

10
2



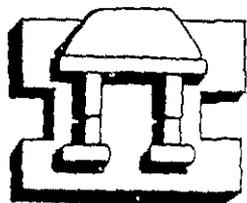
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
CAMPUS IZTACALA

REPORTE DE TRABAJO DE LAS ACTIVIDADES
REALIZADAS EN LA "CASA HOGAR DON DE DIOS"
EN EL AREA DE EDUCACION ESPECIAL Y
REHABILITACION

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
FELICITAS SALINAS ANAYA

ASESORES: LIC. JOSE RENE ALCARAZ GONZALEZ
LIC. JESUS LARA VARGAS
MTRA. ANTONIA RENTERIA RODRIGUEZ



IZTACALA

1999.

TESIS CON
FALLA DE CUBIERTA

50



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

*Gracias Dios mío,
por todos los obsequios
que me has dado a lo largo de mi vida.
Por cada uno de los miembros de mi familia.
Gracias por el disfrute de mi trabajo,
por poder llorar, amar y sonreír.
Por la paz interior que encuentro
a través de la naturaleza.
Por que lo más valioso
lo llevo en mi corazón.*

*Gracias por acompañarme siempre
y ser mi guía*

En las voces
de los árboles viejos
reconozco las de mis
abuelos,
veladores de siglos,
su sueño está en las
raíces.

*A Felicitas y Jesús
Con todo mi amor y admiración.*

La voz de los pájaros
se deja caer
desde las ramas
hasta el corazón de los manantiales,
y el agua canta

*A toda mi familia
por su cariño y apoyo.*

*A mis grandes amores que a pesar del tiempo y
la distancia siempre llevo en el corazón:
Jonalán, Joselyn, Alejandro, Joan Jason, Jereth Ernesto
y Maryfer*

*A todos los niños
Sobre todo a Marlín, Jaqueline, Felipe, Carlos Daniel,
Isaac, Andrés, Luis, Miguel Angel. . . que viven en
hogares asistenciales En cada página esta plasmado
mi amor para cada uno de ustedes y mi preocupación
del maltrato infantil*

A Bertha García Medina, mi maestra, la humanista, la estudiosa de la ciencia, la creatividad y del "ser". Gracias por permitirme mostrar algunas partes de *Educar por Movimiento y Posiciones*.

Gracias René Alcaraz

Por tu paciencia, dedicación y sin cuyos atinados comentarios no hubiera sido posible la exposición de este trabajo.

A Tony Rentería, Jesús Lara y Juan José Yoseff, profesores que han dejado una huella inborrable en mi formación profesional y personal

Gracias

A las alumnas de la Normal de Especialidades y a los alumnos y profesores de Iztacala, de la Universidad Agustiniiana "Fray Andrés de Urdaneta", al voluntariado y a todos los que de alguna forma han contribuido a la culminación de este trabajo y en la atención de los niños.

Y sobre todo

Mil gracias a la Congregación de las Hermanas de la Caridad de la Madre Teresa de Calcuta por permitirme colaborar con una pequeña semilla en esa gran labor suya

Este libro es el resultado de un trabajo
colaborativo realizado en el marco del

*"Mis manos hablan, Colibrí,
para cuando mi boca haya enmudecido — dice el artesano — a los
hombres que vienen en el camino y llegarán cuando nosotros no estemos
aquí.
Ellos sabrán que yo estuve aquí y sin conocerlos pensé en cada uno, los
amé y esperé con alegría su llegada".....*

Graciela Szymanski.

*"Los días nuevos han llegado.....
y
es tiempo
que la raza cósmica despierte
y sorprenda al mundo con su potencial creativo".....*

INDICE

INTRODUCCION, pág. I - III

CAPITULO I. ANTECEDENTES.

1.1. La Casa Hogar en México

1.1.1. Definición: ¿Qué es una Casa Hogar?, pág. 1-4

1.1.2. Historia: ¿Cuándo, Dónde y Cómo Surge?, pág. 4-11

A.- Aspectos Políticos y Sociales del Surgimiento
De la Casa Hogar en México, pág. 11-18

B.- Legislación que Regula las Casas Hogar en
México en la Actualidad, pág. 18-36

1.1.3. Organización Actual de las Casas Hogar.

a) Normas Técnicas Para la Prestación de
Servicios de Asistencia Social, pág. 37-39

b) Relación de la Casa Hogar con Otras
Instituciones, pág. 39-43

c) Recursos:

- Financieros: ¿De Dónde se Obtienen?

- Recursos Materiales (Muebles e Inmuebles).

- Recursos Humanos, (organigrama). pág. 44-46

1.2. El Psicólogo en la Casa Hogar

- Funciones, pág. 47-51

1.3. El Psicólogo en el Area de Educación Especial y
Rehabilitación en México, pág. 51-55

1.4. Diferentes Aportaciones en México para Abordar la
Educación Especial y Rehabilitación, pág. 55-79

1.5. Propuesta de Trabajo

- 1.5.1 Programa Educar por Movimiento y Posiciones
- a) ¿Cómo se Inicia?, pág. 80-83
 - b) ¿Cuáles son sus Fundamentos y su Forma de Análisis, pág. 84-95
 - c) Método de Actividades: Evaluación Y Tratamiento, pág. 96-104
 - d) ¿Qué Aportaciones da a la Educación Especial y Rehabilitación, pág. 105

CAPITULO 2

- 2.1. Descripción de la institución, "Casa Hogar Don de Dios"
- a. Antecedentes, pág. 106-108
 - b. Características, pág. 108
 - c. Organización:
 - Recursos Financieros
 - Recursos Materiales
 - Recursos Humanos (organigrama), pág. 109-111

CAPITULO 3

- 3.1. Pormenores de la Actividad del Psicólogo desempeñada en la "Casa Hogar Don de Dios"
- 3.1.1. Funciones, pág. 112-113
 - 3.1.2. Organización, pág. 113-115
 - 3.1.3. ¿Cómo se aplico el Programa Educar por Movimiento y Posiciones?, pág. 115-169
 - 3.1.4. Resultados Obtenidos y Observaciones Encontradas, pág. 170-175

CAPITULO 4

- 4.1. Análisis de la Intervención, pág. 176-184

Conclusiones y Comentarios, pág. 184-193

BIBLIOGRAFIA, pag. 194-197

Resumen

Se presenta la experiencia y análisis del reporte de trabajo con pacientes de Educación Especial y Rehabilitación en la "Casa Hogar Don de Dios". Periodo junio de 1995 a noviembre de 1996. La población comprende un total de 37 internos; 15 mujeres y 22 varones con diferente tipo de problema.

