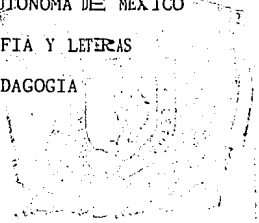


27
4

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS
COLEGIO DE PEDAGOGIA



SECRETARIA DE
EDUCACION PUBLICA

LA INTEGRACION DEL NIÑO CON PARALISIS CEREBRAL A LA COMUNIDAD

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PEDAGOGIA

P R E S E N T A

ALVARADO IGLESIAS GLORIA



FACULTAD DE FILOSOFIA
Y LETRAS
COLEGIO DE PEDAGOGIA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

MEXICO, D.F. AGOSTO DE 1989.

U.B.
[Signature]
6 de Octubre 1989

FALLA DE CR:GEN



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

	PAGINA
INTRODUCCION	1
PRESENTACION DE UN CASO	2
CAPITULO I	5
Generalidades acerca de la Parálisis Cerebral Infantil	
1. Definición	
2. Etiología	
2.1 Factores Predisponentes	
2.2 Causas Prenatales	
2.3 Causas Natales	
2.4 Causas Postnatales	
3. Clasificación	
3.1 Por Intensidad	
3.2 Topográfica	
3.3 Clínica	
CAPITULO II	25
MEDIO AMBIENTE	
1. La Familia	
1.1 Reacción del núcleo familiar ante el problema	
1.2 Sobreprotección	
1.3 Abandono	
2. La Sociedad	
2.1 Actitud de la sociedad ante el inválido	
2.2 Cooperación para la resolución del problema del inválido	
3. El Sistema Escolar	
3.1 Desconocimiento del problema	
3.2 Actitud del maestro ante el niño con parálisis cerebral	
3.3 Relación escuela-familia del niño con parálisis cerebral	
3.4 Alternativas de escuelas especiales para niños con parálisis cerebral	
3.5 Características de las escuelas especiales: ventajas y - desventajas	

	PAGINA
CAPÍTULO III	39
OBSERVACIONES DE CAMPO	
CAPITULO IV	69
Propuesta para la Integración del Paralítico Cerebral Infantil a la Comunidad	
4.1 Determinar el Problema	
4.2 Iniciar Estimulación Múltiple Temprana	
4.3 Valoración	
4.4 Propuesta de Atención	
4.5 Integración al Sistema Educativo Regular del niño con Parálisis Cerebral	
4.6 Alternativa para la Integración del niño con Parálisis cere bral al Sistema Educativo Regular	
CONCLUSIONES	89
CUADRO COMPARATIVO DE FUENTES DE INFORMACION	
BIBLIOGRAFIA	

INTRODUCCION

Al observar la problemática a la que se enfrentan las familias en las cuales uno de sus miembros padece parálisis cerebral infantil; surge el motivo de este trabajo. Pues en dichas familias se da un desequilibrio emocional, social y económico, aunado a la falta de orientación y conocimiento sobre el problema.

Esto trae como consecuencia una deficiente y mal orientada atención al niño, que limita y muchas veces impide su desarrollo.

Por ello, la inquietud principal es conocer el problema y - darlo a conocer de la siguiente manera; establecer primero las causas - médicas, su origen y clasificación; en seguida ubicarlo dentro de un medio ambiente(familia, sociedad, escuela), posteriormente transpolarlo a la realidad, dando a conocer lo que la comunidad sabe y piensa acerca de éste.

Por último la propuesta para que los padres primero, y los especialistas después; de una manera sencilla pero eficaz puedan ayudar al niño para el logro del objetivo de este trabajo que es, la integración del niño con parálisis cerebral a la comunidad.

PRESENTACION DE UN CASO

Nombre: ALONDRA ALONSO BUSTOS

Edad: 4 años

ANTECEDENTES

Niña afectada por parálisis cerebral infantil, espástica leve, localizada en los miembros inferiores; impidiéndole caminar por sí misma teniéndolo que hacer con la ayuda de una andadera especial. Aspecto general normal, conducta personal social normal, lenguaje comprensible, coordinación motora fina torpe, afección leve de la vista, oído normal.

Recibe atención médica en el Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación y forma parte del grupo de estimulación múltiple temprana; donde realiza actividades de terapia física, terapia ocupacional y de lenguaje, con actividades de convivencia social conjuntamente. Además asiste a consulta con el ortopedista y psicólogo periódicamente.

ENTRADA AL JARDIN

Anteriormente fue inscrita en un jardín de niños particular, al que se reuso ir, porque la dejaban sentada todo el tiempo en una silla - impidiéndole el contacto con otros niños.

Al ser inscrita al jardín de niños oficial, nadie conoce su problema realmente ya que sólo se mencionó que tenía un problema motor; el primer contacto es desconcertante pues no se tenía idea que ese problema motor fuera el de "no caminar"; posteriormente al tratar con la madre se aclara que la afección es parálisis cerebral infantil, lo que causa aún mayor desconcierto; pero es aceptada y tratada normalmente.

Aunque el comportamiento de la niña es normal, y su lenguaje comprensible, lo cual le permite comunicarse fácilmente con los demás, existe confusión tanto dentro como fuera del jardín por su afección en las piernas. En el jardín los niños, padres y maestras no se explican lo que sucede, en su casa y en el instituto no se explican como es que fue aceptada en un jardín oficial; aunque allí lo aplauden y apoyan.

DESARROLLO DEL CURSO

Al inicio se da una sobreprotección hacia la niña que inmediatamente la madre hace notar para que se corrija y se le trate como a todos los demás niños.

En el instituto existe gran entusiasmo por su ingreso al jardín oficial, lo que propicia una invitación para conocer éste y su programa de estimulación múltiple temprana.

Sin embargo, en el jardín existe una polémica por su estancia en el mismo y se presiona para que sea enviada al jardín del DIF; cosa que no es aceptada por encontrarse el curso avanzado. Con esto se cierra toda posibilidad de aceptación de cualquier otro niño que tenga parálisis cerebral infantil, por leve que ésta sea.

A lo largo del curso la niña tiene grandes avances físicos y emocionales, en lo que se refiere a los primeros, al finalizar es capaz de trepar sola a los juegos del jardín como: resbaladilla, aros, pasamanos, caminar con el apoyo de una sola mano (al inicio del curso sólo lo hacía sostenida de ambas manos), conoce todos los cantos, juegos y actividades cognoscitivas igual y a veces mejor que los otros niños. En cuanto a sus terapias con el grupo de rehabilitación, la dieron de alta

en lenguaje, ocupacional y sus visitas al psicólogo se hicieron más esporádicas, por considerar éste que la niña se encontraba totalmente adaptada a la vida diaria en cuanto a su conducta y emocionalmente.

Todo este progreso se debe principalmente a la convivencia diaria de la niña con sus compañeros. Lo que es importante enfatizar; para que en lo posible se brinde la misma oportunidad a otros niños como ella.

CAPITULO I

GENERALIDADES ACERCA DE LA PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL

El primer estudio concreto sobre la parálisis cerebral aparece en el año 1862. William John Little, cirujano inglés publicó una monografía describiendo la afección que hoy llamamos parálisis cerebral. El niño espástico, con constantes muecas, la saliva en los cantos de la boca y con la marcha en tijera o que describió el Dr. Little, dió la impresión errónea de que todos los niños con parálisis cerebral pertenecían al mismo tipo y eran deficientes mentales.

El término de enfermedad de Little no debe usarse para describir a los niños afectados de parálisis cerebral, ya que la debilidad muscular no siempre esta asociada con la parálisis cerebral y la espasticidad es un tipo de ésta.

El Dr. Bronson de Boston fue el primero que sentó las bases neurológicas de la parálisis cerebral. Earl R. Carlson, médico afectado de parálisis cerebral es el autor de una notable bibliografía que ha aumentado los conocimientos acerca de esta enfermedad.

El médico que ha contribuido de un modo más notorio al diagnóstico y tratamiento de la parálisis cerebral, es el Dr. Wintrop Phelps de Baltimore, gracias al cual se acepta actualmente en forma universal el nombre de parálisis cerebral.

1. DEFINICION

Las últimas décadas han supuesto tal avance en el conocimiento y tratamiento del síndrome de parálisis cerebral que su enumeración se hace prácticamente imposible. Como resumen no obstante de tales investigaciones, la parálisis cerebral viene a definirse como una enfermedad -- neuro-muscular causada por lesión cerebral ocurrida antes, durante o inmediatamente después del parto. (1)

Esta enfermedad puede incluir aislada o conjuntamente espasticidad, debilidad, incoordinación, atetosis o temblor; con frecuencia es asociado con retraso mental, trastornos sensoriales, crisis convulsivas y trastornos visuales, auditivos y de lenguaje.

La Academia Americana de Parálisis Cerebral define a ésta como: "cualquier alteración anormal del movimiento o de la función motora, debido a defecto, lesión o enfermedad del tejido nervioso contenido en la cavidad craneal".(2)

No existe un censo confiable respecto a la frecuencia, pero ha podido observarse que " se encuentra comunmente en el sexo masculino en una relación que va de veinte a uno, aparentemente relacionado al mayor tamaño en el momento del nacimiento de los pacientes en el sexo masculino".(3)

Phels menciona una frecuencia de siete casos por cada mil quinientos nacimientos y Schenctady habla de cinco punto nueve casos por mil nacimientos.

1. GONZALEZ MAS R. Tratado de rehabilitación médica. pag. 544

2. Ibidem. 1. pag. 544

3. BOBATH BERTHA. Desarrollo motor en distintos tipos de PC. pag. 59

Los datos disponibles en relación y frecuencia en Inglaterra, nos hablan de una incidencia de uno por mil dentro de la edad escolar.

Nielson señala que en Suecia hay un parálítico cerebral por cada cien mil habitantes; la gran discrepancia en las cifras sólo puede explicarse por los índices de natalidad y los grados de profilaxia tan variada en cada país.

La Organización Mundial de la Salud en una detección sobre defectos e impedimentos en niños pequeños, estima que el dos por ciento de todos los niños que nacen necesitan "cuidados especiales" a temprana edad a consecuencia de retraso.

En Estados Unidos de Norteamérica, de un millón de niños en edad preescolar con problemas de retraso psicomotor de diversas etiologías sólo el diez por ciento reciben servicios especializados.

Y en México se registran trecientos cincuenta mil casos de parálíticos cerebrales reconocidos, además de los muchos que se encuentran sin diagnóstico, ni atención adecuada en las diferentes partes del país. Miles de niños, nacen cada año con el sistema cerebral afectado por parálisis cerebral; otros muchos la adquieren en los primeros años de vida.

2. ETIOLOGIA

Los actuales conocimientos sobre la causalidad en el síndrome parálisis cerebral son bastante concretos a la luz de los avances neurológicos, genéticos y estadísticos. No obstante todavía queda mucho camino por recorrer para obtener un cuadro etiológico concreto.

Las causas responsables de la parálisis cerebral pueden ser múltiples, si bien se excuye toda idea de ser hereditarios.

2.1 FACTORES PREDISPONENTES

Existen algunos factores que pueden llamarse predisponentes para la parálisis cerebral. Aparece con más frecuencia en los prematuros, en los recién nacidos de peso elevado y partos prolongados. Posiblemente es más frecuente en los niños de madres de edad avanzada y en varones que en niñas.

2.2 CAUSAS PRENATALES

Corresponde al uno o dos por ciento de los casos de parálisis cerebral. La lesión es ocasionada durante el embarazo. No son las más frecuentes.

Enfermedades infecciosas de la madre.- Cualquier infección de la madre especialmente si es por un virus neurotrópico, puede afectar al cerebro fetal, como en el caso de la rubeola que también ataca al feto si la contrae la madre en los primeros tres meses de embarazo.

Enfermedades metabólicas de la madre.- Una de las causas más frecuentes de hemorragia cerebral en el feto es la toxemia gravídica y la diabetes.

Eritroblastosis fetal.- La incompatibilidad RH de los padres origina Kernicterus. Como resultado de la anemia y alteraciones hepáticas hay alteraciones nutricias en el cerebro, generalmente en los núcleos basales.

2.3 CAUSAS NATALES

Corresponden al ochenta y ocho por ciento de los casos de parálisis cerebral. Las lesiones cerebrales son causadas en el momento del parto. Estas lesiones se presentan por:

Anoxia.

Este término se refiere a la falta de oxígeno a causa del parto demasiado prolongado, vueltas del cordón umbilical, dificultad para pasar la cabeza, debido a la estrechez de pelvis o aplicación de fórceps. Si el niño nace con una coloración azul, la asfixia es de origen pulmonar; si la coloración es blanca la asfixia se debe al mal funcionamiento del corazón.

Asfixia.

Por obstrucción de vías respiratorias el recién nacido puede respirar mucosidades o líquido amniótico a su paso por el canal del parto.

Anestecia.

La anestecia en el parto hace que el niño respire lentamente, el pulso es lento y la temperatura baja a causa del bajo nivel de oxigenación.

Vitamina K.

Al nacer a veces el feto presenta deficiencia de ésta vitamina por lo que tiene tendencia a sangrar. La administración de ésta vitamina a la madre durante el embarazo y el parto, aumenta el nivel sanguíneo de la vitamina K en el feto.

Prematuridad.

Se da en un treinta por ciento de los casos de parálisis cerebral el niño nace antes de tiempo, debido a un parto precipitado, al tener dificultad en el vientre materno como en el útero, viene una expulsión precipitada y esto puede ocasionar un daño cerebral irreversible.

Los niños prematuros no han alcanzado la madurez por no haber

completado su edad neurológica; también puede sufrir lesiones intercraneales.

Niños postmaduros.

Corresponden al cinco por ciento aproximadamente de los casos de parálisis cerebral. Los niños postmaduros son los que nacen tres semanas o más después de la fecha calculada del parto.

"Por lo general, estos niños no presentan vello tienen uñas largas, cabello abundante, tienen aspecto alerta, piel seca, presentan escamas (lo cual depende de que disminuya la cantidad de unto sebaceo). Hay signos de pérdida de peso y también se advierte una coloración verde o amarilla del cordón umbilical, genitales, uñas y piel".(4)

Cambios súbitos de presión.

En el llamado "parto espontáneo" y parto por cesárea, dado que la presión intrauterina es mayor que la presión atmosférica, se produce un cambio súbito de una a otra que puede originar embolias gaseosas, rupturas de vasos sanguíneos y hemorragias. En cualquiera de estos procesos hay que tener en cuenta el tiempo que se requiere para la descompresión progresiva.

Cesárea.

