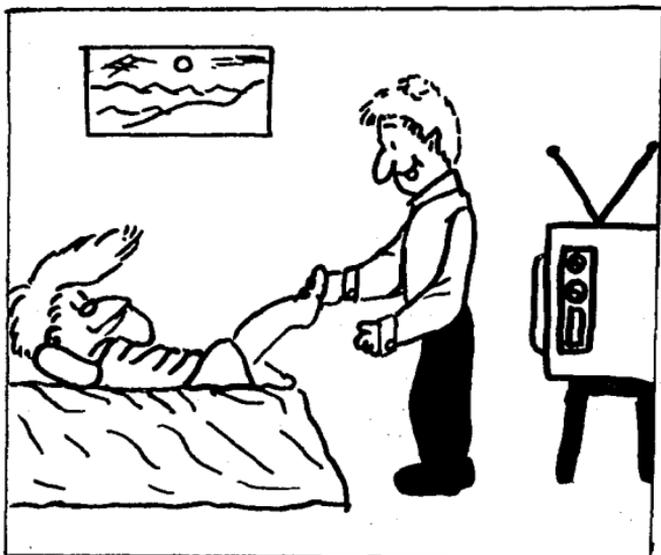
PODEMOS DECIR QUE LA FA-  
MILIA ES UN ELEMENTO ---  
ESENCIAL PARA EL DESEN--  
VOLVIMIENTO DE LAS ACTI-  
VIDADES DE TODO SER HU--  
NO...

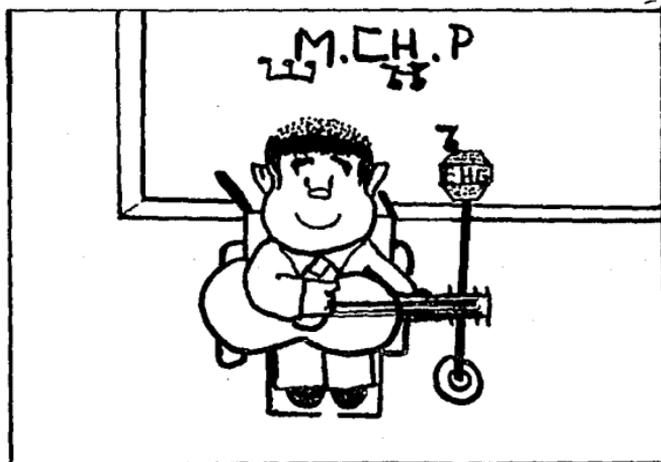
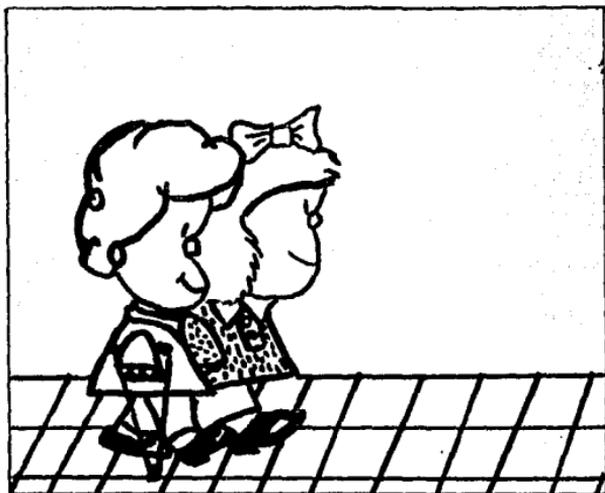




ESPECIALMENTE EN NIÑOS -  
CON ALGUNA LIMITACION --  
FISICA, ES FUNDAMENTAL -  
PARA SU DESARROLLO, PERO  
SIN LLEGAR AL EXTREMO DE  
LA SOBREPOTECCION...

CONSIDERANDO A LA FAMI -  
LIA COMO EL APOYO EN EL  
DESARROLLO DE LAS ACTI--  
VIDADES NECESARIAS PARA  
SU DESENVOLVIMIENTO IN--  
TEGRAL...

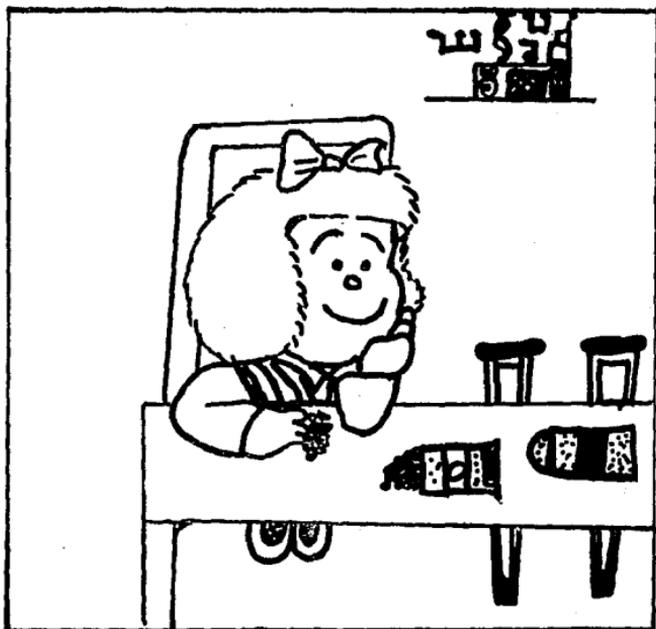






DEJANDOLO QUE SE DESEN--  
VUELVA COMO CUALQUIER --  
OTRO NIÑO...