Se aplicó el Programa Educar por Movimiento y Posiciones, metodología que surge y se desarrolla en México, que aporta elementos importantes y novedosos a la Educación Especial y Rehabilitación. Para fines de exposición se seleccionó un caso de PCI, aplicando evaluación y tratamiento. Encontrando datos relevantes en los resultados de la actividad muscular y la actividad cerebral superior del paciente.

INTRODUCCION

La familia según Littré¹ "es un conjunto de personas que viven bajo un mismo techo, particularmente padre, madre e hijos....."(1984, pág.18). **Constituye las raíces y la identidad de un niño. Cuyas características básicas del vínculo familiar son: la identidad de sangre por un lado, y un techo común por el otro. Pero estos componentes básicos no bastan para unir a sus miembros, sino que el auténtico cimiento de toda la célula familiar es el amor recíproco de los llamados a vivir juntos. Este amor, esta unidad conquistada lo transformara en HOGAR. Es ahí donde se desarrolla y se refuerza en el niño el sentimiento de seguridad, de ser siempre querido y aceptado. Para que exista esta seguridad son indispensables o necesarios tres elementos: el amor, la aceptación y la estabilidad; que se da a través de la educación, la disciplina, el cariño y los valores fundamentales transmitidos en el hogar (Pereira, 1984).**

El niño, según Pereira (op. cit.), con una infancia que se desarrolla en un hogar sano y normal está mucho más capacitado en todos los órdenes, que aquel que haya carecido de uno. Los beneficios de haber vivido en un ambiente de hogar familiar, frente a una orfandad o abandono, son evidentemente muy desiguales, independientemente de las características personales de cada sujeto. La armoniosa y normal evolución de la vida infantil queda trastornada o alterada por la irregularidad o carencia de un hogar. Fenómeno social que cada vez es más amplio por la situación de progresiva desintegración familiar en que vivimos.

Un hogar donde nace un niño con necesidades especiales, es más susceptible a desintegrarse, ya que ante la infinidad de requerimientos y sobre todo la mayor dependencia de estos niños, permite el maltrato en sus diferentes modalidades (físico, psicológico; por rechazo o abandono) siendo ésta la principal causa de que los niños sean colocados en hogares de adopción.

1 Citado en Pereira de Gómez M. N. La Apercpeccion Familiar del Niño Abandonado. El Trilix México 1984 pág. 18 - 19

Otras causas que se han identificado son: La enfermedad de la madre o el padre, la deserción o la muerte de alguno de los dos, la violencia intrafamiliar, las carencias para alimentarlo, atenderlo y el comportamiento incontrolable del pequeño (Lieberman F.1987; Loredó A.1994).

La separación del hogar (Lieberman, *Ibidem*) es una amenaza seria para la estabilidad emocional de cualquier niño; la supresión del afecto y la incapacidad para protestar alterarán su capacidad para desarrollarse normalmente. Los niños que se encuentran en lugares de adopción tienen problemas emocionales, físicos e intelectuales; sentimientos de desamparo, abandono, rechazo, ira, tensión, agresión y retraimiento. Por todo esto, resulta imprescindible la participación del Psicólogo como parte constante de la rehabilitación del niño.

Barquin (1977), en su libro *Medicina Social*, menciona dentro de los servicios sociales; la "Incapacidad Física y Mental" y la "Incapacidad Social" en la que incluye la orfandad.

Hasta el presente siglo (McKeown, 1981), la responsabilidad del bienestar y educación de los niños físicamente "incapacitados", descansaba casi por completo en los padres. Un niño "incapacitado" permanecía desatendido en su hogar, pero si lo abandonaba su familia se le admitía en un hospicio. Según Bowley y Gardner (1996), el niño incapacitado depende más que cualquier otro, de la comprensión y pericia de los adultos responsables de su cuidado.

Actualmente ² hay en el mundo más de 500 millones de personas con "discapacidad" y en cada país por lo menos uno de cada diez personas tienen una "deficiencia". Conformando un grupo heterogéneo debido a que los problemas que presentan van desde deficiencias mentales, físicas, sensoriales, conductuales o de aprendizaje. Todos ellos se enfrentan a un sin fin de barreras, de índole diferente; que aún presentando el mismo problema, cada caso tiene características particulares.

2 La Voz de las personas con discapacidad de América Latina. Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad. VERSIÓN CASTELLANA, DEL REAL PATRONATO DE PREVENCIÓN Y DE ATENCIÓN

Son personas a las que se les deben reconocer los mismos derechos y brindar iguales oportunidades que a todos los seres humanos. Con demasiada frecuencia, estas personas han de vivir en condiciones de desventaja debido a barreras físicas y sociales. Como resultado de esto, tenemos que millones de niños y adultos del mundo entero arrastran a menudo una existencia marcada por la segregación, explotación y degradación. Confinados en muchos casos dentro de instituciones.

La mayoría de las personas ³ no se dan cuenta del potencial de participación que pueden tener éstas en la vida social; es necesario y muy importante centrarse sobre la capacidad de las personas con "discapacidad" y no en sus limitaciones. Los servicios de rehabilitación son limitados y las personas con necesidades especiales todavía no cuentan con servicios de educación para las diversas etapas de la vida. Hay que prestar atención al diseño de dispositivos, técnicas y programas más sencillos y menos costosos (exigencias que se presentan conforme los casos son más severos), que puedan producirse por métodos locales, más fácilmente adaptables al país de que se trate, que sean más apropiados a las necesidades de la mayoría de las personas con "discapacidad" y que éstas puedan obtenerlos con mayor facilidad.

Tomando en cuenta todo lo anterior, con respecto a la Casa Hogar y más aún si alberga niños con alteraciones en el desarrollo, como psicólogos tenemos mucho que hacer en el plano profesional. Por lo tanto el presente trabajo tiene como objetivo:

REPORTAR LA TRASCENDENCIA DE LAS ACTIVIDADES DEL PSICOLOGO REALIZADAS CON SUJETOS DE EDUCACION ESPECIAL Y REHABILITACION EN LA "CASA HOGAR DON DE DIOS". EN EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 5 DE JUNIO DE 1995 AL 29 DE NOVIEMBRE DE 1996.

A PERSONAS CON MINUSVALIA, DE ESPAÑA. Mayo de 1992. 13, 15, 26, 38.