"Esta operación consiste en extraer al niño del útero después de practicar incisiones en las paredes abdominales y uterina. La incisión de lapiel se hace debajo del ombligo, casi siempre en la línea media a un lado".(5)

4. BOOKMILLER-BOWEN. Enfermería y obstetricia. pag. 481,482,498.

5. Idem. pag. 418-421

Se practica en caso como; desprendimiento de la placenta previa, períodos prolongados, posición anormal del feto, etc.

Si esta operación no se practica con cuidado o por expertos, puede ocasionar una lesión cerebral por el shock que recibe el niño.

2.4 CAUSAS POSTNATALES

Corresponde al diez por ciento de los casos de parálisis cerebral. La lesión es debida a enfermedades ocasionadas después del nacimiento. Pueden ser debidas a:

___Trauma.- Por fractura de craneo, contusión cerebral.

___Infecciones por virus.- Como meningitis o encefalitis.

___Accidentes vasculares.- Tales como hemorragias, trombosis o embolias.

3. CLASIFICACION

3.1 POR LA INTENSIDAD

Es esencial que el grado de capacidad del paciente se clasifique de acuerdo con la intensidad de su lesión. La siguiente clasificación se basa en la capacidad del paciente para llevar a cabo las actividades de la vida diaria.

___Leve.- El paciente no necesita ningún tratamiento pues no tiene dificultad de expresión, cuida de sus necesidades diarias y deambula sin necesitar ayuda.

___Moderada.- El paciente necesita cuidados especiales para cuidar de sí mismo, tiene dificultad en la deambulación y a veces en la expresión. En estos casos se suelen solicitar aparatos ortopédicos.

Severa.— El paciente necesita tratamiento pero la severidad de la afección es tan grande que el pronóstico en cuanto a deambulación, expresión y capacidad de cuidados es poco favorable.

3.2 TOPOGRAFICA

La lesión puede ocurrir en muy diversas áreas del encéfalo con extensión variable que nos dará una distribución corporal específica de las alteraciones. De ello se desprende la siguiente clasificación topográfica:

Monoplejia. Cuando se encuentra afectada una extremidad es poco frecuente y regularmente los miembros inferiores.

Diplejia. Indica que son dos los miembros afectados y se utiliza este término para mencionar que se involucran partes iguales a cada lado del cuerpo, generalmente los miembros inferiores.

Triplejia. Es la parálisis de tres miembros, difícilmente se encuentran aisladas y combina hemiplejia con diplejia.

Hemiplejia. Con este término se describe a la parálisis de la mitad del cuerpo, en uno ó de sus lados simétricos o del lado hemicuerpo contralateral a donde se produce la lesión.

Paraplejia. Para álisis de los miembros inferiores, se deberá de usar este término para las lesiones medulares en que se afecta la neurona motora periférica y son las que surgen de traumatismos de la columna dorso-lumbar. Aún habiéndose de parálisis de los dos miembros inferiores producidos por lesiones cerebrales, se llama diplejia.

Cuadruplejia o tetraplejia. Generalmente este término se usa para mencionar las lesiones resultantes de traumatismos medulares en la región

cervical y produce parálisis de los cuatro miembros; también se puede llamar doble hemiplejia".(6)

3.3 CLASIFICACION CLINICA

Es aquella en la que se clasifica a los pacientes principalmente por el tipo de alteraciones posturales y de movimientos que presentan y que pueden ser observados en cinco aspectos:

- a) Tono muscular anormal
- b) Reflejos patológicos
- c) Incoordinación
- d) Velocidad de movilidad alterna modificada
- e) Movimientos involuntarios.

La Academia Americana de Parálisis Cerebral, acepta como clasificación clínica la siguiente:

 Espasticidad

 Atetosis: con tensión

 sin tensión

 sinestésica

 temblorosa

 Rigidez

 Ataxia

 Atonica

 Temblorosa

 Mixta

No todos los autores aceptan esta clasificación, y al descri-

bir sintomatologías y métodos de tratamiento sólo se refieren la mayoría de ellos a tres grandes grupos:

1. Espásticos
2. Atetósicos
3. Atáxicos

Los pacientes de parálisis cerebral generalmente presentan combinaciones de ellas con predominancia de alguna en especial y en estos casos se considera como mixta.

La Asociación Proparalítico Cerebral (APAC), hace mención de los tipos de parálisis cerebral, que se muestran en la figura 1.

A continuación se mencionarán brevemente las características de cada una de las formas de parálisis cerebral de ésta clasificación:

ESPASTICA

Generalmente son pacientes que tienen localizada su lesión en la vía piramidal por lo que presentan un incremento en el tono muscular y la espasticidad suele encontrarse en cualquier músculo del cuerpo. Suele estar afectados inclusive músculos del lenguaje, respiración, deglución y sistema extraocular, por lo que hay problemas de insuficiencia respiratoria, desnutrición, disfagia y estrabismo.

Los espásticos muestran un incremento del tono o tensión muscular, pudiendo variar el incremento del tono, desde un grado leve hasta un estado de rigidez acentuado, además hay una pérdida de movimientos voluntarios, esto alude al hecho de que el paciente espástico tenga modalidades de movimientos normales, estos están sustituidos por una acción re

fleja en masa de tipo flexor o extensor. Figura 2

CARACTERISTICAS

Aumento de la tensión en los músculos.

"Los movimientos normales estan sustituidos por movimientos en grupo que involucran a todo el cuerpo, encontrándose generalmente todo el cuerpo estirado con las piernas en posición de tijera cuando el niño esta en posición de decúbito dorsal (boca arriba). Figura 3; y con el cuerpo doblado cuando esta en posición de decúbito ventral (boca abajo). Figura 4." (7)

Frecuentemente los músculos pierden su elasticidad debido a que las diferentes partes del cuerpo se encuentran duras o tensas, durante un tiempo prolongado.

No hay crecimiento normal en el niño debido a la presión anormal de los músculos "tensos" sobre los huesos y articulaciones.

Presentan incoordinación en sus movimientos, dependiendo de la posición en que se encuentran.

El lenguaje puede ser casi imposible o producirse con gran esfuerzo, explosividad y falta de claridad.

La mímica es rígida, inadecuada, deficiente y lenta.

Hay trastornos en la succión, deglución y en la respiración.

Se les dificulta mucho o no pueden enderezar la cabeza, ni sentarse. Figura 5.

Por ejemplo, "si uno de éstos pacientes intenta la flexión de cualquier parte de su cuerpo como la columna vertebral, los brazos o las piernas, no podrán realizarlo sin flexionar la totalidad de su cuerpo; del mismo modo, si intenta la extensión de cualquier parte de su cuerpo, este intento hace que todo su cuerpo se extienda". (8)

La tensión de los músculos no es muy clara en los primeros meses, se empieza a manifestar después del segundo mes de vida, en ocasiones después de éste tiempo pasa por un período en que el niño se encuentra flácido y posteriormente se encuentra un aumento progresivo en la tensión de los músculos llegando a implantarse.

ATETOIDE

También llamada atetosis. La lesión de estos pacientes esta localizada en la vía extrapiramidal especialmente en ganglios basales.

Esta adquiere las mismas modalidades posturales anormales que el espástico, es decir, de decúbito dorsal predomina la modalidad refleja extensora, mientras que de decúbito ventral predomina la flexora. Estas modalidades se complican por la superposición de movimientos involuntarios estos se presentan como una serie de movimientos de contorsión que avanzan desde las regiones proximales hacia las distales en ondas, que se originan en las partes más próximas a la línea media del cuerpo y avanzan hacia las más alejadas.

Además el atetosico exhibe un tono muscular fluctuante que va desde la hipertonia hasta la hipotonia, esto es, desde la tensión muscular

extrema hasta la laxitud (relajación) también extrema, y alterna sus movimientos bruscos y mal orientados, con las posturas rígidas del espástico, pero a diferencia de éste, sólo mantiene tales posturas en forma fugaz.

CARACTERISTICAS

El niño cambia rápido y constantemente de estar "tenso" a estar "flácido" y viceversa.

Este cambio rápido y constante se nota en las piernas, tronco, brazos, cuello, cara, boca y lengua.

Cuando el niño quiere hacer movimientos por sí mismo, estos son mal coordinados y bruscos además se presentan otros movimientos que él no puede controlar y le dificultan lo que quiere hacer, éstos movimientos pueden presentarse en las parte más cercanas al tronco, como hombros y cadera o en las más lejanas como pies y manos.

Alterna sus movimientos bruscos y mal orientados con las posturas rígidas como las del niño espástico, pero sólo las mantiene por segundos.

Cuando hace un movimiento se presentan otros en diferentes partes del cuerpo, por ejemplo: al mover una pierna presenta muecas y movimientos involuntarios en los brazos. Figura 6

Cuando esta muy contento o algo le da mucho gusto, su cuerpo se mueve todo y no lo puede controlar.

No puede mantener la misma posición en mucho tiempo.

Debido a las alteraciones anteriores se encuentra afectada la respiración, masticación, digestión y lenguaje.

La atetosis no se presenta como tal en el niño recién nacido, sino hasta los cuatro meses que intenta realizar movimientos voluntarios.

ATAXICA

También denominada ataxia. En los casos de ataxias, la lesión esta localizada en el cerebelo.

Los ataxicos no consiguen medir la fuerza y la dirección de sus movimientos. Los movimientos son torpes lentos y se apartan de la dirección inicialmente seguida. La musculatura flácida y la tensión de los músculos agonistas y antagonistas ha disminuido.

Existe ausencia de estabilidad del tronco durante los movimientos libres de los brazos, lo que acarrea una inseguridad todavía mayor.

Las reacciones de equilibrio están fuertemente alteradas. Los ataxicos sólo hacen aquellos gestos con los cuales se sienten seguros, - lo que les limita en la adaptación y la variación de sus movimientos.

Los niños que andan tienen miedo de caer, se ponen rígidos y evitan los movimientos de rotación.

CARACTERISTICAS

Los músculos del niño están poco flácidos.

No hay o esta afectado el equilibrio y la coordinación. Figura 7. No puede controlar la dirección de sus movimientos ni calcular el tamaño de éstos.

Sus movimientos voluntarios son amplios, no rítmicos o irregulares. Hay trastornos en la succión, deglución y en la respiración.

"La ataxia se manifiesta en una forma más clara cuando el bebé inicia movimientos voluntarios, aunque el recién nacido lo denota en su llanto anormal que puede ser suave y sin fuerza o en forma de gritos agudos que molestan a quien escuche". (9)

Hay pérdida del equilibrio y del sentido de la posición, especialmente vertical por pérdida de la sensibilidad propioceptiva. Los movimientos son lentos e imprecisos, generalmente en temblor. Los reflejos abdominales están activos y los reflejos tendinosos profundos están disminuidos o ausentes.

La marcha la realiza en una base de sustentación muy amplia, siendo la torpeza e incertidumbre sus características, colocando los pies muy abiertos levantándolos abruptamente, poniendo demasiada altura a las piernas que avanzan y luego golpean pesadamente con el pie contra el suelo.

Hay además un espaciamiento desigual de los pasos con tambaleo e inclinación. Hay tendencia a caminar en S y en ocasiones se presentan vértigos.

Es frecuente que haya atrofia óptica, sordera y alteraciones de la percepción. En general la maduración neurológica es pobre. A veces se presentan pérdida de la sensibilidad superficial y no distinguen entre frío-calor, filoso-romo, áspero-suave.

RIGIDA

"Es una parálisis poco común, en la cual la lesión se encuenta

tra localizada en toda la corteza cerebral. Puede ser de dos tipos: "rueda dentada" y "tubo de plomo". En la primera, el paciente esta tan rígido, que los músculos se le movilizan poco a poco; y el segundo tipo, solamente se pueden mover los grupos musculares con terapia vestibular.

Estos pacientes presentan alteraciones en la marcha y lenguaje, así como sensorceptuales en general. Presentan bajo coeficiente intelectual".(10)

MIXTA

Es raro encontrar casos de espasticidad o atetosis puros. Lo más frecuente es que se presenten combinaciones de ambas, o de atetosis o ataxia, de ataxia y espasticidad o de las tres formas a la vez, ya sea en casos graves o leves.

En el caso de espasticidad ligera y atetosis la movilidad es mayor, pero, en cambio, la componente atetosica es desfavorable para la habilidad manual. El niño puede tener problemas para escribir.

"Cuando la espasticidad va acompañada de ataxia, el niño requiere de más tiempo para aprender a caminar y su manera de andar es menos segura".(11)

