



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TALLER DE ENTRENAMIENTO SOBRE AUTONOMÍA E
INDEPENDENCIA DIRIGIDO A JOVENES CON PARÁLISIS
CEREBRAL DE UNA CASA HOGAR

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:
MARIA ALEJANDRA SALAS QUINTERO

DIRECTORA DE LA TESINA:
LIC. MARÍA EUGENIA GUTIÉRREZ ORDÓÑEZ



Ciudad Universitaria, D.F.

Mayo 2013.



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.

Agradecimientos

A mis padres Alfredo y Esther por todo el amor y enseñanzas.

A mi esposo y compañero de vida Juan, por creer en mí y apoyar con amor y paciencia.

A mis dos amores, mis hijas Sandra y María Fernanda que son mi vida entera.

A mis hermanos Pili y José Luis por la fraternidad entre nosotros.

A mis sobrinos Hiromi, Naomi y José Emiliano.

A mis dos tías Angelina y Margarita por hacer que sienta orgullo.

A mi primo Adrian quien me inspiro para hacer éste trabajo.

A mis sobrinos Dieter y Diego con todo el respeto que merecen

A la Universidad Nacional Autónoma de México, por haberme otorgado la oportunidad de pertenecer a ésta casa de estudios.

A la Lic. María Eugenia Gutiérrez Ordoñez, por su guía.

A los Instituciones que abrieron sus puertas:

Corporación Rama

Confe

Grupo DIA

Fundación Merced

Fundación de Apoyo a la Juventud

Mente Con Alas

Teletón CRIT Tlalnepantla

Unidos somos iguales Cuernavaca.

“Sueña en un mundo distinto”

ÍNDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

I.	CAPÍTULO UNO. PARÁLISIS CEREBRAL	
	1.1 Concepto de Parálisis Cerebral	1
	1.2 Historia	3
	1.3 Etiología	4
	1.4 Clasificación	6
	1.5 Epidemiología	9
	1.6 Factores de Riesgo	11
	1.7 Diagnóstico	13
	1.8 Tipos de daño	15
	1.9 Tratamientos	17
II.	CAPÍTULO DOS. CASA HOGAR	
	2.1 Concepto de Instituciones Totales	25
	2.2 Los grupos dentro de la Casa Hogar	28
	2.3 Antecedentes de las Instituciones	30
	2.4 Casa Hogar	32
	2.5 Centro de Atención	34
	2.6 Legislación	42
III.	CAPÍTULO TRES. DINÁMICA DE GRUPOS.	
	3.1 Definición de grupo	46
	3.2 Características de los grupos	47
	3.3 Orientaciones teóricas	49
	3.4 Fundamentos de la dinámica de grupo	58
	3.5 Técnicas grupales	60
IV.	CAPITULO CUATRO. PROPUESTA	62
V.	CARTAS DESCRIPTIVAS	
VI.	ALCANCES Y LIMITACIONES	
VII.	BIBLIOGRAFÍA	
VIII.	ANEXO	

RESUMEN

La Parálisis Cerebral es una enfermedad que limita los músculos, se manifiesta en posturas y movimientos anormales, generalmente no involucra la capacidad intelectual y dentro de las tantas discapacidades, ésta no es limitativa para la vida independiente.

La presente tesina hace una revisión documental de lo que se conoce sobre la Parálisis Cerebral desde los conceptos inicialmente conocidos hasta algunas investigaciones recientes. Así mismo, se revisa que existe en México en relación a: las Casas Hogar y los Centros de Atención como instituciones formales, que se ha hecho para dar la atención necesaria a este grupo vulnerable y los avances en el tema de legislación

El taller propuesto para Adultos con Parálisis Cerebral está bajo el marco teórico de la dinámica de grupos como eje fundamental, pretende desarrollar habilidades necesarias para alcanzar la autonomía e independencia en las áreas de Auto-cuidado y Vida diaria, para apoyar el trabajo en una Casa-Hogar y Centro de Atención.

Palabras Clave.

Parálisis Cerebral
Casa Hogar
Centro de Atención
Adultos
Auto-cuidado y Vida diaria.
Dinámica de Grupos

INTRODUCCION

Cuando una pareja toma la decisión de ser padres, pensando en formar una familia, bajo el deseo de concebir a un hijo sano, nunca pasa por su mente que pudiese haber un evento que cambiará radicalmente su vida, como el tener un hijo con una discapacidad, de primer impacto los padres no comprenden la situación a la que se enfrentan, se cuestionan y difícilmente dimensionarán el proceso futuro de vida.

Ante éste evento desconocido, los padres y el bebé enfrentarán una serie de complicaciones vivenciales. En principio, los padres deberán entender y aprender las situaciones a la que se enfrentan para lograr conducirse lo mejor posible y llevar a cabo las acciones que permitan dar la atención correcta para una persona con Parálisis Cerebral.

Así mismo encontramos que existen una serie de limitaciones a saber: en el área de salud la atención en cuanto a rehabilitación se refiere, en el área educativa sobre todo cuando desean acudir a niveles superiores; en el área productiva la falta de oportunidades tanto a nivel privado como público y sin dejar de mencionar la discriminación social a la que son objeto.

La sociedad en su conjunto es responsable de acoger, modificar, impulsar cambios, de construir un andamiaje que permita ser una sociedad proactiva, incluyente, tolerante y eventualmente pensar que podemos ser una sociedad avanzada donde todos los individuos tienen un lugar.

En los últimos años se han hecho esfuerzos de los gobiernos por dar la atención pertinente al tema de la discapacidad, la ONU reporta que va en aumento por causas diversas ascendiendo a más del 15% de la población mundial, se estima que más de mil millones de personas sufren algún tipo de discapacidad, dato arrojado en el informe sobre la discapacidad en el año 2011. Existen algunos datos regionales que indican que, de cada 1000 nacimientos, 2 o 2.5 presentan Parálisis Cerebral. En Estados Unidos se reportan más de 500,000 personas con Parálisis Cerebral y cada año se suman 1,500 nuevos nacimientos diagnosticados con éste cuadro.

En nuestro país, el censo del 2010 identificó el 5.1% de la población total del país aproximadamente 5.7 millones con algún tipo de discapacidad, no se tienen cifras diferenciadas y mucho menos específicas para determinar exactamente cuántos niños, adolescentes y adultos existen con Parálisis Cerebral.

En el año 2006, en la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, afirma el derecho de vivir en igualdad de condiciones que el resto de la población; a partir de entonces, han habido algunos avances en políticas públicas y esfuerzos con la creación de algunas dependencias de gobierno, cuyo objetivo es la atención de grupos vulnerables. Sin embargo, esto no ha sido suficiente.

Por su parte en el sector privado, también ha habido esfuerzos y logros para dar la atención necesaria y paso a paso la sociedad ha adquirido mayor conciencia, partiendo de la aceptación e incorporación de los discapacitados. Algunos de éstos esfuerzos se aprecian en la rehabilitación, otros más en la educación, escuelas especiales para niños y adolescentes, muy poco en Casas Hogar y casi nulos en las oportunidades de empleo. La sociedad tiene mucha tarea por hacer.

Por lo anterior, la presente tesina tiene como objetivo general proponer un taller en “Casa Rama”, cuyo objetivo buscará que los jóvenes adquieran habilidades para poder llevar a cabo las actividades de vida diaria aplicadas en las áreas de auto-cuidado, apariencia personal, orden y cuidado de los objetos personales lo que les permitiría alcanzar la autonomía e independencia personal en la vida cotidiana.

La tesina se divide en cuatro capítulos, en el primer capítulo, se hace una revisión del tema de la Parálisis Cerebral, desde su concepto para comprender el significado, las causas que la originan, se manejan algunos datos epidemiológicos y las alternativas de tratamiento que permiten dar atención a las personas que presentan ésta discapacidad.

El capítulo dos, aborda el tema de las instituciones, en especial las Casas Hogar y Centros de Atención como instituciones formales, cómo se han abordado y desarrollado en México con sus alcances y limitaciones.

En el tercer capítulo, se toma como fundamento teórico la dinámica de grupos como eje principal por dos razones: la primera, el trabajo del psicólogo se fundamenta en la conducta de los individuos bajo diversos enfoques teóricos y como fin último coadyuvar a la sociedad en su conjunto a funcionar como tal. La segunda razón para apoyar y facilitar al logro de los objetivos deseados en el taller propuesto, así como dar el soporte teórico suficiente que apoye el éxito del presente trabajo.

En el último, se planteará la propuesta del taller en una Casa Hogar y Centro de atención, que pretende desarrollar habilidades de la vida diaria para lograr que una persona con Parálisis Cerebral leve, alcance la autonomía e independencia.

CAPITULO I

PARALISIS CEREBRAL

Es necesario iniciar con la definición de éste concepto comúnmente mencionado y no siempre comprendido, ya que se asocia de inmediato con una discapacidad mental y un desarrollo comprometido perdiendo de vista cualquier otra posibilidad de vida.

En éste capítulo se hará una revisión breve a manera de dimensionar la enfermedad y tener la capacidad de comprender un poco más a quien la padece.

1.1 Concepto de Parálisis Cerebral

A continuación se revisarán diversos autores que han propuesto conceptos de éste trastorno.

Little en 1853 (Vergé, Bordes y Vigneaux, 1966), describió una nueva enfermedad que presentaba rigidez muscular, ocasionada por diferentes trastornos tendentes a provocar asfixia del recién nacido, por mucho tiempo se conoció como la “enfermedad de Little”.

Vergé et al. (1966), conceptualizaron a la parálisis cerebral como la secuela de una agresión encefálica, que se caracterizaba primordialmente por un trastorno persistente, que invariablemente se relacionaba con el tono muscular, la postura y el movimiento que aparece en la primer infancia y que no sólo es directamente secundario a esta lesión no evolutiva del encéfalo, sino debido también, a la influencia que dicha lesión ejerce en la maduración neurológica.

El término de Parálisis Cerebral aparece con Phelps, como una posibilidad terapéutica con un grupo de niños que presentaban la enfermedad de Little o síntomas parecidos, definió el término hoy conocido como Parálisis Cerebral, como una agrupación de trastornos motrices de origen en el sistema nervioso central (Vergé et al, 1966).

Freedman (1975), refirió que la Parálisis Cerebral en una variedad de situaciones en las que existe un déficit motor resultante de una lesión en los centros o vías motoras del

Sistema Nervioso Central, no es progresiva y con ejercicios y un entrenamiento adecuado es posible conseguir una mejoría considerable.

B. Bobath y K. Bobath (1976), conceptualizaron y propusieron el término, partiendo de la base del desarrollo normal de la motricidad como un despliegue gradual de las aptitudes del niño, los primeros movimientos del recién nacido van cambiando adquiriendo complejidad y variación; etapa tras etapa, los logros iniciales de movilidad y destreza se perfeccionan y se adaptan. El niño paralítico también se desarrolla pero con mayor lentitud, su desarrollo es retardado y anormal; en los casos más severos, donde todo el cuerpo está comprometido, el desarrollo puede ser nulo.

Vergé ofrece una alternativa para modificar los trastornos motrices y Bobath ofrece la oportunidad de entender el concepto de parálisis cerebral con un enfoque más abierto menos limitativo y con una propuesta terapéutica con posibilidades de modificar y alinear el desarrollo motriz hacia lo que se entiende como más normal.

Chusid (1980), definió a la Parálisis Cerebral como un padecimiento del sistema nervioso central caracterizado por síntomas paralíticos; puede sospecharse de su existencia desde el momento del nacimiento por las dificultades alimentarias que se presentan en el lactante y la pobreza del movimiento; la velocidad de desarrollo de las facultades motoras, de lenguaje e intelectuales pueden presentarse de manera retardada.

Lipsitt (1980), definió a la Parálisis Cerebral como un término general que se refiere a cualquier defecto de desarrollo en la capacidad de movimiento del individuo. Existen varias formas de parálisis, que pueden variar por su gravedad desde una debilidad ligera hasta una parálisis casi total, en algunos tipos se relaciona con defectos congénitos y en otros el defecto es adquirido y no siempre se asocia con deterioro mental.

Como se observa se puede entender que es un término general que define a ésta encefalopatía que se manifiesta en disfunción motriz de diferentes formas no necesariamente con una afectación mental.

Malagon (2007) consideró a la Parálisis Cerebral como:

Un grupo de síndromes y no una enfermedad como tal, se manifiesta como problemas motores no evolutivos, aunque frecuentemente cambiantes...Se define como un trastorno aberrante en el control del movimiento y la postura, aparece tempranamente en la vida debido a una lesión, disfunción o malformación del Sistema Nervioso Central y no es resultado de una enfermedad progresiva o degenerativa” (p.586).

1.2 Historia.

Vergé et al. (1966), hicieron una revisión histórica, mencionan que Little en 1860 hace las primeras descripciones y definiciones médicas de la enfermedad, creando las bases y antecedentes para los investigadores que estudiaron más a profundidad la enfermedad.

Freud (1897, Vergé et al. 1966) menciona que la enfermedad puede estar asociada a trastornos como convulsiones, retraso mental y que su origen podría estar en el desarrollo del cerebro en el útero y en consecuencia podría ser un parto difícil.

Otros expertos concluyen que la etiología de la enfermedad era por afecciones parasifílicas. Años después se demostró la ausencia de relación entre el síndrome de Little y la heredosifilis (Vergé et al.1966).

A partir de la Segunda Guerra Mundial el interés por estudiar ésta enfermedad va creciendo, florecieron los tratamientos terapéuticos como los realizados por los esposos Bobath.

Finalmente se acota el término, por los intentos de entender y en la búsqueda de la rehabilitación, al grupo de encefalopatías que se caracteriza por los trastornos motrices y en algunos casos por trastornos intelectuales, en la definición de Parálisis Cerebral. Aún cuando la manifestación de la enfermedad es en la disfunción motriz, no es en el sistema muscular o esquelético, la disfunción es a nivel corteza cerebral, que en algunos casos es por falta de desarrollo normal y que afecta la postura y el movimiento (National Institute of Neurological Disorders and Stroke. NINDS, 2010).

Hoy día, los esfuerzos de los investigadores se han enfocado a tratar de disminuir la incidencia de la Parálisis Cerebral, a través de determinar y controlar los factores de riesgo y a pesar de los avances en el cuidado perinatal, no ha disminuido.

1.3 Etiología.

Algunos pacientes que se diagnostican desde el nacimiento le llaman Parálisis Cerebral congénita. Otros son diagnosticados con Parálisis Cerebral adquirida (Lipsitt, 1980).

En un estudio realizado en el Hospital Materno Infantil Ramón Sarda en Argentina (Larguía, Urman, Savransky, Canizzaro, Fayanas, Nassif, Sanguinetti, Solana, Uranga, Votta y Kosaj, 2000) determinaron que las causas de tipo congénito, donde el cerebro puede ser lesionado en forma irreversible por múltiples patologías durante el desarrollo feto-neonatal, son difíciles de identificar y determinar el momento de su producción. Si bien la lesión cerebral puede haberse producido antes de nacimiento, la Parálisis Cerebral en general no se diagnostica con certeza hasta meses después de ocurridos los eventos. Algunas de estas causas ocurren antes del parto:

- Problemas genéticos
- Infertilidad previa
- Infecciones intrauterinas tales como rubéola, toxoplasmosis y otras
- Malformaciones cerebrales
- Problemas placentarios, incluyendo hemorragia o infección
- Enfermedades tiroideas
- Muerte antenatal de co-gemelar
- Accidente cerebro vascular intrauterino
- Trauma físico abdominal: accidente de auto o violencia doméstica.

Fernández-Bouzas, Ortega, Harmony & Santiago (2004), realizaron un estudio en el Hospital Materno-infantil de la Ciudad de Querétaro en donde se estudió a 34 recién nacidos todos con riesgo de presentar daño cerebral, presentaban asfixias e identificaron que las causas principales para diagnosticar Parálisis Cerebral adquirida, son asfixias perinatal, sufrimiento fetal y partos prolongados; siendo la primera una de las más importantes.

En NINDS (2000) identificaron otras causas que favorecen la presencia de Parálisis Cerebral tales como:

- El bebé pequeño en relación a su edad gestacional.- Los bebés nacidos más pequeños de lo normal de su edad, están en riesgo de tener parálisis, impidiendo crecer de manera normal en el útero.
- La posición del bebé al nacer y el trabajo de parto complicado.- Bebés que al momento del parto su posición es pelviana y en consecuencia un trabajo de parto prolongado y complicado.
- Convulsiones.- Un bebé que presenta convulsiones es más vulnerable de ser diagnosticado más tarde con Parálisis Cerebral.
- Puntuación de Apgar baja.- Se refiere al método rápido para evaluar el estado del recién nacido y su respuesta a la resucitación. Este sistema de puntuación presenta una evaluación estandarizada para los bebés después del parto y consta de cinco componentes: frecuencia cardiaca, esfuerzo respiratorio, tono muscular, irritabilidad refleja y color. Se aplica al minuto de nacido y a los 5 minutos después. Una puntuación Apgar a los 5 minutos de 7 a 10 es considerada normal. El riesgo de malos resultados neurológicos se incrementan cuando la puntuación Apgar es de 3 o menos puntos a los 10, 15 y 20 minutos.

1.4. Clasificación.

La necesidad de estudiar cada día mejor las enfermedades, ha obligado a implementar clasificaciones a fin de lograr una mejor comprensión y manejo de las mismas.

La Organización Mundial de la Salud en 1980 (Instituto Nacional de Estadística y Geografía e Informática, INEGI 2001) propuso la Clasificación Internacional de Deficiencia, Discapacidades y Minusvalías (CIDDDM) con el fin de facilitar la recopilación de información estadística de las personas con discapacidad, para la elaboración y evaluación de políticas y programas para éste grupo de población

La CIDDDM es un sistema para clasificar y catalogar las consecuencias a largo plazo de defectos, enfermedades y lesiones en términos de: deficiencia, (de estructura o función) discapacidad (incapacidad para el desempeño) y minusvalía (desventajas en la experiencia social) y que permite el análisis médico, de servicios sanitarios y de necesidades de rehabilitación.

Desde el punto de vista médico y al tratarse de una enfermedad neurológica, se ha intentado clasificar la Parálisis Cerebral, se mencionan algunas de ellas:

Méndez (1980) menciona que Phelps 1942 propuso una clasificación basada en los estudios de casos clínicos.

- Aducción. Implica la intervención de los músculos accesorios a los movimientos de aducción. Los brazos se mantienen unidos al tronco. Los movimientos de aducción a veces son lentos al tratar de tomar un objeto.
- Temblor. Hay contracción y relajación muscular de tipo irregular, lo cual implica los mecanismos flexores y extensores abductores así como aductores que actúan en forma alterna.
- Disonía. Las extremidades asumen posiciones distorsionadas, adoptadas involuntariamente por periodos de segundos a unos minutos. Los movimientos distónicos pueden afectar el cuello, el tronco, los brazos y las piernas.

