

132
2ej.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE

MEXICO

CAMPUS IZTACALA

PARALISIS CEREBRAL EN MEXICO

T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A

SOFIA LOPEZ TORRES

DIRECTORA: MTRA. LAURA EDNA ARAGON BORJA
SINODALES: MTRA. MA. GUADALUPE DE LOS MILAGROS DAMIAN S.
LIC. FRANCISCA BEJAR NAVA

1998

213894.

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.

ALGUNAS REFLEXIONES PRELIMINARES, A MODO DE PROLOGO.

Esta revisión bibliográfica está dedicada a todas las personas con deseos de conocer con el fin de apoyar en un futuro próximo, a los niños afectados de parálisis cerebral.

La lesión cerebral es un accidente. No existe preparación para ella, es imprevista. Se introduce como un elemento destructor en la vida y en la familia del niño normal, manifestándose sus efectos negativos en forma permanente o transitoria. El pequeño puede quedar lisiado y requerir entonces un tratamiento por especialistas (médicos, psicólogos, etc. entre otros), al par que una amplia adaptación del hogar y la escuela. A su vez, las dificultades del aprendizaje y los trastornos de conducta agravan aún más la enfermedad. Aunque no quede lisiado, si el niño muestra un retardo en el desarrollo intelectual, el dolor de los padres se acentuará por comparación con niños normales. Tal sentimiento irá acompañado por la vana esperanza de estar ante una deficiencia transitoria, ilusión que se disipará con el transcurso del tiempo. Si no es lisiado ni queda con retardo intelectual, pero muestra anormalidades de conducta, se lo considera desobediente o fastidioso, es decir, un niño inexplicablemente difícil. A la pena de los padres agréganse las discusiones acerca de a cuál de las ramas familiares corresponde la responsabilidad de un niño retardado o peculiar, dado que la relación de causa a efecto entre lesión y comportamiento peculiar es menos obvia y conocida que entre lesión e impedimento físico.

Por lo que se espera por medio de la presente revisión bibliográfica, proporcionar los conocimientos generales necesarios de lo

que es la Parálisis Cerebral en México y, de esta manera contribuir al entendimiento o conocimiento de esta grave deficiencia, que repercute nocivamente en el desarrollo integral del niño. Esto es el objetivo planteado de la tesina o revisión bibliográfica presentada a continuación.

Extracto del libro del Doctor Luce Maire (*)

"Si el niño no es más que la carne de nuestra carne, dejémoslo volver a la animalidad; es suficiente con que tenga una protección sobre su cabeza, que coma cuando tenga hambre, que duerma. Es suficiente con que aparentemente no sufra. ¡La caseta de un perro servirá muy bien para el caso!

"Pero si es espíritu, alma de nuestra alma, ¿Dejaremos destruir para siempre eso que pudo haber sido un ser humano no dándole los medios para romper la cadena que lo tiene prisionero y le impide comunicarse con los demás? En una palabra, ¿les rehúsaremos el modesto lugar al que tiene derecho?

"La manera en que resolvamos el problema permitirá medir a la perfección el grado de nuestra civilización".

(*)BENOS JEAN., (1973) Educación Psicomotriz en la Infancia Inadaptada, Ed. Médica Panamericana

INDICE GENERAL

	INTRODUCCION	3
I	CAPITAL MONOPOLISTA DEL ESTADO	11
I.1	INFLUENCIA DEL C.M.E. EN EL SECTOR SALUD EN MEXICO .	16
I.2	SITUACION DE LA SALUD EN MEXICO	25
II	GENERALIDADES DE LA MORFOLOGIA Y FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA NERVIOSO	32
III	HISTORIA Y DEFINICION DE LA PARALISIS CEREBRAL . . .	36
III.1	ESTADISTICAS DE NIÑOS CON PARALISIS CEREBRAL	42
III.2	PREVENCION	53
IV	CLASIFICACION DE LA PARALISIS CEREBRAL	56
IV.1	A NIVEL FUNCIONAL	57
IV.2	A NIVEL TOPOGRAFICO	66
IV.3	POR SEVERIDAD	68
V	ETIOLOGIA	69
V.1	CAUSAS PREDISPONENTES	71
V.2	CAUSAS PRENATALES	72
V.3	CAUSAS PERINATALES	74
V.4	CAUSAS POSNATALES	76
VI	TRASTORNOS CAUSADOS POR LA PARALISIS CEREBRAL . . .	80
VI.1	VISION	80
VI.2	AUDICION	81
VI.3	HABLA Y LENGUAJE	82
VI.4	SENSITIVOS	83
VI.5	PERCEPTUALES	84
VI.6	PSIQUIATRICOS	84
VI.7	EN EL DESARROLLO	85
VI.8	CONVULSIVOS	87
VII	EL PAPEL DEL PSICOLOGO EN LA INTERVENCION DEL NIÑO CON PARALISIS CEREBRAL	90
VII.1	EL PAPEL DEL PSICOLOGO CONDUCTUAL	95
VIII	INSTITUCIONES QUE ATIENDEN LA PARALISIS CEREBRAL .	100
VIII.1	A.P.A.C.	100
VIII.2	EL D.I.F.	102
	CONCLUSIONES	114
	GLOSARIO	119
	BIBLIOGRAFIA	126

FALTAN PAGINAS

De la:

1

A la:

2

INTRODUCCION

La cantidad de niños con parálisis cerebral es relativamente elevada, por cada cien mil habitantes, nacen por año siete niños con parálisis cerebral (H.Perinatología, 1994).

El término parálisis cerebral, se utiliza para designar un grupo de enfermedades originadas por una lesión cerebral no progresiva y producida antes, durante el parto o poco después de él. Se trata de un trastorno complejo que comprende la alteración de la función neuromuscular con defectos sensoriales o sin ellos, dificultades de aprendizaje con déficits intelectuales o sin éstos, problemas emocionales y defectos del habla (W.M. Cruickshank, 1975).

La presente tesina "Parálisis Cerebral en México", surgió por la razón de, que a pesar de ser una de las enfermedades de mayor importancia en cuanto a Salud Mental, se tiene muy poco conocimiento y difusión a nivel popular. Y esto es precisamente en donde se centra de manera general esta tesina; lograr que la parálisis cerebral sea entendida y conocida, si no completamente, por lo menos en un nivel medio popular (estudiantes de Psicología).

Además se tratará de crear una conciencia de masas, sobre ¿qué es?, ¿cómo se suscita?, ¿qué apoyos posibles de solución aporta el Estado?, ¿cómo influye el Estado para la incidencia o solución de la enfermedad?, ¿afecta en el proceso de desarro

llo del niño?, ¿cuál es el papel del psicólogo en la parálisis cerebral? y ¿qué instituciones han otorgado un real apoyo a la solución de esta enfermedad?. Con lo que se espera contribuir de alguna manera al conocimiento y entendimiento de esta grave deficiencia que repercute nocivamente en el desarrollo integral (biopsicosocial) del niño, lo que representa el objetivo de esta revisión bibliográfica o tesina.

Los pasos que se siguieron para alcanzar el objetivo, fueron de lo general a lo particular, estudiando y planteando primeramente la situación política, social y económica del país; ya obtenido ésto, se ubicó la parálisis cerebral dentro de dicho contexto (capítulo I y III).

Es relevante tener en cuenta que la parálisis cerebral abarca una variedad de trastornos específicos y, es clasificada de acuerdo a sus efectos funcionales como son: la flácida que se caracteriza por la falta de tonicidad muscular; la espástica que muestra hipertonia permanente; la atáxica por incoordinación motora y trastornos en el equilibrio; la atetósica muestra fluctuaciones del tono muscular y va acompañada de movimientos involuntarios y la mixta por combinación de las demás (Crickmay, 1974). Lo anterior se ha considerado de importancia para el logro del objetivo, motivo por el cual se está abordando en el capítulo cuarto de la presente tesina.

En todos los textos y tratados de Neurología, el traumatismo del parto figura como uno de los principales factores causales de la parálisis cerebral, siendo éstos de tipo obstétrico;

período expulsivo prolongado, distocia de contracción y desproporción pélvica fetal, y además, anestésicos; hipotensión arterial materna, hipoxia materna e hipoxia fetal (Parada, 1978).- Los factores prenatales y perinatales representan 80 por 100 de los casos. Las principales causas prenatales son defectos congénitos, algunos de los cuales son genéticos, premadurez o infección (rubéola), (H. Bakwin y R. Morris. 1967). De los factores perinatales el más importante es lesión al nacer, especialmente en el prematuro, lesión anóxica y lesiones de isoimmunización (ictericia nuclear). La causa más importante de parálisis cerebral adquirida después de nacer es la infección. Otras causas son traumas, accidentes cerebrovasculares, tumor y complicaciones surgidas en el inter de estas causas, o bien por cirugía (cesárea, liberación súbita de la presión que produce posible ruptura de vasos sanguíneos en cerebro) (Telford, 1973). Una alta frecuencia de abortos, partos prematuros, parto con producto muerto y alguna enfermedad grave antes de la gestación (que generen anemia) en el paciente, es frecuente en historias de madres de niños con parálisis cerebral. Gran número de niños que después exhiben ésta enfermedad se encuentran en malas condiciones en la primera hora de vida. Una demora de seis minutos o más antes de que se produzca la respiración no es rara (Sarason, 1959).

Dunsdon (1952), investigando niños con parálisis cerebral de cualquier nivel mental, encontró que el 66 por 100 de 327 niños, eran el hijo mayor, que el 40 por 100 de sus casos

habían sufrido asfixias y el 39 por 100 eran prematuros.

Teniendo en cuenta que el estudio sobre las causas (etiología) es necesario, en base a lo brevemente expuesto, además que, el objetivo de estudio, es la conscientización y conocimiento de lo que es la parálisis cerebral, se consideró importante plantear este punto el cual se desarrolla en el capítulo V.

En el capítulo VI, se han investigado los diferentes trastornos causados por la parálisis cerebral, como son:

TRASTORNOS SENSORIALES.- En un estudio sobre niños catálogos como defectuosos mentales, Kirman (1956) informó que, los niños con epilepsia tienden a ser menos inteligentes que quienes no sufren este mal; los defectos del habla se encuentran probablemente en un 70 por 100 de los casos de parálisis cerebral --- (Steophen, 1958); también se han encontrado dificultades en la audición con mayor frecuencia que en otras poblaciones. El daño sensorial se ha encontrado en un 50 por 100 de los casos de hemiplejía (Tizard, Paine y Crothers, 1954).

RETRASO EN EL DESARROLLO.- No cabe la menor duda de que es difícil diagnosticar parálisis cerebral en el lactante. En pocos bebés los signos tempranos de cierta desviación de lo -- normal pueden desaparecer espontáneamente y después se desarrollan de manera normal, aunque con cierta torpeza y dificultad para ejecutar movimientos selectivos más finos junto con problemas de la percepción que se descubren en la edad escolar - (Rosenberg y Weller, 1973). Sin embargo los niños con paráli-

sis cerebral cumplen sus etapas más tarde de lo normal, no importa su inteligencia y grado de desenvolvimiento. Además, tarde o temprano, según lo severo de cada caso en particular, a este retardo de la maduración se suma una desviación con respecto al desarrollo normal, desviación que se manifiesta con actitudes motoras anormales. En consecuencia, el desarrollo del niño no sólo se atrasa, sino que se desorganiza y se perpetúa como consecuencia de la lesión (Bobath, 1976); esto es, su desarrollo no sólo se retarda, sino que sigue cauces anormales.

Se entiende por desarrollo normal el despliegue gradual de las aptitudes latentes internamente en el niño tanto motoras, como intelectuales y sociales (biopsicosociales). Así el desarrollo cognoscitivo, motriz y social, se dará etapa tras etapa y los logros iniciales se modifican, se perfeccionan y se adaptan, para integrarse en patrones cada vez más finos y más selectivos. (Teorías del Desarrollo del niño).

En el desarrollo infantil las distintas actividades interactúan entre sí, en cada uno de los estadios de su evolución normal y, pueden reforzarse o competir entre ellas por breve tiempo (Milani, 1964), no observándose esta postura evolutiva y encadenante de sucesos biopsicosociales en el niño con parálisis cerebral, es por lo que resulta necesario el apoyo educativo especial hacia estos niños.

La causa principal del atraso del niño en alcanzar ciertos pa-

trones motores normales, no sólo es el retardo en el desarrollo sino su estado patológico, esto es su déficit neurológico, aspecto por el cual se ha considerado de interés plantear también los TRASTORNOS CONVULSIVOS, ya que además de la parálisis motora y de la disminución en la eficiencia intelectual que son características de la parálisis cerebral, se encuentra con frecuencia una cantidad de defectos; por lo que cerca del 30 por 100 de los niños con parálisis cerebral han tenido en su historia uno o más ataques de epilepsia (Floyer, 1955, Hopkins, Bice y Cofton 1954).

TRASTORNOS PSIQUIATRICOS.- Las enfermedades físicas influyen en la personalidad y la conducta. Hay un creciente deseo de atención, de afecto y protección; resistencia a asumir responsabilidades; sentimientos de diferencia, dependencia, insuficiencia y baja autoestima. Los cambios de la personalidad no están muy correlacionados con la gravedad del impedimento. -- Más importante son las actitudes en el hogar. Muchas de las dificultades emocionales y las inadaptaciones sociales del impedimento son atribuibles, en buena parte, al trato desacerchado por parte de los padres. El niño con parálisis cerebral que limita sus contactos sociales y obstaculiza el desarrollo emocional normal, a menudo disfruta de su invalidez y refuerza su dependencia. Además, su impedimento dificulta su capacidad para afirmarse en el juego agresivo normal con niños. Como resultado de ello, siguen vivas sus emociones reprimidas, ---

generalmente acompañadas por sentimientos de culpabilidad.

Dado que lo que se busca en un niño con parálisis cerebral es conseguir un ser humano y no un simple autómeta capaz de andar ó una máquina con capacidad para calcular, todos los esfuerzos deben estar encaminados en una sola dirección: el desarrollo progresivo, en cada uno de estos niños, del esquema de su propia personalidad. El logro efectivo de la propia personalidad exige, para cada individuo, una mecánica tan laboriosa como compleja, la mayor parte de cuyos eslabones han de ser engarzados durante el período de la infancia.

Permítaseme remarcar en un sentido general, la comprensión inicial de algunos de los mecanismos fisiológicos que se encuentran por debajo de la conducta, proporcionándonos una comprensión más amplia de la misma, dado que la casi infinita variedad de modelos de conducta que muestran los organismos, dependerá del modo en que funcione su sistema fisiológico. A este respecto se deberá señalar que se ha definido a la Psicología como la ciencia que estudia la conducta de los organismos vivos en sus muy diversas manifestaciones y, la Neuropsicología, una moderna rama de la Neurología, que estudia los cambios de conducta que ocurren en pacientes con lesiones locales del cerebro. Así para interpretar cualquier aspecto de la conducta humana, tiene importancia conocer la morfología y función del sistema nervioso. Es el motivo por lo que en el capítulo II se plantea brevemente, tanto lo que es, así como su involucramiento determinante del sistema nervioso en lo que a la conducta humana se refiere.

Por lo que un niño con parálisis cerebral o afectado de sus funciones neuromusculares repercutirán nocivamente en su proceso de desarrollo de sus funciones tanto sensoriales, como intelectuales y o bien disfunciones conductuales o emocionales; motivo por el cual el capítulo VII habla sobre el papel del psicólogo en la rehabilitación del niño con parálisis cerebral, debido a que su oportuna intervención profesional es de gran ayuda ya que los niños con parálisis cerebral suelen ser emocionalmente inmaduros, además de carecer de persistencia, fatigarse con facilidad, faltarles adecuada socialización y hay más introversión y depresión.

Y se concluye la revisión bibliográfica o tesina, con el capítulo VIII, en el que se plantea brevemente las Instituciones DIF y APAC, que han dado apoyo a estos niños desde hace varias décadas, las cuales gracias a su adecuada intervención han hecho menos conflictiva su existencia.

CAPITULO I

CAPITAL MONOPOLISTA DEL ESTADO

Para tratar el tema de la Salud en México, es necesario hacerlo paritiendo desde el estudio de lo que es el Capital Monopolista de Estado y su relación con su situación actual del país.

Primeramente, se presentará a manera de resumen (ya que el tema es muy extenso), la estructura social, económica y política del país y cómo influye el Capital Monopolista del Estado en la salud. Todo a partir de principios de siglo, hasta llegar a la actualidad. Y finalmente, se tratará de explicar lo más breve posible, ¿qué es? y ¿cómo se constituye el Capital Monopolista de Estado?.

México, es un país capitalista desde hace aproximadamente un siglo en donde el capitalismo se impone como un modo de producción dominante en esta formación social, pero nace y se desenvuelve como un sistema deforme y estructuralmente dependiente, que ni ha podido hasta ahora ni podrá en adelante, superar el subdesarrollo, ya que desde un principio el peso de los monopolios, en particular los extranjeros, ha sido muy grande en su economía.

En 1917, el capitalismo de estado se consolida y cobra un nuevo impulso, porque las fracciones dominantes de la burguesía no cuentan con suficiente fuerza para promover el desarrollo económico, exclusivamente a través de la empresa privada y, sólo el poder público puede reconstruir y reorganizar el país.

En México, desde fines de los cuarente y la década de los cincuenta, es cuando el país empieza a convertirse al Capital -- Monopolista de Estado -CME-.

Durante el gobierno de Alemán y los primeros de la administración de Ruiz Cortines, aumenta rápidamente la inversión extranjera en la industria y en el comercio, así como los financiamientos del exterior al gobierno y algunas grandes empresas privadas; se vuelve evidente el apoyo estatal al capital extranjero; se acentúa la concentración de la producción y el capital; se reinserta más profundamente la economía mexicana en el sistema imperialista y los monopolios públicos y privados, nacionales y extranjeros - deviene la fuerza dominante en las ramas económicas de mayor importancia.

Las condiciones en México son favorables para el capital extranjero, ya que la política del gobierno no atenta contra sus intereses, permite la violación al derecho de propiedad nacional así como formas de intervención estatal lesivas a la empresa privada.

En 1975, o sea, un cuarto de siglo después de haberse iniciado este proceso, el capitalismo mexicano no es sólo un capitalismo monopolista, en el que los monopolios sean el centro del poder económicos en el sistema, sino un capitalismo monopolista de Estado en el que las empresas monopolistas se entrelazan y combinan estrechamente con el Estado. El CME, es

un fenómeno que no sólo entraña el reforzamiento de la concentración y el monopolio en general, sino del monopolio controlado por el Estado. Es un proceso que implica el crecimiento del aparato estatal y la intervención cada vez mayor del Estado en la economía, incluida la esfera propiamente productiva, así como la reciente explotación por parte del Estado de las grandes masas de trabajadores asalariados. Bajo el CME, se produce una internacionalización del capital que hace que legalmente resulten cada vez más fuertes los poderosos consorcios que tienden a extenderse por todas partes. Es bajo esta fase en donde el imperialismo se relaciona más estrechamente y se fusiona con los monopolios capitalistas del Estado.

CARACTERISTICAS DEL CAPITAL MONOPOLISTA DE ESTADO

El Estado es una organización política a través de la cual la clase económicamente dominante ejerce el poder, participa crecientemente en forma directa e indirecta y aún se vuelve un instrumento para hacer posible el proceso de acumulación capitalista, se convierte en regulador y compensador, tanto de las fluctuaciones cíclicas como de los desequilibrios económicos y aún sociales más diversos. El financiamiento público adquiere una gran importancia en dos sentidos: Apoyo del Estado a grandes empresas gubernamentales, y el respaldo creciente que otorga el gobierno a empresas privadas y estatales.

El Estado se convierte en sostenedor de múltiples centros de investigación y enseñanza media y superior, a fin de disponer él mismo y dotar a la empresa privada de un creciente volumen de técnicos y profesionales que ambos requieren. Deja de ser una entidad meramente superestructural, y se convierte en un instrumento económico de primer orden, así como el principal defensor político del régimen capitalista. Su objetivo es - mantener la reproducción capitalista, prolongando así la existencia del sistema y además, asegurar los fundamentos del modo de adquisición de ganancia, esencialmente en favor de los monopolios.

El CME utiliza su dominio del aparato del Estado, o bien esta unidad política organizada (Estado) maneja fuerza política, económica y administrativa (cámara de Senadores, Diputados y Legislativa), para modificar sistemáticamente a su favor, la distribución de la renta nacional y despojar el presupuesto público del Estado, bajo diversos pretextos, es una política particular del Estado monopolista y al mismo tiempo más reciente, más moderna de las relaciones de producción capitalista; es en fin, una nueva etapa del desarrollo del capitalismo monopolista.