10. ABELLANA CANDAU. Síndromes de parálisis cerebral. pag. 220.

11. BUSTOS BARCOS. Reeducción del habla y del lenguaje en el paralítico cerebral. pag.20

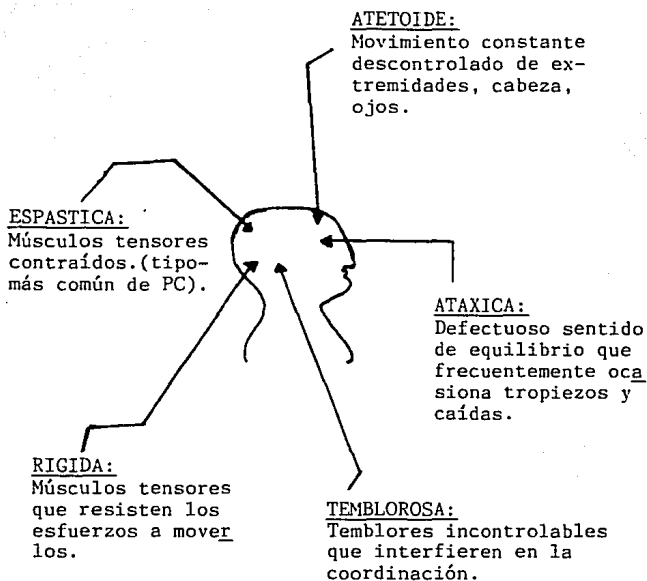


FIGURA 1

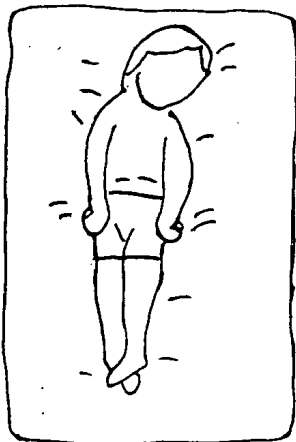


FIGURA 2

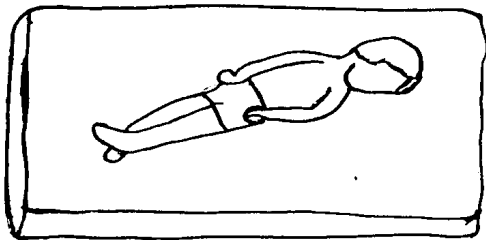


FIGURA 3

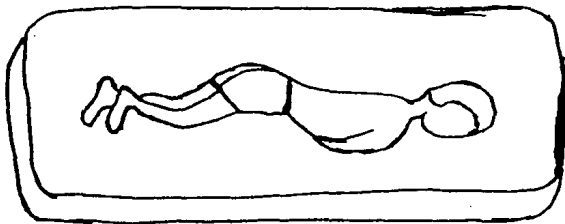


FIGURA 4

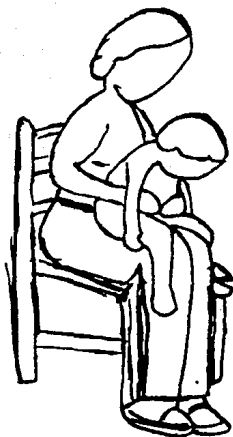


FIGURA 5

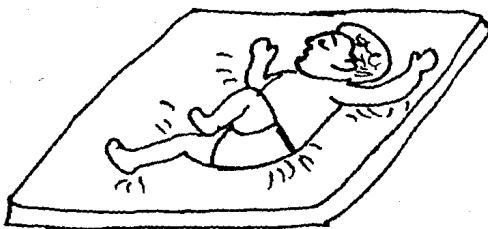


FIGURA 6

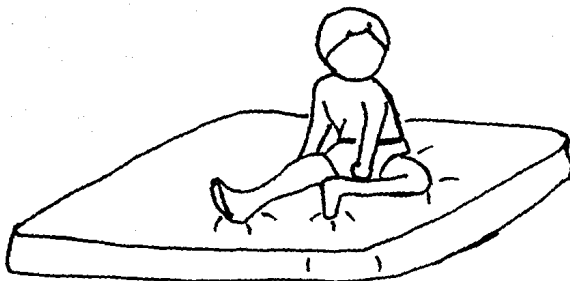


FIGURA 7

CAPITULO II

MEDIO AMBIENTE

1. LA FAMILIA

1.1 REACCION DEL NUCLEO FAMILIAR ANTE EL PROBLEMA

Ningún padre desea tener un hijo inválido. Todos desean hijos sanos, hermosos, inteligentes, que hagan buen papel en la competitiva sociedad en que vivimos, y de los que puedan sentirse orgullosos. No es raro por lo tanto, que los padres, durante las últimas semanas del embarazo, estén preocupados por cómo será el hijo que va a nacer, y se angustien sobremanera si la madre va a dar a luz un niño imperfecto o lisiado.

A la tormenta inicial puede suceder una gran tristeza un sentimiento de desolación y aislamiento, y la nostalgia por el niño normal que se cree haber perdido. Mientras este duelo continúa, y los padres se van conformando poco a poco a la pérdida del niño que esperaban, el hijo real (el hijo lisiado) está ahí en su lugar, requiriendo un cuidado adecuado.

La manera como los padres se adaptan a esta situación aparentemente desastrosa es crucial para el bienestar futuro no sólo del niño lisiado sino de toda la familia. No es sorprendente que muchos padres tengan sentimientos ambivalentes con respecto a su hijo; es decir, que a ratos sienten amor por él como si fuera normal, y en otros momentos vuelvan a sentirse afligidos, angustiados y hasta rechazantes. Esto se debe a que, en realidad, quieren al niño, pero no aceptan sus --

impedimentos y sufren por ello.

A medida que disminuye el dolor inicial, la familia debe prepararse a desempeñar la tarea de hacer lo más conducente a favor del nuevo hijo incapacitado. Quizá la más importante cualidad que puede tener la familia es la unión y el compañerismo de los padres. Es de la mayor importancia que ambos padres acepten compartir plenamente la responsabilidad en el cuidado de su hijo. Cualquier tendencia a culparse el uno al otro, o a sentirse menos implicado, o por el contrario, el que uno de ellos acepte toda la responsabilidad, puede ser desastroso.

Los padres deben darse cuenta desde el principio que ellos también tienen necesidades como las tiene el niño, y deben llevar adelante su vida matrimonial. Necesitan todavía de su compañía recíproca; requieren momentos de esparcimiento juntos y separados, amigos y actividades sociales, satisfacción sexual y relaciones amorosas con sus otros hijos. Cualquier menoscabo a la vida familiar normal redundara en perjuicio del niño incapacitado, de sus hermanos y hermanas y de sus propios padres. La idea de sacrificar a todo el mundo a fin de cuidar mejor al niño debe descartarse.

Cuando los padres han alcanzado la etapa en que su pena ha disminuido y resuelven hacer todo lo que esta en sus manos para ayudar al niño, será tiempo de pensar cuidadosamente de lo que hay que hacer. El niño lisiado llegará a ser un adulto cuando sea un adulto su felicidad dependerá de que sea socialmente aceptado. Si tiene amigos, si puede vivir y trabajar en la comunidad, disfrutar de sus horas libres y participar en las actividades de la comunidad, entonces será feliz. Si, en

cambio, no tiene amigos y tanto los parientes como los extraños lo evitan debido a su comportamiento raro, infantil, agresivo o desagradable, entonces será desgraciado. Nada es más importante para los padres que darse cuenta desde el principio, y recordarlo todo el tiempo que el objetivo último de educar a su hijo es producir un adulto que se comporta como los otros adultos hasta donde le permitan sus impedimentos, y que esto es factible, más de lo que la gente cree. Cualquier forma de comportamiento extraño, especialmente un comportamiento inapropiado para su edad, hará difícil o imposible una verdadera adaptación social.

1.2 SOBREPOTECCION

Sin una ayuda inteligente, la mayoría de los padres acongojados tratarán de hacer un ajuste que reduzca su pena, pero a costa de distorsionar sus relaciones con el niño impedido y con el resto de la familia.

El niño lisiado que constituye una carga excesiva para sus padres demasiado solícitos sufre innecesariamente y hace sufrir al resto de la familia. En casos extremos, la familia puede acabar por desintegrarse bajo una tensión de este tipo. El esposo que pierde la atención de la esposa puede sentir rencor hacia el hijo que lo ha desplazado, y hasta puede abandonar la casa para encontrar solaz en otra parte. Los hermanos y hermanas pueden buscar su satisfacción fuera del hogar dominado por las imaginarias necesidades del hermanito incapacitado.

No se debe caer en este error de sobreprotección; pues el niño lisiado tiene las mismas necesidades emocionales y sociales de los otros niños. Necesita amor, pero no mimos; cuidado pero no consentimiento

y, ante todo, oportunidades para desenvolverse, ser dueño de sí mismo y - alcanzar el crecimiento social que le permita ocupar en la sociedad el lugar de un adulto independiente.

Este crecimiento social empieza en el grupo familiar, el niño establecerá sus primeras y más importantes relaciones. Estas experiencias matizarán su trato con la demás gente y el desarrollo de la personalidad se facilitará si las primeras experiencias sociales son satisfactorias. Los niños con impedimentos deben desarrollar un comportamiento socialmente adecuado, como cualquier otra persona, y deben aprender que una conducta inconsiderada causa desaprobación social. Si un adolescente o un adulto inválido todavía se comporta de manera infantil, la culpa no es suya sino de quien le fomento su infantilismo.

No es fácil darse cuenta de que uno esta propiciando un comportamiento malo, irrefrenado, desconsiderado o socialmente inadecuado. Los niños no pueden desarrollarse normalmente, a menos que sus padres también se desarrollen, es decir, que el comportamiento de los padres debe "crecer" al parejo del comportamiento del niño. El desarrollo de los padres es indispensable para que el niño incapacitado pueda progresar.

Unos padres sobreprotectores no producen niños felices y confiados sino, por el contrario, niños angustiados, dependientes y asustados del mundo. Hay que recordar que el niño lisiado, como los demás niños, no puede pertenecer a los padres por entero; tiene el derecho de crecer y alejarse de ellos y de acercarse a otras personas, lo cual no sólo debe ser permitido sino estimulado, para que ellas compartan su cuidado y su felicidad.

1.3 ABANDONO

Los niños necesitan un contacto frecuente, cercano e íntimo - con la madre a fin de formar el lazo social que permite a la madre, y después a otras personas, influir en el comportamiento del niño. La asociación entre la alimentación, los cuidados afectuosos y reconfortantes que la madre imparte con regularidad y frecuencia durante los primeros meses de la vida del niño, su misma presencia, hacen que el bebé empiece a ver en la madre su primera fuente de placer. El rostro de la madre, su sonrisa, su voz, su olor, el contacto de su piel constituye una recompensa y una motivación. El niño está por lo tanto, en espera de este estímulo, lo busca, lo desea, y se siente desdichado si no lo recibe con frecuencia. El hecho de que los movimientos del niño al despertar amenudo están asociados al placer del contacto con la madre, lo hacen sentirse seguro y deseado. Sin embargo si todo el tiempo se le está diciendo al niño que es un estúpido, lento o perezoso, y el adulto se muestra impaciente, irritable y frustrado por los esfuerzos desmañados del pequeño, la relación será - desagradable para ambos y la situación de aprendizaje especialmente penosa. El rehusarse a ensayar es una respuesta negativa natural, y en su peor aspecto se manifiesta por mutismo, cabeza baja, mirada escurridiza u ojos cerrados y manos apretadas. En las clínicas ocasionalmente se ve a niños que tienen graves problemas de comportamiento, como llorar por la noche, golpearse la cabeza contra la pared, morderse las manos, columpiarse todo el tiempo o no estar nunca quietos. El niño que recibe poca atención estímulo o contacto social, tendrá la tendencia de entretenerse con manipulaciones corporales, especialmente si tiene deficiencias parciales o comple

tas de la visión o del oído, o en algunos casos si sufre de un grave trastorno mental. Muchos comportamientos estereotipados, repetitivos, como el columpiarse, girar la cabeza, sacar y meter la lengua y movimientos complicados de los dedos, parecen ser, a veces, sustitutos de una estimulación o manipulación externa. También parecen proporcionar consuelo al niño, quien por lo tanto recurre a ellos particularmente cuando se siente abandonado.

El niño lisiado que es abandonado: es comparable con un niño no deseado o a quien la madre lo encuentra molesto o repulsivo. Ese niño permanece solito y acostado la mayor parte del tiempo, nadie lo carga con ternura, ni le habla amorosamente, ni lo consuela cuando llora. No es de sorprender que un niño carente de estos estímulos se vuelva apático indiferente y socialmente abulico. Pocas cosas podrá aprender y no habrá motivación que active al bebé a buscar estímulos y experiencias.

2. LA SOCIEDAD

2.1 ACTITUD DE LA SOCIEDAD ANTE EL INVALIDO

El niño incapacitado nace en un medio social ya formado, ante el cual debe tener una actitud lo más natural posible para ser aceptado.

Sin embargo, la actitud de este medio social frente al inválido no siempre es de aceptación natural; si bien el inválido es motivo de curiosidad y rechazo, rechazo fundamentado principalmente en el desconocimiento de las causas de dicha invalidez.

En el caso del niño con parálisis cerebral, se considera mucho mayor el rechazo, pues la sociedad al desconocer la lesión como muchas

otras; al sólo escuchar el nombre de parálisis cerebral encasillan a los niños inmediatamente viéndolos como retrasados mentales incapaces de desarrollarse dentro de su propia comunidad en forma natural, por lo que se les debe apartar colocándolos en sitios con atención "especial" en donde ellos serán seres "especiales"; los cuales al término de algún tiempo inevitablemente tendrán que afrontar a la sociedad como el sitio en donde siempre debieron desenvolverse y del cual fueron apartados por considerar los "especiales".

2.2 COOPERACION PARA LA RESOLUCION DEL PROBLEMA DEL INVALIDO

Como se mencionó anteriormente la sociedad desconoce las causas y características de las diferentes formas de inválidez; por ello la resolución de éste problema es bastante limitada. Sólo aquellos que se encuentran afectados por el problema ya sea porque un hijo suyo es inválido o un familiar cercano padece de algún tipo de inválidez; o aquellos que son parte de un equipo médico dedicado a la rehabilitación de este tipo de individuos son los que de alguna manera se preocupan y se movilizan para realizar algo en favor de éstos niños o adultos y a través de ello lograr su incorporación en la sociedad.

Pero en general la sociedad rechaza a estas personas y se pre-juicia, limitándolas tremendamente; ya que muchas veces en manos de estas personas prejuiciosas se encuentra la formación de éstos niños y es entonces cuando los apartan pretextando que ellos no tienen la formación o educación para convivir y ayudar a convivir a los demás con estos pequeños inválidos.

3. EL SISTEMA ESCOLAR

3.1 DESCONOCIMIENTO DEL PROBLEMA

La escuela es la primera salida del niño al mundo, cuando llega ese momento habrá ya recorrido un largo camino de adiestramiento, convirtiéndose en una criatura social. Casi todo lo que los padres han hecho durante los años de la primera infancia para fomentar su desarrollo y crecimiento, viene a ser una preparación, para su vida futura. Y la escuela funge en sí como un mediador entre el niño y la sociedad.

Sin embargo, ¿qué pasa cuando un niño impedido se aproxima a la edad escolar?; los padres empiezan a cuestionarse, si en la escuela que les queda más cercana lo aceptarán, o quizá la correcta sea una escuela especial, también piensan en mejor tener un maestro particular. De cualquier forma esta decisión es sumamente difícil y deben tomarse en cuenta varios factores; entre los que se encuentra principalmente el grado de la incapacidad del niño, aunque la ubicación de éste en la escuela no sólo depende de dicha incapacidad sino también del conocimiento y disposición de los maestros para aceptarlos dentro de su grupo y trabajar con ellos.

Desafortunadamente dentro de los programas de las licenciaturas en educación preescolar y primaria no existe información específica acerca de este tipo de problemas, salvo en el programa de licenciados en educación preescolar, donde en el séptimo semestre cuentan con la materia de prevención y detección de alteraciones en el desarrollo del niño, en donde de una manera incipiente detectan algunos problemas graves en los niños pero sólo con el fin de canalizarlos a una institución espe

cializada. Por lo que los maestros tanto de jardín de niños como de primaria no sienten ninguna responsabilidad respecto a este tipo de niños. (Ver anexos programas de las licenciaturas en educación preescolar y primaria al final del capítulo).

3.2 ACTITUD DEL MAESTRO ANTE EL NIÑO CON PARALISIS CEREBRAL

Como se puede observar el maestro desde su formación en la escuela normal tiene en su mente el trabajo con un grupo de niños "normales", ya que ha sido preparado pedagógicamente para ello y el sólo hecho de pensar en tener que enfrentar el reto de trabajar con un niño que le exige un mayor esfuerzo lo hace autoprotgerse con actitudes prejuiciosas y pretextos como: "son niños especiales", "no estoy preparado para trabajar con ellos", "necesitan a un terapeuta y no un maestro", "las instalaciones de la escuela no son adecuadas", "los demás niños son muy crueles y él sufriría", "no soportaría verlo sufrir". Negando al niño minusválido y negandose él mismo de esta forma la valiosa experiencia de poder trabajar con niños que sólo piden la oportunidad de poder convivir con otros niños que no tienen su problema, con niños que son "normales".