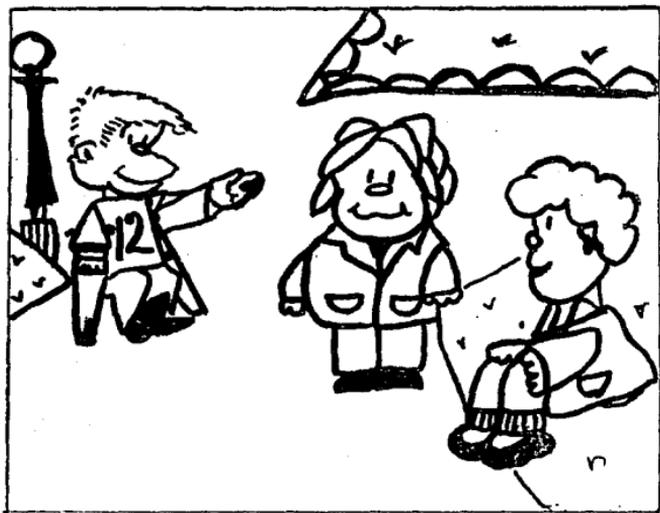
SIENDO CAPAZ DE REALIZAR  
DIFERENTES LABORES DE --  
COOPERACION EN LOS QUE--  
HACERES DOMESTICOS...

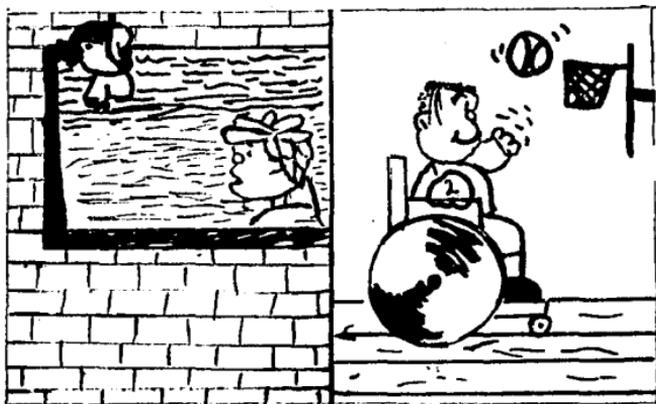




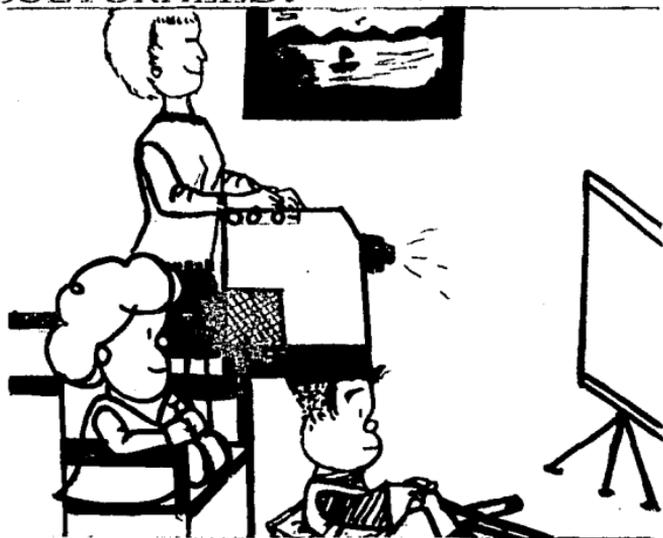
ADEMAS DE SER INDEPEN---  
DIENTE EN SU ASEO PERSO-  
NAL (LAVADO DE DIENTES,  
BAÑO Y VESTIDO).

Y TENER LA CAPACIDAD DE  
TRASLADARSE A SU ESCUELA  
O A CUALQUIER OTRO LUGAR  
Y RELACIONARSE CON TODO-  
TIPO DE PERSONAS...

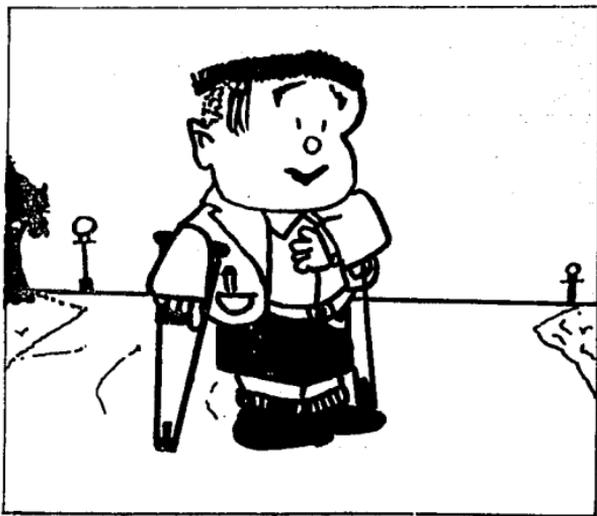




DE ASISTIR A EVENTOS DE-  
SPORTIVOS, RECREATIVOS Y  
CULTURALES.



