

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE PSICOLOGIA



DONADO A LA BIBLIOTECA DE LA
FACULTAD DE PSICOLOGIA POR:

Dr. Julian McGregor
FECHA: 7/05/2001

ESTUDIO PSICOLOGICO EN NIÑOS CON
PARALISIS CEREBRAL

REALIZADO EN EL CENTRO DE REHABILITACION DEL
SISTEMA MUSCULO ESQUELETICO DE LA SECRETARIA
DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA.

TESIS RECEPCIONAL

Que Para Obtener el Título de
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P r e s e n t a

ALMA MIREYA LOPEZ ARCE CORIA

México, D. F.

1976



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

A MIS PADRES:

DR. AUSENCIO LOPEZ ARCE y

MA. DE LA LUZ C. DE LOPEZ ARCE

Con amor y agradecimiento por haberme
guiado por el camino del bien con su-
ejemplo y consejos.

A MIS HERMANOS:

AUSENCIO

LUZ DE EUNICE

ROBERTO

ARACELI

CESAR

GUILLERMINA

Con todo mi cariño.

A MIS FAMILIARES Y AMIGOS

Por su valioso afecto y

amistad.

JB-1188

Doy mi más sincero agradecimiento al

DR. JULIAN MAC GREGOR

Por la desinteresada y valiosa-
ayuda que me proporcionó en los
momentos críticos de mi vida.

A la Psic. ANA ELENA NUNCIO G.

Por haberme sugerido el tema en cuestión;
así como a todos los niños incapacitados
por iniciarme en el estudio de la invali
dez y al Centro de Rehabilitación del --
Sistema Músculo Esquelético por la moti-
vación que recibí para interiorizarme en
la investigación de éstos problemas.

A la Facultad de Psicología de
la U.N.A.M. y maestros que con
tribuyeron en mi formación pro
fesional.

AL H. JURADO DE MI EXAMEN PROFESIONAL

DR. JULIAN MAC GREGOR

DR. ROBERTO PEIMBERT

LIC. OCTAVIO DE LA FUENTE

LIC. DIANA OSTROVSKY

LIC. BEATRIZ GLOWINSKI

Muchas gracias.

I N D I C E

INTRODUCCION.

PRIMERA PARTE

A S P E C T O S T E O R I C O S

PAG.

C A P I T U L O I.

| | |
|---|----|
| 1.- GENERALIDADES SOBRE LA PARALISIS CEREBRAL | |
| A). Definición. | 4 |
| B). Etiología. | 5 |
| C). Formas clínicas y distribución topográfica..... | 6 |
| D). Grados de severidad. | 7 |
| 2.- DESTREZA MOTORA Y DESARROLLO MOTOR EN NIÑOS CON PARALISIS CEREBRAL. | 7 |
| 3.- LA PERCEPCION EN LA PARALISIS CEREBRAL | |
| A). Definiciones actuales | 8 |
| B). Desarrollo de la percepción | 9 |
| C). Alteraciones de la percepción visual | 15 |
| 4.- TRASTORNOS DEL LENGUAJE EN LA PARALISIS CEREBRAL | |
| A). Evolución del lenguaje en el niño normal | 16 |
| B). Trastornos del lenguaje | 22 |
| a) Anomalías de la voz. | 23 |
| b) Anomalías del lenguaje | 23 |

| | |
|---|----|
| c) Anomalías de la audición. | 27 |
| 5.- HIPERACTIVIDAD EN EL NIÑO CON PARALISIS CEREBRAL | |
| A). Hiperactividad sensorial | 28 |
| B). Hiperactividad motriz | 29 |
| 6.- EPILEPSIA EN NIÑOS CON PARALISIS CEREBRAL | |
| A). Definiciones | 29 |
| B). Síntomas de los diferentes tipos de epilepsia más frecuentes en la Parálisis Cerebral. | |
| a) Gran Mal | 30 |
| b) Pequeño Mal | 31 |
| c) Epilepsia Psicomotora. | 32 |

C A P I T U L O I I

PROBLEMA PSICOLOGICO DEL NIÑO CON PARALISIS CEREBRAL EN LA FAMILIA Y EN LA ESCUELA

| | |
|---|----|
| 1.- PROBLEMA EMOCIONAL DEL NIÑO EN LA FAMILIA | |
| A). Rechazo | 35 |
| B). Sobreprotección | 35 |
| C). Indiferencia | 36 |
| D). Concepto de sí mismo | 36 |
| 2.- PROBLEMAS PSICOLOGICOS DEL APRENDIZAJE | |
| A). Memoria | 38 |
| B). La atención y lapso de la atención | 39 |

| | PAG. |
|-----------------------------------|------|
| C). Perseveración | 40 |
| D). Trastornos perceptuales | 40 |
| a) Disociación | 41 |
| b) Inversión figura-fondo | 42 |
| E). Deficiencia mental | |
| a) Definición | 44 |
| b) Criterios | 45 |

C A P I T U L O I I I

REHABILITACION DEL NIÑO CON PARALISIS CEREBRAL

| | |
|-------------------------------------|----|
| 1.- MAGNITUD DEL PROBLEMA | 50 |
| 2.- REPERCUSIONES | |
| A). Individuales | 51 |
| B). Familiares | 51 |
| C). Sociales | 52 |
| D). Económicas | 52 |
| 3.- SOLUCIONES AL PROBLEMA | |
| A). Prevención | 54 |
| B). Rehabilitación | 54 |
| a) Definición | 54 |
| b) Areas de la rehabilitación | 55 |
| 1.- Fisica | 55 |

| | PAG. |
|-----------------------|------|
| 2.- Psicológica | 58 |
| 3.- Social | 59 |
| 4.- Educativa | 59 |
| 5.- Profesional | 59 |

SEGUNDA PARTE

M E T O D O L O G I A

C A P I T U L O I V

| | |
|--|----|
| 1.- LUGAR DE LA INVESTIGACION | 62 |
| 2.- HIPOTESIS | 64 |
| 3.- TECNICAS E INSTRUMENTOS | 64 |
| 4.- SUJETOS | 70 |
| 5.- SINTOMATOLOGIA MEDICA DE LOS CASOS | 73 |

C A P I T U L O V

| | |
|----------------------|----|
| 1.- RESULTADOS | 81 |
|----------------------|----|

C A P I T U L O V I

| | |
|------------------------|----|
| 1.- CONCLUSIONES | 86 |
| BIBLIOGRAFIA | 88 |

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

Desde que inicié mis estudios de psicología en la Universidad Nacional Autónoma de México, me interesé por el área clínica de esa disciplina.

Con el paso del tiempo tuve oportunidad de realizar diversas actividades en instituciones destinadas a la atención de enfermos con trastornos mentales o de la conducta. Fué así como pude percatarme del serio problema que significa el número de niños afectados de la mente en mayor o menor grado por múltiples causas, muchas de ellas de origen congénito y otras adquiridas posteriormente en el curso de la primera infancia o bien hasta la adolescencia; así mismo confirmé los conceptos vertidos por expertos de todo el mundo sobre la forma tan decisiva como influye el medio ambiente del hogar y el económico, fruto de una sociedad que actualmente vive en un período de grave inseguridad y desconcierto originado por las grandes tensiones que causar los constantes conflictos bélicos, los desequilibrios ecológicos, la explosión demográfica y la hambruna cada vez mas extendida en las naciones pobres.

Durante la práctica de mi trabajo cotidiano me puse en contacto con niños afectados de parálisis cerebral, en un establecimiento de asistencia médica al que ocurren los casos no solo de esta ciudad sino de todo el territorio nacional y ocasional

mente de algunos países de Centro y Sudamérica, llevados por los familiares con la esperanza de una posible rehabilitación que los integre a la sociedad como seres no dependientes.

Motivada por lo anterior, me propuse llevar a cabo un "Estudio Psicológico en niños con parálisis cerebral" en la población que llega al Centro de Rehabilitación del Sistema Musculo Esquelético de la Secretaría de Salubridad y Asistencia de la ciudad de México.

Conté para ello con la valiosa ayuda de técnicos, especializados que ahí laboran en los distintos campos de la rehabilitación, así como de profesionistas médicos, psiquiatras, neurólogos, pediatras, ortopedistas, etc. y de los medios auxiliares de diagnóstico y tratamiento que en esa dependencia están al servicio del pueblo.

Para todos ellos mi gratitud y mi sincero reconocimiento.

Lo que a continuación expongo en forma sencilla y clara, por ser así mi estilo personal, lo dejo a consideración del respetable jurado que calificará mi examen profesional, esperando de él su comprensión y benevolencia.

PRIMERA PARTE.

ASPECTOS TEORICOS.

ESTUDIO PSICOLOGICO EN NIÑOS CONPARALISIS CEREBRAL

REALIZADO EN EL CENTRO DE REHABILITACION DEL SISTEMA -
MUSCULO ESQUELETICO DE LA SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y -
ASISTENCIA.

PRIMERA PARTE.A S P E C T O S T E O R I C O S .C A P I T U L O S I1.- GENERALIDADES SOBRE LA PARALISIS CEREBRAL INFANTIL.

Por ser la Parálisis Cerebral uno de los problemas más --
graves de la infancia, y su rehabilitación una de las más
complejas, es necesario conocer más de cerca el problema
para llevar a cabo en forma más efectiva su prevención y
el tratamiento adecuado. Por tal razón expondremos en --
forma breve un panorama de su etiología, síntomas y su --
tratamiento rehabilitatorio.

A) Definición.- "Parálisis Cerebral es un grupo de síndro
mes caracterizados por la lesión cerebral de tipo irre
versible, no progresivo, ocurrido durante los períodos

de gestación, natal o postnatal que trae como consecuencia anomalías en la postura y/o en el movimiento y que puede acompañarse de defectos perceptivos, visuales, auditivos y/o de lenguaje, así como debilidad mental y convulsiones en diferentes grados y combinaciones". (OMS)

B) Etiología.- Se han logrado establecer diferentes factores como causantes de la Parálisis Cerebral.

a) Factores predisponentes. Como son: Edad de la madre, número de embarazo del que procede el caso, complicaciones en embarazos previos, embarazo gemelar, etc.

b) Factores Pre-natales.- Como las enfermedades del sistema nervioso central, infecciones durante el embarazo, alteraciones metabólicas, prematuridad, radiaciones, incompatibilidad sanguínea, traumatismos, etc.

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

d) Factores postnatales.- Como infecciones meningoence

falíticas, traumatismos craneoencefálicos, accidentes cerebrovasculares, neoplasias, lesiones cerebrales por hipertemia y desequilibrio hidroelectrolítico, etc.

C) Formas Clínicas y Distribución Topografica.- Los trastornos motrices van a depender de la región del cerebro que hayan sido afectadas y en esa forma se aceptan diferentes tipos clínicos de trastornos neuromusculares:

- a) Atetosis.- Por la lesión de los ganglios basales y otras partes del tracto piramidal.
- b) Espasticidad.- Debido a la lesión de las áreas motoras corticales y de las fibras correspondientes en la sustancia blanca.
- c) Ataxia.- Por lesión del cerebro o sus vías aferentes y eferentes.
- d) Temblor.- Por lesión del tracto extrapiramidal.
- e) Rigidez.- Por lesión extensa del sistema extrapiramidal.
- f) Mixta.- Por la combinación de cualquiera de las lesiones enumeradas anteriormente.

Las alteraciones motoras antes mencionadas pueden involucrar las extremidades en distintas distribuciones

topográficas, dando lugar a cuadros de:

- a) Hemiplejia.
- b) Cuadriplejia.
- c) Paraplejia.
- d) Triplejia.
- e) Monoplejia.

D) Grados de Severidad de la Parálisis Cerebral.- La severidad de los trastornos motores es variable, abarcando desde las formas más leves que no requieren prácticamente ningún tratamiento, hasta aquellas más graves que necesitan depender de otras personas para sus cuidados personales. Si se clasifica la Parálisis Cerebral por su grado de severidad, se pueden obtener los siguientes grupos:

- a) Parálisis Cerebral ligera.
- b) Parálisis Cerebral moderada.
- c) Parálisis Cerebral severa.

2.- DESTREZA MOTORA Y DESARROLLO EN NIÑOS CON PARALISIS CEREBRAL.

La torpeza motora es una manifestación frecuente en este tipo de niños y no debe confundirse con la hiperquinesia. El niño con parálisis cerebral presenta lesiones neurológicas que pueden afectar los movimientos, manifestando --

incoordinación por movimientos atetoides, espásticos, temblores, etc.

Hay que destacar que unos niños difieren marcadamente unos de otros en lo que respecta a cada una de las manifestaciones antes descritas. Además, estas deficiencias quizá no existen en cada niño al mismo tiempo, ni poseen el mismo grado en caso de hallarse presentes todas.

4.- LA PERCEPCION EN LA PARALISIS CEREBRAL.-

La breve reseña de la psicología de la percepción incluida en los párrafos siguientes, resume las bases necesarias para comprender las alteraciones en los niños con Parálisis Cerebral.