Pues el ser humano no sólo convive con sus semejantes, también educa y se educa, crea, trabaja, se divierte, juega, viaja, pretende la felicidad como es natural; y los minusválidos tienen el mismo derecho pero desafortunadamente no las mismas oportunidades, pues los maestros se las niegan.

3.3 RELACION ESCUELA FAMILIA DEL NIÑO CON PARALISIS CEREBRAL

La relación entre los maestros y los padres de familia en

cualquier caso es importante, ya que si existe una buena comunicación en tre ambos y la participación activa de los padres de familia dentro de - las actividades de la escuela, invariablemente el beneficiado será el ni ño sea normal o minusválido; pero en el último caso se requiere que ésta comunicación sea muy estrecha pues de ella dependerá no sólo el aprovecham iento en cuestión de aprendizaje del niño sino su inserción dentro de la comunidad a la que pertenece, tratando de llegar a tener una actitud socialmente aceptable. De igual manera si existe una buena interrelación familia escuela, habrá una adecuada cooperación en lo que se refiere al manejo y estimulación del niño en casa.

3.4 ALTERNATIVAS DE ESCUELAS ESPECIALES PARA NIÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL

Todo lo anteriormente mencionado se refiere a una educación de tipo regular; ahora veamos que oportunidades existen para los niños - con parálisis cerebral en el distrito federal, respecto a escuelas especiales.

Sólo existen dos centros educativos donde se da atención especial a niños con parálisis cerebral estas son: el DIF que cuenta con un solo centro donde se tienen niños en edad de jardín de niños y primaria ya que los que tienen edad para secundaria son entrenados para realizar algún oficio o se trata de incorporarlos a escuelas secundarias regulares con muy poco éxito.

La segunda institución que se encarga de éste tipo de niños y que seguramente es la más importante en el país es el APAC; que es una asociación civil sin fines de lucro dirigida principalmente por voluntarios y que cuenta con cinco programas que son:

PROGRAMA DE ESTIMULACION TEMPRANA

PROGRAMA DE ADULTOS

PROGRAMA DE NIÑOS

PROGRAMA DE MOTIVACION

PROGRAMA DE CASA

Así mismo existen diversos centros de rehabilitación pertenecientes a instituciones del sector público como: SSA, ISSSTE, IMSS; en donde como su nombre lo dice sólo se les da rehabilitación física a los niños, no son centros educativos.

3.5 CARACTERISTICAS DE LAS ESCUELAS ESPECIALES: VENTAJAS Y DESVENTAJAS .

Las características y ventajas de éstos centros, es que cuentan con todo lo necesario para la buena atención de los niños con parálisis cerebral; personal especializado, instalaciones expresas para las deficiencias de los niños y adultos el ambiente que les rodea es totalmente protector; convirtiéndose esto desde mi punto de vista en su principal desventaja ya que los pocos niños que logran integrarse a este sistema especial, al momento de salir y enfrentarse a la realidad es mucho más difícil para ellos, pues todo el tiempo que se encontraron en esta institución sólo trataron con personas en sus mismas condiciones o con mayores afecciones. Siendo ésto otra desventaja del sistema escolar especial la nivelación de los niños que acuden a estos grupos sólo se realiza por edades sin tomar mucho en cuenta la severidad del problema por lo que probablemente los niños menos afectados se les perjudica más de lo que se les podría ayudar.

Por último y tal vez la más importante de las desventajas y la que se debería de tomar en cuenta básicamente para integrar a los niños menos afectados al sistema escolar regular es; la capacidad de estos centros para la atención de los niños con parálisis cerebral. Así vemos que el APAC capta a quinientos niños por año en edad escolar y el DIF a trecientos aproximadamente de los trecientos cincuenta mil casos reconocidos con parálisis cerebral.

LICENCIATURA EN EDUCACION PREESCOLAR

PLAN DE ESTUDIOS

PRIMER SEMESTRE	SEGUNDO SEMESTRE	TERCER SEMESTRE	CUARTO SEMESTRE	QUINTO SEMESTRE	SEXTO SEMESTRE	SEPTIMO SEMESTRE	OCTAVO SEMESTRE
MATEMATICAS	ESTADISTICA	INVESTIGACION EDUC. I	INVESTIGACION EDUC. II	LABORATORIO DE DOCENCIA II		SEMINARIO PEDAG. COMPARADA	SEMINARIO MODELOS EDUCATIVOS CONTEMP.
PSICOLOGIA EVOLUTIVA I	PSICOLOGIA EVOLUTIVA II	PSICOLOGIA EDUCATIVA	PSICOLOGIA DEL APREN.	PSICOLOGIA SOCIAL	LAB. DE DOCENCIA III	LAB. DE DOCENCIA IV	LAB. DE DOCENCIA V
TEORIA EDUC. I	TEORIA EDUC. II	TECNOLOGIA EDUC. I	TECNOLOGIA EDUC. II	PLANEACION EDUCATIVA	DISEÑO CURRICULAR, SOCIOLOGIA DE LA EDUC.	EVALUACION EDUCATIVA	SEMINARIO: ADMON. EDUCATIVA
SEMINARIO DESARROLLO ECON. POL. Y SOC. DE MEX. I	SEMINARIO DESARROLLO ECON. POL. Y SOC. DE MEX. II	PROBLEMAS ECON. POL. Y SOC. DE MEX. I	PROBLEMAS ECON. POL. Y SOC. DE MEX. II	EL EDO. MEX. Y EL SIST. EDUC. NAL.	COMUNIDAD Y DESA.		SEMINARIO IDENTIDAD Y VAL. NAL.
ESPAÑOL I	ESPAÑOL II	LIT. INF. I	LIT. INF. II	TEATRO INF. I	TEATRO INF. II	PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE ALTERACIONES EN EL DESA. DEL NIÑO.	SEMINARIO ADMON. DE LAS INST. PREESC.
ORS. DE LA PRAC. EDUC. I	OBSERVACION DE LA PRAC. EDUC. II	INTRO. AL LAB. DE DOCENCIA	LAB. DE DOC. I	EDUC. TECN. I	EDUC. TEC. II		SEMINARIO RESPONSABILIDAD SOCIAL DEL LIC. EN EDUC. PREESC.
EDUC. PARA LA SALUD I	EDUC. PARA LA SALUD II	PSICOLOGIA EVOLUT. III	CONTENIDOS DE APREN. I	CONTENIDOS DE APREN. II	CONTENIDOS DE APREN. III	CONTENIDOS DE APREN. IV	SEMINARIO DE ELABORACION DEL DOC. RECEPTACIONAL
APRECIACION Y EXP. ARTIS. I	APRECIACION Y EXP. ARTIS. II	APRECIACION Y EXP. ARTIS. III	EDUC. FIS. I	EDUC. FIS. II	EDUC. FIS. III	DIFERENCIAL I	CONTENIDOS DE APREN. V DIFERENCIAL II
							SEMINARIO: PERSPECTIVA DE LA POL. EDUC.

LICENCIATURA EN EDUCACION PRIMARIA

PLAN DE ESTUDIOS

PRIMER SEMESTRE	SEGUNDO SEMESTRE	TERCER SEMESTRE	CUARTO SEMESTRE	QUINTO SEMESTRE	SEXTO SEMESTRE	SEPTIMO SEMESTRE	OCTAVO SEMESTRE
MATEMATICAS	ESTADISTICA	INVESTIGACION EDUC. I	INVESTIGACION EDUC. II	LAB. DE DOC. II	LAB. DE DOC. III	SEMINARIO PEDAG. COM. LAB. DE DOC. IV	SEMINARIO MODELOS EDUC. CONTIN. EDUC. MEXICANA A LA PEDAG. LAB. DE DOCENCIA V
PSICOLOGIA EVOL. I	PSICOLOGIA EVOL. II	PSICOLOGIA EDUCATIVA	PSICOLOGIA DEL APREN.	PSICOLOGIA SOCIAL			
TEORIA EDUC. I	TEORIA EDUC. II	TECNOLOGIA EDUC. I	TECNOLOGIA EDUC. II	PLANEACION EDUCATIVA	DISEÑO CURRICULAR	EVALUACION EDUCATIVA	SEMINARIO: ADMON EDUCATIVA
SEMINARIO DESARROLLO ECON. POL. Y SOC. DE MEX. I	SEMINARIO DESARROLLO ECON. POL. Y SOC. DE MEX. II	PROBLEMAS ECON. POL. Y SOC. DE MEX. I	PROBLEMAS ECON. POL. Y SOC. DE MEX. II	EL. DID. MEX. Y EL SIST. EDUC. NAL.	SOCIOLOGIA DE LA EDUC.	COMUNIDAD Y DESARROLLO	SEMINARIO: RESPONSABILIDAD SOCIAL DEL LIC. EN EDUC. PRIM.
ESPAÑOL. I	ESPAÑOL. II	LIT. INF.	CREATIVIDAD Y DESARROLLO COMUNITARIO. LAB. DE DOC. I	COMUNICACION Y TEC. EDUC.	CONTENIDOS DE APREN. III	PROBLEMAS DE APREN.	SEMINARIO: ELABORACION DEL DOCUMENTO REFLEXIONAL.
OBSERVACION DE LA PRAC. EDUC. I	OBSERVACION DE LA PRAC. EDUC. II	INTRODUCCION AL LAB. DE DOC.	LAB. DE DOC. I	EDUC. TEC. I	ORG. CENT. DEL GRUPO	DIFERENCIAL I.	CONTENIDOS DE APREN. V
EDUC. PARA LA SALUD. I	EDUC. PARA LA SALUD. II	EDUC. FIS. I	CONTENIDOS DE APREN. I	CONTENIDOS DE APREN. II		CONTENIDOS DE APREN. IV	
APRECIACION Y EXP. ARTIS. I	APRECIACION Y EXP. ARTIS. II	APRECIACION Y EXP. ARTIS. III	EDUC. FIS. II				DIFERENCIAL II

CAPITULO III

OBSERVACIONES DE CAMPO

OBJETIVO

El objetivo general de estas observaciones de campo es conocer la realidad respecto a lo que las personas saben acerca de la parálisis cerebral. Así como las posibilidades de aceptación de éstos niños en escuelas de tipo regular.

Los objetivos particulares son:

1. Determinar si los alumnos de normales, maestros en ejercicio y personas de la comunidad, saben o no qué es parálisis cerebral.
2. Determinar las posibilidades de integración al sistema educativo regular.
3. Obtener alternativas.

MUESTRA

Para llevar a cabo estas observaciones de campo se tomo como universo a los habitantes de la delegación Benito Juárez.

Esta delegación cuenta con 48 colonias, mismas que presentan las características más diversas, con predominio de la clase media.

La delegación esta constituida por alrededor de 1,955 manzanas, se localiza en la zona central del área urbana del Distrito Federal y cuenta con una superficie de 2,750 has.

Sus límites son: Al norte la delegación Miguel Hidalgo y la Cuauhtémoc; al sur la delegación Coyoacán; al oriente la delegación

Iztacalco e Iztapalapa y al poniente la delegación Alvaro Obregón.

La población de la delegación es de 1,250,000 habitantes. Actualmente se estima que la población con 19 años o menos representa el 33.8% y la comprendida entre los 20 y 29 años el 19.6%, lo cual indica que más de la mitad de los habitantes de la delegación es menor a los 29 años. La densidad de población es de 46,739 hab/km².

En materia de vialidad y transporte, la delegación se distingue por ser una de las mejores dotadas, ya que cuenta con una amplia red, integrada por avenidas, vías de acceso controladas y ejes viales.

Además de contar en materia educativa con: 45 centros de desarrollo infantil, 42 jardines de niños, 56 escuelas primarias y 28 escuelas secundarias de tipo oficial; 8 centros de desarrollo infantil, 78 jardines de niños, 99 escuelas primarias y 55 escuelas secundarias de tipo particular; diversos centros de capacitación para el trabajo, tanto oficiales como particulares, centros de educación media superior y universidades particulares.*

Por todas estas características se eligió la delegación Benito Juárez, utilizando la técnica de encuesta, ya que ésta nos permite la recopilación de testimonios orales con el propósito de averiguar hechos, opiniones y actitudes;(12) todo esto a través de cuestionarios que fueron el instrumento para llevarla a cabo.

*Se presenta el plano de la localización geográfica de la delegación dentro del Distrito Federal.

12. GARZA MERCADO ARIO. Manual de técnicas de investigación para estudios de ciencias sociales. pag.167.

Estos cuestionarios se realizaron en tres categorías:

1. Estudiantes de la escuela nacional de maestros y la escuela nacional de educadoras; ya que éstos serán dentro de muy poco tiempo quienes en un momento dado, aceptarán o no a los niños motivo de este estudio.
2. Los maestros que ya se encuentran en el ejercicio, para conocer su experiencia al respecto de este tipo de niños y su opinión.
3. La comunidad quien es la representante de la sociedad. Para observar hasta que punto existe la posibilidad de la aceptación natural de estos niños.

Dichos cuestionarios constaron de 7,8 y 6 preguntas respectivamente, siendo estructurado con preguntas alternativas dicotómicas y una o dos de tipo abierto.

LAS PREGUNTAS APLICADAS FUERON LAS SIGUIENTES:

CUESTIONARIO PARA ESTUDIANTES

SEXO EDAD DE 18 a 25 de 26 a 35 de 36 o más

NIVEL SOCIOECONOMICO GRADO ESCOLAR

1. Sabe lo que es la parálisis cerebral

SI NO

2. En su carrera le proporcionan alguna información sobre como tratar a éstos niños.

SI NO CUAL

3. Sabe cuáles son las principales características de la parálisis cerebral.

SI NO CUALES

4. Conoce algún caso de parálisis cerebral.

SI NO COMO SE HA ATENDIDO

5. Cree usted que el niño con parálisis cerebral podría asistir a la escuela regular.

SI NO POR QUE

6. En caso de encontrarse con un niño con parálisis cerebral cual sería su recomendación para su atención.

7. En el ejercicio de su profesión, cómo manejaría un caso de parálisis cerebral.

CUESTIONARIO PARA MESTROS

SEXO EDAD DE 18 a 25 26 a 35 36 o más

NIVEL SOCIOECONOMICO GRADO ESCOLAR

1. Sabe lo que es la parálisis cerebral.

SI NO

2. Durante sus estudios de profesor, tuvo alguna información sobre el tema.

SI NO CUAL .