PIENSA QUE SU FUTURO --  
DEPENDE DE TI.



¿ESTAS DISPUESTO A APO-  
YARLO?

Tomando en cuenta que las personas con parálisis cerebral tienen anhelos, sueños e inteligencia como cualquier otra persona.



Ellos pueden y desean llegar a ser útiles y a valerse por sí mismos, pero necesitan de tu apoyo, tu paciencia y esfuerzo.

En casa, la familia deberá cuidar:

- El crear un ambiente agradable y comprensivo.
- Animarlo en todas sus actividades.
- Que mis gestos vayan con lo que estoy expresando.
- Hablarle siempre, tratar de que coopere.
- Pedirle que se esfuerce, en su vestido, desvestido, aseó personal.
- Que después de cada comida vaya al baño.
- Cambiarlo de posición para que este en contacto con el medio.
- Que el niño use su apoyo correspondiente (bastón, andador, silla).
- Que la familia de una respuesta a la comunicación del niño: llanto, balbuceo, sonido, mímica para que el sepa que hablar es una necesidad.
- Que se limpie la saliva y la nariz constantemente.
- Recuerda que no es nada fácil, es un trabajo de cada día en los que habrá momentos de desesperación, pero la constancia y el esfuerzo valen la pena.

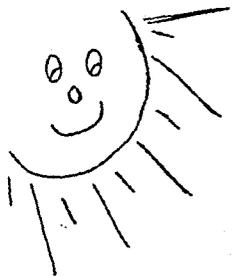
## CONSEJOS PRACTICOS

### DEL MOVIMIENTO Y

### EQUILIBRIO ...



Debo vivir como si fue-  
ra el último día ...



- \* Yo quiero vivir mi propia vi-  
da
- \* Yo soy el que va a decidir  
no los demás
- \* Pierdo el tiempo cada vez  
que me siento culpable
- \* El pasado ya no cambia
- \* Yo escojo como sentirme en  
cada momento
- \* Debo pedir ayuda cuando lo nece-  
site y no debo sentirme mal si  
me la niegan; habrá otras perso-  
nas que si me puedan ayudar.
- \* Todos los seres humanos tenemos  
problemas... la diferencia esta en  
como los enfrentamos.

¿Qué es lo que  
me conviene re-  
cordar? ...



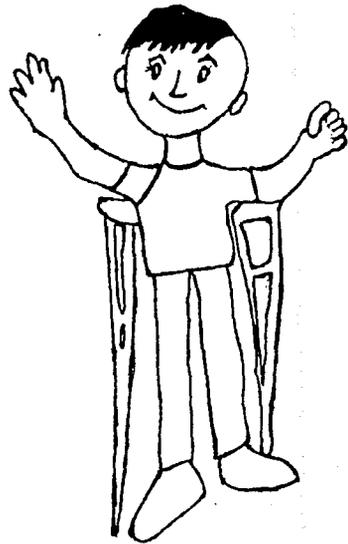
  
19/06/90

El hogar es un lugar de convivencia donde se comparten responsabilidades, el trabajo, la comprensión, el respeto mutuo hacia cada uno de los diferentes miembros: donde aprendemos costumbres, tradiciones y formas de ser lo que hace que nos identifiquemos como una unidad.



- \* La familia es un elemento esencial para el desenvolvimiento de las actividades de todo ser humano.
- \* Principalmente para el niño con limitación física, pero sin llegar a la sobreprotección, como apoyo en el desarrollo integral.
- \* Alabándolo cuando su hijo se comporta bien y corrigiéndolo cuando hace algo indebido: exigiendo el uso constante de sus aparatos.
- \* Enseñándolo a hacer las cosas, no sólo pidiendo que las haga.
- \* Mirando todo lo que puede hacer no sólo su limitación.
- \* Recordándole pedir ayuda sólo cuando lo necesite.
- \* Todos los seres humanos tenemos problemas... la diferencia está en cómo los enfrentamos.
- \* El mejor regalo que le puede hacer a su hijo es el que lo enseñe a valerse por sí mismo.

¿LO QUE DEBEMOS  
RECORDAR?...



Tomando en cuenta que las personas con parálisis cerebral tienen anhelos, sueños e inteligencia como cualquier otra persona.



Ellos pueden y desean llegar a ser útiles y a valerse por sí mismos, pero necesitan de tu apoyo, tu paciencia y esfuerzo.

