



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

CAMPUS IZTACALA

32
2ej.

ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA A PADRES DE NIÑOS LACTANTES CON PARÁLISIS CEREBRAL

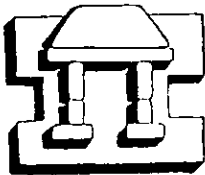
REPORTE DE TRABAJO PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

MARÍA DE LOURDES BARRAGÁN SORIA



IZTACALA

ASESORES:

ANDRÉS MARES MIRAMONTES
JOSÉ ESTEBAN VAQUERO CÁZARES
MARCO VINICIO VELASCO DEL V.

IZTACALA, EDO. DEMEXICO

1998

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

259553



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

MAMA O PAPA

Tu que eres padre de un **niño distinto, da gracias al cielo**, por este designio.

Cuando te enteraste, fue un **golpe muy fuerte**, a todo maldeciste, por esa **ingrata suerte**.

Más al poco tiempo, pronto te calmaste, cuando viste al niño que tanto deseaste.

A pesar de ser un niño con muchas carencias, él llegó a llenarte de gratas experiencias.

Una muy hermosa y buena en verdad:
El que nada pide y todo lo da.

Otra muy grandiosa y llena de dicha:
La vez que al verte te dio su sonrisa.

Otra muy importante de todos envidia, es el gran apego que tiene a la vida.

Sus dificultades con un gran **acierto**, las ha convertido día a día en un **reto**.

Lo que van logrando juntos a la vez, es el resultado de tu madurez.

Que cambio tan grande el que tú has tenido, ya que en **todo un hombre** él te ha **convertido**.

La lucha se inicia sin saber por donde, pero siempre con la mira de hacerlo un hombre.

Un **hombre** que sepa como **defenderse, de la vida ingrata** que se le parece.

Un hombre que se enfrenta a la adversidad, solamente es muestra de **grandiosidad**.

Que **suerte** has tenido con este **buen niño, niño tan querido lleno de cariño**.

Que suerte has tenido al poder **valorar**:
El don tanpreciado de ser mamá o papá.

Isaac J. Díaz de la Torre.

**+A la memoria: del R.P. Superior
Felipe Sánchez Muñoz
M.S.C.**

***A mi esposo: por su apoyo en
la realización de este trabajo.***

***A mis hijos:
Efraín Tonalcoatl
e
Isaac Koakmaitl,
que son mi razón de vivir.***

*A mis padres que me dieron el ser.
y
a todos mis hermanos y hermanas.*

***A la familia Medina Salcedo:
mi agradecimiento por
su tiempo y espacio.***

***A los padres de familia y a los niños:
del programa de estimulación,
motivo de este trabajo.***

***A mis profesores y asesores:
por sus enseñanzas y experiencias.***

***A Judith: por su desinteresado apoyo
en la transcripción de este trabajo.***

FALTA PAGINA

No. /

Índice.	2
Introducción.	5

CAPITULO I

1. La parálisis cerebral infantil.	9
1.1. Aspectos conceptuales de la parálisis cerebral.	9
1.2. Factores etiológicos de la parálisis cerebral.	11
1.3. Causas prenatales.	12
1.4. Causas perinatales o natales.	15
1.5. Causas postnatales.	17
1.6. Clasificación de la parálisis cerebral.	20
1.7. Factores predisponentes.	25
1.8. Factores precipitantes.	25
1.9. Las esferas de Gessel.	26

CAPITULO II

2. El Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación.	31
2.1. Antecedentes del Instituto.	31
2.2. Marco Jurídico.	33
2.3. Atribuciones.	36
2.4. Descripción de funciones.	38

CAPITULO III

3. Programa de estimulación temprana.	87
3.1. Generalidades.	87
3.2. Objetivos generales del programa.	89
3.3. Selección del paciente.	90
3.3.1. Criterios de inclusión.	90
3.3.2. Criterios de exclusión.	90
3.4. Objetivos generales del psicólogo clínico.	91
3.4.1. Objetivos específicos.	91
3.4.2. Método.	92
3.5. Recursos humanos.	95
3.6. Recursos materiales.	107
3.6.1. Area.	107
3.6.2. Equipo fijo.	108
3.6.3. Equipo semimóvil.	108
3.6.4. Equipo móvil.	110
3.6.5. Material.	110
3.7. Teoría.	111
3.8. Técnica.	115

CAPITULO IV

4. Algunos resultados del programa de estimulación temprana.	117
4.1. Resultados del trabajo desarrollado con los padres de familia.	123

CAPITULO V

5. Consideraciones sobre la función del psicólogo en el trabajo de rehabilitación.	138
Bibliografía.	146
Anexo I.	149
Anexo II.	154
Anexo III.	158

Introducción

Desde que nace el niño, grandes cambios experimenta su desarrollo motor tanto en la etapa de crecimiento como en la maduración del mismo. El desarrollo normal de la motricidad no es sino el despliegue gradual de las aptitudes latentes en él. Los primeros movimientos elementales del recién nacido van cambiando y adquiriendo complejidad y variación, etapa tras etapa, los logros iniciales se modifican, se perfeccionan y se adaptan para integrarse en patrones de movilidad y destreza más finos y más selectivos. Los cambios más grandes y acelerados ocurren en los primeros 18 meses de la vida, lapso en que se cumplen las etapas más fundamentales e importantes. Al año y medio, en efecto, el niño se incorpora venciendo a la fuerza de gravedad, camina con cierto equilibrio y emplea sus manos para sostenerse y manipular, aunque todavía con cierta torpeza. Muchas cosas no puede hacer todavía, pero las irá aprendiendo para modificar sus actividades a futuro.

Es importante señalar que educar, es ayudar al niño a desarrollar en forma organizada y eficaz sus capacidades naturales, con acciones acordes a la edad y funcionalidad del medio en que se desenvuelve.

La evolución del ser humano en su vida emocional, intelectual y social coincide con cambios en el tamaño, composición y desaparición de rasgos fisiológicos. En términos generales, el niño se caracteriza por una variación en la tasa de crecimiento y desarrollo de las destrezas motrices especialmente en las áreas de coordinación motora gruesa y fina; movimientos oculares y manuales para alcanzar y manipular objetos; formas de comunicación visible y audible y las reacciones personales del niño ante la cultura social del medio en el cual vive. El niño debe ser expuesto progresivamente a un medio cultural favorable para que aproveche las oportunidades de apreciar sus habilidades, pues la realidad social es una parte del medio donde cada niño crece.

Sin embargo, por causas prenatales, perinatales o postnatales, no todos los niños nacen o crecen con estas posibilidades de desarrollo, aquí es importante hablar de los infantes con parálisis cerebral, los cuales en un gran porcentaje no son motivo de atención especializada, ya sea por desconocimiento de los padres respecto a esta necesidad o por la falta de este servicio por parte de las instituciones de salud pública o privada. Es por ello que el Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación, estableció un programa de estimulación múltiple para brindar ayuda a los niños con parálisis cerebral, y cuyo antecedente se remonta al año de 1975.

En este programa la estimulación temprana, se concibe como el conjunto de acciones llevadas a cabo por un equipo multidisciplinario, formado por médicos en rehabilitación, un psicólogo clínico, terapistas físicos, ocupacionales y de lenguaje y una trabajadora social, cuyos conocimientos se complementan intentando replicar las funciones interactivas del cerebro, tomando en cuenta que toda la información que llega de manera separada, se complementa y al integrarse da como resultado concepciones abstractas que permiten la supervivencia del niño afectado.

El presente trabajo tiene como objetivo, el describir y analizar la función que cumple el psicólogo dentro de este tipo de programas; para ello primeramente se definirá la parálisis cerebral, su etiología, clasificación, grados de discapacidades y los tipos que existen; además de mencionar las etapas de desarrollo infantil de acuerdo a Gessel así como los factores que influyen en lo que se denomina riesgo neurológico. Continuando con la exposición de los antecedentes históricos del Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación, describiendo las funciones correspondientes a cada área del servicio, de acuerdo al organigrama vigente, con base en el cual se definirá el rol que el psicólogo clínico ocupa en dicha institución.

Para continuar, se describirá la participación del psicólogo en el programa de estimulación temprana, desarrollado en la institución de referencia; unido a ese programa se señalarán las actividades, de orientación y apoyo psicológico que se brinda a los padres, a partir de pláticas sobre temas referentes al cuidado y manejo del niño con parálisis cerebral.

Se presentarán también, a manera de evaluación del programa, algunos logros obtenidos, durante un año de trabajo. Como parte final del trabajo, se hará una crítica a la labor del psicólogo, mencionando algunas propuestas, que permitirán optimizar el trabajo del psicólogo dentro de este programa.

Es válido señalar que el tiempo en que se aplicó el programa, fue de un año, y considerando que la rehabilitación del niño con parálisis cerebral, requiere de más tiempo, así como de la asistencia apropiada, los resultados que se presentan y su respectivo análisis no constituyen nada definitivo y sí una situación particular en cuanto a resultados derivados de la aplicación de este programa.

CAPITULO I

1. La parálisis cerebral infantil.

1.1. Aspectos conceptuales de la parálisis cerebral.

El desarrollo del niño con parálisis cerebral, no sólo se retrasa, sino que sigue cauces anormales. En los casos severos, o sea en niños cuyo compromiso toma a todo el cuerpo, el cambio puede ser escaso o nulo por largo tiempo o el desarrollo puede detenerse por completo en una etapa muy temprana. Además, mientras que los patrones motores del niño normal se modifican con mayor celeridad y profundidad hasta los 5 años, más o menos, las actividades del paralítico cerebral son más lentas pero pueden persistir hasta la adolescencia y también después. Esto sucede en particular en el caso de algunos atetoides y en niños atáxicos que conservan su movilidad y no adquieren contracturas ni deformidades con facilidad. (Bobath y Bobath, 1991).

La parálisis cerebral es un padecimiento que ha existido desde tiempos muy remotos, aunque no es sino hasta los últimos años cuando se le ha definido. La encontramos claramente delineada por primera vez, en 1862 por W. J. Little su descubridor, quien la establece como "un desorden motor aparecido antes de los

tres años de edad, debido a una lesión neurológica no progresiva que interfiere en el desarrollo del cerebro". (Rusk Howard, 1991).

El Dr. W. Phelps (1937) la describe como "un síndrome caracterizado por trastornos motores y otros problemas asociados como resultado de una encefalopatía estática. El diagnóstico implica la presencia de una lesión cerebral no progresiva de causa prenatal, perinatal o postnatal en la infancia".¹

Una de las definiciones más aceptadas, usada ampliamente en la Gran Bretaña, la establece "La parálisis cerebral es un desorden persistente de los movimientos y/o de 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 (antes de los 8 años)". (Licht. Sidney, 1970)

La definición que más se acerca y que parece más completa, es la que la refiere como "una lesión irreversible, no progresiva del S.N.C. en un cerebro inmaduro, originada durante las etapas prenatal, natal o postnatal (edad temprana) que trae como consecuencia trastornos motrices (movimiento, postura), apraxia, problemas del lenguaje y el habla (disartria, afasia, etc.), convulsiones, deterioro de las

¹ Tomado del Diccionario Enciclopédico de Educación Especial (1986). Edit. Santillana, Mex., D.F., 1ra. Edic.

funciones intelectuales y problemas de aprendizaje, defectos perceptuales, defectos sensoriales (auditivos y visuales), problemas emocionales, conductuales y de personalidad". (Valdez Fuentes, 1988).

La frecuencia de la parálisis cerebral, se ha estimado por varios investigadores en varios países en una variante entre 0.6 y 5.9 por 1,000 nacimientos. (Jones Margaret, 1975). Según datos disponibles, en México existen 316,595 lisiados del sistema musculoesquelético, lo que corresponde a una tasa de 596 por cada 100,000 habitantes (Ibarra, et al). Ello se traduce en una incidencia que, comparativamente con otros tipos de atipicidades, es una de las más numerosas; de hecho, según datos registrados en los hospitales infantiles, todos los tipos de enfermedades se presentan con una frecuencia casi, igual, a excepción de la invalidez por problemas musculoesqueléticos que forman el mayor número de casos de invalidez. (Guevara y Lara, 1993)

1.2. Factores etiológicos de la parálisis cerebral.

Cualquier agresión capaz de producir una lesión cerebral antes de los tres años de vida y cuya consecuencia no fuese progresiva, podría ser causa de parálisis cerebral en el sentido amplio. Pero una lesión cerebral produce una multiplicidad

de síntomas diversos, según su localización y extensión. Además, las causas que la originan se clasifican en prenatales, perinatales y postnatales, según Valdez Fuentes:

1.3. Causas prenatales.

1. Factores hereditarios: La patología transmitida principia desarrollando defectos en los núcleos basales y sus vías transmitidas genéticamente con síntomas presentes en el momento del nacimiento o poco después: atetosis familiar o atetosis hereditaria, temblores congénitos, paraplejía espástica familiar, diplejias atónicas, rigidez familiar.

2. Adquiridos durante la gestación en el útero:

a) Radiaciones durante el primer trimestre.

b) Padecimientos infecciosos de la madre entre el segundo y cuarto mes, infección prenatal: rubéola, toxoplasmosis, parotiditis, sarampión, varicela, herpes zoster, influenza y sífilis (principalmente rubéola y toxoplasmosis).

c) Anoxia prenatal:

1. Anoxia de la madre.
2. Anomalías del cordón.
3. Hipotensión severa materna.
4. Anemia materna grave.
5. Aspiración de monóxido de carbono por la madre.
6. Infartos placentarios.
7. Patología y anormalidades de la placenta: placenta previa, desarrollo placentario deficiente, sangrado.

3. Hemorragia durante el embarazo (durante las primeras 20 semanas).

4. Hemorragia cerebral fetal (en el producto, generalmente microhemorragias), producida por:

- a) Toxemia gravídica del embarazo.
- b) Traumatismo (trauma directo).
- c) Diátesis hemorrágica materna (diátesis = tendencia constitucional o hereditaria a adquirir determinada enfermedad o trastorno).
- d) Anoxia prolongada.

e) Discrasia sanguínea de la madre (discrasia = cocoquímia-contaminación de los humores normales y caquexia-extrema desnutrición).

5. Factor Rh, causa de Kernicterus. Enfermedad hemolítica del recién nacido. Hiperbilirrubinemia. Incompatibilidad sanguínea.

6. Trastornos del metabolismo durante el embarazo, especialmente diabetes mellitus materna.

7. Exposición excesiva a los rayos X y exposición a las radiaciones durante la gestación.

8. Prematurez.

9. Predisposición al aborto.

10. Toxemia materna (preeclampsia).

11. Desnutrición materna.

1.4. Causas perinatales o natales.

Desde el comienzo del parto hasta la viabilidad del feto:

A. Mecánica (accidentes gineco-obstétricos):

1. Parto prolongado: doce horas primípara; ocho horas múltipara.

2. Factores mecánicos dependiendo sobre todo el tipo de parto:

- a) compresión de cabeza.
- b) compresión de tórax.
- c) aplicación inadecuada del fórceps.
- d) fractura de fórceps.
- e) cesárea de urgencia.
- f) inducción con ocitócicos.
- g) maniobra de extracción.
- h) expulsión demasiado rápida.
- i) todas las distocias (partos laboriosos o difíciles) capaces de producir sufrimiento fetal.

B. Anoxia neonatorum o anoxia perinatal:

1. Durante el curso del parto.

2. Anestesia de la madre.

3. Parto prolongado por canal inadecuado (estrecho).

4. Inercia uterina.

5. Excesiva presión por fórceps.

6. Obstrucción mecánica respiratoria:

a) cianosis-coloración azulada de la piel por falta de oxígeno en la sangre;

b) atelectasia o neumonía congénita y membrana hialina (atelectasia = colapso parcial o total de un pulmón).

7. Mal uso de analgésicos y anestésicos. Narcotismo: medicamentos tranquilizantes, sedantes y anestésicos administrados a la madre durante el parto:

- a) sobredosis.
- b) idiosincrasia.

8. Placenta previa o desprendimiento de la placenta.

9. Anoxia o hipertensión pronunciada maternas, por ejemplo, raquianestesia.

10. Partos en presentación de nalgas con retención de la cabeza.

1.5. Causas postnatales.

1. Traumatismos craneanos:

- a) contusiones cerebrales: lesiones superficiales que con frecuencia dan lugar a un hematoma.
- b) fractura de cráneo.
- c) hematoma subdural: coágulo de sangre dentro de los tejidos que se forman como resultado de un accidente o cirugía.
- d) fracturas por accidentes automovilísticos, deportes, etc.

2. Infecciones:

Enfermedades infecciosas durante los primeros meses o años:

- a) encefalitis.
- b) meningitis (piamadre-membrana interna, aracnoides-membrana intermedia, duramadre-membrana externa).
- c) tosferina.
- d) sarampión.
- e) escarlatina.
- f) neumonías.
- g) agudas (sífilis, granulomas, abscesos cerebrales).

3. Intoxicaciones (factores tóxicos):

- a) plomo.
- b) arsénico.
- c) kernictero de diversas causas.

4. Accidentes vasculares más frecuentes en el adulto:

- a) hemorragia.
- b) embolia: obstrucción de una arteria o vena por una partícula (émbolo) arrastrada por la corriente sanguínea. Esta partícula puede ser de grasa, un

coágulo de sangre (trombo) tejido infectado, cúmulo de células cancerosas o una burbuja de aire.

c) trombosis-formación de un coágulo (trombo) en una arteria o vena. Cuando el trombo se desprende de su lugar de formación original, recibe el nombre de émbolo.

5. Anoxias:

a) anoxia cerebral-intoxicación por monóxido de carbono.

b) estrangulación.

c) anoxia por gran altitud y por baja presión.

d) anoxias accidentales pasajeras.

e) hipoglucemia.

6. Neoplasias cerebrales o tumores cerebrales, congénitos o adquiridos.

7. Secuelas debidas a incompatibilidad del factor Rh.

8. Anomalías de desarrollo tardío.

Existen diferentes tipos de parálisis cerebral que son clasificados de diversas formas; según su fisiología, ubicando la lesión en determinadas estructuras nerviosas motoras; según su topografía, es decir, según las partes del cuerpo más afectadas; una clasificación según el grado de discapacidad y de terapia de cada caso individual requiera. Frecuentemente los tipos de parálisis cerebral no se presentan con sus características en forma pura, sino que existen combinaciones de éstas con predominio de uno de los componentes, por ejemplo: espasticidad con atetosis.

1.6. Clasificaciones de la parálisis cerebral

I. Clasificación fisiológica (motor).

a) Espasticidad (vía piramidal) 50 por ciento al 69 por ciento.

b) Atetosis (vía extrapiramidal) 22 por ciento al 25 por ciento.

1) con tensión.

2) sin tensión.

3) distonía.

4) temblor.