3. Sabe cuáles son las principales características de la parálisis cerebral.

SI NO CUALES

4. Conoce algún caso de parálisis cerebral

SI NO COMO SE HA ATENDIDO

5. Cuántos años tiene como maestro

_____ AÑOS

6. Ha tenido durante este tiempo algún caso de parálisis cerebral

SI NO

7. Cree usted que el niño con parálisis cerebral podría asistir a una escuela regular.

SI NO POR QUE

8. En caso de encontrarse con un niño con parálisis cerebral cuál sería su recomendación para su atención.

CUESTIONARIO PARA LA COMUNIDAD

SEXO EDAD DE 18 a 25 26 a 35 36 o más

NIVEL SOCIOECONOMICO GRADO ESCOLAR

1. Sabe lo que es la parálisis cerebral

SI NO

2. Ha recibido alguna información acerca de los niños que padecen parálisis cerebral.

SI NO CUAL

3. Sabe cuáles son las principales características de la parálisis cerebral.

SI NO CUALES

4. Conoce algún caso de parálisis cerebral

SI NO COMO SE HA ATENDIDO

5. Cree usted que los niños con parálisis cerebral podrían asistir a la escuela regular.

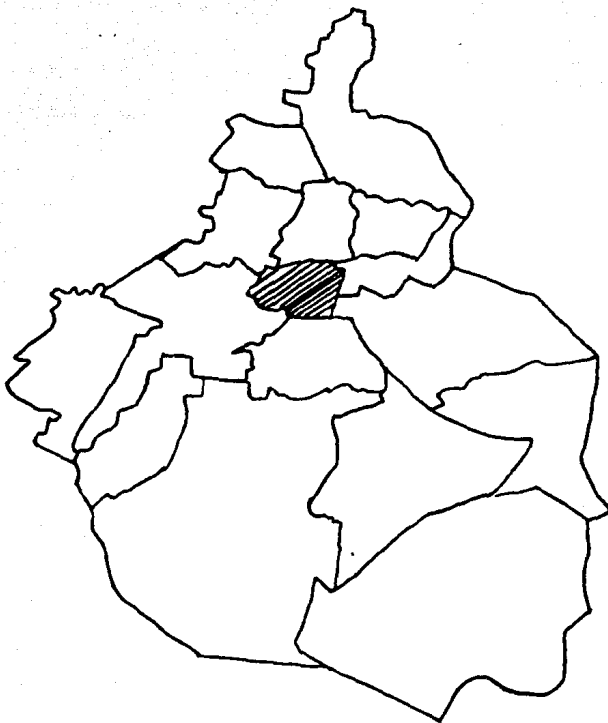
SI NO POR QUE

6. En caso de encontrarse con un niño con parálisis cerebral cuál sería su recomendación para su atención.

DELEGACION

BENITO JUAREZ

D.F.



LOCALIZACION GEOGRAFICA

DATOS DE LA MUESTRA

TOTAL DE ENTREVISTADOS: 80

1. SEXO	CANTIDAD	%
MUJERES	60	75
HOMBRES	20	25
	<hr/>	
	80	100
2. EDAD		
18-25	31	39
26-35	37	46
36 o MAS	12	15
	<hr/>	
	80	100
3. NIVEL SOCIOECONOMICO		
BAJO	8	10
MEDIO	60	75
ALTO	12	15
	<hr/>	
	80	100

4. GRADO ESCOLAR

SIN ESTUDIOS	2	2.5
PRIMARIA	8	10.0
SECUNDARIA	3	4.0
PREPARATORIA	6	7.5
TECNICO	11	14.0
PROFESIONAL	50	62.0
	<hr/>	
	80	100

CUADRO COMPARATIVO DE RESPUESTAS

No. DE PREGUNTA	GPO. 1 ESTUD. N.Y E	GPO.2 MAEST. PE.Y:P	GPO.3 PADRES Y COMUN.	TOTAL MUESTRA 80	OBSERVACIONES		
					OBJETIVO DE LA P.	CONCLUSION	
1.IGUAL EN TODOS LOS CASOS	SI NO 13 7 65% 35%	SI NO 13 7 65% 35%	SI NO 25 15 63% 37%	SI NO 51 29 64% 36%	DETERMINAR SI SABE O NO QUE ES P.C.	LA GENTE CREE SABER	
2.IGUAL EN TODOS LOS CASOS	SI NO 8 12 40% 60%	SI NO 4 16 20% 80%	SI NO 12 28 20% 70%	SI NO 24 56 30% 70%	DETERMINAR SI HA TENIDO CON TACTO CON INF.	LA GENTE NO TIENE ACCESO A ESTA INF.	
3.IGUAL EN TODOS LOS CASOS	SI NO 9 11 45% 55%	SI NO 10 10 50% 50%	SI NO 18 22 45% 55%	SI NO 37 43 46% 54%	CONFIRMAR LA PREG. No. 1	LA GENTE CREE SABER Y CONFUN DE CON OTRAS MINUSVALIAS.	
4.IGUAL EN TODOS LOS CASOS	SI NO 4 16 20% 80%	SI NO 4 16 20% 80%	SI NO 2 38 5% 95%	SI NO 10 70 12% 88%	DETERMINAR SI HABLAN TENIDO ALGUNA EXPE.	SE IDENTIFICA EL RECHAZO QUE EXISTE.	
5.EN EL GPO 1y3 Y LA # 7 DEL GPO. 2	SI NO 7 13 35% 65%	SI NO 9 11 45% 55%	SI NO 18 22 45% 55%	SI NO 34 46 42% 58%	DETERMINAR SI PODRIA HABER INTEGRACION AL SIST. EDUC. REGULAR.	SE IDENTIFICA UNA GRAN CON- TRADICION.	
5.SOLO DEL GPO. 2	1-10 4 20%	11-20 10 50%	21-30 4 20%	40 o MAS 2 10%	DETERMINAR LA EXPERIENCIA PROFESIONAL.	GRAN VARIEDAD DE EXPERIENCIAS PROFESIONALES.	
6.SOLO DEL GPO. 2		SI NO 1 19 5% 95%			DETERMINAR LA EXP. Y LA PRO PORCION DE NI NOS ACEPTADOS.	SE CONFIRMA EL RECHAZO.	
6.EN EL GPO 1 Y 3 LA # 8 DEL GPO. 2	A	2 10%	6 30%	10 25%	18 22%	1 CONFIRMAR CONOCIMIENTO	SE ESTABLECE EL DESCONOCIMIENTO
	B	1 5%	2 10%	1 2.5%	4 5%	2 QUE DIERAN ALTERNATIVAS	MUY Poca ACEPTACION.
	C	5 25%	2 10%		7 9%	3 CONFIRMAR ACEPTACION O RECHAZO	DEJAR LA RESPON SABILIDAD A LOS PADRES.
	D	11 55%	9 45%	17 42.5%	37 46%		MALA INTERPRETA CION O CANALIZA CION.
	E	1 5%	1 5%	1 2.5%	3 4%		NEGAR EL PROBLE MA CONFIRMA RE CHAZO.
	F	0	0	11 27.5%	11 14%		COMPENSAR AFEC TIVAMENTE AL NI ÑO.

7. SOLO PARA EL
GPO. 1

A	B	C	D	E
3	7	4	5	1
15%	35%	20%	25%	5%

RELAZO.

DESCONOCIMIENTO

DESCONOCIMIENTO

ACEPTACION

DEJAR LA RESPONSABILIDAD A LOS PADRES.

NOTA:

Respuestas a la pregunta no. 6

A Enviarlo a una escuela especial.

B Tratarlo normalmente.

C Tratar el problema con los padres.

D Buscar la atención en una clínica especial.

E No sabe como tratarlo.

F Compensar afectivamente al niño.

Respuestas a la pregunta no. 7

A Que no este en mi grupo

B Enviarlo a una escuela especial.

C. Ponerle más atención.

D Aceptarlo y tratarlo igual que a los otros.

E Hablar con los padres.

CONCLUSION GENERAL DE LA MUESTRA

Como conclusión final podemos decir que las personas creen saber lo que es la parálisis cerebral, pero al cuestionarlos acerca de cómo obtuvieron u obtienen dicha información, la gran mayoría señaló no haber recibido información alguna. Además al tratar de explicar las características existió gran confusión con otros tipos de impedimentos (-Down, retraso mental, polio, etc.).

Al preguntar si habían tenido alguna experiencia con niños de éstas características, denotaron de inmediato su rechazo como lo indican los resultados del cuadro, con un alto grado de negación.

Sin embargo, se puede identificar dentro de la muestra que no existe una correlación entre el contacto o experiencias con este tipo de niños y las expectativas para su aceptación en escuelas de tipo regular, esto lo confirmamos posteriormente cuando solo un reducido número de miembros de la muestra no dice que los niños con parálisis cerebral deben ser tratados normalmente.

Aunque la experiencia profesional es variada podemos afirmar que el rechazo es determinante y personal, aunque los profesionales se escuden en las limitaciones que les marca el sistema. De la misma forma se puede observar la predisposición negativo por parte de los estudiantés; la cual se presenta aún sin haber tenido experiencia alguna con éstos niños.

En la parte final del cuestionario se confirma que existe gran desconocimiento sobre este problema; que aunado al poco interés de los profesionales de la educación de tipo regular y al alto grado de sobreprotección por parte de los padres; no permite que los niños con parálisis cerebral puedan ser integrados dentro de su comunidad.

Como un punto de referencia para la propuesta de integración de niños que presenten parálisis cerebral de tipo leve; a las escuelas de tipo regular se realizó una muestra de casos en el Hospital Infantil de México, cuyos resultados fueron los siguientes.

Al observarse los resultados se confirman varias situaciones:

1. Como se menciona en el capítulo no. 1, existe mayor incidencia de casos en el sexo masculino que en el femenino.
2. Debido a la falta de información a los padres de familia sobre este tipo de problemas que pueden ocurrir en cualquier familia y a cualquier nivel, observamos dentro de la muestra que el mayor número de casos presentados para diagnóstico son niños de 10 a 18 meses en los que se pierde un tiempo valioso para la rehabilitación de los mismos.
3. Por último podemos observar que dentro de los diagnósticos, el mayor número de casos se encuentra concentrado en afección leve, lo que serviría como apoyo para proponerlos como posibles candidatos a ser alumnos de escuelas regulares.

MUESTRA DE NIÑOS CON PARALISIS CEREBRAL DEL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO.

Se tomaron 60 casos como muestra, con los siguientes resultados:

No.	DIAGNOSTICO	EDAD	SEXO	ESCOLARIDAD FAMILIAR
1	ESPASTICA	3 MESES	M	PRIMARIA INCOMPLETA
2	ESPASTICA LEVE	10 MESES	M	SECUNDARIA
3	ESPASTICA	6 MESES	M	NO HAY INFORMACION
4	ESPASTICA	2 MESES	F	PRIMARIA INCOMPLETA
5	P.C. LEVE	12 MESES	M	PRIMARIA
6	P.C. GRAVE	4 MESES	M	PRIMARIA
7	P.C. LEVE	10 MESES	F	SECUNDARIA
8	ESPASTICA	5 MESES	M	2º PRIMARIA
9	ESPASTICA	10 MESES	M	PRIMARIA
10	P.C. GRAVE	4 MESES	M	NO HAY INFORMACION
11	P.C. LEVE	12 MESES	M	SIN ESCUELA
12	P.C. LEVE	35 MESES	M	PROFESIONAL
13	P.C. GRAVE	6 MESES	M	SIN ESCUELA
14	P.C. LEVE	34 MESES	M	PRIMARIA
15	P.C. GRAVE	9 MESES	M	PRIMARIA
16	P.C. LEVE	8 MESES	M	PRIMARIA
17	P.C. GRAVE	1 MES	M	PRIMARIA
18	ESPASTICA GRAVE	2 MESES	M	PRIMARIA
19	ESPASTICA GRAVE	5 MESES	M	SECUNDARIA
20	P.C. GRAVE	5 MESES	M	PRIMARIA
21	P.C. LEVE	12 MESES	M	SIN ESCUELA
22	P.C. GRAVE	36 MESES	M	PRIMARIA
23	P.C. GRAVE	14 MESES	M	SIN ESCUELA
24	ESPASTICA	48 MESES	M	PRIMARIA
25	P.C. GRAVE	37 MESES	M	PRIMARIA
26	P.C. LEVE	29 MESES	M	PRIMARIA
27	P.C. LEVE	21 MESES	M	SECUNDARIA
28	ESPASTICA	15 MESES	M	PREPARATORIA
29	P.C. LEVE	36 MESES	M	PRIMARIA

30	HIPOTONICA	12 MESES	F	PROFESIONAL
31	P.C. GRAVE	48 MESES	M	PRIMARIA
32	P.C. LEVE	52 MESES	M	SIN ESCUELA
33	P.C. LEVE	15 MESES	M	PRIMARIA
34	P.C. GRAVE	11 MESES	M	PRIMARIA
35	P.C. LEVE	5 MESES	F	PRIMARIA
36	P.C. GRAVE	11 MESES	E	PRIMARIA
37	P.C. LEVE	48 MESES	F	SIN ESCUELA
38	P.C. LEFE	5 MESES	M	PRIMARIA
39	P.C. GRAVE	6 MESES	F	PRIMARIA
40	P.C. LEVE	48 MESES	M	SIN ESCUELA
41	P.C. LEVE	60 MESES	M	SIN ESCUELA
42	P.C. GRAVE	36 MESES	M	PRIMARIA
43	P.C. LEVE	48 MESES	F	SIN ESCUELA
44	P.C. LEVE	36 MESES	F	PRIMARIA
45	P.C. LEVE	36 MESES	M	PRIMARIA
46	P.C. GRAVE	36 MESES	M	PRIMARIA
47	P.C. GRAVE	48 MESES	M	PRIMARIA
48	P.C. GRAVE	24 MESES	M	PROFESIONAL
49	P.C. GRAVE	36 MESES	F	PRIMARIA
50	P.C. GRAVE	36 MESES	F	PRIMARIA
51	P.C. GRAVE	12 MESES	M	PRIMARIA
52	P.C. LEVE	3 MESES	F	PRIMARIA
53	P.C. GRAVE	12 MESES	F	PRIMARIA
54	P.C. GRAVE	24 MESES	M	SECUNDARIA
55	P.C. GRAVE	48 MESES	F	SIN ESCUELA
56	P.C. LEVE	60 MESES	F	PRIMARIA
57	P.C. LEVE	12 MESES	M	TECNICO
58	P.C. GRAVE	60 MESES	F	PRIMARIA
59	P.C. LEVE	12 MESES	F	SECUNDARIA
60	P.C. LEVE	6 MESES	M	NO HAY INFORMACION

1 DIAGNOSTICO	No.	%
ESPASTICA	7	12
ESPASTICA LEVE	1	2
ESPASTICA GRAVE	2	2
P.C. LEVE	25	42
P.C. GRAVE	24	40
HIPOTONICA	1	2
	<hr/>	<hr/>
	60	100
2 EDAD		
DE 0 A 3 MESES	5	8
DE 4 A 9 MESES	13	22
DE 10 A 18 MESES	16	27
DE 19 A 36 MESES	14	23
DE 37 EN ADELANTE	12	20
	<hr/>	<hr/>
	60	100

3 SEXO

HOMBRES

MUJERES

No.	%
43	72

17	28
----	----

60	100
----	-----

A continuación como apoyo a la muestra realizada se presenta el trabajo elaborado por Mirna Livia Barrera Parra en su tesis Alternativas educativas para niños con parálisis cerebral en el distrito federal. Que para obtener el título de Lic. en educación especial para niños con problemas neuromotores; presentó en el año de 1984 en la escuela normal de especialización.