En casa, la familia deberá cuidar:

- El crear un ambiente agradable y comprensivo.
- Animarlo en todas sus actividades.
- Que mis gestos vayan con lo que estoy expresando.
- Hablarle siempre, tratar de que coopere.
- Pedirle que se esfuerce, en su vestido, desvestido, aseo personal.
- Que después de cada comida vaya al baño.
- Cambiarlo de posición para que este en contacto con el medio.
- Que el niño use su apoyo correspondiente (bastón, andador, silla).
- Que la familia dé una respuesta a la comunicación del niño: llanto, balbuceo, sonido, mímica para que el sepa que hablar es una necesidad.
- Que se limpie la saliva y la nariz constantemente.
- Recuerda que no es nada fácil, es un trabajo de cada día en los que habra momentos de desesperación, pero la constancia y el esfuerzo valen la pena.

## CONSEJOS PRACTICOS

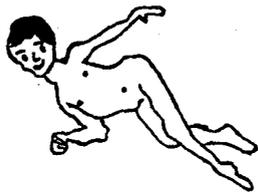
### DEL MOVIMIENTO Y

### EQUILIBRIO ...





El niño con Parálisis Cerebral es el que tiene un daño en el cerebro, y que puede afectar principalmente el movimiento, el habla, los ojos y los oídos.



Una posición torcida puede ocasionar daños graves en el niño.



Para evitar esto es recomendable que el niño tenga siempre una postura derecha.



Que la familia intente establecer con su hijo diferentes formas de comunicación (balbuceo, llanto, señas o bien el movimiento de los ojos).



En lugar de pensar  
quien tiene la culpa  
debo pensar que ha-  
cer con mi hijo.



PERO, ¿QUE HAREMOS?



¿POR QUE  
A MI?

HOY ES DIFERENTE  
PIENSO EN TODO LO  
BUENO QUE  
MI HIJO, CON MI HECHO, CON  
Y COMIENDO MISMA.



No importa lo que diga la  
gente ...

Cada persona es diferente  
en todo, cada quien tiene  
su propia opinión.



Vivir el presente y no pen-  
sar en el pasado.

Debo vivir como si fuera el último día ...



- \* Yo quiero vivir mi propia vida
- \* Yo soy el que va a decidir no los demás
- \* Pierdo el tiempo cada vez que me siento culpable
- \* El pasado ya no cambia
- \* Yo escajo como sentirme en cada momento
- \* Debo pedir ayuda cuando lo necesite y no debo sentirme mal si me la niegan; habrá otras personas que si me puedan ayudar.
- \* Todos los seres humanos tenemos problemas... la diferencia está en como los enfrentamos.

¿Qué es lo que me conviene recordar? ...

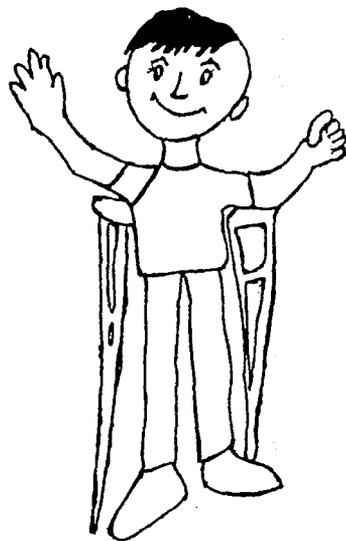


El hogar es un lugar de convivencia donde se comporten responsabilidades, el trabajo, la comprensión, el respeto mutuo hacia cada uno de los diferentes miembros donde aprendemos costumbres, tradiciones y formas de ser lo que hace que nos identifiquemos como una unidad.



- \* La familia es un elemento esencial para el desenvolvimiento de las actividades de todo ser humano.
- \* Principalmente para el niño con limitación física, pero sin llegar a la sobreprotección, como apoyo en el desarrollo integral.
- \* Alabándolo cuando su hijo se comporta bien y corrigiéndolo cuando hace algo indebido: exigiendo el uso constante de sus aparatos.
- \* Enseñándolo a hacer las cosas, no sólo pidiendo que las haga.
- \* Mirando todo lo que puede hacer no sólo su limitación.
- \* Recordándole pedir ayuda sólo cuando lo necesite.
- \* Todos los seres humanos tenemos problemas... la diferencia está en cómo los enfrentamos.
- \* El mejor regalo que le puede hacer a su hijo es el que lo enseña a valerse por sí mismo.

¿LO QUE DEBEMOS  
RECORDAR? ...



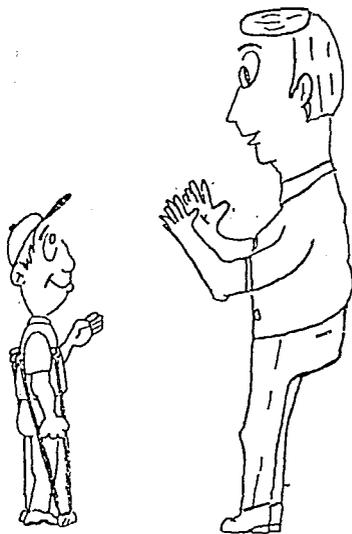
Un limitado físico no es un enfermo, es una persona que realiza las cosas de diferente manera.



Que debe usar muletas, bastón, zapatos ortopédicos, lentes, audífonos y todos aquellos aparatos que le permitan participar en diferentes actividades.