A) Definiciones actuales de la percepción.- "La percepción es cualquier acto o proceso de conocimientos de objetos, o hechos ya sean mediante la experiencia sensorial o por el pensamiento; es una conciencia de los objetos, un conocimiento". "La referencia que una sensación hace a un objeto externo". "La conciencia de las cosas materiales particulares que representan a los sentidos, los procesos sensoriales y reproductores del cerebro combinados, son los que proporcionan el contenido de nuestras percepciones". "La percepción el

el proceso de obtener conocimiento de los objetos y - eventos externos a través de los sentidos". "La percepción es la actividad general del organismo que sigue (o acompaña) inmediatamente a las impresiones energéticas que se reproducen en los órganos de los sentidos". "La percepción es el proceso psicológico de reconocer e interpretar los estímulos".

En sí, hay cientos de definiciones más acerca de la -- percepción, pero todas tienen un común denominador; la consideran fenómeno psicológico.

La percepción puede ser considerada una actividad mental intermedia entre la sensación y el pensamiento. - Es el proceso que dá sentido y significado especial a una sensación y así, actúa como un paso previo al pensamiento. Es el medio por el cual el individuo organiza y llega a entender los fenómenos que constantemente influyen sobre él.

B) Desarrollo de la percepción.- La primera respuesta táctil aparece en la vida fetal del individuo (etapa prenatal). El feto responde al frío y al calor.

Se han recibido reportes acerca de los receptores del gusto, habiéndose descubierto que los infantes al nacer, pueden diferenciar los sabores salado, agrio y amargo.

Gesell y colaboradores se dedicaron a estudiar el crecimiento perceptual del niño estudiando aspectos de su conducta:

- 1o.- Coordinación ojo-mano.
- 2o.- Orientación postural.
- 3o.- Fijación de la perspectiva visual.
- 4o.- Reflejo retinario (enfoque del ojo).
- 5o.- Proyección.

La sensación, es el antecedente de la percepción y es producida por los órganos de los sentidos, partes especializadas del sistema nervioso que permiten al organismo poner se en contacto con el medio, Cada una de estas estructuras nerviosas es sensible a una característica particular del ambiente físico. Aquellos individuos cuyos órganos de los sentidos han sido dañados, destruidos o no se han desarrollado, son parcial o totalmente insensibles a los estímulos del medio que provocarían respuesta a un organismo normal. Sin embargo, la respuesta ocasionada por un estímulo, no termina en la activación del órgano sensorial periférico, sino que provoca la actividad en las áreas conectadas con él. Las percepciones nacen de la actividad de órganos sensoriales diversos: visuales, auditivos, táctiles, gustativos, etc. Siendo tan amplio el -

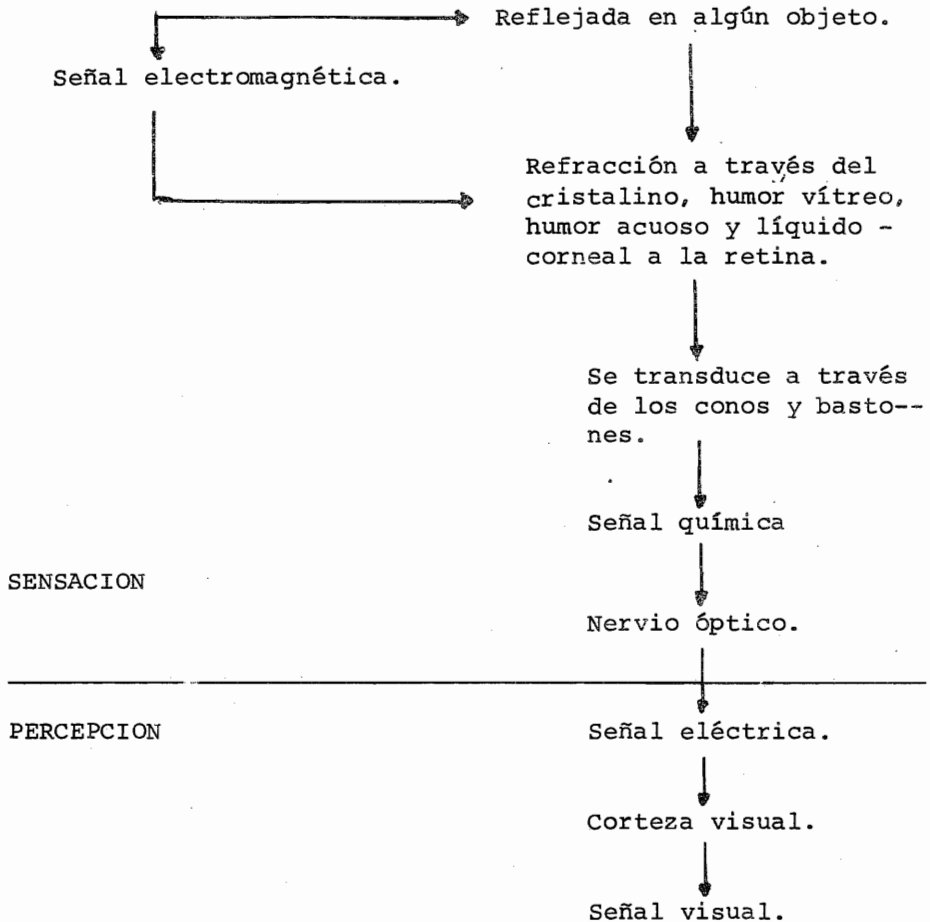
campo de la percepción, nos limitaremos a explicar la -- percepción visual, por ser la que más nos concierne en el presente trabajo.

Percepción visual.- Es generalmente aceptado, que la retina es una extensión externa de la corteza cerebral. La retina de cada ojo está dividida por una línea vertical en dos mitades. Las fibras del nervio óptico transmiten -- la sensación de la retina de cada ojo a la corteza cere--bral; las fibras nerviosas internas de la retina atravie--san el quiasma óptico y transmite la sensación al hemisfe--rio central-lateral. El resultado neto es que la información visual es llevada a través del ojo a ambos hemisfe--rios y el impulso eléctrico surge de la retina y es transmitido por medio del nervio óptico al cuerpo genicular y del núcleo del tálamo a las áreas visuales (17, 18, 19) -- de la región occipital de la corteza cerebral.

ESQUEMA DEL PROCESO PERCEPTUAL VISUAL

(Según la Dra. M. Frostig).

Fuente primaria
de luz produce
la iniciación.



Según Marianne Frostig, el desarrollo visoperceptual llega a la cúspide entre las edades de tres y medio a siete y medio años. Clasifica la percepción visual en cinco -- áreas más importantes para el aprendizaje.

- a) Coordinación viso-motora.- Habilidad de coordinar visión con movimientos del cuerpo o con movimientos de una o varias partes del cuerpo.
- b) Constancia de forma.- Habilidad de percibir y reconocer la forma de un objeto, prescindiendo de factores -- que quizá cambien su tamaño aparente (constancia de ta tamaño). Juzgar la blancura y claridad de un objeto -- prescindiendo de la cantidad de luz reflejada para él (constancia de luminosidad); y la constancia de color que implica la habilidad de reconocer los colores pres cindiendo del fondo o de las condiciones de la ilumi nación. Son muy importantes las constancias de forma y tamaño; color y brillantez están en segundo término.
- c) Percepción figura - fondo.- Todo objeto es percibido - en relación a un fondo. El cerebro humano está organi zado de tal manera que podamos seleccionar, de un gran número de estímulos, un número limitado de éstos, los cuales empiezan a ser centro de nuestra atención. Esta selección de estímulos viene a ser la "figura" en el

campo perceptual, mientras que el resto de estímulos - se perciben como un fondo. La figura debe ser el centro de nuestra atención.

d) Percepción de posición en el espacio.- Es la percepción de la relación de un objeto con respecto al observador.

e) Relaciones espaciales.- Es la habilidad de percibir -- la posición de dos o más objetos en relación a sí mismo y en relación de los objetos entre sí.

La diferencia entre figura-fondo y relaciones espaciales es que, en la primera el campo visual está dividido en -- dos partes, la atención central debe estar dirigida a la figura y el resto al fondo. En las relaciones espaciales cada una de las partes del campo visual, reciben la misma carga atencional y pueden ser unas en relación a otras.

El trastorno visoperceptual en el niño con Parálisis Cerebral, trae consigo muchos impedimentos como: dificultad para llevar a cabo tareas de la vida cotidiana, deportes, dificultad para reconocer los objetos y relacionarlos dentro del espacio; la confusión que percibe en los símbolos visuales hacen el aprendizaje académico muy difícil, independientemente de su grado de inteligencia, se siente confundido, enojado, avergonzado y por lo tanto los sentimien

tos de incapacidad bloquean aún más el proceso de aprendizaje.

C) Alteraciones de la percepción visual.- Entre las manifestaciones de incapacidad en la coordinación visomotora en el niño con Parálisis Cerebral, encontramos que se fatiga fácilmente para ajustarse a las necesidades del ambiente, es incapaz de ejecutar actividades de la vida diaria, como el desvestirse, vestirse, asearse, - comer, sus dificultades para la escritura serán evidentes.

Un problema de la constancia de formas, se detecta en que, al niño los contornos físicos le parecen inestables e impredecibles, tiene dificultad en reconocer -- letras y números y dificultad para reconocer las palabras que ha aprendido, manifestando problemas en la -- lectura. El niño con trastorno en la percepción figura-fondo, se caracteriza por ser un niño inatento, su atención es fugaz, tiene dificultad para examinar las cosas detenidamente, omite secciones de la lectura, -- etc.

El parálítico cerebral con fallas de posición en el espacio manifiesta su incapacidad de muchas maneras, su mundo visual le aparece distorcionado, es marcada su -

dificultad para entender el significado de las palabras que designan posiciones espaciales tales como: fuera, arriba, abajo, adelante, atrás, izquierda, derecha, etc. Su dificultad es más manifiesta cuando inicia la lectura y la aritmética pues las letras, palabras, frases, números, etc. Se le aparecen distorcionados y esto le ocasiona confusión, confundiendo por ejemplo 42 con 24, p por q, sal por las, b por d, etc. El trastorno en las relaciones espaciales se manifiesta en la dificultad de los niños de seguir la secuencia de las letras en una palabra.

4.- TRASTORNOS DE LENGUAJE EN LA PARALISIS CEREBRAL.

A) Evolución del Lenguaje en el niño.- El lenguaje en su concepto más amplio es toda forma de comunicación de nuestros pensamientos e ideas.

Edwar Sapir, nos dice que "El Lenguaje es un método exclusivamente humano y no instintivo, de comunicar ideas, emociones y deseos por medio de un sistema de símbolos producidos de una manera deliberada".

El niño al nacer no posee este medio de comunicación con sus semejantes, pero poco a poco va aprendiendo de sus mayores este complejo sistema de señales que constituyen

el lenguaje oral, aprendizaje que generalmente corre paralelo a su desarrollo psicomotor, pero que requiere de una constante estimulación y ayuda de las personas que rodean al niño (sobre todo la madre) para que el desarrollo lingüístico infantil siga su curso normal. La evolución del lenguaje, función esencialmente cerebral, se logra a través de un proceso de aprendizaje, en el que la sociedad es "el maestro" que le va a enseñar a adoptar sus tradiciones. El niño aprende a hablar el propio idioma del ambiente social en que se desenvuelve.

En el proceso de desarrollo de la palabra en el niño, son necesarias además de las circunstancias sociales que impulsan su desenvolvimiento, la existencia de una percepción auditiva normal (que es la base de la formación y memorización de las imágenes auditivas) el desarrollo de la coordinación muscular de los órganos que actúan en la fonación y cierto grado de madurez intelectual y psicológico que incite la necesidad y deseo de hablar y comunicarse con los demás.

La sensación auditiva aparece muy precozmente desde las primeras 24 horas de vida; pero las primeras reacciones al sonido son puramente reflejas, así como los sonidos inarticulados que anteceden al lenguaje propiamente dicho.

Desde el momento de nacer el niño grita o llora y esta -- reacción sonora carece de expresión, es puramente mecánica. Así pues, podemos considerar que la evolución del -- lenguaje se inicia desde el momento mismo de nacer y a -- partir de esa fecha va aumentando considerablemente durante los primeros años de vida, hasta que llega a poseer -- tal medio de comunicación.

Las primeras manifestaciones expresivas empleadas son los sonidos inarticulados asociados a gestos y actitudes corporales y la dinámica fisiológica de tales emisiones fónico-mímicas se basa en el mecanismo de los reflejos condicionados (sonidos de carácter expresivo indispensables -- para la supervivencia) producto de sus primeras necesidades: hambre, frío, dolor, etc.

La comprensión del lenguaje se inicia mucho antes de que el niño emita la primera palabra. Antes de los primeros esfuerzos para hablar se verifica regularmente una asociación de imágenes mentales de recuerdo, generalizando formas y formando conceptos.