2.1 ESTUDIO GEOGRAFICO Y DEMOGRAFICO DE HABITANTES EN EL DISTRITO FEDERAL

Dentro de este capítulo se tratará de aportar información de diversa índole, básicamente estadística con el objeto de señalar la importancia de apoyar a la solución del problema de parálisis cerebral tanto en el sector público como en el sector privado.

Es de hacer notar que apesar de las exhaustivas investigaciones que se realizaron, desalentadoramente nos encontramos con escasa información en general, por lo que dentro de algunos puntos no se tendrá la amplitud deseada, pero si significativa.

Empesaremos por presentar el estudio analítico de habitantes por delegación en el distrito federal, haciendose notar que los datos se recabaron en las propias delegaciones políticas en sus centros de información y orientación o bien en las jefaturas de servicios sociales, - con la aclaración que en todos los casos se nos indicó que las cifras que se mencionan incluyen a la población flotante de cada delegación que desde luego no es muy significativa.

INDICE DE DELEGACIONES POLITICAS EN EL DISTRITO FEDERAL
Y NUMERO APROXIMADO DE HABITANTES

No.	NOMBRE	No. DE HABITANTES
1	VILLA GUSTAVO A MADERO	3,100,000
2	AZCAPOTZALCO	825,000
3	MIGUEL HIDALGO	2,300,000
4	CUAUHTEMOC	2,100,000
5	VENUSTIANO CARRANZA	750,000
6	CUAJIMALPA	200,000
7	VILLA ALVARO OBREGON	1,750,000
8	BENITO JUAREZ	1,250,000
9	IZTACALCO	1,500,000
10	MAGDALENA CONTRERAS	350,000
11	COYOACAN	750,000
12	IZTAPALAPA	2,000,000
13	TLALPAN	450,000
14	XOCHIMILCO	370,000
15	TLAHUAC	400,000
16	MILPA ALTA	250,000
TOTAL		18,345,000

2.2 CUADROS ESTADISTICOS DEL REGISTRO NACIONAL DE INVALIDOS

A continuación se presentan cinco cuadros estadísticos tomados del registro nacional de inválidos, estudio realizado por la Secretaría de Salubridad y Asistencia, departamento de evaluación de la dirección general de rehabilitación que presenta el período comprendido del año - 1975 al año 1980 siendo este el último, ya que dicha institución es la única que cuenta con relativa información de invalidéz en del ditrito federal.

Los cuadros estadísticos a que se hacer referencia en el párrafo anterior son los siguientes:

NUMERO DE CUADRO	DESCRIPCION
1	Casos registrados en las instituciones públicas y privadas.
2	Grupos por edades
3	Análisis por sexo
4	Análisis por el grado de invalidéz.
5	Productividad de invalidéz por ocupación.

CUADRO No. 1

CASOS REGISTRADOS EN LAS INSTITUCIONES PRIVADAS Y PUBLICAS:								
INSTITUCION	NUMERO DE CASOS							
	1975	1976	1977	1978	1978	1980	TOTAL	%
S.S.A.	173	160	228	178	319	137	1,195	31
I.M.S.S.	93	109	15	100	54	46	417	11
I.S.S.S.T.E.	26	31	15	30	17	23	142	4
OTRAS	220	408	88	724	384	232	2,056	54
TOTAL	512	708	345	1,032	774	438	3,810	100

Sobre este cuadro no se establece ni se determina en que parte del proceso son atendidos los casos invalidantes ya que sólo se registra número de casos por institución, de acuerdo al año en que se realizó dicho estudio.

CUADRO No. 2

GRUPOS POR EDADES								
GRUPO DE EDADES	NUMERO DE CASOS							
	1975	1976	1977	1978	1979	1980	TOTAL	%
-1	13	-	-	9	32	5	59	1.6
1-4	205	380	161	446	353	239	1,784	46
5-14	236	274	163	445	313	160	1,591	42
15-24	53	39	19	99	59	25	294	8
25-44	5	13	3	29	16	9	75	1.9
45-64	-	2	-	3	1	-	6	.5
65-	-	-	-	1	-	-	1	-
TOTAL	512	708	346	1,037	774	438	3,810	100

Como se observará el porcentaje mayor de incidencia del 97.6% fluctua entre los 1 a 24 años, por lo que los casos subsecuentes de 25 años en adelante, pudieran ser pacientes que en su oportunidad recibieron la debida atención para su rehabilitación total o parcial de parte de alguna institución pública o privada, o bien no han sido atendidos médicamente por inhibición propia de la edad, de la familia o la imposibilidad de parte del enfermo de tratarse ya sea por ignorancia o incapacidad económica para acudir a los centros para su atención.

Al respecto como ya se señaló no habiendo registro de éstos

casos es mera conjetura la conclusión, por lo que de aquí en adelante se insistirá en la urgente necesidad de obtener en primera instancia estudios más completos de parte de las instituciones responsables y posteriormente la solución a través de un mayor número de instituciones que atiendan es te problema grave, que a nosotros como maestros especialistas nos hace responsables directos de poder dar opciones de atención o a toda persona dedicada a la medicina, una detección temprana.

CUADRO No. 3

ANALISIS POR SEXO								
SEXO	NUMERO DE CASOS							
	1975	1976	1977	1978	1979	1980	TOTAL	%
MASCULINO	311	430	208	569	448	241	2,207	58
FEMENINO	201	278	138	363	326	197	1,603	42
TOTAL	512	708	346	1,032	774	438	3,810	100

Como se observará existe una ligera tendencia de padecimientos del sexo masculino con un 58% con respecto al sexo femenino que nos reporta un 42%.

Lo anterior nos lleva a pensar que aunque no se tienen cifras precisas para determinar el número de casos que dentro de la invalidez corresponden a parálisis cerebral, no hace suponer que debe ser importante la cantidad. Al respecto como ya se señaló no se logró la obtención de información por carecer de ella las diferentes fuentes consultadas.

CUADRO No. 4

ANALISIS POR EL GRADO DE INVALIDEZ								
GRUPO DE INVALIDEZ	NUMERO DE CASOS							
	1975	1976	1977	1978	1979	1980	TOTAL	%
LEVE	87	61	50	131	137	51	517	13
MODERADA	213	335	133	381	396	202	1,660	44
SEVERA	212	312	163	520	241	185	1,633	43
TOTAL	512	708	346	1,031	774	438	3,610	100

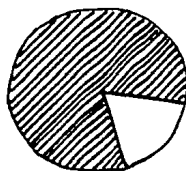
Sobre el cuadro anterior se hace notar la importancia del equipo multi-disciplinario a fin de lograr una rehabilitación integral de los pacientes invalidantes y a través de esto obtener la independencia y productividad de dichos sujetos, recordando que éste equipo se compone de personal capacitado específico que cubre los aspectos tanto físico, psíquico, social y laboral en forma individual según requiera el caso de cada paciente, tomando en cuenta que el 87% que se muestra lo requieren casos con invalidéz moderada y severa.

CUADRO No. 5

PRODUCTIVIDAD DE INVALIDEZ POR OCUPACION*

OCUPADOS

83%



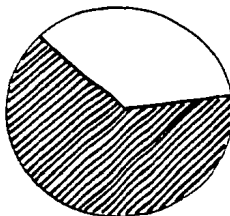
SIN OCUPACION

17%

AÑO DE 1975

OCUPADOS

36%

SIN OCUPACION
64%

AÑO DE 1978

* Fuente: Cuaderno de información oportuna del sector salud no. 2, editado en febrero de 1981 por la Secretaría de Programación y Presupuesto, coordinación general de los servicios nacionales de estadística geográfica e informática, Dir. Gral. de Estadística.

2.3 RELACION ENTRE LOS DATOS GEOGRAFICOS Y DEMOGRAFICOS CON LA INVALIDEZ EN GENRAL Y LA PARALISIS CERBRAL EN PARTICULAR.

En este punto despues del análisis de los cuadros estadísticos que se han presentado se tratará de establecer la relación de habitantes-inválidos (incluyendo paralíticos cerebrales) en el distrito federal con el objeto de los servicios y la necesidad de crear nuevos centros para la atención a personas con trastornos neuro-motores.

En efecto de las diferentes fuentes de consulta, se estimará el probable número de inválidos en el distrito federal y específicamente afectados de parálisis cerebral.

Una de las fuentes de consulta para el fin anterior que nos parece la más fidedigna y confiable es la encuesta nacional de inválidos, -México 1982-, publicado por la S.S.A. , en lo que también participaron la S.E.P. la S.P.P. y la S.H.C.P.

Así, dentro de la introducción de dicha encuesta se hace notar insistentemente la escasa información que en México se tiene al respecto, por lo cual la Dirección General de Rehabilitación en uno de sus párrafos asegura: "la estimación que se ha hecho cuantitativamente de la población que en algún tipo y grado sufre de invalidez se ha deducido de los porcentajes establecidos por la O.M.S, los cuales han sido trasladados a la población".

"En tal virtud podría resultar que el 7% que ha establecido el organismo mundial indicado, tal vez no refleja la contingencia real en México. Por otro lado, dicha estimación se ha hecho unicamente por los casos en donde la invalidez producto de alteraciones somáticas y

mentales.

Se soslaya entonces el problema de la invalidéz por causas o alteraciones sociales, las cuales se han venido incrementando gravemente durante las últimas décadas. En este caso destacan las relativas al alcoholismo, farmacodependencia y conductas antisociales".

Aplicando el porcentaje anterior a la situación de México, con la salvedad que ya se menciona en la referida encuesta, a continuación se muestra el cuadro que contiene la probable cifra de invalidéz por cada delegación política en el distrito federal.

RELACION PROBABLE DE HABITANTES-INVALIDOS EN EL DISTRITO FEDERAL		
Nº. DELEGACION POLITICA	No. HABITANTES POR DELEG:	7% ESTIMADO DE INVALIDOS POR DELEGACION:
1	3,100,000	217,000
2	825,000	57,750
3	2,300,000	161,000
4	2,100,000	147,000
5	750,000	52,500
6	200,000	14,000
7	1,750,000	122,500
8	1,250,000	87,500
9	1,500,000	105,000
10	350,000	24,500
11	750,000	52,500
12	2,000,000	140,000
13	450,000	31,500

14	370,000	25,900
15	400,000	28,000
16	250,000	17,500
TOTAL	18,245,000	1,204,150

Como aspecto sobresaliente del cuadro anterior, se debe señalar el déficit teórico del servicio de atención de la invalidez en el distrito federal tomando en cuenta las siguientes cifras:

a) Habitantes en el Distrito Federal por delegación Política.	18,345,000
b) Cifra estimada de inválidos en el Distrito Federal (7%)	1,284,150
Posible déficit de invalidez sin atención;	1,259,775

Este número sin tomar en cuenta la población total de la República Mexicana cuya cifra se incrementaría en forma muy importante, tomando en consideración la centralización de servicios en el Distrito Federal.

Todo este trabajo de muestreo tiene tres objetivos particulares, como ya se mencionó al inicio del capítulo; el primero que lo podemos observar a través de los resultados obtenidos de los cuestionarios aplicados; el segundo en el que se consideran los posibles candidatos con diagnóstico de parálisis cerebral leve, para su integración al sistema educativo regular; cuyos datos se obtubieron de la muestra realizada en el Hospital Infantil de México.

Así mismo se presenta un estudio geográfico y demográfico de habitantes con parálisis cerebral en el Distrito Federal; en el que se confirma cuál es la situación real de éstos minusválidos.

Finalmente, el tercer objetivo de la muestra es presentar alternativas para la integración de los niños que se encuentran afectados con parálisis cerebral leve a su comunidad a través de la asistencia a escuelas de tipo regular; lo cual se desarrolla ampliamente en el siguiente capítulo.

CAPITULO IV

PROPUESTA PARA LA INTEGRACION DEL PARALITICO CEREBRAL INFANTIL A LA COMUNIDAD

Como punto final de este trabajo se proponen dos alternativas para lograr la integración del niño con parálisis cerebral leve a su comunidad. La primera nos muestra los pasos a seguir por padres de familia y especialistas médicos, para la integración de éstos niños a su comunidad de la manera más natural posible.

Como primer paso y tal vez el determinante para el logro de lo anterior es la determinación del problema.

4.1 DETERMINAR EL PROBLEMA

Es importante mencionar que determinar la parálisis cerebral en el lactante pequeño, es difícil. En pocos bebés los signos tempranos de cierta desviación de lo normal, puede desaparecer en forma espontánea y luego se desarrollan en forma normal, aunque con cierta torpeza y dificultad para ejecutar movimientos selectivos más finos, junto con problemas de la percepción que se descubren en la edad escolar.

Muchos casos leves dan la impresión de haber sido físicamente normales o casi normales en la primera infancia, aunque con solo cierto retraso del desarrollo. Estos signos tempranos del retardo del desarrollo pueden conducir al diagnóstico de retraso mental solamente, a menos que también hayan signos francos de anormalidad física. Algunos signos tempranos de lesión cerebral son:

En el recién nacido succión débil o ausente, trastornos res-

piratorios, vómito, gritos estridentes o llanto débil, flacidez, convulsiones, reacción exagerada a los reflejos.

En los tres primeros meses de vida:

1. Tranquilidad llamativa, disminución de la calidad y la cantidad de movimientos. El espástico tiende a permanecer inmóvil y/o mantener una mano cerrada.
2. Cara inexpresiva, disminución de la atención, perímetro cefálico disminuído, sobresalto fácil.
3. Movimiento en conjunto de piernas. Falta de alternancia, predominio del tono extensor en decúbito ventral.
4. Asimetría en la colocación de las piernas.
5. Retraso en lograr el equilibrio del cuello. Cabeza péndula.
6. Aumento del tono muscular especialmente en cadera.