Las empresas estatales y desde luego el gobierno, son compradores en gran escala de la empresa privada, pero aún así, sin la inversión estatal y paraestatal, habría sido imposible la

modernización de los últimos decenios, así como la acumulación y la concentración del capital resultante de este proceso. - financiando una parte esencial de la producción, el Estado - garantiza, en efecto, los beneficios de los grupos monopolistas y asegura su supervivencia. Lo que cuenta no es el grado del desarrollo económico, sino la concentración, centralización y predominio del capital monopolista y su conexión con el Estado.

El Capital Monopolista de Estado es irreversible, aún donde - esté, no puede retroceder. Se dice que el capitalismo de Estado es la preparación más completa para el socialismo, de esa manera, señala que el CME es una verdadera fase histórica del capitalismo.

Se ha estudiado el papel tan importante que ha tenido el CME en la situación general del país. También, cómo el capital - ha sido generador de cambios, tanto en lo político, lo económico como en lo social en México.

Ahora, en este capítulo, veremos también como el CME va a tener una gran influencia en el sector de la salud del país y de qué manera lo ha perjudicado más que beneficiado.

A su vez, se verá de qué manera se ha relacionado el CME con el Estado para manejar lo que es la salud en México.

I.1 INFLUENCIA DEL C.M.E. EN EL SECTOR SALUD EN MEXICO

La salud en México, se ha buscado a través de la reproducción de la fuerza de trabajo por parte del Estado, esto quiere decir que el único objetivo que pretende el gobierno, es reprimir o contener las masas que el desarrollo capitalista genera en la base de la sociedad.

En la Colonia, la atención médica y la ayuda a los menesterosos, era realizada por instituciones clericales o en lugares patrocinados por el gobierno virreinal o algún particular. - Aparecieron así asilos, hospitales, casas de asistencia y orfanatorios. Tras la Independencia, el Estado ejercería una obra filantrópica en materia hospitalaria, sin que eso implicara obligación alguna para llevarla a cabo. Las formas - privadas de beneficencia continuaron vivas, pero duraron - décadas, el porfiriato vió resurgir las ideas de la beneficencia a la salubridad. Todavía bajo el régimen ideológico de la atención médica como expresión filantrópica, se fundó en esa época el Hospital General de la Ciudad de México. Pasada la Revolución, las organizaciones y las instituciones de beneficencia pública y privada continuaron inalteradas, aunque con cambios de membrete. Al mismo tiempo, fueron creados el Consejo de Salubridad y el Departamento de Salubridad. Pero no fue sino a partir de la tercera década de este siglo, que se modificó el concepto de beneficencia. Surgió entonces,

la idea de la asistencia social como una función obligatoria del Estado, lo que aparentemente suponía la terminación del filantropismo.

El derecho a la salud comenzó a formularse como un derecho de todos los individuos, al mismo tiempo que se gestaba la idea de la seguridad social. En 1937, se creó la Secretaría de Asistencia Pública, teóricamente destinada a brindar asistencia médica a todos los sectores de la población. En 1943, se fusionaron la Secretaría de Asistencia Pública y el Departamento de Salubridad; nació la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Hasta fines de los años treinta, los servicios de salud no eran una obligación del Estado; quedaban al arbitrio de la beneficencia pública y privada. Las acciones que aquél emprendía a nivel nacional, eran primordialmente de saneamiento y en segundo término, las de asistencia médico-social. En el plan 1933-1940 con Lázaro Cárdenas, se empezó el gobierno a preocupar por los problemas que acarreaban la salud en la economía del país. También se impulsaron acciones para la integración de los pueblos indígenas, que incluían la prestación de servicios médicos. A partir de los años cuarenta, la creciente industrialización y la política de protección al capital, por parte del Estado, propiciaron una racionalización de los servicios públicos de salud con fines de reproducción de la fuerza de trabajo. Esto se sumó a las crecientes

demandas obreras en materia de salud, que fueron capitalizadas a corto plazo por la clase dominante. Se trató de aumentar la fuerza de trabajo disponible, mediante el mejoramiento de las condiciones sanitarias de la colectividad. Todo ello dió lugar, en 1943, a la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social, que comenzó a proporcionar servicios médicos al sector más productivo del país (los asalariados urbanos y el proletariado industrial).

El IMSS concentró recursos públicos para atender a una pequeña fracción de la clase trabajadora, el eje del modelo económico de desarrollo del país, a la que había de mantener en buenas condiciones para la producción, preservando su salud, rehabilitándola para la vida productiva. Unos años después, en 1960, dado el crecimiento de la burocracia estatal y sus demandas asistenciales, se creó el ISSSTE, que entre sus funciones cuenta con la de dar servicios de salud a los trabajadores de la Federación. Sobre la misma base fueron creándose los servicios de salud de algunos organismos y empresas descentralizadas (como PEMEX), y de dependencias estatales selectivas (como la Secretaría de Hacienda y Crédito Público). También los setentas, vieron surgir instituciones de asistencia médico-social para la población infantil, tales como el Instituto Nacional de Asistencia a la Niñez, que a partir de 1977, han sido reunidos en el Sistema Nacional para el Desa--

rrollo Integral de la Familia (DIF). Se puede decir que desde mediados de los cuarenta, las políticas de salud pública quedan relegadas en un tercer o cuarto término, en los programas generales de acción del sector público. Esto es por la poca importancia concedida a la Salud, dentro del desarrollo económico y social de México, ya sea por temor, ignorancia o incapacidad, ocasionando con ésto el desfavorecimiento a las clases populares.

A partir de los setentas, se genera otra etapa de desarrollo social en México; cuando menos empieza a haber reconocimiento estatal de las carencias en materia de salud, alimentación, seguridad social, viviendas y educación, pero todo esto sigue rodeado de demagogia vaga, o actitudes oportunistas e irrealles, así como una falta de rigor hacia el alcance de objetivos planteados al pueblo, como en las etapas anteriores.

Durante la administración de Echeverría, de 1970-1976, se emiten un gran número de planes y programas que pretenden impulsar la política social. Algunas de éstas, se quedan a nivel declarativo, otras son empleadas como instrumentos mediatizadores y algunas más se traducen en hechos concretos. En este período, se elaboró el primer Plan Nacional de Salud que integró las instituciones públicas y de salud, estableció metas muy generales que hasta el momento no han sido evaluadas en forma seria. Se trató de promover la red federal de hospita-

les, se intentó ampliar la atención a la salud rural y mejorar los planes de alimentación, pero para llevarlos a la realidad hubo una gran brecha, lo que hizo del plan de documentos demagógico y voluntarista, puramente propositista, que no se convirtieron en estrategias reales; es decir que este plan nacional de salud fue engañoso desvinculado de una realidad y manejado deliberadamente hacia el pueblo. Además, se careció de un modelo rector de atención a la salud en el país, que orientará las metas adoptadas. Este Plan Nacional de Salud se canceló definitivamente, pues en 1977 se declaró que éste era - utópico e imposible de llevar a cabo por falta de recursos - económicos.

Las pocas acciones que se emprendieron en 1977-78 y 79, no tuvieron como fundamento una política general de salud y seguridad social en el país. Llama la atención que apenas en el - sexenio (1977-1982 de José López Portillo), haya sido creado un organismo para la planificación en el sector salud. Se - esperaba que la Secretaría de Planeación de la SSA, no fuera solamente un membrete que sirviera para subsanar externamente las carencias internas de años. La mayoría de las cosas que prometió José López Portillo al Sector Salud en su primer informe de gobierno, tienen el problema de tener un nivel muy general; buena parte de lo proyectado o planeado en el Sector Salud acabó por convertirse más en filosofía política que en programas de acción, por su imposibilidad práctica, ya que no se exige a las autoridades correspondientes que trabajen y se solidaricen con las necesidades del pueblo. En cuanto a los

esfuerzos que se hicieron sobre planificación familiar, han sido criticados por ser efimeros o eventuales, por no manejar el aspecto educativo de la población que es el que se requiere modificar y enriquecer para alcanzar realmente una planificación poblacional.

Se establecieron también los servicios de salud en el medio rural y suburbano; ésto para ampliar los servicios sociales en donde se capacitó a habitantes rurales, pero de una manera pésima, e incapaces de cubrir las necesidades de atención médica de 28 millones de personas de comunidades rurales y suburbanas.

La indefinición de las políticas generales de la salud, llegaron a extremos irrisorios. Se planteó que existían 7 programas que se adaptaban a las necesidades que se iban presentando. Se propuso un Programa de Acción del Sector Público para 1978-82, con objetivos utópicos, inasibles y vagamente definidos. Fijan metas nuestros políticos que oscilan entre el optimismo, la imposibilidad y el desconocimiento de su significado real. Nunca se habla de unificar los servicios, ni de pasos encaminados a reducir en forma drástica las duplicaciones institucionales. Finalmente se postulan propósitos, que de tan generales, pasan a no significar nada. En el segundo informe de gobierno de José López Portillo, se volvió a reiterar la aspiración de garantizar a todo mexicano el derecho a

la salud y seguridad, social, pero de nuevo se ve que no hay un plan rector y que la aspiración de que toda la población goce de la seguridad, no está respaldada en un plan específico. Da la impresión de que el gobierno ha buscado por todas partes sin tener un rumbo que lo oriente hacia donde debe dirigir sus esfuerzos para lograr un mayor estado de bienestar social de las mayorías.

El sexenio de Miguel de la Madrid Hurtado (1983-1988) se manejaron las ideas de: 1) Organización Sectorial de Organismos de la Salud y Seguridad Social; 2) La descentralización de las mismas; 3) Su modernización Administrativa. Con esto se pretendía dar una mejor atención médica en el medio rural, se manejó un programa de seguridad social para zonas rurales (1984-1988). El IMSS otorgó un servicio a 6 millones 700 mil personas de asegurados permanentes y la población derecho habiente se eleva, de 26 millones a 32 millones y medio a finales de 1983. En la Ley General de Salud se define por primera vez a la asistencia social como servicio básico de salud.

En el sexenio de Carlos Salinas, se reportó que para finales del 92 la cobertura del IMSS sería de 29 millones de personas dando asistencia en todo lo relativo a la salud. Se indicó que entre los programas de salud, los dedicados a los niños son, sin duda, los más trascendentales. Por ello, en la cumbre mundial sobre la infancia se acordaron compromisos concre-

tos para el año 2000, muchos de los cuales Carlos Salinas indicó ya estaban cumplidos plenamente en México. Así en los reportes efectuados por este presidente a la UNICEF, Organismo de las Naciones Unidas para la niñez, planteaba que México era uno de los países con menor mortalidad infantil en el mundo occidental. Pero lo que le faltó manejar obviamente para que realmente sea aceptado éste reporte, es que se llevara a cabo un comparativo de natalidad y tasa real en población de México contra los otros países de este mundo occidental, con lo que resultaría absurdo este punto de vista.

En 1994 se daba atención en el IMSS, ISSSTE e instituciones encargadas de la seguridad social, a una cobertura de 47 millones de derechohabientes. En las recientes reformas del IMSS, indicó Salinas, son para impulsar su proceso de modernización para una mayor productividad, esta institución no se ha privatizado, reducido ni limitado, sino "fortalecido en su eficacia y calidad", esto último definitivamente se ha entrecomillado, ya que dista demasiado de ser algo real.

Por último, encontramos que en el sexenio actual, hay un silencio de los organismos y funcionarios encargados de la salud. Esto responde a una actividad reticente a emprender cualquier transformación sanitaria y a una política de paz sepulcral e inmovilismo que trata de ocultar, en vano, las crisis, las desigualdades, la ineficiencia y las grandes carencias del

aparato público que se encarga de proporcionar servicios de salud al pueblo.

El PRI, después de la ceguera y el rezago que lo han caracterizado por años, esta vez quiere proporcionar un barniz modernizador a sus militantes. Pero esto se queda en un plano - ideológico.

Puede decirse que en lo que va de sexenio, no ha habido definiciones claras ni detalladas de lo que se persigue en materia de salud.

En suma, los grandes problemas de salud y seguridad social, las enormes necesidades de la población en estos aspectos, y las definiciones en dichas áreas, no están siendo enfrentadas en México.

Se requiere de planes y programas realistas, factibles, inteligentes, populares y democráticos, que vayan de acuerdo a las circunstancias presentes del pueblo.

Así el manejo y desarrollo de la salud en México se encuentra, y se ha encontrado desde siempre, en una desorganización total y en condiciones deplorables para el servicio del pueblo. Y es por lo que se ha ubicado el siguiente punto 'Situación de la Salud en México', el cual está directamente relacionado - con las causas o factores (sociales, económicos y culturales) que generan en países tercermundistas como México la Parálisis Cerebral.

I.2 SITUACION DE LA SALUD
EN
MEXICO

La estructura económica-social del país ejerce una influencia determinante en los niveles de salud de la población, al articularse como factores ecológicos que favorecen las altas tasas de enfermedad y de muerte.

El nacimiento, la falta de servicios básicos de agua potable como la contaminación biológica de los alimentos y el agua, - son las constantes ambientales que originan en México una inficción permanente de gran importancia para la situación de salud del país.

Anualmente mueren 140,000 personas (de acuerdo a estadísticas del registro civil) a consecuencia de la contaminación biológica del agua y los alimentos, ésto tiene una expresión más severa entre los campesinos, subproletariados urbanos y el proletariado industrial.

El deterioro ecológico es otro problema que guarda relación con la salud. La creciente industrialización del país a partir - de los cuarentas, el proteccionismo al capital industrial, las implicaciones políticas y laborales de la contaminación asociada al proceso de producción de bienes y servicios, la proliferación de vehículos automotores, la incesante complejidad tecnológica de la producción capitalista, los intereses creados

y la corrupción pública y privada de todas las magnitudes y niveles posibles, hacen que la contaminación físico-química en México sea sumamente alta, que las escasas denuncias de su existencia sean acaladas o menospreciadas y que la información sobre su evolución y su estado actual se oculte al máximo, pese al multicipado derecho a la información. En México, se instalan fábricas contaminantes del ambiente que ya han sido prohibidas en otros países. La degradación del paisaje urbano, los elevadísimos y crecientes niveles de ruido en las grandes ciudades y la utilización indiscriminada de plagicidas en el campo, se suma a lo anterior, y junto con sustancias corrosivas, gases tóxicos, compuestos metálicos y agentes cancerígenos, invaden el ambiente y se añaden al imperio de los contaminantes biológicos. Un segundo punto significativo para la salud, es el incremento demográfico. La población se encuentra mal distribuida en el país, ocasionando un problema simultáneo de dispersión y concentración, tanto de habitantes como de servicios de salud. (Hay en el país 92 millones 381 mil habitantes). El número de mujeres en edad fértil, se ha multiplicado cuantiosamente. (1995 nacimientos anuales 4,429,768). De acuerdo a censos y estadísticas de registro civil.

Cada año, aproximadamente una de cada 20 mujeres de 40 a 50 años, se embarazan y dan a luz. (1995 una mujer mexicana tiene un promedio de 5 hijos a lo largo de su período fértil y da a luz 3 mujeres). De tal manera que al habitar en México un

mayor número de mujeres en edad fértil que de hombres, dando como resultado la continuidad y sustento de un incremento poblacional, que imposibilite cada día más el mejorar la calidad de vida del Mexicano.

Padecemos un alarmante explosión demográfica, y a esto se agrega, como consecuencia la migración proveniente del campo, con un elevado ritmo de crecimiento en las áreas urbanas y una multiplicación de los cinturones de miseria en las zonas urbanas, con la siguiente subsistencia infrahumana y carencia de recursos y servicios de sus pobladores. La sola ciudad de México concentra el 50% de la migración total del país. Sin embargo, no deben adjudicarse los males nacionales a estos hechos. La crisis económica, el hambre, el desempleo, la inflación y la dependencia, obedecen a desequilibrios y contradicciones estructurales que van más allá del crecimiento de la población; la causa última, entonces, reside en un modelo de desarrollo cuya razón de ser es la acumulación de capital y que resulta ya insuficiente para satisfacer las necesidades elementales de toda la población.

Los fenómenos de la alimentación y la nutrición adquieren una importancia de primer orden en una sociedad semidesnutrida como la nuestra. Las deficiencias e insuficiencias en la producción alimentaria, los problemas de distribución y las deficiencias cualitativas y cuantitativas en el consumo, están

originando severas consecuencias entre la población lo que -- naturalmente, son mayores en los sectores de bajos ingresos. Elevada prevalencia de la desnutrición, que a su vez, aumenta la susceptibilidad a las enfermedades infecciosas. El 90% de las defunciones en niños menores de edad, son consecuencia -- directa o indirecta de la desnutrición. Además de la elevada mortandad infantil que da lugar a la desnutrición, expresando sus consecuencias en el deterioro del crecimiento y el desarrollo, tanto físico como mental de los individuos. En México, más del 50% de las muertes se deben a enfermedades infecciosas, casi el 20% a complicaciones del parto y otras causas de mortalidad neonatal temprana y la otra causa de la muerte es la desnutrición. La desnutrición severa, tiene efectos muy importantes sobre el funcionamiento del cerebro. El cerebro se afecta mucho por la desnutrición y esto depende de la gravedad de la carencia y sobre todo de la edad de su presentación. La desnutrición durante la gestación, es la que se hace aparentemente temprano en la vida y que sufren los niños como consecuencia de la lactancia prolongada y la falta de alimentación suplementaria. En condiciones tempranas es muy difícil medir la desnutrición. El cerebro se puede lesionar tanto en la edad temprana como tardía (adolescencia). El niño desnutrido tarda más en caminar, tiene dificultad en mantener los ojos cerrados, -- retraso en lenguaje, en su atención e interés, etc., y concluyendo en un retraso mental. La evolución del niño dá grandes

saltos, (por esto para su estudio se divide en diferentes etapas "sensoriomotor (0 a 2 años), preoperacional (2.1 a 7 años) operacional (7.1 a 11 años), de acuerdo a Piaget, o bien en -- lactantes "A" (0 a 6 meses), lactante "B" (7-12 meses), lactante "C" (13-18 meses); maternal "A" (19-24 meses), maternal "B" (25-36 meses), maternal "C" (37-48 meses); preescolar "A" (49 -60 meses) y preescolar "B" (60-72 meses) de acuerdo a la --- S.E.P.) puede retrasarse por un tiempo, pero logran en ocasiones si son bien atendidos (estimulación temprana) recuperarse. En resumen, los estudios demuestran que la desnutrición moderada afecta poco la maduración del sistema nervioso central, - que no causa anormalidades, pero sí diferencias entre los --- bien alimentados. En base a lo planteado se puede hacer mención de Jean Piaget (1950) él pone énfasis en la participación activa de los niños en su desarrollo; para Piaget el desarrollo resulta de logros individuales, tendientes a mantener un estado de equilibrio con su medio. Los niños que no son capaces de usar sus capacidades, para lograr el objetivo de reorganizar su proceso psicológico de asimilación y acomodación, tampoco pueden alcanzar una adaptación más efectiva a su medio - ambiente. Apoyando a Jean Piaget, Erik Erikson y Roger Brown (1952), sostienen que los cambios que observamos en el desarrollo, reflejan cambios fundamentales en los procesos psicológicos que regulan el funcionamiento humano. Estos autores ven el desarrollo como un movimiento a través de una serie de etapas cualitativas únicas en el que la evolución de una etapa

puede depender de las características de las etapas anteriores. Así los niños mal alimentados son retraídos, tímidos y poco -- activos, como consecuencias se relacionan menos con su madre y con el ambiente en general, lo que se traduce en la falta de -- estímulos, entre ellos los de tipo verbal. La falta de alimen -- tación dificulta el desarrollo temprano del lenguaje y esto -- reduce otras funciones como el pensaminto, necesario para el logro del desarrollo y adquisición del lenguaje (Vygotski, --- thought and Language 1951). Los niños mejor nutridos, respon -- den mejor a los estímulos que los que tienen desnutrición mode -- rada en los cinco primeros años de vida.

Teniendo en cuenta que el desarrollo continuo (algunos psicólo -- gos, incluyendo a B. F. Skinner, Daniel Berlyne, Sidney Bijou y Roberth Sears) sostienen que los procesos psicológicos que median el funcionamiento humano no sufren cambios fundamen -- tales durante su desarrollo; pero gradualmente cambian su --- EFICIENCIA o capacidad de funcionamiento. Esto aunado a la -- teoria de maduración de A. Gessell (Infant and child in the -- Culture of Today, 1963) el crecimiento de la mente está profun -- da e inseparablemente limitado por la maduración del sistema nervioso y, con el transcurso del tiempo, el niño estará listo normalmente para lo que él necesite hacer en su edad, por lo que los niños mal nutridos, con retraso en el desarrollo o con parálisis cerebral, difícilmente lograrán lo planteado por es -- tos Investigadores.