3 La Voz, op. cit. pag. 33, 35, 37.

CAPITULO I

ANTECEDENTES

1.1. La Casa Hogar en México.

El presente trabajo tiene la finalidad de destacar la participación del Psicólogo dedicado a la Educación Especial y Rehabilitación dentro de la Casa Hogar, por lo tanto es importante considerar cual es el significado de ésta y cuál ha sido su evolución en México a lo largo de la historia. Los antecedentes se presentan de manera cronológica, destacando algunos temas como son: formación, organización, administración, legislación, y metodología empleada para la rehabilitación dentro de estas instituciones. Finalmente se presenta el trabajo realizado como psicóloga en Educación Especial y Rehabilitación en la " Casa Hogar Don de Dios " durante el periodo: de junio de 1995 a noviembre de 1996

1.1.1. Definición: ¿ Qué es una Casa Hogar ?

El concepto de casa hogar está vinculado con los siguientes términos:

Casa- "Construcción con paredes, techo, etc. , en donde viven las personas. Casa (de) cuna. La que se dedica al cuidado de bebés que no tienen padres". ¹
 "Edificio para habitar. Hospicio. Casa de expósitos". ²

Hogar- "Casa en donde vive alguien, particularmente una familia. Casa en donde se da refugio y cuidado a las personas desvalidas. Hogar para ancianos, escuela-hogar" ¹

Hospicio- "Albergue para gente menesterosa Asilo de niños expósitos" ²

Asilo- "Establecimiento benéfico donde se recoge a los pobres o ancianos. Sinónimo. Orfanato, Hospicio". ²

Orfanato- "Asilo de huérfanos" ²

"Niños que han perdido uno o ambos padres Casa de huérfanos. Orfanatorio. Orfelinato" ³

Huérfano- "Solo, único". ³

Expósito- "Recién nacido expuesto o abandonado en un paraje público". ³

¹ Diccionario Básico del Español de México. El Colegio de México. Ed. Porrúa, S. A. de C. V. 1991. 112, 263

² Nuevo Præcti - Diccionario Anaya de la Lengua Española. Fundación Cultural Televisa. A. C. México, 1981. 153, 371, 74, 503

³ Santamaría C. I. Diccionario de Mejanismos. Ed. Porrúa. S. A. 1983. 771, 601, 778

Casa de Expósitos.- "Asilo temporal de niños huérfanos o abandonados".⁴

Casa de Cuna.- "Casa destinada a la lactancia y crianza de los niños expósitos Casa de maternidad"⁵

"Institución oficial dependiente de la Dirección General de Asistencia Social de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. En ella se atienden en forma temporal niños de cero a seis años de edad, de ambos sexos, expósitos o con cualquier otra situación que invalide a sus familiares para hacerse cargo de ellos, con el objeto de integrarlos a su hogar original o a un hogar en adopción en el menor tiempo posible".⁶

La Junta de Asistencia Privada para el Distrito Federal en 1995 da la siguiente Definición de Casa Hogar.

"Las Casas Hogar, son lugares en los que se puede recibir alojamiento, alimentación, vestido, atención médica, educativa y recreativa, siempre y cuando se encuentre la persona en estado de abandono total o parcial".⁷

En la Revisión de Hogares Sustitutos, Santos (1969) da esta otra definición de lo que es la Casa Hogar:

⁴ Gonzalbo Arzumi P. Historia de la Educación en la Época Colonial. El Mundo Indígena. Ed. IIC Colegio de México, 1990. cap. IX. 205

⁵ Santamarina. op. cit. 222

⁶ Diccionario Porrúa de Historia, Bibliografía y Geografía de México. Ed. Porrúa. 1986. 522

⁷ Mundo Asistencial. Junta de Asistencia Privada para el Distrito Federal. JAP. Órgano de Comunicación Interna. Marzo - Abril. 1995. 10. 20

*"Es aquella cuyo propósito es constituir la personalidad del individuo, sus hábitos, habilidades, actividades, valores, así como satisfacer sus necesidades primarias".*⁸

La conjugación de estas dos últimas definiciones dan un esbozo más específico y profundo de lo que es una Casa Hogar, sin embargo, falta recalcar la **Calidad, Dedicación y Amor** que se les brinde, lo que constituirá realmente una mejor "calidad de vida" y "desarrollo armónico" de los infantes desamparados

1.1.2. Historia: ¿ Cuándo, Dónde y Cómo Surge ?

El origen de la *Casa Hogar* en *México* se remonta a la *época Colonial*, donde las palabras *Hospicio* y *Hospital* fueron sinónimos.⁹ Hacia el año de 1532 *Vasco de Quiroga* (Carrasco, 1960), crea en México (en Santa Fe) un establecimiento que comenzó por ser un asilo para niños expósitos destinado a los indígenas, después se amplió con un hospicio y terminó por ser una vasta cooperativa de producción y consumo agrícola, en la que participaban numerosas familias, siendo designado con el nombre de "*Hospital*". La dirección de este establecimiento estaba a cargo de un rector, de un principal y de tres regidores, cuya enseñanza de los niños debía tener un carácter práctico y piadoso. En tanto que *Fray Juan de Zumárraga* y el virrey *Antonio de Mendoza* se hicieron cargo de los desamparados niños mestizos, para lo cual se instituyó un hospicio destinado a los varones, con el nombre de "*Colegio de San Juan de Letrán*" o "*Casa de Expósitos*" y "*El Colegio de Nuestra Señora de la Caridad*" destinado a las niñas. Aunque no se conoce con certeza la fecha de su iniciación (Gonzalbo, 1990) los estudiosos han fijado fechas entre 1529 y 1548, teniendo como antecedente la solicitud de un terreno por parte del *Convento de San*

⁸ Santos A. J. La Trabajadora Social en una Revisión de Hogares Sustitutos. IT-SIS - UNAM, 1969. 9

⁹ Enciclopedia de México. Edición Especial para la Enciclopedia Británica de México. 1993. VII. 1033

Francisco en 1529 para la construcción de una casa – hospital, conocido más tarde como "*El Hospitalito*". Expidiéndose en 1533 la real cédula enviada por *Carlos V*, en la que se establece dar cobijo, alimento y los medios necesarios para una subsistencia digna a los huérfanos o abandonados; enseñándoles la doctrina cristiana, a leer, a escribir, y a tener buenas costumbres. Así mismo, a las mozas se les enseñaba las labores de costura, devociones y buenos modales; saliendo del colegio al casarse ¹⁰ Aunque la fundación formal de estos colegios se menciona en 1547 para el primero, y en 1548 para el segundo, según Carrasco (1960) y Gonzalbo (1990)

A finales del periodo Colonial "*El Colegio de San Juan de Letrán*" fue considerado una institución de instrucción más que un asilo para indigentes. En 1555 se determinó que "*El Colegio de la Caridad*" admitiera a "las hijas huérfanas de españoles y españolas", quedando desplazadas las mestizas para quienes inicialmente se planteó la fundación (Gonzalbo, op cit).