Es capaz de hacer muchas cosas pero en ocasiones requerirá de un poco más de tiempo.



Al cual se le debe exigir de acuerdo a sus capacidades y ayudarlo cuando en realidad lo necesite.

Cuando la gente se le quede viendo es conveniente explicar porque uso aparatos y el solicitar ayuda a personas ajenas cuando la situación lo amerite.



## CONCLUSIONES .

- \* Los eventos perinatales condicionan el crecimiento y desarrollo del individuo en la etapa intrauterina.
- \* En cuanto a los trastornos adquiridos como congénitos que --- presenta el recién nacido, se originan o tienen antecedentes - en la etapa prenatal, perinatal o parto según sea el caso.
- \* El grado de afectación depende del momento en que se produce - la lesión.
- \* El desarrollo embrionario es un proceso evolutivo, el cual a - veces no se le percibe en toda su magnitud y significado.
- \* El crecimiento normal de todo organismo, es resultante de la - interrelación permanente y compleja de un sinnúmero de facto-- res tanto de orden genético como ambiental que propician, li-- mitan o alteran la expresión del genoma.
- \* El desarrollo características y bienestar de un pueblo, están intimamente ligados con su organización político-social, si -- tuación cultural, así como con los recursos materiales y huma-- nos con que el país cuenta.
- \* En la historia de la humanidad, en todos los tiempos y cultu-- ras la distribución de los satisfactores siempre ha sido ---- desigual.

- \* La preocupación por alcanzar el bienestar social es lo que dió origen a la Asistencia Social.
- \* Así la Asistencia Social es la protección que se otorga para -auxiliar a todos los habitantes del país que por factores ad--versos, se encuentran en condiciones de debilidad social o ---económica, de carácter transitorio o permanente.
- \* En nuestro país la asistencia a la población necesitada es ---proporcionada por el Estado y los Particulares (Sector Público y Sector Privado), llamada la primera Asistencia Social Pública y la segunda Asistencia Social Privada dependiendo de quien la suministre.
- \* Por tanto el Estado Mexicano ha reconocido que la salud es un bien social, elevándola a rango constitucional, en su concep--ción actual se concibe como un estado de bienestar biológico, psicológico y social en armonía con el medio ambiente.
- \* Un pueblo entre mayor nivel educativo tiene, mejor es su conocimiento sobre la nutrición, salud, cuidados prenatales y más adecuado será su comportamiento hacia estos aspectos pero de -lo contrario pueden presentar rechazo a situaciones que en de--terminado momento contribuyen a su bienestar.
- \* El desarrollo de toda comunidad sea urbana, suburbana o rural está condicionada por factores sociales, económicos, biológi--cos, físico-químicos, políticos y culturales que influyen en -

la vida de todos los seres humanos.

- \* El nivel de vida de una población esta determinada por su -- capacidad en la adquisición de bienes y servicios.
- \* La población que atiende la Residencia Infantil presenta las condiciones adversas (deficiente alimentación, bajo nivel -- educativo, carencia de servicios públicos y sobre todo médicos, escasa atención prenatal y postnatal, etc.) para que se manifiesten los padecimientos.
- \* El hombre busca satisfacer sus necesidades y lo hace con la mira inmediata de lograr esto a través del mejoramiento de una serie de funciones para grupos e individuos mediante las diversas formas para organizar lo que se pretende.
- \* El proceso de rehabilitación incluye la participación de --- profesionales como el médico especialista en ésta área, terapia física, terapia de lenguaje, psicología, pedagogía y - trabajo social quien juega un papel de suma importancia en - el equipo multidisciplinario, mientras que en el aspecto social es imprescindible el papel de la familia, sin embargo, a través de la investigación llevada a cabo se pudieron de-- tectar aquellos factores o situaciones que impiden la parti-- cipación de los padres de familia tanto por causas directas como indirectas en las que prevalecen:
  - ° El desconocimiento del padecimiento, causas y por lo --

tanto todo lo que conlleva este proceso:

- La lejanía del lugar;
- El bajo nivel educativo;
- La falta de ingresos para trasladarse y
- en ocasiones el desinterés.

- \* No obstante, Trabajo Social debe procurar investigar y conocer las condiciones del medio familiar y sensibilizar oportunamente para que participe en el proceso de rehabilitación en tanto que es el elemento más importante para el éxito de cualquier programa de prevención y rehabilitación la familia por los lazos que ella establece.

## SUGERENCIAS.

- \* Es importante que el Trabajador Social determine el tipo de trastorno que tiene el paciente en cuanto a las posibilidades de rehabilitación.
- \* Es necesario que el Trabajador Social conozca los factores o causas que alteran el crecimiento normal del ser humano con el fin de proporcionar la información adecuada a las personas que carecen de los elementos necesarios.
- \* El Trabajador Social debe enfocar su atención a motivar que la población participe y desarrolle sus capacidades para el logro de su bienestar.
- \* Es imprescindible para lograr la rehabilitación del menor que el Trabajador Social realice las visitas domiciliarias al lugar de origen de éste.
- \* Es necesario que el Trabajador Social detecte claramente las situaciones que impiden la participación de los padres, tanto por causas directas como indirectas, con la finalidad de incidir en ellas para lograr mejores resultados.
- \* Que el Trabajador Social pugne por la participación activa de la familia en los programas de prevención y rehabilitación.
- \* Se considera de vital importancia la coordinación y organización que establezca el Trabajador Social con las demás áreas para trabajar de manera integral.