Peinado Altable, al analizar el desarrollo de la comprensión en el niño, describe las siguientes etapas previas -- a la formación del lenguaje, hasta que fisiológicamente -- éste se adquiere:

- a) Lenguaje Indiferenciado.- Los primeros signos de reacción al lenguaje oral son las respuestas motoras a la voz humana, sin llegar a distinguir la palabra. Al oír hablar el niño voltea como una reacción al estímulo sonoro, lo que ocurre en las primeras semanas de su existencia.
- b) Efecto Diferenciado.- En esta etapa la expresión fisonómica del niño refleja una reacción adecuada de gusto o enojo según lo que se le dice o el "tono" en que se le dice. Un bebé llorará ante el tono de represión mucho antes de que las mismas palabras sean comprendidas.
- c) Lenguaje Interior.- La etapa de formación del lenguaje interior se inicia desde los primeros meses y alcanza su pleno desarrollo hasta los dos y medio años. En este período solamente almacena conceptos aunque todavía no pueda expresar todo lo que comprende.
- Los signos que indican el grado de comprensión del lenguaje son principalmente: la expresión facial, la fijación de los ojos, ciertos gestos o reacciones musculares apropiadas al mensaje oral o al mandato recibido.
- Al seguir la evolución lingüística en su curso ascendente, se inicia poco a poco la influencia social y entonces el niño pasa por una etapa que ha sido llamada

de imitación.

Desde el punto de vista cualitativo Peinado Altable resume las ideas de Piaget sobre el desarrollo de la expresión verbal en el niño, considerando su función -- individual y social; marca dos etapas principales: la del lenguaje egocéntrico y el lenguaje socializado. -- En la primera cumple una función estrictamente individual. El niño habla porque le gusta hacerlo, pero no le interesa comunicarse con los demás. En el lenguaje socializado la expresión oral ya cumple con su función primordial: la de servir como medio de intercomunicación entre los individuos que forman la colectividad. Piaget describe dentro del lenguaje socializado las -- siguientes fases: Información adaptada, la crítica, -- las órdenes, ruegos y amenazas y por último preguntas y respuestas que establecen el diálogo.

Esper, describe cinco etapas en la adquisición del lenguaje:

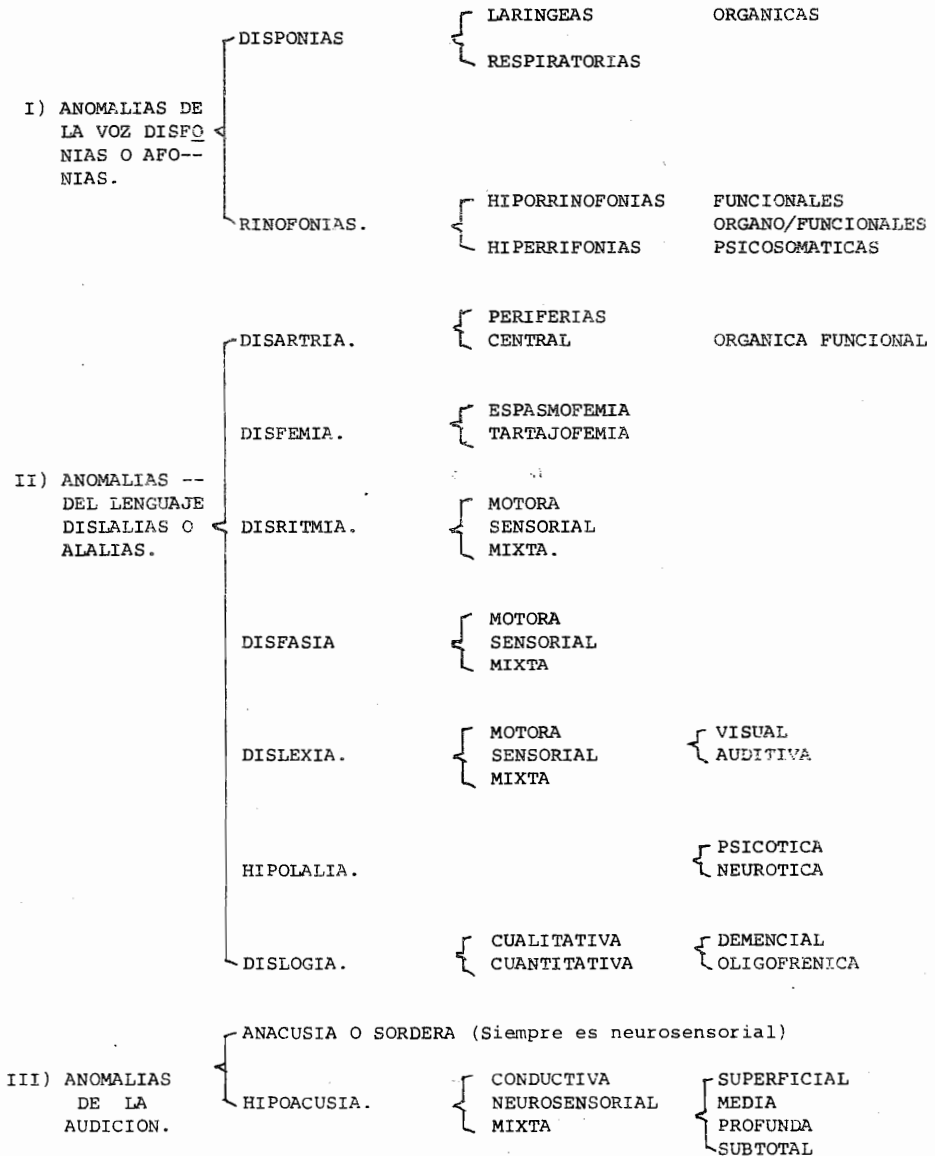
- 1a.- Etapa de los gritos.
- 2a.- Etapa del balbuceo.
- 3a.- Etapa de la imitación.
- 4a.- Etapa de la comprensión verbal.
- 5a.- Etapa de la expresión verbal.

En resumen la comunicación requiere del oír, del hablar, escuchar, escribir; necesita una actividad neurofísica -- complicada. En el niño con lesión cerebral, su escasa capacidad de comunicación constituye un grave problema para sus intentos de aprender y ajustarse a la sociedad.

Es difícil porque el habla es un conjunto de cifras, un código abstracto y es frecuente que el niño con lesión cerebral muestre deficiencias en materia de abstracción, comprender los símbolos y poder interpretar señales, están completamente fuera de las capacidades del niño. Aunque los impedimentos del habla no son característicos de todos los niños con Parálisis Cerebral en su mayoría éstos tienen alguna dificultad de lenguaje.

Las características de hiperactividad, trastornos perceptuales, visomotores, etc. son factores fundamentales de la falta de facilidades adecuadas para la comunicación oral, escrita y mímica del niño con lesión cerebral.

Entre las alteraciones del lenguaje más frecuente del niño con Parálisis Cerebral encontramos la siguiente clasificación.

B) CLASIFICACION DE LOS TRASTORNOS DEL LENGUAJE.

Nota: En la terminología empleada en esta clasificación, el prefijo "dis" indica defecto o alteración y el prefijo "a" es ausencia total.

I.- ANOMALIAS DE LA VOZ O DISFONIAS.

Las disfonías en general comprenden todos los defectos o alteraciones observadas en la calidad de la voz. Se pueden agrupar en dos grandes categorías:

- A) DISFONIAS.- Propiamente dichas, son las alteraciones - patológicas de la voz debidas a anomalías laríngeas o respiratorias.
- B) RINOFONIAS.- Son los defectos observados en la calidad de la voz debido a alteraciones en la cavidad de resonancia y se manifiesta por falta de graduación de la - nasalidad.

Las rinofonias admiten la siguiente subdivisión:

- a) HIPORRINOFONIA: falta de nasalidad.
- b) HIPERRINOFONIA: Exceso de nasalidad.

Todas las clases de disfonías en general pueden ser de tipo orgánico, funcional o psicossomático, según sea la causa que las origine. Las disfonías orgánicas se deben a - algún daño orgánico; las funcionales son causadas por alteraciones fisiológicas y las psicossomáticas, dando la apariencia de ser trastornos orgánicos, son causadas por alteraciones del psiquismo.

II.- ANOMALIAS DEL LENGUAJE O DISLALIAS.

Son todas las anomalías observadas en el lenguaje, en-

cualquiera de sus fases. Se puede clasificar en la siguiente manera:

A) DISARTRIAS.- Anomalías que se presentan en la articulación de las palabras; por su etiología pueden ser de dos tipos:

a) Disartria periférica.- Es una alteración en la articulación de las palabras debida a fallas orgánicas o funcionales del aparato fonoarticulador.

b) Disartria central.- Es toda anomalía de la articulación de las palabras debida a alguna lesión orgánica del sistema nervioso central que obstaculiza el control de la coordinación motriz de los órganos fonadores.

B) DISFEMIA.- Es toda alteración del habla debida a psiconeurosis, aunque puede presentarse unida a ciertas anomalías orgánicas. En este grupo se encuentran:

a) Espasmofemia o Tartamudez.- Se caracteriza por la presentación de espasmos, tropiezos y repeticiones durante el discurso.

b) Tartajofemia o Tartajeo.- Es la omisión de fonemas o sílabas que dificulta la claridad de la expresión oral, dando la impresión de un habla agitada, como si el pensamiento corriera más rápido que la pala--

bra. Se presenta generalmente unido a taquilalia -
(rapidez excesiva en la palabra).

- C) DISRITMIA.- Es toda alteración del ritmo del habla exceptuando las disfemias. Son defectos del ritmo respiratorio, de la acentuación, de la inflexión verbal y del fraseo, debido a anormalidades en el sistema neurovegetativo.
- D) DISFASIA O AFASIA.- Es la debilitación o pérdida de las asociaciones verbales debido a enfermedad o trauma que lesione las áreas del lenguaje localizadas en la corteza cerebral y se pueden clasificar en tres tipos principales:
- a) Afasia o disfasia motora.- Debida a alguna lesión en el centro motor del lenguaje o centro Broca.
 - b) Afasia o disfasia sensorial.- Que es causada por alguna lesión en el centro sensorial del lenguaje o centro de Wernicke, al que está encomendada la interpretación de la palabra oída.
 - c) Afasia o disfasia mixta.- Que es una combinación de las dos anteriores, observándose síntomas mezclados de una y otra; la lesión se localiza en una zona intermedia entre éstas regiones.
- E) DISLEXIA O ALEXIA.- Es el defecto o imposibilidad de -

establecer las asociaciones verbomotrices indispensables en la lectura y escritura debido a lesiones centrales de la corteza cerebral o a problemas psicológicos. La dislexia puede clasificarse a su vez en:

- a) Motora.- Cuando las anomalías de la lectura y escritura se deben a fallas en la coordinación motriz -- que requieren en su ejecución.
- b) Sensorial.- Si las alteraciones patológicas de la lectura y escritura se deben principalmente a fallas en los mecanismos sensoriales centrales y estas fallas pueden ser de tipo visual o auditivo.
- c) Mixta.- Cuando los defectos de la lectura y escritura se deben a alteraciones tanto en los procesos motores como en los sensoriales.
- P) HIPOLALIA.- Es una disminución o retraso en la expresión verbal condicionado por factores de carácter funcional, psicosomático o ambiental.
- G) DISLOGIA.- Es la alteración en la lógica y contenido del lenguaje debido a psicosis, neurosis, demencia o un retraso mental profundo. Se clasifica en:
 - a) Dislogia cualitativa.- Debida a psicosis o neurosis.
 - b) Dislogía cuantitativa.- Debida a demencia o a un retraso mental profundo.

III.- ANOMALIAS DE LA AUDICION.

Las anomalías de la audición se designan con los términos de anacusia o sordera total e hipoacusia que es la disminución de la agudeza auditiva por lesiones orgánicas o -- funcionales del aparato de la audición.

La hipoacusia, según la causa que la produce admite la -- clasificación siguiente:

- A) Hipoacusia conductivia.- Cuando la lesión orgánica o -- funcional se localiza en el oído externo o medio.
- B) Hipoacusia neurosensorial.- Cuando la lesión orgánica se localiza en el nervio auditivo.
- C) Hipoacusia mixta.- Cuando la lesión es a la vez de tipo conductivo y neurosensorial.

Cada uno de estos tipos de hipoacusia, por su grado puede ser:

- a) Superficial.
- b) Media.
- c) Profunda.
- d) Sordera subtotal.

5.- HIPERACTIVIDAD EN EL NIÑO CON PARALISIS CEREBRAL.

La particularidad de la hiperactividad puede presentarse en dos formas:

1.- La hiperactividad sensorial.

2.- La hiperactividad motriz.

La sensorial puede hacer que el niño reaccione a estímulos secundarios que no vienen al caso. Esta característica conductual puede deberse a un daño en la corteza cerebral, pero también puede ser tipo de conducta que el niño emplea con la esperanza de encontrar algo que, de alguna manera, le sirva para establecer relaciones cordiales con los demás. Tal vez influyan ambas cosas la lesión cortical y la conducta aprendida.

Los niños sensorialmente hiperactivos, no pueden reaccionar a los estímulos, independientemente de que tengan importancia o no para su actividad inmediata. Cualquier movimiento, color o sonido, cualquier olor o hecho inesperado ocurrido en presencia del niño, podrán distraerlo.

El niño se ve atraído por el estímulo mismo, e incluso puede olvidarse de lo que originalmente hacía.

En ocasiones el término hiperactividad se sustituye por el de distractibilidad, en virtud de que los estímulos distraen constantemente al niño y lo llevan de una situación a otra. Estos estímulos distractores pueden afectar a cualquiera de los sentidos (vista, olfato, gusto, audición, etc.) y ser internos y externos al niño.