- c) Rigidez (estructuras extrapiramidales) 15 por ciento.
- d) Ataxia (cerebelo) 2.6 por ciento al 9 por ciento:
- e) Temblor (de reposo o intencional) 1 por ciento.
- f) Atonía (raro).
- g) Mixto (mezcla de distintos tipos) 1 por ciento al 3.2. por ciento.
- h) Inclasificable 2.3 por ciento.

II. Clasificación topográfica.

PARESIA: relajación, debilidad (parálisis parcial)

PLEJIA: pérdida del movimiento (parálisis total)

Cada nombre puede terminar en paresia o plejía según el grado de parálisis:

- a) Monoplejía o monoparesia: un solo miembro.
- b) Paraplejía o paraparesia: las dos piernas.
- c) Hemiplejía o hemiparesia: medio cuerpo (unilateral).
- d) Cuadriplejía (tetraplejía) o cudriparesia: cuatro extremidades.
- e) Triplejía o tri paresia: tres extremidades
- f) Diplejía o diparesia: dos miembros inferiores o superiores.

- g) Doble hemiplejía o doble hemiparesia: cuatro extremidades, miembros superiores más afectados.

III. Clasificación suplementaria.

a) Evaluación psicológica: grado de deficiencia mental si existe.

b) estado físico:

- 1) Evaluación del crecimiento físico.
- 2) Nivel de desarrollo psicomotor (Gessel).
- 3) Edad ósea.
- 4) Contracturas.

c) Crisis convulsivas.

d) Patrones de conducta y postura locomotora.

e) Patrones de conducta y ojo-mano (coordinación):

- 1) Dominancia de ojos.
- 2) Movimientos oculares.
- 3) Posturas oculares.
- 4) Fijación.
- 5) Convergencia.
- 6) Manipulación.

7) Dominancia de la mano.

f) Estado visual:

1) Sensorial (ambliopía, defectos del campo visual).

2) Estado motor: desviaciones conjugadas de los defectos motores, defectos de fijación, espasmos de fijación, estrabismo, esotropía, hipertropía, hipotropía, nistagmus, pseudoparálisis del motor ocular externo (VI par craneal).

g) Estado auditivo: sensibilidad al sonido:

i) Hiperacusia.

ii) Hipoacusia.

h) Trastornos del lenguaje: afasia, disartria, ecolalia, agrafia, disgrafia, alexia, agnosias, etc.

IV. Clasificación según el grado de discapacidad funcional y su requerimiento terapéutico.

Clase 1. MUY LEVE: prácticamente sin limitación de la actividad. Sin necesidad de tratamiento. Diez por ciento del total de los niños con PC.

Clase 2. LEVE: con ligera o moderada limitación de la actividad; con necesidad de un mínimo de terapia y ayuda.

Clase 3. MODERADA: con limitación de la actividad que va desde moderada hasta alta; necesita ayuda y aparatos, así como la asistencia de los servicios de tratamiento.

Clase 4. SEVERA: discapacitados para desarrollar cualquier actividad física útil, requieren una institucionalización por largo tiempo para su rehabilitación. 10 por ciento del total.

Las clases 2 y 3 representan el 80 por ciento restante de los pacientes con PC.; las parálisis cerebrales espástica, atetoide, atáxica y rígida son los tipos (fisiológicos) más frecuentes.

Después de haber descrito lo referente a la parálisis cerebral, ahora me referiré a los factores que influyen en el alto riesgo neurológico. Primeramente debe ser definido "alto riesgo neurológico", entendiéndose como tal a aquel que pone en peligro ya sea la vida de la madre, del producto o de ambos; existiendo factores predisponentes y precipitantes prenatales y postnatales en la aparición de alteraciones neuromotoras, la presencia de sólo alguno de estos factores es suficiente para denominar al neonato como de alto riesgo.

Según García Vázquez y colaboradores (1992) estos factores son:

1.7. Factores predisponentes:

Nacimiento prematuro.

Embarazo gemelar.

Macrosómico.

Edad de la madre (menor de 18 ó mayor de 35).

Numero de embarazo de procedencia.

Complicaciones del embarazo (toxemia, retaso en el desarrollo psicomotor, diabetes gestacional, etc).

Complicaciones en embarazos previos.

1.8. Factores precipitantes:

Prenatales:

Hereditarios.

No hereditarios (debido a infecciones y metabolismo de la madre).

Eritoblastosis fetal.

Exceso de Rx o radiaciones.

Toxoplasmosis.

Sufrimiento fetal crónico.

Baja reserva fetal.

Postnatales:

Traumatismo craneoencefálico.

Infecciones(meningoencefalítis).

Neoplasias y estados degenerativos del cerebro.

A. V.C (aneurisma congénito).

Encefalopatías tóxicas.

1.9. Las Esferas de Gessel.

A continuación mencionaré las cuatro esferas de Gessel (1946), pues en base a este test (diagnóstico del desarrollo normal y anormal del niño), se evaluó el desarrollo psicomotor de los pacientes a tratar

El desarrollo de un niño puede ser revelado por la forma como se comporta; comportamiento o conducta son términos adecuados para todas sus reacciones, sean ellas reflejas, voluntarias, espontáneas o aprendidas.

Así como el cuerpo crece, la conducta evoluciona. El niño es un sistema de acción en crecimiento. Adquiere su pensamiento por el mismo camino que adquiere su cuerpo: a través del proceso de desarrollo. A medida que el sistema nervioso se modifica bajo la acción del crecimiento, la conducta se diferencia y cambia.

El crecimiento es, por lo tanto, un proceso de moldeamiento. Formas o modos de conducta o comportamiento son expresiones adecuadas y que a menudo se encuentran útiles.

Un modo de conducta es simplemente, una definida respuesta del sistema neuro-muscular ante una situación específica.

Debido a que la construcción del sistema - de - acción que es el niño, se halla determinada por fuerzas regidas por leyes, puede utilizarse el desarrollo como elemento diagnóstico. Los modos de comportamiento no son arbitrarios ni

secundarias manifestaciones accidentales: constituyen auténticos resultados de un proceso integral de desarrollo que se realiza con ordenada sucesión.

Adquiere su forma a medida y de la misma manera que se configuran las estructuras subyacentes. Ya en el período fetal comienzan a asumir sus formas características en razón de que los órganos del cuerpo adquieren formas que también le son peculiares.

A lo largo de toda la infancia la misma morfogénesis está en acción, creando nuevas formas de conducta, modos nuevos y más avanzados. Estas formas constituyen síntomas que indican la madurez del sistema nervioso.

El organismo humano es un complicado sistema - de - acción, y un diagnóstico evolutivo adecuado requiere el examen de cuatro campos de conducta, representativos de los diferentes aspectos del crecimiento. Estos cuatro aspectos más destacados son:

1. Conducta motriz. Aquí se consideran tanto los grandes movimientos corporales como las más finas coordinaciones motrices: reacciones posturales, mantenimiento de la cabeza, sentarse, pararse, gateo, marcha, forma de aproximarse a un objeto, de asirlo y de manejarlo.

2. Conducta adaptativa. Esta se refiere a las más delicadas adaptaciones sensorio-motrices ante objetos y situaciones. La coordinación de movimientos oculares y manuales para alcanzar y manipular objetos, la habilidad para utilizar adecuadamente la dotación motriz en la solución de problemas prácticos, la capacidad de realizar nuevas adaptaciones frente a los sencillos problemas que le sometemos.

3. Conducta del lenguaje. Incluye toda forma de comunicación visible y audible, sean gestos, movimientos posturales, vocalizaciones, palabras, frases u oraciones. además incluye imitación y comprensión de lo que expresan otras personas.

4. Conducta personal social. Comprende las reacciones personales del niño ante la cultura social del medio en el cual vive. Estas reacciones son tan múltiples y variadas, tan contingentes respecto del ambiente, que parecerían caer fuera del alcance del diagnóstico evolutivo. Pero aquí, como en otros aspectos, hallamos que el moldeamiento de la conducta está determinado fundamentalmente, por los factores intrínsecos del crecimiento.

CAPITULO II

2. El Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación.

2.1. Antecedentes históricos del Instituto.²

El desarrollo de la Medicina de Rehabilitación en México partió de la necesidad de dar atención médica a niños con secuelas de poliomielitis, en los tiempos en que ésta se presentaba en forma de brotes epidémicos en nuestro país en la década de los años cuarenta. Así en 1952 funda el Centro de Rehabilitación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, el que años más tarde se transforma en el Centro de Rehabilitación del Sistema Musculoesquelético.

Con el tiempo la demanda de servicio se incrementó y en forma paralela mejoran las técnicas de diagnóstico y tratamiento, se amplió el campo de atención a otro tipo de invalidez, se establecieron sistemas de enseñanza para especializar en rehabilitación a médicos y formar profesionales técnicos en las áreas de terapia

² Los datos que se mencionan a continuación fueron tomados del Manual de Organización del Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación, 1993 y de la Revista "Sociedad Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación, 1984; ambos documentos pueden ser consultados en el Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación.

física y ocupacional y prótesis y órtesis. Simultáneamente se iniciaron trabajos de investigación en diferentes campos relacionados con la rehabilitación y se instalaron programas de educación continúa.

Con base en lo anterior, el 12 de abril de 1976, por decreto presidencial se acordó la transformación del Centro, en Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación.

El Gobierno Federal, conforme al desarrollo que ha experimentado el país giró las disposiciones procedentes por la revisión y adecuación de los mecanismos de la Administración Pública, con el objeto de que los organismos públicos cumplan con mayor eficacia y eficiencia sus funciones, de esta manera se genera y establece la Ley General de Salud, que reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos de artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, para el acceso a los servicios de salud que contribuyan al ejercicio pleno de sus facultades, de la calidad de vida y al desarrollo social.

De conformidad con lo antes expresado, el 22 de diciembre de 1987 por acuerdo del C. Secretario de Salud, Dr. Guillermo Soberón, se reestructura el Instituto

Nacional de Medicina de Rehabilitación a fin de agilizar sus operaciones sustantivas y actividades administrativas que le son propias.

En virtud de que tanto el Plan Nacional de Desarrollo como el Programa Nacional de Salud prevén la desconcentración y descentralización como instrumentos para el desarrollo eficiente de la Administración Pública Federal, y que la desconcentración como estrategia administrativa permite dotar al órgano desconcentrado de autonomía operativa, asignándole la cobertura de una determinada área de atención o servicio.

El Ejecutivo Federal emitió con fecha 29 de julio de 1988, un decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación del 15 de agosto del mismo año, por el cual el Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación asume el carácter de órgano administrativo desconcentrado por función, jerárquicamente subordinado a la Secretaría de Salud y con autonomía operativa.

2.2. Marco jurídico.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos:

D.O. 05-II-1917

Leyes

Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado:

D.O. 28-XII-1963

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal:

D.O. 29-XII-1976

Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado:

D.O. 27-XII-1983

Ley General de Salud:

D.O. 07-II-1984

Reglamentos

Reglamentos de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud:

D.O. 23-XII-1986

Reglamento Interior de la Secretaría de Salud:

D.O. 23-IX-1983

Decretos:

Decretos por el que se adiciona con un párrafo penúltimo el Artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos:

D.O. 03-II-1983

Decreto del Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación:

D.O. 15-VIII-1988

Acuerdos:

Acuerdo número 55 por el que se integran los Patronatos en las Unidades Hospitalarias de la Secretaría de Salud:

D.O. 17-III-1956

Norma Técnica sin número para la prestación de Servicios de Rehabilitación de inválidos:

D.O. 01-X-1986

Acuerdo número 76 por el que reestructura el Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación:

D.O. 22-XII-1987

2.3. Atribuciones.

Dentro del manual de organización del instituto, se encuentran contenidas las atribuciones, otorgadas por decreto, publicado en el Diario Oficial de la Federación del 15 de agosto de 1988, el cual en su artículo 2º, establece: "para el cumplimiento de sus fines, el Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación tendrá las siguientes atribuciones:

I.- Proporcionar atención médica especializada de alto nivel en materia de rehabilitación, conforme a las normas técnicas que emita la Secretaría de Salud;

II.- Formular y efectuar programas de prestación de servicios especializados en materia de Terapia Física, Terapia Ocupacional, Terapia de Lenguaje, Prótesis y Ortesis y otros de apoyo:

III.- Operar los recursos inherentes a la prestación de los servicios referidos en las fracciones anteriores, de conformidad con las normas, políticas y procedimientos establecidos por las unidades competentes de la Secretaría de Salud;

IV.- Coordinarse con otras unidades competentes de la Secretaría de Salud, para establecer y mantener congruencia y racionalidad de acciones y programas;

V.- Elaborar y ejecutar programas de investigación básica y aplicada en las disciplinas que atiende el Instituto, cumpliendo con las disciplinas legales y las normas que emitan las unidades competentes de la Secretaría;

VI.- Realizar programas generales y específicos para la formación de recursos humanos especializados para la Salud en materia de Rehabilitación, en coordinación con las instituciones de educación superior;

VII.- Elaborar y ejecutar programas de capacitación y adiestramiento al personal profesional, técnico y auxiliar en el campo de rehabilitación;

VIII.- Fomentar la coordinación y el intercambio con instituciones de salud y enseñanza superior, tanto del país como internacionales en el ámbito de su competencia, y

IX.- Las demás que le confieren las disposiciones legales y las que le delegue el Secretario de Salud”.

2.4. Descripción de funciones.

Junta Directiva.

Aprobar los planes de labores, los programas, los presupuestos, informes de actividades y estados financieros periódicos y someterlos a la consideración del Secretario de Salud y de las unidades competentes de la Secretaría, según corresponda su trámite subsecuente;

Proponer al Secretario de Salud el reglamento interno del Instituto, la organización general del mismo y los manuales necesarios de carácter administrativo;

Proponer al Secretario de Salud la terna para la designación del director y aprobar la designación de los servidores públicos de mandos de medios del órgano que proponga el director;

Vigilar el cumplimiento de las políticas y normas aplicables en materia de cuotas de recuperación, información en salud, enseñanza, investigación, superación profesional y técnica y otras similares;

Designar a los miembros integrantes de las comisiones de investigación, de ética y de bioseguridad, que funcionen en el Instituto a propuesta del director;

Autorizar la asignación y aplicación de aquellos recursos que hayan sido captados por el Instituto a través de donativos, con sujeción a la normativa que fije la Secretaría;

Elaborar y someter a la consideración del Secretario de Salud para su aprobación en su caso, el proyecto de reglas internas de operación de la Junta Directiva y del Consejo Técnico Consultivo;

Las demás que sean necesarias para el ejercicio de las anteriores.

Patronato.

Apoyar las actividades del Instituto y formular sugerencias tendientes a su mejor desempeño:

Alentar la oportuna y cabal participación de la comunidad en acciones y servicios que presta el Instituto;

Contribuir a la obtención de recursos que permitan el mejoramiento de los servicios del Instituto y el cumplimiento cabal de sus atribuciones;

Las demás que le confiera la Junta Directiva.

Consejo técnico consultivo

Asesorar al Director del Instituto en asuntos de carácter técnico;

Proponer al director la adopción de medidas de orden general tendientes al mejoramiento técnico, administrativos y operacional del Instituto;

Opinar sobre los programas de enseñanza e investigación del Instituto;

Las demás que le confiera el director por acuerdo de la Junta Directiva.

Dirección.

Objetivo:

Proporcionar atención médica especializada a pacientes que sufren secuelas invalidantes de los diferentes aparatos y sistemas, así como formar especialistas y técnicos en Medicina de Rehabilitación e impulsar las investigaciones necesarias en este campo.

Funciones:

Planear, dirigir, controlar y evaluar los programas de atención médica en materia de Medicina de Rehabilitación, de acuerdo a las políticas y estrategias que determine la Secretaría de Salud;

Promover, dirigir y controlar las acciones en materia de investigación y enseñanza relativas a la Medicina de Rehabilitación, conforme a la normatividad, que para el efecto establezcan las unidades administrativas competentes de la Secretaría de Salud;

Establecer coordinación e intercambios con los establecimientos y Instituciones de Salud que desarrollen programas afines de atención médica y de enseñanza e investigación, tanto nacionales y extranjeros;

Adecuar el funcionamiento del Instituto a la normatividad emitida por las instancias superiores de la Secretaría;

Dirigir y controlar la administración de los recursos humanos, financieros y materiales asignados a la institución;

Celebrar los convenios, contratos y acto jurídicos que sean indispensables para el cumplimiento del Objetivo del Instituto;

Establecer políticas y estrategias para los programas de modernización de las áreas sustantivas y administrativas del Instituto.

Subdirección médica.

Objetivo:

Lograr el desarrollo integral y armónico de los programas y acciones sustantivas que Instituto debe llevar a cabo para cumplir con sus objetivos asistenciales en materia de Medicina de Rehabilitación.

Funciones:

Formular y desarrollar el programa del Instituto en materia de Medicina de Rehabilitación, de terapias, de auxiliares de diagnóstico y paramédicos;

Supervisar el cumplimiento de la normatividad emitida por las instancias del nivel superior;

Establecer y controlar los mecanismos de supervisión de las actividades y el cumplimiento de los programas y las metas establecidas;

Participar con la subdirección de enseñanza e investigación en los proyectos respectivos que se requieran;

Apoyar la implantación de normas, políticas, manuales de procedimientos e instructivos para la prestación de los servicios.

División de medicina de rehabilitación.

Objetivo:

Organizar y dirigir el desarrollo de las actividades relacionadas con la atención médica especializada en Medicina de Rehabilitación en sus diferentes servicios.

Funciones:

Coordinar el desarrollo de las actividades médicas con áreas afines paramédicas, especialidades de apoyo y administración.

Planear la consulta externa de Medicina de Rehabilitación en sus diferentes servicios, en base a la capacidad de los recursos médicos, áreas físicas y materiales instalados;

Formular y efectuar programas de prestación de servicios de Medicina de Rehabilitación en los servicios que conforman la división, como los servicios de rehabilitación neurológica, pediátrica, ortopédica y cardio-respiratoria;

Coordinar las actividades de apoyo para las áreas de enseñanza y de investigación;

Evaluar el desarrollo del programa de atención médica y el establecimiento de las metas programadas;

Evaluar la ejecución de normas establecidas en la valoración de pacientes para determinar el diagnóstico integral de su invalidez y el pronóstico de rehabilitación;

Delegar responsabilidades a los jefes de servicio en rehabilitación ortopédica, pediátrica, neurológica y cardio-respiratoria, para brindar mejor atención al paciente;

Promover la actualización y capacitación del personal médico;

Supervisar que la ejecución de las actividades se realice conforme a las normas establecidas, destacar omisiones, errores o desviaciones y establecer las medidas correctivas conducentes;

Supervisar la ejecución e implantación de manuales de procedimientos e instructivo en el área de Medicina de Rehabilitación en cada uno de los servicios.

Servicio de rehabilitación neurológica.