En 1582 se fundó el *Hospital de Desamparados*, creado por *Pedro López*, que se encontraba acondicionado con aposentos especiales para atender a las criaturas abandonadas por sus madres en la vía pública, asignándoseles nodrizas. ¹¹ En 1767 se le llamó "*Casa del señor San José*" y pasó de ser una institución privada a ser una institución pública, estableciéndose en 1918 como "*La Casa de Niños Expósitos*" ubicada en Tacuba, adquiriendo oficialmente el nombre de "*Casa de Cuna*" (1926) Posteriormente pasó a Coyoacán en 1933, formando parte de la Secretaria de Salubridad y Asistencia un año después ¹²

En 1764 el sacerdote *Fernando Ortiz Cortés*, se propuso construir un hospicio para desamparados. Aprobado en ese mismo año por el rey *Carlos III*, quien dispuso que éste incluyera niños huérfanos, terminándose de construir el 16 de diciembre de 1768, mientras el arzobispo *Francisco de Lorenzana* y *Butron* formaba las ordenanzas y nombraba director y ministros

¹⁰ Diccionario Porrúa de Historia op cit 953

¹¹ Enciclopedia de Mexico, op cit 4031

¹² Diccionario Porrúa, op cit 522 1005

La institución se inauguró el 17 de marzo de 1774, con el nombre de "*Hospicio de Pobres de México*", siendo ya virrey *Antonio María de Bucareli*.¹² Sobre esta misma cuestión *Alonso Nuñez de Haro* (1775), hace referencia en su libro "*Hospicios - México*", de la promulgación de la Real Cédula del 19 de julio, en donde fue aprobada la Constitución que regía "*La Real Casa De Niños Expósitos del Sr. S. Joseph u Hospicio de Pobres de México*". Sirviendo de modelo la "*Inclusa de Madrid*".¹³

En el albergaba a los necesitados, huérfanos, ciegos, ancianos, mendigos y demás impedidos, siendo los asilados 800.¹⁴

La función de dicho hospicio (Nuñez op. cit.), consistía en proveerlos de techo, ropa, alimentos, y sobre todo darles una mejor instrucción y crianza, para hacerlos mejores cristianos y enseñarles oficios. Más tarde, el capitán *D. Francisco de Zuñiga* (1806), inauguró la "*Escuela Patriótica*" que fue anexada al hospicio, quedando entonces con cinco departamentos:

- 1) Escuela Patnótica para niñas y niños huérfanos
- 2) Hospicio de pobres verdaderamente necesitados.
- 3) Corrección de jóvenes huérfanos
- 4) Departamento de partos
- 5) Departamento de vacuna.¹⁵

De acuerdo a estos documentos históricos, en los inicios de la casa hogar en México de manera oficial (1774 - 1803) el hospicio se sostuvo de limosnas, de la real lotería, de una renta anual, de impuestos, de rifas, y de la buena voluntad de filántropos. En tanto que el Teniente Coronel de Artillería *D. Mariano Ayllón* en 1843, estableció talleres de lino y fabricación de telas, además de los talleres de bonetería, bordado, corte y confección y más adelante fotografía, para capacitarlos a la vida productiva.¹⁶

En 1846 *Vidal Alcocer* (López R., 1995) funda la *Sociedad de Beneficencia para la Educación y Amparo de la Niñez Desvalida*, proporcionando casa, sustento e instrucción elemental a los niños necesitados. Siendo 26 el número de escuelas con una población de

¹³ T. Allaro M. *Reseña Histórico - Descriptiva del Antiguo Hospicio de México*. Imprenta del Gobierno Federal 1906. 12

¹⁴ *Diccionario Porrúa*, op. cit. 1005 - 1006

¹⁵ *Enciclopedia de México*, op. cit. 4033 - 4034

¹⁶ Allaro op. cit. 20

7,000 niños (incluyendo talleres y academia de música, en 1857) Para 1933 ya son 33 las escuelas, sostenidas con limosnas y auxiliadas en ocasiones por aportaciones del gobierno del Distrito Federal

Siguiendo la historia "*Del Hospicio de Pobres*"; éste pasó a depender del ayuntamiento, el cual convino con las *Hermanas de la Caridad* para que se hicieran cargo de su dirección en 1863 Al consolidarse la República en 1905, aparece la beneficencia como función del Estado, dependiendo de ella el hospicio.¹⁷

Mientras, en el interior de la entonces llamada Nueva España surgen también otras instituciones destinadas a los huérfanos, entre las que podemos citar, *El Colegio de la Caridad de Santa Catalina de Sena (1571 - 1575)*¹⁸ y *El Hospicio Cabañas* de Guadalajara, *El Colegio de Jesús María* en la ciudad de Puebla (1590), y *El Asilo de Niños Pobres y Escuela de Artes y Oficios* de Zacatecas, entre otros¹⁹

En la época Posrevolucionaria el Patrimonio de la Beneficencia Pública, pasa de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público al Departamento del Distrito Federal, hasta quedar bajo el manejo de la Secretaria de Salubridad y Asistencia (1917).²⁰ Más tarde *José María Tapia* (1932) fue designado Presidente de su *Junta Directiva en el Distrito Federal* y un año después se delimita la finalidad de ésta en el *Area de Acción Social*, incluyendo, la atención de escuelas, asilos, dormitorios y comedores públicos En tanto que, en el *Area de Servicio Médico* se da la atención en hospitales, manicomios, casas de cuna y consultorios En las *Memorias de la Labor Realizada por la H. Junta Directiva de la Beneficencia Pública en el D.F. (1933-1934)*, se menciona la participación del *Psicólogo* dentro del *Area de Psicopedagogía y Acción Social*, con la función de organizar y ejecutar los trabajos

¹⁷ Enciclopedia de México ...op cit , 4033 - 4034

¹⁸ Gonzalbo Alzpiru Historia de la Educación en la Epoca Colonial. La Educación de los Criollos y la Vida Urbana El Colegio de Mexico, 1990 XII y XIII 329

¹⁹ C Espino F. Hospicio de Niños. Reseña Historia del Plantel. Ed. Tipografía del Hospicio de Niños Guadalupe de Zacatecas, 1896 3

²⁰ Entoque sobre La Beneficencia Pública. S.S.A. Oficina Mayor Dirección General del Patrimonio de la Beneficencia Pública. 1984 7

psicológicos, relacionados con la educación de los niños amparados por la Beneficencia Pública.²¹

En estas mismas memorias, dentro de las acciones de beneficencia auspiciadas por el gobierno, se enlistan las siguientes. El Hospital General, Hospital Juárez, Hospital Homeopático, Hospital del Niño, Manicomio General, Consultorios Médicos 1 - 6, Casa del Niño, Casa de Cuna, Casas Amigas de la Obrera 1 - 2, Escuelas Industriales, Escuela de Ciegos y Sordomudos, Dormitorios, Asilos y Casa Hogar, "Casa de Ancianos V García Torres", "Centro Rafael Dondé", Brigada Nocturna, Comedores Públicos y Mendicidad Asistida principalmente.