Por consiguiente, el niño sufre un daño cerebral, debido posiblemente a la misma lesión, no tiene esa capacidad -- para concentrarse (aproxia) cada estímulo que le llega, es algo a lo que tiene que reaccionar.

Existen muchos grados de diferencia individual entre los niños que sufren Parálisis Cerebral, algunos solo muestran características de hiperactividad sensorial; otros presentan al mismo tiempo hiperactividad motriz (denominada también desinhibición motora), que se define como la incapacidad del niño para evitar una reacción a los estímulos -- que provocan una respuesta de movimiento. De este modo, cualquier cosa que quede dentro del campo visual del niño y esté al alcance de sus manos, se convierte en un estímulo al que tiene que reaccionar. Esta conducta es tan significativa que con frecuencia se le designa como hipercinética.

6.- EPILEPSIA EN NIÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL.

Encontramos varias definiciones sobre epilepsia, entre -- las más sobresalientes está la fisiológica que afirma que se trata de la descarga en masa de un grupo de neuronas -- cerebrales o de su totalidad, momentáneamente afectada de una sincronía excesiva. Es susceptible también una definición neurológica; consiste en las manifestaciones con--

vulsivas de esta hipersincronía, o sus equivalentes. Pero además es posible aportar una definición psiquiátrica. - Por una parte comprende los aspectos de desestructuración de la conciencia, en relación con las crisis y por otra parte, las modificaciones de la personalidad que eventualmente están asociadas a estos trastornos. En la actualidad todos están de acuerdo en que la epilepsia es un complejo de síntomas que se caracteriza por episodios periódicos y transitorios de alteraciones en el estado de la conciencia, los cuales pueden asociarse a movimientos convulsivos y/o a trastornos en la conducta.

Síntomas de los diferentes tipos de epilepsia más frecuentes en la Parálisis Cerebral.- Casi siempre se describen tres tipos principales de crisis: Gran Mal, pequeño mal y equivalente psicicos o epilepsia psicomotora (variantes de epilepsia que, por ser diferentes a las forma habituales de crisis pasan inadvertidas).

Gran Mal.- Consisten en convulsiones generalizadas que por lo común presentan dos fases: tónicas y clónica. El espasmo tónico se inicia con la pérdida de la conciencia; en el momento del ataque el rostro palidece, las pupilas se dilatan, los globos oculares giran hacia arriba o a un lado, el rostro se deforme, los musculos abdominales y torácicos

se hallan rígidos y las extremidades se contraen de modo irregular o se hallan rígidas, al iniciarse la convulsión, puede percibirse un breve grito, la lengua puede ser mordida gravemente a consecuencia de la rápida contracción de los músculos maxilares. A medida que continúa la fase tónica, la palidez facial se ve sucedida con rapidez por congestión y ésta a su vez por cianosis, en ocasiones muy intensas, debido a la interrupción de todos los movimientos respiratorios durante la fase de actividad muscular. Al final de esta fase que de ordinario no puede durar más allá de 40 segundos, comienza la fase clónica.

El paciente suele despertar de su sueño postconvulsivo con intensa cefalea generalizada y confusión. Puede deambular en un estado de semiofuscación en el que es capaz de efectuar actos más o menos automáticos sin que luego logre recordar lo que acaba de hacer.

Pequeño mal.- Consiste en una pérdida transitoria de la conciencia con ausencia absoluta de espasmos musculares o únicamente con manifestaciones ligeras, como fijeza de la mirada o dirección de la misma hacia arriba, movimientos de los labios. El paciente raramente cae, pero por lo regular deja caer los objetos que tiene en sus manos. Estos ataques varían, en cuanto a frecuencia, de uno a --

dos por mes hasta varios en un día.

Epilepsia psicomotora.- Se caracteriza clínicamente por - ataques en forma de trance o episodios de confusión, el pa-
ciente no cae en la inconsciencia, pero no recuerda el epi-
sodio. Algunos describen estados afectivos de miedo, alar-
ma, terror, rabia y ocasionalmente de bienestar y placer.
La conducta del paciente va de acuerdo con su estado de--
animo. En ocasiones se presenta en forma de un estado de
obnubilación, caracterizado por confusión, excitación con
alucinaciones, explosiones de violencia, trastornos en la
memoria y automatismos.

Es frecuente encontrar focos epiléptogenos en niños con -
lesión cerebral, en sus diferentes grados y combinaciones;
lográndose en algunos casos la liberación total de la cri-
sis, en otros la aparición esporádica de ellas y una míni-
ma parte sin control alguno, como sucede en la epilepsia
de gran mal, pues es bien sabido que las crisis convulsi--
vas repetidas deterioran mentalmente al sujeto, a tal gra-
do de convertirlos en niños de custodia.

En algunos niños se desarrolla la clásica personalidad --
epiléptica, manifestándose en arranques de agresividad, -
irritabilidad, terquedad, hipersensitivos, tímidos y pue-
den presentar trastornos de conducta como mentir, robar, pe

lear, alteraciones sexuales, crueldad y destructividad. - Esto no quiere decir en absoluto que todos los niños con epilepsia muestren tales características; si existen, probablemente son el resultado de un ambiente hogareño perjudicial y de las frustraciones, el rechazo social, el estado de inseguridad, las angustias constantes y otras dificultades emocionales que surgen del defecto del niño.

C L A S I F I C A C I O D E L A P A R A L I S I S C E R E B R A L

| TIPO | A.V.D.* | MARCHA | USO DE MANOS | CRISIS CONVULSIVAS. | OTRAS ALTERACIONES. | CAPACIDAD MENTAL | LENGUAJE |
|---------------|--|---|---|---------------------|---------------------------|--------------------------|---|
| P.C.I. | INDEPENDIENTE | LO HACEN - EN FORMA - INDEPENDIENTE SIN APARATOS. | USO ADECUADO DE LAS MANOS | NO HAY | NO HAY | NORMAL SUBNORMAL | LENGUAJE COMPLETO LENGUAJE INCOMPLETO CON DISLALIAS. |
| P.C.I. | DEPENDIENTE EN ALGUNAS A.D.V. EN LAS QUE REQUIERE AYUDA. | DEAMBULACION CON AYUDA, Y/O CON APARATOS. | USO DE UNA MANO, REALIZA LAS FUNCIONES BASICAS DE LAS MANOS | CONTROLADAS | PUEDEN EXISTIR UNA O DOS. | D.M.S. (1) D.M.M. (2) | LENGUAJE INCOMPLETO LENGUAJE INCOMPLETO CON DISLALIAS. |
| P.C.I. SEVERA | REQUIERE CUIDADO LAS 24 HRS. CUSTODIA. | NO CAMBIA | NO LAS USA | SIN CONTROL. | EXISTEN MAS DE DOS. | D.M.P. (3) | NULO |

* Actividades de la vida diaria.

(1) Deficiencia Mental Superficial.

(2) Deficiencia Mental Media.

(3) Deficiencia Mental Profunda.

C A P I T U L O I I

PROBLEMA PSICOLOGICO DEL NIÑO CON PARALISIS
CEREBRAL EN LA FAMILIA Y EN LA ESCUELA

1.- Problema emocional en niños con Parálisis Cerebral en la familia.

Rechazo.- Podemos considerar que el niño con parálisis cerebral es un complejo problema al que se enfrentan los padres. Se admite frecuentemente que muchos de los padres de estos niños se aíslan de los demás padres de sus comunidades ocasionando ésto, no sólo un desajuste emocional en ellos, sino también en el niño, que con el paso del tiempo, va captando ese aislamiento como vergüenza, castigo o sacrificio; irá notando que él no es normal, que él es rechazado y al igual que los padres, él también se aislará.

Sobreprotección.- Otra causa que origina problemas psicológicos en el niño, es el exceso de cuidados, los mismos, el "adivinar" el pensamiento; logrando únicamente la limitación en el proceso de rehabilitación del niño y reaccionando en forma negativa en la adaptación al medio, convirtiéndose posteriormente en un niño manipulador, agresivo, desobediente, etc.

Indiferencia.- En ocasiones los niños con parálisis cerebral manifiestan otros tipos de problemas, como son la enuresis, tartamudez, aislamiento, autoagresión, destructividad, etc., que son únicamente formas adaptadas para llamar un poco la atención hacia ellos; estos niños, pasan desapercibidos, siendo esta la causa principal de su conflicto.

El concepto de sí mismo.- Es el de mayor importancia en el desarrollo de la personalidad del niño. La mayoría de los niños con lesión cerebral suelen tener un concepto inadecuado de la imagen de sí mismo.

El desarrollo del concepto de sí mismo en un niño que sufre lesión cerebral, es bastante diferente al de un niño normal. La dinámica en lo que pudo haberse desarrollado puede ser similar, pero los obstáculos que ha encontrado el niño en el curso de su crecimiento y desarrollo son completamente diferentes.

Desde los primeros momentos de la alimentación materna, frustrantes tanto para el niño como para la madre, se inicia una interminable cadena de hechos que llevan al niño a decirse a sí mismo "soy alguien que no puede". A pesar de que el padre trate de ser amigo, el niño no --

puede proporcionarle las satisfacciones indispensables - para estrechar sus relaciones, su coordinación motora es tan defectuosa que no puede destacar deportivamente y -- cuando se esfuerza por lograr aquellas cosas para las -- que su cuerpo no está capacitado, surgen frustraciones -- que se traducen en explosiones emocionales.

Como no puede succionar líquidos de un vaso sin que se le -- escurra de la boca, es objeto de burla; como no puede ma -- nejar convenientemente una bicicleta, no se la compran, - de esta manera se alarga la serie de hechos frustrantes - que a través de los años convencen al niño de que "no -- puede". Estas y otras más características psicológicas, - constituyen otro factor que se opone a un desarrollo nor -- mal del concepto de sí mismo y la formación de una imá -- gen corporal positiva.

Como resultado de la experiencia de fracasos y de los -- problemas perceptuales del niño con parálisis cerebral, - se forman una imagen muy deformada de sus cuerpos. Con - este mal concepto, el niño se conducirá ineficazmente en la sociedad. Siendo su imagen corporal confusa e imper -- fecta, será poco probable que llegue a desarrollar un -- ego fuerte.

Las demandas sociales hacen presión sobre él, se le exi --

ge que haga determinadas cosas, pero su experiencia pre-
via le indica que no puede hacer algo lo suficientemente
bien como para proteger su propio ego, el niño reacciona
con actitudes que sirven a su propósito pero que general-
mente son inadecuadas para la situación específica, pero
se torna agresivo, grita, se emociona, golpea, se retrae
se rehusa a hablar, se vuelve excesivamente cariñoso, --
adopta conductas infantiloides, etc..

En el niño normal el concepto de sí mismo es una fuerza-
importante que rige la conducta y el ajuste de sí. Si el
niño con parálisis cerebral se concibe a sí mismo como -
un fracaso, se conducirá de acuerdo con su idea del fra-
caso. Si se concibe como un niño que siempre está a mer-
ced de los adultos, sobre los que no tiene control algu-
no, para poder vivir psicológicamente se conducirá del -
mismo modo que más protección le dé.

Problemas psicológicos del aprendizaje.- Además de los -
trastornos de la conducta existen otros factores impor-
tantes que interfieren en el aprendizaje.

MEMORIA.- El niño con daño cerebral posee muchas veces -
una excelente memoria verbal. Es creencia común que si -
un niño repite un concepto dado un número suficiente de-

veces y a través de diversos contextos, ello significa - necesariamente que comprende su sentido; en el niño con parálisis cerebral repetir ciertas formulaciones de números o palabras lleva a la automatización y a la memorización mecánica. La repetición con fines educativos es necesaria, pero debe producirse a través de frecuentes experiencias de comprensión y análisis por parte del niño. Se reconoce también que la memoria funciona íntimamente ligada a la tensión emocional. Bajo tensión uno de los procesos psicológicos que primero se afectan es la memoria; por tal motivo, muchos niños con parálisis cerebral son considerados con muy mala memoria.

La atención y el lapso de la atención.- Son fenómenos -- muy relacionados con la memoria. Ya hemos comentado el - hecho de que los niños que sufren daño cerebral se dis-- traen muy fácilmente con estímulos tanto internos como - externos. Si un niño se distrae, su lapso de atención a la tarea se interrumpe. Si se recuerda con cuanta fre--- cuencia se distrae el niño con daño cerebral, se compren-- derá que sus lapsos de atención son excesivamente cortos y solamente durante estos períodos de atención, puede ha-- ber comunicación verdadera con el niño y se efectúa el - aprendizaje racional.

Otro rasgo típico, que entorpece el aprendizaje del niño que sufre parálisis cerebral es la Perseveración que puede definirse como la incapacidad para cambiar fácilmente de una actividad mental a otra.

En esta clase de niños la perseveración parece ser el prolongado postefecto de un estímulo en actividades subsecuentes a los que se entregue. Se desconoce la causa de que el fenómeno ocurra en unos casos y en otros no, o de que en un niño aparezca un día y desaparezca otro. Cuando la perseveración se presenta, es difícil que el niño la interrumpa espontáneamente, o que el profesor lo consiga.