Objetivo:

Ejecutar las normas establecidas en la valoración de los pacientes, para determinar el diagnóstico integral de su invalidez y el pronóstico de rehabilitación;

Funciones:

Establecer el programa terapéutico de rehabilitación de los pacientes, con base en las normas vigentes y vigilar su cumplimiento;

Participar en las acciones de formación de personal médico y técnico, así como las concernientes a educación continua e investigación del Instituto;

Promover las acciones de educación para prevención de invalideces;

Supervisar y evaluar los resultados de la atención médica prestada a los usuarios.

Servicio de rehabilitación pediátrica.

Objetivo:

Proporcionar atención médica en materia de rehabilitación pediátrica a la población demandante, conforme a la normas emitidas.

Funciones:

Realizar acciones de educación para detección y prevención de invalideces;

Ejecutar las normas establecidas en la valoración de los pacientes, para determinar el diagnóstico integral de su invalidez, su evolución en su neurodesarrollo, así como el pronóstico de rehabilitación;

Establecer el programa terapéutico de rehabilitación de los pacientes, con base en las normas vigentes y vigilar su cumplimiento;

Participar en las acciones de formación de personal médico y técnico, así como en la concernientes a educación continúa e investigación del Instituto;

Coordinar la intervención de áreas afines al tratamiento integral de rehabilitación y especialidades médicas.- ortopedia, genética, comunicación humana, psicología y educación especial;

Supervisar y evaluar los resultados de la atención médica a los usuarios.

Servicio de rehabilitación ortopédica.

Objetivo:

Otorgar atención médica en materia de rehabilitación ortopédica a la población demandante con problemas musculoesqueléticos, conforme a las normas emitidas.

Funciones:

Ejecutar las normas establecidas en la evaluación de los pacientes, para determinar el diagnóstico integral de su invalidez, así como el pronóstico de rehabilitación;

Establecer programas terapéutico de rehabilitación de los pacientes, con base a las normas vigentes y vigilar su cumplimiento;

Participar en las acciones de formación de persona médico y técnico, así como en las concernientes a educación continua e investigación del Instituto;

Supervisar y evaluar los resultados de la atención otorgada a la población demandante.

Servicio de rehabilitación cardio-respiratoria.

Objetivo:

Realizar la valoración cardio-vascular y establecer el diagnóstico en materia de invalidez y rehabilitación cardio-respiratoria.

Funciones:

Establecer el programa terapéutico de rehabilitación cardíaca y respiratoria en coordinación con el servicio de Medicina de Rehabilitación;

Organizar actividades académicas y de capacitación en materia de rehabilitación cardio-respiratoria para el personal médico, y técnico del Instituto;

Apoyar y participar en las actividades de investigación que se realicen en el Instituto.

División de terapias.

Objetivo:

Formular y efectuar programas de prestación de servicios en relación con terapia física, terapia ocupacional, terapia de lenguaje y rehabilitación cardio-respiratoria.

Funciones:

Supervisar que la ejecución de las actividades se realice conforme a las normas establecidas, detectar omisiones, errores o desviaciones y establecer las medidas correctivas conducentes;

Evaluar el desarrollo de los programas y el establecimiento de las metas programadas;

Supervisar la elaboración e implantación de manuales de procedimientos e instructivos en el ámbito de su competencia;

Planear las actividades de apoyo para las áreas de investigación y enseñanza.

Servicio de terapia física.

Objetivo:

Proporcionar la atención técnica especializada de terapia física a pacientes con alteraciones neuromusculares, conforme a las indicaciones médicas y programas establecidos.

Funciones:

Aplicar adecuadamente las técnicas de mecanoterapia, electroterapia e hidroterapia, de acuerdo a las indicaciones prescritas por el médico de rehabilitación;

Participar en la formación de recursos humanos, médicos y técnicos, en las técnicas de mecanoterapia, electroterapia e hidroterapia;

Diseñar programas de casa para el paciente que lo requiera, bajo la asesoría del médico de rehabilitación;

Participar en las actividades de docencia en la formación de recursos humanos técnicos;

Participar en los programas de estimulación múltiple temprana, plasticidad cerebral y rehabilitación cardíaco-respiratoria.

Servicio de terapia ocupacional.

Objetivo:

Proporcionar la atención técnica especializada de terapia ocupacional a pacientes, de acuerdo al diagnóstico e indicaciones prescritas por el médico de rehabilitación;

Evaluar las actividades de la vida diaria del paciente y entrenar las deficientes conjuntamente con las indicaciones del médico;

Diseñar programas de casa para el paciente que lo requiera, bajo la asesoría del médico de rehabilitación;

Participar en las actividades de docencia, en la formación de recursos humanos, médicos y técnicos;

Participar en los programas de estimulación múltiple temprana, plasticidad cerebral y rehabilitación cardio-respiratoria.

Servicio de terapia de lenguaje.

Objetivo:

Brindar atención especializada a pacientes con problemas de voz, lenguaje, aprendizaje y audición.

Funciones:

Aplicar las técnicas adecuadas a los problemas de integración y expresión a pacientes, de acuerdo a las indicaciones prescritas por el médico de rehabilitación;

Diseñar programas de casa para el paciente que lo requiera, bajo la asesoría del médico de comunicación humana;

Participar en los programas de estimulación múltiple temprana y de plasticidad cerebral;

Participar en las actividades de docencia, en la formación de recursos humanos, médicos y técnicos.

Servicio de terapia cardio-respiratoria.

Objetivo:

Realizar la valoración cardio-respiratoria de los pacientes y establecer el diagnóstico de invalidez, formulando un programa de rehabilitación.

Funciones:

Establecer el plan terapéutico de rehabilitación cardio-respiratoria en coordinación con el servicio de rehabilitación cardio-respiratoria;

Reforzar los programas para el manejo de pacientes con enfermedad broncopulmonar obstructiva crónica;

Establecer programas para el manejo de pacientes con problemas de tabaquismo;

Participar en las acciones de formación del personal médico y técnico en rehabilitación;

Apoyar las actividades en las áreas de enseñanza e investigación.

División de auxiliares de diagnóstico.

Objetivo:

Organizar y dirigir los servicios de radiología, tomografía axial computarizada, electromiografía, potenciales evocados, electroencefalografía y neuro-urodinamia.

Funciones:

Coordinar la elaboración e implantación de lineamientos, manuales de procedimientos e instructivos en el ámbito de su competencia y control estadístico y computarizado;

Supervisar que las actividades de los servicios se realicen de acuerdo a los lineamientos y normas establecidos;

Evaluar el desarrollo de las actividades y el cumplimiento de las metas programadas;

Participar en los programas de enseñanza e investigación, en coordinación con la subdirección competente del Instituto.

Servicio de radiología.

Objetivo:

Realizar los estudios radiológicos indicados por el cuerpo médico adscrito al Instituto, en apoyo al diagnóstico y tratamiento de los pacientes.

Funciones:

Valorar los resultados de los estudios realizados;

Cumplir con la norma y procedimientos establecidos para seguridad del personal que maneja equipo de radiodiagnóstico;

Participar en los programas de formación y desarrollo de recursos humanos;

Participar en los proyectos de investigación promovidos por la subdirección de enseñanza e investigación.

Servicio de electrodiagnóstico.

Objetivo:

Programar y realizar estudios de electromiografía, electroencefalografía y potenciales evocados.

Funciones:

Informar al cuerpo médico de los resultados de diagnóstico y pronóstico obtenido a través del expediente clínico;

Participar en los programas de capacitación y adiestramiento del personal médico en electromiografía y velocidades de conducción nerviosa y sensitiva y potenciales evocados somatosensoriales;

Participar en los programas de capacitación y adiestramiento del personal médico y técnico en electroencefalografía;

Participar en los programas de enseñanza e investigación que realiza el Instituto.

Servicio de neurourodinamia.

Objetivo:

Programar y realizar las valoraciones neuro-urológicas indicadas con el fin de valorar a los pacientes con mielopatía postraumáticas y congénita solicitados por el cuerpo médico.

Funciones:

Informar al médico acerca de la evaluación y función neurológica y los estudios de cistometría y urodinamia para diagnóstico y pronóstico;

Participar en los programas de capacitación y adiestramiento de personal médico adscrito al Instituto;

Participar en las actividades de apoyo para el área de investigación.

División de servicios paramédicos.

Objetivo:

Organizar y distribuir el desarrollo de las actividades relacionadas con los servicios de enfermería, trabajo social, registros hospitalarios y psicología.

Funciones:

Coordinar la elaboración e implantación de normas, políticas y manuales de procedimientos e instructivos en el ámbito de su competencia;

Supervisar que los servicios se otorguen conforme a las normas y lineamientos establecidos;

Evaluar el desarrollo de las actividades de los servicios que conformen esta división y vigilar el cumplimiento de los mismos, de acuerdo a las metas programadas:

Colaborar en los programas de enseñanza e investigación que realice el Instituto conforme a los lineamientos que establezca la subdirección competente.

Servicio de enfermería.

Objetivo:

Organizar el desarrollo de las actividades relacionadas con el servicio de enfermería.

Funciones:

Proporcionar la atención y cuidados de enfermería en rehabilitación a los pacientes del Instituto conforme a las técnicas y procedimientos establecidos;

Auxiliar al cuerpo médico del instituto para la atención adecuada de los pacientes;

Participar en los programas de enseñanza e investigación que realiza el Instituto.

Servicio de trabajo social.

Objetivo:

Otorgar atención en materia de asistencia social a toda la población demandante conforme a las normas establecidas.

Funciones:

Ejecutar las normas establecidas en la valoración social de los pacientes y sus familiares para contribuir en la determinación del diagnóstico integral de invalidez y el pronóstico de rehabilitación;

Realizar la clasificación socioeconómica de los pacientes para los efectos de aplicación de la cuota de recuperación que proceda;

Participar en el programa de educación para la salud a pacientes y familiares;

Gestionar y realizar el proceso de referencia y contrareferencia de pacientes con otras instituciones de salud;

Participar en los programas de enseñanza e investigación que realice el Instituto.

Servicio de registros hospitalarios.

Objetivo:

Coadyuvar a la eficiencia del Instituto a través de sus áreas de archivo clínico y estadística, para una buena atención de los usuarios demandantes.

Funciones:

Planear, organizar, integrar, dirigir y controlar los programas de las áreas de archivo clínico y estadística;

Coordinar permanentemente las relaciones con todas las áreas del Instituto, para determinar los sistemas de procedimientos de archivo clínico y estadística;

Supervisar la integración y control del expediente clínico de acuerdo a las normas establecidas;

Proporcionar la información estadística referente a la productividad y recursos existentes;

Participar en la elaboración de proyectos y programas del Instituto para la toma de decisiones, en base a la información que se genera;

Promover la capacitación y actualización del personal de archivo clínico y del servicio de estadística.

Servicio de psicología

Objetivo:

Realizar los estudios psicológicos a todos los pacientes que presenta alteraciones emocionales como consecuencia de su incapacidad o invalidez.

Funciones:

Elaborar diagnóstico, pronóstico y tratamiento a los pacientes contribuyendo a la valoración integral de los mismos, mediante estudios psicométricos de orientación vocacional y ocupacional, tanto individual como de grupo;

Detectar alteraciones emocionales con la finalidad de establecer las terapias requeridas para su rehabilitación integral;

Participar en la formación de médicos especialistas y técnicos en Medicina de Rehabilitación;

Participar en los programas especiales que se realizan en la Institución;

Contribuir a los proyectos de investigación promovidos por la subdirección de enseñanza e investigación.

Coordinación administrativa.

Objetivo:

Apoyar el funcionamiento de las áreas sustantivas del Instituto a través de la administración eficiente de los recursos financieros, humanos y materiales asignados.

Funciones:

Adaptar e instrumentar las normas, políticas, métodos y procedimientos para regular la administración de los recursos humanos, financieros, materiales, de servicios generales y mantenimiento en las áreas sustantivas y de apoyo del Instituto;

Dirigir y controlar y vigilar la gestión de los trámites relativos a la contratación, reenumeración, capacitación y desarrollo de personal, así como la aplicación y cumplimiento de las condiciones generales de trabajo;

Organizar y coordinar el desarrollo de actividades culturales, cívicas, sociales y recreativas para el personal del Instituto;

Coordinar, vigilar y controlar que el presupuesto autorizado para el Instituto se aplique conforme a las normas y procedimientos establecidos;

Dirigir la elaboración del programa -presupuesto y coordinar los proyectos de programas y presupuestos que le corresponden:

Dirigir, controlar y supervisar la operación de los estados contables y financieros del Instituto;

Dirigir y vigilar la elaboración de manuales de procedimientos administrativos;

Dirigir, controlar y supervisar la adquisición y abastecimientos del mobiliario, equipo y material de consumo que requieren las áreas del Instituto;

Dirigir, controlar y supervisar se proporcionen los servicios generales en apoyo al funcionamiento y desarrollo de programas del Instituto;

Programar y supervisar que se otorguen los servicios de -ingeniería y mantenimiento a los bienes muebles e inmuebles del Instituto.

Departamento de recursos humanos.

Objetivos:

Llevar a cabo de manera sistemática y conforme a la normatividad establecida las actividades relativas a la administración de personal, a fin de proporcionar el óptimo desarrollo organizacional que apoye el funcionamiento de las áreas sustantivas de la Institución.

Funciones:

Reclutar, seleccionar y controlar al personal idóneo de acuerdo a las necesidades del Instituto y conforme a las normas y lineamientos establecidos;

Tramitar, controlar y registrar los nombramientos, contrataciones, promociones, transferencias, publicaciones, comisiones, suspensiones, licencias, permutas y bajas del personal, de conformidad con los ordenamientos legales aplicables;

Supervisar y actualizar el sistemas de remuneraciones para que exista una adecuada relación entre el puesto y las percepciones correspondientes;

Operar el sistema de pagos normales y extraordinarios y compensaciones al personal;

Proporcionar y gestionar en su caso, las prestaciones y servicios, tanto económicos como sociales que tenga derecho el personal de Instituto;

Atender las relaciones laborales entre el Instituto y el personal, de conformidad con los lineamientos establecidos;

Proponer y promover programas para la formación, capacitación y desarrollo del personal del Instituto;

Elaborar los procedimientos administrativos y el anteproyecto del presupuesto anual que el corresponda al área.

Departamento de recursos financieros.

Objetivo:

Llevar a cabo de manera sistemática y conforme a la normatividad establecida las actividades relativas a la administración de los recursos financieros, a fin de proporcionar el óptimo desarrollo organizacional que apoye el funcionamiento de las áreas sustantivas de la Institución.

Funciones:

Elaborar e integrar el anteproyecto de programa -presupuesto anual del Instituto;

Tramitar ante las dependencias correspondientes los recursos presupuestales para el Instituto y cumplir con las disposiciones relativas a la custodia y disposición de valores;

Proponer y operar los sistemas de control de cuotas de recuperación del Instituto;

Elaborar y revisar los estados financieros de la Institución, de acuerdo a las necesidades de información de las autoridades del Sector Salud y de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público;

Verificar y vigilar ante las dependencias correspondientes que las acciones presupuestales se realicen en base la calendarización de órdenes de pago, y en su caso, proponer y tramitar las ampliaciones presupuestales;

Elaborar los procedimientos administrativos y en anteproyecto del presupuesto anual que el corresponda al área.

Departamento de recursos materiales.

Objetivo:

Llevar a cabo de manera sistemática y conforme a la normatividad establecida las actividades relativas a la administración de los recursos materiales y servicios generales, a fin de propiciar el óptimo desarrollo organizacional que apoye el funcionamiento de las áreas sustantivas de la Institución.

Funciones:

Dirigir y controlar la adquisición y suministro de bienes para satisfacer las necesidades del Instituto, operando el sistema de cotizaciones y de consumo para la selección de proveedores;

Dirigir y controlar los servicios generales que requiera el Instituto;

Coordinar, aplicar y proponer normas, políticas y procedimientos para la asignación y control de los recursos materiales en las áreas sustantivas y de apoyo;

Controlar los servicios de fotocopiado, correspondencia, archivo y transporte, de acuerdo a las normas y políticas establecidas;

Operar y controlar el sistema para la recepción, almacenamiento y suministro de los recursos materiales que utiliza el Instituto;

Operar el sistema de control de inventarios, formalizar los cambios de ubicación en el activo fijo y tramitar las bajas de activo fijo de acuerdo a los lineamientos establecidos;

Elaborar los procedimientos administrativos y el anteproyecto del presupuesto anual de su área.

Departamento de producción de prótesis y órtesis.

Objetivo:

Apoyar la atención médica y tratamiento de pacientes en materia de Medicina de Rehabilitación mediante la fabricación de prótesis y órtesis.

Funciones:

Elaborar las prótesis y órtesis y otras ayudas funcionales a pacientes, de acuerdo a la prescripción expedida por el médico;

Registrar y controlar la elaboración de prótesis y órtesis y ayudas funcionales, a fin de optimizar la productividad del departamento;

Controlar la calidad de los insumos que se utilizan en la fabricación de prótesis y órtesis;

Coadyuvar en la elaboración de los tabuladores de cuotas de recuperación, proporcionando información actualizada sobre costos de materia prima;

Apoyar los programas de enseñanza práctica de prótesis y órtesis.

Departamento de ingeniería biomédica.

Objetivo:

Llevar a cabo de manera sistematizada y conforme a la normatividad establecida las actividades relativas a la administración, conservación y mantenimiento, a fin de proporcionar el óptimo desarrollo organizacional que apoye el funcionamiento de las áreas sustantivas de la Institución.

Funciones:

Elaborar y ejecutar los programas de conservación y mantenimiento preventivo y correctivo al mobiliario y equipo del Instituto, conforme al presupuesto autorizado;

Coordinar, aplicar y proponer normas, políticas y procedimientos para la asignación y control de mobiliario y equipo en las áreas sustantivas y de apoyo del Instituto;

Elaborar los procedimientos administrativos y el anteproyecto del presupuesto anual que le corresponde al área.

Subdirección de enseñanza e investigación.

Objetivo:

Impulsar el desarrollo de programas docentes y de investigación en materia de Medicina de Rehabilitación, a fin de contribuir a mejorar el conocimiento de los problemas de salud inherentes a dicha especialidad y elevar la calidad de la atención médica que se otorgue a la población demandante.

Funciones:

Promover, coordinar y asesorar programas de enseñanza e investigación en materia de medicina física y rehabilitación, conforme a las normas y lineamientos que emitan las direcciones generales competentes de la Secretaría de Salud;

Establecer las políticas y estrategias para la instrumentación de los programas de enseñanza e investigación en el Instituto:

Establecer los mecanismos para supervisar el desarrollo de las acciones y la evaluación de las metas programadas en materia de enseñanza e investigación;

Mantener coordinación y comunicación con instituciones análogas, a fin de propiciar colaboración para el desarrollo de las investigaciones y el intercambio de información sobre resultados obtenidos;

Concertar programas de colaboración con las instituciones educativas;

Determinar las políticas y coordinar las actividades relacionadas con la edición y difusión de publicaciones científicas del Instituto y la divulgación de los programas y eventos científicos que se lleven a cabo;

Apoyar la elaboración e implantación de manuales de procedimientos e instructivos en las áreas a su cargo.