Como se ha mencionado en los puntos anteriores la salud en México, se encuentra en una desorganización extrema, tanto por parte del Estado como de las instituciones de salud. Así desafortunadamente el daño cerebral (Parálisis Cerebral), no se excluya de este problema, ya que también se encuentra su estudio, así como su atención estancado por todos los elementos ya mencionados. Por lo que no se puede esperar un futuro prometedor para esta enfermedad.

Antes de abordar el concepto ó introducirnos más al tema central de nuestra revisión bibliográfica, se considera necesario plantear el siguiente capítulo que habla en términos generales, sobre la morfología y funcionamiento del Sistema Nervioso, debido a que su óptima y eficacia en su capacidad de acción propia de su actividad, es determinante para el crecimiento, desarrollo y maduración biopsicosocial del ser humano.

CAPITULO II

GENERALIDADES DE LA MORFOLOGIA Y FUNCIONAMIENTO DEL
SISTEMA NERVIOSO

Para el estudio del Sistema Nervioso es necesario dividirlo en partes, con el fin de efectuar una mejor descripción, pero ello no quiere decir que dichas partes funcionan separadamente.

El sistema nervioso es el integrador de las funciones corporales, y todas sus partes trabajan conjuntamente para dicho fin. La división usual del Sistema Nervioso, es la siguiente: Sistema Nervioso Periférico, Sistema Nervioso Vegetativo y Sistema Nervioso Central. De éste último se habla brevemente, por la misma finalidad del trabajo, ya que la parálisis cerebral se origina a este nivel.

El sistema nervioso central(SNC) está formado por el cerebro y la médula espinal y funciona como centro de regularización para el organismo.

Por cerebro entendemos siempre una gran agrupación de neuronas, células y fibras dentro del cráneo en la extremidad cefálica. La prolongación del cerebro, cuando sale del cráneo, es la médula espinal. La médula espinal está incluida en dos categorías generales de actividad; en los reflejos espinales, que son respuestas musculares y autónomas a los estímulos aplicados al cuerpo, y por otra parte a una gran variedad de actividad supraespinal que se canaliza a través de la médula espinal. La corteza cerebral y otras estructuras encefálicas que controlan el movimiento del

cuerpo envían su actividad mediante la médula espinal hasta las neuronas motoras, por otra parte, todas las sensaciones corporales son transmitidas vía médula hasta el encéfalo. Entre la médula y la corteza cerebelosa y cerebral, se encuentra el tallo cerebral. Sus subdivisiones más importantes partiendo de la médula hacia la corteza son: bulbo raquídeo, puente o protuberancia, mesencefalo, tálamo (o diencefalo) y los ganglios basales.

El cerebro medio (mesencéfalo) constituye la porción más anterior del tallo cerebral que mantiene todavía la estructura básica tubular de la médula espinal. La porción dorsal del mesencéfalo contiene dos pares de núcleos de relevo muy importantes para los sistemas visual y auditivo, denominados tubérculo cuadrigémino superior e inferior. El tálamo está constituido por gran número de núcleos localizados en una región anterior y dorsal del cerebro medio. El hipotálamo, concierne a un grupo de pequeños núcleos localizados en la porción ventral del cerebro; están implicados tanto en la conducta alimenticia como en la sexual, en la ingestión de líquidos, el sueño, la regulación de la temperatura y, en general, en la conducta emocional.

La corteza cerebral amplía capa celular que cubre el cerebro. Ha sido tradicionalmente la estructura cerebral la que más interés ha provocado entre los psicólogos, debido a que se ha comprobado que, a medida que se asciende en la escala animal de la evolución la cantidad relativa de corteza cerebral de "asociación" (corteza que a menudo se presume está implicada en funciones más complicadas de tipo conductual), aumenta en forma notable. Además tiene zonas dedicadas al control de muchas funciones diferentes; sensi-

tivas, motoras y de asociación por otro lado. La superficie del cerebro está plegada, es decir, forma circunvoluciones, en vez de ser lisa y, se divide en cuatro lóbulos: frontal, temporal, parietal y occipital, la cisura de Rolando separa los lóbulos frontal y parietal, mientras que la cisura de Silvio separa los lóbulos frontal y temporal. Cuando movemos voluntariamente cualquier parte del cuerpo, como el brazo o la pierna, los impulsos nerviosos se originan en las zonas específicas de la parte anterior de la cisura de Rolando, es decir, en la zona motora. Estos impulsos viajan hacia abajo por la médula espinal y a través de los nervios periféricos hasta alcanzar los músculos del miembro correspondiente. Si estimulamos una parte de la pierna con un alfiler y después usamos un aparato de amplificación para localizar las regiones de intensa actividad nerviosa del cerebro, encontramos que la parte posterior de la cisura de Rolando interviene siempre. Como en el caso de la zona motora, las partes inferiores del cuerpo están representadas en la parte superior y las partes altas del cuerpo como la cabeza y la cara, están representadas en el extremo inferior (Thompson, 1978).

En suma, el Sistema Nervioso Central, como ya se mencionó esta compuesto por el cerebro y la médula espinal, funcionando como centros reguladores para el organismo en gran parte de su actividad.

Como se pudo observar en base a lo brevemente descrito anteriormente, el correcto comportamiento del Sistema Nervioso Central, genera las bases necesarias para que el ser humano logre efectuar todas o una gran parte de las acciones ó funciones que se requieren en su desarrollo y maduración biopsicosocial; aspectos en los

cuales el niño con parálisis cerebral se ve limitado y, dependiendo el grado de disfunción del Sistema Nervioso Central, será su posible recuperación ó habilitación, aspectos de los cuales se hablará más ampliamente en los capítulos subsiguientes.

En el siguiente capítulo se describe parte de lo que es, la Historia, definición, estadísticas y prevención de lo que es la parálisis cerebral.

CAPITULO III

HISTORIA DE LA PARALISIS CEREBRAL

Al realizar un análisis histórico vemos que el primer estudio concreto sobre la parálisis cerebral, aparece en 1861 con el Doctor William Jonh Little describiendo un síndrome espástico displéjico, lo que hizo que hasta recientemente, la descripción de un niño espástico, babeando, haciendo muecas y con marcha de tijeras se le clasificara de enfermedad de Little o espástico, además de asociársele deficiencia mental. (Aragon-Muños y Velázquez Solis, 1982; Telford, 1973).

Más tarde William Osler en 1889, bautiza este síndrome con el nombre de "Parálisis Cerebral". Pero es a partir de la tercera década del siglo XX con los avances neurológicos, cuando se alcanzó una mayor profundidad en el estudio y conocimiento de este trastorno, especialmente con las investigaciones de Winthrop Phelp, el cual toma tajantemente el término de Parálisis Cerebral para designar un grupo de manifestaciones neuromotoras y sensoriales, con aparición o no de espasticidad, atetosis, rigidez, flaccidez y ataxia; (autores citados por Mas; 1979).

A partir de Phelp, el conocimiento de la parálisis Cerebral se amplió considerablemente. Y es con las investigaciones subsecuentes, que hoy nosotros conocemos los diferentes factores

etiológicos de la Parálisis Cerebral y sus diferentes cuadros clínicos que se presentan de acuerdo a la localización de la lesión (vía piramidal, extrapiramidal y cerebelar).

Y afortunadamente en los años transcurridos desde 1940 y particularmente desde 1960, con los estudios de Werners y Strauss (Crvickshank; 1978) que se interesaron en entender como "ven oyen, sienten y entienden su mundo" los niños con daño cerebral, se han dado pasos gigantescos para educar a los padres y para propocionar los servicios necesarios, así como el personal capacitado, y el personal de investigación de tal manera que hoy día, existe como nunca antes un gran número de disciplinas profesionales para la ayuda de los niños con daño cerebral y en particular con los paralíticos cerebrales.

DEFINICION DE LA PARALISIS CEREBRAL

En los últimos treinta años, la parálisis cerebral ha dejado de ser enfermedad vaga y apenas delimitada que nos describió Little (Dr. William J. Little, 1861) y vino a reconocerse como una expresión que abarca una variedad de trastornos específicos, que poseen en común la característica de obedecer a una lesión en los centros motores del cerebro y se manifiestan con pérdida del control motor. Clínicamente se ha definido

como:

A) "Un desorden persistente de los movimientos y la postura,-- asociado a una lesión estática del cerebro y que ocurre durante la época en que el sistema nervioso central está en proceso de maduración" (cita Narramore Clyde, 1970).

B) Lesión encefálica que se caracteriza por un deficiente dominio muscular, conducta psicosocial aberrante y anormalidad en el aprendizaje (Mas; 1979).

Abbott (1956) le define como "Una incapacitación neurológica causada por una lesión en los centros motores del cerebro. Este daño cerebral no solo acarrea la pérdida del control muscular funcional, sino también perturbaciones en el sensorio".

Bobath Bertha y Bobath Karal (1956) la describen como un "Trasutorno sensorio motor" y señalan que no se trata de una entidad nosológica en particular, sino un grupo de ellas, consiguiente a un desarrollo anormal del encéfalo o una lesión encefálica.

Westlake (1961) "La parálisis cerebral no es un sólo tipo de trastorno neuromuscular sino un grupo de trastornos que ocurren como consecuencia de una relación con áreas de control motor corticales o subcorticales".

Box (1964) la define como "Un desorden permanente pero modificable del movimiento y la postura debido a una lesión cerebral

no progresiva e irreversible que afecta la maduración neurológica con alteraciones sensoperceptivas y convulsiones en algunos casos.

En resumen, se observa que existe un acuerdo general entre los investigadores como es la causa y efectos primarios de la parálisis cerebral. En general "Parálisis Cerebral" es un término utilizado para cubrir una variedad de trastornos específicos. Sin embargo, todos estos trastornos específicos poseen en común la característica de que obedecen a una lesión de los centros motores del cerebro, adquirida durante la vida fetal, --- durante parto o la época más precoz de la vida y teniendo como efecto primario un impedimento en el desarrollo neuromotor.

Independientemente de los diversos factores etiológicos, (las anomalías en el sistema nervioso central no son progresivas), Shepherd (1979) dice que el cuadro clínico parece progresar, pero esta aparente evolución del trastorno, es debido a los efectos del desarrollo del niño. A medida que aprende a moverse, sentarse, desarrollar reacciones posturales, mantenerse en pie y caminar, "va haciendolo de manera normal", pero en este aprendizaje su única guía es su sistema sensorial que transmite al cerebro información sobre el estado anormal del tono y los patrones anormales de movimiento. Son estas alteraciones, por tanto, a través de su constante repetición, las que quedan - fijas y más adelante reforzadas y aprendidas.

Como se mencionó en el capítulo de la salud en México, ésta se encuentra en una desorganización total, tanto por parte del -- Estado como de instituciones privadas. Por lo que el daño cerebral (parálisis cerebral) no se excluye de este problema, -- también se encuentra su estudio estancado por todos los elementos ya mencionados.

En México, nacen anualmente 4,607,452 niños vivos, pero de este total sólo el 50% de embarazos reciben atención oficial o privada, el resto es tratado por médicos empíricos o parteras, -- familiares o definitivamente no se tratan. De 50% que sí tienen atención médica (2,250.000), la mitad (1,125.000) son atenidos en hospitales y el resto en clínicas.

El 50% de partos que no son atendidos clínicamente, también - tienen muchos problemas porque las patologías no se detectan, - y si se detectan no tienen la atención adecuada, ocasionando una serie de problemas en el embarazo y daño directo al feto. Los problemas que se pueden presentar son:

Prematurez: Niños que nacen antes de 37 semanas de embarazo, (empezando desde el 1er. día de regla hasta 280 días) un embarazo normal es de 40 semanas.

Desnutrición Fetal: Que es otro de los grandes problemas en México. Este se presenta, cuando la madre tiene una insuficiencia alimenticia y da a luz a niños con 2.500 gr o menos de peso.

Hipoxia: Es la falta de oxígeno al cerebro del feto, en el momento del alumbramiento. También es común en mujeres que han superado los 38 años de edad y han tenido varios hijos antes (o aunque no los hayan tenido). En estas mujeres, la placenta ya no funciona bien, pues no le entra el oxígeno suficiente. En la hipoxia, el niño va a tener un sufrimiento fetal, ya que en el momento de las contracciones va a llegar poca sangre a la placenta y lo va a afectar, lo que provoca que se lesione el cerebro (lesión neurológica), puede morir el niño por asfixia, afectarlo ligeramente o, provocar problemas a largo plazo (dislexia, parálisis cerebral o llegar al grado de que el niño viva como un vegetal).

El cerebro es muy delicado, y de 3 a 5 minutos que le falte el oxígeno, se lesiona el cerebro y mueren una gran cantidad de neuronas que jamás se regeneran. La prematuridad y la desnutrición por separado, causan la hipoxia, pero si se presentan las dos juntas, hay más posibilidades de que surja la hipoxia. Dando como resultado la Parálisis Cerebral, la cual debido a la lesión cerebral que provoca trastorno motor (entre otros), se divide en: espástica, atetóide, atáxia, flácida y mixta, de lo cual se hablará ampliamente en el capítulo IV.

En México, de cada 1000 niños que nacen, 4 tienen parálisis cerebral, existen 450,000 casos reconocidos y declarados; esto

quiere decir que muchas familias ocultan a sus inválidos. La parálisis cerebral no es progresiva ni hereditaria, ni es vergonzosa, ni provoca el retraso mental.

III.1 ESTADISTICAS DE NIÑOS CON PARALISIS CEREBRAL

Las estadísticas son un trabajo a largo plazo, que no precisamente representan una situación real, por lo que no existe un censo confiable sólo aproximado del número de niños con parálisis cerebral.

Sin embargo se presentan los siguientes datos con graficas del extranjero (Francia), con el objetivo de ilustrar el tema abordado en la tesina.

N.V. = nacidos vivos

3 = peso bajo de lo normal - hipertróficos

2 = peso normal - eutróficos

1 = peso mayor - hipotróficos.

2'607.452 n.v.

ver gráfica 6)

-Prematuros 250,837

37 semanas	a) Hipertróficos (3)	1.55%	40.415	ver gráfica 2)
	b) Eutróficos (2)	7.38%	192.430	ver gráfica 2)
	c) Hipotróficos	0.69%	17.992	ver gráfica 2)

- Término	2'178,266			
37 a 42 se	a) Hipertróficos	4.61%	120.203	ver gráfica 3)
manas de	b) Eutróficos	70.42%	1,836.169	ver gráfica 3)
embarazo	c) Hipotróficos	8.51%	221.894	ver gráfica 3)
- Postérmino	178,349		ver gráfica 1)
1 a 4 sema	a) Hipertróficos	0.32%	8.344	ver gráfica 4)
nas de	b) Eutróficos	5.4 %	142.106	ver gráfica 4)
embarazo	c) Hipotróficos	1.07%	27.899	ver gráfico 4)

Los que tienen más riesgo con secuelas neurológicas, son los prematuros y los hipotróficos. El 20%, la 5a. parte, tienen el riesgo de morir o quedar dañados neurológicamente.

Prematuros	250.837
Término hipotróficos	221.894
Post-término	27.899

Probabilidad de daño cerebral.....ver gráfica 6)

De acuerdo con los términos, en la etapa neonatal (1er mes de vida), el 18.1 x 1000 nacidos, van a morir, lo que es 9.061 - muertos, quedan 491.570 (de 500,630). En la etapa neonatal,-- es difícil pronosticar las enfermedades.

Etapa Preescolar De 48.7 x 1000 nacidos, lo que da -
23,939 muertos, y quedan
467,631 (de 550,630).

De estos 467.631 (según estudios de Jacques Berger, 1963) sanos íntegramente (38.6%) 180,505.

Daño neurológico variable (61.4%) 287,126 (representa el 10% - de todos los nacidos).

Estos se dividen en:

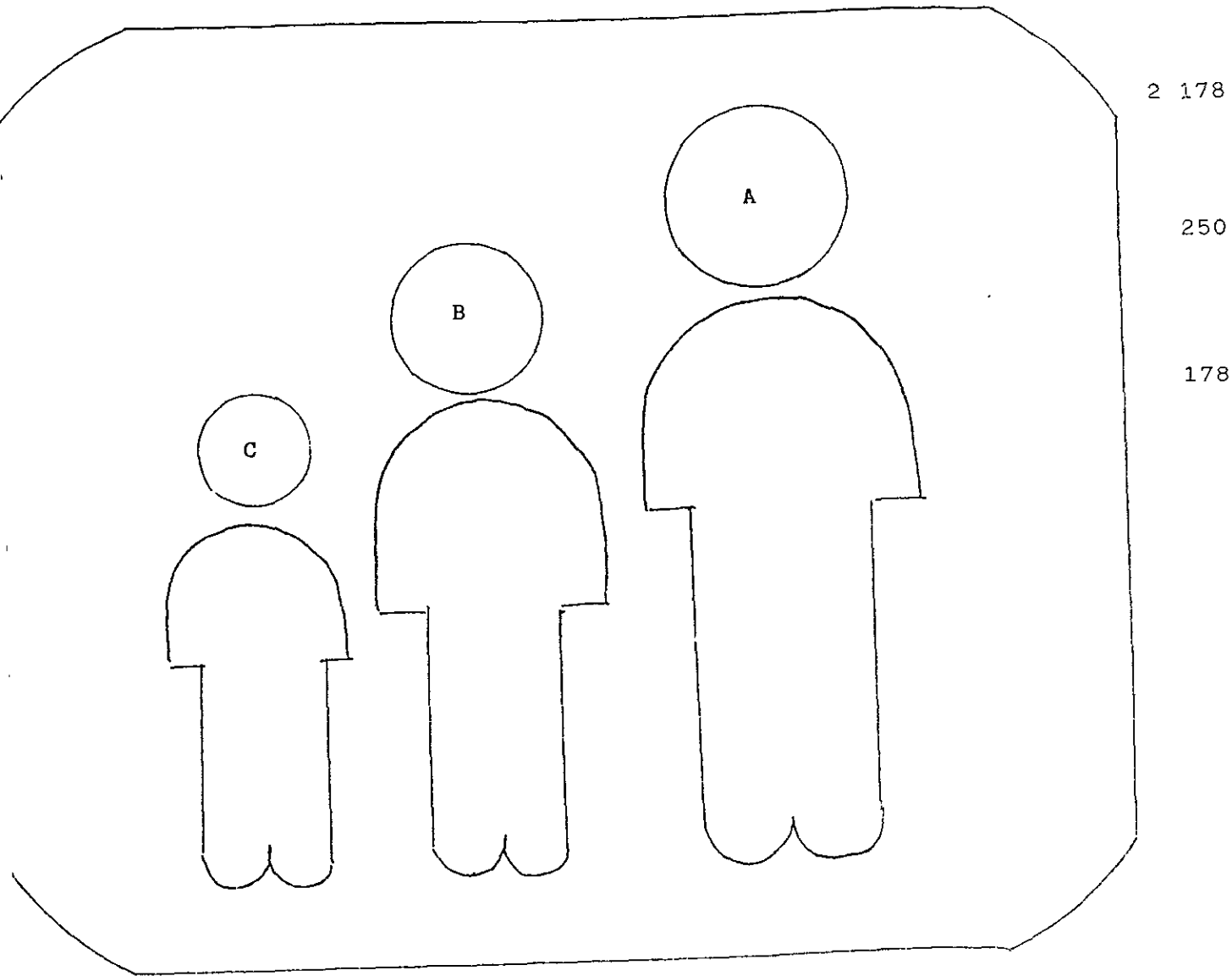
-Trastornos neurológicos

sistematizados (P.C.) (5.2%) 24,317	ver gráfica 7)
-Problemas oculares (12%) 56.116	ver gráfica 7)
-Problemas convulsivos (16.05%) 75.005	ver gráfica 7)
-Retraso mental ligero o daño cerebral mínimo (28.15%) 131,638	ver gráfica 6)

Alrededor de 300,000 niños son dañados neurológicamente. Probablemente, la clase baja tiene mayor número de casos (desnutrición, descuido, etc). El problema por R.H. es poco frecuente, en cuanto a problemas genéticos la mayoría mueren. La desnutrición no es una causa en sí, pero puede influir en ciertos tipos de retraso mental.