- Estremecimiento. Se parece mucho al que cualquier persona experimenta, puede ser violento haciendo caer a la persona o puede ser ligero en brazos y piernas.
- Sacudidas. Es un tipo raro de atetosis, los brazos y piernas se contraen.
- Tensión. La tensión permanece por largos períodos y no se observa temblor o distonía.
- Sin tensión. Es un estado transitorio y puede ocultar otros tipos de atetosis. La atetosis sin tensión se presenta frecuentemente en los bebés y es el primer síntoma identificable.
- Hemiatetosis. Se trata de una clasificación topográfica cuando afecta un lado del cuerpo.
- Cuello y brazo. Este tipo limita a la baja cabeza, cuello y hombro.
- Atetosis sorda. Esta muestra alguna pérdida auditiva, pueden tener limitación en los movimientos verticales del ojo, con movimientos laterales normales.
- Pérdida de equilibrio. Los movimientos parecen exactamente a los de un individuo caminando en un tren en movimiento. Los pacientes rara vez caen.
- Descarga emocional. Habitualmente la atetosis de aducción o de temblor se presenta combinada con una descarga de los mecanismos de la risa, llanto o cólera. Una muy ligera estimulación pueden producir el ciclo de cualquiera de estas emociones sin razón aparente.

Méndez (1980) presentó la clasificación, por el tipo de lesión o parte del cuerpo afectada, que los neurólogos y especialistas en la enfermedad han propuesto en:

A) Fisiológica. Que de acuerdo a las funciones se identifican dos.

- Espástica. Caracterizada por un aumento de tono muscular, respuestas musculares aumentadas, con clonus y un registro electromiográfico anormal.

- Atetósica. Caracterizado por movimientos involuntarios anormales y movimientos incordinados con varios grados de tensión. Reflejos anormales y registro electromiográfico normal.

B) Topográfica de acuerdo a la zona afectada.

- Monoplejía.- Afecta una extremidad y se debe diagnosticar con toda precisión para determinar si se trata de hemiplejía o paraplejía.
- Hemiplejía.- La región lateral del cuerpo está afectada y es habitualmente espástica. También es llamada hemiparesia espástica.
- Paraplejía.- Afecta a las extremidades inferiores y siempre es de tipo espástico rígido. También conocida como diplejía o diparesia espástica.
- Triplejía.- Afecta a tres extremidades habitualmente piernas y un brazo, es generalmente espástica.
- Cuadriplejía.-Afecta las cuatro extremidades. También conocida como cuadriparesia espástica. Los pacientes con mayor afectación en las piernas son generalmente espásticos; los de mayor afectación en los brazos son generalmente desquinésicos, incluyendo atetosis.

Esta es la forma de parálisis más grave y puede estar asociada a retraso mental de moderado a grave; se presenta con intensa rigidez en los miembros y el cuello flácido, generalmente es difícil que puedan estar erguidos, sentarse o caminar, hablar es difícil y hay presencia de convulsiones.

Webb y Adler (1995) mencionan que en la Clínica Mayo en el periodo de 1987-1990 y 1993-2001 revelaron que la disartria se presenta como un trastorno del habla secundario a la parálisis y se manifiesta en la respiración, la fonación, la resonancia, la articulación y la prosodia.

Hopkins (1993), apuntó que la distonia, nombre que se le da a las contracciones de los músculos causando posturas anormales y llega a ocasionar deformidad muscular, se presenta en el cromosoma 9 (p.224).

En NINDS (2010) además de reconocer la clasificación antes mencionada, agregó:

- Discinética, también incluye la atetósica, coreoatetósica y distónica. Se caracteriza por movimientos incontrolados de las manos, los pies, los brazos o las piernas; también hay presencia de hiperactividad en los músculos de la cara que se aprecia con gesticulaciones y sialorrea. Difícil caminar y pueden presentar problemas para controlar los músculos de la cara por lo que se dificulta el habla. Hay asociación con retraso mental.
- Atáxica, afecta el equilibrio y la percepción de profundidad, a menudo caminan en forma inestable y con marcha amplia. Tienen dificultad con los movimientos rápidos y precisos como escribir o abotonarse. También pueden tener temblor.
- Tipos mixtos. Los síntomas no corresponden algún tipo de clasificación, pueden presentar una mezcla de rigidez y flacidez

1.5 Epidemiología

En el ámbito Internacional, se han visto esfuerzos por diferentes organismos para atender más de cerca las discapacidades y obligar a los gobiernos con políticas públicas a fin de lograr una atención específica e integración de los discapacitados a la sociedad. A nivel nacional también ha habido esfuerzos y día a día mayor compromiso, aún no suficiente. Es necesario partir de los términos estadísticos y dimensionar con mayor claridad las discapacidades y para efecto de éste trabajo, a quienes presentan Parálisis Cerebral.

La Organización Mundial de la Salud y el grupo del Banco Mundial, han trabajado conjuntamente en el Informe Mundial sobre la Discapacidad (2011), estiman que más de mil millones de personas viven con algún tipo de discapacidad o sea alrededor del 15% de la población mundial, cuando en los años 70 era aproximadamente el 10% de la población. Se estima que a nivel mundial las cifras vayan al alza y las poblaciones más pobres y los grupos étnicos minoritarios son los que presentan mayor riesgo.

La Comisión Económica para América Latina (CEPAL 2012) estima que el alrededor del 12% de la población presenta una discapacidad.

Largúia et al. (2000) realizaron un trabajo en Argentina presentaron datos epidemiológicos que nos permiten dimensionar el impacto actual de quienes sufren Parálisis Cerebral; concluyeron que es la incapacidad física más frecuente en la infancia y puede ser muy severa. Afecta de 2 a 2.5 por cada mil niños nacidos vivos por año. Se le ha atribuido su incremento en su mayor parte al aumento de la sobrevivencia de los recién nacidos de alto riesgo, especialmente aquéllos de muy bajo peso de nacimiento, por debajo de los 1.500gr.

En México, desde hace algunas décadas se han hecho esfuerzos por diferentes organismos gubernamentales y algunos privados para obtener datos más precisos.

El INEGI (2001) reportó que se han hecho encuestas a fin de determinar datos epidemiológicos, tal es como:

- En 1954, el muestreo de Lisiados Profundos en el Distrito Federal.
- En 1964, La Primer Investigación Nacional de Enfermos Neurológicos y Psiquiátricos.
- De 1975 a 1982 el llamado Registro Nacional de Inválidos el cual arrojó en su totalidad 40,245 casos que se agruparon de acuerdo a la clasificación de enfermedades de la ONU.
- Los Censos Poblacionales desde 1900.

Y más recientemente el trabajo del INEGI que es el proyecto denominado, El Registro de Menores con Discapacidad que arroja datos totales:

- Menores con discapacidad (menos de 20 años) 2,728 045.

Hay otros registros como, los del IMSS, de la Secretaría de Salud, Hospitales privados y públicos, y la SEP; sin embargo son encuestas aisladas y no se integran en una sola base de datos.

Los últimos datos con los que se cuenta, son los reportados en el Informe Inicial de México sobre el cumplimiento de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (2011), donde se reportan datos aún generales por parte del censo 2010 del INEGI, se identificó a 5,739 270 personas con algún tipo de discapacidad lo que representa el 5.1% de la población total del país.

Como se puede apreciar, aún no se cuentan con datos estadísticos que permitan precisar la discapacidad en cuanto a Parálisis Cerebral ya que los mismos están globalizados

1.6 Factores de Riesgo

Hay eventos o enfermedades que pueden ocurrir durante el embarazo o en el parto y aumentan los factores de riesgo para que el bebé desarrolle Parálisis Cerebral. Los investigadores han estudiado a cientos de mujeres embarazadas, partos prematuros y neonatos a fin de determinar los factores de riesgo y en su caso hacer un intento por prevenir y disminuir los casos de Parálisis Cerebral (NINDS, 2010) menciona:

- a) Bajo peso al nacimiento y nacimiento prematuro. Bebés que nacen con menos de 37 semanas y bebés que nacen con peso menor a los 2.5 kg. aumentan el riesgo de Parálisis Cerebral. El riesgo aumenta a medida que el peso es menor y se acortan las semanas de gestación.
- b) Nacimiento Múltiple. Los mellizos, trillizos aún nacidos a término y sí hay muerte de uno aumenta el riesgo de presentar Parálisis Cerebral.
- c) Infecciones durante el embarazo. Las enfermedades infecciosas causadas por virus como es la rubeola y herpes pueden infectar el útero y la placenta. La infección materna lleva a un nivel elevado las células del sistema inmunitario llamadas citosinas circulando en el cerebro y sangre del feto; las citosinas responden a la infección desencadenando una inflamación y pueden llegar a causar daño cerebral en el bebé. También una alta fiebre en la madre puede

llegar a causar la inflamación que afecta al sistema nervioso del feto o recién nacido.

- d) Incompatibilidad sanguínea. La incompatibilidad RH es una afección que se desarrolla cuando el grupo sanguíneo de la madre es incompatible con el del bebé y las células sanguíneas se mezclan durante el embarazo.
- e) Exposición a sustancias tóxicas. Las madres expuestas durante el embarazo a sustancias, como por ejemplo el mercurio, drogas, alcohol y tabaquismo.
- f) Madres con anomalías tiroideas, convulsiones o retraso mental. Las madres con cualquiera de estas afecciones tienen una probabilidad mayor de tener un bebé con Parálisis Cerebral.
- g) Madres con presión alta.

Webb et al. (2010), agregó como causas de parálisis cerebral; la presión elevada altera la circulación sanguínea hacia el cerebro fetal, la nutrición deficiente de la madre, la exposición a radiación y el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

En México, en un estudio realizado en el Centro de Rehabilitación Infantil Teletón, Estado de México (2006), dio a conocer los factores de riesgo en pacientes con Parálisis Cerebral; se revisaron 773 casos, de los cuales 653 pacientes con factores de riesgo prenatales y natales, y sólo 120 con factores de riesgo posnatal.

El factor de riesgo más frecuente en la etapa natal fue la ruptura de membranas en el periodo expulsivo prolongado. Y, en la etapa posnatal la neuro-infección. El 42.83% de los niños pertenecía a la primera gestación. La conclusión del estudio: La mayoría de los pacientes fueron varones, los riesgos se presentaron en el tercer trimestre del embarazo y en el momento del parto, la edad de los padres influyó poco en el diagnóstico y la puntuación de Apgar no fue parámetro para el daño, (Parodi, Ibarra, Reyes 2006).

Nagdyman, (mencionado por Fernández-Bouzas et al. 2004), afirma que un tercio de los recién nacidos con asfixia presentan encefalopatía hipóxico-isquémica.

En otras investigaciones el bajo peso es factor de alto riesgo. De los recién nacidos con un peso menor a los 2 kg., el 12% presentan Parálisis Cerebral y sólo el 0.4% en los niños que pasan los 2kg.

Fernández-Bouzas et al. (2004) concluyeron en la investigación que realizaron en el Hospital General de Querétaro, que el factor de riesgo más frecuente es la asfixia perinatal y se observaron complicaciones neurológicas acompañadas de alteraciones estructurales en el cerebro.

No podemos dejar de mencionar otros factores de riesgo que son los posnatales, como la ictericia ligada a la incompatibilidad sanguínea (Rh). Así también afecciones que se presentan en la primera infancia como son meningitis, trombosis venosas, complicaciones encefálicas derivadas de enfermedades infecciosas y un lugar aparte ocupa las convulsiones (Cambier, 1983).

1.7 Diagnóstico

Partiendo de los factores de riesgo, de las condiciones mismas en el momento del parto, el desarrollo del bebé en los primeros días de vida se pudiera pensar en algún daño neurológico, sin embargo en muchos de los casos hay que esperar los dos primeros años de vida.

Es difícil diagnosticar la Parálisis Cerebral en el lactante de 4 a 6 meses. En pocos bebés los signos tempranos de cierta desviación de lo normal pueden desaparecer en forma espontánea y el infante se llega a desarrollar de manera normal (Bobath, 1976).

Larguía et al. (2000), realizaron un estudio para determinar si la asfixia intraparto puede causar la Parálisis Cerebral, mencionaron que es un término no bien definido, que implica déficit en la oxigenación del feto durante el proceso del parto y que es claro que puede existir un daño cerebral. Sin embargo, todos los fetos presentan un grado de hipoxia durante el nacimiento, éste debe ser severo y prolongado para causar el daño. Se aceptan signos sugerentes que provocan la asfixia y que se puede sospechar de un diagnóstico de Parálisis Cerebral:

- Líquido amniótico meconial.
- Alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal por auscultación o monitoreo fetal electrónico.
- Bajas puntuaciones de Apgar: menor de 3 a 1
- Convulsiones
- Bajo ph en la sangre del cordón

Actualmente en un infante con diagnóstico de Parálisis Cerebral es imposible precisar el momento del embarazo en el cual se produjo la lesión. Además los signos que se considerarían como asfícticos pudieron haber sido causados por otros factores.

Estos mismos autores concluyen que la tendencia en los últimos estudios reportan que el bajo peso del recién nacido menos a 1.500 gr., la edad gestacional, y los problemas placentarios o infecciosos son mas causa del padecimiento que la misma asfixia, ésta no es la causa principal de la Parálisis Cerebral.

Para un diagnóstico más preciso es necesario apoyarse con valoraciones tales como el electroencefalograma (EEG), el cual registra la actividad eléctrica cortical mediante la aplicación de 21 electrodos dispuestos de acuerdo a un sistema internacional. Los electrodos se conectan en pares en diferentes combinaciones para cubrir las zonas cerebrales accesibles. EEG mide en estado de relajación, con los ojos cerrados y durante el sueño (Micheli, 2000). Es de gran utilidad en el estudio de los recién nacidos que presentan asfixia. Se le ha concedió un gran valor predictivo ya que se ha encontrado una correlación con el resultado del EEG y la evolución clínica en el diagnóstico de la Parálisis Cerebral (Fernández-Bouzas et al. 2004).

Los datos de las pruebas neuropsicologicas combinadas con datos derivados de diversos procedimientos médicos, en algunos casos pueden conducir a diagnosticar un problema neurológico, tal es el caso del encefalograma, en otros casos la tomografía axial computarizada (TAC) y el electromiógrafo (Cohen, 2001).

El psicólogo debe apoyar el diagnóstico con la entrevista como herramienta y método efectivo para recopilar la información necesaria y contar con la historia clínica.

En algunos casos leves, los test psicológicos también ayudan a sugerir que existe una lesión, sin embargo no a precisar de qué daño se trata.

Hay una gran variedad de pruebas que son usadas para buscar respuestas, para medir cambios en algún estado mental o como resultado de una enfermedad, y para determinar trastorno o posible lesión: Las pruebas de capacidad intelectual, pruebas de funcionamiento verbal, pruebas de memoria, pruebas motoras y perceptivo motoras. Una de las pruebas ampliamente usada como dispositivo de exploración neuropsicológica es la prueba de Bender-Gestalt, ha sido la prueba que ha inspirado la creación de diversas versiones alternativas incluyendo la llamada BIP Bender (Cohen, 2001).

Y la entrevista como una herramienta usada ampliamente como método para recopilar información, elaborar la historia clínica y los dispositivos derivados de la entrevista orientan hacia nuevos métodos de investigación.

1.8 Tipos de daño.

Cada día las investigaciones han podido determinar con mayor exactitud la localización del daño de la Parálisis Cerebral en el Sistema Nervioso Central, con la expectativa de lograr establecer el tratamiento a seguir y en su caso mejorar la calidad de vida. La calidad de vida se define según la OMS como *“la percepción que tienen los individuos de su situación en la vida en el contexto de la cultura y del sistema de valores en el que viven y en relación a sus metas, expectativas, normas e interés”* (Maladesky, López y López, 2005 p.85).

Romero, I. Méndez, Tello y Torner (2004), propusieron que *“el daño perinatal es considerado como la lesión del cerebro que altera la integridad estructural y funcional del sistema nervioso en desarrollo secundario a un evento perinatal”* (párr. 1).

El proceso que se inicia con las causas, condiciones probables, cambios fisiológicos y bioquímicos que contribuyen al efecto alterado sobre el Sistema Nervioso Central del recién nacido, están asociados a los síndromes clínicos neurológicos así como algunas formas de Parálisis Cerebral.

Romero et al. (2004), identificaron en el proceso de daño cerebral, la hipocapnia, *“el proceso inicia con la presencia de alcalosis del líquido cefalorraquídeo, disminución del flujo sanguíneo cerebral y menor perfusión de oxígeno en el tejido, produciendo un aumento en la excitabilidad cortical con liberación de excitocinas como glutamato y la presencia de hiperemia”* (párr. 19). Los daños asociados con este proceso son encefalopatía multiquística, necrosis pontosubicular e infarto cerebral.

Fernández-Bouzas et al. (2004) sin ser datos concluyentes, comentaron que en un estudio realizado sobre la evolución de niños con antecedentes de asfixia perinatal que presentaban daños bilaterales de los ganglios basales y tálamo, con diagnóstico de Parálisis Cerebral, no se presentaba deterioro cognoscitivo. En las lesiones que involucraba el hipocampo, si se observó severas alteraciones cognoscitivas.

Las investigaciones más recientes por NINDS (2010) refiere que es un hecho que en todos los casos de los pacientes diagnosticados con Parálisis motora, presentan daños que se agrupan en cuatro tipos:

- a) Daño en la materia blanca del cerebro: que es la responsable de transmitir las señales en el cerebro. El daño se aprecia con agujeros en la materia blanca del bebé obstruyendo la posibilidad de transmisión, entre la semana 24 y 34 de gestación es particularmente sensible.
- b) Desarrollo anormal del cerebro: manifiesta interrupción en el proceso del desarrollo fetal y es el cerebro del bebé vulnerable durante las primeras 20 semanas de gestación. Una infección, fiebre o un traumatismo, cualquiera que sea la causa deja el útero en condiciones poco favorables causando mutación en los genes.

- c) Hemorragia cerebral: a nivel intracraneal por vasos sanguíneos rotos o bloqueados causada por un accidente cerebro-vascular fetal debido algún coagulo sanguíneo en la placenta que bloquea el flujo. Otra causa es la presión alta materna que se ha demostrado que causa daño en el bebé.
- d) Daño cerebral causado por falta de oxígeno: la asfixia causada por un parto prolongado y la baja de oxígeno en la sangre puede desarrollar daño en el cerebro. También puede ser causa, por la baja presión arterial de la madre, desprendimiento de placenta o problemas con el cordón umbilical.

1.9 Tratamientos

No hay cura para la Parálisis Cerebral, pero hay tratamientos que ayudan a mejorar sus capacidades y en muchos casos la ayuda es considerable. Existen cinco tratamientos más comunes que mejoran las incapacidades y en consecuencia la calidad de vida del paciente, los cuales son:

a) Tratamientos Médicos.

Además de los tradicionales como el uso de fármacos para diversas afecciones, como propuestas quirúrgicas.

El uso de fármacos se ha aplicado para el control de convulsiones, la investigación ha desarrollado alternativas novedosas y en consecuencia se presenta una mejoría en los pacientes.

Arroyave, Jarillo, Garfías, Ribera y Uribe (2000), mencionaron que se ha desarrollado un tratamiento con base en una toxina de las siete que produce el clostridium botulinum, la tipo A que se comercializa como Allergan Pharm con el nombre de Botox, es un medicamento efectivo para enfrentar la gravedad de la espasticidad ya que evita: las deformidades que se producen con el paso del tiempo, las intervenciones quirúrgicas, eficaz en el tratamiento de la parálisis cerebral, distonía, los movimientos involuntarios por el temblor, esclerosis múltiple entre otras.