La perseveración se manifiesta en la escritura, en la lectura y en otras formas por ejemplo: continuar iluminando a pesar de haber completado su trabajo, no pararse de reír una vez que ha empezado, sacar punta a un lápiz hasta acabarlo, etc.

Trastornos perceptuales.- Mencionamos anteriormente la "inadecuada" experiencia inicial del aprendizaje del niño que sufre alguna lesión cerebral; los factores básicos de su problema de lactancia, contribuyen a producir un aprendizaje defectuoso en otros aspectos del desarro

llo y de la vida del niño como comer, el vestirse el gatear, el caminar, etc. pero hay obstáculos de igual importancia con los que topa el aprendizaje.

La disociación.- Que se define como la incapacidad de ver las cosas como un todo, o como una Gestalt. El niño con parálisis cerebral ve y parte de las cosas pero con frecuencia no comprende la totalidad, está íntimamente ligada con la hiperactividad sensorial de tipo visual, es probable que la disociación sea causada frecuentemente por la hiperactividad visual o bien por la auditiva; los niños con parálisis cerebral no logran realizar algunas tareas porque el gran número de estímulos de los que consta, lo obligan a reaccionar a las cosas aisladamente, a cada una por separado, no como partes de una unidad con sentido.

La disociación es la incapacidad de conceptualizar cosas separadas en una unidad significativa, por ejemplo: Las tres líneas separadas de la letra m serán conceptualizadas como tales, pero juntarlas para hacer un todo reconocible es algo que frecuentemente está mas allá de las posibilidades del niño. La intenta escribir, leer y deletrear y cuando trata de conceptualizar una palabra o una lí-

nea de palabras no puede.

Otra característica del niño con parálisis cerebral y determinante factor de su incapacidad de aprendizaje es la llamada Inversión de figura y fondo. En la percepción normal, la totalidad es percibida como una figura contra un fondo, no se da importancia al sin número de estímulos simultáneos que se reciben, sino se selecciona un primer plano. En el organismo en desarrollo, la organización perceptiva y su integración progresan desde estructuras primitivas hasta las más complejas, pero siempre con esa característica de totalidad e interrelación de las partes entre sí y de figura con fondo.

Cuanto más se diferencia el sistema nervioso en su desarrollo, más detalles se van integrando en el proceso perceptivo, más se articulan sus interrelaciones y más amplias y complejas resultan las totalidades percibidas. El niño con parálisis cerebral carece de esta capacidad y los tipos de problemas de aprendizaje causadas por la inversión de la relación fondo-figura no guardan proporción con la gravedad del problema motor, aparentemente están vinculados a los problemas perceptuales relativos a la lesión cerebral.

Supongamos un niño que sufre este tipo de trastornos y -

el profesor ordena que empiece a leer determinado lugar, él sabe de antemano que el niño conoce las palabras pero el niño, pese a que reconoce la palabra, no puede leerla debido a que los estímulos del fondo de su campo visual son más intensos y adquieren mayor importancia que los del primer plano correspondiente a la palabra (figura). Esto da lugar a confusión tanto en el niño como en el maestro, el niño se angustia al no poder distinguir la palabra indicada de todas las demás y tendrá así, otra experiencia más de fracaso, el maestro, sabe por otros medios que el alumno ha aprendido la palabra y ve ahora que, aparentemente no puede reconocerla.

Entre otras causas que interfieren en el aprendizaje del niño con parálisis cerebral se encuentra la Deficiencia Mental.

En cuanto al concepto de Deficiencia Mental se ha establecido múltiples definiciones desde varios puntos de vista como el orgánico cultural, educativo, etc. lo mismo sucede en lo que se refiere a la clasificación de la misma. Para evitar confusiones con otros síntomas clínicos o sociales que tienen parecido con la deficiencia mental, proponemos la siguiente definición que aparece-

en el Reglamento Interno de las Escuelas de Educación - Especial, de diciembre de 1974: "La Deficiencia Mental, es un estado producido por una alteración en el desarrollo de las actividades cerebrales superiores, que determina una insuficiencia integrativa de la personalidad dando como resultado una inadecuada adaptación social". Se ha logrado limitar que la Deficiencia Mental aparece antes de o en la infancia y se caracteriza por una disminución en la capacidad de aprendizaje, causante de la desadaptación social. En principio se consideró a todos los paralíticos cerebrales como deficientes mentales, pero como los niños hacían progresos por sí mismos se pasó al criterio opuesto. Estudios realizados anteriormente muestran que mas o menos un 20% de los paralíticos cerebrales son al mismo tiempo Deficientes Mentales, y otra proporción igual dan la impresión de serlo (pseudodeficientes).

En el reglamento antes mencionado aparece la siguiente clasificación de acuerdo al diagnóstico integral, médico, psicólogo, pedagógico y social de Deficiencia Mental:

- | | |
|----------------------------------|---------------------------------------|
| D.M.P. } D.M.P. } D.M.M. } | 1.- Deficientes Mentales de Custodia. |
| | 2.- Deficientes Mentales Entrenables. |
| D.M.S. } BODERLINE } | 3.- Deficientes Mentales Educables. |

Para la ubicación de los niños con parálisis cerebral - dentro de esta clasificación se sugieren los siguientes criterios:

Custodiables.- Corresponden aquellos "sujetos que debido a una muy limitada capacidad de rehabilitación tendrán necesidad permanente de dependencia y custodia". Como características primordiales de este grupo se encuentran: el lenguaje nulo o limitado a la expresión preverbal, destreza manual torpe e imprecisa, adaptación social e interacción limitada a la figura materna.

Los niños con parálisis cerebral que presentan además - de su problema neuromuscular este grado de deficiencia mental, son segregados por sus familiares a una vida vegetativo dentro del mismo núcleo familiar.

Entrenables.- Comprende aquellos sujetos capaces de --- cierta independencia en cuanto a la habilidad de adquirir hábitos alimenticios e higiénicos, capaces en su ma

yoría de lograr un adecuado control de esfínteres, con-
 posibilidades de lenguaje verbal, aunque defectuoso cua-
 litativamente y cuantitativamente son capaces de expre-
 sar alguna formas de pensamiento abstractos. Su habili-
 dad manual es limitada pero susceptible de adiestramien-
 to para la realización de actividades rudimentarias, lo
 gran con mucho esfuerzo, entrenamiento para labores u -
 oficio: elementales siempre bajo continua supervisión.
 Su adaptación es relativamente buena y son capaces en -
 su mayoría de establecer relaciones interfamiliares de-
 tipo muy objetivo "Bipersonal", estos sujetos pueden lle-
 gar a tener un mínimo de independencia económica. Los -
 niños paralíticos cerebrales entrenables, logran con el
 tratamiento adecuado una independencia en actividades -
 de la vida diaria y un adiestramiento manual rudimenta-
 rio, siempre y cuando se le faciliten medios necesarios
 para llevarlo a cabo.

Educables.- Abarca aquellos niños cuyas posibilidades -
 de adaptación social, aunque limitada les permite inte-
 grarse a la familia y a la sociedad mediante el desarro-
 llo de actividades laborales sencillas en relación a --
 oficios o artesanías; son capaces del aprendizaje de --
 las formas elementales de la cultura.

Los niños con parálisis cerebral son educables en centros como éste, en donde se les importe además del tratamiento físico, escolaridad, o son canalizados a escuelas de Educación Especial. Este tipo de niños logra adaptarse, pero muchas veces no se integra a la sociedad, en donde es rechazado por su aspecto físico, condenándolo al parasitismo familiar y social, o explotándolo por la falta de una protección legal adecuada.

Existen otros estados que pueden ser confundidos con la deficiencia mental o interfieren definitivamente en el aprendizaje, como son: Los problemas orgánicos, por ejemplo: los sordos, los duros de oídos, ceguera, afásicos, dislálicos, de nutrición, etc., los problemas emocionales, generalmente conflictos interfamiliares, actitudes de rechazo, mecanismo de defensa, etc., los problemas sociales como la falta de oportunidad del medio social en que vive, hacen que permanezca en un estado de inferioridad, por ejemplo: campesinos, pueblos primitivos como los lacantones o los tarahumaras, cierto porcentaje del medio socioeconómico bajo, etc..

C A P I T U L O I I IREHABILITACION DEL NIÑO CON PARALISISGENERAL

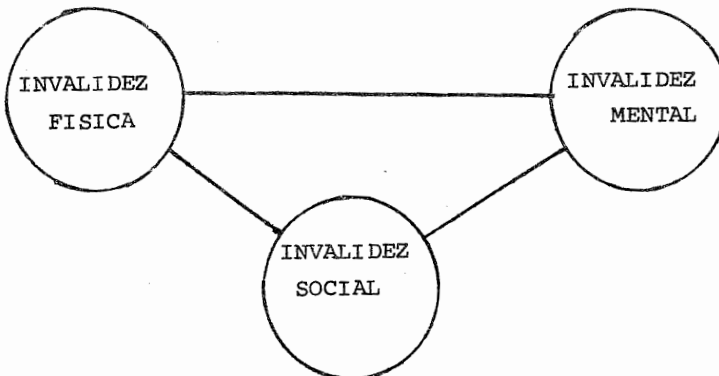
La Parálisis Cerebral representa en la actualidad uno de los principales problemas de invalidez en la infancia, cuya importancia es aún mayor ya que no sólo afecta a los niños que sufren este tipo de alteración, sino que también y en forma muy importante repercute en la familia y en la comunidad. Sin embargo, cuando son sometidos a programas adecuados de habilitación integral, un porcentaje elevado pueden alcanzar grados útiles de habilitación.

Desafortunadamente con suma frecuencia los niños con parálisis cerebral no reciben la atención debida de parte de médicos, maestros, familiares y población en general, por considerarse que todos los paralíticos cerebrales son deficientes mentales o por desconocimiento de la posibilidades existentes de tratamiento y los alcances de éste. La parálisis cerebral es una forma de invalidez del sistema músculo-esquelético, entendiéndose por invalidez "la reducción de la capacitación funcional del individuo para desempeñar las actividades coti-

tianas en forma útil e independiente, como consecuencia de una deficiencia permanente física, mental y/o social! Vista en este sentido implica una incapacidad permanente que limita la aptitud del individuo para su atención personal, comunicación, translación, educación, y trabajo.- Esta condición tiene como característica la de ser permanente, no curable y limitar el desempeño de las actividades del hombre en forma y grados variables y cuya solución se plantea en términos semejantes.

Esta invalidez puede considerarse de orden físico porque se manifiesta en el soma del individuo, mental por razón de que perturba las funciones psíquicas y social por causa de que factores ambientales de organización familiar o comunitaria restringen el desarrollo del individuo considerado como unidad BIO-PSICO-SOCIAL.

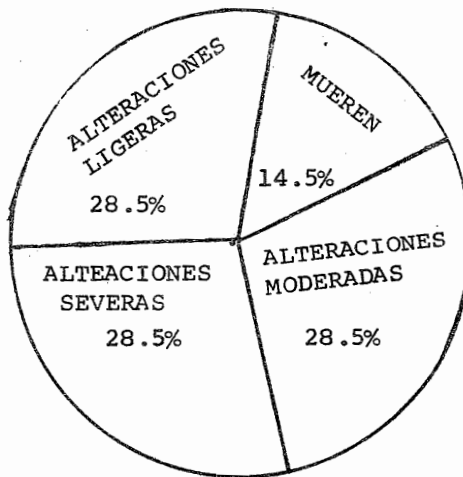
LA PARALISIS CEREBRAL COMO INVALIDEZ



1.- MAGNITUD DEL PROBLEMA

En estudios realizados ultimamente se llegó a la conclusión de que, de cada 100,000 nacimientos, nacen 7 paráliticos cerebrales; de los cuales, uno muere, dos presentan alteraciones ligeras, dos manifiestan trastornos moderados y dos más severos.

PACIENTES QUE REQUIEREN REHABILITACION



Son susceptibles de rehabilitación los inválidos con alteraciones moderadas y ligeras, que forman un 57.0% de los casos con parálisis cerebral.

2.- REPERCUSIONES

El problema de la parálisis cerebral va a repercutir en distintos ámbitos, desde el individual hasta el social, - siendo la causa importante de múltiples problemas de di-verso orden.