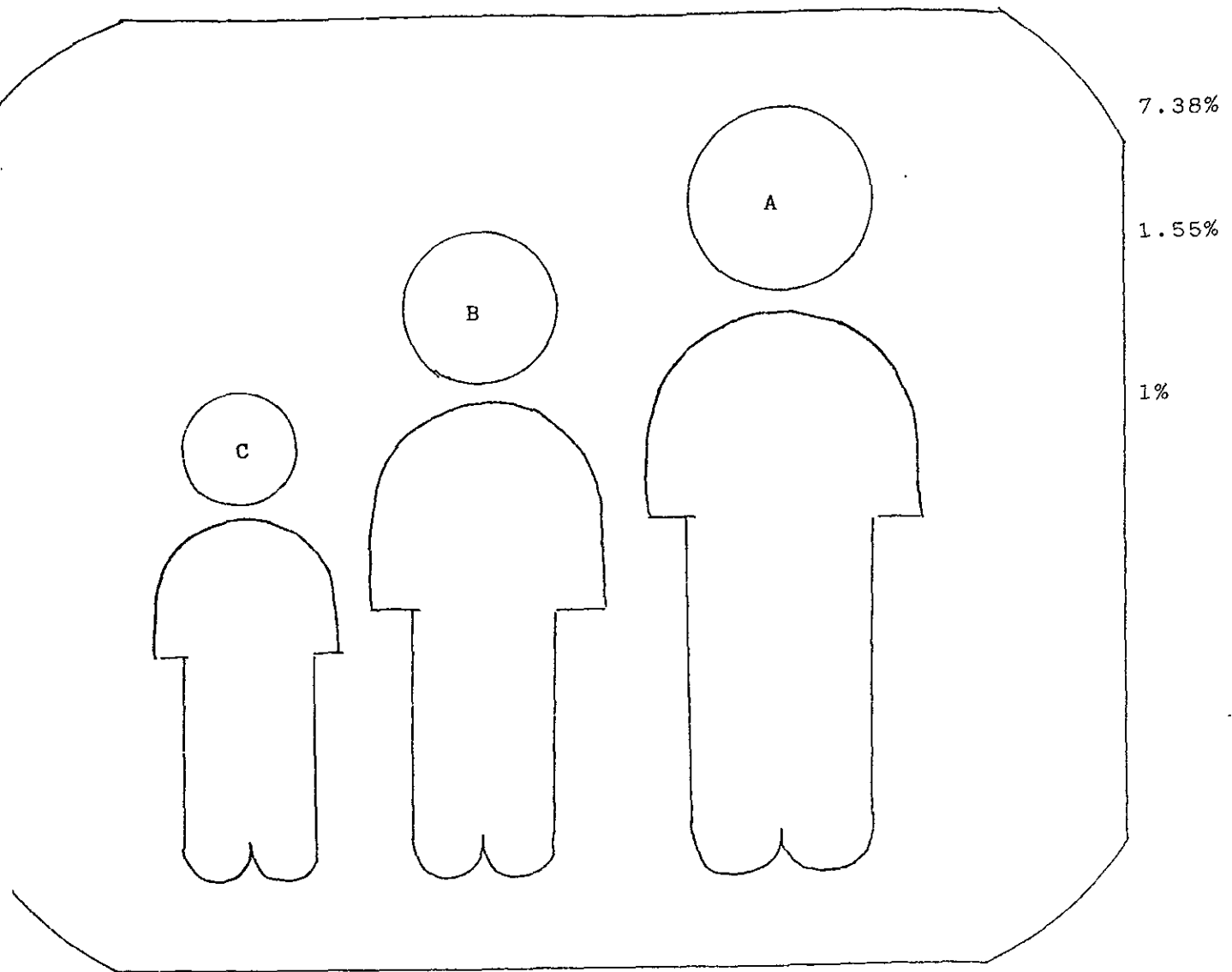
En México, el Psicólogo Gilberto Reyes (APAC), en una entrevista que se le hizo indicó que, de acuerdo a las estadísticas -- anuales de esta Institución ingresan alrededor de 149 mujeres y 395 varones haciendo un total de 644 casos de Parálisis Cerebral. William M. Cruickshank (1967) dice que esta discrepancia

entre algunas de las muchas razones son comprensibles, pero -
otras no son tan obvias. Por ejemplo, un factor podría ser el
mayor tamaño de los fetos masculinos que los exponen más a una
lesión durante el alumbramiento. Menos comprensible es el he-
cho de que el organismo masculino es más delicado que el feme-
nino, mas susceptible a las enfermedades y a las lesiones, que
tiene mayor probabilidad de sufrir algun defecto del desarrollo
y es mas sensible a las tensiones emocionales. Casi todos los
estudios que se han hecho para aclarar la incidencia de los -
trastornos físicos, mentales o emocionales, muestran que el -
porcentaje de varones afectados es mayor que el de mujeres.



- A) TERMINO: 37 a 42 semanas
- B) PREMATURO: menos de 37 semanas
- C) POSTERMINO: más de 42 semanas

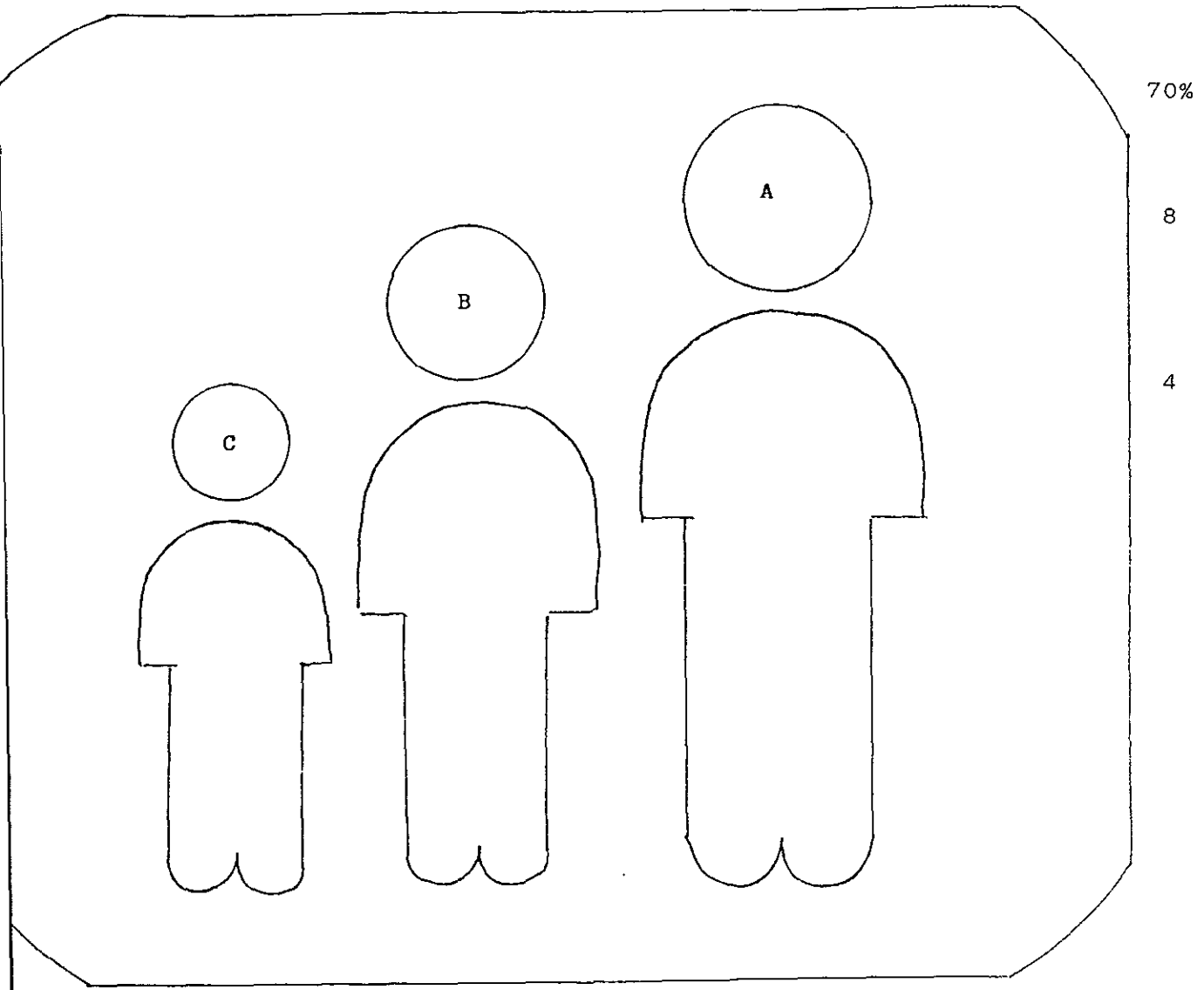
G R A F I C A No. 1



PREMATUROS

- A) EUTROFICOS: peso normal
- B) HIPERTROFICOS: peso bajo de lo normal
- C) HIPOTROFICOS: peso mayor de lo normal

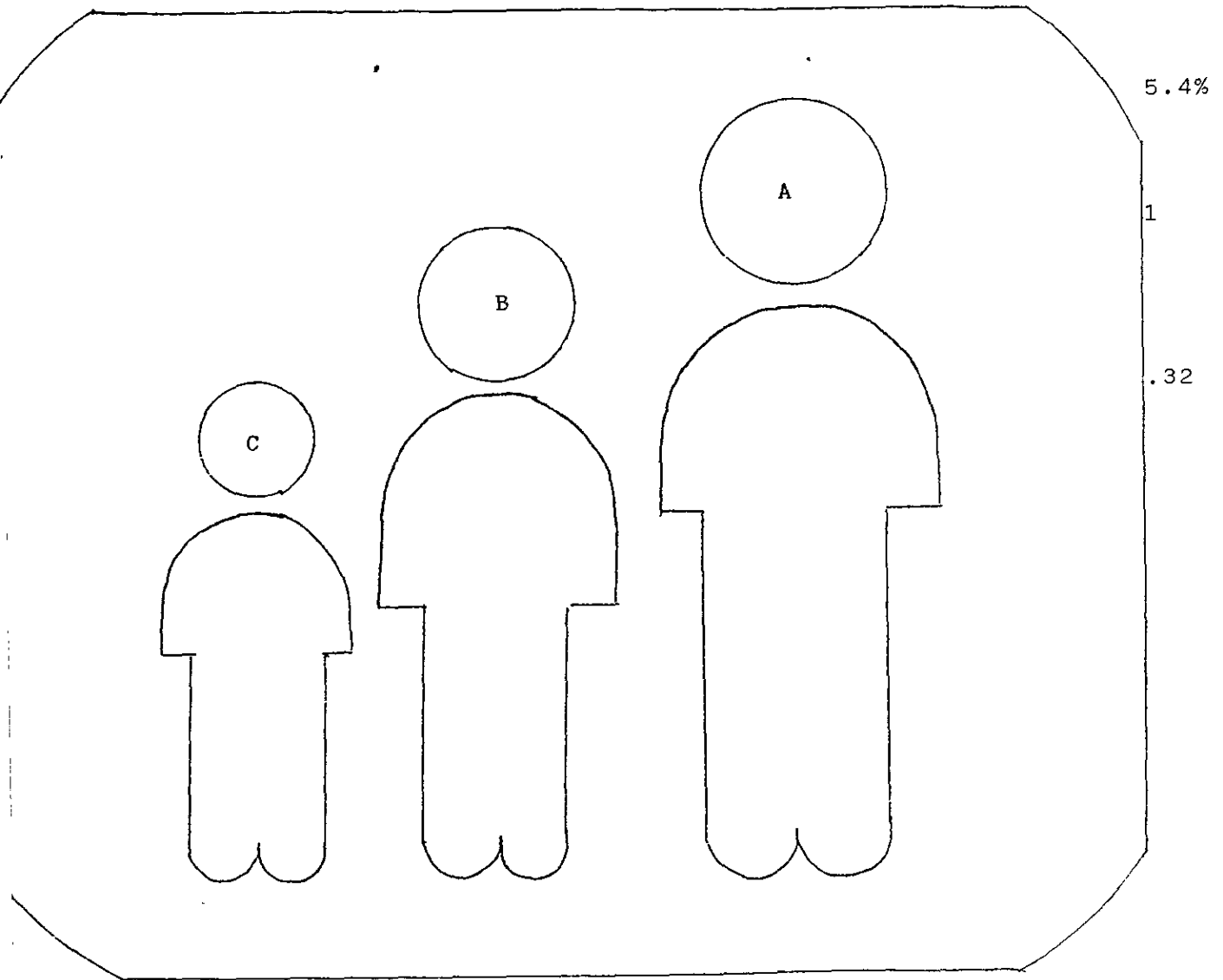
G R A F I C A No. 2



TERMINO

- A) EUTROFICO
- B) HIPOTROFICO
- C) HIPERTROFICO

G R A F I C A No. 3



POSTERMINO

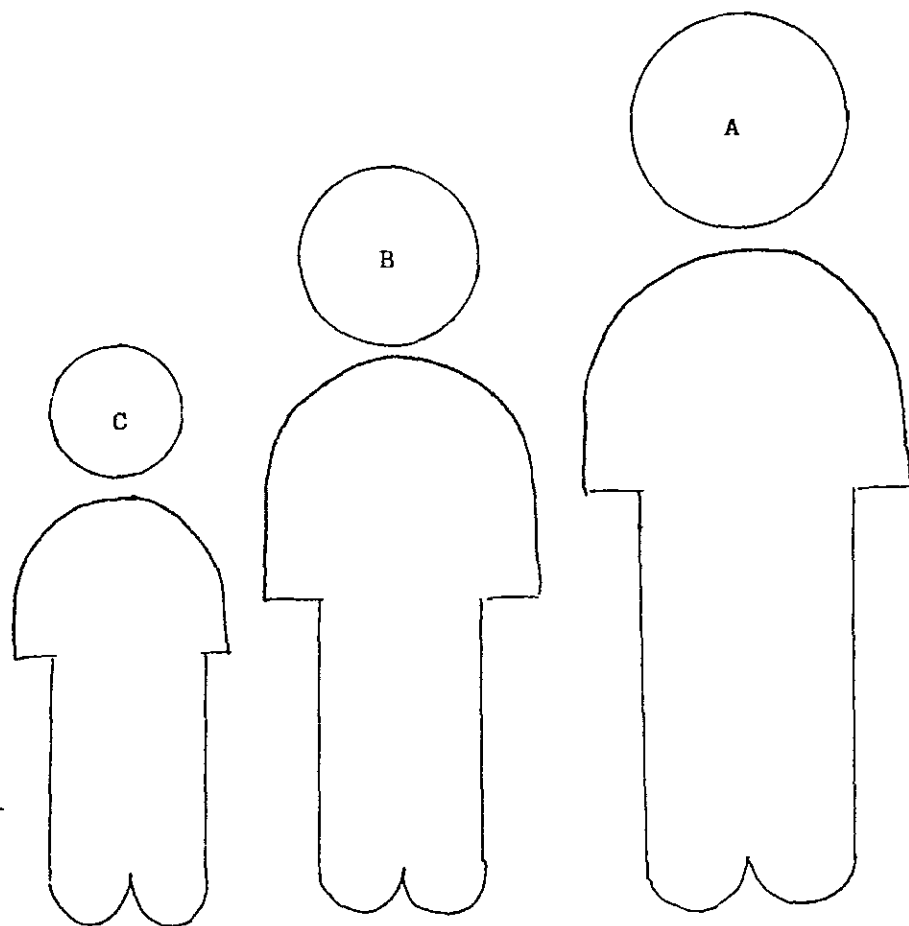
- A) EUTROFICO
- B) HIPOTROFICO
- C) HIPERTROFICO

G R A F I C A No. 4

83%

10%

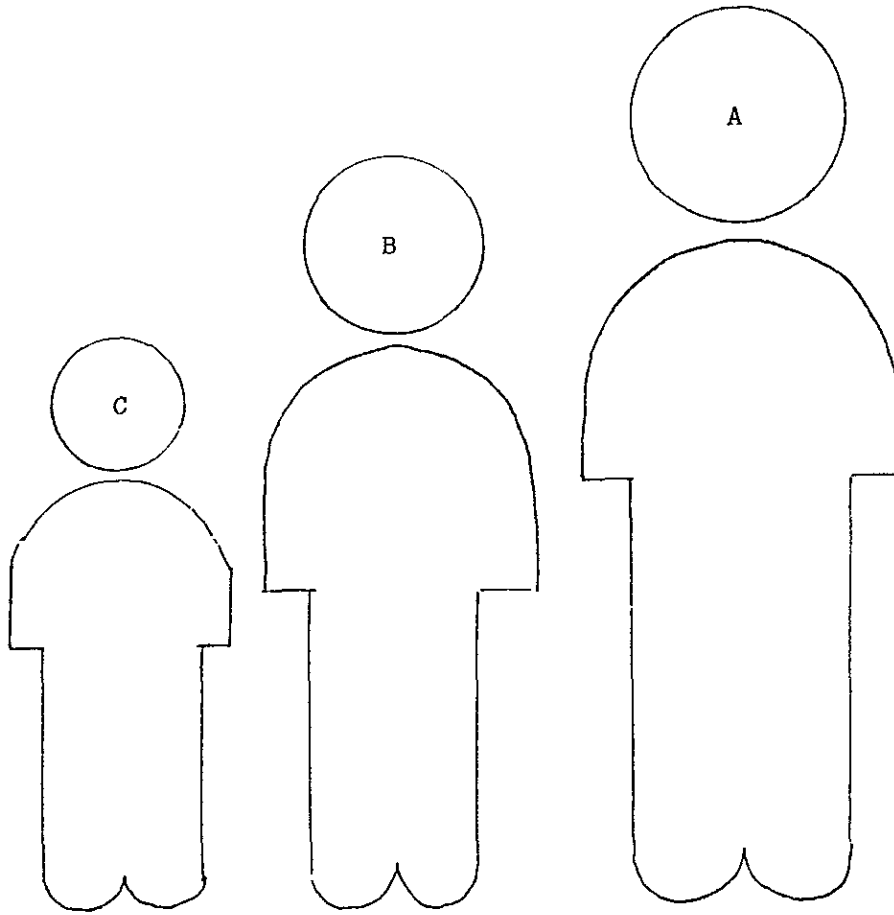
7%



COMBINADA

- A) EUTROFICOS
- B) HIPOTROFICOS
- C) HIPERTROFICOS

GRAFICA No. 5

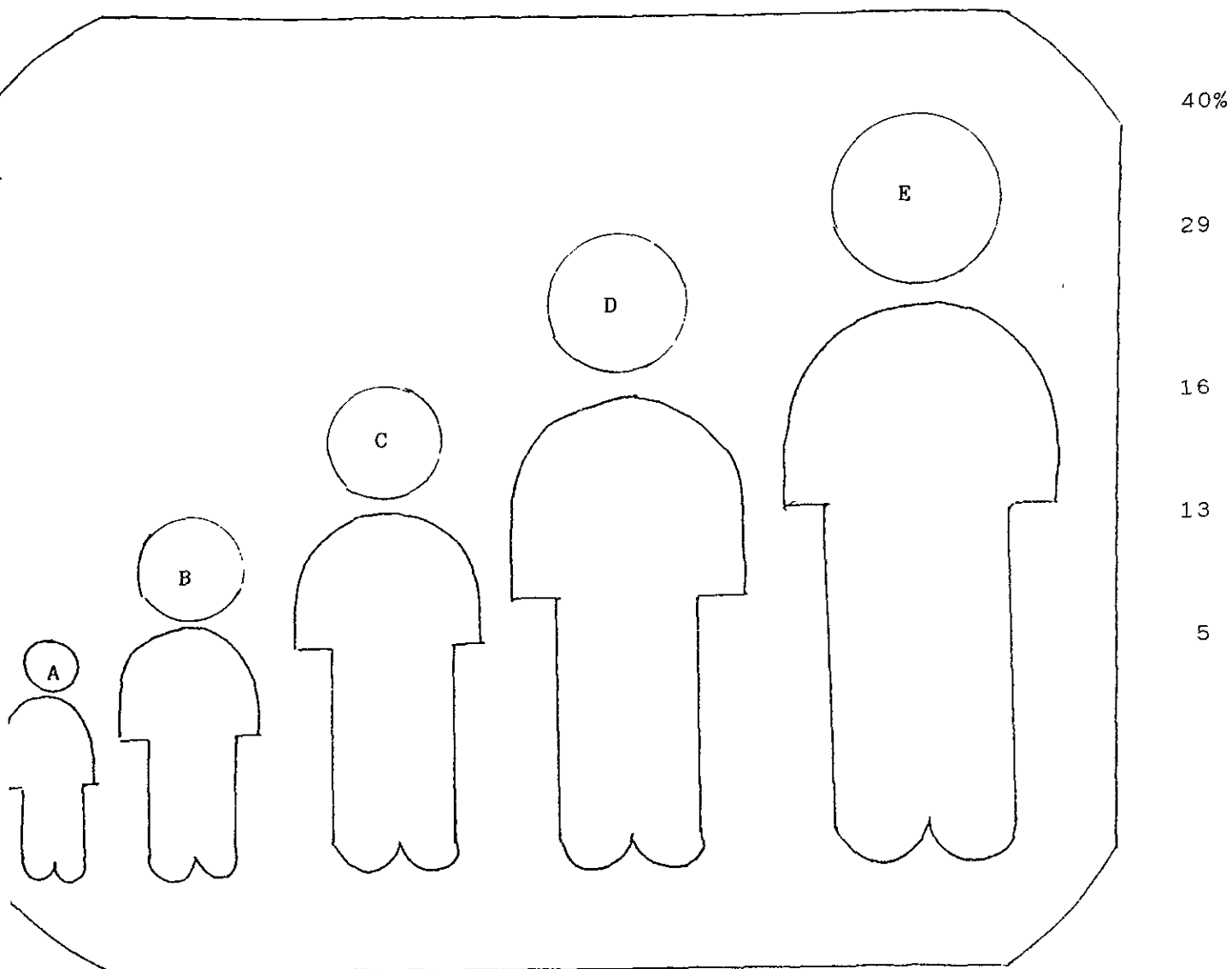


A) NACIDOS VIVOS: 2 607 492

B) PROBABILIDAD DE DAÑO CEREBRAL: 500 630

C) DAÑO CEREBRAL: 131 638

G R A F I C A No. 6



DAÑO NEUROLOGICO VARIABLE

- A) PARALISIS CEREBRAL
- B) PROBLEMAS OCULARES
- C) PROBLEMAS CONVULSIVOS
- D) DAÑO CEREBRAL MINIMO
- E) SANOS INTEGRAMENTE

G R A F I C A No. 7

III.2 PREVENCION

El problema en sí creo no es tanto detectar aunque no deja de ser importante, sino más bien prevenir, no obstante que la --- Parálisis Cerebral es un daño irreversible, pero en muchos de los casos puede prevenirse mediante:

- Mejorando las condiciones de vida; como una buena salud previa al embarazo, mediante una buena alimentación y ejercicio, además de las pruebas de inmunización para la rubeola, que debe hacerse por lo menos 3 meses antes del embarazo.
- Se deben hacer exámenes durante el embarazo y el cuidado de la madre en cuanto a una buena dieta, descanso adecuado, evitar el cigarro, medicamentos no prescritos y exposiciones a contagios.
- El cuidado de la salud durante la infancia es muy importante, por lo que se deben hacer exámenes físicos, e inmunizar contra las enfermedades.
- Tomar medidas de precaución, evitando el envenenamiento por plomo, accidentes automovilísticos, golpes en casa, etc.
- Escolaridad, ya que se mejora el criterio en ocasiones con estudios superiores por lo que puede ayudar de diferentes - formas el aspecto preventivo.

