



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES «ZARAGOZA»

**Informe Final del Servicio Social
de la Carrera de Psicología Sobre**

PARALISIS CEREBRAL

**Realizado en la Asociación Pro-Paralítico
Cerebral, México, D. F.,
del 1o. de febrero al 31 de julio de 1982.**

TESIS

Para obtener el título de:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
presenta:
ANITA YAÑEZ MALDONADO

MEXICO, D. F.

1984



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.

P R O L O G O

Cumplir con la prestación del servicio social, requiere además de haber cubierto determinado número de créditos, abrirse a situaciones que difieren de las estrictamente académicas. Llegar al lugar en el que se cubrirá, es enfrentarse a personas que es necesario conocer, a problemas -- que solucionar y a demandas que satisfacer.

El trabajo realizado en la Asociación Pro-Paralítico Cerebral (APAC), resultó a raíz del deseo de hacer el servicio social dentro del área de educación especial. APAC es un lugar al que asisten personas limitadas físicamente, emocional o conductualmente, lo que ofrece la posibilidad de desarrollarse profesionalmente.

APAC representa un centro que proporciona la oportunidad de cumplir con las prácticas de servicio social, y además, de evaluar los conocimientos y capacidad de trabajo de los pasantes en situaciones reales, con personas que necesitan ayuda psicológica.

Es muy satisfactorio poseer algo de esta ayuda que ellos necesitan y poder otorgársela.

Se agradece la valiosa ayuda de la coordinadora, la psicóloga Isabel Sotelo, el apoyo de la mayoría de las madres que mantuvo el deseo de prestar un mejor servicio cada día. A la directora del programa de niños, la pedagoga Esperanza Bravo, por su gran disposición para el trabajo. A Mariana Angélica, de quien se aprende mucho de la forma como entregarse a los niños y de hacer todo lo que esté al alcance para que ellos aprendan y disfruten y quienes los atienden con ellos, todo momento que estén juntos.

Todas las experiencias obtenidas en el servicio social abren un mundo en el que se encuentra personas que ayudan y personas a quienes ayudar.

I N D I C E

Pág.

PROLOGO

INTRODUCCION

CAPITULO I.- PARALISIS CEREBRAL 1

MARCO CONCEPTUAL

| | |
|--|----|
| Definición | 2 |
| Causas | 4 |
| Clasificación | 5 |
| El sistema nervioso central | 10 |
| Elementos neurológicos que intervienen en la realización de algunas conductas | 13 |
| Diagnóstico | 15 |
| Repercusiones | 16 |
| Intervención de otras disciplinas | 17 |
| Pronóstico | 22 |
| Tratamiento | 25 |
| Técnicas para la rehabilitación del niño con Parálisis Cerebral | 28 |
| Educación del Niño con Parálisis Cere- bral | 36 |
| Incidencia | 40 |
| Centros de atención de la Parálisis Ce- rebral | 41 |

| | |
|---|----|
| <u>CAPITULO II</u> | 42 |
| METAS CURRICULARES | 43 |
| OBJETIVOS | 44 |
| Del Servicio Social: | |
| Nivel Institucional | 44 |
| Nivel Estudiantil | |
| De A.P.A.C. | 44 |
| Personales | 45 |
| | |
| <u>CAPITULO III.- CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA INSTITUCION</u> | 47 |
| Delegación Política | 48 |
| Institución donde se realizó el Servicio Social | 49 |
| Recursos Humanos | 50 |
| Recursos Materiales | 50 |
| | |
| POBLACION ATENDIDA | 52 |
| | |
| DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA | 55 |
| | |
| <u>CAPITULO IV.- ACTIVIDADES DESARROLLADAS</u> | 57 |
| Pláticas de información | 59 |
| Observación en los grupos escolares | 60 |
| Tratamiento individual a los niños con parálisis cerebral | 62 |

| | |
|--|------------|
| - Descripción del tratamiento del caso I | 67 |
| - Descripción del tratamiento del caso II | 72 |
| Valoraciones | 73 |
| Curso sobre comunicación en la familia y asertividad | 77 |
| Investigación estadística | 81 |
| RESULTADOS | 82 |
| ANALISIS | 89 |
| PROPUESTAS Y RECOMENDACIONES | 102 |
| ANEXOS | 104 |
| CONCLUSIONES | 118 |
| BIBLIOGRAFIA | |

INTRODUCCION

Aplicar los conocimientos teóricos adquiridos durante la carrera a situaciones reales es el compromiso que tiene todo estudiante egresado de la licenciatura. Esto implica más que cumplir con un requisito, buscar el papel del profesionista y desarrollarse como tal. El servicio social es la primera respuesta real que da la formación universitaria a las necesidades del país; y la satisfacción o no de estas necesidades repercutirá en el desarrollo académico de la institución, así como en la imagen profesional del propio pasante.

Tradicionalmente el servicio social ha sido considerado por los universitarios como un trámite para la obtención del Título Profesional. Además, los encargados del manejo y control de pasantes en servicio social han invertido la mayor parte de sus esfuerzos en los mecanismos administrativos inherentes a la realización del mismo. Esto ha ocasionado que el servicio social se asociara a un sistema de tipo burocrático, disminuyendo sus aspectos de formación profesional y de carácter académico que debiera definirlo.

Para los estudiantes, la prestación del servicio social les permite el desempeño de actividades propias del campo de su interés en situaciones y escenarios reales y no creados ficticiamente -- dentro del contexto docente. La experiencia adquirida permitirá

definir sus preferencias en cuanto a particularidades de su campo para ejercer profesionalmente.

Para las instituciones universitarias, el servicio social representa oportunidades para mantener contacto constante con situaciones extraeducativas obteniendo retroalimentación sobre aspectos como demanda laboral y necesidades nacionales. Esta información es de evidente utilidad cuando se incorpora a planes de estudio y contenidos curriculares.

Para las instituciones en donde se presenta el servicio social, éste representa una oportunidad para incorporar fuerza laboral joven y altamente motivada para actualizar técnicas y procedimientos a través de la inclusión de estudiantes que reflejan avances en sus disciplinas.

El servicio social se ha venido desempeñando principalmente a nivel individual siendo responsabilidad de los alumnos hacer los contactos con las instituciones.

Actualmente, este procedimiento es una opción; la Coordinación del Servicio Social de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Zaragoza, se encarga de promover plazas para el servicio social en distintas instituciones, garantizando el desempeño de actividades propias de la disciplina.

El presente trabajo es el reporte del servicio social, realizado en el departamento de psicología de la Asociación Pro-Paralítico Cerebral (APAC). La cual es una institución que tiene un convenio con la escuela para la realización del servicio social.

APAC es una institución dedicada únicamente al tratamiento y rehabilitación de personas que padecen parálisis cerebral.

Generalmente vemos el interés de diversas disciplinas como la medicina, la psicología, la pedagogía, etc., en el estudio de la parálisis cerebral. Lo que no queda claro es el carácter interdisciplinario que en últimas fechas ha querido manejarse dentro del ámbito científico, que teóricamente es fundamentado y explicado, pero que sin embargo, poco se ha entendido y mucho menos aplicado.

Por otro lado, existe la idea generalizada de que no hay estudios que orienten en cuanto a:

- El reconocimiento de personas con parálisis cerebral
- Cómo debe ser nuestra interacción con ellos
- El tratamiento a seguir en cada caso
- La intervención de cada especialista

El propósito del presente trabajo es mostrar el papel que un psicólogo desempeña en estos puntos dentro de una institución de educación para personas con parálisis cerebral, en la que trabaja.

ja personal de diversas disciplinas, a través de un reporte que - al mismo tiempo cumpla con los requisitos de un informe final de servicio social.

La importancia de la intervención de la psicología en esta área - se basa, por una parte, en datos que apoyan la efectividad de la aplicación de sus técnicas en la rehabilitación de la parálisis - cerebral; y por otra, en el incremento de la incidencia de la pa- rálisis cerebral en México, en un porcentaje importante (350 000 casos reconocidos en México en 1980, según datos de APAC).

Esto presenta la urgencia de incrementar los recursos científicos e instrumentales que se puedan aplicar en el tratamiento del niño con parálisis cerebral.

CAPITULO I
MARCO CONCEPTUAL

PARALISIS CEREBRAL

DEFINICION.

La parálisis cerebral infantil es la condición orgánica que limita las capacidades y habilidades que se reconocen en una persona socialmente normal. Hasta el momento el término "parálisis cerebral" ha sido definido de diversas formas, utilizándose por cada investigador aquella que a su criterio sea conveniente a su trabajo. Entre estas definiciones tenemos:

De acuerdo con la definición dada por la Academia Americana de Parálisis Cerebral (1958), esta es, "cualquier alteración anormal de movimiento o función motora, originada por un defecto, lesión o enfermedad del tejido nervioso contenido en la cavidad craneana".

Abbot (1974), la señala como una incapacidad neurológica causada por una lesión en los centros motores del cerebro, y agrega que, este daño cerebral no sólo acarrea la pérdida del control muscular funcional, sino también perturbaciones sensoriales.

Westlake (1974), la parálisis cerebral, no es un sólo tipo de trastorno neuromuscular, sino un grupo de trastornos que ocurren como consecuencia de un compromiso de áreas de control motor corticales o subcorticales.

La Asociación Pro-Paralítico Cerebral (1981), la define como -- "un conjunto de impedimentos que resultan de lesiones al sistema nervioso central: Cerebral, se refiere al cerebro; Parálisis describe la falta de control muscular que es frecuente (aunque no siempre) un síntoma".

La parálisis cerebral es definida como un grupo de síndromes caracterizados por la lesión cerebral de tipo irreversible, no -- progresiva, ocurrida durante los períodos de gestación, natal o postnatal que trae como consecuencia anomalías perceptuales visuales, auditivas y/o de lenguaje, así como debilidad mental y convulsiones en diferentes grados y combinaciones (Mendoza I. A. 1981).

Podríamos mencionar otras definiciones, ya que hay tantas como investigadores se han dedicado a estudiar la parálisis cerebral Sin embargo sólo se mencionan los elementos que aparecen en la mayoría de las definiciones:

Se habla de la presencia de una LESION

Localizada en el CEREBRO

Provocada en determinado PERIODO: gestación, natal, postnatal; que trae como CONSECUENCIA alteraciones en alguna o algunas de las siguientes funciones: en la actividad motora, funciones perceptuales, lenguaje, debilidad mental, y en general en el desarrollo infantil.

Es importante hacer notar que unas definiciones recalcan únicamente las alteraciones motoras originadas por la lesión, otras indican, además alteraciones sensoriales, pero ninguna especifi

4

ca alteraciones conductuales, que las hay por lo general en estos niños, como veremos posteriormente.

Por otra parte, también se han utilizado otros términos para -- describir las características que se presentan en estas personas, entre ellos: daño cerebral, disfunción cerebral mínima, daño neurológico, niños hiperquinéticos, etc.

La definición de Parálisis Cerebral, no determina únicamente -- los casos a los que se diagnosticará con éste término, un estudio de sus causas, se hace necesario en todos y cada uno de --- ellos.

CAUSAS.

Las causas de la parálisis cerebral son muy diversas, dependien do del período en que se produjo la lesión:

Primeramente, la ingestión de fármacos y las alteraciones cromosómicas y endócrinas, etc., son factores que hasta el momento - de la concepción pudieran alterar el buen desarrollo del niño.

Más adelante, las infecciones e hipoxias uterinas, son causas - prenales de traumas cerebrales.

En el momento del nacimiento, las hemorragias, las compresiones, laceraciones, anoxias, asfixias y otros traumas obstétricos, --

provocados por la desproporción del feto y la pelvis, un parto prolongado o precipitado, la compresión del cordón umbilical o la utilización de instrumentación pueden causar lesiones en el cerebro.

Posterior al nacimiento, enfermedades como la meningitis, enfermedades nutricionales o accidentes en los primeros años de vida pueden causar lesiones cerebrales.

El agente patógeno puede desarrollar precozmente su acción o puede actuar tardíamente y quedar un cerebro completamente desarrollado, de aspecto macroscópico normal, pero con escasez de células nerviosas corticales. O bien, una gran variedad de defectos en el cerebro y en la espina dorsal pueden presentarse en el momento del nacimiento. El daño puede ser limitado al sistema nervioso o puede incluir huesos, piel u otros órganos; en cualquier caso, no importa que lesión cerebral tenga, éste roza parcialmente la zona motriz

CLASIFICACION

Existen varias clasificaciones de acuerdo a los aspectos que se consideren; como el tipo de alteración motora que se presente, el tiempo en que aparezca la lesión, los miembros que sean afectados y la severidad de la lesión.

Según el tiempo en que se produce la lesión, la parálisis cerebral se clasifica en:

- Prenatal .- antes del nacimiento
- Natal .- durante el nacimiento
- Postnatal .- posterior al nacimiento

Tomando en cuenta las alteraciones motoras presentadas, la parálisis cerebral se clasifica en los siguientes tipos:

- a) Espástica.- Se caracteriza por la existencia de un reflejo de estiramiento patológico, hiperactividad de los reflejos tendinosos profundos, clonus, marcha en tijeras, hiperirritabilidad muscular, respondiendo con actividad muscular aún al más ligero estímulo. Usualmente es posible que los individuos con músculos espásticos los muevan voluntariamente, pero el movimiento puede ser explosivo, espasmódico, lento o pobremente ejecutado.
- b) Atetósica.- Tanto la contracción muscular como los reflejos son normales, pero la cantidad o calidad de movimiento es anormal. Tal movilidad puede ser involuntaria, incontrolable y pobremente coordinada, o puede ser realizada junto con rigidez o tensión. Como consecuencia, el movimiento toma patrones bizarros de diversos tipos. Todos estos movimientos son mínimos o ausentes cuando el paciente está en descanso y aumenta con la actividad voluntaria. El paciente con atetosis, a diferencia del espástico, no tiene dificultad para moverse, pero se mueve cuando no lo desea, y en la forma no deseada. El len

guaje y los músculos masticadores están a menudo involucrados el atetoide tiene la tendencia a hacer muecas en una forma -- que puede dar la falsa sugerencia de deficiencia mental, aunque puede ser mentalmente deficiente, no se puede tener la -- certeza de que lo sea.

De acuerdo con la Academia Americana de Parálisis Cerebral, hay cuatro subtipos de atetosis:

- 1) con tensión
- 2) sin tensión
- 3) distónica
- 4) temblorosa

c) Rígida.- Tanto los músculos agonistas como los antagonistas -- están afectados, trayendo como consecuencia una alteración de la relación agonista-antagonista, con aumento de la resistencia a los movimientos pasivos de ambos grupos musculares, con hipertonicidad, hiporreflexia, aumento del reflejo de estiramiento y de movimientos involuntarios.

d) Atáxica.- Caracterizada por alteraciones del balance y el --- equilibrio, siendo en la mayoría de los casos, moderada. El defecto usualmente no se nota hasta que el niño intenta caminar. Los casos más seriamente comprometidos presentan un patrón fundamental de seria incoordinación o pérdida de balance, o ambas. El niño con ataxia pierde el sentido de posición o - postura a causa de que no sabe que músculo usar para orientar

se en el espacio o con relación a la gravedad. Su marcha ordinariamente es tambaleante y va dando traspies. El tono muscular está más probablemente disminuido.

e) Temblor.- El movimiento involuntario sigue un patrón rítmico regular en que los flexores y extensores se contraen alternativamente. La velocidad y la cantidad de tales movimientos es más constante y predecible pero tiende a acentuarse con la actividad.

f) Mixta.- Combinaciones de dos o varios tipos de los antes mencionados.

Por otra parte, independientemente del tipo de alteración motora presentada, la parálisis cerebral se puede clasificar considerando qué miembros son los afectados:

Monoplejía.- Un sólo miembro está involucrado. Usualmente una monoplejía prueba ser, en un examen una paraplejía o hemiplejía moderada.

Hemiplejía.- Se encuentra afectada la mitad del cuerpo, incluyendo un miembro inferior y uno superior, siendo el superior el más afectado usualmente.

Diplejía .- Dos miembros inferiores están considerablemente más afectados que los superiores. Entendiendo -- que no se da un caso de diplejía pura, en la que esten afectados solo dos miembros, superiores o inferiores, manteniéndose intactos los otros dos.

Triplejia.- Tres extremidades, usualmente ambas inferiores y una superior, están afectadas.

Cuadriplejia.- Estan afectados los cuatro miembros, tanto los inferiores como los superiores.

Los problemas de la parálisis cerebral varían;

de severos a ligeros
de persona a persona, y
de un tiempo a otro tiempo en la misma persona.

La afección motora no es el único síntoma de parálisis cerebral, en estas personas observamos también:

- Alteraciones perceptuales
- Problemas oculares
- Transtornos de la atención
- Transtornos sensoriales
- Transtornos del aprendizaje
- Hiperquinesia
- Irritabilidad
- Impulsibilidad
- Disforia
- Desobediencia patológica
- Transtornos del lenguaje, el habla y la conceptualización
- Problemas de alimentación

Los síntomas varían mucho dependiendo de la severidad y localización de la lesión en el cerebro. Algunos niños con parálisis cerebral pueden mostrar señales evidentes en los primeros meses de vida; otros pueden tener síntomas desde el nacimiento.

El conocimiento de la localización de la lesión y la severidad - de la misma nos va a dar información sobre las áreas funcionales del cerebro afectadas y que áreas aún cuando no están afectadas fisiológicamente, se pueden o están siendo alteradas por la relación o conexión de éstas con las primeras.

Lo anterior nos hace ver la importancia que tiene el sistema nervioso, dada la relación tan estrecha que guarda con la parálisis cerebral.

EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

El estudio de la estructura y el funcionamiento del sistema nervioso es fundamental dentro del conocimiento de la parálisis cerebral, dado que ésta es provocada por lesiones sufridas por el sistema nervioso, en cualquier momento de su formación.

El sistema nervioso deriva del ectodermo dorsal del embrión. Su formación se inicia hacia la tercera semana de vida intrauterina; las múltiples divisiones del ectodermo van dando origen a las diferentes partes del sistema: médula espinal, bulbo raquídeo, protuberancia anular, cerebelo, mesencéfalo, hipotálamo óptico, --- cuerpo estriado y corteza cerebral. (Nava Segura, 1978)

El sistema nervioso esta formado por células nerviosas llamadas neuronas, éstas dejan de reproducirse a los ocho meses de gestación y ninguna puede ser reemplazada anatómicamente en caso de -

muerte, ya sea por lesión o envejecimiento.

Toda neurona recibe o puede recibir constantes estímulos excitadores o inhibidores. Los impulsos nerviosos son transmitidos de una neurona a otra a través de sinapsis, actuando como mediadores sustancias como la acetilcolina, adrenalina, dopamina, etc.