- \* La administración se da necesariamente en todo organismo social, proceso que trae consigo la responsabilidad de planear organizar y evaluar en forma eficiente un propósito dado.
- \* Las fases de la administración se refieren a las formas de estructurar y de operar un organismo social, es decir su coordinación teórica y práctica.
- \* El Licenciado en Trabajo Social en el área de rehabilitación tiene una amplia y diversa gama de funciones y actividades tanto individualmente como en equipo, por lo que debe estar sumamente preparado en esta especialidad.
- \* Para poder llevar a cabo su quehacer profesional además de la Administración se requiere un amplio cúmulo de conocimientos en cuanto a los padecimientos, causas, pronóstico y tratamiento de los mismos, de las características y situación de las familias, procedencia de los menores y sobre todo a la comprensión del comportamiento humano a fin de estar en posibilidad de apoyar y orientar a la población, sin descartar la importancia a la interrelación del equipo multidisciplinario y la actualización de este profesionista asistiendo a eventos de Trabajo Social u otros relacionados con ésta área de intervención.
- \* El niño como un ser bio-psico-social tanto normal como el que presenta alguna limitación, retoma su experiencia del medio que le rodea, de ahí la importancia de conocer su núcleo familiar.

- \* La influencia del contexto familiar y social en el menor es de vital importancia por lo que el Trabajador Social debe -- colaborar estrechamente dentro de lo posible con la familia.
- \* La ayuda del Trabajador Social debe empezar por escuchar lo que los padres piensan, sienten, creen, esperan y necesitan como punto de partida para trabajar con ellos.
- \* Que se establezca en los planes de estudio de la Escuela Nacional de Trabajo Social el Trabajo Social en la Rehabilitación.

CENTRO DE REHABILITACION INFANTIL.

"SAN VICENTE DE PAUL.

DATOS DEL MENOR:

- \* Nombre del niño: \_\_\_\_\_
- \* Lugar de origen: \_\_\_\_\_ \* Sexo: \_\_\_\_\_
- \* Edad (día, mes y año): \_\_\_\_\_
- \* El menor es producto del parto:  
Normal ( ) Provocado ( ) Cesárea ( ) Prematuro ( )
- \* Tipo de atención:  
Médico (Hospital-Clinica) ( )  
Empírico (Partera o comadrona) ( )  
Ninguno (Se atendió ella sola) ( )
- \* Lugar que ocupa entre los hermanos: \_\_\_\_\_
- \* Tipo de padecimiento:  
Congénito ( )  
Adquirido ( )

DIAGNOSTICO:

- \* Malformaciones congénitas: ( ) \_\_\_\_\_
- \* Parálisis cerebral: ( )  
Espástico ( )  
Atetósico ( )  
Rígido ( )
- \* Secuelas de poliomiелitis: ( )
- \* Recibió atención médica por este padecimiento: Sí ( ) No ( )

\* Situación actual del menor: \_\_\_\_\_

\* Motivo por el cual el menor es trasladado a esta institución: \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES.

Alteraciones emocionales ( )	Deficiencia mental ( )
Tuberculosis pulmonar ( )	Diabetes ( )
Miopia ( )	Astigmatismo ( )
Tabaquismo ( )	Alcoholismo ( )

Otros: \_\_\_\_\_

\* El menor vive con sus padres:

Si ( )

No ( )

\* Con uno:

Madre ( )

Padre ( )

Abuelos ( )

\* Motivo por los que ambos no viven juntos: \_\_\_\_\_

\* Estado civil:

Unión libre ( )

Divorciados ( )

Viuda (o) ( )

Casados: Matrimonio civil ( ) matrimonio religioso ( )

DATOS DE LOS PADRES:

\_\_\_\_\_  
\* Nombre del padre.

\_\_\_\_\_  
\* Nombre de la madre.

\_\_\_\_\_  
\* Escolaridad

\_\_\_\_\_  
\* Escolaridad

\_\_\_\_\_  
\* Ocupación.

\_\_\_\_\_  
\* Ocupación.

\_\_\_\_\_  
\* Dialecto

\_\_\_\_\_  
\* Dialecto

\* Actualmente trabaja:

Si ( )

No ( ) Motivo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\* Tipo de empleo:

PADRE

MADRE

Eventual

( )

( )

Base

( )

( )

Subempleado

( )

( )

Otro: \_\_\_\_\_

INGRESO MENSUAL:

\* Total: \$ \_\_\_\_\_

\* Tipo de alimentación.

Frecuencia.

Leche

\_\_\_\_\_

Huevo

\_\_\_\_\_

Carne

\_\_\_\_\_

Pollo

\_\_\_\_\_

Frecuencia.