A pesar de haber controversia con el uso de la tóxima botulínica, en el tratamiento de disartrias, parece mejorar la producción de la voz y mejora el habla (Wanda 2010).

b) Fisioterapia

En cuanto a la fisioterapia se refiere, los estudios desarrollados por los esposos Bobath, que sentaron las bases terapéuticas para desarrollar otras. Hoy día se conoce como técnica Bobath.

Bernaldo de Quirós, resumió la técnica Bobath como la que establece los patrones de desarrollo motor, etapa tras etapa y se debe presentar en el desarrollo del niño... *“establecieron las secuencias anormales de desarrollo motor, en los diferentes tipos de Parálisis Cerebral y presentaron los elementos que pueden ser claves para elaborar el concepto de patrón patológico”* (Bobath et al. 1976 p. 6).

Las bases de la técnica parten del desarrollo normal de la motricidad, desde los movimientos elementales del recién nacido y que van cambiando adquiriendo complejidad y variación, y que a pesar de que los cambios toman años, los cambios más grandes y acelerados se presentan en los primeros 18 meses. Hacia los cinco años de edad se avanza con mayor lentitud sin embargo, la coordinación y destreza continúan mejorando.

El niño paralítico cerebral también se desarrolla pero con mucha más lentitud y no solo se retarda sino también se sigue por causas anormales e incluso en los casos más severos se detiene el desarrollo (Bobath et al. 1976).

Polonio (2003), mencionó que *“se han desarrollado otros marcos de referencia y propuestas terapéuticas, todos concebidos para ser utilizados en todo tipo de alteraciones del Sistema Nervioso Central y con la intención primaria de restaurar el tono muscular, la organización postural adecuada y la recuperación del movimiento normal”* (p. 13). Resumió varias propuestas de fisioterapia y todas ellas abordan la rehabilitación:

- Enfoque Kabat o de facilitación neuromuscular propioceptiva, se basa en la idea de que el uso de la información propioceptiva o aferente de forma repetida facilita (por recepción sináptica) los mecanismos neuromusculares.
- Enfoque de Brunstrom o terapéutica por el movimiento, es un método de tratamiento para pacientes hemipléjicos seleccionando los efectos de las reacciones asociadas, las reacciones posturales resultantes de los reflejos tónicos del cuello y del laberinto y las sinergias de la flexión y extensión. Está orientado a hacer surgir los movimientos voluntarios y controlar antes de llegar a un control motor selectivo.
- Enfoque de Rood o de estimulación sensorial, se basa en el empleo selectivo de receptores sensoriales para estimular o inhibir las reacciones somáticas o autónomas de manera secuencial siguiendo las etapas del desarrollo. Aplica estimulación cutánea, estimulación de frío, presiones, movilización lenta y estiramientos rápidos.

c) Terapia de Lenguaje.

El terapeuta de lenguaje es el especialista indicado para éste seguimiento adecuado en la rehabilitación del lenguaje.

Desde los trastornos de deglución, la dicción y en general la comunicación, es fundamental en el desarrollo normal, hay una larga y continúa historia en la psicología en el aprendizaje verbal y necesariamente se debe incluir ésta variable. Investigaciones, estudios y técnicas diversas como son: pares asociados con imágenes y palabras auditivas, el significado, las palabras auditivas que inducen a crear imágenes etc., todas coadyuvan a desarrollar terapias de lenguaje que favorecen la mejora en el paciente con Parálisis Cerebral (Reese, 1980).

Los problemas de lenguaje se pueden dividir en 3 grupos:

1. Disfunción oromotora (producción de palabras)
2. Disfunción de procesamiento central (trastornos del lenguaje)
3. Disfunción auditiva (hipoacusia).

Se pueden presentar más de una de las alteraciones en un mismo paciente. La disartria es un problema común en pacientes con Parálisis Cerebral extrapiramidal y con los pacientes con cuadriparesia espástica con retardo mental (Malagon 2007).

d) Terapia Psicológica.

El papel del psicólogo es sumamente importante en el tratamiento del paciente con Parálisis Cerebral ya que aborda los problemas emocionales presentes, afronta el entorno y las condiciones individuales propias de la Parálisis Cerebral y como fin, la búsqueda de la salud mental y calidad de vida.

Y no sólo al paciente sino a la familia. La familia siente miedo, hay sentimientos de culpa, no saber cómo enfrentar socialmente el problema, el impacto intrafamiliar entre los padres y con los otros hijos, todo ello requiere de un apoyo especializado y claramente la intervención del psicólogo es fundamental. En algunos casos se requiere la intervención multidisciplinaria con la atención especial de los profesionales de la salud. En el caso del paciente, el apoyo es para que se sienta seguro y fortalecido para aprender a manejar sus propios miedos, enfrentar socialmente todas las circunstancias que se le presentan y lograr la salud mental deseable que le permita la Calidad de Vida óptima.

González, Tello, Silva, Lüders, Butemann, Fristch, Solar, David (2012), concluyeron que la depresión, la angustia-ansiedad, tristeza, falta de ánimo, alteraciones del sueño, insatisfacción de vida entre otras, son las alteraciones a las que la terapia emocional se debe, todas ellas tienen un impacto en la calidad de vida del paciente.

Mora (2012) refirió que la integración, el afecto, el bienestar y las necesidades básicas son los principales indicadores de Calidad de Vida así como la convivencia familiar y su propio medio sociocultural.

e) Terapia Ocupacional.

El rol del terapeuta ocupacional consiste en ayudar al paciente a alcanzar la máxima independencia posible en las áreas de desempeño ocupacional.

Se define a la Terapia Ocupacional la que estudia e investiga el proceso de desarrollo del individuo y sus competencias para interactuar socialmente, profundizando en el conocimiento de la ocupación como expresión vital social del hombre. El fin de la Terapia Ocupacional es lograr la armonización del sujeto en relación con su ocupación, trabajo y ocio, buscando la integración social. La actividad de un individuo va contribuyendo al desarrollo (Polonio 2003).

La terapia ocupacional se debe incluir como una parte del tratamiento integral del paciente. Es deseable que no solo se ocupe sino además logre, en la medida de lo posible, la integración a la sociedad dentro del mercado laboral. Desde desarrollar las actividades cotidianas de vida diaria hasta la posibilidad de integrarse a la vida productiva pasando por la academia.

Existen varias propuestas de modelos que son aplicables al tratamiento de la Parálisis Cerebral, es importante partir de tres componentes: (ver tabla 1).

- Las áreas de desempeño, se refiere a la categoría de la actividad humana como son auto-cuidado que incluye la alimentación, vestido, higiene, socialización; las actividades domésticas y productivas se extienden al cuidado del hogar así como a actividades educativas y laborales; y del ocio que depende de la edad y la cultura.
- Los componentes de desempeño, son aprendidos durante el desarrollo; sensitivo-motor, cognoscitivo y psicológico.
- El contexto del desempeño, que hace referencia a las situaciones o factores que influyen en la participación del individuo (Polonio, 2003).

Se ha hecho una revisión desde el concepto de la Parálisis Cerebral para poder entender un poco más de la enfermedad hasta diversas alternativas de tratamiento

posible para que el paciente pueda mejorar en cuanto a su calidad de vida. Sin embargo, aún no es suficiente lo que se ha hecho, además de continuar en la investigación y desarrollo en todas las disciplinas, es necesario abordar con mucho más compromiso la integración a una sociedad aún indiferente.

Tabla 1
Áreas, componentes y contextos del desempeño ocupacional (Polonio 2003).

I. Áreas de desempeño		II. Componentes del desempeño		III. Contextos del desempeño	
A.	Actividades de la vida diaria:	A.	Componentes sensitivomotores:	A.	Aspectos temporales:
1.	Aseo Personal	1.	Sensoriales:	1.	Cronológicos
2.	Higiene oral	a)	Reconocimiento/ conciencia sensorial	2.	Desarrollo
3.	Baño/ducha	b)	Procesamiento sensorial:	3.	Ciclo vital
4.	Higiene WC para orinar y defecar	(1)	Táctil	4.	Estado de discapacidad
5.	Cuidado de Enseres personales	(2)	Propioceptivo	B.	Entorno:
6.	Vestido	(3)	Vestibular	1.	Físico
7.	Comida y alimentación	(4)	Visual	2.	Social
8.	Rutina medicamentosa	(5)	Auditivo	3.	Cultural
9.	Mantenimiento de la salud	(6)	Gustativo		
10.	Socialización	(7)	Olfativo		
11.	Comunicación funcional	c)	Procesamiento perceptivo:		
12.	Movilidad funcional	(1)	Esterognosia		
13.	Movilidad en la comunidad	(2)	Cinestesia		
14.	Respuestas de emergencia	(3)	Respuesta al dolor		
15.	Expresión sexual	(4)	Esquema corporal		
B.	Actividades domésticas y productivas:	(5)	Discriminación derecha-izquierda		
1.	Organización del hogar:	(6)	Constancia de la forma		
a)	Cuidado de la ropa	(7)	Posición en el espacio		
b)	Limpieza	(8)	Cierre visual		
c)	Preparación de comidas y limpieza	(9)	Figura-fondo		
d)	Compras	(10)	Percepción de la profundidad		
e)	Gestión del dinero	(11)	Relaciones espaciales		
f)	Mantenimiento de la casa	(12)	Orientación topográfica		
g)	Procedimientos de seguridad	2.	Neuromusculares:		
2.	Cuidado de otros	a)	Reflejos		

<ul style="list-style-type: none"> 3. Actividades educativas 	<ul style="list-style-type: none"> b) Grado de movilidad
<ul style="list-style-type: none"> 4. Actividades vocacionales: <ul style="list-style-type: none"> a) Exploración vocacional b) Adquisición de empleo c) Desempeño de trabajo o empleo d) Planificación de la jubilación e) Participación en el voluntariado 	<ul style="list-style-type: none"> c) Tono muscular d) Fuerza e) Resistencia f) Control postural g) Alineación postural h) Integridad de los tejidos blandos
<ul style="list-style-type: none"> C. Actividades de juego y ocio: <ul style="list-style-type: none"> 1. Exploración del juego u ocio 2. Ejecución del juego u ocio 	<ul style="list-style-type: none"> 3. Motores <ul style="list-style-type: none"> a) Coordinación gruesa b) Cruce de la línea media c) Lateralidad d) Integración bilateral e) Control motriz f) Praxias g) Coordinación/ Destreza motora fina h) Integración visomotriz i) Control oromotriz B. Integración cognitiva y componentes cognitivos: <ul style="list-style-type: none"> 1. Nivel de conciencia 2. Orientación 3. Reconocimiento 4. Capacidad de atención 5. Iniciación de la actividad 6. Terminación de la actividad 7. Memoria 8. Secuenciación 9. Clasificación 10. Formación de conceptos 11. Operaciones espaciales 12. Resolución de problemas 13. Aprendizaje 14. Generalización C. Destrezas psicosociales y componentes psicológicos:

-
1. Psicológicos:
 - a) Valores
 - b) Intereses
 - c) Autoconcepto
 2. Sociales:
 - a) Ejecución del rol
 - b) Conducta social
 - c) Destrezas interpersonales
 - d) Autoexpresión
 3. Autoorganización:
 - a) Habilidades de lucha
 - b) Organización del tiempo
 - c) Autocontrol
-

CAPITULO DOS

CASA HOGAR

La Parálisis Cerebral no limita a quien la padece, es posible lograr una calidad de vida, de acuerdo a las capacidades de cada individuo, hay quien puede llevar una vida independiente con un alto grado de auto-suficiencia, deseable alcanzar la vida independiente. Abordar el tema nos lleva a pensar en la idea de vivienda, trabajo, inclusión, integración y forma de vida que la sociedad debe afrontar como un nuevo desafío, con toda responsabilidad y con un cambio de actitud hacia la aceptación y tolerancia de la discapacidad. Para ello es necesario revisar el marco de la Casa Hogar como una propuesta posible para la vida independiente.

Para iniciar, se revisa el concepto general de Instituciones Totales y de manera más específica la institución Casa Hogar y en México como se ha abordado el tema.

2.1 Concepto de Instituciones Totales.

Goffman (1984), definió el concepto de Instituciones totales, dependiendo de la interacción social, las características y objetivo final, su definición parte desde la concepción física de; edificio, puertas cerradas, muros altos al simbolismo de interacción social con el exterior y cierto aislamiento, propuso la siguiente clasificación:

- Para cuidar personas, son los hogares para ancianos, ciegos huérfanos etc.
- Para personas enfermas, incapaces de cuidarse a sí mismo entra la categoría de hospitales.
- Para personas peligrosas, son las cárceles.
- Para cumplir tareas de carácter laboral, son los cuarteles o centros laborales.
- Por último la categoría de refugios, monasterios, claustros etc.

Goffman (1984) definió el concepto de Institución, como *“un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente”* (p.13).

Es importante intentar definir un perfil general al hablar de 3 características comunes y entender con toda claridad el concepto objeto de éste trabajo.

1. Todos los aspectos de la vida se desarrollan en el mismo lugar y bajo la misma única autoridad.
2. Cada etapa de la actividad diaria del miembro se lleva a cabo en la compañía inmediata de un gran número de otros, a quienes se da el mismo trato y de quienes se requiere que hagan juntos las mismas cosas.
3. Todas las etapas de las actividades diarias están estrictamente programadas, de modo que una actividad conduce en un momento prefijado a la siguiente, y en consecuencia se impone un sistema de normas formales explícitas.

El mismo autor plantea que las características básicas de toda institución consisten *“en el manejo de muchas necesidades humanas mediante la organización burocrática de conglomerados humanos indivisibles”* (p. 10).

De lo anterior se derivan dos variables a considerar; los internos y los supervisores. Cada grupo con su propio perfil y estereotipo. En el mundo del interno, él vive y desarrolla todas sus actividades diarias y estilo de vida de la Institución programadas, por lo tanto se requiere de un proceso de adaptación que implica un cambio de su propia forma de vida, a la nueva cultura.

En el caso de los supervisores, es un empleo a cumplir con una jornada y reglas laborales, sin embargo el objeto de trabajo son personas y no objetos manipulables o servicios. Ésta es la primer premisa y por lo tanto están obligados a cumplir las “normas de humanidad” y respeto hacia los internos.

Fischer (1992), partió desde un sentido más amplio *“la idea de institución designa el hecho de establecer, dar forma y mantener un estado de cosas...las instituciones fueron estudiadas como hechos sociales”* (p.168); para después afinar la propuesta, puntualiza la necesidad de revisar diversos enfoques antes de definir el concepto de Institución:

1. Concepción Sociológica, la institución es analizada como un hecho social, sugiere normas y por su naturaleza es trascendente a los grupos sociales. El rol de las instituciones consiste en crear un consenso a través de la adhesión de un conjunto de individuos y categorías sociales a los propios valores que propone. En ésta concepción, aparece el termino de Institucionalización propuesto por Lapassade 1970 (Fischer 1992).
2. Concepción Antropológica, se distinguen las necesidades biológicas y culturales. La estructura misma de la institución está basada en la función de la misma, y partiendo de ello se organiza en cuatro elementos: el personal, el sistema de normas, el substrato material y la función.
3. Concepción psicoanalítica, que permite captar a la institución y determinar sus características de funcionamiento con un doble componente: su estructura social y rol, y el otro componente las costumbres o reglas para ordenar las relaciones entre los miembros.

Hay otros elementos a considerar dentro de las Instituciones para entender el concepto en su más amplio sentido:

- Problemática del vinculo social
- Problemática de la violencia
- Problemática de lo imaginativo

Y por último, las características propias de comportamiento de cada Institución que están determinadas por la organización propia, con su propio sistema de valores y doctrinas, ideología que determina su forma de pensar y actuar de sus miembros.

Después de plantear todas las premisas y variables, Fischer (1992) definió *“una Institución es un fragmento de las relaciones sociales establecido sobre un sistema de valores, mitos e ideologías y ordenado según normas, roles y maneras de ser, cuya función es asegurar la conformidad de los individuos y el mantenimiento de un estado de cosas”* (p. 178).

Es valioso el trabajo de Aguirre y Rodríguez (1998), quienes propusieron el concepto de institución como un término amplio y plural que pretende organizar las interacciones personales y grupales, bajo los siguientes aspectos:

- Objetivos y fines específicos
- Ideología y valores propios
- Sistema de roles entre los individuos y grupos
- Liderazgo y jerarquía
- Formas de Intercomunicación

Además de que las Instituciones Totales destacan por el esfuerzo dedicado a cubrir las necesidades personales de los individuos en ellas recluidos, mediante el control de sus actividades a nivel individual y en especial a nivel grupo.

2.2 Los grupos dentro de la casa-hogar.

Los grupos dentro de las Instituciones, se presentan como una variable determinante en el funcionamiento y desempeño de los individuos. Se define al grupo a dos o más personas que interactúan e influyen uno al otro (Myers, 2010).

Cartwright (1968), mencionó que la gente hace cosas en grupos, desde la búsqueda de satisfactores biológicos, el trabajo, el soporte económico, la educación, el cuidado y ocurre en instituciones. La manera de entender y estudiar los grupos es bajo el término de dinámica de grupos, mediante la cual se entiende la estructura y procesos.

Backman (1981), estudio ampliamente la estructura y los procesos de los grupos, resumió que son más abundantes que las características de cualquier individuo. Además de los procesos afectivos, de comunicación, liderazgo, poder social existen dos más que para efectos de éste trabajo son fundamentales: uno de ellos es la creación de normas y el otro la satisfacción y productividad del grupo.

En relación a la creación de normas; no se refiere a las reglas institucionales sino a las del grupo, que son el marco de referencia del mismo, que controla los comportamientos las opiniones y creencias que son importantes para mantener el grupo o para el logro de los objetivos. Estas normas se mantienen y se comunican a través de un proceso con tres componentes:

- Definición de las actitudes o del comportamiento
- Supervisión del grado en el cual la persona se ajusta a la norma
- Aplicación de premios y castigos

Y, en cuanto a la satisfacción y productividad del grupo se refiere a la actividad del grupo dirigida a llevar a cabo una tarea o solución de un problema. Este aspecto es importante en la vida cotidiana de la actividad humana y posiblemente uno de los aspectos más importantes socialmente hablando, cuando la solución de problemas se toma decisiones a nivel grupo. El proceso es interesante y deriva en dos aspectos: El primero en la situación y tarea a resolver y el segundo se centra en mantener y fomentar las relaciones interpersonales que lleve a los miembros a permanecer en el grupo y a contribuir en los esfuerzos del grupo.

2.3 Antecedentes de las Instituciones.

Históricamente, se tienen indicios de las primeras Instituciones en el siglo IV en España, fundándose los primeros hospitales y asilos, siendo lugares de caridad y sitios adecuados para morir (Vasconcelos, 2001).

Aguirre et al. (1998), hizo una revisión histórica de las primeras instituciones de salud, los primeros indicios son de aquellas formadas para la atención de pacientes que sufrían locura. Las primeras instituciones asistenciales partieron del Oriente con el Cristianismo y una vez establecida la Iglesia como institución se crean los hospicios para los peregrinos. En el Medievo la Iglesia aporta sus instituciones para los creyentes, clérigos y monjes.

Con el Islam, se crearon las instituciones para desvalidos y enfermos como una obligación religiosa. Los árabes, en búsqueda de justicia, incorporaron los tratamientos terapéuticos, ejercicios y relajación, baños, entretenimiento como la danza y el teatro en los jardines.

Hacia finales del siglo XIX, los hospitales pasan a ser instituciones atendidas por profesionales de la salud al cuidado y atención de enfermos.