El sistema nervioso actúa como un sistema de retroacción negativa, en el que se establece un equilibrio entre la causa y el efecto, de forma que la causa es controlada para que los efectos no pasen de ciertos límites (retroalimentación). Además, existe una prealimentación, gracias a la cual, al planear una acción el sistema nervioso pone en marcha un mecanismo de predicción que hace posible la preparación del terreno para que la acción presente se ejecute adecuadamente, así el presente condiciona el futuro, y la previsión de este modifica áquel.

El sistema nervioso es alimentado con la información que captan los receptores periféricos de las modificaciones del medio ambiente o del propio organismo. Los receptores convierten la energía que presentan estos cambios en potenciales de acción que circularan por los nervios sensitivos. Cada receptor está adaptado para responder a un tipo determinado de energía: mecánica, electromagnética, térmica o química; aunque también pueden responder a otros tipos de energía. Esta energía constituye el "estímulo adecuado".

El transporte de la información desde los receptores hasta el sistema nervioso central requiere un sistema de codificación, es decir, una conversión de los estímulos exteriores en una señal adecuada. De forma semejante, al elaborar una respuesta motora es necesaria la descodificación de la clave. (Nava-Rivera -- 1970)

Todas las funciones fisiológicas que se necesitan para el trabajo físico deben ser coordinadas por el sistema nervioso. Por otra parte, en cualquier estadio de su desarrollo, el sistema nervioso está dispuesto para funcionar con respecto a un conjunto de condiciones de estímulo, antes de que sea estimulado.

También tenemos que la conducta concierne a la adaptación y el cerebro es el órgano principal de la adaptación, puesto que interviene en la integración y elaboración de la información proveniente de los diversos canales sensoriales. La aptitud cerebral para recibir, asimilar y organizar estos diversos insumos de información condiciona el desarrollo de una conducta flexible y modificable. (Cepeda T. C., 1974)

ELEMENTOS NEUROLOGICOS QUE INTERVIENEN EN LA REALIZACION DE ALGUNAS CONDUCTAS

Ya quedó comprendido anteriormente, que la conducta de un individuo no se realiza aislada del funcionamiento del sistema nervioso, sino que más bien, el funcionamiento de éste condiciona, en alguna medida el comportamiento.

Algunos ejemplos de la relación que guardan estas dos instancias son:

El movimiento o desplazamiento del cuerpo y de sus partes en el espacio son originados por la acción de la vía piramidal, el sistema extrapiramidal, el sistema motor cortical de asociación, la neurona periférica y el músculo.

El proceso de memorización constituye la base de cualquier tipo de aprendizaje; el sustrato morfofisiológico lo encontramos a nivel cerebral, sin embargo, aún se desconoce el papel particular de cada hemisferio en el proceso de aprendizaje, al parecer la capacidad de integración del comportamiento aprendido se podría hacer con un solo hemisferio (estando el opuesto bloqueado)

La integración de los elementos que forman el concepto de espacio-tiempo y la estructuración de la imagen corporal en el niño se lleva a cabo en la corteza cerebral subdominante, particularmente en el lóbulo parietal.

Con respecto al lenguaje tenemos que:

La lesión en la circunvolución frontal ascendente produce una dificultad a veces absoluta para el lenguaje oral, sin alterar la comprensión acústica (afasia motora).

La lesión en el lóbulo parietal y en las zonas posteriores del lóbulo temporal dan lugar a una dificultad para la comprensión en el lenguaje hablado (afasia sensorial).

Lesiones en el diencefalo y la sustancia gris del mesencefalo producen alteraciones en la articulación de las palabras (disartrias). (Small, L.1975).

Si bien es posible localizar con bastante precisión ciertas funciones, existen conexiones entre esas localizaciones y el hemisferio opuesto, en el cual también están representadas aunque en menor grado. Puede ser que una función determinada tenga una representación precisa en un hemisferio cerebral, y una representación difusa en el opuesto.

El desarrollo de un individuo es también determinado por condiciones ambientales que van a explotar las potencialidades de la estructura cerebral. La síntesis de estos factores va a dar como resultado un modo de comportamiento, que va a ser calificado como "normal" o "anormal" por el entorno social del mismo individuo.

Las áreas funcionales que haya alcanzado la lesión en el cerebro y el grado de severidad de la misma nos va a dar los diferentes cuadro clínicos.

El cuadro clínico que nos presenta un parálitico cerebral se describe con la mayoría de los signos mencionados anteriormente, variando de un paciente a otro.

DIAGNOSTICO

La detección temprana y certera de la parálisis cerebral es de vital importancia, ya que de esa manera se puede iniciar un tratamiento inmediato que impida que se desarrollen deficiencias en otras áreas, o que se agrave la lesión inicial.

DIAGNOSTICO MEDICO

En un caso de parálisis cerebral, es el médico quien, en principio, determinará el diagnóstico debido a que generalmente es él el primer profesional de quien se espera que haga algo; es él -- quien en el momento del parto puede detectar las anomalías físicas de la parálisis cerebral, y en algunos casos existen condiciones patológicas que impiden o retardan el desarrollo.

Este diagnóstico es un dato que va a determinar, en primer lugar la actitud de las personas que rodean al niño, y también, la intervención de diferentes disciplinas para la rehabilitación o la

habilitación del niño con parálisis cerebral.

REPERCUSIONES DEL DIAGNOSTICO

Con este diagnóstico, actualmente una persona con parálisis cerebral se va a enfrentar a problemas de diversos tipos:

- a) **Problemas Prácticos.**- Para aprender, debido a problemas de percepción, retardo mental. Para ganarse la vida, debido a limitaciones físicas, la falta de comprensión de la sociedad en que viven, etc.
- b) **Problemas Sociales.**- Al establecer relaciones con otras personas, progresar en la escuela o en el trabajo, etc., lo que exige gran esfuerzo por los defectos del habla, el oído y otras desventajas físicas.
- c) **Problemas Personales.**- La tensión mental y los problemas psicológicos pueden surgir como resultado de: 1) indirectamente de la frustración por las limitaciones físicas. 2) de la sobreprotección, hostilidad, rechazo de otras personas, o 3) directamente de las lesiones del cerebro. (Maxine, G. 1976).

Por otra parte, la familia del niño con parálisis cerebral tiene generalmente a desarrollar: sentimientos de culpabilidad, ansiedad y resentimiento, hacia el niño o hacia algún miembro de la familia.

En general la lesión cerebral, determina cambios en la conducta, las aptitudes y personalidad, y estos cambios influyen en el -- propio paciente y en quienes lo rodean. Se altera así la interacción de tal manera que los cambios en los demás vuelven a actuar sobre el paciente mismo. (Ramfrez S., 1978)

El diagnóstico médico (parálisis cerebral), es lo que hasta este momento sigue determinando la actitud de uno y de otros.

INTERVENCION DE OTRAS DISCIPLINAS

Valorar el comportamiento motor del paralítico cerebral y nada -- más, no ofrecería un cuadro real de su problema total. Es importante prestar atención a los aspectos psicológicos y pedagógicos del mismo.

La intervención de la psicología y pedagogía, parte de lo anterior, continuando con la obtención de nuevos datos para una evaluación más completa del niño con parálisis cerebral.

La participación del psicólogo, según Mendoza (1981), sería de -- gran valor en las etapas de:

- Evaluación
- Diagnóstico
- Elaboración de programas
- Orientación
- Revaloración

Sabemos que es imposible evaluar en toda su amplitud la incapacidad del niño para explorar el ambiente durante su lactancia y primera infancia. Estudios recientes señalan que estos niños -- tienden a desarrollar poco o nada ciertos conceptos o percepciones relacionados con los mismos. (Cruickshank, 1979; González J., 1974; González C., 1976; Ramírez B., 1974; Zamora C., 1980; Mendoza I., 1981).

Así mismo, suelen estar muy poco desarrolladas sus percepciones de tiempo, peso, sonido, formas visuales, olores, así como las referentes al carácter y sensibilidad; esto en gran parte debido a su falta de contacto con los objetos. (Finnie 1974; Pilch, --- 1969)

Por otra parte, "cuando se mide el nivel de capacidad de desempeño de cada una de las diferentes funciones cognoscitivas a través de una serie de tareas graduadas (pruebas psicológicas), y dado que la naturaleza de los procesos cognoscitivos varía según la fase de desarrollo, el perfil de desarrollo ontogénico del niño con daño cerebral se mostrará heterogéneo viéndose mayormente disminuido en la (s) función (es) que directamente afecte la lesión". (Ramírez, S., 1978)

Una de las áreas que mayor consternación causa en los familiares y en el personal que atiende a personas con parálisis cerebral, es la relacionada con la inteligencia del niño.

Es necesario señalar con energía que la parálisis cerebral no necesariamente se acompaña con deficiencia mental; "El rostro del niño podrá ser inexpresivo y verter saliva, no porque sea un deficiente mental, sino porque los músculos no cumplen su función normal", González C. (1976), señala que como este estado obedece a una lesión cerebral es natural que si la lesión es muy grande esté afectada la inteligencia, cosa que sucede en particular si la lesión radica en la corteza.

Por otra parte, resulta sumamente difícil medir la inteligencia de un niño con parálisis cerebral porque las pruebas usuales requieren cierta expresión verbal o algún grado de coordinación muscular, cosa que muchas veces está fuera del alcance de estos niños.

Bobath (1974), destaca que es particularmente difícil valorar la inteligencia del niño muy incapacitado "cuya imposibilidad para responder no deriva necesariamente de una falta de inteligencia innata, sino que en muchos casos es causada por la persistencia de grados anormales de modalidades primitivas de postura y movimiento, que impiden la aparición de respuestas motoras más maduras".

Definida la inteligencia como la habilidad de aprender, de razonar las cosas y sacar provecho de las experiencias..., como lo cita Finnie, encontramos que ésta está alterada en los niños con

parálisis cerebral, ya que algunas de las células del cerebro - han sido dañadas en alguna forma desde el nacimiento, y esto no puede ser directamente reparado aunque sus efectos si pueden -- ser superados hasta cierto grado, por ejemplo con adiestramien- to, como lo indica Pilch (1969). En estos casos la utilización de la prueba psicológica de inteligencia, como instrumento de - diagnóstico, tendría como propósito principal proporcionar li- neas guía que nos indiquen, aproximadamente que tanto ha aventa- jado un niño en su aprendizaje, y cuanto desarrollo en ese sen- tido podemos esperar razonablemente durante los próximos años - (García de León, 1965).

Terman y Merrill (1975), señala que "los niños no se dejan absor- ber fácilmente por una tarea, y se fatigan pronto. Sus respues- tas pueden verse influidas por el hambre, el desasosiego, el de- seo de agradar, la timidez y muchos otros motivos y circunstan- cias", por lo cual da algunas recomendaciones que deben tomarse en cuenta durante la aplicación de la prueba de inteligencia -- elaborada por ellos mismos, para obtener un dato más confiable.

En los niños que han sufrido una lesión cerebral, la aplicación de una prueba de inteligencia resulta aún más complicado, vién- dose influido además por las alteraciones consecuentes de la le- sión, lo que dificulta la obtención de información útil con la sola aplicación de una prueba estandar.

No obstante, la evaluación de esta y otras áreas en correlación con el desarrollo progresivo de las mismas nos ofrecerá un conocimiento más claro de cada caso particular.

Esta información la podemos obtener por diferentes medios e instrumentos que la mayoría de los investigadores seleccionan y -- elaboran para ser utilizados en la realización de investigaciones y en la práctica misma. Entre otros instrumentos tenemos:

- Formatos de entrevista
- Inventarios
- Cuestionarios
- Pruebas psicológicas
- Formas de registro

En general, todo instrumento capta información no solo de un --- área o aspecto particular, sino de varios, lo cual enriquece --- nuestro conocimiento y confiabilidad del mismo.

Por otra parte, independientemente de los instrumentos utiliza-- dos para la recopilación de datos, los cuales servirán para de-- terminar un diagnóstico, este debe ser entendido como un proceso de investigación, donde la impresión diagnóstica inicial sólo pa-- se a ser hipótesis de trabajo, que a la luz de los datos recopilados y del conocimiento del peso de las variables que determi-- nan el fenómeno se confirma o niega; dejando así, la posibilidad a nuevas hipótesis.

Paralelamente a la investigación diagnóstica, se debe trabajar -

en los programas de habilitación adecuadamente orientados por el conocimiento del caso que va permitiendo este proceso.

PRONOSTICO

El nivel de precisión del conocimiento que tengamos de un caso de parálisis cerebral, y el nivel de certeza y control con que se aplique el tratamiento nos permitirá determinar el curso de los avances del caso en su adaptación.

El resultado final para la adaptación yace no sólo en la naturaleza de los conflictos y síntomas del individuo, sino en sus recursos totales para manejarlos, esto es, el potencial de integración de una personalidad y el carácter psicológico del grupo familiar del que forma parte.

El problema no es tanto la forma del síntoma como el modo en que la capacidad integradora del individuo maneja el conflicto central, y la manera en que sus relaciones familiares afectan este resultado.

Si partimos de que el medio más próximo en el que crece y se desarrolla el niño es la familia y que de ahí emanan una serie de variables que determinan su conducta, así como de que uno de los objetivos, entre otros, en el trabajo de habilitación, es integrar en lo posible al niño con parálisis cerebral a la familia, debemos conceder importancia a las condiciones ambientales que se dan en la misma. (Weiss, B., 1975)

Según Ramirez (1978), se debe comprender en el estudio de dichas condiciones ambientales: la salud mental de la familia en sí, su nivel de integración, su economía, el concepto que cada uno de sus miembros tenga sobre el fenómeno y el tipo de relaciones interpersonales para con el miembro que manifieste déficit conductual.

Además, señala como factores importantes que repercuten en el cuadro familiar, para la determinación de una psicopatología, los siguientes:

- El sentimiento de culpa
- El conflicto producto del rechazo consciente y la presión normativa social de aceptación.
- El ausentismo: deshacerse de la responsabilidad
- La falta de atención a los otros hijos

La determinación conductual del sujeto (dependencia-autosuficiencia) como consecuencia del manejo familiar, tiene como una de las variables, la forma como la familia y medio social estimula las respuestas (manejo de reforzadores y estímulos aversivos).

Hipotéticamente, se considera que a mayor déficit mayor dependencia, a su vez, a mayor dependencia, menor posibilidad de productividad, económicamente hablando.

De aquí se deriva otro factor que determinará la adaptación del parálitico cerebral: la respuesta específica de la sociedad an-

te él.

Lo característico de todos los individuos disminuidos no son sus características propias, sino la actitud del medio ambiente ante ellos. Un disminuido es alguien al que los demás consideran incompetente, alguien a quien se intenta ayudar, proteger o evitar, como lo describe Bartel y Guskin, citado por Pilch (1969).

Refiriéndose a la competencia social, entendida como la capacidad que tiene un individuo con respecto a otros de responder a las condiciones y exigencias dadas e impuestas por la misma sociedad; encontramos que el sujeto con déficit conductual por parálisis cerebral tendría remota la posibilidad de producir a nivel de poder entrar en una competencia social y por lo tanto, también remota la posibilidad de integrarse realmente a su sociedad.

En general, se considera que el rechazo, tanto familiar como social, hacia el niño con parálisis cerebral, incrementa su déficit, y que la sobreprotección lo sostiene, impidiendo en cualquiera de los dos casos la habilitación del niño y logro de su independencia potencial.

Una consecuencia de la actitud de la sociedad hacia las personas impedidas es la marginación que sufren respecto a una educación escolar. La ausencia de ésta en las personas con parálisis cerebral, pone a dichos individuos fuera del alcance de --

las ventajas de la formación académica y la imposibilidad para poder competir con sujetos sanos en el terreno ocupacional, por la ausencia de repertorios específicos, condenándolos a desarrollar labores en las cuales no son necesarios los conocimientos escolares.

Todo lo mencionado, posiblemente nos ayude a determinar las condiciones de un niño con parálisis cerebral en particular y la gafa pronóstico del mismo. Sin embargo, como indica Ribes, de antemano, no puede establecerse con certeza el límite máximo -- del pronóstico, dado que es tan intrincada la relación entre todos los determinantes del fenómeno y que desconocemos la manera en que nuestra intervención afecta a cada uno, lo que dificulta preveer los cambios totales positivos que se podrán obtener.

TRATAMIENTO

La iniciación del tratamiento, tanto su prontitud como su certeza y continuidad, nos irá indicando el pronóstico en cada caso.

Mencionamos que el diagnóstico inicial era dado por el médico - quien al igual, primeramente determinaba el tratamiento inmediato y mediano para la rehabilitación de la parálisis cerebral -- diagnosticada.

Dentro del enfoque médico hay cuatro procedimientos para el tratamiento de la parálisis cerebral, a saber:

- 1) El empleo de aparatos que faciliten el trabajo orgánico o que sustituyan funciones perdidas.
- 2) La administración de fármacos
- 3) Las intervenciones quirúrgicas
- 4) La rehabilitación física

La intervención del psicólogo, entre otros, se va a integrar - generalmente con la existencia previa de estos procedimientos.

La justificación de esta intervención nos la aclara Bijou cuando dice que: "en aquellos casos en los que las condiciones orgánicas no sean prevenibles o médicamente remediables, la tarea de elaborar técnicas especiales de entrenamiento y de preparar ambientes psicológicos especiales les compete a científicos conductuales" (Bijou, 1963).

Al encontrarse con la condición anterior y su incidencia, las técnicas derivadas de la psicología han ampliado su aplicación, comprobando su efectividad en muchos casos, contribuyendo en -- cierto grado a la solución del problema.

La medicina y la psicología no son las únicas disciplinas que - van a interesarse en personas con parálisis cerebral; sería olvidar que una persona constituye una unidad biopsicosocial, y que, por lo tanto, otras disciplinas tienen valiosas aportaciones para entender y de algún modo ayudar a estas personas.

Además de la medicina y la psicología encontramos la participa-

ción de trabajo social y pedagogía que trabajan directamente con paráliticos cerebrales.

Trabajo social, por su parte, desempeña funciones como:

1. Estudios socioeconómicos, para detectar, por una parte la situación económica, social y cultural de cada persona; y por otra detectar el cuadro familiar de cada paciente, la estructura y condiciones de la misma.
2. Participa en la orientación a los padres de familia.

Pedagogía se encarga de detectar y analizar los elementos que facilitan o interfieren en el proceso enseñanza-aprendizaje, obteniendo con esto una guía para:

1. La elaboración de programas de Educación Especial.
2. Detectar las posibilidades particulares de una persona para su aprovechamiento académico.
3. Tratar en lo posible, de optimizar las condiciones para facilitar dicha educación.