Verduras \_\_\_\_\_  
Frutas \_\_\_\_\_  
Granos \_\_\_\_\_  
Tortillas \_\_\_\_\_  
Café. \_\_\_\_\_

\* Número de integrantes: \_\_\_\_\_

\* Jefe de familia: \_\_\_\_\_

RELACIONES FAMILIARES:

\* Describa la relación entre los padres:

\_\_\_\_\_

\* Actitud de la madre hacia su hijo:

\_\_\_\_\_

\* Actitud del padre hacia su hijo:

\_\_\_\_\_

AMBIENTE FISICO DEL HOGAR.

\* Area:

Urbana ( )

Suburbana ( )

Rural ( )

\* Tipo de vivienda:

Casa sola ( )

Condominio ( )

Vecindad ( )

Otros: \_\_\_\_\_

\* Tenencia:

Propia ( )  
A plazos ( )  
Rentada ( )  
Prestada ( )

CONDICIONES MATERIALES DEL INMUEBLE:

* Piso:	* Paredes:	* Techo:
Mosaico ( )	Ladrillo ( )	L. de asbesto ( )
Cemento ( )	Madera ( )	L. de cartón ( )
Madera ( )	Adobe ( )	Madera ( )
Tierra ( )	Concreto ( )	Concreto ( )
		Otro: _____

SERVICIOS CON LOS QUE CUENTA LA VIVIENDA:

\* Agua ( )  
\* Luz ( )  
\* Drenaje ( )  
\* Transporte ( )  
\* Alumbrado público ( )  
\* Número de cuartos: \_\_\_\_\_

\* Dormitorio ( )  
\* Cocina ( )  
\* Comedor ( )  
\* Sala ( )  
\* Sala-comedor ( )

\* Sanitario:

W.C. ( )

Letrina ( )

Fosa séptica ( )

Aire libre ( )

\* La familia cuenta con atención médica:

IMSS ( )

ISSSTE ( )

Militar ( )

Particular ( )

No tiene ( )

Otros: \_\_\_\_\_

\* Conductas antisociales de la familia:

Alcoholismo ( )      Quién: \_\_\_\_\_

Tabaquismo ( )      Quién: \_\_\_\_\_

Drogadicción ( )      Quién: \_\_\_\_\_

\* Cuales son los principales problemas que afectan a su familia: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\* Cuales son los principales problemas que hay en su comunidad: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\* Tiempo de permanencia en la Residencia: \_\_\_\_\_

\* Sabe en que consiste el padecimiento de su hijo:

Si ( )      No ( )

\* Sabe cual es el pronóstico del menor:

Si ( ) No ( )

\* Se modificaron las relaciones de los padres a partir del padecimiento:

Si ( ) No ( )

\* Considera que usted puede participar en su tratamiento:

Si ( ) No ( )

\* De que manera piensa que puede colaborar en el tratamiento de su hijo: \_\_\_\_\_

Conoce la causa del padecimiento:

Si ( ) No ( )

\* Cual cree usted que sea la causa: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\* Hijo planeado:

Si ( ) Porqué: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

No ( ) Porqué: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

OBSERVACIONES:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Fecha.

## GLOSARIO DE TERMINOS.

- Aracnoides.- Meninges delgadas con forma de red.
- Encéfalo.- Grande y compleja masa de tejido nervioso protegido por los huesos del cráneo.
- Enzima.- Sustancia que acelera o retarda una reacción química sin entrar ella como reactivo.
- Etiología.- Estudio de la causa de las enfermedades.
- Genoma.- Capacidad del material hereditario para expresarse.
- Hemoglobina.- Sustancia transportadora de oxígeno de los eritrocitos o glóbulos rojos.
- Hipertiroidismo.- Sobreactividad de la tiroides.
- Lanugo.- Vello
- Líquido cefalorraquídeo o cerebro-espinal.- Líquido acuoso, --- transparente e incoloro, brinda acojinamiento líquido que protege al cerebro y médula, ayuda en el intercambio de nutrientes y desechos entre el Sistema Nervioso Central.
- Magro.- Flaco, sin grasa.
- Médula Espinal.- Tejido nervioso protegido por los huesos de la columna vertebral y las meninges.
- Meninges.- Las envolturas del cerebro y la médula espinal.
- Mesodérmico.- Una de las capas de la cual derivará, el esqueleto, la musculatura, aparato renal y circulatorio.
- Patología.- Es el estudio de los cambios que ocurren en el organismo a consecuencia de una enfermedad.