- Detección del problema en etapa temprana y oportuna del embarazo (Que el feto crezca normalmente).
- Prevenir las infecciones urinarias (causa de prematuridad).
- Atención médica o no médica pero capacitada.
- Se debe hacer una detección oportuna al recién nacido con lesiones cerebrales y una investigación farmacéutica para encontrar medicamentos efectivos y seguros para aliviar o aminorar los síntomas de la lesión cerebral.
- Crear programas educacionales y mejorar la asistencia profesional en centros de salud.

Otras de las cosas que se debería prevenir, pero a nivel médico es tratar de que se forme una concientización en todos aquellos médicos que tienen una relación directa o indirecta en lo que respecta a la Ginecología o Perinatología (partos difíciles), pues de acuerdo con todas las investigaciones que se han hecho, una de las principales causas de la lesión cerebral, es por negligencia médica ya que muchas veces cuando el parto se presenta difícil y no nace rápidamente el niño, el médico usa forceps o algún otro método (como las drogas) para apresurar el parto, y lo hacen de manera incorrecta (no poner los forceps en una posición adecuada), o se exceden en la aplicación de anestesia evitando así la participación de la madre a la hora de nacer el niño, haciendo sufrir al producto (sufrimiento fetal).

Tal vez sea difícil el manejo preventivo de esta grave disfunción cerebral de todos los puntos mencionados, pero creo que es parte de una gran tarea a difundir (o manejar en la medida posible de nuestros alcances) por todos los inmiscuidos directa o indirectamente en el ámbito de las disciplinas biopsicosociales.

Se ha planteado brevemente la historia, estadística y prevención de la parálisis cerebral y, teniendo en cuenta que es un impedimento motor causado por una disfunción cerebral y, en muchos casos, esta disfunción neuromuscular va acompañada de otros trastornos. Por lo que la misma lesión cerebral que provocó el trastorno motor puede también haber provocado retraso mental, dificultad en la lectura (dislexia), trastorno del habla (afasia) y problemas para escribir (agrafía). Cualquiera de estos trastornos adicionales puede aumentar la incapacidad del niño con parálisis cerebral y provocar otros graves problemas de ajuste debido a sus diversas formas de trastorno motor; la parálisis cerebral se divide en diferentes clases o tipo y es el motivo por el que se plantea el siguiente capítulo que habla sobre este aspecto.

CAPITULO IV

CLASIFICACION DE LA PARALISIS CEREBRAL

Los avances neurológicos han dado una idea bastante clara de este síndrome, que casi podría clasificarse como "parálisis cerebral de múltiple sintomatología", ya que a menudo resulta imposible situar a un niño a causa de la existencia de formas de transición entre unos y otros grupos. Puede incluir, aisladamente o conjuntamente espasticidad, flacidez, atetosis o temblor.

En general, se coincide en que es difícil clasificar bien los casos de parálisis cerebral, porque muchos son mixtos. La clasificación clínica, se basa principalmente, en las alteraciones de tipo postural y de movimiento que representa y que pueden ser observados en varios aspectos como: diferencia en el tono muscular, coordinación e incoordinación voluntaria.

De acuerdo a estos efectos funcionales, existen cinco tipos principales de parálisis cerebral. Espástica, Atetósica, Atáxica, Flacidez y Mixta, las cuales en seguida se plantean:

IV.1 CLASIFICACION DE LA PARALISIS CEREBRAL A NIVEL FUNCIONAL

ESPASTICA

Su lesión se localiza en la vía piramidal y muestra un incremento del tono muscular o hipertonia de carácter permanente incluso en reposo. Se caracteriza por un exagerado reflejo en masa patológico de extensión de decúbito dorsal y de flexión en decúbito ventral, marcha en tijera y contractura de los -- músculos antigravitorios. Entre los primeros signos figura la catatonía, rigidez e inflexibilidad muscular y persistencia -- parcial del reflejo tónico del cuello. Los reflejos de la -- marcha y posturales faltan o se realiza mejor con un pie que con otro. El levantamiento del niño con una mano en el occi-- pucio produce extensión del cuello y retracción de los hombros. En decúbito prono no se produce la vuelta protectora de la -- cara y el niño permanece con la nariz dirigida hacia abajo -- (Nelsonk, Vaughan u Mockay; 1975).

Además de presentar movimientos lentos por la espasticidad de los músculos agonistas y debilidad de los antagonistas, los -- espásticos presentan afecciones musculares del lenguaje llegan do a ser éste casi imposible, o producirse con gran esfuerzo;- la respiración, la succión, deglución y visión. Scherzer (1974) calcula que un 40% de los paralíticos cerebrales presentan espasticidad y generalmente su sintomatología no aparece antes de un año o 18 meses de edad. Además estos niños presentan --

incapacidad para relajar sus músculos; es una contracción sostenida por una descarga asincrónica de los músculos antagonistas. Puede definirse como un reflejo patológico de extensión en que la fuerza excitadora predomina sobre la fuerza inhibidora provocando un aumento del tono muscular y de los reflejos osteotendinosos. Los músculos voluntarios se encuentran enormemente afectados. En una espasticidad grave no solamente se encuentran afectados los músculos de las extremidades sino también los del tronco. Por lo general las reacciones de equilibrio son imposibles y persisten algunos reflejos como el reflejo de Moro y el de enderezamiento del cuello.

Este grupo presenta el mayor porcentaje de niños que padecen Parálisis Cerebral.

ATETOSICA

La lesión de estos pacientes se localiza en la vía extrapiramidal, principalmente en los ganglios basales. Y todos estos niños presentan ciertos problemas comunes, así como el que la mayoría son tetraplégicos y muchos presentan sordera asociada. El tono es anormal y varía en carácter e intensidad, en el mismo niño, desde la hipotomía hasta la hipertomía, a menudo con fluctuaciones sorprendentemente rápidas. La atetosis se instaure paulatinamente durante o después de los dos años de edad, al principio las manifestaciones clínicas pueden consis-

tir en hipotonía y solo durante el segundo años pueden hacerse evidentes los finos movimientos errantes de los dedos, manos y pies, evolucionando hacia el típico cuadro de atetosis.

Los movimientos involuntarios apreciados pueden ser en realidad cambios de tono y cuanto menor es el tono, mayores parecen ser las fluctuaciones. En el sentido fisiológico no se les considera movimientos, aunque si lo son en el sentido físico.

Estos cambios de tono, pueden producirse en forma de espasmos tónicos intermitentes, según modelos repetitivos o como contracción transitorias y regulares. Estos últimos son los que producen las grotescas muecas faciales observadas en muchos atetósicos. Estos movimientos involuntarios se ven reforzados por cada nuevo intento de actividad voluntaria o por la excitación incluso por el deseo de moverse.

Presentan poca o ninguna co-contracción, por lo que son incapaces de mantener una postura o lograr la fijación suficiente, como mantener el movimiento de un miembro. Hay poco acuerdo entre agonistas y antagonistas durante el movimiento o el mantenimiento de una postura. El defecto parece radicar en un exceso de inhibición recíproca, cuando el niño intenta mover una extremidad se produce una inmediata relajación del grupo extensor de músculos. Las articulaciones son a menudo hipermovibles y los tejidos blancos que las rodean están laxos. Exis

te una tendencia a la dislocación, sobre todo en los niños con espasmos tónicos intermitentes. Los espasmos persistentes en un patrón de cuello tónico asimétrico, da lugar a una persistente flexión y aducción de la pierna del lado hacia el que va la cabeza y, finalmente esta cadera se dislocará.

Los espasmos en extensión de la mandíbula acabarán por producir una subluxación de la articulación temporomaxilar si son persistentes y graves.

Los trastornos respiratorios y de lenguaje son comunes. Resulta difícil coordinar la respiración y la articulación y también sostener un sonido. A veces la coordinación del lenguaje es mejor a nivel automático que a nivel voluntario y, así el niño puede ser capaz de llamar a gritos a su madre y no poder en cambio, vocalizar cuando ella acude a su lado (Shepherd, -- 1979).

La atetosis adquiere las mismas modalidades posturales que el espástico, o sea, predomina la modalidad refleja extensora --- cuando el niño se encuentra en decúbito dorsal (boca arriba)- mientras que predomina la flexora cuando se encuentra en decúbito ventral (boca abajo).

En un atetósico, los movimientos más comunes son lentos y avanzan desde las regiones proximales hasta los distales en formas de ondas, es decir, se originan en las partes más próximas a

la línea media del cuerpo y avanza hacia las más alejadas.

Entre los diversos subtipos de atetosis, pueden destacarse los siguientes:

- A) Rotatoria.- Caracterizada por movimientos circulares y lentos de las extremidades.
- B) Temblo-atetosis.- Se presentan contracciones irregulares in voluntarias y relajación que afecta a los mecanismos flexo-extensores y la abducción-aducción.
- C) Distonía.- Actitudes distorsionadas mantenidas in voluntariamente por períodos de pocos segundos a minutos.
- D) Coreo-atetosis.- Presentan movimientos involuntarios sin -- objetivo, son continuos y de aspecto coreiforme o reptante. Aparecen movimientos constantes de gran amplitud e in controlados. Suele haber hipotonía, razón por lo cual la estabilidad resulta tan difícil de obtener. Su auténtica inteligencia (que con frecuencia es de un nivel superior al promedio) queda a menudo encubierta por la gravedad de su afec -- ción motora.

ATAXIA

Los atáxicos tienen su lesión en el cerebelo y presentan un -- tono desde disminuido hasta normal. Parece haber un tono pos-

tural insuficiente para mantener una postura estática y afecta continuos movimientos de enderezamiento, con el fin de mantener esta postura. Existe una falta de fijación proximal en tronco y cintura; ello dificulta la coordinación (Shepherd, 1979).

Los movimientos de los afectados, especialmente de las extremidades, son dismétricos, lo que significa que, cuando intenta un movimiento éste se produce con cierto grado de incoordinación y frecuentemente excediéndose del objetivo, por ejemplo su marcha es torpe y tiene la tendencia de caminar en S y en ciertas ocasiones presentan vértigos. Al caminar colocan los pies muy abiertamente, levantándolos muy abruptamente, poniendo a demasiada altura la pierna que avanza y luego golpean pesadamente el pie al suelo, por lo que aprende a caminar más tarde de lo normal. Generalmente la ataxia no se da antes de los tres años de edad y dado que el grupo de espásticos y atetósicos conjuntamente, forman un 80% de los casos de parálisis cerebral, se puede considerar un promedio aproximado de un 20% de casos para el grupo atáxico.

Estos niños pueden tener un tono desde disminuido hasta normal, aunque es más general la hipotonía muscular, combinada con la alteración de la inervación recíproca. No lo hay o está afectado el equilibrio y la coordinación, no pueden controlar la

dirección de sus movimientos, ni calcular el tamaño de éstos. Sus movimientos voluntarios son amplios, no rítmicos e rregulares. Hay trastornos en la succión, deglución, respiración y lenguaje, el cual es demasiado lento.

La ataxia se manifiesta cuando el bebé inicia movimientos voluntarios, aunque en el recién nacido si se puede notar un llanto anormal que puede ser suave y sin fuerza, o en forma explosiva de gritos agudos que molestan.

Finalmente, puede aprender a limitar sus movimientos, a girar menos el tronco (moviéndose con mayor lentitud y precaución) - para controlarse mejor y no caer.

FLACIDA

Como su nombre lo indica, es falta de tonicidad muscular, no posee ninguna capacidad de contracción voluntaria; permanecen acostados con las piernas y los brazos en abducción, flexión y rotación externa. En decúbito prono puede faltarle el giro protector de la cabeza y corre el riesgo de ahogarse. El niño sufre considerables deficiencias respiratorias. La respiración es superficial. Tiene también dificultades para alimentarse y es incapaz de succionar y deglutir eficazmente. Y su lesión esta localizada en la neurona motora alfa.

La flacidez, es un estado transitorio en el niño con parálisis cerebral. Se ve en lactantes y niños pequeños, aunque puede persistir durante los primeros dos o tres años de vida, para que finalmente se desarrolle atetosis o espasticidad.

MIXTA

Es una combinación de los demás tipos de parálisis cerebral. Es importante remarcar, que no existe o es muy difícil de encontrar un tipo de parálisis pura, ya sea, espástica, etetósica o flacida, siempre se encontrarán de tipo mixto; sin embargo, con el predominio de una forma. Esto se debe a que las lesiones no suelen limitarse a un sistema cerebral aislado (por ejemplo la vía extrapiramidal) sino que afectan de modo simultáneo a varios sistemas cerebrales adyacentes o incluso distantes unos de otros.

La Academia Americana de Parálisis Cerebral, agrega al cuadro sintomatológico, otras dos formas de parálisis cerebral, la rígida es parecida a la espástica y la de temblor a la atetósica, sólo que en un sentido más puro; o sea, con muy pocas características de la forma mixta.

RIGIDA

Hay una resistencia al movimiento en su total desarrollo, sin

exagerado reflejo extensivo y con respuesta plantar flexora.

TEMBLOROSA

Tiene un temblor rítmico rápido que afectan a la totalidad --- del cuerpo (Mas, 1979).

IV.2 CLASIFICACION TOPOGRAFICA

Se establece según su distribución corporal de los miembros -- afectados y se clasifica de la siguiente manera.

Clasificación Topográfica de la Parálisis Cerebral Infantil.

A) Tetraplejía o Cuadriplejía:

Es en la que esta afectado todo el cuerpo (las 4 extremidades).

B) Treplejía:

Es cuando 3 miembros están afectados, sean 2 inferiores y uno superior o viceversa.

C) Hemiplejía:

Es cuando se localiza la afección en el lado izquierdo o derecho (abarcando miembro superior e inferior).

D) Diplejía:

Es la afección de 2 miembros opuestos.

E) Monoplejía:

Es cuando se encuentra un solo miembro afectado (y es muy poco común).

F) Paraplejía:

Es la afección en las 2 piernas.

También se menciona el término paresia; como disminución

de la funcionalidad de un músculo. Esta se clasifica de la --
siguiente manera:

A) Cuadriparesia:

Afección de los cuatro miembros con predominio de los superiores.

B) Diparesia o Diplejía:

Es la afectación de los cuatro miembros con predominancia de los inferiores.

C) Hemiparesia:

Afecta el lado derecho o izquierdo.

D) Paraparesia:

Solo dos miembros inferiores (y es rara).

E) Triparesia:

dos miembros superiores y uno inferior.

F) Monoparesia:

Afectación de un solo miembro.

(siendo estas dos últimas muy raras en Parálisis Cerebral).

Esta clasificación de paresias; se encuentra basada en la clasificación de la international Society for Cerebral Pa
(de acuerdo a su distribución).

IV.3 CLASIFICACION POR SEVERIDAD

Para la clasificación de la parálisis cerebral, es necesario - la valoración de cada caso, tomando en cuenta la amplitud y na turaleza de cada anamolia.

De acuerdo a la severidad, la parálisis cerebral se divide en tres grupos.

- A) Parálisis Benigna
- B) Parálisis Moderada
- C) Parálisis Severa

En la Parálisis Benigna, generalmente hay un retraso leve en el desarrollo motor, que con un mínimo de tratamiento es -- posible que logre una locomoción eficaz. Su desarrollo inte-- lectual y perceptual es normal, por lo tanto su educación debe ser de la manera normal.

Los pacientes con Parálisis Cerebral Moderada, necesitan un -- tratamiento especializado. Su desarrollo intelectual es normal presentan trastornos de lenguaje, problemas motores más graves, además suelen presentar mínimas alteraciones en su sistema --- auditivo y visual.

En la Parálisis Severa, los pacientes presentan un gran déficit de conductas motoras, no poseen ningun tipo de conducta verbal y presentan trastornos de visión, audición y tacto; además se caracterizan por ser extremadamente dependientes (Mendieta, -- 1979).

CAPITULO V

ETIOLOGIA DE LA PARALISIS CEREBRAL

El desarrollo transcurre rápida y gradualmente durante los primeros meses de vida, no sólo postnatal, sino perinatal, esto es, desde que el embrión es un cigoto hasta irse perfeccionando, es decir llegando a la madurez en todas sus estructuras,-- hasta formar un nuevo ser, el cual nace con toda una carga genética heredada por sus progenitores, además de sus características potenciales particulares, para protegerse y asirse a la vida.

Pero cuando por alguna circunstancia (agente externo o interno de macro o microambiente) el niño es agredido durante su proceso de gestación, pueden presentarse diversas alteraciones que dependiendo de la fase del desarrollo en que el niño sea lesionado será el déficit que presente en la vida futura.

El desarrollo de las estructuras cerebrales que determinan la normalidad o atipicidad del desarrollo del niño, están reguladas principalmente por la genética: además por los factores ya mencionados del macro y microambiente, que se refieren a las condiciones del útero y el aparato reproductor.

Así la lesión cerebral se presenta como un hecho inesperado y

alarmante durante el parto, o como resultado de un traumatismo posterior. "Aunque sus consecuencias inmediatas pueden ser -- aparentemente graves; se han conocido a niños que se han recuperado en forma total a pesar de un trastorno de esta índole" (Strauss, Lehtinen, Kepharty Goldenberg, 1955).

Por otra parte existen niños sumamente defectuosos, en los que desde el punto de vista clínico es una lesión cerebral, pero cuya historia, aún cuidadosamente revisada, no ofrece el menor indicio con respecto a esta etiología.