Ahora bien, la intervención de una o varias disciplinas requiere de ciertas condiciones adecuadas a las técnicas que implementará cada una de ellas. Así el médico necesitará de aparatos e instrumentos especiales y medicamentos, el psicólogo de materiales ---

apropiados, al igual que trabajo social y pedagogía; y todos de un ambiente adecuado para trabajar. Por lo cual resulta deseable y más posible que estas condiciones se establezcan en una sola institución, facilitando con ello una colaboración interdisciplinaria para el tratamiento de la parálisis cerebral.

TECNICAS PARA LA REHABILITACION DEL NIÑO CON PARALISIS CEREBRAL

Jean Louis Poul, de la escuela piagetiana, en el primer Congreso Nacional sobre Deficiencia Mental, indicó que el análisis de los procesos de desarrollo y de las estrategias que el sujeto debe poner en juego para llegar a adquirir sus habilidades iniciales, en realidad señala un modo de funcionamiento que se opone al de su funcionamiento espontáneo. Según él, las intervenciones implican: una atención continua, discriminación y comparación, representación y corrección de las adquisiciones anteriores, que se utilizarán más adelante como mediadores de las adquisiciones posteriores.

Igualmente, considera que el tratamiento debería implicar la conducción de estas adquisiciones en su aplicación misma, ayudando al niño a funcionar más "normalmente", corrigiendo cuando menos momentáneamente las conductas y áreas deficientes de su comportamiento espontáneo. Considerando que el mantenimiento de estas conductas deficientes podría afectar en forma determinada su desarrollo intelectual, y en última instancia su desarrollo general.

Aunque dicho Congreso fue sobre deficiencia mental, estas indicaciones bien pueden ser utilizadas en el tratamiento de cualquier problema abordado por la educación especial.

Por su parte, Ribes menciona que "el tratamiento conductual abarca tres aspectos fundamentalmente: 1) la creación de nuevas conductas; 2) el aumento de frecuencia en conductas ya existentes; 3) la supresión de conductas objetables...a través de la manipulación básica de los estímulos discriminativos y reforzadores, así como otros estímulos con propiedades aversivas". (Ribes, -- 1980), como lo han hecho Ulrich-Stacknik en la corrección de -- problemas conductuales en los salones especiales a través del -- análisis experimental conductual. (Ulrich-Stacknik, 1977)

Aceptar como objetivo provocar la adquisición de nuevas conductas, nos conduce a crear un ambiente correctivo para el niño -- con parálisis cerebral especial a las características de su comportamiento. El procedimiento constituiría un atajo que limite -- la tarea del niño al tratamiento de las conductas propuestas -- con el propósito de permitir la adquisición y progreso más acelerado y adecuado.

Para Cruikshank, 1973; el objetivo de la rehabilitación sería el dirigir todos los esfuerzos a que el sujeto gane los estímulos pertinentes para que triunfe sobre su incapacidad.

Por otro lado, la evaluación de los repertorios, las deficiencias y conductas perturbadoras de los niños, define los objetivos, y éstos a su vez los programas que se van a aplicar en los diferentes casos particulares.

Los métodos de modificación de conducta, derivados del análisis experimental de la conducta, han sido aplicados en distintos centros de rehabilitación para la solución de diversos problemas conductuales. Bijou y Ribes, 1977; Ribes, 1980; Cruickshank 1979; Galindo y otros, 1980; García de León, 1965; González M., 1975; y sus resultados demuestran que la aplicación de estos métodos son eficaces para la rehabilitación conductual de personas con parálisis cerebral, entre otros.

Basándonos en el análisis experimental conductual, los procedimientos para el establecimiento de conductas fundamentalmente son cuatro: el reforzamiento positivo, el moldeamiento por aproximaciones sucesivas, el reforzamiento negativo y el modelamiento (imitación).

Para el mantenimiento de las conductas ya adquiridas se recurre al reforzamiento intermitente y al establecimiento de las funciones reforzantes de las consecuencias socioculturales.

Para la eliminación de conductas se emplean técnicas como la extinción, el tiempo fuera del reforzamiento, el castigo, el re-

forzamiento de conductas incompatibles (RDO), el costo de respuesta y la sobrecorrección. (Ribes, 1980)

A continuación se hace una breve descripción de estas técnicas:

REFORZAMIENTO POSITIVO.- Es el efecto seguido a un procedimiento particular que consiste en administrar una consecuencia tan pronto se emite una conducta determinada. El reforzamiento positivo se distingue porque produce consistentemente un aumento en la probabilidad de presentación de la conducta; es decir, se hace más factible que una determinada conducta se presente con mayor frecuencia en lo futuro. Cuando se obtiene este efecto, decimos que la consecuencia de la conducta es reforzante.

MOLDEAMIENTO POR APROXIMACIONES SUCESIVAS.- Se utiliza en los casos en que el sujeto no posee una determinada conducta en absoluto, es decir, jamás ha emitido previamente la respuesta que estamos interesados en reforzar. El primer paso consiste en definir de la manera más precisa posible cual es la conducta final que deseamos obtener; posteriormente se comienza por elegir una conducta más amplia dentro de la cual esté incluida la que hemos previsto, o que tenga alguna semejanza formal con ella, y que, por supuesto, el sujeto debe mostrar en su repertorio; se refuerza consistentemente hasta que se presente con frecuencia. El paso siguiente consiste en restringir la amplitud de esta conducta y hacerla cada vez más parecida a la conducta deseada,

mediante un reforzamiento diferencial. El resultado del procedimiento es una nueva respuesta.

REFORZAMIENTO NEGATIVO.- Es el aumento en la probabilidad de -- que una respuesta se presente como consecuencia de la omisión - de un estímulo u objeto. En este caso, se retira un objeto o hecho que comunmente antecede a la respuesta que nos interesa; como consecuencia de tal exclusión, aumenta la frecuencia de la - respuesta. Es fundamental que la respuesta sea el medio a tra--vés del cual se retire o excluya aquel objeto o hecho; es decir, la desaparición del hecho o estímulo debe ser la consecuencia de la conducta.

MODELAMIENTO (IMITACION).- Es un procedimiento para fomentar la adquisición de una nueva conducta. Puede utilizarse únicamente con sujetos que posean un repertorio conductual mínimo previo. En la imitación hay tres aspectos importantes: a) la semejanza entre la conducta del sujeto imitador y la del modelo; b) la relación temporal entre estas conductas, y c) la omisión de ins--trucción explícita para que el sujeto imite la conducta.

REFORZAMIENTO INTERMITENTE.- Se utiliza cuando encontramos que la conducta se presenta con la frecuencia suficiente como para considerar que el sujeto la ha adquirido y deseamos que siga --dándose sin necesidad de un reforzamiento continuo. Consiste en presentar el reforzador de manera discontinua, o sea, que no se

refuerzan todas y cada una de las respuestas del sujeto, sino - que solamente algunas de ellas. El reforzamiento intermitente - de la conducta puede basarse en varias formas de presentación - temporal del reforzador: Puede programarse teniendo en cuenta - el número de respuestas o también el tiempo que transcurre, de- nominándose de "razón" y de "intervalo" respectivamente. Estos a su vez pueden establecerse fijos o variables en cualquiera de los dos casos.

EXTINCIÓN.- Este procedimiento consiste en suspender la entrega de reforzamiento, es decir, suprimir las consecuencias que si- guen a determinada conducta. La suspensión del reforzamiento de be ser completa; el reforzador ya no se debe administrar nunca para esa respuesta. El efecto de la extinción es una disminu- -- ción gradual en la frecuencia de las respuestas hasta que desa- parece completamente. Sin embargo, es conveniente señalar que, al principio de la extinción, se produce un aumento transitorio en la conducta que disminuye luego rápidamente. Para aplicar la extinción, es necesario identificar el reforzador que mantiene la conducta, pues de otra manera es imposible utilizar el proce- dimiento.

TIEMPO FUERA DEL REFORZAMIENTO.- Es un procedimiento de gran u- tilidad cuando, aún conociendo el reforzador que mantiene la -- conducta, no podemos suspender su administración. Lo que se ha- ce entonces es sacar al sujeto de la situación cuando emite la

conducta que deseamos suprimir; como consecuencia, el sujeto - pierde contacto con los estímulos y reforzadores que mantienen la conducta. Es recomendable asociar el tiempo fuera del reforzamiento con estímulos discriminativos, como pueden ser aclaraciones verbales, etc., que constituyen una forma de control -- dentro del medio en que el sujeto da la respuesta indeseable.

CASTIGO.- Es un procedimiento mediante el cual aplicamos un estímulo -punitivo- como consecuencia de una conducta; el efecto que persigue es la supresión de dicha conducta por reducción - de su probabilidad futura. Hay que llenar, pues, dos requisitos: uno, que el estímulo punitivo se presente después de la - respuesta y como consecuencia de ésta; dos, que efectivamente se reduzca la probabilidad de la conducta en cuestión. Si no - se cumplen ambos requisitos no podemos hablar de castigo.

REFORZAMIENTO DE CONDUCTAS INCOMPATIBLES.- Es una forma de suprimir una conducta sin necesidad de utilizar estimulación --- aversiva. Se basa en el reforzamiento de otras conductas incompatibles con la respuesta que se va a suprimir. El procedimiento es como sigue: Se especifica una conducta tal que, al emitirse, imposibilite que la conducta indeseable se efectúe. Una vez planeada la situación de respuesta, se refuerza activamente la conducta incompatible de manera continua, RFC, sin aplicar ninguna consecuencia a la conducta indeseable. El aumento de la conducta incompatible se traduce en una disminución concomitante de la conducta indeseable.

COSTO DE RESPUESTA.- Este método se aplica cuando el sujeto tiene a mano algún reforzador que es susceptible de ser retirado. La naturaleza de este reforzador puede ser muy variada: un dulce, un juguete, la posibilidad de salir a jugar, ir al cine o ver la televisión, etc. El retiro del reforzamiento es inmediato, lo que ocasiona la reducción de la respuesta, cuya consecuencia es la pérdida de reforzamiento.

EDUCACION DEL NIÑO CON PARALISIS CEREBRAL

El derecho a la igualdad de oportunidades para la educación es uno de los principios fundamentales de la legislación mexicana; por ello, a principios de la década de los 70's se creó la Dirección General de Educación Especial con el propósito de otorgar dichas oportunidades a personas con necesidades especiales (SEP-FONAPAS, 1981)

Es importante tener muy claro que el tratamiento no se debe -- identificar con la educación, aquel es solamente una condición previa para ésta. La limitación de la ayuda a medidas corporales la encontramos frecuentemente, lo que resulta fatal, ya -- que descuida a menudo otras posibilidades decisivas del niño -- impedido, como las que se dan en la esfera afectiva, social y educativa.

De acuerdo con las características funcionales de las alteraciones neuromotoras, se requiere una educación específica que permita desarrollar los procesos de aprendizaje y rehabilitación del niño para su integración escolar, su adaptación social y más tarde la vida productiva. (Revista Educación, 1981)

En la esfera afectiva y social, el psicólogo cuenta con los -- elementos y algunas medidas pertinentes para que el desarrollo de estas áreas sea acorde a las necesidades personales y exi--

gencias ambientales. Al respecto se dice que una de las principales tareas del psicólogo es el asesoramiento a padres de niños con parálisis cerebral, que ayudaría para nuestro propósito, ya que, como se mencionó anteriormente, la familia es el ambiente que mayor influencia tiene en el desarrollo inicial, positivo o negativo de cada uno de sus miembros, particularmente del niño con parálisis cerebral.

Dicho asesoramiento estaría dirigido a orientar a los padres y a los otros miembros de la familia, respecto a la aceptación del miembro con su problemática y la cooperación de todos para su rehabilitación (forma en que deben tratarlo, actividades -- que pueden realizar con él para rehabilitarlo o actitudes que deben eliminar por interferir en su avance).

Es importante que los padres sean considerados como verdaderos terapeutas. Para esto es fundamental proporcionarles:

1. Estímulo, en lugar de la simple instrucción.
2. Dirección, en lugar de la sola explicación.
3. Preparación y reforzamiento de actitudes positivas -- frente al niño.
4. Procedimiento paulatino, no global.
5. Confirmación de los éxitos alcanzados.

En la esfera afectiva, el maestro debe ser suficientemente capaz como para proponerse como meta que estos niños den lo mejor de sí, en competencia exclusiva consigo mismos.

Se considera que el tratamiento y educación se integren en:

- Un programa de educación especial.
- Talleres de capacitación, y
- Actividades recreativas.

La participación de personal de diversas áreas de la institución es importante para el desarrollo de estos programas. (APAC 1981)

Bijou y Ribes (1977), señalan tres características comprendidas en el proceso para la creación de una tecnología conductual para la enseñanza especial:

- 1° Todos los materiales y procedimientos para la enseñanza se crean en una clase para niños impedidos, participando en ella el maestro y su ayudante.
- 2° Los cambios efectuados en los materiales y técnicas de enseñanza se fundan en la concepción de la enseñanza conceptualizada como una preparación de condiciones y contingencias de reforzamiento que facilitan el aprendizaje.
- 3° La eficacia de cada cambio se estima mediante los datos obtenidos de la manipulación de la actuación de niños estudiados individualmente.

La aplicación de los programas conductuales y escolares presupone la manipulación de una serie de procedimientos que tiendan a diseñar el ambiente general e individual del sujeto, de tal modo que facilite y promueva la adquisición de las conductas que sean necesarias para remediar cuando menos parcialmente, la deficiencia; y facilitar igualmente la adquisición de los procedimientos para su formación escolar.

Cruickshank menciona que, dadas las características de estos niños resulta que, el mejor salón para niños normales, será pésimo para el niño con daño cerebral, ya que las necesidades de ambos grupos son opuestas.

El papel que pueden desempeñar los padres en la realización y logro de los objetivos de los programas puede ser muy valiosa, y más si su participación es conocida, asesorada y coordinada por el personal especializado de la institución.

Su intervención principalmente va a consistir en continuar y reforzar el tratamiento en el hogar, integrando al niño al grupo familiar y rodearlo del ambiente y condiciones materiales con los que normalmente tienen contacto los demás miembros de la familia.

La participación de todos los miembros de la familia va a ser una de las medidas más útil y eficaz para la mejor rehabilitación del niño con parálisis cerebral. La dinámica de esta --

participación deberá dar como resultados intermedios, los siguientes:

- Un conocimiento general del tipo de parálisis cerebral que tiene el miembro afectado, y con ello, una idea real de su situación.
- Las posibilidades que tiene o puede alcanzar.
- Una actitud positiva hacia el niño y un manejo adecuado al mismo.

La presencia o ausencia de esta dinámica, o la disponibilidad de la familia para seguirla van a determinar, en principio, la situación real del niño con parálisis cerebral. (Ramirez S.,1978)

INCIDENCIA.

La atención de personas con parálisis cerebral se hace cada vez más difícil ya que es una de las causas más importantes de invalidez. Según la Asociación Pro-Paralítico Cerebral, en 1980 existían 350 000 casos de parálisis cerebral reconocidos en México, además de los muchos que se encontraban sin diagnóstico, ni atención adecuada.

Esta cifra se va incrementando cada año, situación que va agravando el problema de dar atención especial a estas personas.

CENTROS DE ATENCION DE LA PARALISIS CEREBRAL

En México, a partir de la década pasada se han venido creando - Centros e Instituciones con el propósito de satisfacer la deman da. Entre estos centros tenemos:

- A.P.A.C.
- Clínicas de Conducta
- Clínicas Psicopedagógicas
- Escuelas de Educación Especial
- Grupos Integrados
- Centros de Educación Especial y Capacitación para el Trabajo
- Industrias Protegidas
- Talleres Protegidos

Es importante señalar que estos centros ofrecen servicios de re-
habilitación a diversos tipos de problemas especiales, entre ---
ellos: Deficiencia Mental, Síndrome de Down, Problemas Psicomoto
res, Problemas Neurológicos, etc; en esta última área, la Direc-
ción General de Educación Especial incluye a niños con alteracio
nes del Sistema Nervioso Central, que comprometen de manera gene
ral o específica la motricidad voluntaria, y dificultan sus acti
vidades básicas cotidianas, el aprendizaje escolar y su adapta--
ción social.

CAPITULO II

OBJETIVOS Y METAS CURRICULARES

El servicio social es una de las etapas finales de una carrera profesional, que entre otras finalidades, tiene la de comprobar el logro y la validez de un plan de estudios; así como el cumplimiento de objetivos señalados para el servicio social por la institución universitaria, la institución donde se realiza y los del propio pasante.

El Plan de Estudios de la Carrera de Psicología de la E.N.E.P., Zaragoza (1980), señala las siguientes:

METAS CURRICULARES

1. Integrar el servicio, la investigación y la docencia.
2. Integrar la metodología de las ciencias naturales y -- las sociales
3. Promover la interdisciplinaridad.
4. Orientarse preferentemente hacia el servicio comunitario.
5. Formar y no solamente informar al estudiante.
6. Ampliar el campo profesional del psicólogo.
7. Desarrollar de una forma integral las distintas actividades instruccionales siguiendo una estructura modular.
8. Adecuar las actividades de docencia, investigación y -- servicio a las necesidades nacionales.
9. Promover la adquisición de aquellas habilidades, conocimientos y metodología que le permita al egresado, desarrollar las funciones profesionales de detección, análisis, intervención e investigación en los sectores de educación, salud, producción y consumo, ecología y vivienda y organización social.
10. Evaluar de manera continua los diferentes elementos -- del plan curricular.

OBJETIVOS

La Coordinación del Servicio Social de la Carrera de Psicología en la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Zaragoza, define los siguientes objetivos generales para el programa de servicio social :

NIVEL INSTITUCIONAL

1. Propiciar situaciones de aplicación de la práctica psicológica que permita relacionar al psicólogo como profesional de la conducta, comprometido con la solución de problemas nacionales.
2. Adecuar el perfil profesional del psicólogo a los problemas nacionales prioritarios.
3. Propiciar situaciones de intervención que permitan implementar técnicas de investigación psicológica al análisis de la problemática nacional y de la eficiencia de la Carrera de Psicología para formar profesionales de utilidad.

NIVEL ESTUDIANTIL

1. Desarrollar habilidades que permitan realizar acciones concretas que demuestren el dominio operacional y el conocimiento integral de un concepto dado.

2. Desarrollar habilidades que permitan aplicar en la práctica los aspectos operacionales relevantes a la información teórica adquirida e integrada durante su carrera.
3. Desarrollar habilidades que permitan abstraer y generar información relevante a partir del análisis y aplicación de las diferentes dimensiones de un concepto dado.