División de enseñanza.

Objetivo:

Formar recursos humanos en el área de Medicina de Rehabilitación, capacitar al personal de salud en aspectos de rehabilitación médica en los tres niveles de atención, promover y difundir las actividades académicas y científicas que se desarrollan en el Instituto y establecer el intercambio con instituciones educativas y de salud, nacionales e internacionales.

Funciones:

Formar médicos especialistas en Medicina de Rehabilitación y personal técnico especializado en terapia física, terapia ocupacional y ortesista - protesista;

Supervisar que el desarrollo de las actividades académicas se realice conforme a los planes y reglamentos aprobados;

Planear, programar, organizar, promover, supervisar y evaluar los programas de educación continúa para el personal adscrito al Instituto;

Organizar y promover cursos de actualización en materia de rehabilitación médica para el personal médico, técnico especializado y paramédico de las instituciones del Sector Salud y de enseñanza superior:

Evaluar el cumplimiento de los programas y las metas, que en materia de enseñanza y capacitación se lleven a cabo;

Organizar, coordinar e incrementar los servicios que prestan la bibliohemeroteca, audiovisual, fotografía clínica e información médica;

Establecer el intercambio científico académico y vínculos de comunicación con instituciones educativas y las del Sector Salud;

Coordinar la publicación y difusión de las actividades académicas y de investigación que se realizan en el Instituto;

Coordinar la elaboración e implementación de manuales de procedimientos en el ámbito de su competencia.

Servicio de enseñanza posgrado.

Objetivo:

Planear, organizar y coordinar la ejecución del programa específico para la formación de recursos humanos para la salud, en materia de Medicina de Rehabilitación.

Funciones:

Llevar a cabo con las unidades involucradas en la enseñanza, la programación de las actividades de los residentes de primero, segundo y tercer año;

Verificar y asesorar en su caso, el cumplimiento programático de la enseñanza de acuerdo a los contenidos y a las técnicas seleccionadas;

Formular y desarrollar cursos dirigidos a docentes para mejorar su desempeño en las actividades académicas y de conducción de la práctica clínica de los médicos residentes;

Llevar el control administrativo de ingreso, conducta, rendimiento, iniciativa, puntualidad y asistencia de los médicos residentes.

Servicio de educación continúa.

Objetivo:

Programar operativamente, organizar y realizar el programa de superación profesional y técnica de personal del Instituto, conforme a los lineamientos de la Dirección General de Enseñanza en Salud.

Funciones:

Desarrollar los programas de educación continúa para el personal médico, paramédico y técnico del Instituto, a fin de mantener la calidad y mejorar la productividad de su trabajo;

Llevar a cabo cursos, seminarios, simposios, conferencias y mesas redondas en Medicina de Rehabilitación dirigidos a profesionales y técnicos en general, a fin de mantenerlos actualizados en la materia;

Supervisar el desarrollo de los programas de educación continúa y evaluar el aprovechamiento de los alumnos.

Escuela para técnicos en rehabilitación.

Objetivo:

Desarrollar los cursos para la formación de terapistas físicos, terapistas ocupacionales y protesistas - ortesistas.

Funciones:

Programar los cursos de terapia física, terapia ocupacional y protesista - ortesista;

Establecer coordinación con las diferentes áreas del Instituto para el desarrollo de la enseñanza;

Verificar el cumplimiento de la calidad y el grado de avance en las actividades teórico prácticas de la enseñanza;

Evaluar el desarrollo de los programas, el aprovechamiento de los alumnos, el uso de los recursos didácticos y la selección de campos clínicos para el aprendizaje;

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

Proponer y desarrollar actividades de enseñanza complementaria para mejorar la formación profesional de los alumnos.

Servicio de biblioheroteca y fotografía clínica.

Objetivo:

Otorgar la prestación de servicios de biblioteca, documentales y fotografía clínica.

Funciones:

Promover el incremento del acervo documental y bibliográfico en rehabilitación;

Establecer los mecanismos de comunicación e intercambio con otros servicios afines en el ámbito de Medicina de Rehabilitación.

Servicio de divulgación científica.

Objetivo:

Dar a conocer a través de publicaciones periódicas las actividades, que en ámbitos de la Medicina de Rehabilitación se realicen en el Instituto.

Funciones:

Difundir los cursos, seminarios, congresos y toda actividad académica que se desarrolle en el Instituto y en otras instituciones afines;

Compilar la bibliografía científica seleccionada y relacionada con la investigación en rehabilitación;

Promover los artículos de divulgación científica, académica y de atención médica generados por el personal adscrito a los servicios del Instituto;

Gestionar intercambio científico y bibliográfico con otras instituciones afines.

División de investigación neurofisiológica.

Objetivo:

Formular y desarrollar proyectos de investigación relacionados con las causas de invalidez y los factores que la condicionan, en especial de los factores neurofisiológicos que alteran la función del sistema neuromusculoesquelético.

Funciones:

Desarrollar proyectos de investigación relacionados con la fisiología normal y anormal de la marcha y de los procesos neurofisiológicos;

Elaborar y publicar artículos como producto de las investigaciones realizadas en el Instituto y en colaboración con otras instituciones de investigación;

Proponer, desarrollar y coordinar cursos y seminarios de actualización científica relacionados con las áreas de fisiología de la marcha y de la fisiología experimental;

Participar en las actividades académicas de enseñanza del Instituto.

Laboratorio de fisiología de la marcha.

Objetivo:

Desarrollar proyectos de investigación relacionados con la fisiología normal y anormal de la marcha en los padecimientos que afectan al sistema neuromusculoesquelético y que producen incapacidades o invalideces.

Funciones:

Desarrollar proyectos de investigación sobre los diferentes mecanismos normales de la marcha que se afectan en los procesos incapacitantes e invalidantes, así como los procedimientos para tratar de mejorarlos;

Elaborar y publicar artículos como producto de las investigaciones realizadas;

Participar en las actividades de enseñanza del Instituto.

Laboratorio de fisiología experimental.

Objetivo:

Elaborar y realizar proyectos de investigación neurofisiológica en el área neuromusculoesquelética.

Funciones:

Elaborar y difundir los reportes científicos como resultado de los proyectos desarrollados;

Colaborar y participar en las actividades académicas del Instituto en el área neurofisiología;

Promover los contactos necesarios para el desarrollo de proyectos de investigación en colaboración con otras instituciones.

División de bioquímica.

Objetivo:

Formular y desarrollar proyectos de investigación relacionados con las causas de invalidez y de los factores que la condicionan, sean éstos de carácter bioquímico, fisicoquímico, farmacológico y genético. -

Funciones:

Desarrollar proyectos de investigación relacionados con genética y bioquímica molecular;

Elaborar y publicar artículos como producto de las investigaciones realizadas en el Instituto y en colaboración con otras instituciones de investigación;

Proponer, desarrollar y coordinar cursos y seminarios de actualización científica relacionados con las áreas de bioquímica, fisiología, farmacología y genética;

Participar en las actividades académicas de posgrado y técnico profesional en el Instituto.

Laboratorio de genética.

Objetivo:

Formular y desarrollar proyectos de investigación relacionados con la invalidez que tengan implícitas enfermedades genéticas.

Funciones:

Desarrollar proyectos de investigación sobre genética molecular y citogenética;

Elaborar y publicar artículos como producto de las investigaciones realizadas sobre genética molecular y citogenética;

Participar, desarrollar y coordinar cursos y seminarios de actualización científica sobre genética molecular y citogenética.

Laboratorio de bioquímica muscular.

Objetivo:

Formular y desarrollar proyectos de investigación relacionados con las causas de invalidez y los factores que la condicionan, los cuales tengan un carácter con la bioquímica muscular y sus productos metabólicos.

Funciones:

Desarrollar proyectos de investigación sobre la bioquímica muscular y sus metabolismos;

Elaborar y publicar artículos como producto de las investigaciones realizadas en bioquímica muscular;

Proponer, desarrollar y coordinar cursos y seminarios de actualización científica de la bioquímica muscular y la bioquímica de la transmisión nerviosa.

CAPITULO III

3. Programa de estimulación temprana.

3.1.Generalidades.

El niño es un ser individual único e integral por lo que la base fundamental de la estimulación temprana es proporcionarle experiencias que necesita desde su nacimiento para desarrollar al máximo su potencial psicológico a través de la presencia de personas y objetos en cantidades y oportunidades adecuadas, teniendo como resultado un equilibrio de la esfera biopsicosocial acorde a cada etapa de crecimiento.

El medio en que se desarrolla el niño es un agente educativo que promueve nuevos conocimientos y conductas, que pueden ser positivas ó negativas y que se refleja en la convivencia con otros niños.

No cabe la menor duda de que es difícil diagnosticar la parálisis cerebral en el lactante pequeño, es decir, en el menor de 4 a 6 meses de edad. "En pocos bebés los signos tempranos de cierta desviación de lo normal pueden

desaparecer en forma espontánea y luego 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.

Muchos casos leves dan la impresión de haber sido físicamente normales o casi normales en la primera infancia, aunque sólo con cierto retardo del desarrollo pueden conducir el diagnóstico de retardo mental solamente, a menos que también haya signos francos de anormalidad física. Todos los niños con parálisis cerebral cumplen sus etapas más tarde de lo normal, no importa su inteligencia y grado de desenvolvimiento". (Bobath y Bobath, 1991).

De ahí la importancia de que la estimulación temprana utilice varias técnicas para promover el desarrollo del niño sin alterar el proceso de crecimiento y al mismo tiempo la socialización y desenvolvimiento individual en el niño con parálisis cerebral, sin pretender acelerar su desarrollo ni su aprendizaje, sino darle estimulación adecuada en el momento preciso.

Es importante dar al niño una preparación a los constantes cambios sociales a los que se enfrenta a su desarrollo esto se lleva a cabo en el I.N.M.R., con la ayuda de un equipo multidisciplinario.

3.2. Objetivos generales del programa:

1. Reunir el mayor número posible de información acerca del tema y de esta forma proporcionar el manejo y la atención que se les debe brindar a los niños con parálisis cerebral.
2. Constatar la importancia, trascendencia y eficacia del trabajo de un equipo multidisciplinario.
3. Prestar la ayuda a los padres de pacientes lactantes con parálisis cerebral ayudándolos a comprender y aceptar sus situación y prepararlos para que sepan orientar y estimular a sus hijos a una vida más autosuficiente.
4. Dar a los niños un ambiente enriquecido por estímulos y ayudas múltiples que le permitan desarrollar al máximo sus potencialidades.
5. Despertar en la comunidad la conciencia de este problema para que los niños con parálisis cerebral que logren ser independientes sean aceptados y se les brinden oportunidades dentro de la sociedad.

3.3. Selección del paciente.

Los pacientes son seleccionados por el equipo multidisciplinario y generalmente provienen de los grupos piloto que se forman con la finalidad de obtener candidatos para el programa de estimulación.

3.3.1. Criterios de inclusión.

Edad de los niños: de 6 meses a 2 años de edad.

Desarrollo: tener un cociente de desarrollo no menor de 60% y no mayor de 75%.

Diagnóstico: Ser pacientes con alto riesgo neurológico ó con parálisis cerebral de cualquier tipo de predominio espático.

3.3.2. Criterios de exclusión.

Diagnóstico no definitivamente establecido.

Enfermedades agregadas con lesiones de neurona motora periférica.

Enfermedades degenerativas, infecciosas o crónicas.

Crisis convulsivas no controladas.

Niños con desnutrición mayor de 2º grado.

3.4. Objetivos generales del psicólogo clínico.

El psicólogo dentro del programa de estimulación temprana proporciona a los terapeutas que participan en el mismo la información teórica acerca de lo que es la modificación conductual para el manejo adecuado de las conductas de los niños, ayudando a incrementar las deseables y a decrementar las indeseables.

3.4.1. Objetivos específicos.

1. Evaluación Psicológica. Tiene como finalidad planear el ajuste del niño en el hogar y dentro del programa. Permite planear los objetivos a cubrir en los siguientes 6 meses. Se hace la evaluación a través de las esferas de Gessel.
2. Orientación a los padres. Propicia actitudes positivas de los padres hacia sus hijos con PCI, busca una adecuada relación padre-hijo, trata de eliminar conductas negativas en el manejo del niño, así como sentimientos de culpa en los padres.
3. Participación directa en el programa, asistiendo diario al mismo tiempo de conocer de cerca la evolución de los niños en sus diversas actividades a fin de

interactuar con forma más objetiva con el resto del grupo y verificar los resultados obtenidos en la evaluación.

Para lograr los objetivos propuestos, es necesario fortalecer la comunicación entre los miembros del equipo multidisciplinario, a fin de que todos y cada uno, conozcan el diagnóstico, tratamiento y pronóstico del niño con parálisis cerebral.

La revisión de los objetivos generales del programa deberán ser evaluados en un tiempo mayor en el cual sea posible realmente juzgar los resultados obtenidos.

3.4.2. Método.

Se captó a un grupo de 60 niños con P.C. de los cuales 23 cumplieron los criterios de inclusión, estos a su vez fueron divididos en 2 grupos, con cada uno se trabajo durante 6 meses.

Se les pidió a los padres que acudieran con sus hijos de lunes a viernes 2 horas diarias, para recibir su tratamiento integral proporcionado por el equipo multidisciplinario durante 6 meses, asimismo, se establecieron varios lineamientos al respecto, entre ellos:

1. Conocer y aceptar la duración que tendría el programa (6 meses)
2. Asistir puntual y regularmente a las sesiones
3. Asistir a las sesiones de grupo con el psicólogo
4. Reforzar diariamente, en casa, las actividades aplicadas en las sesiones .
5. Asistir a las interconsultas y estudios las veces que sea necesario.
6. Entrevistarse frecuentemente con el personal del programa, al efecto de conocer los avances de sus hijos.
7. Acatar las decisiones que se tomen, respecto de sus hijos, para el caso de que sea necesario canalizarlos a otro tipo de instituciones o tratamiento.

Un aspecto novedoso de este proyecto fue el hecho de que siendo los pacientes externos y de muy corta edad se les pudiese proporcionar un tratamiento integral, durante 2 horas diarias. La presencia y participación activa de los padres de familia es sumamente trascendental porque hace posible la realización de las

actividades en el hogar lo cual resulta muy beneficioso, en relación al cúmulo de estímulos que reciben los pacientes pues con ello se abren nuevas perspectivas, para que sean aceptados en la sociedad y se les proporcione de acuerdo con las condiciones concretas, de cada uno y sus posibilidades; oportunidades para ser más independientes y útiles a la sociedad actual.

Todos los niños deben iniciar el tratamiento después de tener la evaluación inicial.

Una vez transcurrido los 6 meses se llevó a cabo la evaluación final y el procesamiento de registros.

La evaluación inicial incluyó:

Evaluación médica mediante la historia clínica general, evaluación psicológica mediante test psicológicos; evaluación por el equipo técnico (T.F; T.O y T.L) y evaluación social.

Se considera evaluación final después de 6 meses de tratamiento a través de los mismos instrumentos usados para la evaluación inicial. El término final nos indica

que será el lapso determinado para este programa, no obstante será la primera de las evaluaciones subsecuentes incluidas en el seguimiento de casos.

3.5. Recursos Humanos.

Lo conformó el siguiente personal:

El primer contacto del paciente fue con el médico especialista en medicina de rehabilitación, que sería el coordinador de los demás especialistas que se consultaron, dirigiendo directamente el proceso rehabilitatorio integral del paciente, encargándose de:

1. Coordinar y dirigir las actividades del equipo multidisciplinario.
2. Efectuar valoraciones periódicas de los niños del P.E.M. elaborando programas individualizados de tratamiento de acuerdo a las necesidades de cada uno y que deberán llevarse a cabo por los diferentes miembros del equipo.
3. Prescribir órtesis en los casos que lo requieran.

4. Solicitar las interconsultas necesarias con otros especialistas o bien hará canalizaciones a otras Instituciones cuando así se requiera.
5. Junto con los miembros del equipo se decidió la selección de pacientes candidatos a ingresar el programa.
6. Efectuó valoraciones semestrales con todo el equipo interdisciplinario, a fin de normar el manejo integral del paciente.
7. Coordinó reuniones periódicas con el equipo del p.e.m. para elaborar programas de actividades, y proponer la obtención de materiales necesarios para el programa.
8. Coordinó reuniones mensuales con los jefes de las diferentes terapias, el Jefe de Departamento. de Tratamientos, y el subdirector para resolver problemas de organización, material didáctico y equipo, así como rotación de personal.
9. Participó activamente en las pláticas dirigidas a los padres de niños (con PCI) del programa.

10. Dio asesoría al personal del programa para la elaboración de trabajos y pláticas acerca del programa.

Posteriormente el paciente acudió a la interconsulta con:

El psicólogo clínico, quien:

1. Realizó una entrevista de valoración general.

a) Con el paciente con P.C.I,

b) Con los padres.

2. Valoró el cociente de desarrollo por medio del Test de Gessel.

3. Valoró los trastornos de la conducta, en los niños del programa y los de personalidad en los padres de familia.

4. Valoró los trastornos individuales y familiares.

5. Determinó gratificantes positivos y negativos.

6. Proporcionó a los terapeutas que participan en el mismo la información teórica acerca de lo que es la modificación conductual para el manejo adecuado de las conductas de los niños, ayudando a incrementar las deseables y a decrementar las indeseables.

7. Colaboró apoyando las actividades que realizan los terapeutas, mediante la programación de actividades que refuercen el desarrollo perceptivo, cognoscitivo y motor de los niños.

8. Proporcionó los elementos necesarios para que el niño adquiriera el mayor número posible de habilidades para el favorecimiento del bienestar del mismo.

Y sus funciones a realizar dentro del programa fueron:

1. Favorecer la catarsis emocional que permita aliviar su dolor .
2. Brindar apoyo para la superación de fases del proceso de duelo.

3. Ayudar a los padres a vislumbrar y asumir mecanismos reparatorios que les permitan:

- a) Anular la ambivalencia.
- b) Aliviar los sentimientos de culpa y vergüenza.
- c) Enfrentar de manera objetiva y realista la discapacidad del niño.
- d) Fomentar la participación activa de la familia en el tratamiento de su hijo.

4. Reforzar la comunicación y los vínculos familiares, a fin, de:

- a) Adaptar a los miembros de la familia a su nueva situación.
- b) Fomentar las relaciones laterales que permitan aliviar el estrés y romper la diada simbiótica.
- c) Reconocer y delimitar roles precisos.

5. Orientar a los padres en cuanto a:

- a) El manejo conductual del niño.
- b) La estimulación en el hogar de las áreas de desarrollo con desventajas.