En el periodo del presidente *Cárdenas* se expide una ley, en la cual se sustituye el concepto de Beneficencia por el de Asistencia Pública.²² En 1943, se fundamenta la *Ley de Instituciones de Asistencia Privada* y más tarde, *Francisco de Fagoaga* en 1945, mandó construir una casa de corrección, a fin de que en el hospicio sólo se recibieran huérfanos desvalidos o inocentes, y nunca criminales. Un año después, se crea el nuevo hospicio conjuntamente con la Secretaría de Gobernación y la Beneficencia Pública. En ese mismo año cambió su nombre, pasando de *Hospicio de Pobres* a "*Internado Nacional Infantil*" Albergando 1200 asilados de ambos sexos que se encontraban alojados en dos secciones de niños o niñas respectivamente. En él recibían instrucción primaria, clases de evoluciones o giros militares, música o cantos corales, gimnasia y natación.²³

La asistencia privada constituye un movimiento creciente, que adopta cada día más la figura de **Instituciones de Asistencia Privada (I.A.P)**; ya que antes de los años 60, la Ley de I.A.P, sólo tenía vigencia en el D.F. y en el estado de Baja California, pero, en los últimos 15 años se han dictado nueve leyes, de las cuales cinco corresponden a los años 90. Como consecuencia de ello, existen ya Juntas de Asistencia Privada también en: Michoacán, Guerrero, Nuevo León, Sonora, Chihuahua, Puebla, Oaxaca y Querétaro. Con esto, la asistencia Privada se encuentra organizada en 11 entidades federativas

²¹ Memoria de la Labor Realizada por la H. Junta Directiva de la Beneficencia Pública en el Distrito Federal de Septiembre de 1933 a Agosto de 1934. F.D. "CIVILVRA", 1934: 148

²² Enfoque op.cit.: 11

²³ Albuo op.cit.: 15

A este respecto, *La Comisión Nacional de Derechos Humanos (1991)*, en su *Directorio Anotado de Instituciones para Menores en el Distrito Federal*, las clasifica como instituciones gubernamentales y no gubernamentales. Dentro de las primeras podemos citar, *La Casa Cuna Coyoacán (DIF)* y *La Casa Hogar para Niñas (DIF)*. Mientras que las instituciones no gubernamentales pueden ser: instituciones privadas del tipo de *Asociaciones Civiles* o *Instituciones Privadas de Congregaciones Religiosas*, son ejemplo *Las Aldeas Infantiles y Juveniles S. O. S. de México; Casa Hogar Paz y Alegría de las Hermanas de la Caridad*, entre otras. Estas instituciones han venido atendiendo diversas áreas de la problemática infantil; sin embargo, la mayor parte de las acciones puestas en práctica resultan en general desconocidas.

En este mismo texto, la *Comisión Nacional de Derechos Humanos* (op cit.), incluye una lista de las Casas de Asistencia de acuerdo al servicio que presten, así tenemos: los Albergues, Casas de Cuna, Hogar para Invidentes, Hogar para Niñas, Hogar para Niños, Asistencia a Menores con Problemas Mentales, Estancias, Guarderías, Hospedaje para Mujeres Jóvenes, Internados y Asilo para Menores Enfermos. Mientras que *La Secretaría de Salud en sus Normas Técnicas (1988)*, considera dentro de los *Servicios de Asistencia Social* a los Albergues para Adultos, Las Casas Hogar Para Menores, Guarderías para Menores, Escuelas Asistenciales para Menores, Casas Hogar para Ancianos, Casas Cuna, los Servicios de Asistencia Social Alimentaria a Población Marginada de Escasos Recursos, Los comedores para Población Indigente y de Escasos Recursos, La Asistencia Social en Hogares Substitutos y los Centros de Atención Comunitario.

Aunado a esto, cabe considerar las citas mencionadas en 1995 por el *Lic. Oscar Espinosa Villareal Jefe del Departamento del D.F.*, con respecto a algunas cifras generales comparando *Instituciones de Asistencia Pública e Instituciones de Asistencia Privada*. Mientras que las primeras tienen cuatro asilos, las segundas manejan 32; en tanto que el gobierno maneja cinco internados, asistencia privada maneja 28.²⁴ Para Mayo de 1996, se llevó a cabo la *Primer Reunión de Patronos y Directivos de Instituciones de*

²⁴ Responsabilidades como Instituciones de Asistencia Privada - Junta de Asistencia Privada para el Distrito Federal IAP Marzo - Abril 1995 10, 2, 15

Asistencia Privada, en la cual se mencionó que la población desamparada ha ido en aumento. Niños, ancianos y discapacitados carecen de oportunidades y sobre todo no cuentan con el mínimo bienestar. La pobreza, la falta de educación y el desempleo son graves problemas que afectan a una parte importante de la población en México; por lo que la iniciativa privada ha aumentado su participación en la asistencia social, a través de la creación de instituciones de ayuda y apoyo a los grupos más desprotegidos. Este fenómeno se percibe con claridad de 7 años a la fecha, siendo que en 1988 existían en el D. F. solamente 120 instituciones de Asistencia Privada, para 1994 se convierten en 313. Teniendo para el siguiente año un presupuesto global de 1750 millones de pesos, destinados principalmente a la atención de: niños, adolescentes, adultos y ancianos; en áreas tales como alimentación, cobijo, educación, salud, recreación, ecología y derechos humanos. Dándose hasta el momento un aumento del 200 % en el número de instituciones afiliadas a la Asistencia Privada en sólo siete años. Pasando a ser 387 instituciones para 1996; debido a que algunas Asociaciones Civiles con fines benéficos, han solicitado su conversión a instituciones de asistencia privada, del surgimiento de otras nuevas, incluyéndose además asociaciones religiosas. ²⁵

En dicha reunión se dieron cita *Empresarios, el Arzobispo Primado de México* y diversos *funcionarios públicos*, representando a la *Comisión Nacional de Derechos Humanos*, la *Secretaría de Salud, Protección Civil y Prevención y Readaptación Social de la Secretaría de Gobernación*, el *Sistema Nacional DIF*, la *Comisión de Salud y Asistencia Social* y la *Procuraduría Social del D. D. F*. Tratándose principalmente temas Administrativos, fiscales y legales, así como el concepto de asistencia social desde un enfoque comunitario y promocional, en el sentido que se requieren modelos de atención promocional y asistencial de ancianos en sus propias familias y contextos comunitarios; de organizaciones familiares y comunitarias que tomen bajo su cargo a los niños y adolescentes.