La Asociación Pro-Paralítico Cerebral tiene como objetivos generales los siguientes:

1. La habilitación e integración del niño con parálisis cerebral.
2. Su integración a la sociedad, a pesar de sus limitaciones físicas.
3. Pretende la difusión de la institución por medio de campañas publicitarias.
4. Orientar e Informar a la sociedad sobre la parálisis cerebral para evitar respuestas inadecuadas como el rechazo, la explotación, la marginación, etc.

OBJETIVOS PERSONALES

1. Enfrentar los problemas que comprometen al psicólogo en un área determinada real a través de la formación académica recibida.

2. Enriquecer la información teórica recibida durante la carrera, orientada a un tema específico.
3. Iniciar la práctica profesional dando soluciones a problemas reales.

CAPITULO III

CARACTERISTICAS GENERALES DE LA INSTITUCION

DELEGACION POLITICA

La Asociación Pro-Paralítico Cerebral (APAC), se encuentra ubicada dentro del área comprendida por la Delegación Cuauhtémoc. Dicha Delegación tiene una superficie aproximada de 33.03 Km², donde habitan 1,327,242 personas según el censo de 1970. La Delegación cuenta con líneas de transporte urbano, rutas de trolebus, líneas del sistema de transporte colectivo "metro", rutas de peseros, además del servicio de taxis.

También cuenta con oficinas de correos, telégrafos, teléfonos y estaciones de radio y televisión, como importantes medios de comunicación. Tiene además, servicio de agua potable, drenaje, alumbrado público y pavimento, bibliotecas, museos, parques, centros deportivos, centros de salud, hospitales y clínicas, así como escuelas para todos los niveles y tipos de educación.

Esta Delegación está dividida en 34 colonias, entre las cuales se cuenta la colonia de los Doctores (oficialmente llamada Hidalgo), en la que se localiza APAC. Esta colonia además de todo lo mencionado, es una colonia donde predominan las construcciones de Centros hospitalarios, contándose entre ellos el Hospital General de México y el Centro Médico Nacional; alrededor encontramos casas de 2 ó 3 plantas construidas de material de concreto. En general en esta colonia viven familias de un nivel socioeconómico medio.

Actualmente la colonia comprende el perimetro siguiente: Al norte Dr. Rfo de la Loza; al sur Avenida Central; al este Eje Lázaro Cárdenas y al oeste Eje Cuauhtémoc.

INSTITUCION DONDE SE REALIZO EL SERVICIO SOCIAL

La Asociación Pro-Paralítico Cerebral (APAC), ubicada en Dr. Arce 104 y 105 de la Colonia Doctores, es una institución mexicana de asistencia privada dedicada a proporcionar rehabilitación y educación a niños y jóvenes afectados por parálisis cerebral. (Anexo 1)

Fue fundada en el año de 1970, no existiendo en aquel entonces ningún lugar en el que se atendiera a estas personas.

Durante esta primera década ha tenido varias modificaciones en su organización. Inicialmente estaba constituido por un Programa General, en el cual se incluía a toda persona con Parálisis Cerebral, independientemente de su edad. Posteriormente se dividió en dos programas: un "Programa de Niños" (de 0 a 15 años), y un "Programa de Adultos" (de 15 años en adelante).

En 1981 se vio la necesidad de ampliar las instalaciones, ya -- que eran insuficientes para atender a toda la población que cada año aumentaba, sobre todo la población infantil; esto dió lugar a que el Programa de Niños se dividiera en un "Programa de

Estimulación Temprana" (niños de 0 a 5 años) y otro "Programa de Niños" (de 5 a 15 años). De esta manera una persona es asignada a un programa dependiendo únicamente de la edad que tenga, independientemente del nivel de desarrollo que haya alcanzado y del tipo de parálisis que tenga.

RECURSOS HUMANOS

Para cumplir con los objetivos mencionados anteriormente, APAC cuenta con el siguiente personal: un Director y un Subdirector General; además de un Director por Programa (3 en total). Particularmente, el Programa de Niños (donde se realizó el servicio social), cuenta con 6 departamentos que son: Pedagogía, - Psicología, medicina, trabajo social, terapias y comunicación; cada uno de los cuales está a cargo de un coordinador de departamento. El departamento de pedagogía cuenta con 10 maestras, y el departamento de terapia está dividido en tres, que son: - Terapia Física, Terapia Ocupacional y Terapia de Lenguaje, contando con 8, 4 y 3 terapeutas respectivamente. Además hay 2 secretarías, 13 asistentes y 3 cocineras. (Anexo 2 y 3)

RECURSOS MATERIALES.

Los recursos materiales con que cuenta cada especialidad son - en general, sillas, mesas, escritorios, anaqueles, colchonetas, juguetes, aparatos especiales para cada especialidad, papelería, etc. (Anexo 4)

Puede parecer que cada departamento cuenta con todo lo necesario para llevar a cabo su función; sin embargo, dada la cantidad de niños inscritos, estos materiales son insuficientes para poder atenderlos adecuadamente, sobre todo en Terapia Física, Psicología y Medicina.

En lo que se refiere a Terapia Ocupacional, Terapia de Lenguaje y Comunicación, son los mismos terapeutas y psicólogos quienes elaboran el material que necesitan conforme van trabajando.

Las maestras que al iniciar cada ciclo escolar hacen una "lista de útiles", tienen que limitar esa lista para no afectar -- tanto la economía de los padres de los niños, y en algunos casos ellas mismas compran algún material que necesitan.

Es importante tener en cuenta que son niños con limitaciones -- caracterizadas en Parálisis Cerebral, por lo que requieren de métodos distintos a los utilizados con niños normales, y generalmente las actividades desarrolladas requieren de materiales costosos o de elaboración compleja, siendo en ocasiones imposible obtenerlos, afectando el logro de los objetivos de los programas.

El aspecto administrativo esta a cargo de un patronato, el cual organiza actividades, eventos y colectas con el fin de obtener

fondos para el sostenimiento de la institución. Las colegiaturas que pagan los alumnos cubren apenas un 25% aproximadamente.

Actualmente el programa de niños se encuentra en las instalaciones de Dr. Arce, número 104; es una construcción de tabique y concreto con una superficie de 450 m², distribuyéndose en él 10 salones de clases, 8 cubículos destinados: uno a la Dirección, 2 a consultorios, uno a trabajo social, uno a la coordinación de pedagogía, uno a la coordinación de psicología, uno a la caja y uno a terapias individuales, además hay un gimnasio, una sala recepción, un patio, cuatro sanitarios para los niños, uno para el personal, un baño completo, una cocina y un comedor. En la planta alta (construcción de 60 m²) se encuentran las oficinas del patronato y la casa del conserje.

Una característica importante del plantel es que cuenta con todos los servicios y buena ventilación e iluminación. (Anexo 5)

POBLACION ATENDIDA.

El programa de niños está encargado de atender niños con parálisis cerebral entre 5 y 15 años de edad. Algunos de estos niños proceden del Programa de Estimulación Temprana de APAC que han cumplido los 5 años, y otros de primer ingreso.

Dado el número tan reducido de instituciones que proporcionan este tipo de atención, la población de APAC es proveniente de

diversas colonias del D.F., y sus alrededores, e igualmente de diversos niveles socioeconómicos.

El procedimiento que se sigue para que un niño de nuevo ingreso pueda recibir los servicios que ofrece la Asociación es como sigue:

Durante el mes de agosto de cada año, se organiza un "curso de verano", para aquellos niños que llegan por primera vez a APAC, con el propósito de determinar si el niño tiene o no Parálisis Cerebral y valorar las posibilidades de rehabilitación que tiene cada niño.

Al finalizar este curso, se hace una valoración integral, en la cual los departamentos de Terapia Física, Terapia de Lenguaje, Terapia Ocupacional, Pedagogía, Psicología y Medicina exponen sus observaciones y exámenes y emiten su opinión acerca de la aceptación o rechazo de cada niño ante la Directora del Programa.

En el caso de ser aceptado se le asigna un grupo; en caso contrario (si no tiene parálisis cerebral), se le canaliza a otra institución donde le puedan dar la atención que necesita.

Con los niños aceptados y los inscritos anteriormente se inicia el período escolar en septiembre de cada año.

La población total en el ciclo 81-82 fue aproximadamente de 91 niños en este programa, los cuales estuvieron distribuidos en 10 grupos de acuerdo a sus posibilidades escolares básicamente:

2 grupos de Pre-primaria con una maestra cada grupo

3 grupos de Primer grado con una maestra cada grupo

1 grupo de 2° y 3° grado con una maestra para los dos grados

1 grupo de Maduración con una maestra

1 grupo de Multigrado con una maestra

1 grupo de Adaptación con una maestra

Además, un grupo de Estimulación que asiste únicamente dos días a la semana. En este grupo, a diferencia de los demás, se exige la presencia y participación de la madre durante las terapias - que se le dan al niño, además se le dan indicaciones sobre el manejo del niño para su mejor rehabilitación.

También están los "Programas de Casa" en el que se inscriben -- niños que por el momento sólo se les proporciona indicaciones - por escrito de terapias, medicina y psicología, las cuales deben llevarse a cabo durante el tiempo que no asisten a APAC; su asistencia es de 2 ó 3 veces por semana o una semana cada uno o dos meses, durante el cual se examinan los avances o problemas que presentó en casa, se buscan tácticas alternativas de tratamiento y/o enseñanza y se orienta a la madre para el siguiente mes.

En la atención de todos los grupos participa el departamento de psicología. Enseguida se hace una descripción de sus funciones.

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA.

Psicología es una de las especialidades que apoyan el logro de los objetivos de APAC. Las funciones específicas del departamento son: Valoraciones de Primer Ingreso, participación en el desarrollo integral de los niños que asisten regularmente a la institución, entrevistar y orientar a los padres, así como al personal sobre el manejo de los niños.

El departamento de psicología está instalado en un cubículo dotado de un escritorio, un archivero, un juguetero y diversos materiales de trabajo (ver anexo 4). Sin embargo gran parte de las actividades que realiza tienen lugar fuera de él, generalmente en los salones de clase, ya que intenta una participación activa y directa en el ambiente natural. No obstante, hay casos que requieren de un tratamiento individual.

Son tres condiciones por las cuales puede ser remitido un niño a tratamiento psicológico:

- a) Como resultado de la valoración de equipo al finalizar el curso de verano calificado como "Programa de Casa".
- b) Por el reporte de la profesora sobre el comportamiento del niño en el salón de clase, según su criterio y sujeto a la siguiente condición.

c) Como resultado de la observación del psicólogo dentro del salón de clases.

Con lo anterior, en el departamento se atendían unos niños de manera subsecuente, otros periódicamente y otros espontáneamente.

El departamento también organiza actividades dirigidas a orientar y concientizar a los padres sobre su responsabilidad como padres de un niño con parálisis cerebral, tales como: pláticas, cursos, dinámicas y terapias.

Igualmente organiza actividades para orientar y entrenar al personal sobre el trato adecuado de los niños y como corregir a niños con problemas conductuales.

Los pasantes de psicología en servicio social en este departamento, colaboran en la realización de estas actividades principalmente, además de otras que se consideren importantes para el desarrollo del departamento y de APAC.

CAPITULO IV
ACTIVIDADES DESARROLLADAS

ACTIVIDADES DESARROLLADAS.

Durante la prestación del servicio social en esta institución, dentro del departamento de psicología del Programa de Niños -- (5 a 15 años), las actividades realizadas fueron muy diversas, siendo a grandes rasgos las siguientes:

- a) Asistencia a pláticas de información sobre el funcionamiento de APAC.
- b) Observaciones en los grupos escolares para detectar a aquellos niños que requieran de una atención individual, para orientar a la maestra sobre el trato adecuado a los niños, o para la intervención dentro del mismo salón de clases.
- c) Tratamiento individual a los niños con parálisis cerebral.
- d) Valoración de todos los niños de todos los grupos para presentar un informe sobre la situación actual de cada caso y dar una opinión sobre su asignación a determinado grupo en el siguiente año escolar.
- e) Organización de un curso para padres de familia sobre "La comunicación en la familia y asertividad".
- f) Investigación estadística sobre la población de APAC.

Otras actividades realizadas fueron:

- Elaboración de un formato de valoración.
- Elaboración de material para las valoraciones.
- Alimentación de los niños.
- Organización de actividades recreativas.

A continuación se describe cada una de las actividades con mayor detalle.

PLATICAS DE INFORMACION.

Inicialmente, la coordinadora del departamento de psicología -- dió una plática sobre el funcionamiento y organización de APAC, particularizando en las actividades que se llevan a cabo en el departamento de psicología y la forma de trabajo que se iba a adoptar durante el servicio social.

Se hizo un recorrido a las instalaciones de la Asociación y al mismo tiempo la presentación con todo el ^{personal} personal que laboraba en cada área.

La coordinadora hizo un resumen verbal sobre la función de cada uno de los departamentos y su relación con psicología.

Asimismo, hizo algunos comentarios de los problemas con los que anteriormente se había enfrentado el departamento y como se ha-

bían superado. Quedó abierta la invitación a hacer preguntas - y/o exponer alguna duda u opinión que se tuviera.

OBSERVACIONES EN LOS GRUPOS ESCOLARES

Las observaciones se realizan directamente en cada uno de los salones correspondientes a cada grupo.

Los salones son aproximadamente de 3 x 4.5 M². Todos los salones tienen un pizarrón, un estante, un añquel, una sillita y una mesita para cada niño, excepto el grupo de maduración que tiene un colchón (las sillas que tiene son especiales y cada niño las porta de su casa).

Las observaciones a los grupos se hacían de la siguiente manera:

- Se observaba el trabajo de la profesora en ese momento.
- Se registraba si cada niño atendía a la actividad o instrucciones.
- En caso afirmativo, por cuanto tiempo lo hacía.
- En caso contrario, que otras actividades realizaba.
- Se observaba igualmente como actuaba la profesora en cada caso.

De los puntos anteriores se elaboró una forma de registro que contenía las conductas no deseables que emitían los niños, el --

nombre de éstos, fecha, grupo, etc. (Ver anexo 6)

En esta hoja se registraba tres veces por semana durante una - hora u hora y media cada grupo.

Al finalizar cada registro se le mostraba a la profesora y se confirmaban o negaban los resultados, verificándose en las siguientes oportunidades.

Paralelamente a las observaciones, se intervenía en el mismo - salón de clases, ya sea ayudando a algún niño en la actividad propuesta por la maestra o aplicando alguna técnica correctiva de ser necesario.

Con esto se pretendía que las observaciones fueran más bien ac - tivas que pasivas, facilitando de alguna forma el trabajo de - la maestra al mismo tiempo que obtener información sobre los - niños.

Es necesario aclarar que las observaciones fueron más bien sub - jetivas que objetivas, ya que se observaban las actividades de los niños en general, sin hacer un registro de tipo anecdótico -lo cual no era posible dado el número de niños-, ni tampoco - se tenían definiciones de las conductas en términos observa--- bles -no se determinaban previamente-, además porque no había otro observador con quien se pudieran comparar los resultados y obtener el nivel de confiabilidad. Había pues, que limitarse

a las observaciones de ciertas "señales" que indicaran un problema, por ejemplo, ver a un niño invertir las letras al copiar un texto, indicará que tiene problemas de percepción; ver a un niño voltear de un lado a otro, sin fijar su atención en ningún estímulo específico, indicará que tiene atención dispersa, etc.

TRATAMIENTO INDIVIDUAL A LOS NIÑOS CON PARALISIS CEREBRAL

De los niños que habían sido remitidos al departamento de psicología para tratamiento individual, se les asignaba un horario - semanal fijo dependiendo de la razón por la que habían sido remitidos y de la cantidad de niños por atender.

Anteriormente, los niños eran atendidos por la coordinadora del departamento únicamente.

Durante el servicio social se trabajó con los materiales que contaba el departamento, además de hojas y algunos materiales que se pedían a la mamá o a la maestra, según el caso.

Se diseñó una forma donde se anotaban las conductas que se iban a tomar en cuenta en la elaboración del programa de tratamiento de cada niño.

Al ir llenando esta forma nos indicaba:

- Qué conductas deseables presentaba el niño frecuentemente.
- Qué conductas no deseables presentaba frecuentemente.
- Qué conductas deseables presentaba con poca frecuencia y -

- Qué conductas deseables no presentaba el niño.
- Además del repertorio verbal que manejaba y si su lenguaje era funcional o no.

Con esta información se determinaba:

- Las conductas que se probarían y utilizarían como reforzador (VI).
- Las conductas que habrían de decrementarse (VD).
- Las conductas que habría que incrementar (VD), y
- Las conductas que se establecerán (VD).
- Así como el tipo de comunicación que se establecería entre el niño y psicólogo.

A continuación se elegían las técnicas terapéuticas que se consideraban eficientes en el tratamiento del niño; y se diseñaba el programa de corrección y/o establecimiento de conductas.

Las técnicas de modificación de conducta que se emplearon fueron: (VI)

- Extinción
- Reforzamiento de Conductas Incompatibles (RDO)
- Modelamiento (imitación)
- Sobrecorrección
- Reforzamiento Continuo
- Reforzamiento Intermitente
- Tiempo Fuera

Se atendieron dos casos:

Uno de "Programa de Casa" (caso I), de sexo masculino, edad 11 años, es el segundo de tres hermanos, viven únicamente con su mamá, fue remitido por conducta agresiva e hiperactividad; Diagnóstico médico: Parálisis Cerebral Infantil. Causa: Hipoxia Neonatal, sufre convulsiones esporádicas.

Analizando lo anterior encontramos:

El diagnóstico médico indica que es una parálisis cerebral infantil, sin especificar de que tipo.

La causa de la parálisis cerebral fue hipoxia neonatal, refiriéndonos con ello, que la lesión se produjo en un periodo en que ya se había terminado el proceso de reproducción de células nerviosas, alcanzando el desarrollo de un cerebro de aspecto macroscópico normal.

La mamá lo reportó como "un niño que no puede estar quieto un momento, rompe todo lo que tiene enfrente y se va contra las personas que le gritan o que le quitan algo; cuando va a hacer alguna tarea, nunca la termina porque no puede permanecer sentado ni un momento, ni viendo una sola cosa. Por eso en ningún lugar lo han querido recibir".

La trabajadora social informa que este niño es el segundo de --

tres hermanos (un hermano de 19 años y una hermana de 9 años), los cuales viven únicamente con su mamá. Ella trabaja por las tardes como afanadora en un hospital, y deja al niño sólo encerrado en un cuarto hasta que llega, ya que nadie lo soporta, ni quiere hacerse cargo de él.