El clínico se encuentra enfrentado constantemente con situaciones intermedias entre estos dos extremos. El pesimismo que hace presa a los padres del niño que padece de una lesión cerebral puede ser injustificado tantas veces, como lo es el intento del médico o psicólogo por relacionar la conducta de un niño con lesión cerebral con padre alcohólico, una madre neurótica o un pariente psicótico, debido a que no hay antecedentes, de lesión cerebral. El conocimiento del daño encefálico siempre es una posibilidad que no se debe perder de vista, lo que ha ayudado en diversas ocasiones a dar más peso a los hallazgos clínicos que, de otro modo, se hubieran descartado por insignificante en virtud de los antecedentes negativos en ese sentido.

Los principales factores causantes de lesión cerebral se plan-

tean en los siguientes párrafos, ésto no puede considerarse -- completo, pero incluye á los que la mayor parte de las autoridades en la materia considera de importancia.

V.1. CAUSAS PREDISPONENTES.

Las alteraciones perinatales vendrán a producirse por factores de dos tipos: Hereditarios y Adquiridos. Son de tipo hereditario aquellos que se transmiten genéticamente y son factibles de heredarse con carácter autosómico dominante o recesivo ligado al cromosoma X y, las cromosomopatías, siendo de tipo --- congénito cuando se nace con la alteración, o bien de presentación posterior al nacimiento, como algunas de las aberraciones congénitas del metabolismo; que degeneran en parálisis cerebral infantil.

Es conveniente hacer notar que durante el desarrollo del cerebro, los trastornos genéticos en el ser humano, pueden ser de naturaleza tal, que afecten a las neuronas o a las vainas de la mielina y al producirse esta alteración aparecerán trastornos en la locomoción, el tono muscular, etc.

Dentro de los factores adquiridos que afectan el desarrollo del sistema nervioso, durante la vida intrauterina, que podrían -- condicionar parálisis cerebral; podremos encontrar tres tipos:

- A) Agentes biológicos: como los virus (rubéola)
- B) Agentes físicos: tales como las radiaciones ionizantes
- C) Agentes químicos: como el mercurio que produce crisis convulsivas, etc.

Todos éstos agentes agresores influirán decisivamente en el desarrollo del nuevo ser, por lo cual es de vital importancia la información oportuna a mujeres en general y la atención médica para vigilar el embarazo y conocer su evolución, pudiéndose descubrir a tiempo anomalías a trastornos que pudieran afectarlo.

Por todo esto a continuación se mencionarán algunas de las alteraciones que podrían aparecer durante las fases primarias de la vida.

V.2 CAUSAS PRENATALES

De entre las causas prenatales se encuentran que, las enfermedades de la madre y las lesiones en el desarrollo, son las más importantes en la etiología de la parálisis cerebral. Las infecciones del cerebro fetal tiene lugar a partir de enfermedades de la madre. Entre éstas las más conocidas son la sífilis, la meningitis, la encefalitis y la rubéola o sarampión. El oxígeno insuficiente en la sangre de la madre puede producir lesión cerebral. La anoxia del cerebro (brusca y completa interrupción de los intercambios de oxígeno y carbono entre la madre y el feto) (Aragón y Velázquez, 1982) puede deberse a la posición fetal que hace que el cordón umbilical se enrolle alrededor del cuello. Cuando el oxígeno suministrado se interrumpe, el cerebro degenera rápidamente o deja de desarrollarse en forma adecuada. Las hemorragias causadas por la incompatibilidad sanguínea debida a los factores Rh pueden también producir lesión cerebral. Los casos más serios de lesión cere

bral son efecto de deformaciones cerebrales congénitas. De -- la Vega (1987) señala las principales causas de la Parálisis - Cerebral de la siguiente forma:

Alteraciones del crecimiento intrauterino:

- Asfixia intrauterina (por anoxia o hipoxia)
- Toxemia gravídica
- Desnutrición in-útero
- Disturbios metabólicos
- Alteraciones del metabolismo protéico
- Diabetes gestacional
- Ingestión de medicamentos durante los primeros meses de la gestación: (latrogénicos y o automedicación).

Exposición a radiaciones:

- Rayos X
- Energía nuclear

Infecciones virales:

- Rubeóla
- Sarampión
- Citomegalovirus
- Herpes

Traumatismo in-útero

- Alcohólisto y tabaquismo
- Abuso de drogas

Insuficiencia placentaria

- Placenta previa
- Pobre desarrollo
- Amenaza de aborto
- Sangrado

Hemorragia cerebral fetal

Es importante hacer mención que, todo accidente que sufre la madre, particularmente los que afectan el abdomen, pueden ocasionar una lesión del feto. Otros factores, cuyo mecanismo de acción es menos conocido, pero que deben ser tomados en cuenta como una posibilidad de lesión, incluyen todas las infecciones que la madre pueda sufrir durante el embarazo, tales como: --- cardiopatías y nefropatías graves y carencias vitamínicas pronunciadas.

Todavía sigue siendo motivo de investigación el dilucidar si - estos últimos factores producen lesiones o más bien malformaciones, o bien degeneraciones cerebrales.

V.3 CAUSAS PERINATALES

Por otra parte las causas perinatales establecen que, las lesiones en el momento del nacimiento cubren un 30 a 40 por 100, de los casos graves de deficiencia mental, por lo que la forma -- del nacimiento tiene una significación particular en la produc

ción de Parálisis Cerebral (Brenda, 1952 citado en: Telford,-- 1973).

El nacimiento prematuro es peligroso para el niño porque la -- madre no está lista para dar a luz y ésto aumenta la presión -- sobre el niño durante el momento del nacimiento. El niño está menos maduro, y es por consiguiente menos capaz de resistir la presión. Las hemorragias y asfixias ocurren con mayor facilidad en los prematuros.

Otro factor es la lesión mecánica durante el momento del nacimiento debido a un parto difícil o el uso de forceps. Sin --- embargo, el papel de los forceps en la producción de Parálisis Cerebral, se ha exagerado demasiado. La liberación súbita de la presión durante un parto con operación cesárea puede causar la ruptura de los vasos sanguíneos, lo mismo que puede ocurrir en un parto demasiado rápido o al aumentar la presión en un -- parto difícil. Las interrupciones del oxígeno y las hemorra-- gias de las membranas cerebrales y del tejido son causas impor-- tantes en la lesión que se produce en el momento del nacimiento.

Se ha agrupado en forma general los factores que pueden producir lesión cerebral durante el parto:

Factores prenatales: nacimiento prematuro, parto con cesárea
y embarazo prolongado.

Factores maternos: malformación pélvica y hemorragia preparto.

Factores médicos: uso de forceps, uso inadecuado de anestésicos o drogas.

Factores intranatales: parto largo y difícil, parto "seco" y parto acelerado.

Factores fetales: anomalías de presentación y circulares de cordón umbilical.

Después del nacimiento, el niño no queda exento de peligros, - aún cuando hubiera tenido antecedentes de salud buenos durante su gestación; ya que por el hecho de pasar del ambiente cómodo, protector y natural o vientre materno en el que se encontraba, al medio hostil en el cual tendrá que adaptarse, por lo que la situación del recién nacido se da a través de un proceso en el que podrían presentarse algunas complicaciones como las que a continuación se plantean y que están comprendidas en la fase postnatal del niño.

V.4 CAUSAS POSTNATALES

Finalmente las causas postnatales rebelan que, la lesión del cerebro producida después del nacimiento puede causar Parálisis Cerebral. Las lesiones en el área motora pueden ser resultado de un accidente grave. La temperatura alta durante un período

prolongado, que produce disminución del oxígeno interno, puede producir también lesión cerebral. La división entre factores natales y postnatales resulta difícil de hacer cuando se considera que algunas lesiones del nacimiento no se pueden detectar durante algún tiempo. Sin embargo se han encontrado que los factores prenatales y perinatales representan un 80 por 100 de los casos de Parálisis Cerebral.

Una alta frecuencia de abortos, partos prematuros, partos con producto muerto y enfermedades graves antes de la gestación, - es frecuente en historias de madres de niños con Parálisis Cerebral. Muchas mujeres sufren náuceas, anemia y sangrado durante el embarazo (Bokwin, 1967).

- Hipoxia
- Por oxigenación insuficiente
- Por intoxicación de bióxido de carbono
- Anoxia
- Ausencia de oxígeno
- Bajo de peso para la edad gestacional
- Hemorragias cerebrales
- Tumores cerebrales
- Traumatismo
- Fractura de cráneo
- Absesos cerebrales
- Contusiones

- Cardiopatías
- Meningoencefalítis (infección)
- Ictericia neonatal
- Hapatitis neonatal (por influencia de la madre)
- Hipoglucemia
- Deshidratación

También deberán observarse cuidadosamente a los niños:

a) Pretérmino (de la 37 semana)

Que son prematuros y que les faltó desarrollo, por lo tanto son inmaduros, con bajo peso, hipotróficos, con problemas de (I.R.) insuficiencia respiratoria, con períodos de apnea.

b) Post término (de las 24 semanas o más).

Es el niño que pasó más tiempo del normal en el claustro materno pudiendo presentar hipóxia, aspiración del meconio -- ictericia e incluso convulsiones. Además pudiendose ocasionar en ambos casos (pretérmino y posttérmino) daño neurológico.

Se debe destacar que la etapa más vulnerable durante el desarrollo en la etiología de la parálisis cerebral es la fase del nacimiento; ya que es en el parto e inmediatamente después del nacimiento; que los problemas de hipóxia aparecen con mucha frecuencia, provocando en el niño el trastorno neuromotor, (Parálisis Cerebral Infantil).

Todos estos aspectos y alteraciones deberán tenerse muy en -- cuenta, ya que dependiendo de la etapa y grado de duración en que se presentó la lesión; será el daño provocado al niño y las secuelas que de ellos se deriven.

Durante la valoración del recién nacido, será muy valioso contar con estos antecedentes, como indicadores (signos de alarma) para el diagnóstico de la parálisis cerebral.

En base a los puntos planteados muy brevemente sobre la etiología de la parálisis cerebral, se encuentra que es muy diversa, ya que son numerosos los agentes que pueden llegar a lesionar el sistema nervioso central, a tal grado que incluso pueden -- fallecer o sobrevivir con múltiples secuelas invalidantes los niños afectados.

Motivo por el cual en el siguiente capítulo se plantean los diversos trastornos que provoca la parálisis cerebral, ya que -- independiente de ser una disfunción neuromuscular, regularmente se acompaña de otros trastornos o problemas (dislexia, agrafias, visión, etc.) los cuales dificultan y postergan en ocasiones más, la incorporación del niño a su vida normal de acuerdo a las exigencias sociales.

CAPITULO VI

TRASTORNOS CAUSADOS POR LA PARALISIS CEREBRAL

En los niños con parálisis cerebral, sus incapacidades motoras están generalmente asociadas a otros tipos de anormalidades -- que influyen para que su desarrollo psicomotor presente aún -- más dificultades, alteraciones tales como problemas de visión, audición, dificultad en el habla, problemas sensoriales y perceptuales, y en algunos casos convulsiones, generando todo esto, trastornos de índole psiquiátrico (clínico) y retraso en el desarrollo (educativo). A continuación se explica cada uno de los trastornos que pueden verse involucrados en la parálisis cerebral.

VI.1 TRASTORNOS DE VISION

Un 50% de paralíticos cerebrales sufren de defectos oculomotores, teniendo un 25% de ellos visión por debajo de lo normal.

Los principales trastornos del movimiento ocular es la divergencia, que es el movimiento de ambos ojos en direcciones --- opuestas, la inversión que es el movimiento de los ojos en la misma dirección. En los primeros, su manifestación más conocida es el estrabismo, aparece con una frecuencia que va desde la cuarta parte a las tres cuartas partes de la población. --- Las alteraciones correspondientes a la inversión son menos co-

munes y comprenden nistagmos, dificultades de la fijación y - parálisis de los desplazamientos verticales, en especial la - suprainversión. Otros trastornos son la ambliopía, desviación conjugada, fijación defectuosa, discinesia de músculos ocula-- res, tics, hemianopsia y atrofia óptica (Mas, 1979).

VI.2 TRASTORNOS DE AUDICION

La pérdida auditiva se encuentra entre un 20% a un 41% de la población. En los niños atetósicos aparece comúnmente en un 22% de los casos. La alteración auditiva puede ser debida a lesión del octavo par craneal, a sordera perceptiva o a defec-- to laberíntico.

Los problemas del oído externo y el oído medio pueden provocar sordera para los tonos graves, mientras que una lesión del octavo par craneal en la posición coclear o en los músculos cocleares pueden dar origen a trastornos como sordera, afasia sensorial, etc.

La sordera se clasifica según su lesión en:

- a) Sordera de Trasmisión.- producida por trastornos del oído externo y medio.
- b) Sordera de percepción.- producida por trastornos del nervio acústico y células ciliadas, así como del órgano de Corti.
- c) Sordera central.- producida por lesión de vías centrales (Mendieta, 1979).

VI.5 TRASTORNOS PERCEPTUALES

Se citan trastornos de la percepción motovisual, con respecto a la pérdida en habilidades para copiar, recordar o visualizar formas simples (alexia, acalculalia, agnosia, agrafia y apraxia), así también, muestran alteraciones en la auto representación corporal gráfica y un marcado déficit en la capacidad de memorizar, reproducir figuras abstractas y reconocer formas planas o volumétricas dadas (Mas, 1979).

Este acoplamiento de la visión y la ejecución motora es muy importante, dado lo mucho que usamos nuestra percepción visual ordinaria. En realidad, una gran parte de la información que recibimos de nuestro alrededor nos llega por los ojos y es después interpretada por el cerebro. Entonces, nosotros generalmente actuamos por la información que hemos adquirido y damos una respuesta motora o vocal. En resumen, integramos la visión con el movimiento.

VI.6 TRASTORNOS PSIQUIATRICOS

Una de las causas más directamente responsables de la patología psiquiátrica que pueden presentar estos pacientes es la experiencia de fracasar donde otros niños sanos no tienen la menor dificultad.

La mayoría de paralíticos cerebrales, manejan el temor a la

frustración mediante la renuncia a toda experiencia que pudiera demandarla, estrechando así el campo de su relación con el mundo; otras veces, el tipo de solución a que acuden es el refugio en su enfermedad, alejamiento de la realidad y protección en la fantasía como forma de negar sus dificultades. Vemos así organizarse fantasías de tipo delirante, reacciones esquizoides, conductas histéricas, ansiedad, depresión, etc. (Tau--benslag; 1978).

VI.7 RETRASO EN EL DESARROLLO (EDUCATIVO E INTELLECTUAL).

A causa de la lesión en la infancia el desarrollo de algunos niños se retrasa, se detiene o se vuelve desorganizado y anormal. El niño muestra un retraso característico en el desarrollo motor y educativo, pero en ningún momento se le puede llamar deficiente "mental" como se piensa.

Ribes (1976) describe que no se debe hablar de retardo mental o de "deficiente mental", sino de retardo en el desarrollo y explica que: "el retardo en el desarrollo consiste en un déficit conductual que se establece por comparación con las normas que corresponderían al caso". Este déficit se considera como el producto de la interacción de cuatro determinantes:

- 1) Biológicos del pasado (genéticos prenatales y perinatales)
- 2) Biológicos actuales (nutrición)

- 3) Historia de interacción con el medio ambiente (historia de reforzamiento)
- 4) Las condiciones ambientales momentáneas o acontecimientos discriminativos, reforzantes y disposicionales.

Los niños con parálisis cerebral, sufren de retardo en el desarrollo, por padecer un daño orgánico permanente, tienen un aspecto que no es agradable a la vista, como tampoco lo son las conductas que emiten. Estos déficits físicos, motores y sensoriales determinan, la mayor de las veces, experiencias y oportunidades retardadas y desordenadas en función del aprendizaje. Sin embargo, si el niño es colocado en un medio apropiado, sometido a requerimientos que pueda cumplir, conseguirá funcionar en forma adecuada. Quizá como ningún otro afectado, el paralítico cerebral es el que posee más capacidades para mantener en buen nivel su inteligencia o capacidad de retención para bienestar en su aprendizaje.

Para diagnosticarlos conductualmente, se establecen dos formas: retardo generalizado, que se caracteriza por abarcar repertorios amplios y numerosos, y el retardo específico, se concreta solo a uno o dos tipos de conductas, como es el caso de las llamadas dificultades de aprendizaje. Es evidente que la parálisis cerebral se localiza dentro del marco referido al retardo generalizado, por la sencilla razón que existe un daño o disfunción orgánico visible que señala una estrategia preventiva de

doble naturaleza: médica y educativa.

VI.8 TRASTORNOS CONVULSIVOS

Aproximadamente un tercio de todos los casos padecen o padecieron convulsiones. Estas pueden ser de diversos tipos: gran mal, pequeño mal. Jacksoniana, tónica, postura, etc., pero el pequeño mal parece ser el más común. Para Plum (citado por Mas; 1979) las convulsiones son dos veces más frecuentes en hemipléjicos y tetrapléjicos que en parapléjicos o atetósicos.

Agatha Bowley y L. Gardner (1976), mencionan que se ha observado epilepsia en el 25 al 35% de niños con parálisis cerebral.

Illingworth (1958) menciona una incidencia del 32% en 250 casos, Woods (1956) del 38% en 301 casos y, Henderson (1961) halló el 25% en 240 casos, considerándolo una estimación por debajo de lo correcto. En un estudio de 104 niños educables en el Centro Cheyne de Londres, se encontró una incidencia del 36.5%. La definición de epilepsia utilizada en estos estudios se refiere a la aparición de más de un ataque después de las dos primeras semanas de vida; en realidad, la mayoría de los espásticos tienen pocos ataques. Menos del 10% de los 240 niños y adolescentes con parálisis cerebral que constituyen la muestra de Henderson tenían ataques repetidos (más de uno por mes). Aproximadamente el 15% de la muestra tomaba drogas anticonvulsivas, que resultaban eficaces para controlar los ataques. Por

otro lado la sedación excesiva puede llevar a la somnolencia.- En algunos niños es difícil hallar el equilibrio entre eliminar el riesgo de los accesos, por un lado y, mantener el estado normal de alerta, por el otro. La epilepsia es más común entre los cuadraplégicos y hemiplégicos que en otro tipo de parálisis cerebral y, en el estudio de Rutter (1970) se vio que entre los niños separados de la escuela por graves defectos físicos e intelectuales, se encontró epilepsia en el 70%, en comparación con el 28% entre los niños con parálisis cerebral que concurrían a la escuela. En casos graves, la epilepsia interfiere seriamente con el aprendizaje y los ataques frecuentes pueden dar lugar a una disfunción intelectual grave, pero ello puede ser sólo temporal y estos casos son muy raros.

Aunque las anomalías en el sistema nervioso central no son progresivas, el cuadro clínico de la parálisis cerebral parece -- tomar un curso degenerativo, esto se debe a que la alteración motora produce amplios y profundos trastornos como ataques, -- defectos sensoriales, de aprendizaje y trastornos de conducta, como ya se ha mencionado.

La gran complejidad y variabilidad de la sintomatología en la parálisis cerebral y la interrelación de estos síntomas entre sí dificulta mucho el manejo o apoyo rehabilitador eficaz para estos pacientes.

Los responsables del tratamiento de estos niños proceden de va-

rias disciplinas como: el pediatra, el cirujano ortopedista, - neurólogo, otorrinolaringólogo, oftalmólogo, terapeutas físicos, ocupacionales y de lenguaje, maestros en educación especial, - trabajadoras sociales y psicólogos. De ésta última disciplina se hablará en el siguiente capítulo debido a que es para nosotros (psicólogos) la de mayor interés.

CAPITULO VII

EL PAPEL DEL PSICOLOGO EN LA INTERVENCION DEL NIÑO CON PARALISIS
CEREBRAL

De los diversos profesionales que intervienen en el aspecto rehabilitativo del paciente generalmente no estan capacitados para ayudar en las limitantes socioemocionales, educativas y de aprendizaje, del niño con parálisis cerebral, de aquí la emergencia de contar con un psicólogo.

Si un niño está impedido, es necesario conocer exactamente qué es lo que lo sostiene, para poder hacer planes para ayudarlo y ver cuánto y de qué manera se podrían reducir las dificultades. En el caso de niños con parálisis cerebral este proceso de encontrar lo que está mal puede ser bastante complicado, ya que la espasticidad y otras formas de parálisis cerebral se -- deben a alguna lesión en parte del cerebro. El cerebro es muy complejo y controla la mayor parte del comportamiento, por lo que no es fácil analizar y encontrar lo que esta causando el problema para poder poner el remedio necesario. Por lo que es indispensable unirlos esfuerzos de expertos (médicos, psicólogos, terapeutas, educadores, etc.) y trabajar en estrecha relación con los padres, ya que el proceso de intervención y logro de avances, desde la evaluación hasta el aspecto rehabilitativo no es fácil.