²⁵ *Primera Reunión de Patronos y Directivos de Instituciones de Asistencia Privada* Junta de Asistencia Privada para el Distrito Federal JAP Julio - Agosto, 1996 18, 2, 8, 9

que carecen de familia de origen o que se ven en situación de abandono.²⁶

En dichas ponencias también se plantea la concepción de Asistencia Social Privada como acción, en colaboración con el Gobierno, en beneficio de la colectividad. Esta acción debe realizarse de manera coordinada con la entidad gubernamental responsable de la asistencia social, si se quiere generar beneficios mayores a los que se obtienen desarticuladamente.

Otro punto importante que continuamente esta vinculado con la Casa Hogar, son los aspectos políticos y sociales los que se mencionan en el siguiente apartado.

A.- Aspectos Políticos y Sociales del Surgimiento de la Casa Hogar en México.

En México, como en todas partes, la beneficencia privada precedió a la pública. Durante la Colonia fueron las instituciones religiosas y las clases acomodadas, las encargadas de impartir la beneficencia, pues el Estado sólo ejercitaba la beneficencia pública en las calamidades generales. Desde el *Segundo Concilio de Tours*, en 1567 se crearon impuestos especiales en favor de los indigentes, hasta la "*Declaración de los Derechos del Hombre*" en 1793, que afirmaba que " Los Socorros son una Deuda Sagrada y que la Sociedad debe la Subsistencia a los Ciudadanos Desvalidos"²⁷

En una sociedad dividida, por un lado los criollos y españoles conquistadores, con sus leyes castellanas y sus costumbres, por otro, los indígenas con su pobreza extrema, sometidos en su propia tierra, se vieron obligados a aceptar los patrones de conducta impuestos por sus conquistadores, y fue tanta su desesperación y desamparo que *Quiroga*

²⁶ Asistencia Social Con Enfoque Comunitario y Promocional. Opusculo de Información de la Junta de Asistencia Privada para el Distrito Federal. (AJP) Julio - Agosto, 1996. 18, 10, 11

²⁷ Memoria de la Labor Realizada por la H. Junta Directiva. op cit 10, 11

(1470 - 1565) pudo confirmar como en las acequias de México amanecían ahogados muchos niños indios. En tanto que los mestizos, fruto de uniones ocasionales entre soldados y mujeres de los pueblos sometidos, fueron rechazados precisamente por ese origen, ya que ser mestizo era un estigma que marcaba a cuantos no podían acreditar una "limpia" ascendencia.

Los indígenas mayoritariamente permanecieron en el campo, las ciudades fueron el ámbito propicio para el desarrollo de la sociedad española y para el crecimiento de los grupos mestizos (Gonzalbo op. cit. y Carrasco op. cit.)

Casi todos los hombres y mujeres de ascendencia española o criolla, pobres o ricos, tuvieron acceso a algún nivel de instrucción preservando las costumbres añoradas de su tierra, los pertenecientes a las castas quedaron frecuentemente al margen de cualquier tipo de educación formal o sistemática. Por lo que la educación se impartió principalmente de acuerdo a la clase social a la que se pertenecía y de acuerdo a su sexo ²⁸

En tanto que el primer propósito educativo fue la evangelización de los aborígenes, iniciada por los misioneros franciscanos (Gonzalbo y Carrasco, *Ibidem*), el estudio de la historia en la Nueva España nos permite apreciar las contradicciones propias de la sociedad colonial, en este sentido los contrastes entre los valores proclamados y las prácticas cotidianas. Mientras que los indios, negros, españoles y miembros de las castas; aprendían el mismo catecismo y recibían los mismos sacramentos, eran tratados y vistos de maneras muy distintas.

Dichas condiciones sociales, económicas y políticas se ven reflejadas en la gran cantidad de indigentes, huérfanos y demás necesitados; por lo que se hace indispensable la creación de lugares donde puedan ser amparados.

En estos documentos se menciona a *Vasco de Quiroga (1470 - 1565)*, miembro de la Audiencia como un reformador social, que se percató de las miserias y desamparo de los "indios", recorre la provincia organizando hospitales y escuelas, de acuerdo con las necesidades y características rurales de cada región. Considerando pedagógicamente los

²⁸ Gonzalbo *Ibidem* 319, 320

hospitales como escuelas granjas y orientando su enseñanza al carácter práctico y piadoso, con el fin de crear hombres útiles y activos ²⁹

Vasco de Quiroga, Fray Juan de Zumárraga y el virrey Antonio de Mendoza, concibieron la manera de amparar a los niños expósitos fundando diversas instituciones para protegerlos con "autorización real" Durante los inicios de los colegios de *San Juan de Letrán* y de *La Caridad* entre otros, los internos recibieron instrucción más digna (1543 - 1555), después y hasta 1585 fueron perdiendo el objetivo por el cual fueron creados. Rechazando la solicitud de ingreso de los huérfanos sin fortuna, a los colegios destinados a ellos y en los que se daba preferencia a los de ascendencia española. ²⁸ Para 1557 se había producido un cambio de actitud hacia los mestizos, convertidos en amenaza potencial de la sociedad, a poco más de 30 años de la conquista. Por lo que, en cada navío que salía para España, se enviaban 15 o 20 jóvenes destinados a trabajar en la metrópoli, como medio de castigar sus atrevimientos y reprimir su mal comportamiento (Gonzalbo op. cit)

Si habían sido abandonados ("expuestos") poco después de su nacimiento, su condición de expósitos, podía propiciarles la incorporación a la familia que los había recogido junto a su puerta. Su inscripción en el registro parroquial, se hacía de acuerdo con los rasgos físicos aparentes o con alguna nota, señal de identificación o por su vestimenta que denotara su origen. A veces la generosidad de la familia sólo alcanzaba a recibir al infante entre los criados, donde no le faltaría alimento y pronto se entrenaría en el trabajo