Estos datos se tomaron en cuenta desde la fase de observación inicial, en la elaboración del programa, así como en la implementación del mismo.

A este caso se le asignó el siguiente horario: Lunes, miércoles y viernes, de 8:15 a 9:00 Hrs. Se le atendió durante el resto del año escolar (de febrero a junio).

En la primera semana, participando sólo como observador, se obtuvo la siguiente información:

- Responde muy favorablemente al reforzamiento social (caricias, aplausos, palabras en buen tono, etc.)
- No le gustan los chocolates, ni las cosas muy dulces o duras, prefiere cosas blandas con poco dulce.
- Su actividad estaba muy incrementada, no permanecía sentado o sin tomar una u otra cosa, por más de 2' 30".
- Cuando tomaba un objeto, si uno intentaba quitárselo, lo rompía o lo aventaba y en algunas ocasiones agredía a la persona que estuviera con él.

- En la realización de una actividad, fuera académica (dibujar, clasificar, señalar) o recreativa (jugar), su atención no se mantenía por más de 30".
- No controla sus intereses.
- Las conductas previas con las que contaba eran: seguía algunas instrucciones básicas como "ve", "dame", "toma", -- "mira", etc., aunque no las obedecía con mucha frecuencia.
- Aparea por color (a la indicación "dame todas las figuras como ésta").
- Identificaba muchos objetos y los utilizaba adecuadamente (clasificaba por su forma y uso).
- Señalaba algunas partes de esquema corporal, aunque con un 30% de errores.
- Ingiere medicamentos cuando sufre una convulsión (tegritol).

A partir de esta información se establecieron los objetivos para este caso, así como el programa de actividades (ver anexo 7).

Para este caso los objetivos fueron:

1. Que se mantuviera sentado durante la sesión de trabajo --- (45').
2. Que manipulara diversos objetos sin aventarlos ni destruirlos.

Para el logro de estos objetivos se diseñó un programa de actividades para varias sesiones, utilizando inicialmente el Reforzo --

miento de otras conductas (RDO) con reforzamiento social y reforzador consumible (galletas o chocokrispis) para eliminar la conducta problemática y establecer la deseada. Posteriormente, se utilizó el Modelamiento (imitación), para el establecimiento de la conducta de "compartir las cosas" señalada en el anexo 7.

Además se diseñaba y entregaba a la madre del niño, por escrito, un programa que debía seguirse en su casa. Para esto, se le entrenaba en el procedimiento y se hacían algunos ejercicios en el cubículo de psicología. Este programa se evaluaba en las siguientes sesiones.

DESCRIPCION DEL TRATAMIENTO DEL CASO I.

PROCEDIMIENTO:

Estando sentado V.H., se inicia la actividad programada para la sesión. Mientras el niño mantenía la conducta deseada (estar -- sentado en su lugar), se le hablaba de la actividad que se estaba haciendo y se le reforzaba (reforzador social), diciéndole cosas que le agradaban, como: "¡Qué bien!", "¡Bravo!", etc.

En el momento en que se levantaba, se suspendía el reforzador -- (se guardaba silencio sin mirarlo). Si el niño comenzaba a presentar otras conductas indeseables (tomar otras cosas del cubículo), se aplicaba la sobrecorrección; se le decía "¡Siéntate!", en caso de no obedecer se repetía la orden al tiempo en que se

llevaba hasta la silla sentándolo. Enseguida se continuaba con la actividad y el reforzamiento.

Si la conducta problemática que se presentaba durante la sesión era la de aventar o romper cosas, se suspendía la actividad e inmediatamente se sobrecorría, diciendo: "¡No!" haciendo que levantara el objeto o no siguiera destruyéndolo.

En el tiempo en que estuviera realizando la actividad se le daba un reforzador consumible a intervalo variable.

Para el establecimiento de la conducta de compartir, se utilizó la técnica de Modelamiento (Imitación). El procedimiento fue el siguiente: Se invitó a otro niño de APAC a la sesión junto con V.H., Se repartía a los dos varios juguetes o dulces. Pasado un rato se decía "¿Quién me da un juguete?", que en un principio, como se esperaba era el niño modelo quien lo daba; sucedido esto, se le reforzaba socialmente (dándole un beso y diciendo --- "¡Gracias!" "¡Qué buen niño eres!").

Se hacía lo mismo con V.H. cuando también él lo daba.

El segundo caso, estaba inscrito en el grupo de Pre-Primaria I; de sexo masculino, edad 7 años, es el quinto de cinco hermanos, huérfano de padre; fue remitido por la maestra por atención dispersa y lenguaje incoherente. Diagnóstico médico: Parálisis Cerebral Infantil cuádrupleja espástica mixta; causa: hipoxia -- neonatal.

Analizando lo anterior, tenemos lo siguiente:

El diagnóstico médico indica que es una Parálisis Cerebral Infantil cuádrupleja espástica mixta, cuya traducción señala que esta afectado de los cuatro miembros, tanto los inferiores como los superiores; esta presente un reflejo de estiramiento patológico, hiperirritabilidad muscular, con posible movimiento voluntario, aunque explosivo, lento y espasmódico.

La causa, hipoxia neonatal, nos indica que la lesión se produjo en un período en que ya se habían reproducido todas las células nerviosas, alcanzando un desarrollo cerebral de aspecto macroscópico normal.

La maestra, por su parte, literalmente lo reporta de la siguiente manera: "se pierde mucho, y a veces ríe por nada, sufre de ecolalia y además no tiene su campo visual amplio".

La trabajadora social, proporciona los siguientes datos: Es el quinto de cinco hermanos, el padre murió de un balazo cuando el niño tenía 4 años, es su madre la que se encarga de él. Pertenece a una clase social media alta.

Estos datos se toman en cuenta desde la fase de observación inicial, en la elaboración del programa, y en la implementación -- del mismo.

A este caso se le asignó el siguiente horario: lunes y viernes de 11:30 a 12:15, Se le atendió hasta mayo del año escolar.

En la primera semana, participando como observador se obtuvo la siguiente información:

- Responde favorablemente a la estimulación auditiva, particularmente a la música.
- Le gusta ver dibujar a otras personas, especialmente pide que se le dibuje un coche.
- Su lenguaje es en ocasiones ecolálico, y en otras incoherente.
- Tiende a evitar situaciones que le requieran atención y movimiento continuos, pidiendo un dibujo o haciendo una misma pregunta cada vez (por ejemplo en una sesión se la pasa preguntando "¿Qué es esto?", sin atender a la respuesta).
- Tiene problemas visuales severos: miopía.
- No camina (usa silla de ruedas).
- En general es un niño con movimientos lentos y pesados, -- acentuándose esta característica cuando ha ingerido pocas horas antes algún medicamento (tegreto).
- Cuando esta en su mejor disposición, sigue algunas instrucciones como "mete", "saca", "mira", "toca", "dame", etc.

Con esta información se establecieron los objetivos y se diseñó un programa de actividades. (ver anexo 8).

Para este caso II, los objetivos fueron:

- 1.- Que mantuviera atención en la actividad realizada por el tiempo que tardara en terminarla.
- 2.- Que utilizara su lenguaje en forma más funcional.

Entendiendo por lenguaje funcional la asociación, aprendida socialmente, de una respuesta o pregunta dada por el niño a una pregunta o evento dado.

Para conseguir estos objetivos se diseñó un programa de actividades, tanto recreativas como académicas, para varias sesiones utilizando inicialmente: Extinción, Reforzamiento continuo, Reforzamiento intermitente y tiempo fuera. Se utilizaron como reforzadores: reforzamiento social, y reforzadores consumibles -- (galletas y chocokrispis), y al final de cada sesión música, -- previamente se detectó que ésta era muy reforzante para este niño, por lo que se consideró un reforzador natural utilizable.

Posteriormente se eliminarían el reforzamiento continuo y la música, reforzando únicamente al finalizar cada actividad en forma social.

DESCRIPCION DEL TRATAMIENTO PARA EL CASO II

PROCEDIMIENTO

Se iniciaba la actividad programada para la sesión. Mientras el niño mantuviera la conducta deseada (realizar o atender a la actividad) se le reforzaba a intervalo variable con un reforzador consumible; y cuando lograba terminarla se le reforzaba poniendo música.

Simultáneamente a la realización de la actividad, se le hablaba y se le hacían preguntas sobre la misma. Cada respuesta pregunta o comentario que estuviera asociado a la actividad (no importaba si la respuesta era correcta o incorrecta en este momento) se le reforzaba tanto en forma social (verbalmente, diciendo: - "¡Muy bien!", "¡Eres muy listo!", etc.), o bien con un reforzador consumible.

Si se distraía, lo que generalmente iba acompañado de verbalizaciones aparentemente sin sentido, se suspendía la actividad y no se hacía ningún comentario, no se le miraba (extinción). Pasados unos minutos, cuando dejaba de verbalizar o esta disminuía se decía "vamos a continuar". En caso de que las verbalizaciones se iniciaran tan pronto como la actividad, se aplicaba un Tiempo Fuera de la siguiente manera:

El terapeuta salía del cubículo con la aclaración "volveré en cuanto dejes de hablar de cosas diferentes a la tarea", y entraba en cuando cesaban las verbalizaciones, reanudándose nuevamente la actividad.

En ninguno de los dos casos fue posible hacer un seguimiento de los efectos del tratamiento, debido a la conclusión del año escolar y del servicio en la institución.

VALORACIONES

Para las valoraciones de los niños se elaboró material que nos sirviera de apoyo para determinar si el niño tenía o no cada una de las habilidades que contenía el formato de valoración -- (anexo 9).

Este material consistía en:

- 1 Láminas con diferentes texturas (suaves, rasposa, lisa, dura, blanda).
- 3 Objetos con diferente sonido propio (una sonaja, una campana, una maraca).
- 1 Bote con varias figuras geométricas de varios colores y tamaños (cuadrados, triángulos y círculos; en tamaños chico, mediano y grande; de colores azul, rojo y amarillo).
- 1 Muñeca

Diversos juguetes (cochecitos, cubos, caballos, muñequitos, palitos, un platito, una tasita, etc.)

Además se utilizaron hojas blancas, lápices, colores y el libro de "Medida de la Inteligencia", de Terman-Merrill.

Los apartados que comprende la Valoración son:

- I. Datos de Identificación.
- II. Factores Físicos.
- III. Resultados obtenidos por área de desarrollo.
 - A. Area de repertorios básicos (atención visual y auditiva) imitación y seguimiento de instrucciones.
 - B. Area de cuidado personal.
 - C. Area de discriminación visual.
 - D. Coordinación viso-motora.
 - E. Esquema corporal.
 - F. Noción espacial.
- IV. Area Cognoscitiva.
- V. Area Académica.
- VI. Area Afectiva.
- VII. Rasgos Básicos de su Personalidad.
- VIII. Area Conductual.
- IX. Resumen de Pruebas Psicológicas.
- X. Conclusiones.
- XI. Sugerencias.

Los datos de las áreas I y II, se consultaban en el expediente del niño, excepto lo referente a si distingue diferentes texturas. Las áreas III, IV y V se valoraban con el material elaborado para ese fin. Las áreas VI, VII y VIII se llenaban a través de las entrevistas a la maestra, a la madre o algún familiar.

El procedimiento era el siguiente:

Se valoraba a cada niño individualmente, por una sola persona - (psicólogo). Todas las valoraciones se llevaron a cabo en un cubículo. Para todos se utilizaba el mismo orden y los mismos materiales.

Se hacían las preguntas o solicitaba la acción correspondiente para evaluar cada uno de los ítems. Si algún niño demostraba tener las habilidades aún antes de aplicar la prueba correspondiente (y el evaluador lo observaba) podía omitirse esa prueba y darla por adquirida.

Se consultaba el expediente del niño para llenar los datos de identificación, fecha de nacimiento, diagnóstico, causa, etc.

Se citaba a la madre o al padre del niño, para interrogarle sobre el comportamiento actual del niño en su casa, la relación de cada miembro de la familia con él, la opinión que tenían de él y si había algún aspecto importante que no estuviera contemplado en la valoración.

Se interrogaba a la maestra del grupo al que pertenecía el niño, sobre el comportamiento del niño en el salón de clases y que -- opinión tenía del mismo.

CURSO SOBRE COMUNICACION EN LA FAMILIA Y ASERTIVIDAD

El curso se impartió a catorce señoras de diversas edades que tenían algún hijo en A.P.A.C., las cuales se inscribieron al mismo por cuenta propia o que fueron invitadas personalmente a hacerlo. Por razones desconocidas, no hubo asistencia de ningún padre (hombre) al curso.

El curso se llevó a cabo en uno de los salones de clases, los días 2, 3, 4 y 5 del mes de agosto.

Para impartir este curso se utilizó únicamente pizarrón, gis, - hojas blancas, lápices.

No se hicieron mediciones previas ni posteriores al curso. Solo se solicitó en forma verbal lo que esperaban del curso las madres asistentes; y al finalizar se preguntó igualmente en forma verbal lo satisfechas que estaban del curso; pero no se tomó -- ninguna medida para comprobar los efectos que tuvo el curso sobre las madres que lo tomaron.

El curso se dividió en dos:

- 1° La comunicación en la familia
- 2° Asertividad

A cada una se dedicaron dos sesiones.

Para ambas se utilizaron varias dinámicas grupales de manera - que todas las mamás participaran. La información que proporcio- naban en cada participación, se tomaba como gufa para dar ---- orientación sobre el comportamiento más adecuado que debían te- ner para con sus hijos con parálisis cerebral. Al mismo tiempo proporcionaban información sobre el conocimiento que tenían -- del tipo de parálisis que tenía su hijo (a), sus deficiencias, sus avances, la explicación clínica que los médicos les habían dado acerca del porqué de algunas reacciones (por ejemplo, las convulsiones, alteraciones del sueño, alteraciones de la con- ducta, etc.), y la experiencia de cada una para encontrar un - lugar donde se les atendiera.

Esta situación de comentar experiencias que eran comunes a to- das las mamás se provocó con el propósito de conocer la forma en que habían asimilado el problema*, y que aquellas que no lo sabían enfrentar se dieran cuenta que hay formas positivas de enfrentarlo, y que todo el curso les proporcionara un instru- mento para enfrentarlo y mejorar su relación con su hijo con - parálisis cerebral en particular y con su familia en general.

* Todas las madres manifestaron que es un problema tener un hi- jo con parálisis cerebral.

El programa fue el siguiente:

Primer día. Se formaron 4 grupos al azar de 4, 4, 3 y 3 personas cada uno.

- Dinámicas:
- Presentación intragrupo
 - Presentación intergrupos. Participaba solo una persona de cada grupo, elegida por la psicóloga, la cual presentaba a todas sus compañeras de equipo.
 - Hablar, intragrupo, de la situación familiar actual.
 - Hablar, intragrupo, del hijo con Parálisis Cerebral.
 - Resumen, intergrupos, de lo comentado en los dos puntos anteriores. Se cubrieron los siguientes aspectos:
 - . Conocimiento de la parálisis cerebral.
 - . Enfrentamiento del problema.
 - . Actitud de la familia hacia el niño con parálisis cerebral.

Segundo día. Se formaron nuevamente los 4 grupos.

- Dinámicas:
- Recordatorio, intergrupos de lo revisado el día anterior.
 - Críticas y opiniones al punto anterior.

Revisión de algunas reglas de la comunicación.

- Aplicación de las reglas: ensayos.
- Tarea: Aplicar las reglas en casa.

Tercer día. Se forman equipos de tres personas cada uno.

- Dinámicas:
- Hablar de un tema intrascendente elegido entre --- otros al azar (ante todo el grupo).
 - Entablar una conversación evitando hacer preguntas que se contesten con monoslabos (si-no. bien-mal, etc., considérandose errores). Dos personas participan y la tercera funciona como moderadora, señalando los errores.
 - Entrenamiento de las reglas de comunicación efectiva.
 - Tarea: Propiciar una situación que se evitaba y actuar asertivamente.

Cuarto día. En grupo.

- Dinámicas:
- Comentario ante el grupo sobre la experiencia de haber aplicado las reglas de la comunicación efectiva.
 - Práctica de algunas situaciones que no se sabían enfrentar. Todas opinaban sobre cómo podrían enfrentarse.

-Opiniones y comentarios finales sobre el curso.

INVESTIGACION ESTADISTICA

Los departamentos de pedagogía, psicología, trabajo social y - comunicación, iniciaron una investigación estadística sobre la población de A.P.A.C., en su programa de niños.

La investigación tenía como propósito comenzar a cuantificar - datos sobre los niños que se atendían en la institución, ya -- que hasta el momento no se contaba con ningún dato estadístico de su población.

En este año escolar (1981-1982), se inscribieron 91 niños al - programa de A.P.A.C., con los cuales se realizaría la investi- gación. Todos entre 5 y 15 años de edad (requisito para ingre- sar al programa de niños de A.P.A.C.). Se incluyen niños tanto del programa escolar, como de los programas de casa.

La investigación abarcaba datos sobre:

- Los niños de asistían a A.P.A.C., y
- La familia de estos niños.

Acerca de los niños se recopilaron los siguientes datos: edad, sexo, escolaridad, diagnóstico médico, causas de la parálisis

cerebral, problemas físicos que presentaban y tipo de atención que se le otorgaba en A.P.A.C.

De la familia se obtenían datos como: estado civil, ocupación de cada uno de los padres, nivel socio-económico de la familia, número de hermanos y el lugar que ocupaba el niño con parálisis cerebral.

Esta información se obtenía de los expedientes que había en archivo, en correlación con la lista de alumnos inscritos en ese año escolar (1981-82).

Se elaboró una forma de tabulación que sirviera como instrumento para el vaciado de los datos.

RESULTADOS

De las observaciones realizadas en los grupos, se detectó que varios de los niños necesitaban atención individual. Algunos para regularización escolar eran canalizados al departamento de pedagogía; y otros para modificación de conducta o establecimiento de otras, se canalizaban al departamento de psicología. Además se observó que en general las maestras y asistentes necesitaban de alguna orientación sobre el manejo de los niños, en cuanto a su comportamiento en el salón de clases y el patio de la escuela; por lo cual se vio la necesidad de or-

ganizar algunos cursos de orientación para el manejo del niño con parálisis cerebral.

También se obtuvieron datos que confirman algunas de las características que algunos autores señalan como características de los niños con parálisis cerebral. (anexo 10)

El cuadro de este anexo representa las características de los niños, observadas en los grupos.