En nuestro país con los misioneros franciscanos, cuando la evangelización había disminuido su participación, los conventos pasaron a ser centros humanistas orientados a la educación y en algunos casos al cuidado de desamparados es el caso del Colegio de la Santa Cruz de Tlatelolco (Rivas s.f.), el Colegio de San Fernando y el Colegio de San Ignacio de Loyola Vizcaínas, que se creó como un internado para niñas y mujeres viudas (Vizcaínas 2013).

Los internados surgen de la necesidad de dar atención a los niños abandonados, pese a las graves deficiencias, se tuvieron como opciones sin importar su condición o causa, (Vasconcelos, 2001).

En el siglo XX estas Instituciones de protección empezaron a observar una preocupación más genuina para ver a la persona como tal y no como problema, se

conceptualizan los asilos, internados y casas hogar como sistemas más organizados para diversas poblaciones.

En el año de 1961, se creó el organismo descentralizado Instituto Nacional de Protección a la Infancia (INPI). En 1968 es creada la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez (IMAN).

En enero de 1977 a partir de la fusión del Instituto Mexicano para la Infancia y Familia (IMPI) con el Instituto Mexicano de Asistencia para la Niñez (IMAN) surgió el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF). Bajo la tutela de esta Institución surgen casas hogar bajo el objeto social de cuidado y atención.

En paralelo surge también el interés de ampliar los horizontes hacia la educación. Los antecedentes en México de la educación especial, se remontan a 1915 cuando se fundó en Guanajuato la primera escuela para atender niños con deficiencia mental. En la segunda mitad del siglo XIX cuando se crearon escuelas para sordos y ciegos (Secretaría de Educación Pública SEP, 2002).

A fines de 1970 y por decreto presidencial se creó la Dirección de Educación Especial con la finalidad de organizar, dirigir, desarrollar, administrar y vigilar el sistema de educación especial y la formación de maestros especialistas. En la década de los ochenta aparecieron los Centros de intervención temprana, las escuelas de Educación Especial que ofrecían servicio de educación en edad preescolar y primaria en cuatro áreas: deficiencia mental, trastornos neuromotores, audición y visión; y los Centros de Capacitación que funcionaban separados de la educación regular y estaban dirigidos a los niños y jóvenes con discapacidad.

Además existían otros servicios complementarios: los Centros Psicopedagógicos y los Centros Integrados que prestaban el apoyo a niños en la educación regular básica con dificultad en el aprendizaje así como también estaban las Unidades de Atención a niños con Capacidades y Aptitudes Sobresalientes (CAS).

Cabe señalar que se prestaban servicios de evaluación y canalización, éstos eran los Centros de Orientación, Evaluación y Canalización (COEC) y en la década de los

noventa aparecieron los Centros de Orientación para la Integración Educativa (COIE). Y por último los Centros de Atención Psicopedagógica de Educación Preescolar (CAPEP).

A partir de 1993 y a consecuencia del Acuerdo Nacional para la modernización de la Educación básica, se ha impulsado un proceso de organización y reorganización de los servicios de educación especial. El propósito principal de reorientar la educación era combatir la discriminación, la segregación de los niños con discapacidades considerando el punto de partida *“el reconocimiento del derecho de las personas a la integración social y el derecho de todos a una educación de calidad que propicie el máximo desarrollo posible de las potencialidades propias”* (p.13).

A consecuencia de ésta reorganización y reorientación los servicios de educación especial se en:

- a) Centros de Atención Múltiple (CAM), definiéndose como “Institución educativa que ofrece educación básica para alumnos que presenten necesidades educativas especiales con o sin discapacidad” la atención se brindaba en los diferentes niveles de educación general.
- b) Unidades de Servicio de Apoyo a la Educación Regular (USAER), promovía la integración de los niños con necesidades especiales a las aulas y escuelas de educación inicial y básica regular.
- c) Creación de las Unidades de Orientación al Público (UOP) que brindaban orientación a padres y maestros.

2.4 Casa Hogar

De acuerdo a los estudios de Goffman (1984), la casa hogar está dentro del concepto general Instituciones Totales, que se dedican al cuidado de las personas.

Sánchez y Rangel (2005), mencionaron el concepto de casa hogar que Duran (1988) propuso reconociéndola como una institución:

El concepto de Institución el diccionario lo define como una cosa establecida, ley u organización fundamental: casa de educación o

instrucción; lugar donde se lleva el acto de instruir. Por consiguiente la Institucionalización es la asignación de un menor de edad a una institución de cuidado, ya sea desde el nacimiento o en una edad posterior, con el propósito de protegerlo o carecer de familia o de alguien que lo pueda cuidar (p.34).

En nuestro país, las casas hogar se limitan únicamente al cuidado de la niñez. Las instituciones reconocidas gubernamentalmente y dependiendo de la edad de los menores son casa de cuna, casa hogar e internado.

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), pretende que en una casa hogar se fomente el desarrollo Integral y la formación de valores para una vida satisfactoria y responsable. Se persigue en todos los sitios la seguridad física y emocional, dar la atención y cuidados con la calidad de vivienda, alimentación, seguridad, protección y educación, así como la calidez que les permita sentirse apoyados, aceptados y queridos. Los grupos de atención son para menores en circunstancia de riesgo: menores trabajadores, menores de la calle, menores maltratados y víctimas de abuso. (Sánchez et al. 2005).

Los niños participan con algunas de las actividades que se desarrollan dentro de la casa hogar, como son el aseo del dormitorio, el aseo de la ropa y se les enseña algún oficio además de recibir la educación general básica escolarizada.

Vasconcelos (2001) definió la Casa Hogar como un centro de asistencia que proporciona los servicios de alojamiento y alimentación, algunas de ellas otorgan servicios de salud, apoyo psicológico, educación básica.

En relación a casas hogar para discapacitados, existen algunas producto de esfuerzos privados, con carencias importantes desde su concepción, objeto social hasta económicas.

2.5 Centro de Atención.

En el sistema educativo, el fundamento principal refiere un derecho básico para todos los niños, los adolescentes y jóvenes. El acceso a la escuela es la primera condición para asegurar la igualdad de oportunidades, la segunda es que independientemente de sus características individuales participen en experiencias educativas que propicien el desarrollo. Por éstas razones y como objetivo estratégico de la educación básica se estableció el Programa Nacional de Fortalecimiento de la Educación Especial y de la Integración Educativa 2001-2006 constituye la respuesta del gobierno a las demandas ciudadanas; establece la ruta para consolidar una cultura de integración que contribuya a la constitución de una sociedad incluyente. Reconoce la necesidad para atender a la población con discapacidad.

La educación es el mecanismo por excelencia para asegurar que las personas con discapacidad puedan alcanzar la equidad e inclusión a la sociedad y han sido esfuerzos impulsados por las familias, maestros y asociaciones de las personas con discapacidad. Sin embargo, subsisten los problemas de cobertura, de calidad y de distribución. La educación básica e inicial es donde ha habido más atención y desarrollo en escuelas especiales, en inclusión en escuelas regulares, en Centros Educativos y Adiestramiento por parte de la SEP y en privados.

No es suficiente lo existente y además una vez que alcanzan la mayoría de edad las opciones se reducen.

El concepto de casa de día o casa diurna tiene una connotación más de tipo legal y que atiende adultos mayores. Los centros de atención para adolescentes y jóvenes adultos son el equivalente de éste concepto, los hay privados y gubernamentales generalmente bajo el ordenamiento de la Secretaria de Educación Pública (SEP)

Sin embargo, aún los esfuerzos no son suficientes a nivel gubernamental, los programas en materia de educación están orientados hacia los niños, una vez que

llegan a la edad adulta los servicios educativos, de rehabilitación o capacitación se ven seriamente limitados.

En respuesta a las limitaciones existentes han surgido Centros y Asociaciones civiles, uno de ellos es el Centro de Adiestramiento Personal y Social A.C. (CAPYS), el cual es un centro que nació hace 30 años, se dedica a facilitar la integración y participación activa en la comunidad de niños, adolescentes y adultos con discapacidad. El modelo de éste Centro se basa en la educación para la vida en las siguientes áreas:

1) Áreas de Proyección Social. La consciencia social a la discapacidad como una característica normal del proceso humano en los siguientes aspectos:

- Legislación. Se colabora en impulsar políticas públicas que favorezcan de manera justa y eficiente las necesidades en materia de educación, trabajo y seguridad social así como en la promoción y defensa de los derechos humanos.
- Investigación, capacitación y formación de profesionales. Aplicado a la vida independiente, metodologías, procedimientos y marcos de referencia; y a desarrollar proyectos de investigación social que permitan encontrar y establecer vínculos con universidades y otras instituciones.
- Sensibilización y Difusión. De carácter formativos hacia la comunidad para romper barreras ideológicas.
- Vinculación. Se establecen vínculos con todo tipo de organización afines para el mejoramiento de la vida de personas con discapacidad.

2) Educación Integrada. Partiendo del derecho a la educación de calidad que los prepare para una vida rica y productiva en la comunidad, apoyado por programas

especiales, que los prepare a vivir y trabajar en la comunidad, así como adquieran destrezas sociales y de vida diaria.

- 3) Transición a la vida independiente. Bajo el concepto de vida familiar, proporcionan vivienda a los jóvenes adultos. Se cuenta con departamentos ocupados por grupos de 4 o 5 personas, si así lo desean; dependiendo de su autonomía son los apoyos que se les proporcionan.
- 4) Apoyos a la vida independiente. El servicio de empleo forma parte de ésta área, capacitando en oficios de oficina, ensamble para manufacturas, etiquetado y empaque, auxiliares de oficina, recepción, cafetería y bodega.
- 5) Entorno familiar. Apoyos en dinámicas a padres para ayudar a la interacción con las personas adultas con discapacidad.

Otro Centro con reconocimiento es la Confederación Mexicana de Organizaciones a favor de la Persona con Discapacidad Intelectual, A.C. (CONFED), es una asociación civil fundada en 1978 por padres de familia y profesionales con el objeto de lograr el mejoramiento de la calidad de vida, promover una cultura, promover la inclusión a la sociedad, promover el reconocimiento y respeto de los derechos de las personas con discapacidad. Como organización no gubernamental, CONFED representa a nivel nacional los intereses de las personas con discapacidad, sus familias y profesionales que trabajan en ellas, promoviendo y fortaleciendo las relaciones con instancias gubernamentales y privadas, nacionales e internacionales, para impulsar el movimiento asociativo de y a favor de ellas en nuestro país. Ofrece los siguientes servicios:

- Información y orientación
- Red de centros en varios estados
- Apoyo en diagnóstico, evaluación y elaboración de programas de casa para bebés, niños, jóvenes y adultos
- Canalización a centros y servicios

- Apoyo a padres por personal profesional
- Asesorías en materia de educación especial
- Opciones de capacitación para el trabajo
- Agencias de integración laboral, vacantes en centros de trabajo.
- Programas de sensibilización e información a la sociedad.

En 1970 se fundó la Asociación Pro personas con parálisis cerebral (APAC), institución privada que se creó para fomentar el desarrollo físico, mental y la convivencia de las personas con parálisis cerebral. En sus inicios brindó servicios educativos, de rehabilitación, actividades recreativas y apoyo psicológico. Posteriormente atendió el problema de capacitación para la promoción e inserción al mercado laboral.

En el año 2004, una madre uniendo esfuerzos con otras madres en circunstancias similares, decide compartir su experiencia propia, tiempo y recursos fundando “Mente con Alas” en la ciudad de Torreón, surge de la necesidad para dar atención a jóvenes adultos con Parálisis Cerebral que por falta de espacios y recursos para estudiar, rehabilitar y capacitar. En actualidad el Centro ofrece terapias físicas, psicológicas y de apoyo para los jóvenes y sus familias, además de actividades recreativas, deportivas y culturales.

Otro modelo de Centro educativo y de integración es el “Proyecto Albatros”, éste nace en el año del 2007 en la Ciudad de Colima; atiende a niños y jóvenes que van desde los 4 años hasta los 25 con Parálisis Cerebral, Síndrome de Down entre otros, cuyo objetivo es capacitarlos e integrarlos a la Sociedad.

En Cuernavaca Morelos surgió otro modelo de Centro de Atención llamado “Unidos Somos Iguales”, atiende a personas con discapacidad a través de una formula recreativa con la convivencia de un joven voluntario por una persona con discapacidad. Las actividades básicamente se programan en fin de semana. Este es un proyecto totalmente diferente que enfoca sus esfuerzos en la actividad social, recreativa y

cultural. La convivencia de los jóvenes con los jóvenes discapacitados es una forma de hacer partícipe a la Sociedad.

En el 2009 nace Casa Rama a una pregunta que se hacen los padres de un joven con parálisis cerebral *“Qué va a ser de nuestro hijo el día que faltemos ? ”*. La idea de desarrollar un proyecto de vida para jóvenes discapacitados buscando como objetivo una calidad de vida sana, integra y segura, un lugar con sentido de vida.

El proyecto se desarrolla en la ciudad de Cuernavaca como una Casa Hogar para un grupo de jóvenes y un Centro de Día que ofrece atención a un grupo más numeroso, donde les permite no sólo recibir terapias, capacitación para el trabajo en diversos talleres sino también un lugar con actividades recreativas y culturales.

El objetivo de “Casa Rama” es ofrecer un *“espacio para adultos con Parálisis Cerebral que les permita lograr una calidad de vida sana, integra y segura; un lugar donde se encuentre un sentido de vida”* se pensó como un modelo integral.

Casa Rama se edifica en una propiedad mayor a 2,000 metros, por un lado se ubica la Casa Hogar y dentro de la misma propiedad el Centro de Atención el cual ofrece servicios complementarios: capacitación, rehabilitación, actividades recreativas y culturales para lograr una calidad de vida más completa.

En la Casa Hogar, viven un máximo de 30 jóvenes, quienes duermen, hacen sus alimentos y desarrollan las actividades diarias como lo harían con sus familias, la diferencia es que la convivencia se da con un grupo de jóvenes en circunstancias similares. Las actividades de la Casa-Hogar están programadas con horarios establecidos para levantarse e iniciar el día, para hacer los alimentos, ordenar sus cosas personales, horario para dormir. Cabe señalar que hay jóvenes que por su naturaleza individual requieren de apegarse a horarios estrictos y otros tienen más libertad, para hacer algunas actividades previas a dormir, como decidir ver la TV, jugar algún juego o leer en la sala o en su propia habitación.

Participan en actividades para preparar alimentos, lavar los trastes, poner la mesa, así como para hacer las compras en el supermercado. En el aseo y mantenimiento del

orden de la casa también hay participación, tanto de los espacios individuales como de áreas comunes.

Dentro de las instalaciones de la casa se cuenta con un área de dormitorios para mujeres y en otra área separada dormitorios para hombres con baños individuales cada área. Se cuenta con áreas comunes como son: sala, comedor, cocina, sala de TV y sala de juegos. Esto permite que por las tardes y noches puedan estar en grupo en convivencia, si así lo desean.

Por la parte exterior de la casa, hay una terraza, donde se pueden hacer los alimentos en el fin de semana, donde se favorece la socialización entre los jóvenes.

Hay un andador que une a la Casa-Hogar con el Centro de Atención y además circunda entre las áreas verdes a fin de permitir actividad física para caminar con la accesibilidad suficiente para silla de ruedas. Además éste funciona para que los jóvenes que viven en la Casa- Hogar puedan asistir a las actividades diarias del Centro de Atención, ya que es ahí donde complementan su vida diaria.

El Centro de Atención, además de recibir a los jóvenes internos de la Casa-Hogar; tiene capacidad de 30 a 50 jóvenes más que son externos que asisten en un horario de lunes a viernes de 9 a 5 pm y los sábados de las 9 a las 3 de la tarde. En el Centro se desarrollan diversas actividades en las áreas: rehabilitación, capacitación, actividades ocupacionales y recreativas. En lo que a instalaciones interiores se refiere está: la recepción y una oficina, hay un salón de usos múltiples para las actividades recreativas, académicas y talleres ; la sala de terapia física y terapia psicológica en grupo; hay cubículos que se utilizan para las terapias psicológicas individuales o para entrevistas con padres; gimnasio con dos caminadoras y bicicleta fija; baños para hombres y mujeres; enfermería, salón académico, libros y área de lectura, taller de computo; un área de comedor.

Hacia el exterior, se cuenta con área al aire libre para actividades deportivas; hay una cancha de usos múltiples, alberca tanto para actividades de esparcimiento como para actividad física, ya que en especial los jóvenes requieren de la natación como parte del

programa para el cuidado y mantenimiento de cuerpo y mente. También hay una pequeña huerta para el cultivo de plantas y hortalizas.

En el Centro de Atención se llevan actividades y programas de trabajo en diversas áreas, con horarios de trabajo para poder dar la atención a todos. Generalmente las actividades se llevan a cabo en grupo salvo los casos de terapias individuales.

Las áreas de atención y programas son:

AUTOCAUIDADO Y APARIENCIA FISICA

- a) Aseo personal, baño diario, limpieza de dientes, peinado, uso y cuidado de artículos personales.
- b) Programa de vestir, ordenar y cuidar su ropa.

VIDA DIARIA

- c) Llevar la ropa sucia al cuarto de lavado.
- d) Orden en el dormitorio, en relación a los artículos personales.
- e) Orden y comportamiento en Comedor.
- f) Elaborar alimentos sencillos.
- g) Participación en limpieza y lavado de utensilios de comida.
- h) Poner la mesa para tomar alimentos.
- i) Formación de Valores.

ACTIVIDADES RECREATIVAS Y DEPORTIVAS

- j) Baile
- k) Actividad física diaria (caminar, nadar y acondicionamiento físico).
- l) Actividades de fin de semana con el grupo externo de "Unidos somos todos de Cuernavaca", con quienes se organizan salidas para ir al cine, visitas a museos, convivencias sociales entre otras).
- m) Cultivo de hortalizas en la Huerta.