Y una coordinación con el equipo multidisciplinario como sigue:

1. Apoyar al médico en las sesiones de informe de diagnóstico.
2. Establecer la participación de los padres como miembros del equipo.
3. Guiar la dinámica del grupo familiar, utilizando:
 - a) La psicoterapia de apoyo.
 - b) La psicoterapia familiar.

Una vez ejecutados los procedimientos anteriores, el paciente acudió con los diferentes técnicos, tales como :

Terapia Física.

La gran mayoría de los pacientes tuvo programas individuales dependiendo de sus necesidades concretas, aplicando las técnicas más adecuadas y fijándose objetivos a corto y largo plazo.

Sus objetivos generales fueron:

1. Normalización del tono muscular por medio de técnicas de relajación y de estimulación propioceptiva.
2. Inhibición de reflejos anormales.
3. Control voluntario de movimientos.
4. Crear patrones de movimiento para cambios de posición basados en el desarrollo filogenético.
5. Tolerancia en posiciones estáticas vigilando la postura correcta.
6. Corrección de posturas y deformidades por medio de estiramientos manuales, reeducación y sobre todo posturas terapéuticas.
7. Marcha con los mejores patrones posibles pero sobre todo buscando la independencia de los pacientes.

8. Valorar áreas de movimiento activo y pasivo.
9. Realizar examen por grupo y tonos musculares.
10. Valorar reflejos.
11. Valorar actividad funcional.
12. Valorar equilibrio y marcha.

Terapia ocupacional.

Objetivos:

El tratamiento se basó en las valoraciones individuales, aplicando tratamientos que tomaron en cuenta los aspectos manejados en terapia física agregando aspectos específicos: técnicas de sensopercepción, coordinación visomotriz, estimulación táctil, conceptos funcionales básicos, estimular el trabajo en grupo y en forma individual, estimular actividades recreativas y la sociabilidad, estimular

la creatividad, condicionamiento de esfínteres, manejo de cavidad oral, enseñanza de a.v.d.h. de cuidado personal. Además el trabajo organizado y programado tanto con el personal del equipo de e.t. como con los padres de los pacientes.

1. Valorar a los pacientes candidatos a ingresar al P.E.T.
2. Elaborar planes de tratamiento de acuerdo a las necesidades específicas de cada paciente.
3. Dar programas de casa y enseñanzas al familiar responsable del niño y revisarlos periódicamente.
4. Dar al familiar sugerencias que faciliten el trabajo en casa.
5. Hacer consientes a los familiares de que es de suma importancia el trabajo de los niños en casa y comprobar que estén trabajando adecuadamente con él.
6. Trabajar en forma conjunta con el equipo del P.E.T. y apoyar las actividades a realizar, cuando uno de ellos dirija la actividad.

7. **Movilizar las diversas articulaciones y elaborar férulas (específicamente de miembro superior), con el fin de evitar contracturas y deformidades.**

8. **Enseñanza de conceptos sensorceptivos, funcionales y de A.D.V.H., siguiendo el desarrollo normal de cada concepto.**

9. **Estimular en el niño las actividades recreativas, creativas y la sociabilidad.**

10. **Reunirse periódicamente con el equipo del P.E.T. para determinar planes de tratamiento.**

11. **Dar pláticas al personal del P.E.T. de temas correspondientes al área de Terapia Ocupacional.**

12. **Participar activamente en las revaloraciones semestrales de los niños.**

13. **Mantener una relación armoniosa con el equipo, con los padres de familia y con los niños integrantes del P.E.T.**

14. **Determinar el grado de desarrollo psicomotor.**

15. Valorar actividades de vestido, higiene, traslados y alimentación.

Terapia de Lenguaje.

1. Valoración anatómica y funcional de la cavidad oral.

2. Estudio respiratorio.

3. Estudio fonético.

Trabajo Social

Objetivo General.

Sensibilizar a los padres de familia sobre la importancia que tiene su participación en la rehabilitación del menor e investigar que nivel de información tienen sobre el padecimiento, pronóstico y tratamiento de su hijo.

Objetivo Específico.

Investigar que nivel de información tiene el familiar sobre el padecimiento, pronóstico y tratamiento del menor.

Conocer las actividades familiares tendientes a motivar y estimular el desarrollo físico y mental del paciente.

Planear, organizar y promover pláticas impartidas por el personal del P.E.T., tendientes a reforzar, profundizar y ampliar la información que los padres tengan sobre el padecimiento y manejo del menor.

Realizar cuestionarios y entrevistas individualizadas; informándose de las inquietudes de los padres; solicitó ayuda institucional; colaboró en la organización, planeación y documentación de pláticas; actúo como contacto interinstitucional para las diversas actividades culturales extramuros; manejo diversa bibliografía útil en la orientación a los padres de niños con PCI.

Valoró la situación socioeconómica del paciente.

Valoró las relaciones familiares y su medio.

Determinó posibilidades socioeconómicas y culturales.

Orientó respecto a los centros de atención médica, educativa y asistencia social.

3.6. Recursos Materiales.

3.6.1. Area.

El programa de estimulación se desarrolló en un área de 120 metros cuadrados, con piso de madera, situado dentro del gimnasio de la institución, aislado del mismo, por medio de un cancel forrado con láminas de plástico en colores vivos y alegres que además de dar privacidad, otorgó la seguridad suficiente para permitir el desplazamiento de los niños sin riesgo alguno.

La psicoterapia a padres se realizó en un salón de usos múltiples, una vez por semana, con una duración de 90 minutos.

3.6.2. Equipo fijo.

Lo integró una casita de madera de 2.5 metros por cada lado, un techo de dos aguas, con una altura máxima de 2.5 metros, cuenta con una puerta y dos pequeñas ventanas, así como con una sala y una cama, fue útil para actividades individuales y colectivas.

El tablero de perfofel se usó para colgar juguetes y decorados de acuerdo al centro de interés elegido en el mes por el equipo de trabajo.

Además se contó con dos espalderas adosadas a la pared.

3.6.3. Equipo semimovil.

Se distribuyó de acuerdo a las necesidades y conveniencias del trabajo, por lo que pudo ser reacomodado siempre que así se requirió.

Parte del mobiliario tiene usos claramente establecidos (cómoda con divisiones, colchones planos, mesas redondas y sillas, mesa de estabilidad, cojines, sillas normales y sillas de relajación), y el resto tiene como función tareas específicas tales como:

Auxiliar en las técnicas de relajación (burritos, cubos y pelotas de diversos tamaños y colores, cilindros de madera acolchonados de 90 y 60 cms. de diámetro).

Afirmar o despertar reacciones de defensa o equilibrio (tabla de balance, barras de equilibrio, estabilizador, escalera vertical y horizontal, plataforma para deslizarse, caballitos para mecer).

Entrenar gateo y marcha (túnel de gateo).

Un mismo elemento puede de hecho ser utilizado para lograr el desarrollo de diversas funciones.

3.6.4. Equipo móvil.

Se contó con una gran variedad del mismo (coches de apoyo y para empujar, deslizadores rectangulares, gateador, rueda móvil y andaderas), utilizándose para el entrenamiento y desarrollo de actividades tendientes a lograr su independencia motriz. y desplazarse libremente por el área.

3.6.5. Material.

La utilización de diversos materiales, sobre todo los de tipo reciclable jugaron un papel importante en la estimulación senso perceptual del niño, teniendo que ser renovado con periodicidad para lograr el enriquecimiento de los estímulos requeridos.

Lo extenso y variado del material, conjugado con la creatividad y entusiasmo de los integrantes del equipo, permitió contar con un basto campo de trabajo tanto con los niños como también, sugerir actividades a los padres de familia, mismas que se llevarón a cabo en el hogar, tendientes a lograr la maduración y desarrollo de los niños .

Los materiales fueron: sensoperceptivos, auditivos, visuales, olfativos, táctiles, para manejar esquema corporal, para entrenar conductas motora gruesa y fina, alimentación e higiene. Al final del trabajo se anexa la relación detallada de los elementos y materiales utilizados en el programa, así como las actividades desarrolladas durante un mes, a manera de ejemplo.

Como se ha mencionado otra parte del programa se llevó a cabo con los padres de familia de tal manera que el apoyo y orientación psicológica permitiría a los participantes entender y en su momento aceptar su condición "de padres de niños especiales". Para ello se recurrió a la psicoterapia de grupo, la cual habremos de analizar a continuación:

3.7. Teoría:

"La psicoterapia de grupo es una técnica psicoterapéutica basada en la interacción, en condiciones controladas, de un pequeño grupo de individuos con trastornos de interés psiquiátrico, además es un encuentro terapéutico que tiene lugar entre varios pacientes relacionados entre si y atendidos por uno o dos terapeutas". (Diccionario Enciclopédico de Educación Especial, 1986)

La psicoterapia de grupo se basa en las siguientes consideraciones:

1. Toda relación interpersonal es una relación de doble vía, en la cual cada individuo con su comportamiento influye en el otro individuo con el cual se comunica y es influido por éste. Un grupo es un caso particular de relación interpersonal entre algunos individuos que interactúan directamente entre ellos y están unidos por una motivación común (estructura).

Dado que todo miembro del grupo influye con su comportamiento comunicativo en todos los demás y es influido a su vez por ellos, se llega a establecer una red de interacciones que será más compleja cuanto más numerosos sean los miembros del grupo.

2. La vida social está constituida por una larga cadena de situaciones de grupo (familia, grupo de trabajo, grupo escolar, etc.) en la que el individuo se expresa a sí mismo, en función de la relación comunicativa que instaura con los otros miembros del grupo (o de los grupos) con quienes vive. En algunos casos, esta interacción ocurre de manera patológica y el paciente expresa, a través de comportamientos desviados (síntomas), su incapacidad para comunicarse de manera correcta con los otros individuos.

3. Por tanto, si se crea una situación de grupo controlada (terapéutica) en la que los comportamientos desviados del individuo en el grupo pueden ser observados, analizados y criticados por el paciente mismo con la ayuda de un terapeuta o de los otros miembros del grupo, se podrá observar una regresión de los comportamientos desviados tanto en el grupo terapéutico como en los grupos de la vida real del paciente.

En efecto, un grupo terapéutico presenta las siguientes ventajas:

a) Favorece la comunicación. Muchos pacientes tienen problemas más o menos graves de comunicación con las demás personas. En el grupo, la comunicación puede ser favorecida o estimulada, reduciendo en forma oportuna el nivel de ansiedad derivada de la situación de interacción social. El grupo puede actuar así a través de mecanismos de reforzamiento positivo, estimulando los comportamientos comunicativos del paciente y descorazonando los comportamientos tendientes al aislamiento y la introversión.

b) Favorece la verbalización de los comportamientos comunicativos no verbales. Muchos comportamientos patológicos (por ejemplo, algunos síntomas histéricos) se manifiestan como comportamientos comunicativos no verbales. En la situación

del grupo, el paciente es colocado en la condición de expresar en términos comunicativos no equívocos (verbales) sus mensajes emotivos. Al mismo tiempo puede observar o ser inducido a observar, que en los otros miembros del grupo existen comportamientos ambiguos y no verbalizados análogos a los suyos, alcanzando así una conciencia crítica de su comportamiento erróneo.

A través de la verbalización, estimulada en forma continua en el grupo, de sus comportamientos motivados emotivamente y expresados bajo forma no verbal, el paciente llega a un control progresivo y a una progresiva concientización de su modo de relacionarse con los demás.

c) Brinda los procesos de proyección y de identificación y su análisis. A través de la proyección, el individuo atribuye a los otros características de su personalidad (por ejemplo, juzga agresivo a alguien que le provoca agresividad); mediante la identificación considera a veces como propias características de la personalidad de otros (por ejemplo, puede actuar como si fuera el líder del grupo en la medida en que se ha identificado con el terapeuta). En el grupo, todo individuo efectúa proyecciones e identificaciones parciales frente a los demás miembro y frente al terapeuta; por ejemplo, puede actuar agresivamente hacia un miembro del grupo

porque "proyecta" sobre éste sus sentimientos hacia el padre; puede probar ansiedad frente a otro porque "proyecta" sobre él sus angustias frente a la figura materna, y así sucesivamente.

El análisis, efectuado por el grupo bajo el control del terapeuta, de tales comportamientos lleva progresivamente a cada miembro del grupo a una toma de conciencia crítica de los complejos mecanismos de identificación y de proyección de que sostienen su comportamiento patológico.

3.8. Técnica:

Las sesiones terapéuticas duran frecuentemente una hora y media y ocurren una vez por semana. El número de participantes suele ser de diez pacientes; el terapeuta es único, pero en algunas circunstancias puede estar también presente un "observador", es decir, un terapeuta que no intervenga en las interacciones que ocurren durante la sesión, pero que discuta al final de ellas con el terapeuta.

El terapeuta interviene en menor medida de lo que ocurre en el caso de una terapia individual, centrando sus intervenciones en la interpretación de lo que ocurre en el interior del grupo durante las sesiones.

Por tanto, la característica fundamental de las técnicas de la psicoterapia de grupo resulta ser el análisis y la interpretación de las interacciones que ocurren "aquí y ahora" en el interior del grupo; el terapeuta representa así el elemento catalizador de las reacciones y contrarreacciones entre los miembros del grupo, estimulando, controlando o canalizando la liberación de la ansiedad y de la agresividad, y favoreciendo la interpretación de los mecanismos de proyección y de identificación recíproca.

CAPITULO IV

4. Algunos resultados del programa de estimulación temprana.

Este tipo de programas, se constituye en uno de los mayores retos a que puede enfrentarse cualquier equipo de trabajo, por lo que, no es posible, como se ha dicho, presentar resultados definitivos. Lo único que honestamente podemos ofrecer son comentarios de los logros obtenidos durante el año que se trabajó en el programa.

La muestra estudiada inicialmente fue de 23 pacientes, de los cuales 9 no concluyeron el programa de estimulación por razones tales como: enfermedad, inasistencias, problemas económicos y/o conyugales. Por ello sólo se reportaran, al efecto de no ser repetitivo en la cifras, datos de los 14 pacientes que concluyeron el programa.

De estos, 9 corresponden al sexo masculino, esto es el 64%, y 5 al sexo femenino o sea el 36%, encontrándose diferencias significativas. (véase anexo I, fig. 1)

Esta misma tabla nos muestra que en cuanto a la edad, el mayor número de casos se presentó entre los 5 y 10 meses, representando el 57% de la muestra, le siguieron aquellos que tenían entre 11 y 15 meses (29%), y el índice menor se presentó en los infantes de 16 a 23 meses de edad (14%).

En su totalidad los pacientes son habitantes del Distrito Federal.

De acuerdo a la clasificación topográfica, 5 pertenecen a la hemiparesia espástica, esto es el 36% de la muestra, considerándose un porcentaje elevado, 2 pacientes se ubican en la cuadriparesia, lo que equivale al 14%.

Número de la gesta: El 2º embarazo o gesta ocupó el primer lugar representando el 43% y la 1era. y 3a. gesta ambas representan un 28% cada una.

Con respecto a las cuatro esferas de Gessel, se puede observar que en la evaluación final hubo un incremento en todas y cada una de ellas. Igualmente se puede observar el incremento en la edad evolutiva. (Ver fig. 2 del anexo I)

Si hablamos del cociente del desarrollo éste se incrementó en 6 pacientes, lo que representó un 43% y el resto, esto es 8 lo que equivale al 57%, no presentaron

aumento en este rubro, debido a varios factores, en primer lugar se encuentra la edad, ya que a mayor edad se exige mayor habilidad; la lesión tan severa que tienen estos pacientes y la apatía que algunas madres presentaron en las rutinas de ejercicio diario.

En el aspecto de la edad de la madre, Manus citado por García Vázquez (1992), refiere que a mayor edad materna mayor posibilidad de P.C.I.; sin embargo, se encontró que en 7 casos, las madres tenían entre 25 y 30 años de edad (50%); las madres cuyas edades fluctuaban entre los 18 y 22 años, presentaron 4 incidencias (29%) y las 3 restantes, lo que representa el 21%, se presentaron en las madres que tienen entre 32 y 34 años.

Lo que muestra, al menos en estos casos que la edad de la madre no necesariamente es determinante para que su hijo presente una P.C.I., ya que hoy en día estos casos se presentan también en mujeres jóvenes.

El anexo número 1 se localiza en la página 149.

A continuación se agregan una serie de gráficas que contienen los datos considerados tanto en la evaluación inicial como final de los 14 pacientes que

concluyeron el programa de estimulación múltiple temprana (véase figura 1); continuando con una gráfica que muestra los datos comparativamente hablando de las cuatro esferas de Gessel (figura 2); las figuras 3 y 4, refieren la comparativa de avance registrado en el cociente de desarrollo y el retraso, respectivamente, observados al inicio y al final del programa, y por último la figura 5 nos muestra la edad evolutiva en las dos etapas del programa.

En resumen, los resultados comprenden los siguientes cambios:

1. El programa de estimulación temprana para niños con parálisis cerebral mejoró en forma global, patrones posturales y de movimiento, la normalización del tono muscular, la propiocepción y sensibilidad.
2. Se logró que el niño usara las áreas más dañadas de su cuerpo por medio de la estimulación táctil, térmica, propioceptiva y visual, con el objeto de que se diera cuenta de la existencia de dichas áreas del cuerpo y los integrará a su imagen corporal.
3. La estimulación en cualquiera de sus variantes favoreció la recuperación funcional para la adaptación del medio.

4. Favoreció el espíritu de curiosidad y observación del niño, para mejorar la comprensión del mundo que lo rodea.
5. Mejoró la práctica de actividades de la vida diaria, a través del juego y de actividades recreativas.
6. El tiempo de tratamiento institucional disminuye en forma considerable en comparación a manejo tradicional.
7. Se logró que los padres fueran los principales ejecutores del programa de estimulación de sus hijos en el hogar.
8. Se observó que a menor edad del pequeño y a más pronta atención los avances son más perceptibles.
9. Se hace necesario que haya un seguimiento de cada caso, dentro de la institución, ya que el plazo tan corto de los programas no garantizan una estimulación completa.

10. Se sugiere que el personal adscrito al programa les agrade trabajar con este tipo de niños, ya que de lo contrario los resultados no son óptimos.

11. Debe darse capacitación actualizada a los integrantes del programa para adecuarse a los avances existentes en programas similares, desarrollados por instituciones, ya sean nacionales o internacionales.

4.1. Resultados del trabajo desarrollado con los padres de familia.

En otro orden de ideas y con relación al trabajo desarrollado con los padres de los niños participantes del programa de estimulación, una parte de éste, realizado por el psicólogo se encauzó al apoyo y orientación psicológica dirigida a los padres de familia, que participaron en el programa, para tal efecto se recurrió a la psicoterapia, entendiendo esta como el tratamiento llevado a cabo para superar algún déficit o trastorno, o mejorar su adaptación en diversas esferas de su vida personal e interpersonal, así como la expresión plena de sus potencialidades.