Analizando el cuadro, se observa que las características que se presentan con mayor frecuencia son:

| | |
|--------------------------------|-------|
| Problemas de percepción | 16/31 |
| Comunicación oral nula | 16/31 |
| Problemas de Coordinación fina | 15/31 |
| Atención dispersa | 14/31 |
| Problemas de memoria mediata | 14/31 |

Lo anterior indica que estos problemas se presentan en un 50% de los casos de la pequeña población incluida en las observaciones (31 niños en total).

Otros problemas que se presentan, y que se pueden considerar -- significativos por interferir en el aprovechamiento individual de los programas escolares, son:

| | |
|---|------|
| Problemas de memoria inmediata | 9/31 |
| Niños sin un medio de comunicación definido | 9/31 |
| Irritabilidad | 9/31 |
| Ausencia de seguimiento de instrucciones | 9/31 |
| Coordinación manual gruesa | 7/31 |

Estos problemas aunque presentados con menor frecuencia, dificultan el trabajo de las maestras, ya que si se considera que un mismo niño presenta varias de estas características, se comprende que es difícil, para una sola persona, atender a un grupo de estos niños.

Por otra parte, tenemos que de los 18 problemas señalados, éstos se presentan en cada grupo de la siguiente forma:

| G R U P O | Nº DE PROBLEMAS QUE SE PRESENTAN |
|----------------|-------------------------------------|
| Multigrado | 16 |
| Estimulación | 15 |
| Adaptación | 14 |
| Maduración | 13 |
| Primer Año "A" | 9 |

Obsérvese que los primeros cuatro grupos, cuya atención estaba más dirigida al desarrollo del niño (sobre todo Maduración y Estimulación), presentan aún más problemas que el Primer año "A", que llevaba un programa académico.

Durante las observaciones, algunas condiciones parecieron afectar más que favorecer la obtención de los datos; podemos mencionar las siguientes:

- En un principio, la presencia del observador en el salón de clases alteraba a los niños, algunos lo rechazaban, -- otros se acercaban y otros trabajaban como si nada. Llegándose algún tiempo la habituación, sobre todo porque -- las "visitas" no eran diarias a cada grupo.

Del tratamiento individual a los niños, los resultados fueron los siguientes:

En la valoración de fin de cursos, se decidió que el caso I de "programas de casa" necesitaba el contacto social con otros niños, ya que aunque se habían logrado los objetivos (su agresividad había disminuido y podía permanecer sentado por una sesión completa), el niño generalmente se mantenía aislado, lo que de alguna manera tenía que ver con su problema conductual.

Es importante señalar que el interés y la participación de la madre del niño fue muy importante para su avance, ya que ella trabajaba diariamente con su hijo en casa.

En el caso II, los objetivos no se lograron, aunque se observó un incremento en el tiempo que atendía a las actividades, sin

lograr concluirla. Su lenguaje no mejoró mucho, sin embargo se detectó que se hacía más funcional cuando uno se dirigía a él en tono fuerte.

Las posibles razones de que no se logaran los objetivos fueron:

- La frecuente inasistencia del niño a la escuela.
- Las alteraciones conductuales (pesadez, lentitud, etc.,) como efecto de la ingestión de medicamentos.

Sin descartar los posibles errores del programa mismo.

En general, algunos problemas que se presentaron en la implementación de los programas, fueron:

- La falta de espacio.- aunque se citaba al niño en el cubículo siempre en el mismo horario, en ocasiones se tenía que esperar, suspender o en el mejor de los casos buscar otro lugar donde llevar a cabo la sesión.
- La falta de materiales para, la realización de las actividades del programa.

Los resultados de las valoraciones se presentaron en la Valoración Final General que la dirección hace cada fin de cursos a cada uno de los niños de todos los grupos, incluyendo los "programas de casa".

Este trabajo constituyó una de las mejores labores del departamento, ya que dio paso a la apertura de expedientes en psicología.

gfa de todos los niños, con información que se consideraba im--
portante, y además sirvió realmente como fundamento para las ob--
servaciones que el departamento de psicología hacía al demás --
personal de A.P.A.C.

Entre las dificultades que se tuvieron para su realización fue--
ron:

- La falta de una guía que indicara como valorar algunos ítems
en niños que no poseían el medio para demostrarlo.
- El poco o ningún interés por parte de algunos de los padres, -
cuando se les solicitaba información, a pesar de que se les ex--
plicaba el propósito de lo que se estaba haciendo.
- En ocasiones, la falta de espacio y tiempo para realizarlas, ya
que había otras actividades que merecían mayor atención en de--
terminado momento.

Con respecto a la investigación, tenemos que aunque aparentemente
fueron pocos los datos que se manejaron en el trabajo y la pobla--
ción que comprendía no era muy grande, se tuvieron varios proble--
mas para la recopilación; tales como:

- Para un solo dato se encontraban diversas informaciones.
- La información de algunos datos no estaba actualizada, y
- En otros ni siquiera se mencionaba.

No obstante, la tabulación de los datos se terminó. Sin embargo, no se tuvo la oportunidad de participar en la fase de concentración y manejo de los datos, debido a que el tiempo del servicio social había concluido.

ANALISIS

Las consecuencias del sufrimiento de una lesión cerebral afectan al desarrollo global del niño. Así tenemos que la descripción de sus causas y clasificaciones nos van dando una lista de capacidades y habilidades que han sido alteradas.

Por otra parte, el conocimiento del funcionamiento normal del sistema nervioso se hace cada día más exacto, sin embargo poco se ha avanzado en las intervenciones para su rehabilitación, en un caso de parálisis cerebral.

Las condiciones socio-económicas actuales, sitúan al parafítico cerebral en un marco familiar desfavorable, alejándolo de su rehabilitación, y con ello, de su integración a la familia y a la sociedad.

La incidencia, las causas y las consecuencias físicas y sociales que se han venido desarrollando a lo largo del tiempo, han hecho de la parálisis cerebral un problema nacional que necesita de una participación interdisciplinaria.

El enfoque interdisciplinario busca la intervención conjunta (y no aislada) de las diversas disciplinas interesadas en un problema para solucionarlo. Con esto se entiende que cada disciplina no va a abandonar el problema cuando, desde su punto de vista, ya haya logrado su objetivo particular, sino continuar hasta lograr el objetivo general.

En el caso de A.P.A.C., que es una institución que pretende un desarrollo interdisciplinario en la atención de la parálisis cerebral, encontramos que dicha intervención conjunta es relativa, ya que su organización por programas, desarrollado cada uno por los departamentos de medicina, pedagogía, psicología, trabajo social, comunicación y terapias, establece un interés particular por el ámbito personal y familiar del parálisis cerebral, sin llegar a unificarse en un objetivo general. Además, cada departamento conoce sólo aproximada y parcialmente el objetivo particular de los otros departamentos, esto únicamente a través de la observación de su trabajo en A.P.A.C., y de la idea general que se tiene del objeto de dicha disciplina.

Una actividad que se aproxima en buena medida al trabajo interdisciplinario son las valoraciones integrales de fin de año, las cuales representan una buena oportunidad para conocer el trabajo de cada uno y ver la importancia y posibilidad para integrarse en el tratamiento particular y general de los niños.

La participación interdisciplinaria en el trabajo de A.P.A.C., es importante dadas las características de la parálisis cerebral considerando los resultados poco alentadores obtenidos en muchos años de trabajo, que revelan el bajo nivel en el logro de sus objetivos (la rehabilitación del niño con parálisis cerebral e integración a la sociedad).

Este enfoque constituye una alternativa a la forma de trabajo --

tradicional que ofrece mayores posibilidades de desarrollo para la institución en beneficio de los pacientes.

Por otra parte el interés promovido por la misma institución ha dado posibilidades para que la población solicitante de sus servicios los reciba, aumentando año con año su población.

El papel de la psicología dentro de la atención de la parálisis cerebral se ha venido determinando con algunas dificultades, a lo largo del desarrollo del conocimiento de la misma, en relación con la definición de esta disciplina y del interés de los propios psicólogos.

Entre otras orientaciones psicológicas más conocidas en México, que han demostrado ser efectivas en el tratamiento de las consecuencias de la parálisis cerebral, está la Modificación de Conducta, cuyas técnicas son apoyadas por muchos autores para el tratamiento de problemas específicos característicos de la parálisis cerebral.

Su aplicación ha ido desde la corrección de conductas específicas, para apoyar el trabajo de otras disciplinas, y también como foco principal de un tratamiento.

Otras razones que justifican su aplicación son:

- el bajo costo de los programas

- . su aplicabilidad a una amplia gama de problemas
- . su aplicabilidad en ambientes naturales.

Además se podría decir que esta orientación se estaba introduciendo en A.P.A.C., consiguiendo ayudar al departamento de psicología a recobrar su crédito profesional que anteriormente había perdido.

Con estos antecedentes fueron utilizadas las técnicas de Modificación de Conducta en algunos programas de este servicio social.

Las actividades desarrolladas en este servicio social contribuyeron tanto a la formación profesional del pasante de psicología, como a la rehabilitación de los niños con parálisis cerebral.

Las pláticas de información iniciales, ubican al pasante en un ambiente distinto al escolar. No se va a estudiar para una clase, sino para solucionar un problema; no se puede reprobar y repetir un examen, se tiene que actuar de la mejor forma para beneficio del paciente; si un procedimiento no está siendo eficaz no se va a repetir, se va a revisar para modificarlo o cambiarlo. Se va a tener un programa de trabajo diario, y la inasistencia, no es un punto menos, ésta repercute negativamente en los resultados.

También hay que conocer el trabajo anterior y actual del área, y la imagen que se tiene de ésta, así como saber qué otras disciplinas participan, de tal modo que se puedan determinar la libertad de acción y las limitaciones de la misma.

Conocer las instalaciones de la institución y los materiales con que cuenta el departamento, es importante ya que son elementos que se tomarán en cuenta para el desarrollo de las actividades.

En este caso, particularmente se considera que el departamento no contaba con los recursos necesarios ni adecuados, teniendo que adecuar los existentes o elaborarlos en la mayoría de los casos, atentando contra la validez de los resultados, sobre todo en las valoraciones.

Por otra parte, es importante reconocer la libertad de decisión que se tenía sobre qué actividades realizar y cómo hacerlas. Su importancia radica en el hecho de que la psicología no es bien comprendida en muchas partes, limitándose su participación a unas cuantas actividades, que por lo general no son exactamente la mejor contribución que pueda tener.

La libertad que se otorga en esta institución, constituye una oportunidad para demostrar la utilidad de la intervención de un psicólogo en el problema de la parálisis cerebral, y de manera indirecta en otras áreas de la educación especial.

Las observaciones proporcionaron información sobre la incidencia y variabilidad con que se presentaban ciertos problemas, variables que afectaban directamente sobre el trabajo de la maestra con su grupo y sobre el aprovechamiento individual.

La frecuencia con que se presentaba algún problema de los observados dificultaba el cumplimiento o la conclusión de una actividad programada para cada día; es decir, si un problema (por ejemplo, atención dispersa) se repite en cuatro de un grupo de siete niños (primer año "A"), es muy difícil que la maestra cumpla con el objetivo de "que el niño aprenda el concepto del número 5"; ya que la forma de trabajar con niños que presentan este problema es individual. Podría cuestionarse el objetivo fijado, diciendo que en general para poder enseñarle a un niño un concepto de esta naturaleza, es indispensable que previamente posea la conducta de atención, lo que traería como consecuencia, probablemente, que cambiaran al niño a otro grupo previo al primer año; que a su vez, traería como consecuencia probable el desconcierto e intervención de los padres, etc.

Otro caso frecuente, es la falta de memoria mediata. En el grupo de adaptación este problema se presenta en dos de los ocho niños. La situación hipotética es la siguiente: La maestra muestra y nombra los colores rojo y azul, después de numerosos ejemplos y ensayos, queda satisfecha porque los ocho niños adquirieron el concepto de "rojo" y "azul"; al día siguiente, el objetivo es integrar a los colores adquiridos (rojo y azul) el concep

to de "amarillo", para lo cual comienza por "repasar" lo visto el día anterior; pregunta y sólo algunos niños responden correctamente. En este caso, la maestra se cuestiona si debe seguir con el programa o detenerse con los niños que no recuerdan lo revisado el día anterior.

Agregemos al ejemplo anterior que tres niños presentan atención dispersa, tres no tienen un medio de comunicación definido y tres tienen problemas de percepción, que estos problemas se juntan, probablemente, en los mismos niños. Esta situación trae serias dificultades al trabajo de la maestra del grupo, y el aprovechamiento del niño, siendo nulo en algunos casos.

El tratamiento individual requirió de trabajos de observación - consulta con otras personas y al expediente, etc; recopilando información, analizándola y sintetizándola para la elaboración de un programa para tratar a cada caso particular. Fue una actividad en que influyeron mayormente todas las condiciones existentes: La preparación recibida en la escuela, los recursos materiales de que disponía en el departamento, el tiempo de duración del año escolar y del servicio social, e incluso la libertad que se tenía para realizar las actividades. Condiciones que se tenían que organizar para ofrecer un buen tratamiento de acuerdo a estas posibilidades.

La asignación de los niños, la observación a ellos, el manejo de los datos obtenidos, la selección de las conductas a tratar

y de las técnicas terapéuticas a utilizar, así como su incrementación, constituyó un proceso que dió lugar a la integración de una teoría adquirida y una práctica exigida por una necesidad real.

La valoración a todos los niños fue otra actividad que requirió de la organización y aplicación de los conocimientos adquiridos. Implicó desde la elaboración de un formato, hasta la elaboración del material que se utilizaría para este efecto.

Aunque se pretendió que el procedimiento fuera lo más estandar posible, las condiciones de espacio, tiempo y materiales, así como las características tan limitantes de algunos de los niños iban modificando en alguna medida los parámetros establecidos. Por ejemplo, había niños que no respondían igual con todas las personas, teniendo que repetir la valoración; o niños que llegaban alterados por los efectos de algún medicamento ingerido, teniendo que posponerla.

Este tipo de casos trafa problemas de confiabilidad de los resultados obtenidos, que al mismo tiempo era un problema que estaba fuera de control. Quedando únicamente aclarar en la hoja de valoración dicha situación.

El curso impartido a padres de familia fue experiencia que reportó beneficios a todos los participantes, tanto a las madres como a los organizadores. Esta experiencia, en que se utiliza--

ron dinámicas grupales, constituyó una fuente de conocimientos específicos sobre parálisis cerebral, el manejo de las dinámicas y sobre la dirección de un grupo; que de esa manera enriquecía y ampliaba la visión con que se enfrentaba nuevamente el problema de los niños que se citaban.

Igualmente daba oportunidad de interesar e integrar a los padres en el tratamiento de sus hijos, hecho que servía de retroalimentación de los efectos del curso.

La investigación estadística es útil y necesaria, pues revela información sobre las características generales de nuestra población. No se puede decir mucho de ella, pues no se logró concluir. Sería interesante que en la manipulación de los datos se hicieran algunos cruzamientos que facilitarían su análisis, por ejemplo, causas de parálisis cerebral con diagnóstico médico, diagnóstico con problemas físicos; edad-escolaridad; causas de parálisis cerebral con estado civil de los padres actual, etc.

Todas las actividades realizadas durante el servicio social estuvieron orientadas al cumplimiento de los objetivos planteados.

Por la Coordinación del Servicio Social de la Carrera.

Tanto a nivel institucional, ya que realmente propició situaciones de aplicación de la práctica psicológica a la solución de un problema nacional, como se especificó anteriormente.

Igualmente, el trabajo en A.P.A.C., propició situaciones de intervención que permitieron implementar técnicas de investigación psicológica; y adecúa el perfil profesional del psicólogo a un problema nacional.

A nivel estudiantil. Cada una de las actividades realizadas permitieron el logro de los objetivos de este nivel, ya que, las observaciones de los grupos, el tratamiento individual y las valoraciones, requirieron la realización de acciones concretas, demostrando con ello el conocimiento y dominio de un concepto determinado, lo que permitió desarrollar habilidades para aplicar aspectos operacionales de la información teórica adquirida durante la carrera.

En otro momento, en que se enfrenta uno ante un problema particular, se ve la necesidad de abstraer información relevante para, a su vez generar otra que al aplicarla contribuirá a la solución del problema. Dicho de otra manera, al enfrentarnos a un problema, comenzamos por obtener información para conocerlo y atacarlo de esta información abstraemos la que consideramos relevante y la orientamos a la elaboración de un plan que aplicaremos con la confianza de que va a solucionar o a minimizar el problema.

A los objetivos planteados por la Asociación-Pro Parálitico Cerebral.

El servicio contribuyó en la habilitación del niño con parálisis cerebral, aunque de manera diferencial ya que muy pocos niños recibieron atención individual, y algunos otros de manera grupal, facilitando de cualquier modo la integración del niño.

El objetivo que pretende la integración del niño con parálisis cerebral a la sociedad, a pesar de sus limitaciones, parece referirse más bien a un objetivo a largo plazo. Se puede decir, que en general las actividades realizadas estuvieron dirigidas a trabajar directamente con el niño parálitico cerebral, con su familia, particularmente la mamá, y las personas que se dedican a su atención; no se realizó ninguna actividad orientada a la comunidad en general en relación a la parálisis cerebral, por lo que este objetivo no fue cubierto, ni tampoco el objetivo de orientar e informar a la sociedad.

Por otra parte, desde el momento en que este reporte está dirigido a una institución distinta a A.P.A.C., está contribuyendo a la difusión de ésta, ya que está a la disposición de cualquier persona.

Y los objetivos personales.

El servicio social por sí mismo, es una posibilidad para enfrentar problemas que comprometen al psicólogo. Haberlo realizado - en A.P.A.C., concretizó la formación recibida, aplicándola a un área determinada.

Se considera que la formación recibida es adecuada, aunque insuficiente para enfrentar los problemas suscitados en un caso de parálisis cerebral; ya que si bien se obtuvieron resultados favorables en la mayoría de las actividades desarrolladas, éstas fueron seleccionadas en alguna medida tomando en cuenta los conocimientos que se tenían. Lo anterior no significa que se de--penda totalmente de los conocimientos teóricos adquiridos en la carrera, enfrentarse a un caso de parálisis cerebral, necesariamente requiere del estudio y búsqueda de información que ayuden a conocer y atacar un problema de este tipo.

Ante todo, el servicio social representa una buena oportunidad para iniciar la práctica profesional, resolviendo muchas dudas y temores respecto al comienzo del desarrollo profesional de - un recién egresado.

Finalmente, algunos problemas encontrados durante la realiza--ción del servicio social fueron principalmente:

- La falta de espacio para trabajar con los niños en forma individual.
- La falta de materiales, tanto para la evaluación como para la intervención individual y grupal.