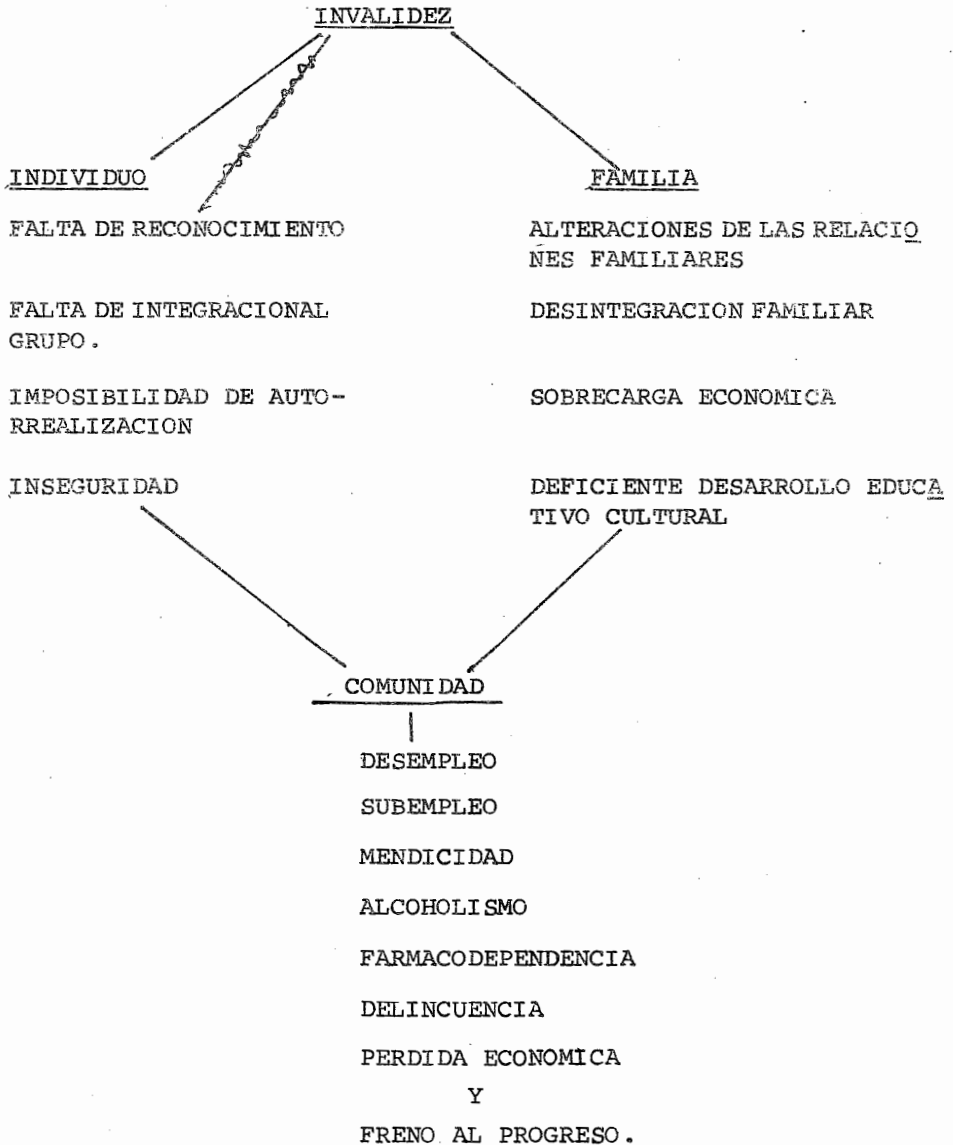
A) Individuales.- La personalidad del paralítico cerebra-l se ve afectada por la falta de reconocimiento -- que tiene el grupo social hacia él; lo que origina -- insatisfacción por la necesidad que tiene de pertenecer y sentirse aceptado por el grupo sin lograrlo; -- las escasas posibilidades de autorrealización y por -- la inseguridad permanente, lo que no le permiten mantener el equilibrio interior de sus fuerzas emocionales, así como tampoco el equilibrio en sus relaciones armónicas con el ambiente. Frena al individuo en su -- desarrollo educacional social, laboral y en su progreso.

B) Familiares.- La desadaptación psicológica del paralíti-co cerebral determina que en el núcleo familiar --- existan alteraciones de orden psicodinámico, lo que - sumando a las sobrecargas económicas que la invalidez

implica, pueden ocasionar la desintegración familiar o un deficiente desarrollo social, cultural y económico.

- C) Sociales.- Los paráliticos cerebrales no sujetos a ningún tipo de rehabilitación pasan a integrar en su gran mayoría los grupos marginados de analfabetas, desempleados, subempleados, mendigos, alcohólicos y delincuentes que acrecentan los problemas sociales pre-existentes determinados por otras circunstancias.
- D) Económicas.- Los paráliticos cerebrales en edad productiva no se pueden incorporar al proceso de la producción, por lo que la pérdida diaria por improductividad afecta la economía nacional.

REPERCUSIONES DE LA PARALISIS CEREBRAL



3.- SOLUCION AL PROBLEMA

El problema de la parálisis cerebral puede atacarse a diferentes niveles:

- A) Prevención.
 - B) Rehabilitación.
- A) Prevención.
- a) Promoviendo la salud.
 - b) Previniendo específicamente algunas enfermedades.
 - c) Detectando en forma temprana la invalidez, por medio de campañas destinadas para ello, o en forma permanente por las instituciones de salud.
 - d) Curando adecuadamente sin dejar invalidez.
 - e) Controlando la transmisión genérica que pueda ocasionarla.
- B) Rehabilitación.

La rehabilitación desde el punto de vista de la medicina psicosocial, es una de las fases del conjunto de actividades que en el campo de la Salud Pública forman un todo: Prevención, Tratamiento y Rehabilitación.

Definición.- Rehabilitación "es la aplicación coordinada de un conjunto de medidas médicas, psicológicas, educativas, sociales y ocupacionales para preparar o re-

daptar al individuo, con el objeto de que alcance la mayor proporción posible de capacidad funcional, social y productiva".

Este concepto de rehabilitación rebasa el criterio meramente simplista para abarcar otros aspectos como el social, educativo y ocupacional, por lo que debe agregársele el calificativo de INTEGRAL para entenderlo cabalmente.

Areas de la rehabilitación del parálítico cerebral.

- a) Física.— Va dirigida a lograr la autosuficiencia del inválido en el desempeño de las actividades cotidianas de cuidado personal, translación y comunicación: La medicina física constituye uno de los medios mas importantes para la rehabilitación motora del parálitico cerebral. El tratamiento precoz es indispensable y debe iniciarse tan pronto como se haga el diagnóstico, tanto como para prevenir el establecimiento de deformidades y la agravación de las mismas, como para poder reducir al mínimo su retraso físico, entrenándolo en los distintos tipos de actividades más cercanamente posible a la edad que normalmente deben realizarse.

El tratamiento es indicado de acuerdo con el tipo de

problema motor y las necesidades especiales de cada caso y por lo tanto es indispensable antes de prescribir cualquier tratamiento, hacer una evaluación cuidadosa del paciente.

En los casos de alteraciones severas que requieren de una custodia permanente, el tratamiento está orientado a mejorar algunas condiciones somáticas que faciliten su cuidado e higiene, previendo complicaciones tales como escaras por presión, las infecciones y el dolor derivado de las deformaciones más severas. Así el tratamiento físico en estos niños tiene los siguientes objetivos:

- 1.- Prevenir y corregir deformidades.
- 2.- Facilitar su cuidado e higiene.
- 3.- Aliviar el dolor.

En los casos menos graves de parálisis cerebral los objetivos a lograr son:

- 1.- Estimular el desarrollo motor.
- 2.- Prevenir y corregir deformidades.
- 3.- Mejorar función muscular.
- 4.- Conseguir deambulación independiente.
- 5.- Obtener la máxima función de ambas manos.
- 6.- Entrenar las actividades de la vida diaria.

7.- Corregir defectos postulares.

8.- Facilitar el tratamiento educativo.

El entrenamiento de actividades de la vida diaria es uno de los principales objetivos de la Terapia Ocupacional, pues a través de ésta se logra la máxima independencia.

Previo a su entrenamiento debe hacerse una valoración de las actividades de la vida diaria, divididas para su estudio en los siguientes grupos mayores:

I.- Actividades personales.

- a) Actividades de cama.
- b) Alimentación.
- c) Higiene.
- d) Vestido.
- e) Traslación.
- f) Del Hogar.

II.- Actividades de relación.

- a) Comunicación.
- b) Juego.
- c) Viaje.
- d) Escolares.

Los especialistas en este tipo de tratamiento son: mé-

dicos especialistas en rehabilitación, ortopedistas, neurólogos, terapistas físicos, terapistas ocupacionales, terapistas de lenguaje, etc.

b) Psicológicas.- La rehabilitación psicológica tiene como propósito conseguir el ajuste de los problemas emocionales del parálitico cerebral.

La ayuda especial del psicólogo es de primordial interés para la rehabilitación integral del niño, pues aporta datos importantes al médico responsable del caso para un mejor pronóstico.

Entre las funciones básicas del psicólogo en esta área encontramos:

- 1.- Determinar coeficiente intelectual.
- 2.- Determinar nivel de maduración.
- 3.- Detectar problemas emocionales.
- 4.- Orientación a los padres de los niños con parálisis cerebral sobre su manejo.
- 5.- Psicoterapia en casos especiales.
- 6.- Seleccionar a los niños candidatos a la escuela y prevenir problemas de aprendizaje.
- 7.- Elaborar programas sensoriales para la estimulación del aprendizaje.
- 8.- Realizar estudios pre-vocacionales a los ni--

ños que terminan la primaria.

- 9.- Canalizar a los rehabilitados a centros de ---
adiestramiento.
 - 10.- Revaloración periódica de cada uno de los ca--
sos.
 - 11.- Coordinar al personal llevando a cabo cursos -
Relaciones Humanas a los diferentes niveles la
borales: Intendencia, Administrativos, médicos,
terapistas, maestros especiales, jefes de ser--
vicios, etc.
- c) Social.- La rehabilitación social está dirigida a-
conseguir la incorporación del inválido a la fami-
lia y a la comunidad para obtener su aceptación y-
colaboración en el proceso rehabilitatorio. Es la
tabajadora social la que lleva a cabo tan compleja
función.
- d) Educativa.- La rehabilitación educativa tiene como
propósito el proporcionar al paralítico cerebral -
los elementos de la cultura.
El profesor en esta área abarca las especialidades
del aparato locomotor, deficiencia mental y proble-
mas de aprendizaje.
- e) Profesional.- La rehabilitación profesional capaci-

ta al paralitico cerebral en el trabajo de acuerdo a sus aptitudes y capacidades residuales y final~~---~~mente consigue la colocación de éste en un empleo adecuado. La persona especializada en esta última fase es el consejero vocacional.

SEGUNDA PARTE

M E T O D O L O G I A

SEGUNDA PARTEM E T O D O L O G I AC A P I T U L O IV.

1.- LUGAR DE LA INVESTIGACION

La investigación se llevó a cabo en el Departamento de --
Psicología del Centro de Rehabilitación del Sistema Múscu-
lo Esquelético de la Dirección General de Rehabilitación-
de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, durante el -
período comprendido de abril de 1974 a marzo de 1975.

Este Centro de Rehabilitación cuenta con personal especia-
lizado que funciona en forma coordinada y simultánea en -
la rehabilitación del paralítico cerebral.

Dentro del Servicio Médico se encuentran las siguientes -
especialidades:

- 1.- Médico en Medicina Física y Rehabilitación.
- 2.- Médico Ortopedista.
- 3.- Médico Neurólogo.
- 4.- Médico Pediatra
- 5.- Médico Psiquiatra.
- 6.- Médico Odontólogo.
- 7.- Médico en E.E.G.
- 8.- Médico Higienista mental.

SEGUNDA PARTEM E T O D O L O G I AC A P I T U L O I V.

1.- LUGAR DE LA INVESTIGACION

La investigación se llevó a cabo en el Departamento de --
Psicología del Centro de Rehabilitación del Sistema Múscu
lo Esquelético de la Dirección General de Rehabilitación-
de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, durante el -
período comprendido de abril de 1974 a marzo de 1975.

Este Centro de Rehabilitación cuenta con personal especia
lizado que funciona en forma coordinada y simultánea en -
la rehabilitación del paralítico cerebral.

Dentro del Servicio Médico se encuentran las siguientes -
especialidades:

- 1.- Médico en Medicina Física y Rehabilitación.
- 2.- Médico Ortopedista.
- 3.- Médico Neurólogo.
- 4.- Médico Pediatra
- 5.- Médico Psiquiatra.
- 6.- Médico Odontólogo.
- 7.- Médico en E.E.G.
- 8.- Médico Higienista mental.

El Servicio para-médico lo forman:

- 1.- Terapia física.
- 2.- Terapia Ocupacional.
- 3.- Terapia de lenguaje.
- 4.- Psicología.
- 5.- Trabajo Social.
- 6.- Escuela: pre-escolar.
 primaria.
- 7.- Ortesis y Prótesis.
- 8.- Rayos X.

Se cuenta también con el personal administrativo y de in-
tendencia necesario para su correcto funcionamiento y con-
servación.

El paciente se maneja de la siguiente manera:

- 1o.- Preconsulta.
- 2o.- Consulta. Elaboración de la historia clínica, reali-
zada por el médico especialista en Medicina Física.
- 3o.- Pasa a interconsulta a las diferentes secciones indi-
cadas por el médico.
- 4o.- Una vez obtenidos los resultados de las valoraciones
a que fué sometido, se formula un plan de rehabilita-
ción, que cada Departamento llevará a cabo según las
necesidades del niño y la especialidad.

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

2.- HIPOTESIS

H_1 :

"No todos los niños con Parálisis Cerebral son Deficientes mentales".

H_0 :

"Todos los niños con Parálisis Cerebral son Deficientes mentales".