Particularmente me referiré a la psicoterapia de grupo, ya que es nuestro punto de estudio o interés, como tal, ésta ha alcanzado una importancia creciente en los últimos años, hasta el punto de que se aplica aun fuera del contexto clínico del que salió. Al mismo tiempo, el notable desarrollo de esta terapia ha hecho que surjan innumerables técnicas de psicoterapia de grupo, sostenidas por diferentes bases teóricas, por ello debe definirsele primeramente.

Por cuanto se refiere al trabajo realizado con los padres de familia, es conveniente señalar que primeramente, ellos tuvieron una reunión con la doctora responsable del programa, quien les informó sobre los aspectos generales de la

parálisis cerebral. Una vez ocurrido esto, se iniciaron las sesiones de apoyo psicológico, aplicándoles un cuestionario integrado por cuatro preguntas, las cuales tenían como finalidad conocer el impacto emocional que presentaban en ese momento los padres de familia:

- 1.- ¿Cómo se sintieron cuando nació su hijo (a)?
- 2.- ¿Qué hacen cuando la gente les pregunta que tiene su hijo (a)?
- 3.- ¿Qué les gustaría o podrían hacer por su hijo (a)?
- 4.- ¿Qué esperan obtener de estas sesiones?

Una vez obtenidas las respuestas y analizadas, se procedió a revisar una serie de temas relacionados con los cuidados y manejo de los niños con P.C., estos temas fueron expuestos al grupo en distintas sesiones; cabe señalar que a partir del tema marcado con el número cuatro, se aplicó al técnica de retroalimentación, consistente, primeramente en la entrega en fotocopias del tema a revisar en la sesión correspondiente, siendo los propios padres quienes exponían el tema y la psicólogo ampliaba el tema o resolvía las dudas que surgieron, de esta manera los temas llegaban a abarcar hasta dos o tres sesiones.

Los temas revisados, que se señalan a continuación fueron tomados de los autores que se indican al inicio de cada tema:

De Finnie N. R., 1983:

- 1.- Cuál es el tratamiento y manejo del niño con P.C. en casa.
- 2.- Problemas de los padres.
- 3.- El psicólogo y el niño con parálisis cerebral.

De Barbaranne J. B., 1988:

- 4.- Usted no está solo.
- 5.- Relaciones.
- 6.- El justo medio.

De Buscaglia I., 1991:

- 7.- Nace un niño.
- 8.- La familia encara el desafío.
- 9.- El rol de la familia

De Bernal del R. A., 1979:

10.- Doctor lo tengo siempre en su cunita

11.- Lo tengo siempre bien abrigadito

12.- Despiértalo que le toca.

13.- No puedo darle el pecho.

14.- Dejalo que llore.

15.- No quiere dormir a su hora

16.- Y lo hago comer.

Al efecto de constatar la existencia o no de cambios en la conducta de los padres de familia, participantes del grupo se aplicó otro cuestionario, con las siguientes preguntas:

- 1.- ¿En la actualidad cómo reacciona cuando la gente le pregunta por su hijo (a)?.
- 2.- ¿Obtuvo para su hijo (a) lo que quería en el programa. Sí - No porque?.
- 3.- ¿Cuáles fueron los avances que notó en su hijo (a)?.
- 4.- Mencione los no avances de su hijo (a).
- 5.- ¿A donde irá al término del programa?.

La última pregunta obedeció al hecho de que en programas, aplicados dentro de la misma institución, al finalizar tanto los pacientes como los padres de familia quedaban a la deriva, sin contar con más respaldo o ayuda que fuesen requiriendo conforme crecían sus necesidades; en este sentido en el grupo en el cual se trabajó y que es motivo de este reporte, se logró que por lo menos una vez a la semana serían atendidos en los diversos servicios que otorga el Instituto y en caso de requerirlo también serían atendidos en el Departamento de Psicología.

Impacto de la P.C. en la vida familiar.

Se debe reiterar que el nacimiento de un niño con parálisis cerebral desencadena una serie de conductas, las más de las veces contraproducentes para la pareja y su impacto se refleja en el círculo familiar, una vez que se ha especificado lo referente a la terapia de grupo aplicada dentro del programa de estimulación temprana, y partiendo de las respuestas obtenidas del cuestionario aplicado a los padres de familia es dable incidir en lo siguiente: el hecho de que las familias con discapacitados sufren un impacto emocional es tal que requieren de un tratamiento especializado.

Toda enfermedad severa trae consigo efectos psicológicos muy complejos y que no sólo se manifiestan en el niño, sino que también se hace extensivo a la familia, principalmente en los padres.

El advenimiento de un nuevo ser en la familia, representa un evento muy significativo que provoca una serie de movimientos en la estructura familiar, los roles o funciones que cada miembro tenía asignado se ven modificados por el acontecimiento.

Cuando la pareja recibe la noticia del advenimiento, ambos viven un momento de alegría, se realizan proyectos a futuro, se reflexiona sobre la trascendencia del hecho y se forjan una serie de expectativas alrededor del nuevo ser.

Cuando el médico da la noticia del padecimiento del niño, ya sea en el momento del nacimiento o tiempo después a éste, las reacciones de alegría antes señalados se ven transformadas en diversas respuestas emocionales en ambos padres; las ilusiones y proyectos que se tenían con el niño se ven derrumbadas ante el diagnóstico médico. El impacto de la noticia provoca un “**choque emocional**” generando sentimientos de tristeza y desesperanza y en otras ocasiones una fuerte ira hacia el otro cónyuge.

Elizabeth Kubler-ross, hace un análisis de las diferentes fases emocionales por las cuales pasa un individuo ante algún evento catastrófico o ante situaciones imprevistas como lo sería el diagnóstico de P.C. Estas fases pueden mantenerse durante algún tiempo pueden sucederse reemplazando una a otra o pueden presentarse simultáneamente.

Las reacciones psicológicas consisten en una intensificación de la actividad de los procesos cognitivos y emocionales, en especial los que valoran el mundo exterior en relación con las percepciones interiores de "como deberían ser las cosas" (Horowitz, M y Kaltreides, N. 1987). No es anormal la capacidad de reacción ante el evento; sin embargo, las reacciones excesivas pueden ser patológicas.

Es importante señalar que lo que persiste en todas las fases es lo que se conoce como "**la esperanza**", es decir, se mantienen ciertas ideas, ilusiones con respecto al padecimiento en cuestión. Esto se manifiesta en situaciones como el creer que el niño llegará a ser normal, que se inventarán nuevas técnicas terapéuticas o medicamentos, o de que se de un "**milagro**".

Las reacciones variarán en cada uno de ellos dependiendo de la historia de cada individuo, de los patrones de conducta de cada uno de ellos, del estilo de vida, etc.

Así la primera fase en la elaboración del diagnóstico se conoce como:

1. Negación: "¡No, no es posible. Esto no pudo habernos sucedido a nosotros!". Respuestas de éste tipo son las que se formulan los padres cuando reciben el diagnóstico médico. Aquí los padres conservan la esperanza de que pueda existir un error en el diagnóstico. La negación es un evento parcial que puede aparecer en otras fases, siendo una defensa temporal y que puede ser reemplazada por una aceptación parcial. El conservar la negación, no permite la adecuada elaboración y/o aceptación de la situación y conduce a un incremento de la angustia.

2. Agresión: En la medida que los padres van asimilando el evento, mediante el establecimiento de un juicio de realidad, la negación va perdiendo terreno dando paso a la presencia de la segunda fase: **la agresión**. Aquí, alguno de los padres puede culpar al otro y agredirse mutuamente. Pueden no aceptar ver al niño, denotando rechazo con alguna carga agresiva hacia éste.

Lo que suele suceder, es que el enojo es desplazado al personal médico, a la religión, a la vida, etc. Es muy importante tener en cuenta éstas reacciones de ira a los padres y entender que se trata de reacciones naturales como parte de un proceso en la elaboración del diagnóstico, ya que en muchas ocasiones es difícil comprender el enojo de éstos, lo que provoca que el médico, la terapeuta, el maestro o el mismo psicólogo se involucre en el conflicto emocional de los padres. El sentimiento de agresión se debe en gran parte a los sentimientos de impotencia y frustración que sienten los padres, en cuanto a no poder hacer ya nada para resolver la situación. Hay que recordar que la ira es una reacción natural ante la frustración.

La agresividad entre en conflicto con la conciencia y culmina con sentimientos de culpabilidad o vergüenza.

En la medida que el enojo sea expresado, se abrirá el camino hacia la tercera fase llamada:

3. La negociación: Después que se han expresado todos los sentimientos de enojo y frustración aparece la negociación. Aquí los padres todavía no aceptan del todo la enfermedad del niño; sin embargo, se muestran abiertos al diálogo y a

la negociación tanto con el médico como con el niño; el expresar su enojo les permite analizar objetivamente su situación, lo que permite entrar a la cuarta fase de:

4. La depresión: Como se acaba de señalar, la expresión del enojo permite a los padres reflexionar la situación tanto de ellos como del niño en la familia y en la sociedad y es cuando aparecen conductas de agotamiento físico y mental, falta de apetito, apatía, aumento en la horas de sueño, etc. siendo éstas manifestaciones clínicas de una situación depresiva.

Es de suma importancia el tener en cuenta éstas manifestaciones de depresión en cada uno de los padres, ya que en ocasiones, la depresión puede ser tan fuerte, que puede durar mucho tiempo y llegar a alterar el estado emocional del individuo, por lo que hay que poner especial interés en éste punto.

5. La aceptación: El permitir a los padres expresar sus miedos y angustias, el pasar por un período de depresión, permite una aceptación del problema. Esta aceptación puede ser parcial o total y puede durar mucho tiempo o, en ocasiones, se pueden presentar épocas de crisis en donde algunas de las fases anteriores pueden volver a presentarse.

Es importante mencionar que no existe una clara delimitación entre cada fase, es decir, no se puede afirmar que determinada persona se encuentra en el límite de la agresión, sino que las conductas o reacciones señaladas anteriormente son las que frecuentemente se presentan ante un evento doloroso.

De ésta manera, es importante permitir a los padres la expresión de sus sentimientos tanto positivos como negativos, de impotencia, de su frustración, de su enojo y que si en algún momento éste último está siendo desplazado a otras personas o situaciones; hacerles la observación y el señalamiento y que en la medida de que se dé la aceptación del diagnóstico, podrán ayudar mejor a su hijo. Todo esto, dentro de un marco terapéutico.

La relación empática que se establezca con los padres en éstos momentos es de suma importancia, ya que permite que se vuelvan a establecer la confianza en ellos mismos para que puedan brindar apoyo y confianza a su hijo, que es tan relevante en el adecuado desarrollo de su autoestima.

La comunicación entre la pareja es básica en los momento de crisis, cuando empiezan a perturbarse los sistemas de comunicación, se llega a situaciones de aislamiento progresivo y de una desintegración cuyas repercusiones se dan tanto

en el plano individual como en el social. Los padres deben compartir sus sentimientos, vivir su tristeza, su enojo y expresarlo, para que ambos lleguen a acuerdos y encuentren soluciones correctas a eventos posteriores.

Hay que tener en cuenta las reacciones de los padres ante el hecho de tener un hijo con P.C., pues de esto depende la fortaleza o la desintegración de los lazos familiares. Cuando éstos son emocionalmente fuertes, la misma experiencia dolorosa los fortalece, en cambio si los lazos son débiles, tienden a romperse ante éste suceso.

Cuando los lazos son fuertes se facilita la incorporación del niño con P.C. a la dinámica familiar y esto le brinda seguridad que le permite el desarrollo de su potencial. De ésta manera, si queremos tener la información más veraz acerca de la naturaleza del niño con P.C., se obtendrá mediante la relación que establece con las personas más cercanas a él: la familia y, principalmente la relación con sus padres.

Para la Dra. Françoise Dolto (1986) en su libro "La imagen inconsciente del cuerpo" la evolución sana de un niño, depende de la relación emocional del niño con sus padres y de que tempranamente éstos le hayan ofrecido con palabras, la

información real con respecto a su estado físico. Estos intercambios dependerán en gran parte de la manera en que los padres hayan aceptado o no la discapacidad de su hijo, de que sus sentimientos de angustia hayan sido manejados.

Podemos considerar que el niño con P.C. es un complejo problema al que se enfrentan los padres. Se advierte frecuentemente que muchos de los padres de éstos niños se aíslan de los demás padres de sus comunidades, ocasionado esto, no solo un desajuste emocional en ellos, sino también en el niño, con que el paso del tiempo, va captando ese aislamiento como vergüenza, castigo o sacrificio, irá percibiendo que él es diferente, que él es rechazado y al igual que los padres, él también se aislará.

Otra causa que agravará el problema es el exceso de cuidados, los mimos, el "adivinar el pensamiento", logrando únicamente sabotear el proceso de rehabilitación del niño y reaccionando en forma negativa en la adaptación al medio, convirtiéndose posteriormente en un niño manipulador, agresivo o desobediente.

En otras ocasiones, la actitud de indiferencia de los padres provoca todo tipo de manifestaciones en el niño que adoptará formas para llamar su atención como la autoagresión, la destructividad, la enuresis, el mutismo, etc.

Como se puede observar en el siguiente diagrama la Parálisis Cerebral no solo afecta al individuo y a sus padres, sino que repercute también en la familia y en la sociedad.

PARALISIS CEREBRAL**INDIVIDUO**

- Falta de reconocimiento.
- Falta de integración al grupo.
- Imposibilidad de autorrealización.
- Inseguridad.

FAMILIA

- Alt. de las relaciones familiares.
- Desintegración familiar.
- Sobrecarga económica.
- Deficiente desarrollo educativo y cultural.

COMUNIDAD

- Desempleo.
- Subempleo.
- Mendicidad.
- Alcoholismo.
- Farmacodependencia.
- Delincuencia.
- Pérdida económica y
- Freno al progreso.

CAPITULO V

5. Consideraciones sobre la función del psicólogo en el trabajo de rehabilitación.

La actividad del psicólogo como profesional se puede definir en cinco funciones relacionadas con los factores humanos, esto de acuerdo a lo establecido por E. Ribes (1986).

a) Funciones de detección de problemas.- Definidos ya sea en términos de carencias, de formas, de comportamiento socialmente deseable, o de potencialidades cuyo desarrollo es requerido para satisfacer prioridades individuales o sociales. Esta función comprende las áreas tradicionales de la evaluación y el diagnóstico.

b) Funciones de desarrollo.- Que consisten en promover cambios a nivel individual o de grupo, para facilitar la aparición de comportamientos potenciales requeridos para el cumplimiento de objetivo individuales y de grupo, en lo que a recursos humanos se refiere. Esta función incluye fundamentalmente lo que en forma tradicional se ha denominado educación y capacitación.

c) **Funciones de rehabilitación.-** Dirigidos al remedio de aspectos deficitarios en el comportamiento de individuos o de grupo. Comprende actividades de reeducación y prótesis.

d) **Funciones de planeación de y prevención.-** Relacionados con el diseño de ambientes, predicciones de problemas a mediano y largo plazos, y difusión de algunas actividades profesionales de apoyo entre personal paraprofesional y no profesional.

e) **Funciones de investigación.-** Que se dirijan a la evaluación controlada de instrumentos de medida, al diseño de tecnología y al establecimiento de habilidades interdisciplinarias en el área de la salud y del cambio social.

Los escenarios en que confluye estas áreas problema son: las instituciones de salud, de educación, de reclusión, los centros laborales y de producción, las distintas áreas de la comunidad urbana y rural en que se puede dar esta problemática y, finalmente el laboratorio de investigación.

La participación del psicólogo en las áreas de productividad y salud pública, se enmarca de la formación, aprovechamiento y planeación de recursos humanos, así como en la prevención y rehabilitación de aspectos deficitarios de la población.

El papel del psicólogo como profesional de apoyo en el campo de la salud pública, se ubica en la instrucción. Esto se explica porque tanto las funciones de desarrollo y rehabilitación, como las de prevención son tareas fundamentalmente educativas en el sentido amplio del término.

En el área de salud pública aparte de las funciones de investigación y detección, que son prácticamente necesarios en cualquier área problema, destacan como funciones profesionales las de rehabilitación y de prevención. La rehabilitación se centra en el trabajo institucional e individual, donde el psicólogo, mediante el uso de técnicas específicas, "reeducar" para remediar las deficiencias propiciadas por un ambiente social desfavorable al desarrollo de la población. Este trabajo implica la programación de los ambientes institucionales y la realización de procedimientos clínicos cuyo objetivo, es comprender las deficiencias de individuos o grupos.

En el aspecto preventivo, el psicólogo aporta una tecnología de la instrucción masiva, a nivel de la comunidad, misma que permite la evitación de problemas de salud, a través de la participación activa y consciente de los distintos miembros de dicha comunidad.

Desde el punto de vista humano sería indispensable que el psicólogo clínico tuviera cualidades que optimizaran su relación con el niño con P.C. y con los padres de este; de manera ideal el psicólogo debería:

1. Evitar las frustraciones personales.
2. Poseer una personalidad equilibrada.
3. Poseer la capacidad de valoración y adaptación al ritmo lento de aprendizaje de los niños
4. Tener datos de intuición para captar en cada momento lo que el niño precisa.
5. Ser alegre y capaz de mantener esa alegría en clase sin menoscabo de perder la autoridad personal.

6. Tener la aptitud para despertar en el niño y en los padres la efectividad y un nivel de confianza mutuos.

7. Sobre todo debe querer trabajar con niños especiales.

8. Saber, entender y comprender a los padres de estos niños.

Capacitado con una preparación completa y siendo poseedor de una seguridad personal.

El porque de todo lo anterior lo encontramos en los siguientes comentarios: el psicólogo que trabaje con niños deficientes al no poseer un equilibrio en su persona puede incurrir en predisposición tanto hacia los niños como los padres de estos, volcando por así decirlo tal vez el cúmulo de frustraciones existentes en él, de tal suerte que al contar con ese equilibrio tendrá la capacidad de adaptación o de entendimiento del ritmo lento de aprendizaje de este tipo de niños, otorgándoles en su momento lo que vayan requiriendo.

Otro de los elementos que pueden permitir un mayor desempeño de los padres de familia, consiste en la capacidad de transmisión de alegría y entusiasmo que tienden un lazo de afectividad y confianza mutuos, de no ser así seguiremos encontrando profesionales de la psicología que participan en este tipo de grupos de manera obligada y sin sentido alguno, porque así se les obliga en la Institución en la que laboran, sin tener el cariño o la emotividad que requieren este tipo de pacientes.

Una vez establecidos los criterios teóricos que deben incidir en la formación psicólogo, es dable señalar que en la práctica profesional, particularmente, en el caso de la exponente, estos principios o elementos ya señalados no se concatenan de manera tan sencilla.