CAPACITACIÓN PARA EL TRABAJO

- n) Ensobretar propaganda para envío a través del correo postal.
- o) Archivar libros y documentos; captura de datos en computadora

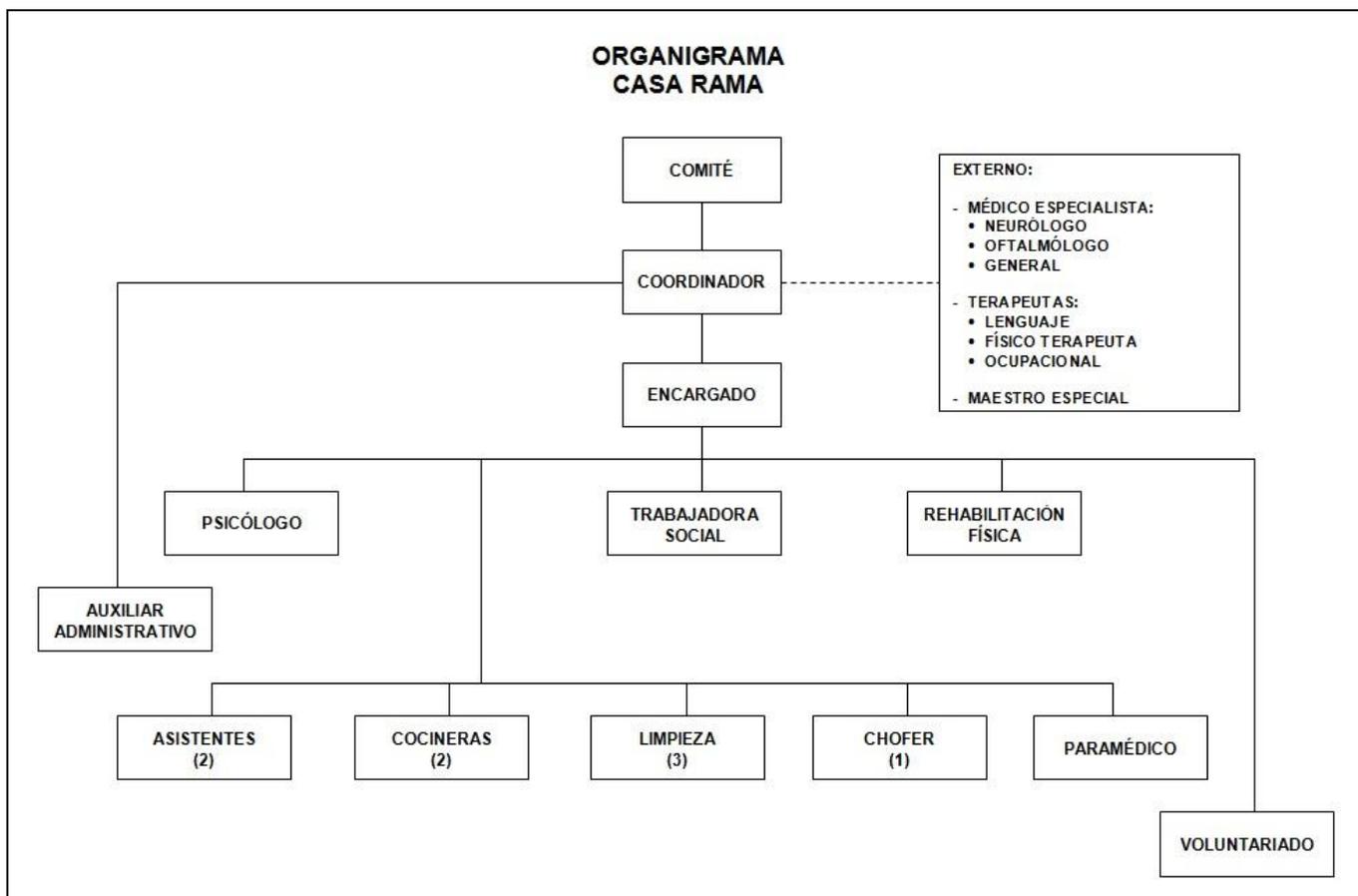
OCUPACIONAL

- p) Cultivo de Hortalizas y jardinería
- q) Lectura
- r) Actividades Manuales
- s) Pintura

t) Hacer compras de insumos y enceres.

El personal que trabaja dentro de “Casa Rama” se muestra en el siguiente organigrama, dicho personal cuenta con un perfil calificado para cada tarea asignada con una alta sensibilidad y disponibilidad para el trabajo diario con personas con Parálisis Cerebral.

ORGANIGRAMA



Una de las funciones que tiene el encargado del Centro es buscar convenios con centros y profesionales externos que se requiera de sus servicios, como son: Instituciones Educativas, Instituciones Gubernamentales, Centros y empresas laborales, profesionales especializados en diversas actividades, Centros recreativos y culturales.

2.6 Legislación

En el marco legal, es necesario hacer una revisión de lo que se ha hecho en el tema, enmarcar los avances a fin de visualizar el camino por andar, comprometer a la sociedad a ser mucho más proactiva y contar con políticas públicas eficientes. Revisemos algunos antecedentes en el marco legal hasta lo más reciente en términos de avances y compromisos por cumplir.

El 10 de diciembre de 1948, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó y proclamó la Declaración Universal de derechos Humanos, considerando que la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento a la dignidad y los derechos iguales. Se proclamaron 30 artículos. (Declaración Universal de los derechos humanos, 1998).

En el año de 1999 en la ciudad de Guatemala, se efectuó la Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad, se suscriben 15 artículos. (Decreto de la Convención copia fiel 2001).

Por su parte México, con el gobierno de Vicente Fox Quesada (2003), decretó la Ley Federal para prevenir y eliminar la discriminación, creando el organismo descentralizado, Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED) es la institución rectora para promover políticas y medidas tendientes a contribuir el desarrollo cultural y social y avanzar en la inclusión social y garantizar el derecho de igualdad, que es el primero de los derechos en la constitución (CONAPRED). Dentro de sus atribuciones propone políticas públicas, diseña estrategias, desarrolla, tutela los derechos de los individuos de grupos vulnerables incluyendo a los discapacitados. (DOF, 2003).

El 13 de diciembre 2006 la Organización de las Naciones Unidas (ONU) llevó a cabo la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), partiendo de los principios de la Carta de las Naciones Unidas, convienen

50 artículos (anexo), la firma y ratificación el 30 de marzo del 2007 y entró en vigor el 3 de mayo del 2008.

En México, este documento fue aprobado por el Senado de la República el 27 de septiembre de 2007 y publicado en el Diario Oficial de la Federación el 24 de octubre del 2007(DOF 2007).

Partiendo del documento antes mencionado, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial (2001), unen esfuerzos para elaborar el Informe Mundial sobre la discapacidad. Reúne la mejor información disponible sobre la discapacidad con el fin de mejorar la vida de las personas con discapacidad y facilitar la aplicación de lo convenido en la Convención del 2006, el propósito del informe del presente:

- a) Ofrecer a los gobiernos y la sociedad civil un análisis exhaustivo de la importancia de la discapacidad y de las respuestas proporcionadas, basado en las mejores pruebas disponibles.
- b) Recomendar la adopción de medidas de alcance nacional e internacional.

En el informe se abordan los obstáculos que enfrentan las personas con discapacidad desde las políticas públicas y prestación de servicios insuficientes, actitudes negativas de la sociedad, financiamiento insuficiente, falta de accesibilidad y participación. Así también como todo lo antes mencionado contribuyen a que las personas con discapacidad experimenten desventajas y desigualdades.

Derivado del análisis se establecen las siguientes recomendaciones para mejorar la vida de las personas con discapacidad:

Recomendación 1: Posibilitar el acceso a todos los sistemas y servicios convencionales.

Las personas con discapacidad tienen necesidades de salud, seguridad económica y social, de aprendizaje y desarrollo.

Recomendación 2: Invertir en Programas y Servicios específicos para las personas con discapacidad.

Atención a medidas específicas de rehabilitación, servicios de apoyo, servicios multidisciplinares accesibles y flexibles.

Recomendación 3: Adoptar estrategia y un plan de acción nacional sobre discapacidad.

Se refiere a presentar una visión consolidada e integral a largo plazo para mejorar el bienestar de las personas con discapacidad, debe abarcar las áreas de programas convencionales como específicos.

Recomendación 4: Asegurar la participación de las personas con discapacidad.

Al formular y poner en práctica políticas públicas, leyes y servicios hay que consultar con personas con discapacidad y lograr su participación activa.

Recomendación 5: Mejorar la capacidad de recursos humanos.

Se mejora a través de la educación, formación y contratación eficaces. Hay que dar formación a los profesionales de prestación de servicios.

Recomendación 6: Proporcionar financiación suficiente y mejorar la asequibilidad.

Financiación suficiente y sostenible de los servicios prestados por el sector público es imprescindible para asegurar que éstos lleguen a todos los beneficiarios.

Recomendación 7: Fomentar la sensibilización pública y la comprensión de la discapacidad.

El respeto y comprensión mutuos contribuyen a una sociedad inclusiva, es fundamental mejorar la comprensión pública de la discapacidad.

Recomendación 8: Mejorar la recopilación de datos sobre la discapacidad

Es necesario desarrollar metodologías para recopilar datos sobre las personas con discapacidad.

Recomendación 9: Reforzar y apoyar la investigación sobre discapacidad.

La investigación es esencial para aumentar la comprensión pública acerca de la problemática y asignar recursos de manera eficiente.

México presentó al Secretario General de la ONU, un informe inicial en abril del 2011, en cumplimiento a la Convención sobre los derechos de las Personas con Discapacidad (Secretaría de Relaciones Exteriores, 2011). El documento da respuesta a los 33 artículos con 577 párrafos. (Anexo). Se contó con la participación con diversas dependencias del Ejecutivo Federal, el Poder Legislativo y Judicial, de la Comisión de Derechos Humanos (CNDH), de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal y de instituciones académicas.

El 30 de mayo del 2011 se publica la Ley General para la inclusión de las personas con discapacidad. Dentro de sus disposiciones generales, en el artículo primero establece que el Estado deberá promover, proteger y asegurar el pleno ejercicio de los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas con discapacidad, asegurando su plena inclusión a la sociedad en un marco de respeto, igualdad y equiparación de oportunidades. Consta de 60 artículos y se crea el Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las personas con Discapacidad, CONADIS (DOF 2011).

El CONADIS, tiene 17 atribuciones dentro de ellas es coordinar y elaborar el Programa Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las personas con Discapacidad; enviar a las Cámaras del Congreso de la Unión para su conocimiento; promover el goce y ejercicio de los derechos; así como promover normas, leyes, programas y coadyuvar a la Secretaría de Relaciones Exteriores a los informes Internacionales. Su misión es asegurar el cumplimiento de los derechos de las personas con discapacidad y contribuir al desarrollo integral e inclusión plena. Es el órgano rector de las políticas públicas. (CONADIS 2012).

CAPITULO TRES

DINÁMICA DE GRUPOS

No se puede concebir al ser humano como un ente aislado, formar y establecer grupos humanos es una condición básica y exige una constante interacción con los demás influyendo en el grupo de manera decisiva y el grupo sobre la persona. El sentido de pertenencia, la actividad humana, la productividad, las decisiones y cambios que se ven reflejados en la sociedad, son probablemente el resultado de la actividad propia de los grupos pequeños y de la interacción entre los individuos *“se dice que hay interacción entre dos individuos cuando uno de ellos emite una conducta en presencia del otro, cuando crea productos para el otro, o cuando se comunica con el otro”* (Thibaut y Kelley 1959, en Shaw 1976. P.41).

Por ello en éste capítulo se revisará la importancia de la dinámica de grupos y las diferentes teorías que han surgido para comprender el objeto de su existencia.

3.1 Definición de grupo

Shaw (1976) definió al grupo como *“dos o más personas que interactúan mutuamente de modo tal que cada persona influye en todas las demás y es influida por ellas”* (p. 25)

González, Monroy y Kupferman (1978) mencionaron que el concepto de grupo es sumamente importante pues es la base de la unidad básica de la organización de los seres humanos desde un punto de vista psico-socio-antropológico, para poder definir es necesario considerar diversos criterios tales como: tamaño, grado de formalización, estructura interna, objetivo, actividades y los fenómenos de los grupos.

González et al. (1978) mencionaron a diferentes autores que explican las definiciones del término grupo: Olmsted, definió al grupo cuando los miembros interactúan cara a cara y lo llama grupo primario; Lindgren definió al grupo primario, como aquel donde las relaciones interpersonales se llevan a cabo directamente. Para Homans la interacción

de los miembros determina la existencia del grupo, da relevancia al proceso de comunicación.

Lewin (1948, en González 1978), menciona que los grupos fuertes y bien organizados están lejos de ser homogéneos y contienen una variedad de subgrupos e individuos y donde el proceso de interdependencia es la variable determinante de la existencia del grupo.

Deutch (en González 1978) describió al grupo de acuerdo a los fines comunes de los miembros para alcanzar el logro de una meta, resolver alguna tarea o la simple supervivencia del mismo. Algunos otros autores con orientación más psicoanalítica, manifiestan que la preocupación central radica en los aspectos psicológicos, mucho más centrados en las consecuencias individuales, en la gratificación de los miembros al pertenecer a un grupo y el concepto de la membresía introducido por Cartwright y Zander (1971, en González 1978) que incide en el individuo de manera directa.

3.2 Características de los grupos.

Los autores Cartwright y Zander (en González et al. 1978) refirieron que para hablar de grupos es necesario la existencia de dos o más personas y que el grupo posea una o algunas características siguientes:

- Que sus integrantes interactúen frecuentemente
- Que se reconozcan como pertenecientes al grupo
- Otras personas ajenas también los reconozcan
- Acepten las normas
- Se inclinen por temas en común
- Constituyan una red de roles
- Se identifiquen con un modelo que rija sus conductas

- El grupo proporcione recompensa
- Las metas sean interdependientes
- El grupo se perciba como unidad
- Actúen en forma similar respecto al ambiente.

Malcom y Kowels (González et al. 1978) consideraron diez propiedades de los grupos:

- Los antecedentes del grupo; se refiere a la primera reunión y finalidad del grupo, a la experiencia y actitudes individuales y del propio grupo.
- El patrón de participación; determinada por las relaciones entre los miembros y el grado de relación de los asuntos del grupo.
- La comunicación; como el proceso a través del cual se transmiten las ideas, los sentimientos, puede ser verbal y no verbal; y la comunicación intergrupo e intragrupo.
- La cohesión; hace referencia a las fuerzas motivantes que hacen que el grupo se mantenga, la cohesión se refiere al grado de atracción que experimenta una persona hacia los demás miembros.
- La atmósfera, se refiere al ánimo existente dentro del grupo, la atmósfera puede ser cordial, tensa, autoritaria etc.
- Las normas; son las reglas que rigen la conducta, las hay implícitas y explícitas.
- El patrón sociométrico; se define como las relaciones de amistad o antipatía.
- Estructura y organización; todo grupo la tiene y la hay visible que se refiere a la ejecución de las tareas y la invisible basada en la antigüedad, poder.
- Los procedimientos, son los medios utilizados para lograr los objetivos.
- Las metas, son los fines y están relacionados con las necesidades individuales.

- Los papeles y roles; que son las funciones que desempeñan cada persona. Hay una amplia clasificación de ellos y se identifican con las funciones de facilitación y coordinación de las actividades para la solución de los problemas.

3.3 Orientaciones teóricas.

Los diversos enfoques para estudiar y hacer el análisis más apropiado, han derivado en teorías para entender el fenómeno psicológico de los grupos, a continuación se revisan las más representativas.

A.- Orientación Psicoanalítica.

Freud dedicó una parte de sus trabajos a la psicología colectiva, aún cuando el fundamento principal del psicoanálisis son las situaciones vividas del individuo, se interesó en ciertos conceptos y procesos que parecen ser comunes cuyo alcance es tanto individual como grupal (Maisonneuve, 1985).

Uno de los autores más representantes en el estudio de los grupos es Wilfred Bion que parte de los elementos del psicoanálisis considerando que el grupo existe del hecho de que hay una despersonalización y regresión del individuo. En su teoría propuso dos conceptos: el grupo de trabajo que es racional y el grupo base que es emocional y el vínculo de unión es la cooperación. El grupo existe para realizar algo y para ello debe desarrollar sus capacidades racionales para llegar a la solución del problema (Sánchez 2002).

Otros representantes de ésta orientación son Bennis y Shepard quienes centraron sus trabajos en el estudio del grupo terapéutico y formularon una teoría que se centra en el sistema interno de comunicación, en el aprendizaje y en la madurez del grupo.

B.- Orientación Factorialista.

Cattell (1948, en Sánchez 2002) fue el representante de esta corriente, propuso que *“un grupo es un agregado de organismos en el que la existencia de todos sus miembros se utiliza para la satisfacción de las necesidades individuales de cada uno de ellos”* (p.118).

Cattell (en Shaw 1976) formuló la Teoría de la sintonalidad grupal, utilizó vectores en la exposición de la sinergia (energía grupal) que procede de la orientación del campo de fuerzas de Lewin. La sintonalidad se define como la personalidad del grupo; los rasgos de sintonalidad infieren a partir del comportamiento externo del grupo y se manifiesta como la toma de decisiones. Se puede resumir que el concepto básico de Cattell para el análisis de la dinámica de sintonalidad es la sinergia, cada individuo se une al grupo con el propósito de satisfacer una o más necesidades psicológicas.

Kurt Lewin (1944, en Maisonneuve 1985) creador del término *“dinámica de los grupos”*, lo introdujo en un artículo dedicado a las relaciones entre la teoría y la práctica en psicología social, a manera de que en la unión de ambos conceptos si se aseguran de manera correcta, pueden proporcionar respuestas a los problemas teóricos, propuso la siguiente definición:

El propósito de la dinámica de los grupos consiste en referir el objeto a la situación, en abordar la conducta de un individuo o de un grupo en su propio ambiente psicológico y que además de englobar a sus miembros, también a los objetivos, acciones, recursos, y normas. En el seno del grupo se desarrolla un sistema de tensiones positivas y negativas, correspondientes a la conducta del grupo y que en conjunto sus operaciones tienden a resolver tensiones y buscar equilibrio.

Bales (en Sánchez 2002) es otro representante dentro de ésta corriente, siendo su aportación más valiosa el análisis del proceso de interacción grupal a partir de un método de observación y constituyó la base del estudio de los grupos pequeños.

Schutz (1955, en Shaw 1976)) desarrolló la teoría FIRO, es la sigla en inglés que significa Fundamental Interpersonal Relations Orientation (Orientación de las

Relaciones Interpersonales Fundamentales) esta teoría trata de explicar la conducta interpersonal basándose en la orientación hacia los demás. Las características particulares de la conducta interpersonal de un individuo se explica por tres necesidades: la inclusión, control y afecto. La primera obedece a la necesidad de estar junto con otros; el control que se refiere a los procesos de toma de decisiones y el afecto que hace referencia a los sentimientos íntimos de orden emocional. Los conceptos de compatibilidad e incompatibilidad dependen del grado en que los miembros están de acuerdo con la cantidad de interacción.

C.- Orientación Cognitivista.

Bajo la influencia de la Gestalt, trata de interpretar los procesos psicológicos básicos como partes de un proceso superior cognitivo. Se centra en los procesos del conocimiento, considerando al hombre como un organizador activo y creativo de los estímulos del entorno, por lo que la conducta no es independiente de cómo la gente percibe las cosas o las situaciones.

Eiser (1980, en Sánchez 2002) expuso su teoría sintetizando cinco conceptos básicos:

- a) El sujeto es un procesador de información, significa que depende de cómo se interpretan los estímulos por el perceptor.
- b) En la interpretación de los estímulos está en función del contexto, interviene el aprendizaje, la experiencia previa y la relación con otros estímulos.
- c) El sujeto intenta organizar su experiencia, implica una selección y simplificación.
- d) Esta organización es una guía por sí misma para la acción del sujeto.
- e) Las implicaciones de todo se resume en que el individuo procesa también por la conducta de los otros, los juicios y las propias explicaciones.

Festinger (1957, en Sánchez 2002) propuso la teoría de la disonancia cognitiva, radica en que los individuos tienen la necesidad de la comparación social para poder evaluar

sus propias experiencias, por lo tanto el concepto de autoevaluación es una necesidad. El grupo ejerce presión sobre los miembros hacia la uniformidad y dicha presión se aprecia en el proceso de comunicación.

Para Festinger la dinámica de grupos es lo mismo que comunicación grupal y ésta se concibe en términos de fuerzas que se ejercen en los miembros para permanecer o abandonar el grupo y en términos de comportamiento sea el mismo. Los individuos se agrupan con el fin de validar sus opiniones, sus propias evaluaciones y alcanzar la seguridad de la percepción del mundo. El costo para obtener esta seguridad es la uniformidad y en su caso el individuo modifica y adecua su propia opinión.