Otro problema que se tuvo, aunque más que para la realización del servicio social, para la obtención de mejores resultados, o la conclusión de las diversas actividades (los tratamientos individuales y la investigación principalmente), fue la falta de tiempo.

PROPUESTAS Y RECOMENDACIONES

El Servicio Social es la integración de nuevos profesionistas - a la búsqueda de soluciones a las necesidades prioritarias del país.

El presente reporte del servicio social constituye un aporte a la evaluación y conocimiento general de A.P.A.C., y de la Parálisis Cerebral, como del valor que puede tener la participación del psicólogo para el logro de los objetivos de aquellas.

El estudiante en servicio social debería contar con una asesoría tanto por parte de la escuela como del lugar donde la realice; sobre todo para llevar a cabo investigaciones ahí mismo.

Siendo el reporte del servicio social un medio de comunicación y fuente de información, sería conveniente la creación de un -- área o departamento de difusión que recabara los informes de -- servicio social y diera oportunidad a otros pasantes de consultarlos.

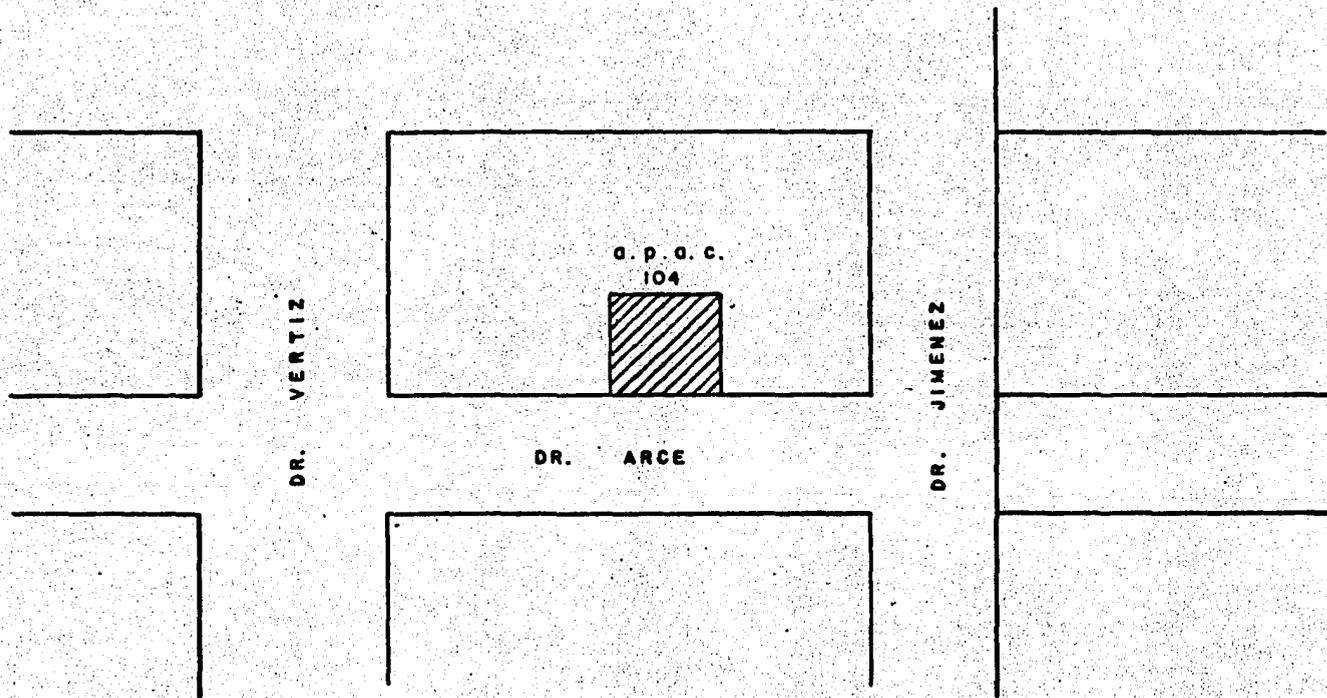
Es importante la existencia de un departamento o grupo dentro - de la Institución que se dedique a la investigación y difusión de los resultados de la misma, y de esa manera actualizar y superar los conocimientos y métodos aplicados a los problemas que trata de dar solución. Al respecto, la institución se podría -- coordinar con la Escuela, cuyo vínculo sería la producción de -

investigación como consecuencia del análisis de la problemática nacional.

Igualmente la elaboración de programas académicos para los niños de A.P.A.C., y programas de capacitación para el personal - que ahí labora sería más factible y adecuado con la colaboración de ambas instituciones.

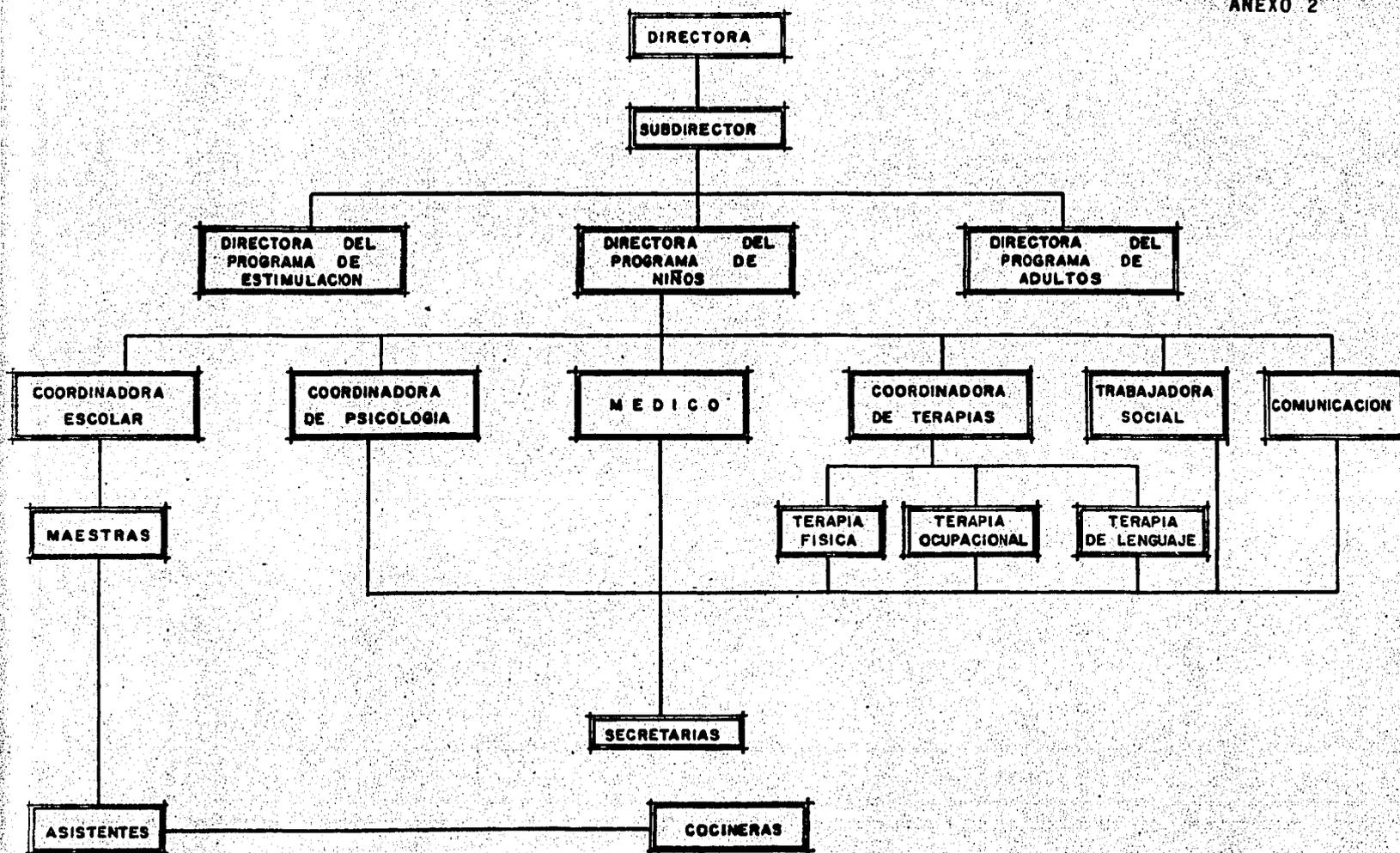
Tanto la investigación como la elaboración de programas realizados en las condiciones mencionadas eliminaría, o disminuiría al menos, el problema de la forma de trabajar empíricamente dentro de áreas específicas de intervención, como es en este caso la parálisis cerebral.

A N E X O S



LOCALIZACION DE A.P.A.C.

Dr. ARCE N° 104



A.P.A.C.- ORGANIGRAMA DEL PROGRAMA DE NIÑOS, 1982

**RECURSOS
HUMANOS**

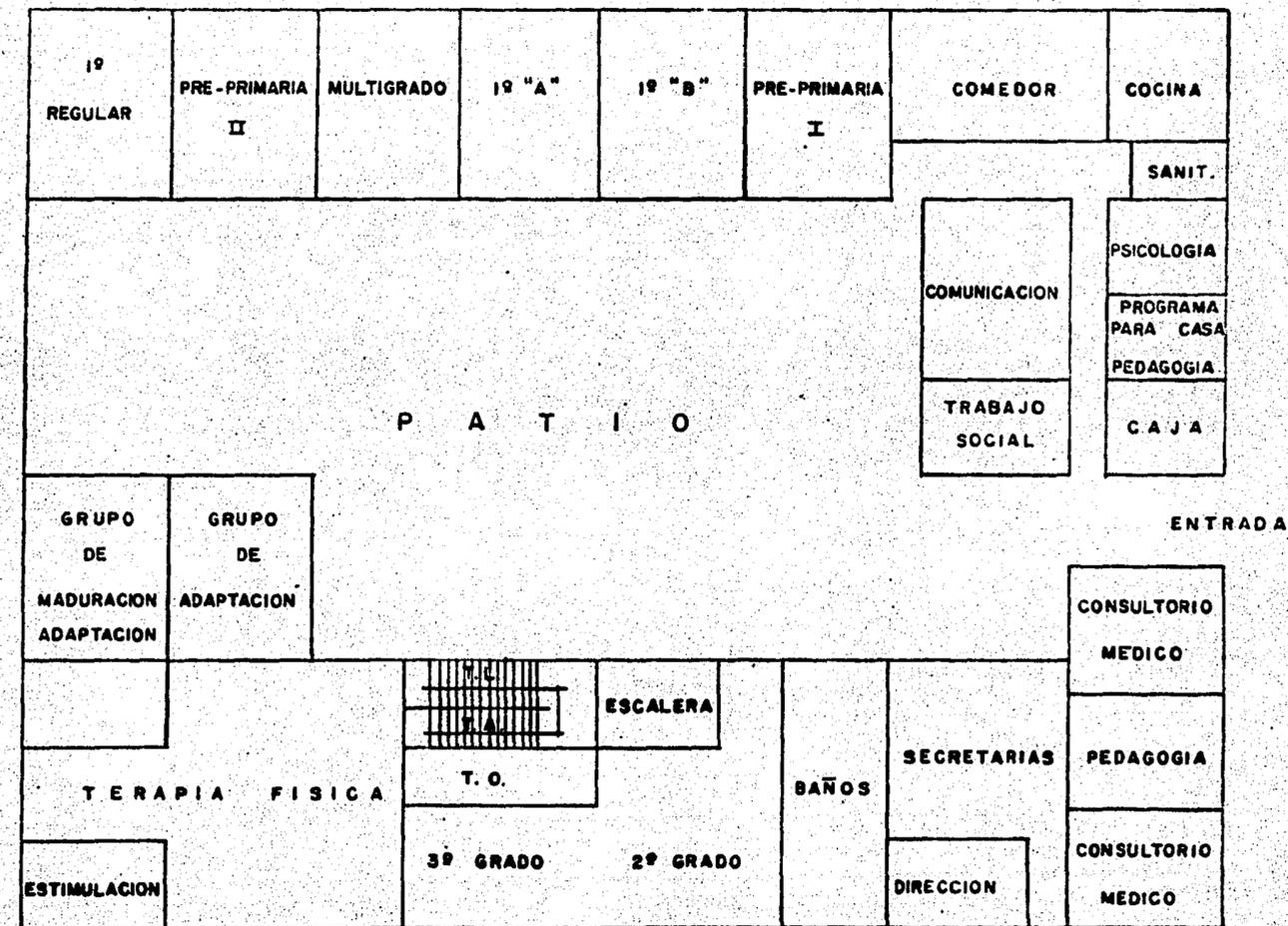
ANEXO 3

| NOMBRAMIENTO | N°. | NIVEL ACADÉMICO | FUNCIÓN |
|----------------|-----|--|--|
| PEDAGOGOS | 2 | Lic. en Pedagogía | 1 Directora del Programa de Niños 1 Coordinadora Escolar |
| PSICOLOGOS | 4 | Pasantes en Psicología | 1 Coordinadora del Depto. de Psicología 3 Presentado Servicio Social en el Depto. |
| MEDICOS | 2 | Médicos Cirujanos | 1 Subdirector de APAC 1 Médico de Rehabilitación |
| MAESTRAS | 10 | 4 Pasantes en Pedagogía 3 Estudiantes en Pedagogía 1 Profra. en Educ. Primaria 1 Pasante en Psicología 1 Estudiante de Odontología | Maestras de los grupos del Programa de Niños |
| ASISTENTES | 13 | Educación Primaria | 10 Asistentes en los grupos 2 Asistentes generales 1 Intendente |
| TRABAJO SOCIAL | 1 | Técnico en Trabajo Social | Trabajadora Social |

R E C U R S O S
M A T E R I A L E S

ANEXO 4

| | |
|---------------------|---|
| PEDAGOGIA | 1 escritorio, 2 sillas grandes, 1 mesita, 1 sillita, lápices, colores, láminas, 1 repisa, papelería gises, formas de evaluación y formas de informe a la Dirección. |
| PSICOLOGIA | 1 escritorio, 2 sillas grandes, 1 juguetero, 1 archivero, láminas, revistas, papelería, un test de inteligencia (WIPPSI), material de madera y plástico, una cámara de Gesell y formas de valoración. |
| MEDICINA | 2 cubículos, 2 escritorios, una camilla, 2 anaqueles, algunos medicamentos y algunos instrumentos especiales. |
| MAESTRAS | 10 salones cada uno con: 1 pizarrón, 1 anaquel, 1 estante, mesitas y sillitas, algunas láminas, gises, borrador, libros para los grupos de nivel primaria, y los útiles que se les pide a los padres. |
| TRABAJO SOCIAL | 1 escritorio, 3 sillas, 1 armario, 1 máquina de escribir, 1 Directorio de Servicios Sociales, formas de estudio socio-económico, papelería, lápices y formas de preconsulta. |
| TERAPIA OCUPACIONAL | Material de percepción, 1 mesa, 1 estante, 1 mesita y 2 sillitas, 1 hamaca, 1 baño con tina, 1 archivo, formas de evaluación de las A B C. |
| TERAPIA DE LENGUAJE | 2 cubículos, 2 estantes, 2 espejos (uno fijo y otro móvil), 1 cama, 1 archivo, 1 mesa, 1 sillita, 1 repisa, hojas de valoración, hojas de evolución y evaluación y algunos juguetes. |
| TERAPIA FISICA | 1 gimnasio, 2 cubículos, 5 colchonetas, barras de suspensión, 3 espejos, 1 mesa de tratamiento, rollos de tres tamaños, estabilizadores, cuñas, pelotas, balancines, almohadas, 1 columpio, 1 archivero, 1 escritorio, 1 franelógrafo, 1 librero, andaderas, 2 sillas, 3 bancos, poleas, vibrador y 1 pizarrón. |
| COMUNICACION | 1 salón, 5 sillas, 1 pupitre, 1 franelógrafo, 1 estante, tablas de comunicación que ahí mismo elaboran. |
| COCINA | 1 estufa, 1 gabinete, 1 mueble-mesa, 1 fregadero y utensilios de cocina. |
| RECEPCION | 2 máquinas de escribir, 2 escritorios, 2 archiveros, 2 sillas, 2 mesas, papelería, libretas, lápices, directorios telefónicos, 2 teléfonos. |



PLANTEL DEL PROGRAMA DE NIÑOS 1982

REMISION DE NIROS AL DEPARTAMENTO
DE PSICOLOGIA

ANEXO 6

GRUPO: _____

EDUCADORA: _____

| NOMBRE DEL NIRO | TIPO DE PROBLEMA* | | | |
|-----------------|-------------------|---------|----------|-------|
| | ATENCION | MEMORIA | CONDUCTA | OTROS |
| | | | | |

*Especificar o explicar en que consiste o como presenta cada niro el problema señalado.

NOMBRE: V. H. M. S.

PROGRAMA: DE CASA

EDAD: 11 5/12

HORARIO: L., Mi., V. 8:15 - 9:00

ANEXO 7

| CONDUCTAS FRECUENTES DESEABLES | CONDUCTAS FRECUENTES INDESEABLES | CONDUCTAS POCO FRECUENTES DESEABLES | CONDUCTAS NO PRESENTADAS DESEABLES | REPERTORIO VERBAL | OBSERVACIONES |
|---|---|--|--|--|--|
| Reforzador | Decrementar | Incrementar | Establecer | Reforzar - Incrementar | Programa |
| <p>Acercarse a personas conocidas.</p> <p>Responde a estímulos auditivos y visuales.</p> <p>Estar con su hermano.</p> | <p>Actividad incrementada (hiperquinesis).</p> <p>Risa incoherente.</p> <p>Tomar todos los objetos, aventarlos o romperlos.</p> <p>Agresividad física con otras personas.</p> <p>Atención dispersa.</p> | <p>Seguir instrucciones.</p> <p>Mantenerse sentado.</p> <p>Fijar su atención en la actividad realizada.</p> <p>Actividades académicas.</p> | <p>Compartir las cosas. (1)</p> <p>Control de esfínteres.</p> <p>Utilización adecuada de Sí - No</p> <p>(1) La falta de esta conducta, frecuentemente lo hacía reaccionar agresivamente.</p> | <p>Pan, huevo, agua, mamá, sopa, limo, mfo, tú, yo, nene, bueno, Ana, Jaime, bien, ya, así, estemía (mira), oye.</p> | <p>Utilizando inicialmente el Reforzamiento de otras conductas (RDO) con reforzamiento social y reforzador consumible (galletas o chocokrispis) para eliminar la conducta prolemática y establecer la deseada. Posteriormente, se utilizó el Modelamiento (imitación para el establecimiento de la conducta de "compartir las cosas").</p> <p>Hay mucho interés por parte de la madre.</p> |

NOMBRE: V. M. G. G.