Lo anterior es atribuible a:

a) Cuando se egresa de la carrera y se ha recibido una formación profesional encuadrada en una sola corriente psicológica, al momento de buscar empleo se encuentra uno con la novedad de que hace falta contar con una técnica encaminada al conocimiento y aplicación de tests psicométricos. Lo que me obligo

a tomar un curso de actualización en este rubro y/o aprender la técnica. Y más adelante, completar ésta en la misma institución donde trabajo; ya que este tipo de pruebas sustentan en gran medida el trabajo realizado por el departamento de psicología.

Derivado de lo anterior, se hace necesario que la E.N.E.P. Iztacala, incluya dentro de su programa cursos y/o talleres para la aplicación y evaluación de este tipo de pruebas.

Por otra parte encontré que los diferentes instrumentos de medición psicológica, en un gran número, por no decir, que todos son elaborados en Estados Unidos, existiendo si acaso una o dos pruebas cuya elaboración y contenido es netamente nacional. A este respecto, y como sugerencia se plantea la necesidad de que los estudiantes recibieran mayor información y capacitación sobre el particular, generándose los grupos de investigación para la creación de pruebas psicológicas que atiendan a la idiosincrasia del mexicano.

b) Se hace necesario, por cuanto se refiere al centro de trabajo, incrementar las condiciones necesarias para que la labor del psicólogo sea más efectiva, adquiriendo los materiales más novedosos que sobre la materia existan y se envíe a cursos de actualización al personal del área-

En la medida en que las instituciones educativas, difundan entre la población en general los beneficios que se derivan de acudir a los servicios del psicólogo, para el tratamiento de los problemas que se le presenten en su conducta y/o en su entorno familiar o social, esto permitirá avanzar en la solución de un sin fin de problemas de comportamiento social existentes en el país.

BIBLIOGRAFIA.

- Barbaranne, J. B. (1994). Un niño especial en la familia. Guía para padres. (2da.) México, D.F.. Trillas.
- Bernal del R. A. (1979). Errores en la crianza de los niños. México, D.F., El Caballito.
- Bobath, B. y Bobath, K. (1991). Desarrollo motor en distintos tipos de parálisis cerebral. Buenos Aires, Argentina. Panamericana.
- Bobath, K. (1982). Bases neurofisiológicas para el tratamiento de la parálisis cerebral. (2da.) Buenos Aires, Argentina. Médica-Panamericana.
- Buscaglia L. (1991). Los discapacitados y sus padres. Buenos Aires, Argentina. EMECE.
- Cruickshank, W. M. (1982). El niño con daño cerebral en la sociedad, en el hogar y en la comunidad. México, D. F., Trillas.
- Diccionario Enciclopédico de Educación Especial. (1986). (1ra.) México, D.F., Santillana.
- Dolto, Françoise. (1986). La imagen inconsciente del cuerpo. México, D. F., Paidós.
- Finnie, N. R. (1983) Atención en el hogar del niño con parálisis cerebral. (1ra. reimp.) México, D. F., La Prensa Médica Mexicana.

García Vázquez, y colaboradores. Programa de estimulación múltiple temprana en productos de embarazo de alto riesgo. México, D.F., Revista de Medicina Física y Rehabilitación. Vol. 4, No. 3, julio-septiembre 1992.

García, G. (1990). Estimulación temprana para el manejo del niño con parálisis cerebral infantil. México, D.F., Revista de Medicina Física y Rehabilitación. Vol. 2, No. 1, enero-marzo 1990.

Gessel, A. (1946). Diagnóstico del desarrollo normal y anormal del niño. Buenos Aires, Argentina. Paidós.

Guevara, B. y Lara, V. J. (1993). Enseñanza de niños con parálisis cerebral infantil. México, D.F.. Trillas.

Horowitz, M y Kaltreides, N. (1987). Brief therapy of the stress response syndrome. EUA. Psychiatric Clinics of North America.

Jones, H. Margartet. Differential Diagnosis and Natural History of the cerebral palsied child. New York, EUA. Spastics International Medical Publications.

Kubler, Ross. E. (1979). On death and dying. New York, EUA. Mex., Millan.

Licht, Sidney. (1970). Terapéutica por el ejercicio. Barcelona, España. Salvat. Editores Barcelona.

Manual de Organización Específico. Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación. S.S.A. noviembre 1993.

Revista Sociedad Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación. México, D.F.,
Vol. VI, No. 3, noviembre 1984.

Ribes, I. E. (1986). Enseñanza, ejercicio e investigación de la psicología. (2da.)
México, D.F.. Trillas.

Rusk, Howard. Medicina de Rehabilitación. (2da.) Interamericana.

Valdéz Fuentes, J. I. (1988). Enfoque integral de la parálisis cerebral para su
diagnóstico y tratamiento. México. D.F., La Prensa Médica Mexicana,
S.A. de C.V.

ANEXO I

DATOS DE LA EVALUACION INICIAL.

No. PROG.	EXPEDIENTE	SEXO	EDAD	GESTA	EDAD MAD	M	A	L	P.S	ED EV	C de D	RETRA	ESCOLAR.	PADRES
1	08-43-54	F	6	1	29	4	4	6	5	4	66%	34%	NOR.	PROF
2	08-52-00	M	7	1	18	1	1	5	1	2	28%	72%	SEC	SEC
3	08-52-79	F	13	3	29	7	5	7	6	6	46%	54%	4PRI	SEC
4	08-52-46	M	8	2	21	7	5	7	7	6	87%	13%	3PRI	SEC
5	08-62-34	M	6	2	34	3	4	5	4	4	66%	34%	SEC	SEC
6	08-61-68	M	8	2	33	6	6	8	8	7	87%	13%	SEC	SEC
7	08-74-48	F	9	3	32	2	3	7	3	4	44%	56%	SEC	SEC
8	08-83-27	M	12	2	22	6	7	11	12	9	75%	25%	3PRO	PRE
9	09-08-60	F	23	1	29	6	5	7	6	6	26%	74%	VOC	ING
10	08-94-07	M	16	1	25	14	12	8	13	11	68%	32%	PRE	PRO
11	09-00-90	M	10	2	27	3	5	7	5	5	50%	50%	PRO	PRO
12	09-05-44	M	11	3	27	8	6	6	5	6	54%	46%	PRE	PRE
13	08-93-31	F	11	3	30	6	6	9	8	7	63%	37%	SEC	2PRE
14	08-84-55	M	5	2	18	3	4	5	5	4	80%	20%	SEC	SEC

DATOS DE LA EVALUACION FINAL

No. PROG.	EXPEDIENTES	EDAD	M	A	L	P.S	ED EV	C.de D.	RETRA
1	08-43-54	15	6	5	9	9	7	46%	54%
2	08-52-00	14	2	1	8	1	3	21%	79%
3	08-52-79	20	14	7	8	7	9	45%	55%
4	08-52-46	15	15	15	12	14	14	93%	7%
5	08-62-34	12	9	11	8	14	10	83%	17%
6	08-61-68	13	14	12	13	14	13	100%	0%
7	08-74-48	21	3	5	14	12	8	38%	62%
8	08-83-27	19	11	14	13	14	13	68%	32%
9	09-08-60	27	9	6	9	7	7	25%	75%
10	08-94-07	22	21	21	12	14	17	77%	23%
11	09-00-90	16	7	9	13	12	10	62%	38%
12	09-05-44	17	10	6	10	10	9	52%	48%
13	08-93-31	19	14	21	13	15	15	78%	22%
14	08-84-55	16	10	11	9	12	10	62%	38%

FIGURA 1: DATOS GENERALES DE LOS 14 PACIENTES QUE CONCLUYERON EL TRATAMIENTO

ANEXO I

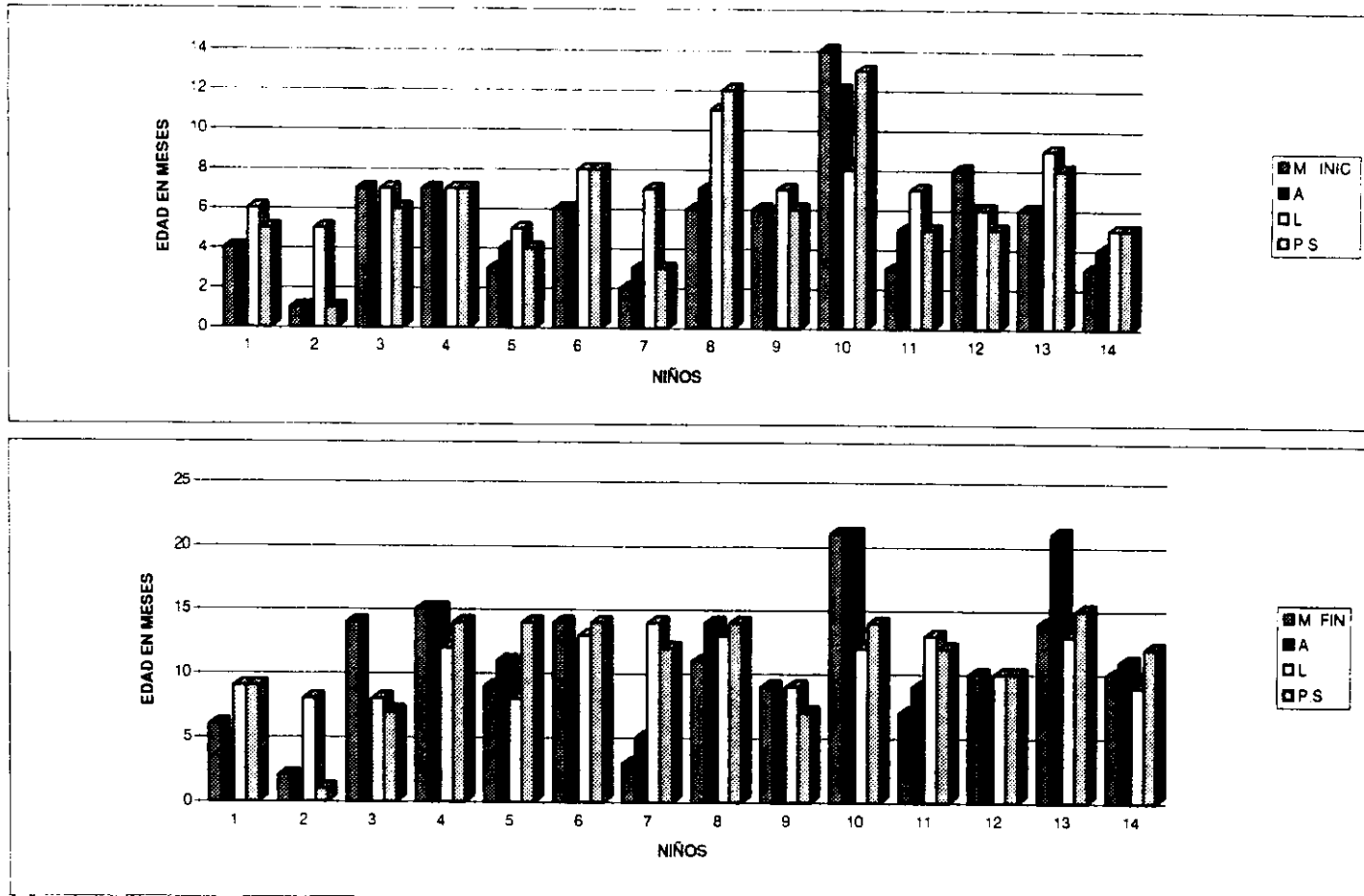


FIGURA 2: MUESTRA LAS 4 AREAS DE GESELL (MOTRIZ, ADAPTATIVA, LENGUAJE Y PERSONAL SOCIAL) DE LAS EVALUACIONES INICIAL Y FINAL.

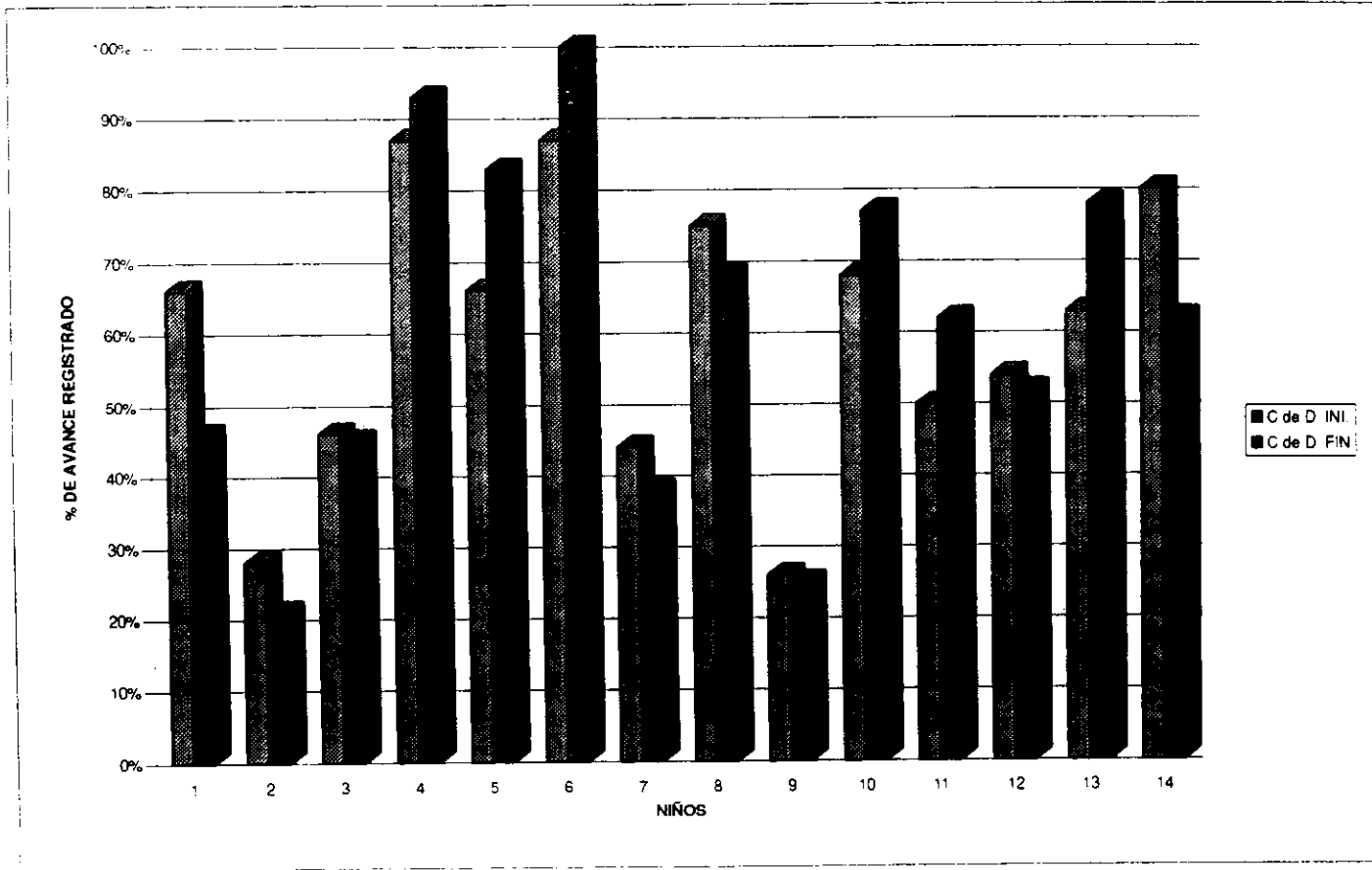


FIGURA 3: SE OBSERVA EL COCIENTE DE DESARROLLO EN LA EVALUACION INICIAL Y FINAL; NOTANDOSE UN INCREMENTO EN 6 DE LOS PACIENTES.

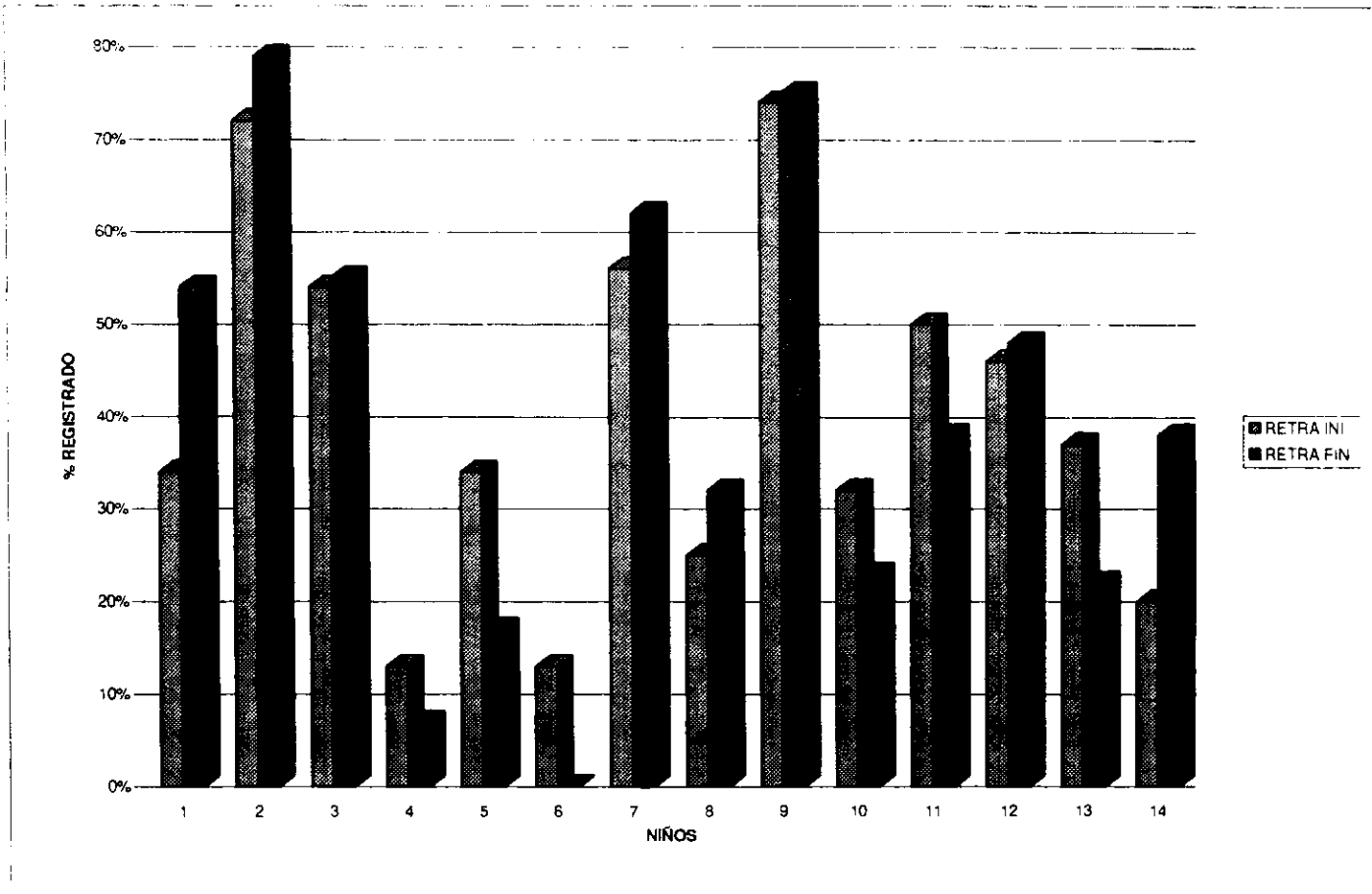


FIGURA 4: MUESTRA EL RETRASO EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR DE LOS 14 PACIENTES. EN AMBAS EVALUACIONES.