El trabajo de uno de estos expertos, el psicólogo centra su mayor interés en conocer como aprenden los niños, ya que mientras más se conozca como lo hacen, mayor oportunidad se tendrá de - ayudar a un niño que tiene problemas para aprender a caminar, - hablar, moverse, etc.

Los niños empiezan a aprender desde el momento de su nacimiento y aprenden porque:

- Tienen el equipo básico, físico y mental, que es necesario para aprender (ivolucrándose a su M.A.)
- Tiene un deseo natural de explorar sus alrededores, de buscar nuevas experiencias.
- Poseen sensopercepciones a través de las cuales logran información que es procesada por el cerebro el cual atiende, percibe, organiza y da un significado a lo que se recibe por medio de los sentidos, de esta forma se aprende, almacena y evoca en su oportunidad.

Sin embargo el aprendizaje en niños impedidos es diferente, debido a las diferencias en énfasis y tiempo. Esto quiere decir que un niño con parálisis cerebral se enfrenta a dificultades para controlar sus movimientos, lo que retarda su aprendizaje, ya que un bebé, especialmente durante sus dos primeros años - aprende muchas cosas a través de sus manos y de sus sensacio--nes corporales y mediante sus movimientos en relación a las personas y los objetos que los rodean. Esto lleva a conside--

rar una de las mayores contribuciones del psicólogo al conocimiento de cómo aprenden los niños, con el objetivo principal - de lograr desarrollar programas idóneos de superación a estos graves déficits (Nancie R.Finnie, 1974).

Ahora bien también es importante la medición de la inteligencia ya que en algunos niños tanto el control motor como sus habilidades intelectuales están afectados en grado mayor o menor.

Aquí es endonde es muy importante la habilidad y pericia del psicólogo, ya que su papel es llegar hasta la inteligencia del niño y descubrir sus habilidades, a pesar de la presencia de - impedimentos graves (físicos y del lenguaje).

Al psicólogo le deberá interesar valorar más las intenciones - de un problema o comprensión de un niño impedido que la propia ejecución de las pruebas, ya que el propósito principal de las pruebas psicológicas de inteligencia, es proporcionar líneas - guías, que indiquen, aproximadamente, que tanto ha aventajado - un niño en su aprendizaje y cuanto desarrollo en ese sentido - se puede esperar razonablemente en los próximos años.

Resumiendo.- dado que cerca de la mitad de los niños con parálisis cerebral sufren de retardo mental, (Mary Gardner, 1973)- es elemental se modifiquen las esperanzas acerca de su capacidad de aprendizaje y sobre todo los métodos de enseñanza.

Taubenslag (1978) considera que el papel del psicólogo además de la aplicación de una serie de pruebas que indiquen su coeficiente intelectual, la terapéutica psicológica a seguir debe tener dos vertientes:

- 1) Terapia profunda, tendiente a obtener una adaptación satisfactoria a su déficit, es decir, ayudarlo a que asuma su realidad y que canalice su energía psíquica no para enfrentar obstáculos sino para obtener el máximo logro de sus capacidades reales. Admitir que existe un compromiso total de la personalidad vivida desde el inicio de la existencia, ayudarlo a integrar el significado particular de la experiencia, en función de la importancia, de las secuelas, de las exigencias del medio familiar y social, del tipo de tratamiento efectuado y de su repercusión sobre la vida cotidiana.
- 2) Tratamiento paralelo de los padres; es necesario trabajar tanto con el paciente como con los padres y demás familiares inmediatos.

Los problemas que presenta el paralítico cerebral siempre se acompaña de conflictos dentro de su núcleo familiar, dado que al no presentar un desarrollo normal, ocasiona stress emocional muy fuerte en sus padres, al grado de llegar a separarse o crear un ambiente hostil entre ellos, se aíslan de la sociedad y evitan presentarse junto con su hijo. Sin embargo, se ha --

demostrado, que a medida que el niño recibe tratamiento y va -
adquiriendo habilidades de auto-cuidado, sociales y vocaciona-
les el ambiente familiar se va armonizando poco a poco (Klaus-
y Minde, 1970; Knott, 1979).

Por otro lado se ha considerado necesario también plantear el-
enfoque conductual en la habilitación a su medio del niño con-
parálisis cerebral, por lo que se explicará a continuación ---
brevemente.

VII.1 EL PAPEL DEL PSICOLOGO CONDUCTUAL

Las aportaciones del análisis conductual en la Educación Especial. Son producto de los fundamentos teóricos del mismo, que analizan la conducta científica y funcionalmente, derivándose de esto el desarrollo de una tecnología conductual y el diseño de ambientes protéticos, para favorecer la rehabilitación y la adecuada interacción del individuo con su ambiente; el perfeccionamiento de la retroalimentación y su uso en la solución de diversas enfermedades y, la prolongación de la desprofesionalización, mediante el entrenamiento a paraprofesionales. Las aportaciones del análisis conductual son dadas tanto para fines de diagnóstico, como para la rehabilitación y evaluación de los pacientes. Las 2 variables básicas que pueden ser manipuladas son su ambiente y su conducta.

El niño con parálisis cerebral, muestra retardo en el desarrollo como se indicó anteriormente, problema en el cual inciden factores biológicos, conductuales y sociales, por lo que la rehabilitación deberá tomar en cuenta estos factores para su tratamiento con la ayuda de diferentes profesionales, respetando la independencia de cada uno, diagnosticando diferencialmente por área, de tal forma que se puedan jerarquizar los problemas del más grave al de menor complejidad, para más tarde aplicar un tratamiento multidisciplinario para su posible rehabilitación.

Ahora bien, con respecto al trabajo interdisciplinario de la psicología, deberá ser planteado de tal modo que no se limite la acción del psicólogo a los aspectos "mentales" como ---

tradicionalmente se ha hecho, sino que trabaje en la programación de la conducta motora, directamente con los fisioterapeutas médicos. Así mismo, debe de participar en la programación de objetivos secuenciales y funcionales, tomando en cuenta los lineamientos y sistematización de la tecnología conductual y el diseño de ambientes.

Por lo que el papel principal del psicólogo conductual es el siguiente:

- 1.- Determinar el nivel inicial de conducta motora que el sujeto posee, sin inferir en "disturbios mentales".
- 2.- Considerar la conducta motora como un producto del funcionamiento del equipo biológico de respuestas del individuo, susceptibles de modificación.
- 3.- Elaborar un diagnóstico individualizado, que permita pronosticar los avances del sujeto en base a sus repertorios conductuales, independientemente del disturbio que sufran.
- 4.- Ayudar en la elaboración de un programa individualizado de terapia física que permita el planteamiento de secuenciación de pasos sucesivos en el programa de --rehabilitación en función de grados de complejidad y conductas precurrentes, que ayuden y tiendan al establecimiento de repertorio terminal deseado.
- 5.- Analizar el ambiente social natural del sujeto para programar conductas funcionales dentro de este ambiente.

- 6.- El establecimiento de un sistema de observación y registro, que permita evaluar el avance del sujeto. La evaluación deberá considerar; definiciones operacionales de cada una de las conductas a establecer, descripciones precisas del avance conductual del sujeto a lo largo del tratamiento; establecimiento de criterios de avance cuantitativo y cualitativo; establecimientos de criterio de cambios de condiciones de manera cuantitativa y cualitativa; sistema de registros y observación que cubran aspectos de cantidad y calidad de cada conducta a establecer, y por último, descripciones precisas y explicaciones de los fines de cada técnica que el terapeuta introduzca.
- 7.- Dar acceso a la familia del impedido al programa de rehabilitación para lograr objetivos como son la aceptación del individuo dentro del núcleo familiar, el ahorro de recursos económicos en el programa, la posibilidad de maximizar el avance del sujeto dentro del programa, etc.
- 8.- Considerar la conducta como operante y susceptible de modificar en función de la modificación de eventos -- antecedentes y consecuentes relacionados con ella y programar así los estímulos que puedan favorecer respuestas adecuadas y el reforzamiento consistente y sistemático a ser aplicable contingentemente a los -

avances del sujeto mediante un programa adecuado, que incluya los elementos metodológicos descritos en el punto 6.

- 9.- Programación de materiales de ayuda dentro del programa que maximicen su efectividad y la utilización de aparatos necesarios, en la cantidad suficiente y las etapas pertinentes, tanto para el desempeño de funciones dentro del programa de rehabilitación, como para su uso en el hogar. Esto último centrándonos en los planteamientos de análisis conductual, que enfatiza que la conducta es el resultado de la interacción -- del individuo con su ambiente y que por ello la conducta puede ser diferente en aquellas ocasiones en que la persona, el ambiente o ambos son significativamente desviados.

Como se podrá observar los nueve puntos antes mencionados como aportaciones del análisis conductual a la rehabilitación, será precisamente la base de cualquier programa conductual. Sin embargo, no es conveniente utilizar sistemáticamente determinado método de tratamiento, sino una combinación de ellos, de acuerdo a las alteraciones de cada paciente. Una vez establecido el diagnóstico y un pronóstico de rehabilitación debe iniciarse de inmediato un tratamiento específico e individual para -- cada niño, que incluya la rehabilitación integral dirigida por

el grupo multi e interdisciplinario.

Por lo estudiado hasta ahorita la enfermedad de la parálisis cerebral representa un problema complejo, por lo que, se puede decir que con el comienzo del siglo XX todo progreso científico que se ha realizado en el campo de la medicina, de la psicología o de la asistencia social, se ha ido aplicando de forma -- progresiva a aspectos concretos de las deficiencias que afectan el proceso del desarrollo del infante, siempre que de su aplicación podía derivarse un beneficio a estos enfermos. Así la parálisis cerebral representa un fenómeno claro de las positivas y mutuas posibilidades de relación de la Medicina-Psicología-sociedad. Y en este sentido es justo señalar que quienes más han contribuido a establecer estos lazos de colaboración mutua han sido las asociaciones de padres, entre otras instituciones. Con su quehacer continuado han promovido, desde organismos -- públicos o entidades privadas logrando una resonancia social, siendo efectivos y capaces de establecer soluciones mediante un planteamiento más homogéneo. Y es el motivo por el que el -- siguiente capítulo habla sobre el DIF y el APAC.

CAPITULO VIII

INSTITUCIONES QUE ATIENDEN LA PARALISIS CEREBRAL

En México, desde siempre, han sido una preocupación los niños con parálisis cerebral, pero en un principio se les acultaba fue hasta 40 ó 50 años que surgieron mecanismos de ayuda para estos niños, pero el Estado nunca ha sido suficiente para cubrir estas necesidades por eso, surgen las asociaciones civiles, -- dentro de las que se considera importante mencionar parte de su historia y actualidad del DIF y el APAC, por estar dando -- a la fecha un buen apoyo a los niños en los diferentes problemas que genera la parálisis cerebral.

VIII.1 EL A.P.A.C.

La asociación pro-paralítico cerebral, (APAC) es una institución mexicana de asistencia privada. Se fundó en 1970 por un grupo de madres preocupadas porque sus hijos tuvieran un lugar donde estudiar, capacitarse y relacionarse con personas en condiciones similares y con intereses comunes; así esta institución proporciona rehabilitación y educación a niños y jóvenes afectados por parálisis cerebral y orientar a ellos y a sus familias.

La Sra. Carmelina Ortiz Monasterio de Molina, dirige el APAC, el único centro hasta hoy que ofrece educación al paralítico cerebral desde estimulación temprana hasta escuela de artes y

oficios; terapias físicas, ocupacional (capacitación para el trabajo) y del lenguaje, tratamientos médicos, talleres, programas recreativos y sociales, campamentos y deportes. Con estos apoyos formativos el APAC busca incorporar social y productivamente a los alumnos a nuestro medio o sociedad.

Actualmente, se atiende a una población de 2,000 personas aproximadamente en los distintos programas; el costo es de \$5,000.00 por niño mensual pero sólo un número menor de niños pagan la cuota ya que el resto pagan de acuerdo a sus ingresos económicos de sus familias, esto hace que paguen un promedio de \$500.00 mensuales. Estas colegiaturas sólo cubren la tercera parte del mantenimiento, y lo demás es a base de donativos, promoviendo ventas, bazares, etc.

Los médicos, los psicólogos, los sociólogos y maestros del APAC, pretenden integrar a los niños con parálisis cerebral a la sociedad; alcanzar su independencia, obtener una buena educación, encontrar oportunidades en la vida y llegar a ser ciudadanos productivos, demostrar que si su trabajo es lento, su responsabilidad es mayor que los llamados normales. Su lema principal es: "No se encierre en su casa si tiene parálisis cerebral, forme parte de nuestra comunidad, aporte sus intereses e ideas".

La meta que trata de seguir, es la de "ayudar a descubrir sus

posibilidades a pesar de su invalidez o limitación física, así como lograr la superación de sí mismo (aspecto psicológico-autoestima-seguridad) y de sus familias, y luchar por lograr una sociedad más humana que aprenda a aceptarlos".

VIII.2 EL D.I.F.

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, surge de la fusión de las instituciones INPI/IMAN, tomándose en cuenta los siguientes considerados.

*El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia fue creado como un organismo público descentralizado, mediante Decreto Presidencial el 10 de agosto de 1977 y publicado en el Diario Oficial de la Federación el 13 de enero del mismo años.

*Sus actividades y servicios se orientaron a la promoción del bienestar social de la niñez, la familia y la comunidad a través del apoyo y fomento a programas de medicina preventiva dirigidos a la infancia; fomento a la educación para la integración social por medio de la enseñanza preescolar y la extraescolar; investigación de la problemática familiar a fin de poner soluciones; establecer centros que contribuyan al bienestar social y prestación de servicios de asistencia.

DIF

SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA.

ANTECEDENTES HISTORICOS DEL

DIF

El 24 de enero de 1929 fue constituída la Asociación de Protección a la infancia como una asociación civil, presidida por la señora Carmen García de Portes Gil, esposa de entonces presidente de la República Mexicana, Emilio Portes Gil.

Aquella asociación surgió para prestar asistencia, brindar protección y amparo a los niños de escasos recursos de nuestro país.

Su principal acción consistía en la distribución de desayunos a los niños que concurrían a la asociación o bien a todos aquellos que a diario tomaban clases en las escuelas que recibían dicho servicio.

Ante las necesidades de cubrir esta demanda de servicios, el 31 de enero de 1961, se creó por decreto un organismo descentralizado que se denominaría Instituto Nacional de Protección a la Infancia (INPI) con personalidad jurídica y patrimonio propio.

Posteriormente, el 5 de julio de 1968 fue creado mediante decreto publicado en el Diario Oficial del 19 de agosto del mismo año, otro organismo público descentralizado denominado Instituto --

Mexicano de Asistencia a la Niñez (IMAN).

Consecuentemente el INPI tanto por lo que hizo de acuerdo a sus labores asistenciales, como para mejoramiento de la nutrición infantil concibió sus servicios como instrumentos de apoyo a la familia y a la escuela.

Así mismo al IMAN se le dieron facultades para coordinar acciones públicas o privadas tendientes a disminuir los problemas que generan el abandono, la explotación y la invalidez de los menores. Las casas de cuna y los centros que acogen al menor desamparado o enfermo, son instrumentos complementarios de seguridad social.

El INPI, en el año de 1975 ya no correspondía a las atribuciones que se le habían señalado, por lo cual se estimó necesario la creación del Instituto Mexicano para la Infancia y la Familia (IMPI); lo cual se llevó a cabo mediante el decreto del 30 de diciembre de 1975. Esta cobertura de bienestar social por lo tanto se extendió a la familia.

Su órgano de dirección fue constituido por un patronato, cuya primera presidenta fue la Sra. Carmen Romano de López Portillo y por una Directora General cuyo primer titular fue el Lic. -- Marco Vinicio Martínez Guerrero, sucediéndole la Sra. Blanca Patricia Clark de Flores.

Para 1981 el Sistema Nacional DIF cuenta con un presupuesto de \$2,235 millones 300 mil pesos, su lema es Ollyn Yoliztli que - en lengua Nahuatl significa, vida y movimiento.

En sus programas de gobierno, el DIF implementó seis programas básicos: Medicina Preventiva y Nutricional, Educación, Desarrollo de la Comunidad, Promoción Social, Alimentación y Asistencia Jurídica.

En 1983, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, fue reestructurado y modernizado. Recibió la totalidad de las instalaciones y el personal dedicado a la asistencia social y diferencias a las dependencias idóneas de la administración pública, las instalaciones del Instituto Nacional de Pediatría; Instituto Nacional de Perinatología, así como la Escuela Nacional para ciegos "Lic. Ignacio Trigueros" y el Instituto Nacional para ciegos y débiles Visuales, así como el equipo humano cuyo campo de acción caía fuera del ámbito del DIF.

Se determinó en ese mismo año que 32 millones de mexicanos formaban la población desamparada y, por lo tanto, representaba el objetivo del trabajo del DIF. Con el fin de garantizar la eficiencia y la continuidad de la acción del Sistema DIF, el 31 de agosto de 1983 fueron establecidos nueve programas institucionales de Asistencia Social: Integración Social y Familiar; Asistencia Social a Desamparados; Asistencia Educativa; Rehabilitación; Asistencia Social Alimentaria; Promoción-

del Desarrollo Comunitario; Asistencia Jurídica; Desarrollo --
Cívico, Artístico y Formación y Desarrollo de Recursos Humanos
e Investigación.

Actualmente llevan a cabo cuatro programas dirigidos a la po--
blación marginada brindándole:

ATENCION Y MEJORAMIENTO NUTRICIONAL

PROMOCION DEL DESARROLLO FAMILIAR Y COMUNITARIO

PROTECCION Y ASISTENCIA A LOS DESAMPARADOS

ASISTENCIA A MINUSVALIDOS

APOYO TOTAL A LOS DISCAPACITADOS

El DIF sirve como puente entre todas las instituciones que apo
yan a las personas discapacitadas (IMSS, UNAM, Delegación Para -
límpica, Very Special Arts, Comisión de Atención Especial a -
Grupos Vulnerables, Niyolí Arte y Discapacidad A.C., Asocia---
ción Pro personas con Parálisis Cerebral, APAC, CONFE, Asocia-
ción Mexicana de Síndrome de Down, A.C., perspectiva de la ---
mujer ciega hacia el año 2000, centro de educación diferencial,
Consejo Nacional de Organizaciones de y para personas Discapa-
citadas A.C., etc.), las cuales tiene como meta incorporar a -
dichas personas a los diferentes programas de salud, educación,
trabajo cultural, deporte y recreación que garantice su plena
integración social.

Pero este círculo de creatividad, voluntad y trabajo sólo se -

complementa cuando las personas con discapacidad, que llevan en esta transformación cultural el papel protagónico, el de motor de los cambios, usan los espacios que se han abierto para -- ellos.

Un espacio que no se usa se clausura así mismo. Un espacio que se utiliza y un derecho que se ejerce, se amplía y fortalece.

A continuación anexo dos entrevistas muy sencillas que efectué y consideraré de interés, para la presente revisión bibliográfica con el objetivo de ilustrar el tema vivencialmente.

ENTREVISTA AL DR. EDUARDO SAN ESTEBAN, NEUROLOGO DEL DIF

1.- ¿En qué condiciones se encuentran los Centros de Salud en México (estatales y civiles), y cuántos organismos hay?

R.- En general son diferentes y su número es reducido y no -- satisface las necesidades reales de la población. Hay suficientes médicos y enfermeras, pero mal distribuidos en la República. Hay lugares en que se concentran todos los servicios y otros - en donde no hay ninguno, por lo tanto, los servicios de salud están mal distribuidos.

2.- ¿Qué es la Parálisis Cerebral?

R.- No existe término, "Parálisis Cerebral". Son niños con -- cierto grado de incapacidad o alteración del cerebro. Se puede dar antes y después del embarazo. Causa distintos niveles de

daños, puede afectar el movimiento, la vista, el oído y el cerebro, o pueden darse todas juntas.

Cada una de ellas, pueden dar diversos grados de alteración.-- En algunas se desarrolla la inteligencia (Gaby Bremmer), y en otros no, puesto que la Parálisis Cerebral puede tener también retraso mental.

3.- ¿Desde cuándo México se empieza a preocupar por la Parálisis Cerebral? ¿Qué antecedentes históricos tiene la Parálisis Cerebral en México?.

R.- Desde siempre ha sido una preocupación los niños con este problema, pero en un principio se les ocultaba. Fue hasta --- hace 40 ó 50 años que surgen mecanismos en ayuda de estos niños.

4.- ¿Por qué existen asociaciones estatales y civiles?

R.- El Estado no es suficiente para llenar las necesidades, y por eso surgen las asociaciones civiles.