**Sistema Nervioso Central.- Comprende el encéfalo y la médula --  
espinal.**

**Vornix caseoso.- Grasa segregada por las glándulas sebáceas de  
de la piel.**

## BIBLIOGRAFIA.

- BRESON, B. Paúl y Tratado de Medicina Interna de Cecil-Loeb.  
Mc. DERMOTT, Walsh Tomo I. Décimo Tercera Edición. Ed. Nueva  
Editorial Interamericana. México D.F., ---  
1972. 879 Pp.
- BOBATH, Karel Base Neurofisiológica para el Tratamiento  
de la Parálisis Cerebral. Trad. Dr. Pablo  
Rúben Koval. Segunda Edición. Ed. Médica -  
Panamericana, S.A. México D.F., 1982. ---  
133 Pp.
- BURKE, R. Shirley Fundamentos de Anatomía y Fisiología Huma-  
nas. Ed. Limusa. México D.F., 1990. 514 Pp,
- COLMENARES, Is -- De Cuauhtémoc a Juárez y de Cortés a Maxi-  
mael, et al. miliano. Ed. Ediciones Quinto Sol. México  
D.F., 1986. 584 Pp.
- CONTRERAS, de --- Trabajo Social de Grupos. Sexta Edición.  
Wilhelm Yolanda Ed. Pax-México. México D.F., 1987. 160 Pp.
- CUNNINGHAM, Cliff, Trabajar con los Padres. Marcos de Colabo-  
DAVIS, Hiltón ración. Trad. Carlos L. Ayala Flores y Al-  
berto Goytre Crespo. Ed. Siglo XXI de Es--  
na Editores. Madrid, España. 1988. 204 Pp.

- GARDNER, Godfrey      Encuestas Sociales. Trad. Dr. Pedro Rivera Rámirez. Ed. Nueva Editorial Interamericana. México D.F., 1981. 150 Pp.
- GEN      Grupo de Estudios del Nacimiento A.C. --- (GEN). El Feto y su Ambiente. Ed. Talleres Litográficos. México D.F., 1983. --- 114 Pp.
- GEN      Grupo de Estudios del Nacimiento A.C. --- (GEN). Manejo Integral de los defectos Congénitos. Ed. Talleres Litográficos. --- México D.F., 1986. 108 Pp.
- GEN      Grupo de Estudios del Nacimiento A.C. --- (GEN). Los Defectos al Nacimiento como Problema de Salud Pública en México. Ed. Talleres Litográficos. México D.F., 1979. 142 Pp.
- GEN      Grupo de Estudios del Nacimiento A.C. --- (GEN). Prevención de los Defectos al Nacimiento. Ed. Talleres Litográficos. México D.F., 1981. 58 Pp.
- Junta de Asistencia Privada      ler. Simposium sobre la Asistencia Social Privada. Del Proteccionismo a la Prevención y Rehabilitación. Bufete Ediciones - S.A. México D.F., 1986. 168 Pp.

- LARROVO, Francisco Historia comparada de la Educación en México. Vigésima Edición. Ed. Porrúa, S.A. México D.F., 1988. 160 Pp.
- LOPEZ, Púlido Félix Vicente de Paúl de los Pobres. Ed. CEME. Salamanca, España, 1978. 148 Pp.
- El Nacimiento de un Niño. Biblioteca Salvat de Grandes Temas. Ed. Salvat Editores Madrid, España, 1974. 144 Pp.
- PEREZ, Joseph F. Terapia Familiar en Trabajo Social. (Teoría y práctica). Ed. Pax-México. México - D.F., 1986. 226 Pp.
- Primer Manual. Escuela para Padres y Madres de Familia en México. A.C. Segunda Edición. Ed. Cía. Editorial Electrocomp. México D.F., 1981. 132 Pp.
- Revista Imágenes de la Fé. "Vicente de Paúl defensor de los pobres". Mensual. Salamanca, España. No. 195, s/a. 34 Pp.
- REYES, Ponce Agustín Administración de Empresas. Teoría y Práctica. Tomo I. Ed. Limusa. México D.F., 1989. 190 Pp.

- RODRIGUEZ, Charnet Dinah Apunte de las asignaturas del Plan de Estudios de Trabajo Social. Número 5. ENTS-UNAM. Ciudad Universitaria, 1983. 200 Pp.
- ROESSLER, Richard Rehabilitación física, mental y social. Ed. Limusa. México D.F., 1981. 172 Pp.
- ROJAS, Soriano Raúl Guía para realizar una investigación. -- Octava Edición. Ed. Imprenta Universitaria. México D.F., 1985. 280 Pp.
- RUSH, A. Howard Medicina de Rehabilitación. Segunda Edición. Ed. Interamericana. México D.F., -- 1966. 629 Pp.
- SANCHEZ, Rosado Manuel Elementos de Salud Pública. Ed. Francisco Méndez Cervantes. México D.F., 1983. --- 312 Pp.
- ENTS-UNAM Elementos Históricos actuales del Trabajo Social Mexicano. México, ENTS, 1987. --- 70 Pp.
- VALDEZ, Fuentes José Ignacio Enfoque Integral de la Parálisis Cerebral para su Diagnóstico y Tratamiento. Ed. --- Ediciones Científicas La Prensa Médica Mexicana, S.A. de C.V. México D.F., 1988. 232 Pp.

VALERO, Chávez Aída      Historia de Trabajo Social. Antología --  
y SILVA, Arciniega      de Lecturas Básicas. Ed. ENTS-UNAM. Méxi-  
Rosario                      co D.F. s/a. 286 Pp.

VELASCO, Fernández      El Niño Hiperquinético. Los Síndromes de  
Rafael                      Disfunción Cerebral. Segunda Edición. Ed.  
Trillas. México D.F., 1983. 131 Pp.