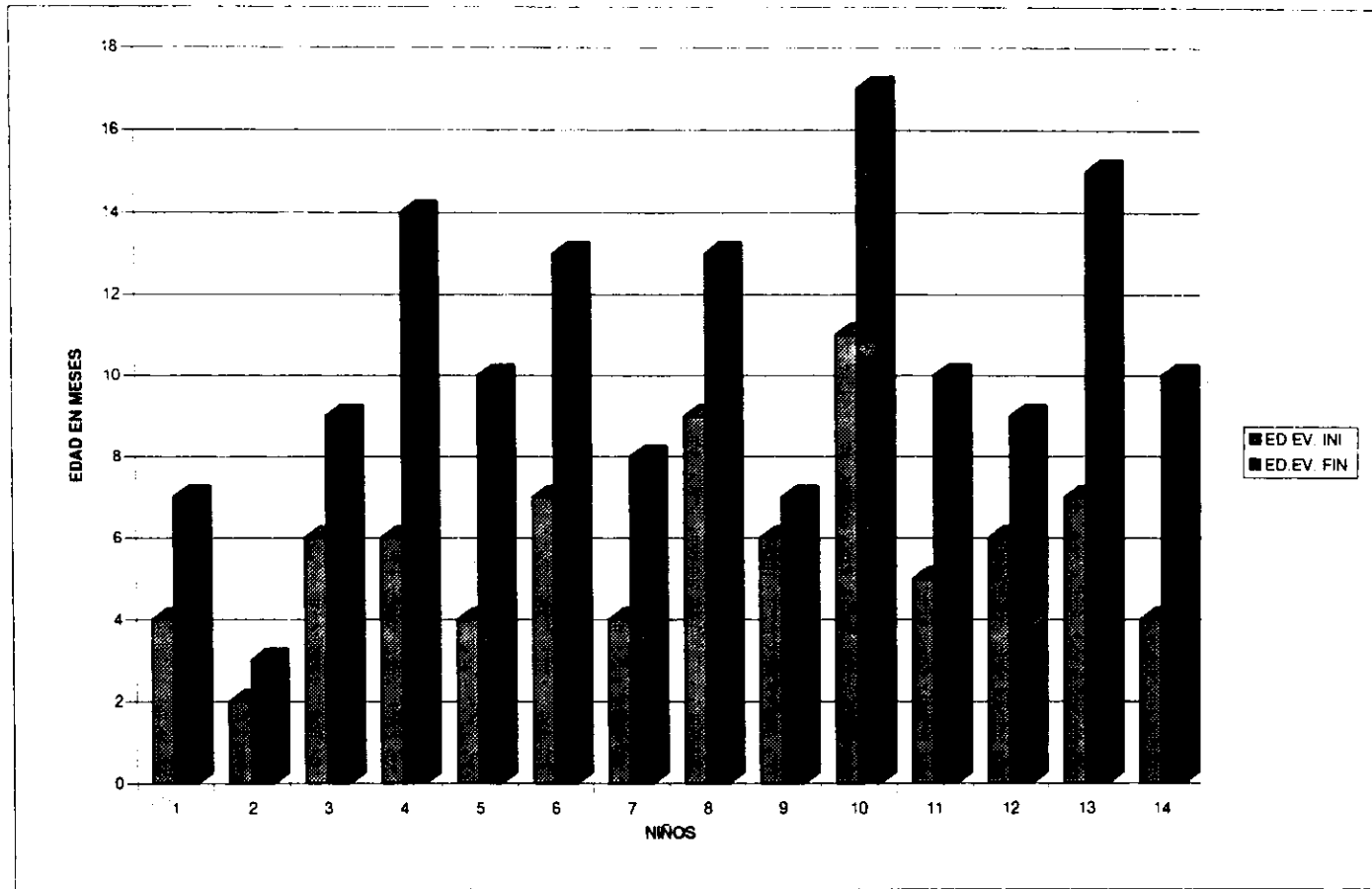


FIGURA 5: EDAD EVOLUTIVA DE LOS PACIENTES, TANTO AL INICIO COMO A LA TERMINACION DEL TRATAMIENTO.

ANEXO II

EQUIPO UTILIZADO

I.- Equipo fijo:

casita.

espalderas.

tablero de personal.

II.- Equipo semimovil:

cómoda con divisiones.

colchones planos.

colchon inclinado.

mesa redondas y sillas.

mesa de estabilidad.

sillas normales.

escalera vertical.

escalera horizontal.

cojines plataforma para deslizarse.

tabla de balance.

tablas inclinadas.

cojines de diversos tamaños y formas.

pelota bobath.

cilindros de 60 y 90 cms. de diámetro.

estabilizador.

túnel de gateo.

caballito roncy.

III.- Equipo móvil:

triciclo.

coches de apoyo .

cochecitos para empujar.

deslizadores rectangulares.

gateador.

rueda móvil.

andaderas.

IV.- Material sensoperceptivo:

a) Auditivo:

grabadora.

sonajas.

panderos.

flautas.

cajas de música.

juguetes sonoros.

b) visual:

láminas de colores.

muñeco trepador.

juguetes de cuerda.

títeres.

c) olfativo:

frasco de aromas.

esencias.

frutas.

flores.

d) táctil:

bolitas de polipropileno.

superficies forradas de diferentes texturas.

telas de diferentes texturas.

piezas de maderas de formas diversas.

muñecos de tela, hule, plástico, peluche.

masa.

engrudo.

e) Material para esquema corporal:

muñeca tamaño natural.

rompecabezas.

muñecos de plástico.

cantos.

f) Materiales diversos para entrenar coordinación, prensión gruesa y fina :

actividades de alimentación e higiene.

g) Material de uso múltiple:

pompas de jabón.

agua a diferentes temperaturas.

papel para rasgar o arrugar.

aros de diversos diámetros.

ANEXO III

158

PROGRAMA DE ESTIMULACION TEMPRANA

Actividades Semanales

Semana 1ra. del 5 al 9 de julio.

H O R A	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
09:00	Junta informativa con los padres de familia del programa de estimulación temprana.	Inauguración del programa.	1er. grupo Estimulación auditiva a través de cantos con diferentes ritmos de cascabeles y tambores.	1er. grupo Identificación de su nombre como el de sus compañeros a través de cantos.	1er. grupo Identificación de su nombre como el de sus compañeros con cantos. Estimulación auditiva a través de cantos y ritmos con cascabel y tambor.
09:30		Convivió con padres, directores, jefes de área, equipo multidisciplinario que conforma el programa de estimulación temprana.	Actividades recreativas involucrando el esquema corporal, meter y sacar diferentes objetos utilizando una pinza gruesa.	Estimulación auditiva a través de cantos y ritmos con cascabel y tambor. Enseñanza de ejercicios de relajación. Técnicas de relajación con diferentes texturas.	Enseñanza de ejercicios funcionales de colchón para cambios decúbito y equilibrio de tronco.
10:00		Entrega de reglamentos. Horarios. Dinámicas de presentación.	2do. grupo Estimulación e identificación de su nombre como el de sus compañeros. Actividades recreativas a través de marcha.	2do. grupo Identificación de su nombre con el de sus compañeros. Estimulación auditiva a través de cantos y ritmos con cascabel y tambor.	2do. grupo Identificación de su nombre con el de sus compañeros con cantos. Estimulación auditiva a través de cantos y ritmos con cascabel y tambor enseñanza de ejercicios
10:30		CANTOS	Meter y sacar diferentes objetos de un bote.	Ejercicios de relajación con diferentes texturas.	de relajación y colchón para estimular cuatro y dos puntos.

ANEXO III

159

PROGRAMA DE ESTIMULACION TEMPRANA

Actividades Semanales

Semana 2da. del 12 al 16 de julio.

H O R A	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
09:00	1er. grupo Estimulación auditiva a través de cantos Identificación de su nombre como el de sus compañeros. Ejercicios de relajación y de enseñanzas funcionales de colchón para cambios decúbito y equilibrio de tronco.	1er. grupo Estimulación auditiva a través de cantos. Identificación de su nombre como el de sus compañeros Ejercicios de relajación y de enseñanzas funcionales de colchón para cambios decúbito, equilibrio de tronco y apoyo.	1er. grupo Estimulación auditiva a través de cantos. Identificación de su nombre como el de sus compañeros Ejercicios de relajación y de enseñanzas funcionales de colchón para cambios decúbito, equilibrio de tronco y apoyo.	1er. grupo Estimulación auditiva a través de cantos. Identificación de su nombre como el de sus compañeros. Ejercicios de relajación y de enseñanzas funcionales de colchón para cambios decúbito, equilibrio de tronco y apoyo.	1er. grupo Estimulación auditiva a través de cantos. Identificación de su nombre como el de sus compañeros. Ejercicios de relajación y de enseñanzas funcionales de colchón para cambios decúbito, equilibrio de tronco y apoyo.
09:30	Enseñanza de manipulación con diferentes materiales para estimular pinza gruesa, integrando el concepto de meter y sacar.	Enseñanza de manipulación con diferentes materiales para estimular pinza gruesa, integrando el concepto de meter sacar, diferenciar entre yo y mamá, dame toma para mí, para mamá	Diferenciar entre mamá y yo, dame, toma para mí para mamá. Plática con los padres sobre educación sexual con la Dra. Alvarado. Diferenciar entre mamá y yo, dame toma para mí para mamá.	Estimular 4 y 2 puntos, arrastre Ejercicios de funciones para estimular gateo sobre diferentes texturas. Caminar sobre diferentes texturas. Estimulación en la alberca con bolitas de polipropileno	Estimular 4 y 2 puntos, arrastre Ejercicios de funciones para estimular gateo sobre diferentes texturas Caminar sobre diferentes texturas Estimulación en la alberca con bolitas de polipropileno.
10:00	2do grupo. Estimulación auditiva a través de cantos. Identificación de su nombre como el de sus compañeros. Ejercicio de relajación y enseñanza de ejercicios de colchón para estimular cuatro y dos punto.	2do grupo. Estimulación auditiva a través de canciones. Identificación de su nombre como el de sus compañeros. Ejercicio se relajación y enseñanza de ejercicios funcionales de colchón para cambios de cúbite equilibrio de tronco y apoyo.	Enseñanza para la manipulación con diferentes materiales para estimular pinza gruesa, integrando el concepto de meter y sacar	Estimulación auditiva a través de cantos identificación de su nombre como el de sus compañeros. Ejercicio se relajación y enseñanza de ejercicios funcionales de colchón para cambios de cúbite.	Estimulación auditiva a través de cantos identificación de su nombre como el de sus compañeros. Ejercicio se relajación y enseñanza de ejercicios funcionales de colchón para cambios de cúbite.
10:30	Enseñanza para la manipulación con diferentes materiales para estimular pinza gruesa, integrando el concepto de meter y sacar. Diferenciar entre yo y mamá, dame, toma para mí, para mamá	Enseñanza para la manipulación con diferentes materiales para estimular pinza gruesa, integrando el concepto de meter y sacar. Diferenciar entre mamá y yo, dame, toma para mí para mamá	Actividades en grupo metiendo y sacando globos o pelotas en una caja. Meterse a gatear on el túnel.	Equilibrio de tronco y apoyo. Estimular 4 y 2 puntos, arrastre Diferenciar entre mamá y yo, dame, toma para mí para mamá Enseñanza para la manipulación con diferentes materiales para estimular pinza gruesa, integrando el concepto de meter y sacar	Equilibrio de tronco y apoyo Estimular 4 y 2 puntos, arrastre Diferenciar entre mamá y yo, dame, toma para mí, para mamá Enseñanza para la manipulación con diferentes materiales para estimular pinza gruesa, integrando el concepto de meter y sacar.

ANEXO III

160

PROGRAMA DE ESTIMULACION TEMPRANA

Actividades Semanales

Semana 3ra. del 19 al 23 de julio.

H O R A	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
09:00	Estimulación auditiva a través de cantos. Identificación de su nombre como el de sus compañeros. Ejercicio de relajación. Ejercicios funcionales de colchón para estimular cambios de cúbito.	Estimulación auditiva a través de cantos. Identificación de su nombre como el de sus compañeros. Ejercicio de relajación. Ejercicios funcionales de colchón para estimular cambios de cúbito.	Estimulación auditiva a través de cantos. Identificación de su nombre como el de sus compañeros. Ejercicio de relajación. Ejercicios funcionales de colchón para estimular cambios de cúbito.	Estimulación auditiva a través de cantos. Identificación de su nombre como el de sus compañeros. Ejercicio de relajación. Ejercicios funcionales de colchón para estimular cambios de cúbito.	Estimulación auditiva a través de cantos, identificando su nombre como el de sus compañeros. Ejercicio de relajación. Ejercicios funcionales de colchón para estimular cambios de cúbito.
09:30	Arrastres, gateo, equilibrio de tronco. Equilibrio y apoyo en 4 y 2 puntos. Gateo dentro del túnel. Apareamiento de colores con diferentes materiales.	Rodamientos, arrastres y gateo en diferentes texturas. Equilibrio de tronco 4 y 2 puntos. Gateo dentro del túnel. Apoyos 4 y 2 puntos. Apareamiento de colores con diferentes materiales.	Rodamiento, arrastres y gateo en diferentes texturas. Equilibrio de tronco 4 y 2 puntos. Apoyo en 4 y 2 puntos. Meter y sacar objetos dentro de un bote.	Rodamiento, arrastres y gateo en diferentes texturas, equilibrio de tronco 4 y 2 puntos. Meter y sacar objetos dentro de un bote. Apareo de colores. Enseñanza del concepto adentro y afuera.	Rodamiento, arrastre y equilibrio de tronco 2 y 4 puntos. Meter y sacar objetos dentro de un bote.
10:00	Ensamblar y desensamblar. Manejar conceptos de meter y sacar. Manejo de garabateo con diferentes colores.	Integrando el concepto de meter, sacar, dentro y fuera. Ensamblar y desensamblar. Enseñanza del color rojo con una manzana y pegando círculos dentro para enseñanza del círculo.	Apareo de colores. Enseñanza del concepto adentro por medio de poner puntitos con la yema del dedo dentro la superficie de un globo.	Técnicas de relajación por medio de diferentes texturas. Estimulación en la alberca con bolitas de polipropileno. Estimulación del lenguaje.	Enseñanza del concepto dentro, afuera, pegando sopa en un círculo. Estimulación del lenguaje con balbuceo y vocalización metiendo y sacando objetos.
10:30	Estimulación del lenguaje a través de balbuceo, apoyándose en las diferentes actividades de terapia ocupacional.	Estimulación del lenguaje a través de balbuceo, apoyándose en las diferentes actividades de terapia ocupacional. Pláticas con la Psic. Lourdes Barragán.	Técnicas de relajamiento por medio de diferentes texturas. Estimulación de lenguaje Pláticas con la Dra. Alvarado. Tema aspectos básicos de la rexia de	Manejando conceptos de dame, toma y vocalización metiendo y sacando objetos.	Entrenamiento de actividades de higiene en el lavado de manos.

ANEXO III

161

PROGRAMA DE ESTIMULACION TEMPRANA

Actividades Semanales

Semana 4ta. del 26 al 30 de julio.

HORA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
09:00	Estimulación auditiva con cantos y ritmos. Identificar su nombre como el de sus compañeros con canciones. Estimulación de ejercicios de relajación. Estimulación de ejercicios en 2 y 4 puntos.	Estimulación auditiva con cantos y ritmos. Identificar su nombre como el de sus compañeros con canciones. Estimulación de ejercicios de relajación. Estimulación de ejercicios en 2 y 4 puntos.	Estimulación auditiva con cantos y ritmos. Identificar su nombre como el de sus compañeros con canciones. Estimulación de ejercicios de 2 y 4 puntos. Manipulación de objetos con las dos manos.	Estimulación auditiva con diferentes ritmos. Estimulación de ejercicios de relajación. Estimulación de ejercicios de 2 y 4 puntos. Manipulación de objetos con las dos manos.	CONVIVENCIA
09:30	Manipulación de objetos con las dos manos, metiendo y sacando al bote. Rasgado de papel con ambas manos. Estrujando papel con ambas manos. Estimulación de lenguaje por medio de balbuceo y vocalización.	Manipulación de objetos con las dos manos. Meter y sacar objetos de un bote. Estimulación de balbuceo y vocalización apoyando las actividades de terapia ocupacional. Estimulación con bolitas de polipropileno en la alberca.	Meter y sacar objetos de un bote. Estimulación de lenguaje por medio de la imitación de sonidos de animales de la granja.	de un bote y rompecabezas de resague. Estimulación de lenguaje por medio de la imitación de sonidos onomatopéyicas de animales de la granja.	
10:00	Plática intervención. Terapia física en el programa de estimulación múltiple. ¿Qué es terapia física?				

SIEMPRE ADELANTE

vas caminando, tu andar es lento tropezarás mil veces y te dolerá ser, más tú siempre adelante!

Tendrás que saltar mil bardas como caras que no quieren mirar y no saben reír, más tú siempre adelante!

Verás que el camino no es fácil irán padres y madres con sus hijos comunes, y a todos los van a acariciar, mas al tuyo, por ser diferente nadie más que tú lo abrazara, más tú siempre adelante!

Por la calle te voltearán a ver y en sus rostros expresiones raras verás, egoístas seres, más tú arriba la cabeza y siempre adelante!

Tirará tu hijo la sopa y los cubiertos, y de todas las mesas se escapará un silencio hostil, toma su mano y siempre adelante!

Jugarán cien niños en el parque y al llegar el tuyo, algunas madres silenciosas se irán y tu mirada esquivarán, más tú siempre adelante!

Piensa mujer u hombre que si te paras un minuto, habrás parado un año el desarrollo de tu hijo, tú siempre adelante!

Es cierto del todo tu hijo no hace lo que un día soñaste, que le verías hacer pero es tu hijo adelante!

No será fácil continuar pero es sangre de tu sangre, carne de tu carne, semilla de tu vientre, fruto de tu amor y el de Dios, siempre adelante!

No te detengas al luchar siempre adelante! Se muy constante al amar siempre adelante! y cuando sientas que te vencen mira la cara de tu hijo y entonces sigue **siempre adelante.**

Beatriz Rivera Luján.
1984