5.- ¿Qué porcentaje de presupuesto dedica el Estado a la Parálisis Cerebral?

R.- No se puede dar un porcentaje exacto. Ya que el Estado se ocupa desde antes de que surgiera este problema; también hay - empresas paraestatales que también aportan sus servicios a esta enfermedad, como por ejemplo PEMEX.

6.- ¿Hasta qué grado afecta socioeconómicamente la Parálisis-- Cerebral al País?

R.- Son horas-hombre perdidas, ya que hay 6500 niños aproxima-

damente con algún tipo de afección neurológica en el D.F.

7.- ¿De qué manera repercuten los cambios políticos en los --- organismos de salud del Estado?

R.- Sí influye, puesto que dependen del vaivén político, ya que el sistema cambia cada 6 años, y además los servicios son distintos en cada instituto de salud debido a la lucha por el --- poder de los organismos.

8.- ¿Cómo se cataloga la Parálisis Cerebral; como enfermedad o como lesión?

R.- Es una enfermedad, pues algo funciona mal en el cuerpo.

9.- ¿Qué se ha hecho, cómo se ha combatido y qué soluciones se han propuesto respecto a la Parálisis Cerebral?

R.- Se ha tratado de prevenir esta enfermedad y se combate produciendo condiciones necesarias para que el cerebro se desarrolle en una forma normal. Además se ofrece rehabilitación a--- estos niños.

Soluciones: Hacer estudios antes y durante el embarazo y evitar que el problema progrese.

10.- ¿Qué porcentaje de paralíticos cerebrales hay, y cuántos pueden trabajar?

R.- No hay porcentaje exacto, es según el nivel del daño. Se integran al trabajo aquellos que tengan posibilidades.

11.- ¿Por qué todavía existen las personas que esconden a los paralíticos cerebrales?

R.- Por vergüenza y por falta de información por parte de la población. Hay gran incomprensión de parte de la gente para niños con afección neurológica.

12.- ¿Quién se especializa en esta rama?

R.- No hay suficientes especialistas para todos estos niños,-- pero hay gente no preparada, pero con buen entrenamiento para cubrir la mayoría de las necesidades.

13.- ¿Qué requisitos hay para internar a los paralíticos cerebrales y cuál es su costo? (Estado y Asociaciones Civiles).

R.- No hay requisitos, cualquier niño entra, se atiende a todo el que lo requiera y se trata de ayudar. Su labor es la de --rahabilitar pero no curar, pues hay cosas que no tienen cura.- Su cobro según las condiciones económicas del paciente. Hay quien no paga nada y quien paga mucho, como si fuera un hospital privado.

14.- ¿Qué difusión se le ha dado a la Parálisis Cerebral. De qué manera ayuda ésta a la Parálisis Cerebral?

R.- La difusión es mucha, con ésta se trata de concientizar a la gente, pues la inteligencia es muy importante en nuestra sociudad.

15.- ¿Qué posición toma la gente ante la Parálisis Cerebral?

R.- A la gente no le gusta esta enfermedad, los padres tratan de impulsar a sus hijos en la pelea. Los no afectados se mues

tran agresivos hacia los niños con este problema. Con sólo información, no cambia nada, hay que cambiar la actitud de la gente, educar, humanizar y aceptar.

ENTREVISTA A ELVA IBARRA DE VARGAS, TRABAJADORA SOCIAL DEL APAC.

1.- ¿Qué es la Parálisis Cerebral?

R.- Es una lesión cerebral que afecta principalmente el movimiento, el habla, la expresión, y en algunos de los casos se complica con deficiencia mental.

2.- Los niños de esta institución ¿a qué nivel socioeconómico pertenecen?

R.- Medio y bajo generalmente.

3.- ¿Qué tipo de terapia utilizan?

R.- La terapia que se utiliza tiene como objeto, el trabajo -- integral del niño. Es por eso que enfoca varias esferas del - desarrollo psicomotor y se proporciona terapia física, terapia ocupacional y terapia de lenguaje.

4.- ¿Qué sistema educativo llevan?

R.- Es el mismo programa de la SEP, pero adaptado a las capacidades perceptuales y motoras de los alumnos.

5.- ¿Qué pruebas utilizan para medir el coeficiente intelectual de los alumnos?

R.- Bender, Wais, Rochar y Raven.

6.- ¿Cuál es el porcentaje de rehabilitación de los alumnos del APAC?

R.- La rehabilitación va a ser de acuerdo al caso por lo que en ocasiones puede ser parcial o bien total.

7.- ¿Qué especialidad tienen los médicos terapistas?

R.- Maestros con estudio de Pedagogía y Normal de Especialización (lenguaje, parálisis cerebral, audición, coeficiente mental), terapistas con títulos. "Físico Ocupacional de Lenguaje" del Instituto Mexicano de Rehabilitación.

8.- ¿De qué manera se puede ayudar a que la gente comprenda a los paralíticos cerebrales?

R.- Por medio de la difusión del problema con programas de --- proyección a la comunidad. De pláticas, audiovisuales, visitas, dinámica de grupo, y prevención (profilaxis).

CONCLUSIONES

En las altas esferas gubernamentales, se han olvidado del problema de la salud. Los funcionarios públicos se encuentran -- más interesados en hacer política que en actualizar las normas que en realidad protejan a la gran población de invalidos. El sector salud no cuenta con un representante de alto nivel que influya en las decisiones políticas para alcanzar la formulación de leyes en beneficio de la salud.

Se observó también como el capital monopolista del estado ha tenido una gran influencia negativa en el sector salud, del --- país ya que concentra recursos en determinadas esferas sociales los cuales beneficiarán sólo a una pequeña fracción de la clase trabajadora, pero sobre todo, favoreciendo a los altos ejecutivos o funcionarios; por lo que el derecho a la salud e idea sobre la seguridad social es una demagogia o utopía que manejan a manera de apariencia hacia el pueblo.

Y la realidad es, que se requiere de un mayor número de especialistas capaces, para atender a la gran población que sufre de invalidez y que no recibe atención médica adecuada, debido a la escasa aportación del estado en este rubro.

Las instituciones encargadas de atender los problemas de salud en México, deben de brindar atención y protección al sector -- privado, que hace muchos esfuerzos de ayuda a los inválidos.

Pero uno de los grandes problemas en México, entre otros, es la mala distribución de hospitales y por lo tanto en servicios de salud, por lo general, todo estos se encuentran dentro de la capital o en las poblaciones más importantes del país. Un ejemplo de esto, es que sólo en el D.F. hay un sólo hospital de investigaciones perinatológicas y éste obviamente no se da abasto con todos los problemas de partos difíciles que fácilmente se pueden generar en un país de más de 90 millones de habitantes y en el que las tres cuartas partes de ésta, por su nivel socioeconómico y cultural bajo, podría requerir de asistencia médica especial en cualquier momento y no nada más en la capital sino, sobre todo, en poblaciones rurales y/o marginadas que es en donde carecen regularmente de lugares y personal profesional para su atención idónea, de acuerdo al problema de salud que se sufra. Una solución a esto, sería la desprofesionalización y/o capacitación adecuada a comadronas, curanderas y médicos empíricos para atender complicaciones de parto.

Como se ha visto, hacen falta recursos económicos y humanos pero más que nada una conscientización sobre la necesidad que padece el pueblo por parte del gobierno (Humanización, Nacionalismo y/o Apreciación del pueblo e identificación con él), así como de instituciones civiles en la solución a estas graves situaciones, y no olvidar que el problema de la salud, es algo que a todos nos concierne y no sólo a los afectados.

De acuerdo a lo revisado, una de las más sobresalientes enfermedades de invalidez que se sufre en México, es la Parálisis - Cerebral, y una de sus principales causas es Educación (es muy escasa y en ocasiones nula) que es igual a falta de conocimiento del problema, desnutrición, negligencia médica (en donde los doctores dejan sufrir demasiado a la madre y al feto durante el parto, pues para algunos de ellos es normal dicho sufrimiento), enfermedades infecciosas, etc., etc; por lo que independientemente de manejar una escasez de:

- Hospitales especializados
- Profesionales suficientes y áptos
- Educación y/o preparación para el manejo adecuado o --- prevención para un problema mayor de salud como es la parálisis cerebral y otros muchos.
- Gobierno (que sea realmente una justa, oportuna y eficaz coordinación de capital y servicios para el pueblo.)
- Economía (que sea más equitativa de acuerdo a las necesidades del pueblo).
- Etica profesional (que se humanice y responsabilice al futuro profesional) etc., etc.

Carecemos también de un posible futuro promisorio, por medio - del cual se pudiera esperar un cambio hacia este grave conflicto de salud, ya que no se observan modificaciones en leyes gubernamentales, que puedan favorecer al enfermo de parálisis --

cerebral .

No obstante conviene dejar bien establecido un principio de su ma importancia: la rehabilitación del parálítico cerebral jamás debe plantearse como una incorporación a la sociedad similar - al resto de las personas. Esta afirmación, que puede resultar un tanto fuerte, debe ser tenida siempre en cuenta, porque es un error planificar las cosas desde otras perspectivas. Siempre deberá existir en los padres y en el personal encargado de la asistencia al parálítico cerebral unos objetivos que hagan de estas personas, en lo posible, miembros útiles e independientes de la colectividad; pero se debe señalar que al menos en lo referente a independencia completa, a-penas hay casos en -- los que esto se consigue. Por lo tanto, una visión con planteamiento realista del tema es más positiva, que la organización de unos servicios médicos, educativos y sociales que no tengan en cuenta primordialmente las características peculiares de -- cada caso.

La Organización Mundial de la Salud propugna desde hace varios años el tipo asistencial de integración protegida o supervisada, recomendando el mantenimiento en la familia del niño afectado, siempre que sea posible y, la eventual adopción de las disposiciones oportunas para que el individuo afectado de parálisis cerebral goce de las ventajas de la vida familiar. Para que los padres y las familias hagan frente a sus responsabilidades, en este aspecto hay que darles la ayuda, la información y la instrucción necesaria. Nace, por tanto, una nueva dimen-

ción: la familiar. Junto a los aspectos médicos, asistenciales psicológicos, pedagógicos y sociales del problema, el carácter familiar adquiere una perspectiva considerablemente importante.

Así se ha pretendido muy onerosamente con la presente revisión bibliográfica contribuir positivamente en este problema desde el punto de vista de darlo a conocer, ya que en cada uno de -- los capítulos revisados y planteados fue lo que se persiguió, -- esto enbase al objetivo delimitado en la presente tesina.

Abducción: Movimiento por el cual un órgano o miembro se aleja del plano medio del cuerpo.

Acalculalia: Dificultad para el reconocimiento de formas --- visuales.

Aducción: Movimiento que acerca un miembro al plano medio del cuerpo.

Afasia: Pérdida total o parcial del lenguaje y de la comprensión del mismo, ocasionada por lesión del cerebro o trastorno emotivo. 2; Incapacidad de realizar movimientos --- intencionados a pesar de no existir pérdida o trastorno muscular o sensorial.

Afonía: Pérdida de la capacidad para emitir sonidos vocales.

Agnosia: Pérdida de la facultad de reconocer a las personas u objetos. Hay varias formas de agnosia, correspondientes a los diversos sentidos: auditiva, gustatoria, olfatoria, visual y táctil.

Agnostia: Descansar o hacer fuerza un cuerpo sobre otro.

Agrafia: Incapacidad de escribir, a causa de un lesión o desorden cerebral.

Alexia: Imposibilidad de leer causada por una lesión del cerebro. Llámese también ceguera verbal.

Ambliopía: Debilidad de la vista, sin lesión del ojo.

Anoxia: Falta de suficiente provisión de oxígeno.

Antagonista: Persona o cosa opuesta o contraria a otra.

Antigravitatorio: Mover un cuerpo contrariamente a la atracción gravitatoria del cuerpo.

Apraxia: Perturbación cerebral que consiste en la pérdida de la capacidad para ejecutar movimientos planeados.

Atonicidad: Pérdida del tono muscular normal que incapacita para mantener postura adecuada.

Atrofia: Disminución de tamaño o debilitamiento de un órgano.

Catatonía: Forma de esquizofrenia, en que se alternan ataques de furia con estados de inmovilidad y estupor que pueden durar días o semanas.

Catalepsia: Condición en que los músculos se mantienen rígidos y las extremidades permanecen en la posición en que las deja.

Circunducción: Es la combinancia sucesiva de flexión, abducción, extensión y aducción en una extremidad.

Co: Significa union o compañía.

Coclear: Relativo o perteneciente a la cóclea o caracol del oído.

Congénito: Condición que existe desde el nacimiento, sin ser necesariamente hereditario.

Contracción: Acción de contraer o contraerse.

Contractura: Contracción involuntaria duradera o permanente de uno o más grupos musculares.

Crónico: Persistente, o que prolonga mucho tiempo.

Disartría: Perturbación nerviosa que dificulta la pronunciación

Disfunción: Funcionamiento imperfecto de un órgano.

Discinesia: Trastorno que impide la coordinación voluntaria de los movimientos.

Disgrafía: Trastorno cerebral que menoscaba la capacidad para escribir.

Dismétricos: Falta de simetría.

Distocia: Parto laborioso o difícil.

Empatía: Conocimiento y comprensión intuitivos de los sentimientos, emociones y conducta de otra persona.

Encefalítis: Inflamación membrana cerebral.

Endógeno: Producido por causas internas, o debido a las mismas.

Epilepsia: Enfermedad crónica del sistema nervioso, caracterizada por convulsiones y, a menudo por pérdida del conocimiento.

Espasmo: Contracción involuntaria, persistente, de uno o varios músculos.

Estado: Cuerpo político de una nación.

Estatal: Perteneciente o relativo al estado.

Espasmo: Contracción involuntaria de los músculos.

Etiología: Investigación de las causas de un trastorno.

Exógeno: Producido por causas externas, o debido a ellas.

Extensión: Es el movimiento de una parte del cuerpo alejándose de otra por lo general hacia la superficie posterior, de manera que aumenta el ángulo de la articulación entre las partes.

Flexión: Es el movimiento de doblar una parte del cuerpo sobre otra, por lo general hacia la superficie anterior de manera que disminuye el ángulo de la articulación entre las partes.

Gene: Elemento del plasma seminal del cual dependen las características hereditarias.

Genética: Rama de la ciencia biológica que trata de la herencia.

Hipertermia: Estado de elevación anormal de la temperatura del cuerpo.

Hipertonía: tono muscular exagerado.

Hipotonía: Tono muscular inferior al normal.

Inhibición: detención o restricción de un proceso cualquiera.

Inmunológico: Inmunidad contra las enfermedades.

Isometría: Relativo a las medidas iguales, o que tienen igual medida.

Isotónica: Solución que a la misma temperatura tiene igual presión osmótica.

Meninges: Membranas que cubren el cerebro y la medula espinal están constituidas por la piamadre, la aracnoide y la duramadre.

Meningitis: Inflamación de las meninges.

Monopolio: Privilegio exclusivo de un individuo o grupo para vender o explotar un bien determinado en un territorio concreto .

Nistagmo: Movimiento espasmódico de los parpados. 2: Oscilación involuntaria del globo del ojo.

Occipucio: Parte de la cabeza en que, ésta se une con las ver
tebras del cuello.

Osmótica: Paso de algún líquido a través de un membrana per--
meable.

Opistótonos: Estado espasmódico en que el cuerpo forma un ---
arco apoyado por el occipucio y los talones, a consecuen-
cia del tétanos y la meningitis.

Patología: Condición de enfermedad o trastorno físico o mental.

Simetría: Disposición regular de partes al rededor de un eje,
centro o plano común.

Sistema Nervioso Autónomo: Parte del sistema nervioso que con
trola los órganos internos.

Sistema Nervioso Central o Cerebro Espinal: Organismo rector
del cuerpo, integrado por el encéfalo, la medula espinal-
y los nervios periféricos. El encéfalo a su vez se compo-
ne de la medula oblonga, el cerebelo y el cerebro propia-
mente dicho.

Supraversión: Operación manual para cambiar la postura del --
feto hacia arriba, cuando se presenta mal el parto.

Tono muscular: Estado de tensión de los músculos en reposo, -
por lo que se contrarrestan mutuamente, mientras se hayan
inervados normalmente.

Vergencia: Movimiento de ambos ojos en direcciones opuestas.

Versión: Operación manual para cambiar la postura del feto que se presenta mal para el parto.

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

- ARNHEIM DANIEL D., SINCLAIR WILLIAM A., (1976), El Niño Torpe, Ed. Médica Panamericana, México.
- AUCOUTURIER BERNARD Y LAPIERRE, ANDRE, (1977), La Educación Psicomotriz como Terapia, Ed. Médica y Técnica, S.A., México.
- ALVAREZ, JOSE ROGELIO., (1977), Enciclopedia de México, Tomo 7, México.
- AGUILAR, ALONSO Y CARMONA, FERNANDO., (1978), México Riqueza y Miseria, Ed. Nuestro Tiempo, México.
- ARAGON MUÑOZ FERNANDO. Y VELAZQUEZ, S., (1982), Tesis., Sistema de Medición Conductual Fotográfico para las Respuestas Motoras del P.C., Tipo Atetósico, México.
- BENOS JEAN., (1973), Educación Psicomotriz en la Infancia Inadaptada, Ed. Médica Panamericana., México.
- BOWLEY, AGATHA H., GARDNER LESLIE., (1976), El Niño Disminuido Ed., Médica Panamericana, México.
- BOBATH BERTHA Y BOBATH KAREL., (1976), Desarrollo Motor en Distintos Tipos de Parálisis Cerebral, Ed., Médica Panamericana, México.
- BARKIN, H Y MORRIS B. R., (1971), Desarrollo Psicológico del Niño Anormal y Patológico, Ed., Médica Panamericana, México.
- CRUICKSHANK WILLIAM M., (1975), El Niño con Daño Cerebral en la Escuela, en el Hogar y en la Comunidad., Ed., Trillas, México.
- CASASOLA, GUSTAVO., (1973), Historia Gráfica de la Revolución Mexicana 1900-1970, Tomo 9, Ed., Trillas, México.
- CHAVEZ, ADOLFO Y MARTINEZ, CELIA., (1979), Nutrición y Desarrollo Infantil, Ed. Interamericana, México.
- DE QUIROS JULIOB., Y SCHARAGER ORLANDO., (1979), Lenguaje, Aprendizaje y Psicomotricidad, Ed. Panamericano, B. Aires.
- DE LA FUENTE MUÑIZ RAMON., (1983) Psicología Médica, Ed. Fondo de Cultura Económica, México.
- DE LA VEGA GONZALEZ MARGARITA., (1987), Tesis, Detección Temprana del Niño con Parálisis Cerebral Indantil de 0 a 12 meses, México.
- FINNIE NANCIE R., (1974), Atención en el Hogar del Niño con Parálisis Cerebral, Ed., Prensa Médica, México.

- HERNANDEZ GONZALEZ R., (1977), Deficiencias Cerebrales Infantiles, Ed. Pablo del Río, Madrid.
- KOPB LAWRENCE C., Y BRODIE KEITHTT., (1988), Psiquiatría Clínica, Ed., Interamericana, México.
- LOPEZ, ACUÑA, MANUEL., ALMADA BAY, IGNACIO., (1980), La Salud - Desigual en México, Ed., Siglo XXI, México.
- NARRAMORE CLYDE., (1970), Enciclopedia de Problemas Psicológicos, Ed., By Zondervan Publishing House, México.
- NIETO HERRERA M., (1981), Anomalías del Lenguaje y su Corrección., Ed., Montes Otero, México.
- ORO JURADO, MA. ANDREA., (1979), Tesis, Estudios de 10 Casos de Niños con Parálisis Cerebral en el Aspecto Pedagógico, México.
- ROSALES PONCE, LEOBARDA., (1982), Tesis, La Estimulación Temprana en el Niño Lisiado, México.
- RIOS YAÑEZ, ELIA., (1986), Tesis, Legislación Mexicana para Personas Minusvalidas, México.
- SOLOMÓN PHILIP Y PATCH VERNON., (1976), Manual de Psiquiatría, Ed., El Manual Moderno, s.a., México.
- STRAUSS ALFRED A., LEHTINEN LAURA E., KEPHAT NEWELL GOLDENBERG SAMUEL, (1977), Psicopatología y Educación del Niño con Lesión Cerebral., Ed., Universitaria de Buenos Aires, México.
- TELFORD Y SAWRER., (1973), El Individuo Excepcional, Ed., Prentice-Hall International, México.
- URIBE TORRES ANA MARIA., (1977), Aportaciones a la Educación Especial del Deficiente Mental Recuperable, Ed., Médica Panamericana, México.