D.-Orientación Conductista

Skinner (1953, en Bandura 1978) mediante la teoría del refuerzo planteo la explicación detallada del procedimiento del condicionamiento operante por la que se puede adquirir nuevas pautas de conducta, éste procedimiento implica el refuerzo positivo en aquellas respuestas relevantes, el condicionamiento operante moldea la conducta.

La orientación conductista tiene sus fundamentos en la conducta individual, en la influencia en el desarrollo de la psicología de los grupos, en las teorías del intercambio, las teorías del aprendizaje social y la modificación de conducta.

Homans (en Sánchez 2002) propuso que la supervivencia del grupo está en función de sus relaciones inter-grupales y requiere de la división de trabajo, sistema de comunicación, del líder y del las normas disciplinarias. También propuso como principio regulador las recompensas que incrementan o decrementan la interacción entre las personas del grupo.

Thibaut y Kelly (1959, en Shaw 1976) propusieron la Teoría del Intercambio, explicaron la conducta interpersonal y los procesos de grupo; la teoría postula que la existencia del grupo se basa en la participación y la satisfacción de los individuos dentro del grupo; los conceptos clave de ésta teoría:

- La interacción y la relación interpersonal, ambos conceptos interdependientes, se dice que dos personas han constituido una relación cuando interactúan en varias ocasiones.
- La secuencia de conductas, aplica para el análisis de la conducta y se considera como una unidad.
- El repertorio de conductas, se refiere a todas las posibles secuencias de comportamiento que puede efectuar una persona en su interacción con otra.

Blau (1964, en Sánchez 2002) propuso la Teoría del intercambio social, la definió como *“las acciones que son contingentes a las reacciones recompensantes de los otros y que cesan cuando estas reacciones esperadas no se producen”* (p. 115) es decir en un intercambio social, éste sólo se produce cuando va acompañado de una recompensa. La teoría de Blau se basó en el concepto de atracción social que es la fuerza que permite a los seres humanos establecer grupos sociales cuando hay recompensas y el individuo satisface sus necesidades e intereses.

Posteriormente Blau (1977, en Sánchez 2002) abandona la teoría de intercambio social para adoptar un modelo matemático factorial, en el cual cuantifica los hechos sociales, propuso los conceptos de posición social, estructura social y relación social.

Los procesos de aprendizaje social son de los más significativos en la vida humana ya que transforma al individuo en su conocimiento, actitudes y habilidades, este proceso es conocido como socialización *“se considera interaccional donde el comportamiento de una persona se modifica para que se conforme con las expectativas que tienen los miembros del grupo al cual pertenece”* (Secord et al. 1981 p. 454).

Una de las teorías más populares que sustentan el proceso de aprendizaje es la de Skinner (1969, en Secord et al.1981) aplicada a problemas de aprendizaje bajo el título de modificación del comportamiento. La teoría del comportamiento concibe el aprendizaje como una función de las contingencias del refuerzo, éste es cualquier acción del medio que cambia la probabilidad de una respuesta, sin soslayar que los procesos cognitivos pueden facilitar el aprendizaje.

Una de las maneras de llevar a cabo el proceso de aprendizaje es a través del modelamiento, requiere que un individuo preste atención al comportamiento de otra persona, que recuerde, que tenga las habilidades necesarias y que esté motivado para imitar el comportamiento observando directamente, en pocos casos se imita la conducta inmediatamente generalmente el comportamiento imitado ocurre después.

La modificación de conducta es el fundamento último de la orientación conductista, partiendo de los trabajos de Skinner y otros más que hicieron sus aportaciones en las teorías del aprendizaje y modificación social, sin embargo no fueron suficientes para entender la adquisición y modificación de conducta en situaciones diádicas y de grupo, por tal motivo la aportación sustancial es sobre los aspectos sociales del aprendizaje, como es el papel que juega la imitación y el refuerzo en el desarrollo de modos de conducta socialmente aceptables (Bandura y Walters, 1978).

Dicho lo anterior, Bandura (et al. 1978) comentaron que muchas investigaciones hechas por los psicólogos habían favorecido los enfoques de desarrollo de la personalidad o la conducta desviada y la psicoterapia desde el punto de vista de la teoría del aprendizaje, pero éstas conceptualizaciones han sido deficientes para explicar los procesos por los que se adquiere o modifica la conducta.

Con la teoría de Skinner bajo la explicación del procedimiento del condicionamiento operante y a través de las aproximaciones sucesivas es posible adquirir nuevas pautas de conducta, bajo el procedimiento del refuerzo positivo, *“el condicionamiento operante moldea la conducta como un escultor modela una masa de arcilla”* (Bandura et al. 1978 p.17).

Los procedimientos de acondicionamiento son efectivos cuando ya se dispone de un repertorio de conducta y a través de estímulos se busca la conducta deseada, por lo que se comentarán algunos de los principios esenciales para adquirir nuevas conductas:

➤ La imitación.

Al observar la conducta de los demás y las consecuencias, el individuo puede aprender nuevas conductas, éstas pueden ser socialmente aceptadas o inadaptadas, sin embargo eso depende de un juicio de valor. En ambos casos se presentan modelos, que pueden ser simbólicos y que por el simple hecho de presentarse tienen efecto en el aprendizaje; también están los modelos ejemplares que se pueden presentar mediante la descripción verbal. La imitación es un tipo especial de respuesta operante en el que las señales sirven como estímulos discriminativos y refuerzan las respuestas del observador (Bandura et al. 1978).

➤ Pautas de recompensa

La influencia del modelo, que frecuentemente recompensa la conducta imitativa, que por sí misma tiene consecuencias gratificantes en combinación con el refuerzo, en una manera muy rápida de adquirir conductas sociales. En condiciones de laboratorio los refuerzos se administran y manipulan; en la vida diaria se observa en los ambientes sociales complejos que rigen la conducta social de los seres humanos.

➤ Generalización y discriminación.

Las conductas aprendidas tienden a generalizarse en situaciones distintas de aquella en que se aprendieron, en función de una situación parecida al aprendizaje original se da la respuesta, *“el aprendizaje social efectivo requiere tanto una generalización adecuada como finas discriminaciones”* (Bandura et al. 1978 p. 22).

➤ Castigo, inhibición y falta de refuerzo

El castigo es un estímulo nocivo cuya conducta se intenta cambiar, se utiliza para inhibir conductas, que en el proceso de aprendizaje le enseña al individuo a dar una respuesta

para escapar del castigo. La inhibición, implica que en el proceso se aprende a no dar la respuesta, se inhibe, en este proceso se desarrolla el autocontrol. La simple ausencia del refuerzo busca la desaparición de la conducta deseada.

Sarason (1968, mencionado en Bandura y Ribes 1978) probó que el modelamiento y el aprendizaje por observación son adecuados para modificar la conducta delincinencial, además de que el modelamiento es útil para transmitir información.

Bandura concluye que la teoría del aprendizaje social brinda una teoría general que pretende ser lo bastante amplia como para abarcar las condiciones que regulan la conducta ya sea individual o colectiva. La conducta se aprende por observación de las acciones de otros, es decir de modelos que trascienden reforzando al individuo que observa e imita la conducta (Bandura et al. 1978).

En años más recientes, investigadores como Kazdin (1996) tomó los principios del condicionamiento para la modificación de conducta para llevarlos a programas en escenarios reales como el salón de clase, el hogar y las instituciones laborales. Propuso el ABC de la conducta, siendo las siglas en ingles:

A Antecedent.

B Behavior

C Consequente events

El planteamiento de Kazdin además de comprender la conducta también desarrolla programas efectivos de modificación de conductas, y aplicables en los escenarios mencionados en la vida diaria. Resumió que los antecedentes abarca los contextos donde ocurre la conducta y es la base para comprenderla; las consecuencias prosiguen a la conducta, son recompensantes y castigantes para que suceda el cambio de conducta cuando las consecuencias son contingentes a la conducta.

Tabla 2.

Los componentes de contingencia y ejemplos de vida diaria. (Kazdin 1996).

Componentes		
Antecedente	Conducta	Consecuencia
El teléfono timbra	Contestar el teléfono	Voz de una persona al otro lado de la línea
Además de la mano de un amigo	Acercarse al amigo	Visita y charla
La instrucción del padre para que el niño limpie su cuarto	El niño levanta sus juguetes	Elogio y permiso
Advertencia de no comer alimentos descompuestos	Comer el alimento	Nausea y vómito

Kazdin (1996) agregó que en el modelamiento *“la conducta terminal o meta se logra reforzando pequeños pasos o aproximaciones hacia la respuesta final, en vez de reforzar la respuesta final en sí misma”* (p.43).

Como se ha revisado el aprendizaje social en las relaciones diádicas y de grupos van conformando la formación de hábitos que se traduce en la conducta de los seres humanos. La base teórica conductual se ha llevado a la aplicación en diferentes ambientes y áreas precisamente para establecer y modificar a hábitos eficientes.

Hull (mencionado en Hilgard y Marquis 1974) definió el concepto de hábito *“como la actividad que se efectúa en contigüidad temporal cercana y ésta se asocia estrechamente con la disminución de una necesidad...se tendrá un incremento en la tendencia a ese impulso”* (p.146), el incremento de reforzamientos sucesivos, al sumarse el hábito obtiene fuerza.

Bower y Hilgard (1989) comentaron que el hábito se adquiere mediante el desarrollo de frecuencias de pequeñas respuestas y se traduce en conocimiento de procesos.

Thordike (mencionado en Bower et al. 1989) aportó a la psicología mediante la teoría de la ley del efecto, la formación de hábitos, misma que se da cuando ante una misma situación se dan respuestas acompañadas de recompensas y se obtiene éxito y ante la

ausencia de la recompensa existe fracaso, agrega el elemento de repetición de la respuesta.

Ljungberg (1962 mencionado en Ulrich, Stachnik, Mabry 1979), experimentó en la formación de hábitos eficientes en una escuela donde los hábitos de estudio de los alumnos se reportaban inadecuados con consecuencias deficientes en el aprendizaje escolar. Llevaron a la práctica los principios del reforzamiento; se identificó el método de estudio de los estudiantes, los estímulos y conductas que compiten con los hábitos y estableció el programa de trabajo. En éste se aplicaba reforzamientos a cada cumplimiento de determinadas obligaciones, y las tareas se dividieron en pequeñas secciones para dar cumplimiento a porciones de tareas se aplicó tasa fija de reforzamiento, logrando el resultado en el cambio de hábitos de estudio.

3.4 Fundamentos de la Dinámica de Grupos.

En el inicio del presente capítulo se menciona que el ser humano no es un ente aislado, necesariamente se desarrolla e interactúa en grupo, por ello los psicólogos cada día se han interesado en el estudio de la conducta bajo éstos fundamentos.

Andueza (1984), apuntó que el término de Dinámica de grupos es el resultado de las fuerzas del grupo complejas a veces difíciles de precisar: energía, cambios, reacciones, actividades, retrocesos, aciertos, equivocaciones. La interacción entre los miembros del grupo es evidente y modifica la conducta del individuo. La dinámica de grupos es elemento eficaz para cambiar cualitativamente al individuo y de la variedad de individuos nace el progreso del grupo.

Maisonneuve (1985 en Andueza 2007) mencionó que en el amplio sentido la dinámica de grupos, ésta se interesa por el conjunto de los componentes y de los procesos que aparecen en la vida de los grupos, mas en particular en los grupos frente a frente, es decir aquellos cuyos miembros existen psicológicamente los unos para los otros y se encuentran en situación de interdependencia y de interacción potencial.

Hay cuatro criterios a considerar:

- a) La relación de la organización social. El grupo puede provenir en forma directa de la organización social, grupos institucionales o provenir de proyectos de grupos espontáneos.
- b) Las normas. Pueden ser preexistentes al grupo de manera formal o surgir en forma progresiva de las interacciones informales.
- c) Las metas. Cuando en un grupo su fin es “estar juntos” predominan los factores afectivos. Cuando los miembros de un grupo de trabajo están centrados en una tarea, predominan los factores operativos.
- d) El propio proyecto científico. Puede ser un grupo independiente al proyecto científico (grupo natural) o reunidos por el objetivo de una experiencia (artificial).

Maisonneuve (1985 en Andueza 2007) agregó otros factores importantes a considerar en la dinámica de grupos:

➤ *Cambio y Resistencia al cambio.*

La introducción de cambios, aun siendo simples proyectos, provoca al comienzo resistencias a menudo considerables. Se produce cuando se trata de modificar ciertos hábitos cotidianos por ejemplo cambio de horario, alimentario o de promover nuevos métodos de trabajo en una organización.

La resistencia al cambio puede provenir ante todo del carácter coercitivo que con frecuencia tiene ese cambio. El grupo se siente que no está previamente informado y los miembros tienen la impresión de que un poder superior los maneja y se perciben devaluados.

Backman y Secord (1981) comentan que una manera de manifestar ésta resistencia es que el individuo no pone atención o aprende de una forma distorsionada. Por otro lado hay grupos que funcionan como agentes de la resistencia al cambio que actúan

interfiriendo en la comunicación, en comparación con otros grupos que son facilitadores del cambio.

➤ La Cohesión

Backman (et al. 1981) mencionaron que la atracción se presenta cuando dos individuos se atraen en función de sus resultados; a diferencia de los grupos mayores la cohesión “se refiere a las fuerzas que actúan sobre los miembros para que permanezcan en el grupo” (p.121). Generalmente se asimila la *cohesión con la atracción y se divide en tres categorías:*

- 1) La atracción misma produce ganancias.
- 2) La atracción de los miembros hacia el grupo produce recompensa con las actividades del grupo.
- 3) Por el hecho de ser miembro para lograr otros fines.

Newcomb (1961, en Mann 1972) postuló que la atracción se da cuando las personas tienen actitudes similares con respecto a objetos sociales, la similitud es un factor significativo.

Existen otras variables a considerar propuestas por Cartwright para la cohesión del grupo: la base motivacional de la persona para la atracción; las propiedades incentivo del grupo como son sus objetivos, actividades, programas; pertenencia al grupo con consecuencias favorables y el nivel de comparación entre los individuos.

3.5 Técnicas Grupales.

Es necesario dar una definición del significado de técnica, es el conjunto de procedimientos para lograr la meta, es el diseño o modelo que pretende que un grupo funcione (González et al. 1978).

Las Técnicas grupales son estructuras prácticas, esquemas de organización, normas útiles y funcionales para el manejo de grupos y favorecen las relaciones humanas. Son también procedimientos o medios concretos para organizar y desarrollar la actividad del grupo. Las técnicas otorgan estructuras básicas al grupo y fundamentan su funcionamiento, están cimentadas científicamente y probadas por la experiencia, enseñan en forma experimental y aumentan la energía natural y propician el surgimiento de habilidades. Las técnicas son instrumentos o medios para el logro de objetivos.

La dinámica de grupos a través de sus diversas técnicas trata de conseguir que los individuos se desarrollen, crezcan, maduren, establezcan nuevas formas de relaciones, estimulen u organicen el aprendizaje (Andueza 1984).

A diferencia de la técnica, la táctica hace referencia al modo (s) específico que constituye una técnica para llevar al grupo al logro de la meta, es la manera de organización interna. Una técnica puede englobar una serie de tácticas (González et al. 1978).

De acuerdo al área de trabajo, el tamaño del grupo, el objetivo que se desea alcanzar es la técnica que se sugiere. González resumió las técnicas y tácticas utilizadas en la dinámica de grupos, a excepción de una que no propone y conviene hacer mención de ella y es la lluvia de ideas, se basa en el supuesto psicológico de que si las personas actúan con toda libertad en un clima informal para expresar las ideas que se les ocurra, existe la posibilidad de que surja la idea brillante y creadora (Andueza 1984). Ver tabla 3.

Como podemos observar, la dinámica de grupos apoya el trabajo del psicólogo cuando en términos de situaciones de aprendizaje y de modificación de conducta favorece el manejo de grupos, esperando obtener los resultados deseados en un ambiente controlado y estructurado, y que fuera de el, los individuos repliquen las conductas que les permita conducirse de una manera más autónoma y socialmente aceptable.

Por tal motivo, es el fundamento teórico del presente trabajo que apoya la propuesta del taller para obtener resultados inmediatos.

CAPITULO CUATRO

PROPUESTA

Justificación

Al llegar a la edad adulta la mayoría de las personas que sufren Parálisis Cerebral están condenadas a permanecer en casa con pobre actividad y en algunos casos hasta el abandono y segregación social, en el mejor de las situaciones con alguna actividad recreativa pero en plena dependencia económica, emocional y social de sus familias. Las posibilidades de continuar con sus estudios, desarrollo profesional, así como de acceder a un empleo que permita alcanzar una vida independiente y una forma de vida más digna, son realmente limitadas. Por lo tanto, después de hacer una revisión y encontrar que falta mucho por hacer en relación con la atención de las personas que sufren Parálisis Cerebral cuando alcancen la vida adulta.

Nace el interés en el tema de la convicción personal de que una persona que presenta Parálisis Cerebral tiene la posibilidad de alcanzar autonomía y mayor autosuficiencia en la etapa de joven adulto y que pueden alcanzar incluso, la vida independiente encontrando un sentido de vida más satisfactorio y pleno.

Por tal motivo, se hace la propuesta de un taller que permita la autonomía para adquirir habilidades para las actividades de vida diaria, en una casa hogar y centro de atención. Entendiendo el concepto de autonomía a la capacidad de desempeñar las funciones relacionadas con la vida diaria. (CEPAL 2012).

El taller se propone para apoyar a los programas de trabajo que se llevan a cabo en Casa Rama.

Objetivo General

Al finalizar el taller, los jóvenes de la Casa-Hogar y Centro de Atención adquirirán habilidades para llevar a cabo las actividades de la vida diaria en las áreas de auto-cuidado, apariencia personal, orden y cuidado de los objetos personales que les permitirán alcanzar la autonomía e independencia personal en la vida cotidiana.

Objetivos Específicos

Capacitar a los participantes del taller en las áreas de auto-cuidado básico de limpieza y apariencia personal.

Entrenar a los participantes a mantener en orden los artículos personales: ropa y objetos.

Capacitar a los participantes para preparar alimentos sencillos.

Población

Se trabajará con un grupo de 15 a 20 jóvenes adultos cuyos criterios de inclusión son:

- Ambos sexos.
- Edad entre los 18 y 25 años.
- Diagnosticados con Parálisis Cerebral leve, con movilidad física independiente y con capacidad intelectual normal.
- Que habiten en la Casa-Hogar-Centro de Atención Casa Rama.

Se requerirá de un instructor o Facilitador para impartir el taller que sea psicólogo y con experiencia con personas discapacitadas, preferentemente con jóvenes adultos con parálisis cerebral y manejo de grupos. El objetivo de su trabajo será desarrollar, instruir y capacitar al personal interno para que se implemente y lleve a cabo de manera permanente.

Escenario

El taller se llevará a cabo en la Casa Hogar- Centro de Atención "Casa Rama A.C.", con domicilio en el Municipio de Jiutepec, Cuernavaca estado de Morelos, la cual cuenta

con las instalaciones necesarias bajo las normas de accesibilidad para personas con discapacidad, NOM-001-SSA-1993.