De cuatro a ocho meses:

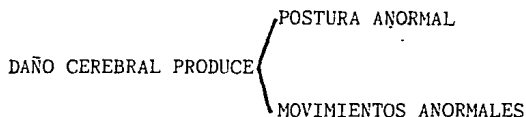
1. Asimetría de movimientos.
2. Dificultad para alcanzar, tomar o bobjetos.
3. Falta de mímica, fijación de la mirada.
4. Excesivo tono flexor o extensor de las extremidades.
5. Reflejos anormales.
6. Signos de retraso psicomotor y/o mental, ausencia de respuestas a estímulos externos.

DIAGNOSTICO TEMPRANO DE PARALISIS CEREBRAL EN NIÑOS DE NUEVE MESES EN ADELANTE.

Entre los exámenes que el médico realiza rutinariamente en los controles periódicos del niño figuran el examen de reflejos primitivos.

vos (cuya persistencia más allá del tiempo normal podría significar daño neurológico) y el exámen del tono muscular (grado de tensión de los músculos). Si los músculos están demasiado tensos o demasiado flácidos podría deberse a un daño neurológico. Los dos exámenes mencionados anteriormente requieren la experiencia tanto en la observación de niños normales como de niños con problema neurológico.

Algunos signos tempranos de anormalidad motora pueden servir a los padres y profesionales como signos de alerta sobre la eventual posibilidad de que el niño no se este desarrollando normalmente estos son:



La postura se refiere a la relación que tienen las partes corporales en las diferentes posiciones (acostado, sentado, de pie). También deben ser observados los movimientos que el niño realiza al desplazarse y cambiar de posiciones (giros, sentarse, gatear, caminar).

Otros signos tempranos de anormalidad motora pueden ser:

1. Anormalidad en la postura del tronco y cabeza.
2. Anormalidad en los movimientos corporales, el niño puede girar desde acostado boca abajo a boca arriba, pero no es capaz de girar desde boca arriba hacia acostado de lado.
3. Anormalidad en el uso de las extremidades; el niño no usa o usa una de sus manos, la cual permanece cerrada en la mayor parte del tiempo.
4. Anormalidad de la función oral: la boca permanece abierta.

Cuatro son las etapas que deben rápidamente seguir los padres o guardianes de un niño en "sospecha" de problemas de desarrollo, con el objeto de lograr un adecuado programa de tratamiento:

ETAPA 1: Consulta al pediatra. Los padres deben pedir una franca opinión del pediatra sobre los problemas del niño y una estrategia a seguir. Una estrecha relación entre el pediatra y la familia es imprescindible. La mayoría de las veces, el pediatra remitirá a un neurólogo infantil, quien es el especialista médico entrenado en la evaluación y tratamiento de alteraciones neurológicas infantiles.

ETAPA 2: Consulta al neurólogo infantil. Lo más probable es que este profesional realice una serie de exámenes al niño, por lo cual sea necesario hospitalizarlo por unos días. Probablemente, al final de este período de estudio de los problemas del niño, el neurólogo establezca un diagnóstico del problema médico que afecta al niño. Una vez que este diagnóstico se establece, es imprescindible una reunión entre los padres y el médico. En esta reunión el médico explicará los problemas del niño, presentes y futuros. Probablemente el neurólogo infantil remitirá al niño a un programa de estimulación precoz o un departamento de rehabilitación o fisioterapia.

ETAPA 3: Consulta a un programa de estimulación temprana. Estos programas están constituidos por varios profesionales interesados en ofrecer un tratamiento integral al niño.

ETAPA 4: Consulta a asociaciones de padres de niños con daño cerebral, padres de niños excepcionales u otras fundaciones e instituciones. Existen en muchos países, asociaciones de padres y ciudadanos, interesados en ayudar a niños con daño cerebral y otras alteraciones. Estos organiz-

mos realizan diferentes actividades como charlas, publicaciones, actividades sociales, organizaciones de clubes juveniles, etc. Muchas de estas instituciones financian programas de diagnóstico y tratamiento. Los padres de niños con daño cerebral al ingresar a estos organismos pueden encontrar un gran apoyo emocional y la posibilidad de conocer experiencias de otras familias en el manejo de los diferentes problemas que el niño presenta.

4.2 INICIAR ESTIMULACION MULTIPLE TEMPRANA

Cuando la etapa dos ha concluido y el neurólogo infantil nos ha confirmado que el niño padece parálisis infantil, independientemente del grado de la misma, los padres remitidos por el médico deberán iniciar la etapa tres, que es el programa de estimulación múltiple temprana. Pues el tratamiento del niño con parálisis cerebral; es un problema complejo y amplio que debe ser abordado con criterio integral tomando la consideración de la naturaleza misma de la lesión, la condición física general del niño y los efectos sobre la familia.

El plan de estimulación debe ser orientado para hacer físicamente independiente al paciente, pero también socialmente aceptable y competente, con un programa adecuado de estimulación, el niño con parálisis cerebral puede mejorar física, mental y socialmente. El plan de estimulación deberá estar orientado con los siguientes fines:

1. Superar tanto como sea posible la incapacidad del niño y sus alteraciones asociadas para obtener una condición lo más cercana posible a la normal.
2. Asistir al niño para que viva en la forma más completa posible, enseñándole a aceptar y a ajustarse a sus limitaciones físicas. Así mis-

mo guiarle en su desarrollo físico, social, emocional y educacional, en tal forma que obtenga los máximos logros, haciendolo un individuo útil a sí mismo, a su familia y a la sociedad.

3. Asistir a los padres para que entiendan, acepten y se ajusten a las limitaciones del niño; aceptando su responsabilidad como miembros del equipo de tratamiento, para obtener el ajuste más feliz posible del niño y su familia a su incapacidad.

Esta estimulación debe incluir integralmente los aspectos médicos, psicológicos y sociales. Llevada a cabo por un equipo multi e interdisciplinario; constituido básicamente por los siguientes profesionales:

1GRUPO MEDICO:

Medicina de rehabilitación
Neurología
Ortopedia

2GRUPO TERAPISTA:

Física
Ocupacional
Lenguaje

3GRUPO EDUCACIONAL SOCIAL:

Pedagogos y maestros
Psicologos
Trabajadora social

Algunas de las funciones de estos profesionales dentro del plan de estimulación son:

MEDICO ESPECIALISTA EN REHABILITACION:

Coordinar y dirigir las actividades del equipo multidisciplinario.

Efectuar valoraciones periódicas de los niños.

Prescribir ortesis en los casos que lo requieren.

Solicitará las interconsultas necesarias con otros especialistas o bien hará canalizaciones a otras instituciones cuando así se requiera.

MEDICO NEUROLOGO:

Como ya se mencionó este profesional interviene en la etapa de diagnóstico de la parálisis cerebral, realizando una serie de exámenes que confirmen éste.

MEDICO ORTOPEDISTA:

Será el encargado de corregir las deformidades del cuerpo del niño, por medio de aparatos especiales.

TERAPISTA FISICO:

Corregirá las posturas y deformidades por medio de estiramientos manuales, reeducación, y , sobre todo posturas terapéuticas.

TERAPISTA OCUPACIONAL:

Este agrega a la terapia física aspectos específicos como : técnicas de sensorio-percepción, coordinación visomotriz, estimulación táctil, conceptos de trabajo en grupo e individual, estimular actividades recreativas y sociales, estimular la creatividad y otras.

TERAPISTA DE LENGUAJE:

Estimular el desarrollo del habla o lenguaje expresivo, mediante ejercicios preparatorios para la fonación, la articulación y la

comprensión del lenguaje.

PSICOLOGO:

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

Además de realizar evaluaciones psicológicas, orientaciones a padres y participación directa dentro del plan de estimulación.

TRABAJADORA SOCIAL:

Sensibiliza a los padres de familia sobre la importancia que tiene su participación en la rehabilitación del niño.

Investiga el nivel de información que tiene la familia sobre el padecimiento, pronóstico y tratamiento de un menor. Planea, organiza y promueve pláticas impartidas por personal especializado.

PEDAGOGOS Y MAESTROS:

Estos profesionales vienen a formar el punto de enlace del niño y la sociedad que le rodea, serán los encargados de procurarle un plan educativo adecuado a sus posibilidades con miras siempre de una integración a la sociedad en forma lo más apegada a la normalidad.

4.3 VALORACION

Parte importante de toda esta estimulación y, lo que nos dará la pauta para tomar la decisión de la incorporación del niño con parálisis cerebral al sistema educativo regular, es la valoración de los avances del niño durante todo este tiempo de trabajo. Esta valoración deberá abarcar los siguientes aspectos:

De acuerdo al tipo de lesión, observar los avances en cuanto

- a:
1. Atención; si el niño es capaz de captar y adaptarse sin dificultad a situaciones nuevas.
 2. Memoria; si su atención y concentración son aceptables para la realización de tareas.
 3. Asociación; si no existe disociación de hechos anteriores y presentes, posibilidad de obtener semejanzas y diferencias. En labores motoras puede alcanzr niveles normales.
 4. Noción Corporal; si es capaz de reconocer su imagen y funcionamiento de su cuerpo.
 5. Noción Espacial; si en alguna medida es capaz de orientar su cuerpo en el espacio, respecto de objetos y personas.
 6. Sensopercepciones Táctiles; si en un momento dado puede reconocer su superficies sensaciones de presión, térmicas o de dolor.
 7. Sensopercepciones Kinestésicas; nos informa sobre la posición de nuestros miembros y músculos, de sus movimientos o reposo, cuando existe cierta capacidad de control de ésto.
 8. Sensopercepciones Cenestesicas; son las sensaciones internas que nos informan del estado de nuestro organismo haciendonos sentir cansancio, tensión, hambre, sed, etc. Si es capaz de reconocerlas y manifiestar las.
 9. Sensopercepciones Auditivas; si no existe una incapacidad severa de ésta, aunque tenga algunos problemas de integración auditiva como, dislalias, memoria auditiva, memoria secuencial, integración del lengua

je que pueden ser rehabilitadas a base de terapias.

10. Sensopercepciones Visuales; si no existe una incapacidad severa de ésta, aunque tenga problemas de alteraciones posibles de mejorar; como; fragmentación, rotación, inversión, cualición.
11. Lenguaje; utilizando el término de lenguaje en el sentido más amplio incluyendo toda forma de comunicación visible, audible, sean gestos, movimientos posturales, vocalizaciones, palabras, reacciones, incluyendo además imitación y comprensión de lo que expresa a otras personas.
12. Conducta Personal Social; comprende las reacciones personales del niño ante la cultura del medio ambiente en el cual vive. Estas reacciones son tan múltiples y variadas que parecerían caer fuera de la valoración evolutiva, debido a la multiplicidad de determinantes, tanto internos como externos.

4.4 PROPUESTA DE ATENCION

Como propuesta de atención se dará a conocer El Programa de Estimulación Múltiple Temprana, que hasta hace algunos meses funcionó en el Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación de la S.S.A. y que sirvió como base a los programas de estimulación temprana en APAC y DIF.

Este programa tuvo inicio en el año de 1975, basado en observaciones realizadas por personal del I.N.M.R. en visitas a varios centros de rehabilitación del Los Angeles California, durante el año de 1974. Así mismo basandose en cursos que grupos de trabajo de esa ciudad dieron en este instituto.

Se tomo como base el trabajo realizado en el centro de reha-

bilitación de la U.C.L.A. bajo la dirección de la Dr. Margaret Jones.

Los objetivos generales del programa son:

1. Reunir el mayor número posible de conocimientos y experiencias debidamente comprobadas que sean útiles a los pacientes con P.C.I.
2. Verificar la importancia, trascendencia y eficiencia del trabajo de un equipo interdisciplinario con diferencia en diagnóstico, tratamiento y técnicas; pero con un objetivo común.
3. Ayudar a los padres para que comprendan su situación y la acepten para que sepan orientar a sus hijos a una vida más independiente.
4. Brindarle a los pacientes un ambiente lleno de estímulos y múltiples ayudas que le permitan desarrollar al máximo sus potencialidades.
5. Entrenar personal médico y paramédico en la utilización de este programa.
6. Despertar en la comunidad la conciencia de este problema para que los paráliticos cerebrales que logren ser independientes sean aceptados y se les brinden oportunidades dentro de la sociedad.

OBJETIVOS GENERALES DE LOS PACIENTES

1. Satisfacer sus necesidades sociales y psicológicas.
2. Proporcionar una amplia gama de experiencias sensitivas-motoras.
3. Dar atención integral a su salud y seguridad.
4. Proporcionar todos los elementos que le permitan ser menos incapaz (protesis auditivas, aprendizaje e inhibición de reflejos anormales, estimulación de otros reflejos).
5. Poner a su disposición gran variedad de materiales de juego que le den un amplio margen de experiencias sensoriales, auditivas, gustativas,

táctiles, ópticas y olfativas.

OBJETIVOS INDIVIDUALES

Se elaboran de acuerdo a las necesidades de cada niño programas que abarquen todas las áreas especificando cuando es necesario el tipo de técnica y actividad que pueda lograrse.

Ejemplo:

- a) Inhibir reflejos tónicos del cuello
- b) Relajación general.
- c) Lograr equilibrio de cuello.
- d) Estimular el uso del lenguaje por medio de la presentación de objetos.
- e) Aumento de su conciencia social con experiencias en espacio limitado.

LOCALIZACION

La localización del programa se ubica en un área de 120m², dentro del gimnasio del propio I.N.M.R. , esta equipado con el material necesario para utilizarse en las actividades individuales y colectivas.

SELECCION DE PACIENTES

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

CRITERIOS DE ADMISION

Edad. Entre 18 meses mínima y 5 años como máximo.

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

Diagnóstico. Ser pacientes con P.C.I.

VALORACION

Periodicamente en juntas del equipo multidisciplinario se valoran:

1. Logros de cada niño.
2. La necesidad de cambiar tratamientos en niños que no responden, o
3. Bien los que han superado por edad por haber alcanzado los objetivos propuestos.