Se puede decir que, el primer intento serio y permanente de la *Beneficencia Pública* se realizó en 1806, cuando se fundó el *Hospicio de Pobres* como dependencia oficial, y aun entonces, el virrey aprovechó en parte fundaciones ya existentes de la Beneficencia Privada para dichos fines. Aunque el concepto de internado asistencial para la incorporación de los marginados a la vida productiva de la sociedad, fue una novedad renacentista, que la población española y novo hispana acogió ³⁰ Pasando a ser los primeros intentos humanistas, que tomaron un giro de carácter socio-político, con efectos de intereses encontrados en la Nueva España. mestizaje como marca de oprobio, aumento de grupos de castas marginales,

²⁹ Diccionario Porrúa Ibidem 953

³⁰ Ibidem 199 353

pobreza de las comunidades, aislamiento de las áreas rurales y conflictos entre españoles peninsulares y criollos

Un ejemplo de esta influencia, es *El Colegio de San Juan de Letrán*, cuyos escritos reportan ser inicialmente exclusivo para mestizos, pero la redacción final de las "*Constituciones*" (Cláusulas o Acta Constitutiva), dejó en claro que recibirían a cuantos lo necesitaran, cualquiera que fuese su condición, exceptuando a los indios, puesto que para ellos había instituciones especiales. Años más tarde se da la decadencia del colegio, el incumplimiento de las "constituciones" y la falta de organización. Durante su estancia en el internado, los pequeños se limitaban a disfrutar de la exigua manutención y acompañaban a los entierros para recibir limosnas en forma de dinero, comida o prendas de ropa. Al salir de la institución, algunos se empleaban como aprendices en los talleres de la ciudad, mientras que, la mayoría deambulaba por las plazas y tianguis en ociosidad permanente (Gonzalbo, *Ibidem*).

Más tarde el filántropo indígena capitán *Francisco Zuñiga*, funda y da al hospicio el nombre de "*Escuela Patriótica*", remarcando con el nombre la idea de laborar por la patria, creando una juventud que la eleve y la forme. En tanto que, la falta de nuevos proyectos de educación para mestizos tiene explicación en el hecho de que su pretendida segregación perdía sentido a medida que se convertían en mayoría.³¹

Con el movimiento de *Independencia* se infiltraron las ideas de la *Revolución Francesa*, abriendo paso a la libre enseñanza que se caracteriza por un anhelo de organizar la vida pedagógica del país, con base en una política liberal. En esta época se dan trastornos políticos, en los que se ve envuelta la nación por la lucha entre conservadores y liberales.

Después de la Independencia y hasta la *Reforma*; floreció la *Beneficencia Privada*, permaneciendo precariamente la Beneficencia Pública en medio de la Guerra Civil, entre los partidarios de Juárez y los conservadores. No fue sino hasta el 5 de febrero de 1861, que el presidente Juárez estableció por decreto la **Beneficencia Pública** como función del Estado, empleando los bienes de la Beneficencia Privada (*Artículo 67 Leyes de Reforma*)

³¹ Carrasco, op cit 223

En dicho decreto se enlistan los siguientes establecimientos de beneficencia: Los Hospicios, Hospitales, Casas de Dementes, Orfanatorios, Casas de Maternidad y en general todos aquellos que reconocen por base a la caridad pública, así como los destinados a la Instrucción Primaria, Secundaria y Profesional".³² Bajo su presidencia se da la influencia de la filosofía positivista, siendo promulgada la *Ley Orgánica de Instrucción (1867)*, en ella se da unidad a la enseñanza y se declara a la educación elemental gratuita, laica y obligatoria. Con la intervención francesa y en el periodo de *Maximiliano*, éste da aportaciones a los centros de asistencia y educación, destinados a niños huérfanos y desamparados, venciendo los liberales y fusilando al emperador extranjero (López R. op. cit., Carrasco op. cit.)

Durante el periodo del *Porfiriato (1880 - 1910)*, la orientación política y social de la enseñanza fue obra del grupo de los positivistas, llamados los "científicos" y que toman los modelos franceses e ingleses, tanto en costumbres como en educación. Se da una alianza entre la Iglesia y el Estado. Presentando en dicha época, marcadas diferencias sociales entre los grandes terratenientes y la gran pobreza del campesinado (López, op. cit.).

En 1899 se da la Beneficencia Privada de forma Independiente, de todo Carácter Religioso, pero con Supervisión y Vigilancia del Estado. Expidiéndose la *Ley de la Beneficencia Privada* para el Distrito y Territorios Federales. En el Artículo 1º de dicha ley se menciona que: "*Se entiende por actos de Beneficencia Privada, todos los que se ejecuten o deban ejecutarse con fondos particulares y con un fin de caridad o instrucción*".³²

En 1900, los mendigos constituyeron un serio problema para la sociedad. Los niños ante el abandono, se veían obligados para subsistir, a dedicarse a la caridad pública o a la delincuencia. Ante esta situación diversas instituciones les proporcionaban ayuda, como los hospitales, hospicios y asilos. En esta década los establecimientos de beneficencia se concentraron en el gobierno del Distrito Federal, en cuyas obras destacan el *Hospital General (1905)*, el nuevo *Hospicio (1905)* y el *Manicomio General en la Hacienda de la*

³² Enfoque Sobre La Beneficencia Pública. S.S.A. Oficialía Mayor. Dirección General del Patrimonio de La Beneficencia Pública, México, 1984. 36

Castañeda (1910). ³³

De 1920 a 1930, se menciona la existencia de un gran número de niños abandonados, delincuentes, analfabetas y viciosos, otros que dejaban de ir a la escuela, por la pobreza de sus familias, dedicándose a la venta de periódicos, boleando zapatos, etc. ³⁴

En tanto que, la *Beneficencia Pública* en el Distrito Federal, se estableció en un principio como dependencia del Poder Federal mediante la Secretaría de Gobernación, y fue en 1862, que pasa a depender de cada uno de los ayuntamientos del D. F. Sufriendo en ese periodo seis modificaciones en sus relaciones con los Poderes, y no es sino hasta 1924 que se creó la personalidad jurídica de la beneficencia Definiéndola como: "*El órgano del Estado destinado a prevenir y remediar las necesidades de las clases desvalidas*" (21 de agosto de 1926). Confiándose el manejo de sus bienes a la *Junta Directiva de la Beneficencia Pública en el Distrito Federal.* ³⁴