3.- TECNICAS E INSTRUMENTOS

Para lograr el propósito de este estudio fué menester seleccionar previamente las técnicas y los instrumentos que se emplearían durante su desarrollo. Para tal fin se decidió utilizar el método de estadística descriptiva por las siguientes razones de carácter técnico y práctico:

- a) Es un método científico que proporciona información so
bre condiciones de salud, sociales, relaciones o con--
ducta de individuos.
- b) Cuando el objetivo está bien definido y se aplican con
eficiencia los procedimientos indicados, con los resul
tados obtenidos se puede:

- 1.- Hacer observaciones de un fenómeno colectivo lo --
mas exactas y detalladas posibles en relación con--
su magnitud y cualidades.
 - 2.- Establecer comparaciones de lo que ocurre en un de--
terminado universo y en otros similares.
 - 3.- Obtener de datos numéricos que muestren la signifi--
cancia de los resultados de una investigación.
 - 4.- Utilizarlos para hacer evaluación o programar futu--
ras actividades.
- c) Se obtiene la información en forma directa a través --
del contacto personal con los individuos que serán es--
tudiados, o bien indirectamente mediante el uso de in--
formación contenida en expedientes, documentos, regis--
tros, fichas, índices, etc. con datos recogidos por --
otras personas.
- d) Es factible reunir información histórica y algunas - -
otras situaciones que de otro modo sería difícil o de - -
muy alto costo obtener; aún más, los datos se encuen--
tran en su fuente natural de producción.

Una vez aceptado el método estadístico, el primer paso --
fué establcer el procedimiento de recolección, para lo -
que se diseñó un tabular en el que se vaciarían los datos
de quince variables relativas a otras tantas característici

cas que se planeó investigar en el grupo de niños enfermos.

Siguiendo las normas y procedimientos establecidos para la ejecución de una encuesta, se llevó a cabo el estudio, contando para ello con la facilidad de disponer de todos los expedientes del Archivo Clínico del Centro de Rehabilitación del Sistema Musculo Esquelético de la Secretaría de Salubridad y Asistencia de la ciudad de México.

Para demostrar nuestra hipótesis se escogió al azar una muestra representativa de 57 niños (58.2%) de la Escuela de dicho Centro de Rehabilitación, la cual está formada por grupos escolares y pre-escolares que hacen un total de 98 niños.

A cada caso se le realizó el estudio psicológico de la siguiente manera:

1o.- Entrevista con los padres. Se obtuvieron datos sobre parto, embarazo, desarrollo psicomotor y evolución afectiva del niño.

2o.- Aplicación de pruebas. Se utilizaron las siguientes:

- a) WISC..... (Prueba de inteligencia)
- b) Pierre G. Weill... (Prueba de inteligencia)
- c) Prueba de Doll.... (Prueba de maduración)
- d) Frostig..... (Evaluación visoperceptual)

e) Bender..... (Nivel de maduración y grafo--
percepción)

f) IVM..... (Edad grafoperceptiva)

g) Exploración clínica.

h) Pruebas proyectivas en caso necesario.

30.- Integración del estudio para la elaboración del programa de casa de estimulación sensoperceptiva, con apoyo en los resultados del estudio.

40.- Orientación a los padres sobre el manejo del niño y enseñanza para llevar a cabo el programa de casa.

50.- Sugerencias a las diferentes terapias del manejo del paciente fundadas en su evaluación integral.

60.- Revaloración de los casos cada año para controlar el proceso rehabilitatorio en base al Nivel de Madurez.

Cabe advertir que nuestro estudio se enfoca a la valoración intelectual de los sujetos, ya que nuestra tesis se concreta a demostrar la presencia o no de Deficiencia Mental y esto no quiere decir (como anteriormente se explica) que sea la valoración integral.

Debido a que la Parálisis Cerebral se manifiesta como múltiple invalidez, es muy difícil, pero no imposible, el encontrar dos niños que presenten la misma sintomatología; debido a esto, el material que se utiliza en el estudio -

psicológico es muy variable de acuerdo a las incapacidades del niño, por lo que se seleccionaron dos pruebas - - aplicables a todos los casos, pero adaptándolas a las posibilidades del niño; así por ejemplo en los subtests de la escala ejecutiva del WISC que ameritan cronometrarse, - se eliminó el tiempo, considerándose como positiva la ejecución correcta del ítem; los subtests de claves y laberintos varias veces fueron suspendidos y las pruebas prorrateadas; pues no se podría considerar como error el mal trazo de una línea debido a los movimientos involuntarios. En el subtest de Aritmética de la escala verbal, también fué anulado el tiempo, pues la mayoría presentan trastornos de lenguaje.

Es necesario mencionar que en este estudio no se ha realizado el retest, por lo que se aclara que el rendimiento intelectual arrojado por las pruebas psicológicas no es - muy confiable, ya que la experiencia me ha demostrado que en las revaloraciones psicológicas de los niños, generalmente su coeficiente intelectual aumenta. A veces es tan notable la discrepancia entre el test y el retest que niños que por primera vez rindieron como deficientes mentales - con C.I. de 50 a 65, aumentaron a borderline o subnormales con C.I. de 70 a 85 aproximadamente.

Descripción breve de las Pruebas de Inteligencia empleadas en este estudio:

A.- La Escala de Inteligencia de Weschler para Niños ----

(WISC) consta de dos escalas:

- a) La escala verbal.
- b) La escala de ejecución.

Cada escala consta a su vez de subpruebas:

| | | |
|------------------|---|-------------------------------------|
| ESCALA VERBAL. | } | Información. |
| | | Comprensión. |
| | | Aritmética. |
| | | Análogica. |
| | | Retención de dígitos. |
| | | Vocabulario. |
| ESCALA EJECUTIVA | } | Observación de figuras incompletas. |
| | | Diseño con bloques. |
| | | Ordenamiento de historietas. |
| | | Ensamble de objetos. |
| | | Claves o símbolos dígitos. |
| | | Laberintos. |

Se eligió esta prueba por ser una de las de más alta validez, además de que reporta en forma clara las capacidades intelectuales que sobresalen, así como las que se encuen-

tran más bajas.

B.- La Prueba no verbal de Pierre Gilles Weil, es una -- prueba paralela a Raven, pero esta tiene la ventaja -- de que es aplicable por grados escolares, habiendo -- tres pruebas:

- a) La de 1er. año.
- b) La de 2o., 3o., y 4o., año.
- c) La de 5o. y 6o. año.

Aumentando el número de reactivos en la primera y tercera prueba: fué adaptada en el Estado de México en una mues-- tra representativa de población de 4000 niños; existen -- otras adaptaciones, pero no son por grados escolares. -- Por ser heterogéneo el grupo de niños estudiados se eli-- gió esta adaptación, pues debido a la falta de información sobre los medios de rehabilitación que existen, los niños llegan de diferentes edades a cursar su primaria.

4.- SUJETOS

En el estudio realizado, la distribución de los casos por edad, sexo, nivel socioeconómico y escolaridad quedó de -- la siguiente manera:

CUADRO No. 1

DISTRIBUCION DE LOS CASOS POR EDAD.

| EDADES | No. DE CASOS | PORCENTAJE |
|---------------------|--------------|------------|
| Entre 6 y 7 años. | 6 | 10.6% |
| Entre 8 y 9 años. | 15 | 26.3% |
| Entre 10 y 11 años. | 15 | 26.3% |
| Entre 12 y 13 años. | 17 | 29.8% |
| Entre 14 y 15 años. | 4 | 7.0% |
| T O T A L: | 57 | 100.0% |

Prácticamente el 83% de los sujetos están comprendidos en las edades de 8 a 13 años, siendo sensiblemente igual el número de sujetos en cada uno de estos grupos de dos años; un 10% -- tiene entre 6 y 7 años y sólo 7% entre 14 y 15 años.

CUADRO No. 2

DISTRIBUCION DE LOS CASOS POR SEXO

| SEXO. | NO. DE CASOS | PORCENTAJE |
|------------|--------------|------------|
| MASCULINO. | 29 | 50.8% |
| FEMENINO. | 28 | 49.2% |
| T O T A L. | 57 | 100.0% |

La distribución por sexo de los sujetos puede considerarse que es prácticamente la misma, pues solo hay diferencia de uso más en el sexo masculino.

CUADRO No. 3

DISTRIBUCION DE LOS CASOS POR NIVEL SOCIOECONOMICO.

| NIVEL SOCIOECONOMICO. | No. DE CASOS | PORCENTAJE |
|-----------------------|--------------|------------|
| BAJO. | 31 | 54.4% |
| MEDIO. | 25 | 43.8% |
| ALTO. | 1 | 1.8% |
| T O T A L. | 57 | 100.0% |

El nivel socioeconómico bajo es dominante en más de la mitad del grupo de sujetos, sigue en frecuencia el nivel socioeconómico medio (10% menos que el anterior) y el nivel alto solo está representado por un caso.

CUADRO No. 4

DISTRIBUCION DE LOS CASOS POR ESCOLARIDAD

| GRADO ESCOLAR | No. DE CASOS | PORCENTAJE |
|---------------|--------------|------------|
| PRIMERO | 30 | 52.6% |
| SEGUNDO | 13 | 22.8% |
| TERCERO | 9 | 15.8% |
| CUARTO | 4 | 7.0% |
| QUINTO | 0 | 0.0% |
| SEXTO | 1 | 1.8% |
| T O T A L: | 57 | 100.0% |

Como se muestra en el cuadro No. 4, el 75% de los sujetos está cursando hasta el 2o. año de escolaridad, pero de ellos mas de la mitad cursa el 1er. año; el 15% está en el 3er. año, el 7% en el cuarto; en el 5o. no hubo ninguno y sólo uno de ellos cursa el 6o. grado.

5.- SINTOMATOLOGIA MEDICA DE LOS CASOS

A continuación se presentan nueve cuadro estadísticos que muestran la frecuencia con que se presentaron los síntomas característicos del síndrome de la Parálisis Cerebral en el grupo de niños estudiados.

CUADRO No. 5

DIAGNOSTICO MEDICO EN LOS CASOS

| Dx. MEDICO. | No. DE CASOS | PORCENTAJE |
|------------------------------|--------------|------------|
| P.C. CUADRIPLLEJIA ATETOSICA | 23 | 40.3% |
| P.C. CUADRIPLLEJIA ESPASTICA | 14 | 24.5% |
| P.C. CUADRIPLLEJIA MIXTA | 1 | 1.8% |
| P.C. CUADRIPLLEJIA ATAXICA | 1 | 1.8% |
| P.C. HEMIPLEJIA ESPASTICA | 9 | 15.7% |
| P.C. HEMIPLEJIA ATETOSICA | 2 | 3.5% |
| P.C. PARAPLEJIA ESPASTICA. | 1 | 1.8% |
| P.C. PARAPLEJIA MIXTA | 1 | 1.8% |
| P.C. TRIPLEJIA ESPASTICA | 3 | 5.2% |
| P.C. TRIPLEJIA ATETOSICA | 1 | 1.8% |
| P.C. MONOPLEJIA ESPASTICA | 1 | 1.8% |
| T O T A L: | 57 | 100.0% |

El diagnóstico médico de los casos estudiados indica que el mayor número corresponde a la Parálisis Cerebral cuadruplejia atetósica con el 40.3%, sigue en importancia la cuadruplejia espástica con 24.5%, en tercer lugar la hemiplejia espástica con 15.7% de los casos, el cuarto sitio lo tiene el diagnóstico de triplejia espástica y el quin-

to lugar lo ocupa la hemiplejia atetósica. El resto de los diagnósticos que aparecen en el cuadro tienen la misma frecuencia dentro del grupo con 1.8%.

CUADRO No. 6

DISTRIBUCION DE LOS CASOS POR FORMAS CLINICAS

| FORMAS CLINICAS | NO. DE CASOS | PORCENTAJE |
|-----------------|--------------|------------|
| ESPASTICOS | 27 | 47.4% |
| ATETOSICOS | 27 | 47.4% |
| MIXTOS | 2 | 3.5% |
| ATAXICOS | 1 | 1.7% |
| T O T A L | 57 | 100.0% |

Las formas clínicas predominantes según los diagnósticos que aparecen en el cuadro anterior son los espásticos y atetósicos, con el mismo número de casos en ambas formas, las que juntos representan más del 95% de los sujetos; -- los mixtos son poco frecuentes y sólo se presentó un caso de ataxia.

CUADRO No. 7

DISTRIBUCION TOPOGRAFICA DE LOS CASOS

| DISTRIBUCION TOPOGRAFICA | NO. DE CASOS | PORCENTAJE |
|--------------------------|--------------|------------|
| CUADRIPLJEJIA | 39 | 68.4% |
| HEMIPLJEJIA | 11 | 19.3% |
| TRIPLEJIA | 4 | 7.0% |
| PARAPLEJIA | 2 | 3.5% |
| MONOPLEJIA | 1 | 1.8% |
| T O T A L: | 57 | 100.0% |

Según la distribución topográfica del padecimiento se puede decir que afecta a las dos terceras partes de los casos la forma clínica cuadriplejica; una quinta parte es de tipo hemipléjico, el 7% se localizó en tres extremidades y el 3.5% se presenta como peraplejia; solo en un caso tiene trastornos en un miembro.