Materiales.

Artículos de Papelería: hojas blancas, plumones, siluetas humanas a tamaño natural (hombre y mujer) de cartón; moldes de ropa en cartoncillo (hombre y mujer).

Sillas, pizarrón blanco, pantalla, computadora, cañón, rotafolio y hojas de rotafolio.

Pelota de 20 centímetros de diámetro.

Fotografías de personas con vestimentas diversas.

Imágenes de alimentos.

Imágenes de dormitorios ordenados y limpios.

Imágenes de dormitorios desordenados y sucios.

Presentación del Taller en power point

Cuestionario de evaluación de aplicación antes y posterior al taller. (ver anexo).

A continuación se detallan las cartas descriptivas del taller propuesto el cual consta de diez sesiones:

CARTA DESCRIPTIVA

Objetivo: Conocer las reglas de conducta, los temas del taller y lograr la integración del grupo.

Sesión	Actividad	Procedimiento	Material	Tiempo
1	“Juego de Pelota”	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitador explicará la actividad e inicia; lanza la pelota a un participante, éste dice su nombre y edad y lanza la pelota a quien él elija. • El facilitador anotará el nombre y edad en el pizarrón • Facilitador se asegurará que todos hayan participado y no falte ninguno. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pizarrón y plumones. • Pelota 30 cm. de diámetro. 	15 minutos
	“Aprendiendo a Comportarse”	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitador explicará al grupo la importancia de las reglas de conducta para el trabajo en equipo • Escribirá en el rotafolio e inicia con las siguientes reglas: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Todos deben participar ➤ Se levanta la mano para pedir la palabra ➤ No se interrumpe al compañero ➤ Las burlas están prohibidas ➤ Las palabras altisonantes están prohibidas. ➤ Uso de la palabra en tiempo 	<ul style="list-style-type: none"> • Rotafolio y hojas • Plumones. 	20 minutos

	<p>Introducción al Taller</p>	<p>razonable</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facilitador solicitará al grupo que mencionen y anoten ellos mismos que otras reglas agregan • Cada participante anotará en el rotafolio las reglas. • El facilitador pegará la hoja con las anotaciones en una pared del salón para que en todas las sesiones estén presentes las reglas. <ul style="list-style-type: none"> • El facilitador explicará en qué consiste el Taller al que estarán asistiendo y participando, explicará el número de sesiones, el tema por sesión y el objetivo perseguido • El facilitador mostrará la presentación: • Sesión 2: Lavar dientes y manos • Sesión 3- Apariencia física- Vestir adecuado • Sesión 4: Orden del dormitorio • Sesión 5- Cuidado y orden de artículos personales • Sesión 6: Vida diaria- Hacer compras de supermercado. • Sesión 7- Elaborar un alimento sencillo y poner la mesa para tomar los alimentos. • Sesión 8- Lavado y orden de trastos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Computadora • Cañon • Presentación del taller en power point. 	<p>30 minutos</p>
--	-------------------------------	--	---	-------------------

	Cierre	<ul style="list-style-type: none"> • Sesión 9- Formación de valores. • Sesión 10- Hacer la agenda individual • El facilitador agradecerá la participación de todos e indica el lugar de reunión, la fecha y hora de la próxima sesión. • El facilitador aclarará dudas. • El facilitador informará el día y hora de la próxima sesión. 		5 minutos
--	--------	---	--	-----------

CARTA DESCRIPTIVA

Objetivo: Hacer un hábito la acción de lavarse las manos previo a un alimento y lavarse los dientes después de cada alimento e incorporar como hábitos al área de Auto-cuidado Personal.

Sesión	Actividad	Procedimiento	Material	Tiempo
2	Auto-cuidado	<ul style="list-style-type: none"> El facilitador explicará la importancia del auto-cuidado personal. 	<ul style="list-style-type: none"> Jabón de tocador Toalla Material gráfico. 	30 minutos
	Lavar Manos	<ul style="list-style-type: none"> El facilitador explicará la importancia de lavar las manos antes de cada alimento y después de hacer uso del sanitario para prevenir enfermedades. El facilitador mostrará el material gráfico: <ol style="list-style-type: none"> 1.- Por qué lavarse las manos 2.- Qué enfermedades se previenen 3.- Por que antes de cada alimento 4.- Por qué después del uso del sanitario. 5.- Procedimiento lavar manos 6.- Uso racional del agua. 7.- Orden de los enceres. 		10 minutos
	“Recordando paso a paso”	<ul style="list-style-type: none"> El facilitador solicitará un voluntario para que muestre al grupo el ejercicio vivencial. El voluntario elije a un compañero y hará el mismo ejercicio. El facilitador pedirá algún voluntario (s) que mencione una razón importante para lavarse las manos. El facilitador pedirá al grupo las correcciones y complementarán información. 		10 minutos

	<p>Aseo bucal-lavar dientes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El facilitador explicará la importancia de lavar dientes después de cada alimento y evitar enfermedades. • El facilitador mostrará material gráfico: <ol style="list-style-type: none"> 1.- Por qué lavar los dientes 2.- Por que mantener una boca sana. 3.- Procedimiento para lavar 4.- Cuidado y cambio de cepillo. 5.- Orden de artículos personales 6.- Artículos estrictamente personales • El facilitador utilizará la técnica de modelamiento, mostrando el ejercicio. • El facilitador invitará a todo el grupo mediante la técnica de simulación hacer la actividad. • Indicará tomar la pasta de dientes, simular colocar en el cepillo. • Al terminar de lavar, se limpiará el cepillo con agua, eliminará el residuo de pasta. • Limpiarán la boca con toalla. • El facilitador indicará fin de la actividad • El facilitador explicará la importancia de lavar las manos antes de cada alimento y después de hacer uso del sanitario para prevenir enfermedades. • El facilitador mostrará el material gráfico: <ol style="list-style-type: none"> 1.- Por qué lavarse las manos 	<ul style="list-style-type: none"> • Jabón de tocador • Toalla • Material gráfico 	<p>20 minutos</p> <p>20 minutos.</p>
--	----------------------------------	---	--	--------------------------------------

	Cierre	<p>2.- Qué enfermedades se previenen 3.- Por que antes de cada alimento 4.- Por qué después del uso del sanitario. 5.- Procedimiento lavar manos 6.- Uso racional del agua. 7.- Orden de los enceres.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El facilitador solicitará un voluntario para que muestre al grupo el ejercicio vivencial. • El voluntario elije a un compañero y hará el mismo ejercicio. • El facilitador pedirá algún voluntario que cada mencione las razones para lavarse las manos. • El facilitador pedirá al grupo las correcciones y complementarán información. • El facilitador agradecerá la participación. • El facilitador informará el día y hora de próxima sesión y pedirá el material para la siguiente sesión 		<p>10 minutos</p> <p>5 minutos</p>
--	--------	---	--	------------------------------------

CARTA DESCRIPTIVA

Objetivo: Al finalizar la sesión el participante incorporará habilidades para mantener el dormitorio ordenado

Sesión	Actividad	Procedimiento	Material	Tiempo
4	Vida Diaria- Dormitorio ordenado “lluvia de ideas”	<ul style="list-style-type: none"> • El facilitador pedirá al grupo que observen las tarjetas con los dormitorios desordenados y sucios y expresen las sensaciones causadas. • El facilitador pedirá al grupo mediante la dinámica de lluvia de ideas expresen • El facilitador explicará la importancia de mantener el dormitorio ordenado. <ol style="list-style-type: none"> 1.- Hacer la cama 2.- llevar la ropa a lavar. 3.- Acomodar la ropa en closet 4.- Guardar los artículos personales en lugar que corresponden. 	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación Power Point. • Fotografías de dormitorios desordenados • Rotafolio y hojas • Plumones • Lápices. • Tarjetas de cartoncillo. 	20 minutos
	“Tarjetas Descriptivas”	<ul style="list-style-type: none"> • El facilitador dividirá al grupo en dos equipos de trabajo, cada equipo mencionará al interlocutor. • El facilitador mostrará una serie de 5 fotografías con dormitorios desordenados, sucios. • El equipo discute, y anota en una tarjeta la sensación que causa en los participantes, las 		30 minutos

	Cierre	<p>imágenes.</p> <p>Describirán la persona que pueda vivir en los dormitorios y registran sus conclusiones.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El facilitador pedirá a cada equipo sus conclusiones y anota en rotafolio en dos columnas : • El facilitador guiará al grupo a que discutan, observen las conclusiones y concluyan en grupo • El facilitador dará las gracias y citará a la próxima sesión. 		<p>10 minutos</p> <p>5 minutos.</p>
--	--------	---	--	-------------------------------------

CARTA DESCRIPTIVA

Objetivo: Al finalizar la sesión los participantes identificarán el orden en el que deberán estar los artículo personales de la vida diaria.				
Sesión	Actividad	procedimiento	Material	Tiempo
5	“Un lugar para cada cosa”	<p>El facilitador iniciará dividiendo al grupo en equipos de 3 ó 4 personas y a cada equipo le asignará un grupo de artículos personales: ropa, enceres de limpieza personal, útiles de trabajo, objetos de juego.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El facilitador pedirá a los equipos que discutan y anoten en hoja de rotafolio el lugar correcto de acomodo de los artículos que les asignaron y que deben recomendaciones harán para no provocar desorden. • Cada equipo de trabajo presentará sus conclusiones. y razonamientos, pegarán su hoja en una pared • Los otros equipos podrán hacer sus aportaciones a cada presentación. • El facilitador presentará material en imágenes de cada grupo de los artículos, el lugar correcto de acomodo y orden. Al mismo tiempo pedirá al grupo que hagan sus propias recomendaciones para evitar el desorden. • El facilitador pedirá a un participante anote en hoja de rotafolio conclusiones del grupo de trabajo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación. • Rotafolio • Hojas de rotafolio y plumones. 	<p>10 minutos</p> <p>20 minutos</p> <p>15 minutos</p> <p>20 minutos</p>

	Cierre	<ul style="list-style-type: none"> • El grupo hará las conclusiones. • El facilitador pedirá al grupo una tarea para practicar en casa: antes de retirarse a dormir de ese mismo día y al otro día antes de partir hacer las actividades deberán guardar la ropa en cajones, los zapatos en closet, los artículos de aseo personal en el lugar asignado, cepillo de dientes y cabello en su lugar. Y, tomar el tiempo necesario y hacer un repaso mental de las consecuencias que tendrán si no lo hacen. • El facilitador dará las gracias y citará para la próxima sesión. 		5 minutos 10 minutos
--	--------	---	--	-----------------------------

CARTA DESCRIPTIVA

Objetivo: Al final de la sesión el participante tendrá las habilidades necesarias para hacer las compras en el supermercado.

Sesión	Actividad	procedimiento	Material	Tiempo
6	“Revisar tarea de sesión anterior”	<ul style="list-style-type: none"> El facilitador revisará a los participantes si se realizó la tarea de la sesión anterior, se harán comentarios y repaso en su caso 	<ul style="list-style-type: none"> Presentación de la sesión en power point Rotafolio Hojas de rotafolio y plumones Cinta adhesiva Agenda y programa de visita supermercado 	10 minutos
	“Lista de artículos”	<ul style="list-style-type: none"> El facilitador dividirá al grupo en equipos de 3 personas Solicitará que cada equipo haga su lista de necesidades. A su vez, cada equipo asignará una lista a cada miembro del equipo: <ol style="list-style-type: none"> 1.- lista de artículos personales 2.- lista de artículos de alacena 3.- lista de artículos de refrigerador. 		20 minutos
		<ul style="list-style-type: none"> El equipo revisará y anotará en hoja de rotafolio su propia lista y nombra a un vocero. El equipo pegará hoja en pared y expone su trabajo. El resto de los participantes comentan y complementan lista. 		20 minutos

	“ Comprar en el Supermercado”	<ul style="list-style-type: none"> • El facilitador cuestionará la utilidad y necesidad de aquel artículo nombrado 		20 minutos
	“Visita a Supermercado y compra vivencial”	<ul style="list-style-type: none"> • El facilitador vuelve a dividir el grupo en dos equipos y solicitará que cada equipo desarrolle el procedimiento para hacer la compra de la lista previamente elaborada • Los equipos anotaran los pasos a seguir • Los equipos presentarán su trabajo 		15 minutos
	Cierre	<ul style="list-style-type: none"> • El facilitador presentará material • El facilitador organizará un programa para hacer una visita guiada a un supermercado en grupo de 4 o 5 participantes. 		15 minutos.
		<ul style="list-style-type: none"> • El facilitador agradecerá la participación e informará el día y hora de la próxima sesión 		5 minutos

CARTA DESCRIPTIVA

Objetivo: Al finalizar la sesión el participante podrá preparar un alimento sencillo y poner la mesa para comer el alimento				
Sesión	Actividad	Procedimiento	Material	Tiempo
7	“Planeación y preparación”	<ul style="list-style-type: none"> • El facilitador divide al grupo en 3 o 4 equipos • El facilitador mostrará una lista de alimentos sencillos y pedirá que cada equipo elija un alimento de la lista. • El facilitador se asegurará que sea diferente para cada equipo. • El facilitador pedirá al equipo que planee los pasos a seguir para hacer el alimento, desde la elección hasta la preparación • El facilitador presentará el programa a seguir <ol style="list-style-type: none"> 1.- Por qué la elección de ese platillo 2.- Cómo se prepara 3.- Que pasos a seguir • El equipo anotará en hoja de rotafolio respuestas a preguntas antes mencionadas y: <ol style="list-style-type: none"> 1.- Ingredientes 2.- Forma de hacer 3.- Forma de servir. 4.- Presentación (dibujo del platillo) 	<ul style="list-style-type: none"> • Lista de 10 alimentos : Quesadillas, sandwich de jamón, molletes, torta de jamón, ensalada de lechuga y pollo ,ensalada de atún, spaguetti con mantequilla o jitomate, pechuga de pollo asada. • Rotafolio • Hojas de rotafolio y plumones de colores 	30 minutos
		<ul style="list-style-type: none"> • El facilitador pedirá a cada equipo presente su platillo • Cada equipo explicará y presentará 		15 minutos

	<p>“ Poner la mesa”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El facilitador pedirá al grupo la votación y elección del platillo ganador. • El facilitador hará la presentación de Qué es poner la mesa. • El facilitador dividirá al grupo de trabajo en dos equipos. • El facilitador dictará las siguientes preguntas para que cada equipo conteste: <ul style="list-style-type: none"> 1.-Cuál es la importancia de poner la mesa, para hacer los alimentos? 2.- Por qué razón se debe poner bien y completa la mesa? 3.- Que representan compartir los alimentos? • El facilitador solicitará a los equipos anoten en hojas de rotafolio respuestas y solicitará una lista de todos los utensilios para la mesa. • El facilitador solicitará a cada equipo el dibujo de una mesa dispuesta para los alimentos y explicará el uso de los utensilios. • Cada equipo expondrá su trabajo. • El facilitador complementará información omitida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rotafolio • Hojas de rotafolio y plumones • Presentación en power point: Qué es poner la mesa. 	<p>10 minutos</p> <p>30 minutos</p> <p>20 minutos</p> <p>10 minutos</p>
	<p>Cierre</p>			

		<ul style="list-style-type: none">• El facilitador dejará tarea para hacer en casa:<ol style="list-style-type: none">1.- Elegir y hacer un alimento sencillo2.- Poner la mesa antes de la cena.• El facilitador dará las gracias y citará para la siguiente sesión.		
--	--	---	--	--

CARTA DESCRIPTIVA

<p>Objetivo: Al finalizar la sesión el participante incorporará habilidades para lavar, secar y guardar los trastes en el lugar que corresponde.</p>				
Sesión	Actividad	procedimiento	Material	Tiempo
8	<p>Revisar tarea</p> <p>“Lavar los trastes”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El facilitador revisará la tarea, pedirá de 2 a 3 voluntarios para que expongan y compartan la experiencia de haber preparado un alimento. • El facilitador mediante la dinámica de lluvia de ideas, solicitará al grupo varias preguntas: <ol style="list-style-type: none"> 1- Cuál es la importancia de lavar los trastes 2- Qué artículos de limpieza se requiere 3- Cómo se deben lavar 4- Cómo se guardan 5- La importancia de cuidar el agua. 6- La importancia de ser ordenado. • El facilitador anotará en hoja de rotafolio todas las respuestas. • El facilitador organizara dos equipos para que cada uno desarrolle el procedimiento de lavar los trastes. • El facilitador, pedirá a los grupos peguen su hoja en la pared para comparar uno y otro procedimiento. • El grupo de trabajo resaltará las coincidencias 	<ul style="list-style-type: none"> • Rotafolio • Hojas de rotafolio y plumones de colores. • Cinta adhesiva 	<p>10 minutos</p> <p>10 minutos</p> <p>10 minutos</p> <p>20 minutos</p> <p>15 minutos</p>

CARTA DESCRIPTIVA

Objetivo: Al final de la sesión el participante tendrá la habilidad de hacer su propia agenda de trabajo y la de un grupo para asistir a todas las actividades programadas.

Sesión	Actividad	procedimiento	Material	Tiempo
10	“lluvia de ideas”	<ul style="list-style-type: none"> El facilitador dará inicio a la última sesión del taller preguntando al grupo que es la agenda de trabajo? El facilitador anotará las ideas del grupo en la hoja de rotafolio. El facilitador tomará la más cercana y explica que es. El facilitador anotará en un hoja de rotafolio la siguiente información: Actividades de vida diaria- color negro Actividades Académicas o Ocupacionales – color azul. Terapias – color rojo Actividades Recreativas, deportivas o sociales – color verde. 	<ul style="list-style-type: none"> Rotafolio Hojas rotafolio Calendario pre-impreso hecho en cartoncillo de 50 cms x 35 cms. con recuadros por día para hacer anotaciones. Un juego de plumones por participante con colores negro, azul, rojo y verde. Cinta adhesiva Hoja de rotafolio con una semana de lunes a domingo con horario de 8am hasta 	<p>10 minutos</p> <p>10 minutos</p> <p>20 minutos</p> <p>35 minutos</p>
	Trabajo individual			
	Trabajo grupal	<ul style="list-style-type: none"> El facilitador entregará una hoja con un calendario impreso del mes en curso, y solicitara a todos los participantes anoten la hora de levantarse y la hora de dormir y posteriormente registrarán la hora y todas las actividades que se acuerden ya tienen programadas. 		

	<p>“Entrevista”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El facilitador solicitará todos acomoden su silla en semicírculo , frente al rotafolio • El facilitador tendrá en una hoja de rotafolio una semana del mes en curso para que entre todos agenden las actividades, no importa que cada uno tenga actividades diferentes. Se anotará en el día y la hora el nombre y en seguida la actividad, utilizando los colores indicados. • El facilitador mostrará al grupo como cada uno agendó las actividades individuales y sugiere que mes a mes hagan su agenda y peguen en una pared de su habitación. 	<p>8pm.</p>	<p>20 minutos. 10 para cada entrevistador</p>
	<p>Cierre</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El facilitador organizará al grupo en parejas, con los participantes que durante el taller estuvieron con menos contacto o mas distantes. • El facilitador solicitará a las parejas que hagan entrevista, primero uno sea el entrevistador y el otro el entrevistado y viceversa. Se pueden hacer preguntas abiertas, orientadas a: Qué gusto del taller Qué NO gusto Qué aprendió Cuál fue la sesión que mas agradó Cuál fue la sesión que aprendió más. Qué cambio haría al taller Logro hacer algún amigo Cuál fue su mayor aprendizaje 		<p>10 minutos</p>

		<ul style="list-style-type: none">• El facilitador dará las gracias e invitará a los participantes a incorporar las nuevas habilidades en el día a día a lograr un hábito.		
--	--	--	--	--

ALCANCES Y LIMITACIONES

Como se revisó, la Parálisis Cerebral, no es sencilla y es un tema que la sociedad no puede soslayar, por el contrario debe asumir con responsabilidad y fomentar una cultura cada día de aceptación, tolerancia e inclusión. Hay esfuerzos y avances de la sociedad en su conjunto, sin embargo no han sido suficientes y las carencias son evidentes. Éste taller pretende contribuir a cubrir carencias en una de las tantas áreas.