EDAD: 7 años

PROGRAMA: Escolar grupo: Preprimaria 1

HORARIO: L., y V. 11:30 - 12:15

ANEXO 8

| CONDUCTAS FRECUENTES DESEABLES | CONDUCTAS FRECUENTES INDESEABLES | CONDUCTAS POCO FRECUENTES DESEABLES | CONDUCTAS NO PRESENTADAS DESEABLES | REPERTORIO VERBAL | OBSERVACIONES |
|--------------------------------|---|--|--|---|--|
| Reforzador | Decrementar | Incrementar | Establecer | Reforzar - Incrementar | Programa |
| Estimulación auditiva. | Lenguaje incoherente, pronuncia nombres sin ubicarlos o reconocerlos. Atención dispersa. | Atención visual y auditiva. Mantener su atención en la actividad realizada. | Establecimiento de Sí - No- Asociación de estímulos y lenguaje. | ya, td, quiero jugar. de tipo ecológico. Su lenguaje en ocasiones es ecológico y en otras incoherente, evitando situaciones que le requieran atención y movimiento continuo | Actividades Recreativas Académicas, utilizando inicialmente: Extinción, Reforzamiento continuo, Reforzamiento Intermitente y tiempo fuera. Se utilizaron como reforzadores: reforzamiento social y reforzadores consumibles (galletas y chocokrispis) y al final de cada sesión música. Posteriormente se eliminarán el reforzamiento continuo y la música, reforzando únicamente al finalizar cada actividad en forma social. |

VALORACION

anexo 9

I.- Datos de identificación:

Fecha _____
Nombre _____ Sexo _____
Fecha de nacimiento _____ Edad _____
Dr. médico _____

II.- Factores físicos:

Deambula _____ Si () - No ()
Audición normal _____ Visión normal _____
Cinestesia normal _____ Control de esfínteres _____
Distingue diferentes texturas _____
Medicamento (s) que toma actualmente _____
Observaciones: _____

III.- Resultados obtenidos por área de desarrollo

A.- Área de repertorios básicos:

Atención visual:

Contacto visual (ojos) _____ Si () - No ()
Seguimiento visual de objetos _____ Si () - No ()
Atención de objetos próximos _____ Si () - No ()
Atención de objetos distantes _____ Si () - No ()

Atención auditiva:

Reacción ante un sonido _____ Si () - No ()
Identifica el origen del sonido _____ Si () - No ()
Discrimina diferentes sonidos _____ Si () - No ()

Observaciones: _____

Imitación:

Imitación de actitudes en sí mismo (evaluar) _____ Si () - No ()
Imitación de actitudes en sí mismo (muñeco) _____ Si () - No ()

Observaciones: _____

Seguimiento de instrucciones:

| | |
|-----------------------------|------------------------------|
| Abrir _____ Si () - No () | Cerrar _____ Si () - No () |
| Dar _____ Si () - No () | Tomar _____ Si () - No () |
| Meter _____ Si () - No () | Sacar _____ Si () - No () |
| Salir _____ Si () - No () | Entrar _____ Si () - No () |

B.- Area de cuidado personal

En la actualidad el niño es capaz:

- De vestirse solo _____ Si () - No ()
- Cepillarse los dientes _____ Si () - No ()
- Lavarse manos y cara _____ Si () - No ()
- Manejo de utensilios para comer _____ Si () - No ()
- ¿Cuales? _____ Come solo _____ Si () - No ()
- Va al baño sin ayuda _____ Si () - No ()

C.- Area de discriminación visual:

- Colores primarios: (rojo) (amarillo) (blanco) (azul) (negro)
- Formas geométricas: (triangulo) (cuadrado) (circulo)
- Tamaños _____ Si () - No ()
- Personas _____ Si () - No ()

D.- Coordinación viso-motora:

- Coordinación ojo-mano _____ Si () - No ()
- Mantiene equilibrio corporal _____ solo _____ Con ayuda _____
- Coordinación manual: _____
- Agarrar _____ sostener _____ lanzar _____
- Motricidad fina _____ Si () - No ()

E.- Esquema corporal:

- Identifica partes gruesas del cuerpo (brazo) (pierna) (cabeza) (cuerpo)
- Identifica detalles del esquema corporal (partes de la cara) (manos) (pies) (cuello) (hombros) (espalda) (codos) (rodillas)
- Identifica organos internos: Cuales? _____

Identifica partes del cuerpo en un muñeco, o en dibujo ___ Si () - No ()

Observaciones: _____

F.- Noción Espacial:

- Ubicación en el espacio _____ Si () - No ()
- Ubicación en el tiempo _____ Si () - No ()
- Ubicación de la persona _____ Si () - No ()
- Identificas:
- Arriba _____ Izquierda _____ Arriba _____
- Abajo _____ Adelante _____ Atrás _____
- Dentro _____ Fuera _____ Inmedio _____

IV.- Area cognitiva.

- Reconocimiento de objetos _____ Si () - No ()
- Autoimagen _____ Si () - No ()
- Memoria _____ inmediata _____ Retrogada _____
- Comprensión _____ Si () - No ()
- Lenguaje (lógico, incongruente, etc.) _____

V.- Area Académica

Lee _____ Si () - No ()
 Escribe _____ Si () - No ()
 Concepto de cantidad _____ Si () - No ()
 Establecimiento del SI y NO _____ Si () - No ()

VI.- Area Afectiva

Relaciones familiares:

Relación padre e hijo (a) con P.C. _____

Relación madre e hijo (a) con P.C. _____

Relación del niño (a) con P.C. y sus hermanos _____

Dinámica familiar _____

Relación del niño (a) con P.C. y otras personas _____

VII.- Rasgos básicos de su personalidad:

Referidos por: _____

Referidos por: _____

Referidos por: _____

VIII.- Area conductual

El niño presenta:cuten promisi:

| | |
|---------------------|------------------------|
| Autoagresión _____ | Agresión a otros _____ |
| Aislamiento _____ | Hiperactividad _____ |
| Berrinches _____ | Miedo, a que? _____ |
| Enuresis _____ | Encopresis _____ |
| Irritabilidad _____ | Otros _____ |

IX.- Resumen de pruebas Psicológicas:

X.- Conclusiones:

XI.- Sugerencias:

Valorá Pato. _____

CARACTERÍSTICAS OBSERVADAS EN LOS GRUPOS

ANEXO 10

| GRUPO N° NIÑOS | ESTIMULACION | MADURACION | ADAPTACION | MULTIGRADO | PRIMER AÑO "A" | T O T A L |
|-----------------------------------|--------------|------------|------------|------------|----------------|-----------|
| PROBLEMAS | 3 | 5 | 8 | 8 | 7 | 31 |
| Atención dispersa | 1 | 1 | 3 | 5 | 4 | 14 |
| Falta de atención | 2 | 1 | - | - | - | 3 |
| Memoria Inmediata | 2 | 4 | 1 | 2 | - | 9 |
| Memoria Mediata | 3 | 4 | 2 | 4 | 1 | 14 |
| Comunicación Oral Nula | 3 | 5 | 4 | 2 | 2 | 16 |
| Comunicación Oral difícil | - | - | 1 | 2 | 3 | 6 |
| Medio de comunicación definido | 3 | 3 | 3 | - | - | 9 |
| Coordinación manual gruesa | 2 | 3 | - | 1 | 1 | 7 |
| Coordinación manual fina | 3 | 5 | 2 | 3 | 2 | 15 |
| Escritabilidad | 1 | - | 4 | 3 | 1 | 9 |
| Esperquinesis | - | - | 2 | 1 | - | 3 |
| Control facial | 2 | 4 | - | 2 | - | 8 |
| Imitación | 3 | 1 | 1 | 1 | - | 6 |
| Seguimiento de instrucciones | 3 | 3 | 1 | 2 | - | 9 |
| Movimientos involuntarios | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 6 |
| Impresividad | - | - | 2 | 2 | - | 4 |
| Autoestimulación | 1 | - | - | 1 | - | 2 |
| Problemas de percepción | 3 | 4 | 3 | 4 | 2 | 16 |

CONCLUSIONES

Las actividades realizadas en este servicio social constituyen una experiencia del papel desempeñado por un psicólogo en la -- Asociación Pro-Paralítico Cerebral. La naturaleza del problema lo enfrenta a tomar una decisión sobre qué problemas seleccionarfa -a cuáles darfa mayor importancia-. Después de la selección, viene la reflexión sobre cómo va a solucionar estos problemas. Posteriormente, "el hacer" y el "decir" de las tareas y orientaciones a los niños, padres y maestras, son acciones concretas que traen efectos directos sobre los problemas seleccionados.

El desarrollo de lo anterior, en las condiciones en que se presentan al pasante (formación) y el problema (dado en APAC), -- junto con sus resultados hacen ver la importancia de la participación de la psicóloga en dicha asociación, no solo en un cubículo, sino en un salón de clases o con un grupo de padres de familia, e incluso en la investigación iniciada.

Las teorfas y documentos estudiados, las prácticas realizadas durante la carrera, la bibliografía revisada para un trabajo determinado y las actividades planeadas para la realización -- del servicio social, constituyen los elementos principales de una formación profesional, dando como resultado el logro, en alguna medida, de los objetivos propuestos tanto por el progra

ma de servicio social de la carrera de psicología de la E.N.E.P. Zaragoza, el programa de la institución donde se realice, como del propio pasante.

Considero que los resultados obtenidos en cada una de las actividades, no sólo son consecuencia de la planeación de las mismas, sino que, en general, constituyen una síntesis de los conocimientos adquiridos durante la carrera, el estudio personal sobre el tema particular y la asesoría del personal de la institución. Todo lo anterior lleva a definir el servicio social como el primer paso hacia la práctica profesional del psicólogo, como un instrumento de comprobación de la validez del Plan de Estudios de la Carrera de Psicología, y también para lograr o mantener el reconocimiento de la psicología como una disciplina útil.

No solo hacer, sino también elaborar un informe final del servicio social, trae consigo tareas que ayudan a la síntesis de una teoría dada institucionalmente y una práctica determinada y medida por circunstancias reales.

La formación recibida va a traer como resultado un profesional que al interactuar con otros profesionales y personas que requieran de sus servicios, va formando en ellas y en uno mismo el perfil de un psicólogo, ubicándose dentro de una estructura constituida por diversas profesiones.

Concretamente, se concluye que el servicio social permitió la - integración del servicio y la investigación en cada una de sus actividades atendiendo a necesidades presentes y buscando métodos que se acercaban cada vez más a la solución de dichas necesidades.

Indudablemente este campo de aplicación de la psicología resultó muy propicio para promover la interdisciplinaridad atendiendo y entendiendo el trabajo realizado por cada uno de los departamentos y buscando reciprocidad en esta forma de trabajo; abandonando las limitaciones de intervención a una fase de detección, análisis, tratamiento o investigación, actuando en todas y cada una; así como desarrollar la vinculación de varios sectores como en este caso la educación y la salud. Todo orientado - preferentemente hacia el servicio comunitario, finalidad principal de la preparación universitaria.

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

- APAC. "LO QUE TODOS DEBEN SABER SOBRE LA PARALISIS CEREBRAL". Folleto APAC. México, 1981.
- Bénois, Jean. "EDUCACION PSICOMOTRIZ EN LA INFANCIA INADAPTADA". Panamericana Buenos Aires, 1973.
- Bijou S. y Baer D. "PSICOLOGIA DEL DESARROLLO INFANTIL". Trillas México, 1977.
- Bijou S. y Ribes I.E. "MODIFICACION DE CONDUCTA". Trillas. México, 1977.
- Bobath, B. Bobath. "DESARROLLO MOTOR EN DISTINTOS TIPOS DE PARALISIS CEREBRAL". Panamericana. Buenos Aires, 1974.
- Cepeda Tijerina, C. "LA INTEGRACION DE LA INFORMACION EN EL CEREBRO". Tesis. Facultad de Psicología. UNAM, 1974.
- Cleland Charles Carr y Jhon David Seartz. "RETARDO MENTAL". Trillas. México, 1979.
- Coll Pastorini, Perla Elisa. "NUTRICION DEFICIENTE Y SUS EFECTOS SOBRE EL SISTEMA NERVIOSO. Aspectos anatómicos y su repercusión en la conducta". Tesis. Facultad de Psicología, --- UNAM, 1976.
- Cruickshank, William M. "EL NIÑO CON DAÑO CEREBRAL. En la escuela, en el hogar y en la comunidad". Trillas. México, 1979.

Dueñas C., G. y Josefina González B. "ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE NIÑOS CON DAÑO CEREBRAL CON DIFERENTE NIVEL CRONOLÓGICO A TRAVÉS DEL TEST BENDER GESTALT PARA NIÑOS PEQUEÑOS DE E. KOPPITZ". Tesis, Facultad de Psicología. UNAM, 1975.

Eyzaguirre, Carlos. "FISIOLOGÍA DEL SISTEMA NERVIOSO". Interamericana. México, 1971.

Finnie, Nancie R. "ATENCIÓN EN EL HOGAR DEL NIÑO CON PARÁLISIS CEREBRAL". La Prensa Médica Mexicana, 1974.

Galindo, Edgar y otros. "MODIFICACIÓN DE CONDUCTA EN LA EDUCACIÓN ESPECIAL". Trillas. México, 1980.

García de León, Elizabeth. "LA INTERVENCIÓN DE LA PSICOLOGÍA EN LA REHABILITACIÓN DE UN INVÁLIDO". Tesis, Facultad de Psicología. UNAM, 1965.

González Castillo, Juana M. "PRINCIPALES MANIFESTACIONES DEL NIÑO CON DISFUNCIÓN CEREBRAL MÍNIMA". Tesis, Facultad de Psicología. UNAM, 1976.

González Jiménez, Ma. Javier. "EL COEFICIENTE INTELECTUAL EN NIÑOS CON PROBLEMAS DE APRENDIZAJE ESCOLAR Y DAÑO ORGÁNICO CEREBRAL". Tesis, Facultad de Psicología. UNAM, 1974.

González Moreno, Ma. Esther. "DOS PROCEDIMIENTOS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA EMPLEADOS EN LA REHABILITACIÓN DE UNA INFANTE CON PARÁLISIS CEREBRAL". Tesis, Facultad de Psicología. -- UNAM, 1975.

Márquez Arenas, Julieta. "DIAGNÓSTICO PRELIMINAR DE DAÑO CEREBRAL EN FARMACODPENDIENTES EN INHALANTES A PARTIR DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS". Tesis, Facultad de Psicología. UNAM, -- 1979.

Maxine González, Enloe. "LA IMAGEN CORPORAL EN EL PARAPLEJICO".
Tesis, Facultad de Psicología, UNAM, 1976.

Méndez Márquez Ma. Teresa de Jesús A. "LINEAMIENTOS GENERALES DE
LA REHABILITACION EN EL PACIENTE PARAPLEJICO CEREBRAL". Te
sis, Facultad de Psicología. UNAM, 1980.

Mendoza Ibarrola Aida A. "CONTROL PSICOLOGICO DE PRESCOLARES CON
PARALISIS CEREBRAL MEDIANTE LA PRUEBA DE P.A.R. DE E.A. --
DOLL". Tesis, Facultad de Psicología. UNAM, 1981.

Molina, Jorge. "MODIFICACION DE CONDUCTA EN NIROS CON RETARDO EN
EL DESARROLLO". Tesis, Facultad de Psicología. UNAM, 1969.

Nava-Rivera, Armando. "NEUROQUIMICA Y PSICOFARMACOLOGIA DE LA CON
DUCTA". Primer parte, 1970-1971.

Nava Segura, José. "NEUROLOGIA CLINICA". Impresiones Modernas. --
México, 1978.

Padilla Guevara, Flora Ma. "EL PAPEL DEL PSICOLOGO EN LA REHABILI
TACION DEL NIRO CON PARALISIS CEREBRAL INFANTIL . Un estu--
dio de caso". Tesis, Facultad de Psicología. UNAM, 1980.

Pilch, Mary M. "ESCOLARES TALENTOSOS, LENTOS, DESFAVORECIDOS E IM
PEDIDOS". Paidós. Argentina, 1969.

Ramfrez Bellorin, Vilma. "ASPECTOS PEDAGOGICOS EN NIROS CON DISFUN
CION CEREBRAL". Tesis, Facultad de Psicología. UNAM, 1974.

Ramfrez Salcedo, José G. "ESTRUCTURA Y DINAMICA DE LAS VARIABLES -
QUE DETERMINAN EL COMPORTAMIENTO DEL NIRO CON DAÑO CEREBRAL"
Tesis, Facultad de Psicología. UNAM, 1978.

REVISTA EDUCACION. Vol. 24, ed. por el Instituto de Colaboración Científica en Cooperación con la Comisión de Investigación Educativa en el Tercer Mundo. Col Semestral de aportaciones alemanas recientes en las ciencias pedagógicas, 1981.

Ribes Inesta, Emilio. "TECNICAS DE MODIFICACION DE CONDUCTA. Su aplicación al retardo en el desarrollo". Trillas, México 1980.

Rodríguez Lamarque, Ma. Isabel. "EL TEST GESTALTICO VISO-MOTOR - DE L. BENDER APLICADO EN UN GRUPO DE NIÑOS CON DESORDENES FUNCIONALES". Tesis, Facultad de Psicología. UNAM, 1967.

S.E.P., Dirección General de Educación Especial. "PRIMER CONGRESO NACIONAL SOBRE DEFICIENCIA MENTAL. MEMORIA". S.E.P.- México.

S.E.P., FONAPAS. "LA EDUCACION ESPECIAL EN MEXICO". D.G.E.E., 1981.

Small, Leonard. "PSICOTERAPIA Y NEUROLOGIA. Problemas de Diagnóstico Diferencial". Ed. Amorrortu. Argentina, 1975.

Terman, L. y Merrill M. "MEDIDA DE LA INTELIGENCIA". Espasa-Calpe, S.A., Madrid, 1975.

Ulrich R., Stachnik T. Mabry J. "CONTROL DE LA CONDUCTA HUMANA" Vol. 2. Trillas. México, 1977.

Wallon, Henry. "EVOLUCIÓN PSICOLOGICA DEL NIÑO". Edit. Psique..

Weiss Bakas, Naomi. "LA INFLUENCIA EN LA FAMILIA DE UN NIÑO CON DAÑO CEREBRAL MINIMO", Tesis. Facultad de Psicología, UNAM 1975.

Zamora Contreras, Estela. "DISFUNCION CEREBRAL MINIMA EN NIÑOS A TRAVES DE BENDER, BENTON Y WISC". Tesis, Facultad de Psicología. UNAM, 1980.