CUADRO No. 8

DISTRIBUCION DE CASOS POR GRADO DE SEVERIDAD

| GRADO DE SEVERIDAD | No. DE CASOS | PORCENTAJE |
|--------------------|--------------|------------|
| LEVE | 18 | 31.6% |
| MODERADO | 30 | 52.6% |
| SEVERO | 9 | 15.8% |
| T O T A L | 57 | 100.0% |

Este cuadro demuestra como aproximadamente la mitad de los casos se presentan con un grado de severidad moderado, la tercera parte del grupo estudiado son grado leve y el 15% severos. Es decir, los casos leves son dos veces más frecuentes que los severos y los moderados prácticamente vienen siendo la suma de los dos anteriores.

CUADRO No. 9

DISTRIBUCION DE LOS CASOS POR CRISIS CONVULSIVAS

| | No. DE CASOS | PORCENTAJE |
|------------------|--------------|------------|
| SIN CONVULSIONES | 51 | 89.5% |
| CON CONVULSIONES | 6 | 10.5% |
| T O T A L | 57 | 100.0% |

En el estudio realizado con el grupo de niños, se observó (como aparece en el cuadro anterior) que el 90% de ellos no presentó convulsiones.

CUADRO No. 10

DISTRIBUCION DE LOS CASOS POR TRASTORNOS DE LENGUAJE

| LENGUAJE | NO. DE CASOS | PORCENTAJE |
|--------------------------|--------------|------------|
| COMPLETO CON DISLALIAS | 34 | 59.6% |
| COMPLETO NORMAL | 18 | 31.6% |
| INCOMPLETO CON DISLALIAS | 4 | 7.0% |
| COMPLETO CON DISARTRIA | 1 | 1.8% |
| T O T A L: | 57 | 100.0% |

Los trastornos de lenguaje se pueden apreciar en el cuadro No. 10: el completo con dislalias es dos veces más frecuente que el completo normal y ambos afectan el 90% del grupo estudiado; el lenguaje incompleto con dislalias se observó en el 7% de los casos y únicamente un caso se presentó de lenguaje completo con disartria.

CUADRO No. 11

DISTRIBUCION DE LOS CASOS POR DEAMBULACION

| DEAMBULACION | No. DE CASOS | PORCENTAJE |
|----------------|--------------|------------|
| SIN ASISTENCIA | 33 | 57.9% |
| CON ASISTENCIA | 13 | 22.8% |
| CON APARATOS | 11 | 19.3% |
| T O T A L | 57 | 100.0% |

Según el cuadro anterior prácticamente el 58% de los sujetos deambulan sin asistencia, el 22% requieren de algún tipo de asistencia (como el ser sostenidos, silla de ruedas, etc.) y el 20% requieren de aparatos para lograr la marcha independiente.

CUADRO No. 12

INDEPENDENCIA EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

| GRADO DE INDEPENDENCIA | No. DE CASOS | PORCENTAJE |
|--------------------------|--------------|------------|
| INDEPENDIENTES | 34 | 59.6% |
| INDEPENDIENTE EN ALGUNAS | 18 | 31.6% |
| DEPENDIENTES | 5 | 8.8% |
| T O T A L: | 57 | 100.0% |

Respecto a las actividades de la vida diaria (alimentación, higiene y vestido principalmente) puede decirse que el 60% las realizan en forma independiente: el 31% desarrolla solo algunas de la misma manera y el 8% (cinco casos del grupo), fueron totalmente dependientes para llevar a cabo las actividades de cuidado personal.



CUADRO No. 13

DISTRIBUCION DE LOS CASOS POR USO DE MANOS

| USO DE MANOS | No. DE CASOS | PORCENTAJE |
|-----------------------------|--------------|------------|
| USAN LAS DOS MANOS (TORPES) | 46 | 80.7% |
| USAN SOLO MANO IZQUIERDA | 3 | 5.3% |
| USAN SOLO MANO DERECHA | 8 | 14.8% |
| T O T A L | 57 | 100.0% |

El cuadro 13 muestra que la distribución por el uso de -- las manos fué de más del 80% para los que usan las dos -- aunque torpemente, siguen en frecuencia los que usan solo la mano derecha (14%) y los que unicamente usan la mano - izquierda representa el 5% del grupo de sujetos.

C A P I T U L O V
R E S U L T A D O S .

Todos los datos contenidos en los cuadros anteriores han permitido derivar de ellos una serie de resultados que -- sirven para fundamentar la hipótesis que se desea demos-- trar y han sido encontrados en 5 cuadros que a continua-- ción se presentan y que se refieren exclusivamente al as-- pecto intelectual de los niños estudiados, puesto que los demás factores que intervienen en la valoración psicológi-- ca no han sido motivo central de esta investigación.

CUADRO No. 14

DISTRIBUCION DE LOS CASOS POR COCIENTE INTELECTUAL
(Datos obtenidos del WISC)

| C. I. | No. DE CASOS | PORCENTAJE |
|-----------|--------------|------------|
| De 40-49 | 3 | 5.3% |
| 50-59 | 9 | 15.8% |
| 60-69 | 12 | 21.0% |
| 70-79 | 13 | 22.8% |
| 80-89 | 11 | 19.3% |
| 90-99 | 5 | 8.8% |
| 100-109 | 2 | 3.5% |
| 110-120 | 2 | 3.5% |
| T O T A L | 57 | 100.0% |

El Cociente Intelectual más frecuente fué de 70 a 79, le sigue el de 60 a 69 y el de 80 a 89, sumando los tres niveles el 63% del grupo; el cuarto lugar lo alcanzó el de -- 50 a 59 con 15%; el quinto fué el de 90 a 99, el sexto el de 40 a 49 y por arriba de 100 lo obtuvieron el 7% de los niños.

CUADRO No. 15

DISTRIBUCION DE LOS CASOS POR RANGO
(Datos obtenidos del P.G. Weil)

| RANGO | No. DE CASOS | PORCENTAJE |
|-----------------------------|--------------|------------|
| V. DEFICIENTE. | 2 | 3.5% |
| IV- INF. AL TERMINO MEDIO | 1 | 1.8% |
| IV INF. AL TERMINO MEDIO | 5 | 8.8% |
| III- TERMINO MEDIO | 6 | 10.5% |
| III TERMINO MEDIO | 16 | 28.0% |
| III+ TERMINO MEDIO | 14 | 24.6% |
| II SUPERIOR AL TERM. MEDIO | 9 | 15.8% |
| II+ SUPERIOR AL TERM. MEDIO | 4 | 7.0% |
| T O T A L: | 57 | 100.0% |

Los rangos III y III+ son los más frecuentes, pues representan mas de la mitad de los casos; siguen en frecuencia el II y el III- que prácticamente son la cuarta parte del

grupo; el IV y el II+ integran el 15% de los sujetos el - IV- solo un niño lo alcanzó y el V se encontró en el 3.5% de los casos. El cuadro que a continuación se muestra es en base a los diagnósticos establecidos por Weschler en - su prueba y los criterios de Educación Especial. de la Se cretaría de Educación Pública.

CUADRO No. 16

DISTRIBUCION DE LOS CASOS POR DIAGNOSTICO INTELECTUAL

| DIAG. INTELECTUAL | No. DE CASOS | PORCENTAJE |
|-------------------------------|--------------|------------|
| NORMAL BRILLANTE | 2 | 3.5% |
| NORMAL | 7 | 12.3% |
| SUB-NORMAL | 11 | 19.3% |
| BORDERLINE | 13 | 22.8% |
| DEFICIENTE MENTAL SUPERFICIAL | 12 | 21.0% |
| DEFICIENTE MENTAL MEDIO | 9 | 15.8% |
| DEFICIENTE MENTAL PROFUNDO | 3 | 5.3% |
| T O T A L | 57 | 100.0% |

En este cuadro se presentan los resultados relativos de la distribución según el diagnóstico intelectual y se observa en términos generales que el deficiente mental superfi cial, el borderline y el subnormal son significativamente

más frecuentes, aunque ligeramente predomina el border---line, representando los tres el 63% de los casos; le siguen en frecuencia el deficiente mental medio y el deficiente mental profundo; y dentro del grupo de los normales está el 16% de los sujetos.

CUADRO No. 17

FRECUENCIA COMPARADA DE CASOS NORMALES Y DEFICIENTES MENTALES

| | No. DE CASOS | PORCENTAJE |
|------------------------|--------------|------------|
| SUBNORMALES Y NORMALES | 20 | 35.1% |
| DEFICIENTES MENTALES | 37 | 64.9% |
| T O T A L: | 57 | 100.0% |

En el cuadro 17 se puede observar que prácticamente la Deficiencia Mental existe en las dos terceras partes del -- grupo de niños estudiados y son subnormales y normales la otra tercera parte.

CUADRO No. 18

DISTRIBUCION DE LOS CASOS POR CRITERIOS DE DEFICIENCIA
MENTAL

| CRITERIO | No. DE CASOS | PORCENTAJE |
|--------------|--------------|------------|
| EDUCABLES. | 34 | 59.6% |
| ENTRENABLES | 3 | 5.3% |
| CUSTODIABLES | 0 | 0.0% |
| T O T A L | 37 | 64.9% |

Este último cuadro muestra la frecuencia de la Deficiencia Mental señalada anteriormente y el resultado que se obtuvo, de acuerdo a los criterios establecidos fue que el 60% de los casos con dicho trastorno son educables, el 5% entrenables y no se encontraron en ese grupo sujetos que requieran de custodia.

7. CONCLUSIONES

- 1.- Queda demostrada nuestra hipótesis al comprobar que NO TODOS los niños con Parálisis Cerebral son Deficientes Mentales, como se asienta en los cuadros 14, 15, 16 y 17.
- 2.- Como lo indica el cuadro No. 17, por cada dos niños Deficientes Mentales hay uno normal o subnormal.
- 3.- La ausencia de respuesta verbal o motora en el niño con Parálisis Cerebral no significa Deficiencia Mental.
- 4.- La observación de gestos, expresiones y sonidos es más significativa que la pobre respuesta verbal o motora que pueda expresar el niño.
- 5.- El diagnóstico intelectual del niño con Parálisis Cerebral no debe ser determinante, pues muchas veces no son las limitaciones del niño las que impiden valorarlo, sino las del psicólogo que agota hasta donde sus posibilidades y experiencia le permiten la adaptación del material de las pruebas.
- 6.- Los niños con Parálisis Cerebral presentan problemas físicos, psicológicos y educacionales tan complejos, que no es posible que una sola persona sea capaz de abordarlos íntegramente; este conjunto de incapacidades impone que sea un equipo de profesionales expertos en diferentes disciplinas, quienes se encarguen de tratarlos.

7.- La revaloración es de gran importancia en estos niños, pa
ra conocer hasta donde sea posible su verdadero rendimien
to intelectual.

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

- 1.- El niño con daño cerebral (en la escuela, la familia y - la comunidad). William M. Cruikshank, Ed. Trillas. 1971.
- 2.- Psicopatología y Educación del niño con lesión cerebral. Alfred A. Strauss y Laura E. Lehtinen. Ed. Eudeba. 1973.
- 3.- Folleto "Rehabilitación" O.M.S. 1974.
- 4.- Servicios y material básicos para centros de rehabilitación. Parte V: Los servicios de psicología en la rehabilitación de personas impedidas. Naciones Unidas. N.Y. -- 1970.
- 5.- Invalidez motriz cerebral. Romero Alvergue. Ed. Instituto Salvadoreño de San Salvador. 1971.
- 6.- Trastornos del lenguaje. Peinado Altable. Ed. Paidós. -- 1972.
- 7.- Deficiencia Mental. M. Ramos Palacios. B.M. Editores. -- 1968.
- 8.- Psiquiatría Clínica. Noyes. Ed. Prensa Médica Mexicana.-- 1968.
- 9.- Principios de Percepción. Bartley. Ed. Trillas. 1970.
- 10.- Visual Perception in the brain damaged child. M. Prostig. American Journal of Orthopsychiatry. Vol. XXXII. Marzo - 1962.

- 11.- Mis Apuntes de clase del curso "Método y evaluación de -
la percepción visual". Escuela Normal de Especialización.
Febrero y Marzo 1974.
- 12.- Reglamento Interno de las Escuelas de Educación Especial.
Dirección General de Educación Especial. S.E.P. 1974.
- 13.- Investigación en 300 niños con Parálisis Cerebral del --
Hospital Infantil de México sobre Rehabilitación Física-
del niño con P.C.I. Dr. L. Guillermo Ibarra y Dr. Ra---
fael Morado Gutiérrez. 1972.
- 14.- El Lenguaje. Sapir E. Ed. Fondo de Cultura Económica. -
1956.
- 15.- Paidología. Peinado Altable. Ed. Porrúa. 1961.
- 16.- Diagnóstico del Desarrollo. Arnold Gesell. Ed. Paidós. -
1970.
- 17.- Psicología Evolutiva de Jean Piaget. Flavel. Ed. Paidós-
1974.
- 18.- Elementos de Método estadístico. A. García Pérez. Imprena
ta Universitaria. 1972.
- 19.- Plan Nacional de Salud, Tomo III. Programa Nacional de -
Rehabilitación, S.S.A. 1974.

ESTA TESIS SE IMPRIMIO EN LOS --
TALLERES DE TESIS DE GUADALAJARA,
S.A.

PAYTA # 771 - B y C

TELS. 586-25-57 y 586-11-43.