Busca aportar conocimiento que se sume a los esfuerzos de otros, en la búsqueda de oportunidades para las personas con Parálisis Cerebral a tener una vida digna, con posibilidad de ser una persona productiva y auto-suficiente. Existen ejemplos de personas con Parálisis Cerebral intelectual y cognitivamente aptas que les permiten aspirar a lograr una vida más completa; es viable lo que se requiere son condiciones favorables y suficientes para alcanzar el objetivo.

Aún cuando éste taller está propuesto para aplicarse en “Casa Rama” y apoyar el trabajo que hace, únicamente está planteado en las áreas de Vida diaria y Auto-cuidado, analizando las posibilidades puede extenderse a otras áreas de desarrollo a fin de incorporar las habilidades y conductas requeridas para alcanzar la autonomía e independencia personal, familiar e incluso económica.

Además se puede replicar hacia otras discapacidades y en otros Centros de Atención aportando a la tarea básica que la sociedad debe atender.

Es evidente la falta de atención, oportunidades, propuestas viables en todas las áreas de atención. La sociedad civil y los gobiernos no deben cruzarse de brazos a esperar a ver qué sucederá.

Políticas públicas escasas y acotadas, ejemplo de ello observamos las grandes limitaciones de accesibilidad que impide la movilidad elemental en los espacios públicos y privados, la pobre educación formal en todos los niveles, ni que decir de la falta de inclusión al sector productivo; a nivel social, una intolerancia y falta de respeto que impiden las posibilidades de avance.

Es necesario que los gobiernos adopten las recomendaciones hechas por organismos internacionales en; políticas públicas, estrategias, planes, programas y adoptar un compromiso que lleven a resultados eficaces que contribuyan a lograr ser una sociedad incluyente y en consecuencia obtener un bienestar digno de las personas con discapacidad.

Hay algunos esfuerzos desarticulados de dependencias de gobierno que a través de programas han intentado partir de lo más básico como es cuantificar el número de personas que presentan Parálisis Cerebral, variable imprescindible para poder afrontar con planes y programas de desarrollo estratégico, accesibilidad, inclusión e integración social en todas las áreas: de salud, educación, trabajo por mencionar las básicas; para establecer una plataforma de atención e impulsar a la sociedad para acoger a éste grupo vulnerable y que además es una obligación de una sociedad desarrollada, si queremos así definirnos.

Por su parte la sociedad también debe ser responsable para afrontar a un grupo vulnerable que de manera aislada hace esfuerzos por vivir con sus propios recursos, no sólo económicos sino estructurales de una sociedad que debiera estar pendiente de todos los individuos que la conforman.

En el sector privado, falta más consciencia que impide tomar iniciativas de acción y es evidente que esto se da en todas las áreas y en todos los niveles sociales.

Escasos son los lugares donde se da atención a las personas con Parálisis Cerebral, es evidente la necesidad de que existan suficientes lugares y con la calidad que se requiere. Faltan escuelas, Centros de Atención, Casas Hogar, Centros de trabajo, oportunidades de crecimiento, capacitación y desarrollo.

Una gran limitación fue que en algunos Centros fue difícil contactarlos o negada la posibilidad; no fue el caso de “Mentes con Alas” en la ciudad de Torreón, que además de la calidez, mostraron deseos de compartir las experiencias vividas y el conocimiento adquirido.

Una preocupación del presente trabajo, es encontrar el mecanismo para garantizar que los jóvenes que participarán en el taller, concluyan el mismo y evitar la deserción por las diversas causas posibles. Así también en el ambiente donde desarrollen su vida cotidiana se den las condiciones a fin de que poco a poco incorporen las conductas aprendidas que los lleven a la autonomía e independencia buscada y mejoren su calidad de vida.

Una limitante del presente trabajo fue no haberlo implementado en la práctica y validar que las técnicas de la dinámica de grupos elegidas sean las más adecuadas para éste grupo en especial, será necesario hacerlo y en su caso adecuar y proponer para que posteriormente se amplíe el taller a todas las demás áreas de atención que ofrece Casa Rama y apoyar el trabajo que se hace. También es deseable que el psicólogo de seguimiento y valide que las nuevas conductas realmente se han incorporado como de hábitos y apoye a los jóvenes a lograr la autonomía y calidad de vida optima.

Por otro lado, el psicólogo deberá capacitar al personal de la Casa Rama y asegurar que son aptos para incorporar el taller a su plan de trabajo del Centro de Atención.

BIBLIOGRAFIA

- Aguirre, B. y Rodríguez, C. (1998). Patios abiertos y patios cerrados: psicología cultural de las instituciones Barcelona. Editorial Boixareu Universitaria.
- Arroyave, G., Jarillo, E., Garfías, G., Riversa, D. y Uribe, J. (2000). Costo-Beneficio del tratamiento farmacológico de la parálisis cerebral con espasticidad en México. Revista especializada salud pública. (74) 5.
- Andueza, M. (2007). Dinámica de Grupos en educación. México. Editorial trillas.
- American Psychological Association. (2010). Manual de estilo de publicaciones de la American Psychological Association (2ª ed. adaptada para el español por la editorial El Manual Moderno). México: El Manual Moderno.
- Backman, S. (1981). Psicología Social. México. Editorial McGraw-Hill. 121-198-200,296-297,358-360
- Bandura, A. y Ribes, E. (1978). Modificación de conducta. México. Editorial trillas. 145-173, 307-341.
- Bandura, A. y Walters, R. (1978). Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad. Madrid. Alianza editorial.
- Bandura, A. Walters, R (1963). Social Learning and personality development. USA. Holt Rinehart and Winson Inc. 225-257.
- Betancourt, B. y Valadez, M. (2005). Atmósferas Creativas. México. Segunda Edición Manual Moderno.
- Bobath, B. y Bobath, K. (1976). Desarrollo Motor en distintos tipos de Parálisis Cerebral. Buenos Aires. Editorial médica panamericana.
- Cascón, P. y Martín, C. (2000). La alternativa del juego I. España. Editorial Los libros de la Catarata.
- Cambier, J. (1983). Manual de Neurología. Barcelona España. Editorial Masson.
- Cartwright, D. (1968). Group Dynamics. N.Y. Harper & Now Publishers. 3-19.
- Centro de Atención. Casa Rama. Municipio de Jiutepec Cuernava Morelos.
- Centro de Atención Mentes con Alas (2012). Torreón Coahuila.
www.mentesconalas.wbnode/mx/nosotros
- Centro de Atención. Albatros Centro de atención integral IAP. Colima.
www.centroalbatros.org

Centro de Atención, Unidos Somos Iguales. Cuernavaca Morelos
<http://www.unidos.com.mx>

Centro de Rehabilitación Integral Teletón Crit Tlalnepantla. Gustavo Baz 214. www.Teleton.org.

Confederación Mexicana de organizaciones a favor de la persona con discapacidad intelectual, A.C. CONFE. Carretera México Toluca 5218.
www.confe.org.mx

Cohen, R. y Swerdlik, M. (2001). Pruebas y Evaluación Psicológicas. México. Mc Graw-Hill. 553-572.

Colegio de San Ignacio de Loyola Vizcaínas.
[www.http://www.colegiovizcainas.edu.mx/historia](http://www.colegiovizcainas.edu.mx/historia).

Congreso Americano de Obstetricia y Ginecología (2012). Washington DC EU.
http://www.acog.org/Resources_And_Publications/Committee_Opinions/Committee_on_Obstetric_Practice/The_Apgar_Score

Chusid, L. (1980). Neuroanatomía correlativa y neurología funcional. México. El Manual Moderno.

Clasificación de tipo de discapacidad. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (2001). México. www.inegy.gob.mx

Diario Oficial de la Federación (2011) Ley General para la inclusión de las personas con discapacidad. México

Diccionario Médico (2007-2010). Universidad de Salamanca. España Departamento de Sistemas de la Fundación General de la Universidad.

Esquivel, E. (2012). Propuesta de un taller para favorecer la vida independiente en jóvenes con discapacidad intelectual. Tesis licenciatura. Universidad Autónoma de México.

Fernández-Bouzas, A., Ortega-Avila, R., Harmony, T. y Santiago, E. (2004). Complicaciones de la Asfixia Perinatal en el recién nacido. Salud Mental Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. México. (27) 001, 28-37.

Fischer, G.N (1992). Campos de Intervención en Psicología Social. Institución Cultura Ambiente Social. Madrid. Narcea Editores.167-213.

Freedman, A. (1975). Compendio de Psiquiatría. Barcelona. Salvat Editores.

Gago, A. (1977). Cartas descriptivas. México. Editorial Trillas.

Goffman, E. (1984). Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires. Amorrortu editores. 9-30.

- González, S., Tello, J., Silva, P., Lüders, C., Butelmann, R., Solar, F., Rigo-Righi, C., y David, P. (2011). Calidad de vida en pacientes con discapacidad motora según factores sociodemográficos y salud mental. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2012; 50 (1) 23-34.
- González Nuñez, J., Monroy, A., Kupferman, E. (1978). *Dinámica de grupos*. México. Editorial Concepto.
- Hopkins, A. (1993). *Clinical Neurology a Modern Approach*. Oxford University Press.
- Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y accidentes Cerebro-vasculares (2012). Instituto Nacional de la salud Bethesda Maryland USA. *Parálisis Cerebral: Esperanza en la investigación* (2007).
www. <http://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/paraliscerebral.htm>
- Informe Mundial sobre la Discapacidad. Organización Mundial de la salud y Banco Mundial. (2011).
who.int/disabilities/world_report/2011/accessible_es.pdf
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. *Presencia del tema de discapacidad en la información estadística. Marco teórico metodológico* (2001). México.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. *Las personas con discapacidad* (2004). www.inegi.gob.mx
- Instituto Nacional de Estadística Geografía. *Principales resultados Censo de población y vivienda* (2010) México. www.inegi.gob.mx
- Kaplan, H. (1987). *Compendio de Psiquiatría*. Barcelona. Salvat Editores.
- Kazdin, A. (1996). *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas*. México. Manual Moderno. 31-57.
- Larguía A., Urman, J. , Savransky, R., Canizzaro, C., De Luca, A., Fayanas, C., Martín, S., Nassif J.C., Sanguinetti, R., Solana, C., Uranga, A., Votta, R., Bruno, & Kosaj. (200). *Consenso Argentino sobre Parálisis Cerebral. Rol del cuidado perinatal*. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, Argentina. (19) 003 120-124.
- Ljungberg, F. (1962). *Establecimientos de hábitos de estudio eficientes*. En R. Ulrich., T. Stachnik. y J. Mabry. *Control de la conducta humana* (1979). (1) (157-169). México trillas.
- Lipsitt L. y Reese H. (1980). *Psicología experimental infantil*. México. Editorial Trillas. 236-262, 737.
- Lucas, A. (2006) *Coordinador. Estructura Social*. García, P. Poder, política y ciudadanía. Madrid. Pearson Educación. 240.

- Malagon, J. (2007). Parálisis Cerebral. Clínica para la atención del neuro-desarrollo Aguascalientes México. 67 (6/1) 586-592.
- Maladesky, A. López, M. y López, Z. (2005). La calidad y vulnerabilidad psicosométrica. En D'Alvia, R. La relación bio-psico-social del sujeto (pp. 85-90) Buenos Aires. Lugar editorial.
- Mann, L. (1972). Elementos de la psicología social. México. Editorial Limusa-Wiley p. 43-62.
- Méndez, M. (1980). Lineamientos Generales de la rehabilitación en el paciente Paralítico Cerebral. Tesis Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Micheli, F. (2000). Tratado de Neurología. Buenos Aires Argentina. Medica Panamericana.
- Mora, C. (2012). Familias de pacientes con parálisis cerebral: sus indicadores de calidad de vida. Investigación y Ciencia de la Universidad Autónoma de Aguascalientes. 55, 33-41.
- Myers, D. (2010). Social Psychology. New York. Mc. Graw-Hill. 268-273.
- Organización de las Naciones Unidas (2008). Conferencia Internacional de Educación. La educación inclusiva. Ginebra. 3-48.
- Organización de las Naciones Unidas (1948-1998) Declaración Mundial de los Derechos Humanos (1948-1998).
www.un.org/spanish/aboutun/hrights.htm
- Organización de las Naciones Unidas (2006). Convención de Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con Discapacidad. Sección de Servicio de internet, departamento de información.
www.un.org/spanish/disabilities/convention
- Panorama Social de América Latina (2012). La Comisión Económica para América Latina (CEPAL). <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/6/43186/lcl3315-P.pdf>
- Parodi, A., Ibarra, D. y Reyes G. (2006). Factores de riesgo en niños con parálisis cerebral infantil en el Centro de Rehabilitación infantil Teletón Estado de México. Tesis doctoral. Revista de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física, ISSN 0048-7120, 40. 14.
- Polonio, B. (2003). Terapia Ocupacional en discapacitados físicos: Teoría y práctica España. Colección de terapia ocupacional. Editorial Médica Panamericana. 1-37.
- Rivas, R.M. (s.f.). Formación Monástica en Tlatelolco. De la Santa Cruz a San buenaventura transformaciones Institucionales, 512-518. Recuperado de la base

de datos de la Escuela Nacional de Antropología e Historia de Universidad Nacional Autónoma de México. www.iifl.unam.mx/pnovohispano/

Romero, G., Méndez, I., Tello, A. y Torner, C. (2004). Daño Neurológico secundario a hipoxia isquemia. Revista Scielo Archivo de Neurociencia (9) 3. México. Versión impresa ISSN 0187-4705.

Salgado, K. (2003). Influencia de la depresión materna en la rehabilitación de un hijo con parálisis cerebral. Tesis licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.

Sánchez, H. y Rangel, G. (2005). Estudio comparativo de la asertividad entre niños institucionalizados y niños que viven con su familia de origen. Tesis licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.

Secretaría de Educación Pública. México (2002). Programa Nacional de fortalecimiento de la educación especial y de la integración educativa.

Secretaria de Relaciones Exteriores, Dirección General de Derechos humanos y Democracia. Informe Inicial en México sobre el cumplimiento de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. (2011).

Secretaria de Salud (1994). Norma Oficial Mexicana de acceso y transito de los discapacitados. (1994).
<file:///D:/Mis%20documentos/PERSONALES/TESIS/BIBLIOGRAFIA/NOM-001-SSA2-1993.htm>

Sociedad Mexicana de Psicología. (2010) código ético del psicólogo. México Trillas.

Vasconcelos, O. (2001). El significado de los conceptos clave en el desarrollo psicosocial de mujeres adolescentes de una casa hogar. Tesis licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.

Vergé, J., Bordes, L. y Vigneaux, J. (1966). La Parálisis Cerebral infantil: su estructura dinámica. Barcelona. Editorial Científico Médica (2da.ed.).

Wanda G. y Adler K. (2010). Neurología para el logopeda. Barcelona. Masson 170-195.

ANEXOS

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN

Nombre: _____ Fecha _____

Favor de anotar su nombre, fecha del día de hoy y contestar libremente, marcando con una X en el espacio correspondiente.

1.- Es importante mantener una apariencia personal con aliño y cuidado.

Si _____ No _____

2.- Mantener un aseo bucal después de cada alimento, ayuda a mantener una boca sana.

Si _____ No _____

3.- Lavarse las manos antes de tomar cada alimento evita enfermedades.

Si _____ No _____

4.- Es necesario lavarse las manos después de asistir al sanitario.

Si _____ No _____

5.- Es más fácil encontrar tus cosas personales siempre en el mismo lugar.

Si _____ No _____

6.- Mantener tu dormitorio ordenado, es más cómodo y agradable habitarlo.

Si _____ No _____

7.- Hay que hacer la lista de enseres necesarios para comprar en el supermercado

Si _____ No _____

8.- Comprar solamente las cosas necesarias en el supermercado ayuda a la economía.

Si _____ No _____

9.- Me gusta preparar mis propios alimentos.

Si _____ No _____

10.- Cooperar con los deberes de la casa facilita la convivencia.

Si _____ No _____

11.- Limpiar, guardar los trastes de la comida es una forma de vida ordenada.

Si _____ No _____

12.- La Tolerancia y el Respeto son valores imprescindibles de la convivencia con los demás.

Si _____ No _____

13.- La crítica y la burla hacia los demás son formas de falta de respeto.

Si _____ No _____

14.- Anotar las actividades en una agenda, ayuda a cumplir con los compromisos y no llegar tarde a las actividades programadas.

Si _____ No _____

15.- Llegar a tiempo a los compromisos es una forma de respeto hacia los demás.

Si _____ No _____

Tabla 3.
Tabla Jerárquica de Técnicas y Tácticas de Dinámica de Grupo (González Núñez 1978)

1. Técnicas					2. Tácticas						
	Escolar	Laboral	Social	Clínico	Actividades Científicas		Escolar	Laboral	Social	Clínico	Actividades Científicas
1. Las Actividades	2	3	1	4		a) De iniciación y comunicación	1	1	1	1	1
2. La asamblea	1	2	3			b) De estructuración	1	1	1	1	1
3. La conferencia	2	1	3			c) Reflexivas	2	3	4	1	
4. Los congresos	3	3	3		1	d) De aceptación	1	1	1	1	1
5. Técnica demostrativa	2	2	3			e) De alentamiento	1	1	2	1	
6. El diálogo	1	2	3	4		f) De catarsis	3	2	2	1	
7. Discusión en grupos pequeños	1	1	2	4		g) De silencio				1	
8. La dramatización	1	2	2	1		h) De contextualización	2	2	2	1	
9. La entrevista	1	1	1	1		i) De interpretación, confrontación y clarificación				1	
10. Técnica expositiva	1	1	4			j) De terminación	1	1	1	1	1
11. Grupos de confrontación	1	1	3	1							
12. Los grupos de encuentro	1	1	2	1							
13. Grupos T	2	1		2							
14. Los grupos maraton	2	3		1							
15. Grupos psicoanalíticamente orientados	3	3		1							
16. Los grupos de sensibilización	2	2	3	1							
17. Interrogatorio por una comisión	1	1	2	1							
18. Las jornadas	1	2			1						
19. La mesa redonda	1	2			1						
20. La mesa redonda con interrogador	1	2			1						
21. Método de diálogo simultáneo	1	2	2								
22. Método de reunión en corrillos	1	2	3								
23. Promoción de ideas	1	1	3		2						
24. El "role playing"	1	2	2	2							
25. Los seminarios de investigación y trabajo	2	1			2						
26. El simposio	1	3			1						
27. El sociodrama	2	2	2	1							
28. Talleres de trabajo	1	1			1						