ACTIVIDADES QUE CONFORMA ESTE PROGRAMA

Primer semestre 2 años a 2 6/12

ETAPA DE ADAPTACION

1. Atención 1
2. Memoria 1
3. Asociación 1
4. Orientación de persona y espacio 1
5. Coordinación motora fina
6. Manejo de cavidad oral
7. Lenguaje comprensivo y expresivo 1
8. Estimulación táctil
9. Desplazamiento 1
10. Actividades recreativas
11. Estimulación vestibular
12. Alimentación, vestido e higiene 1

Segundo Semestre 2 6/12 a 3 años

ETAPA DE MADURACION

1. Atención 2

2. Memoria y asociación 2
3. Orientación corporal y espacial 2
4. Coordinación motora fina
5. Concepto de cantidad 1
6. Lenguaje expresivo y comprensivo 1
7. Estimulación vestibular 2
8. Desplazamiento 2
9. Estimulación táctil 2
10. Actividades recreativas
11. Alimentación, vestido e higiene 2

Tercer Semestre 3 años a 3 6/12

ETAPA DE SOCIALIZACION

1. Discriminación visual
2. Conceptos funcionales básicos
3. Razonamiento verbal
4. Orientación corporal y espacial 2
5. Orientación temporal
6. Coordinación motora fina
7. Concepto de cantidad 2
8. Lenguaje expresivo comprensivo 2
9. Estimulación vestibular 3
10. Estimulación táctil 3
11. Desplazamiento 3
12. Actividades recreativas
13. Alimentación, vestido e higiene 3

Cuarto Semestre de 3 6/12 a 4 años

AFINACION DE O. CONCEPTOS

1. Análisis y síntesis visual
2. Planeación y anticipación
3. Juego simbólico
4. Coordinación motora fina
5. Lenguaje expresivo comprensivo 2
6. Concepto de cantidad 3
7. Estimulación vestibular 3
8. Estimulación táctil 3
9. Desplazamiento 3
10. Actividades recreativas
11. Vestido, alimentación e higiene 3

Quinto Semestre 4 años a 4 6/12

ETAPA PREACADEMICA

1. Conocimiento de la naturaleza 1
2. Estimulación de la percepción fina 1
3. Pensamiento matemático 2
4. Trabajos colectivos
5. Lenguaje expresivo comprensivo 3
6. Desplazamiento 4
7. Estimulación vestibular 4
8. Actividades recreativas
9. Vestido, alimentación e higiene 4

Sexto Semestre de 4 6/12 a 5 años

CONTINUA ETAPA PREACADEMICA

1. Concepto de la naturaleza 2
2. Lecto escritura 1
3. Pensamiento matemático 2
4. Trabajos colectivos 2
5. Lenguaje expresivo comprensivo 3
6. Desplazamiento 4
7. Actividades recreativas
8. Vestido, alimentación e higiene 5

FUNCIONAMIENTO

Las sesiones de tratamiento son diarias de lunes a viernes, de las 9 am. a las 11 am. Este horario se modifica para poder tener actividades especiales de socialización, esparcimiento o experiencias específicas según los acuerdos tomados por el equipo de trabajo y sus directivos.

Existe cada semana un centro de interés que se refuerza en todas las áreas por ejemplo; un color o una figura, una parte del cuerpo, etc. Este centro de interés se presenta insistentemente en el área a través de todas las actividades.

Cada momento de trabajo tiene sus objetivos determinados por lo que es conveniente analizarlos por separado incluyendo también aquellos aspectos que aunque no se realizan diariamente dentro del horario especificado si forman parte integrante del plan total.

DISTRIBUCION DE TIEMPO

Recepción de pacientes, actividades de vestido

Cantos, ritmos y juegos

Actividades de terapia física

Actividades de terapia ocupacional

Actividades de terapia de lenguaje

Actividades de alimentación

Despedida, diálogo con los padres

El trabajo se organiza distribuyendo a los niños en tres grupos de acuerdo a la severidad de su problema y el nivel en que se encuentren a fin de poder trabajar con materiales y actividades similares a un tiempo cada grupo.

En cada sesión los tres grupos son estimulados por separado en terapia de lenguaje, física y ocupacional, independientemente de las actividades que realiza todo el grupo.

Durante todo el tiempo psicología apoya el trabajo de las tres áreas mencionada en forma activa.

La trabajadora social interactua con los padres y madres de familia orientandoles sobre el mejor manejo de los niños.

Controla asistencia y supervisa la distribución de desayunos.

Como se mencionó, este programa es modelo de los que se llevan a cabo en otras instituciones que atienden P.C.I.

Y se ha tomado para ilustrar cómo se lleva a cabo la estimulación múltiple temprana en nuestro país.

4.5 INTEGRACION AL SISTEMA EDUCATIVO REGULAR DEL NIÑO CON P.C.

Una vez realizada la valoración, se determinará si el niño cubre los requerimientos mínimos para asistir al sistema educativo regular. Pero en contraste, si el niño que cubre igualmente estos requerimientos sólo tiene como alternativa el sistema educativo especial, sus

posibilidades de tener una integración a la sociedad se verían drásticamente reducidas.

Estos requerimientos deberán ser particularmente tratados por un psicólogo, además del equipo médico. Como se mencionó anteriormente los puntos a valorar serán:

1. Atención
2. Memoria
3. Asociación
4. Noción corporal
5. Noción espacial
6. Sensopercepciones táctiles
7. Sensopercepciones Kinestésicas
8. Sensopercepciones Cenestésicas
9. Sensopercepciones auditivas
10. Sensopercepciones visuales
11. Lenguaje
12. Conducta personal social

Corroborando que si el niño cumple las condiciones mínimas aceptables se hace necesaria su inserción dentro del sistema educativo regular, ya que esto vendrá a completar toda esta labor realizada por los padres y el equipo médico, siendo esto el inicio de una nueva etapa; sin olvidarse ni descuidar todas las indicaciones que se tengan aún acerca del entrenamiento físico y adaptación psicológica del niño al medio ambiente, es decir, no se debe pensar que la estimulación física debe terminar al entrar el niño al jardín de niños o primaria, al contrario se deben

continuar con los programas de terapia física como de lenguaje, ocupacional y psicológica, hasta que el grupo de especialistas encargado lo considere necesario.

4.6 ALTERNATIVA PARA LA INTEGRACION DEL NIÑO CON PARALISIS CEREBRAL AL SISTEMA EDUCATIVO REGULAR

La segunda alternativa que se propone se refiere a el establecimiento de un programa piloto, para que los niños con parálisis cerebral leve puedan asistir al sistema educactivo regular; bajo las siguientes directrices:

1. El programa deberá establecerse en un área definida como es la delegación Benito Juárez en el Distrito Federal; de la cual ya se mencionaron las características.
2. Los Jardines de Niños y Primarias de ésta delegación deberán aceptar como máximo un niño por cada grupo al inicio del ciclo escolar.
3. Los maestros recibirán un manual que incluya los puntos mencionados con anterioridad, tales como:
 - a) Características generales del niño con parálisis cerebral. (Físicas, psíquicas y sociales).
 - b) Recomendaciones para el trato cotidiano haciendo hinc-

pie en evitar la sobreprotección, abandono, desinterés, etc.

4. Al término del primer ciclo escolar se deberá realizar una evaluación de los niños que hayan participado dentro del programa; para estimar cuales fueron los avances en su desarrollo; y poder comparar el avance de éstos niños con niños de parálisis cerebral leve que no participaron en dicho programa. Este segundo grupo será el grupo de control el cual se determinará a través del APAC; ya que esta institución cuenta con sistema educativo especializado.

5. Cobertura del programa. Para poder desarrollarlo, es preciso contar con el apoyo de instituciones como: SEP, DIF, IMSS, ISSSTE, SECTOR SALUD, APAC, etc; quienes cuentan con la infraestructura necesaria para la difusión del programa, capacitación de personal que se requiere y evaluación de los participantes.

Para el logro de ésto, el candidato ideal para la coordinación y alcance de las metas deseadas es un Licenciado en Pedagogía, pues cuenta con los elementos necesarios para el desarrollo de estas actividades.

Los tiempos actuales exigen compromiso y creatividad para abordar y resolver los problemas de nuestra sociedad; y son estos retos los que la pedagogía debe tomar para cumplir su cometido.

CONCLUSIONES

1. Es muy importante que se busque la manera de informar oportuna y verazmente a aquellas parejas que están por tener un hijo, para que observen toda clase de precauciones y así en un momento dado tratar de evitar un problema de parálisis cerebral en su hijo.
2. Se debe tener mayor difusión de las principales características de esta lesión, para que aquellos padres de familia que tengan sospecha respecto a el desarrollo de su hijo, acudan lo más pronto posible a cualquier servicio médico en el que se les confirme o no un diagnóstico de parálisis cerebral.
3. Dicha difusión debe estar orientada a la sociedad en general para que ésta, tenga una idea clara de lo que es la parálisis cerebral y se muestre abierta a la aceptación normal de estos niños dentro de ella.
4. Sería recomendable que dentro de los programas de educación para licenciados en educación preescolar y primaria, se incluyera una materia que hiciera en los alumnos la reflexión acerca de su responsabilidad como seres humanos que guían a otros; y así puedan mostrarse receptivos ante estos niños que necesitan de su ayuda.
5. Resulta indispensable que se lleven a cabo mayor número de investigaciones acerca del problema de la parálisis cerebral y se publiquen,

pues es alarmante la escasa información con que se cuenta.

6. Finalmente la propuesta de este trabajo es presentar una vía de identificación, estimulación y ubicación de los niños con parálisis cerebral, dentro de los diferentes panoramas; llamese hogar, clínica, escuela, comunidad o institución especializada, para lograr el desarrollo integral de sus potencialidades.

CUADRO COMPARATIVO DE FUENTES DE INFORMACION

FUENTE	PROPORCIONO INFORMACION	TIPO DE INFORMACION	OBSERVACIONES
Hospital Infantil de México. Dr. Marquez y Dr. Jiménez, México D.F.	SI	Estadísticas de casos atendidos por la institución. Grado de lesión	-Acceso fácil a la información -Buena organización y calidad -Excelente disponibilidad del
I.M.S.S. Hospital Magdalena de las Salinas Av. Inst. Politécnico Nal. esq. con Fortuna, México D.F.	NO	NULA	Hospital de maternidad remitieron al hospital de neurología la Raza.
I.M.S.S. Hospital la Raza Neurocirugía y Neurología Infantil Insurgentes Norte y Río consulado México D.F.	NO	NULA	Remitieron al archivo del hospital general, la Raza
I.M.S.S. Archivo Hospital General La Raza Insurgentes Norte y Río consulado México, D.F.	NO	NULA	Indicaron que sólo contaban con información de casos de 3er. nivel. (graves) Remitieron a la escuela de Salud Pública
Biblioteca de la Escuela de Salud Pública Unidad Plateros México, D.F.	SI	Estadísticas de Salud Pública en la República Mex.	Datos generales sobre inválidos
Instituto Nal. de Pediatría (DIF) Insurgentes y Periférico Sur México, D.F.	NO	NULA	Remitieron al centro de <u>rehabilitación</u> del DIF Nadie proporciona información.

FUENTE	PROPORCIONO INFORMACION	TIPO DE INFORMACION	OBSERVACIONES
Centro de <u>rehabilitación DIF</u> Av. Emiliano Zapata y Mitla México D.F.	NO	NULA	No hubo atención por las autoridades La secretarías indicaron que era necesario un permiso de Dirección de Educación Especial para poder iniciar el trámite de obtención de información. Nula disponibilidad y atención de todo el personal.
A.P.A.C. Dr. Arce #143 México, D.F.	SI	FOLLETOS DE INFORMACION GENERAL	Mala organización. Se limitan a proporcionar folletos Invitan a una junta de información que se realiza los días martes de cada semana, la cual fue cancelada en cuatro ocasiones diferentes por falta de quorum. No hubo acceso a información estadística. Poca disponibilidad del personal.
I.N.M.R Mariano Escobedo #150 México, D.F.	SI	BIBLIOGRAFICA ESTADISTICA INVESTIGACIONES INTERNAS ACCESO AL PRO GRAMA DE ESTI MULACION MULTI PLE TEMPRANA	Buena disponibilidad de la persona responsable. Buena calidad de información. Acceso a observación y participación dentro del programa. Contacto con los padres, con los niños, trabajadoras sociales, las terapistás, psicólogos, etc. Demostración de interés y apoyo en el trabajo.
Biblioteca de la Escuela Normal de Especialización B.Shaw y Campos Eliseos #11560 México D.F.	SI	BIBLIOGRAFICA	Buen acervo.
Biblioteca de la Escuela Nacional De Maestros Clz. México tacuba y Av. Maestros México, D.F.	SI	PROGRAMAS Y PLAN DE ESTUDIOS DE LA CARRERA	

FUENTE	PROPORCIONO INFORMACION	TIPO DE INFORMACION	OBSERVACIONES
Biblioteca de la Escuela Nal. para Maestras de Jardines de Niños. Gustavo E. Campa #96 México D.F.	SI	PROGRAMAS Y PLAN DE ESTUDIOS DE LA CARRERA	
Biblioteca de la CONAPO Div. Del Norte y Eje 6 Sur México D.F.	SI	ESTADISTICA	Buena organización
Biblioteca O.M.S Homeró #418 4º piso México D.F.	NO	NULA	No hubo atención.
Centro de Documentación del UNICEF Reforma #645 México, D.F.	NO	NULA	No existe un área para educación especial, por ello no tienen informes sobre estudios de este tipo. Remitieron al DIF.

BIBLIOGRAFIA

1. ABELLANA CANDAU. Et. Al. Síndromes de Parálisis Cerebral. Ed. Panamericana, Buenos Aires. Argentina, 1976.
2. BOBATH BERTHA Y KAREL. Desarrollo motor en distintos tipos de P.C. Tr. Mario Arnoldo Marino. Buenos Aires Argentina, Ed. Médica Panamericana. 1979.
3. BOOKMILLER-BOWEN. Enfermería y Obstetricia. Editorial Interamericana. Cuarta edición. México, 1975.
4. BUSTOS BARCOS. Reeducación del habla y del lenguaje en el P.C. Colección. Educ. Esp. CEPE.
5. CAMPERO CUENCA M. Y LAHUD RIVAS MA. I. Participación de la familia en el manejo y cuidado del niño con P.C. UNICEF. México, 1981.
6. CARRILLO MARTIN. Guía de estimulación motora temprana. UNICEF, México. 1979.
7. CRICHMAY C. MARIE. Logopedia y el enfoque Bobath en Parálisis Cerebral. Editorial Médica panamericana. Buenos Aires, 1973.
8. FINNIE NANCIE. Atención en el hogar del niño con parálisis cerebral. La Prensa Médica Mexicana. México, 1976.
9. FUNDACION OBLIGADO. Síndrome de Parálisis Cerebral. Editorial Panamericana. Buenos Aires, 1974.
10. GONZALEZ MAS R. Tratado de Rehabilitación Médica Tomo I. Síndromes Invalidantes del Sistema Nervioso. Editorial Científico Médica. Tercera Edición. España, 1976.
11. LEVITT SOPHIE. Tratamiento de la Parálisis Cerebral y del Retraso Motor. Ed. Médica Panamericana. Buenos Aires, 1979.
12. UNICEF. Curriculum de Estimulación Precoz. Ed. Piedra Santa, Guatemala, Guatemala. 1981.