Podemos decir que, además del límite natural del objetivo de la Beneficencia Pública, dos circunstancias condicionan la función de la asistencia. La primera es, la necesidad de que la asistencia no se imparta a todos los indigentes, proporcionándola dentro de sus posibilidades económicas y normas de gobierno, sin reconocer en todos los "necesitados" un verdadero derecho de exigir el socorro; en otras palabras, en la Beneficencia Pública el desvalido, precisamente por su condición, sólo tiene capacidad para recibir el auxilio del Estado Resolviendo con esto, únicamente las necesidades más imperiosas, las estrictamente vitales del indigente. La segunda se refiere a la Teoría de la Beneficencia Legal, en la cual se considera que se crea un genuino derecho por parte del menesteroso, para reclamar la asistencia ³⁵

En estos documentos se menciona, que es prioritario que exista la colaboración entre la Caridad Individual, la Beneficencia Privada y la Beneficencia Pública; para dar asistencia a las clases desamparadas, ya que los escasos recursos del Estado, no alcanzan a resolverlas.³⁶

³³ López op cit 230 276, 341

³⁴ Enfoque op cit 8

³⁵ Memoria Ibidem 13 16

José Vasconcelos (1923), aprueba las bases para organizar la enseñanza conforme al Principio de la Acción. Teniendo su obra un sentido social, combatiendo el analfabetismo, creando escuelas técnicas, agrícolas y fomentando la educación rural. En tanto que, el presidente *Cárdenas (1934)*, da a la educación un carácter socialista y racional, excluyendo toda doctrina religiosa ³⁶ Con *Avila Camacho (1940 - 1946)*, se crea en cada una de las entidades federativas una unidad de asistencia social, intensificándose la educación a personas dedicadas al trabajo asistencial y aumentando el presupuesto en dichas obras (López R. op. cit.).

Para 1943, se fusionan en una sola dependencia los departamentos *Salubridad y Asistencia*. De 1947 a 1984, por ley se reconoce la facultad de la Secretaria de Salubridad y Asistencia para asesorar el Patrimonio de la Beneficencia Pública.

La ley de la Beneficencia Pública la podemos localizar únicamente en 20 Entidades Federativas, entre las que podemos citar a. Querétaro, Jalisco, Sinaloa y Veracruz, entre otras. Dentro de éstas, cinco la han sustituido por la asistencia privada y el resto, definitivamente no reglamentan a ninguna de las dos debido a que se rigen bajo una ley específica; es decir, los demás la contemplan dentro de distintas disposiciones locales, como la Constitución, Código Civil o Decretos. Podemos decir que su forma de organización es distinta en cada Estado, y dentro del mismo Estado en particular, ya que se presentan entremezcladas, tanto la Beneficencia Pública y la Privada. Estas pueden ser por medio de Patronatos, por Juntas, Institutos, Asociaciones, Comités, Patrimonios o Direcciones Generales, por lo que no existe una tendencia uniforme. ³⁷

En los últimos años, se ha presentado un deterioro de la situación económica, cultural, política y social en nuestro país. Los "sorpresivos" cambios políticos y económicos; El conflicto armado en Chiapas debido a la marginación indígena y campesina, La devaluación del peso con el consiguiente desempleo y el aumento en los precios; ha creado un desequilibrio en toda la población, repercutiendo en gran medida en las clases menos favorecidas, que viven en extrema pobreza y marginación, sin el mínimo necesario para su

³⁶ Diccionario Porrúa op. cit. 959

³⁷ Enfoque Ibidem 32

subsistencia diaria. Con esto ha aumentado la delincuencia, los niños de la calle, los infantes abandonados. . . .³⁸ Ante este fenómeno creciente, las Instituciones de Asistencia Privada han aumentado de manera considerable. Tan solo en el **Directorio de Instituciones Filantrópicas (1996)** se citan **2364**, clasificándolas de acuerdo a su área de acción: Arte y Cultura; Ciencia y Tecnología; Derechos Humanos; Desarrollo; Ecología, Bienestar, Educación y Salud

En el Area de Bienestar se incluye los Albergues, Asilos, Atención a Desamparados o Desvalidos, Atención de Niños de la Calle y Huérfanos. En Educación se contempla la Educación Especial; en Salud, la Medicina Física, Rehabilitación y Psicología.³⁹ Es esta última categoría la que por razones obvias nos interesa más como psicólogos

B.- Legislación que Regula las Casas Hogar en México en la Actualidad.

A finales de septiembre de 1995, 179 naciones entre ellas México, han ratificado la Convención sobre los Derechos del Niño, y se han comprometido a garantizar que todos los niños y niñas tengan derecho a un pleno desarrollo físico y mental, a expresar libremente sus opiniones y a recibir protección contra todas las formas de abuso y explotación, ⁴⁰ incluyendo al niño mental o físicamente "impedido". En la declaración de los Derechos del Retrasado Mental 1971 y la Declaración de los Impedidos 1973 (O.N.U.) El "impedido" tiene esencialmente derecho a que se respete su dignidad humana, cualquiera que sea su origen, la naturaleza o la gravedad de sus trastornos y deficiencias; tiene los mismos derechos fundamentales que sus conciudadanos de la misma edad, lo que supone el derecho de disfrutar de una vida decorosa, lo más normal y plena que sea posible; el acceso a la

³⁸ Responsabilidades como op cit 10, 11

³⁹ Directorio de Instituciones Filantrópicas. Centro Mexicano para la Filantropía, 1996 XIII, XIV, 2360

⁴⁰ Los Niños del Mundo. UNICEF. Órgano de Información de la Junta de Asistencia Privada para el Distrito Federal JAP Marzo - Abril, 1996 16 - 23

educación, la formación, la cultura, la información, la salud y la rehabilitación ^{41, 42}

El conocimiento de la legislación aplicable a menores en México, ha sido exclusivo de unos cuantos estudiosos del Derecho, en razón fundamental de la falta de sistematización de la materia, debido a que la mayor parte de las Leyes de nuestro país, contienen normas cuyo contenido está ligado con la problemática de los menores. Sin embargo, el acceso a ellas se dificulta por la naturaleza propia de la estructura legislativa, ya que dichas normas están dispersas en Códigos, Cuerpos de Leyes, Reglamentos, Decretos, Acuerdos, Normas Temáticas y otros ordenamientos. ⁴³ Siendo hasta la fecha aproximadamente 54 Leyes que se refieren al menor. ⁴⁴

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (D.I.F.), ha hecho una selección de normas específicas referentes a menores, contenidas en Leyes Civiles, Mercantiles, Laborales, Agrarias, Administrativas, Sanitarias y de Seguridad Social. Que en conjunto constituyen un verdadero compendio del "Estatuto Legal del Menor" ⁴⁵

En el se menciona como, las leyes civiles tratan sobre el ejercicio de la patria potestad y tutela de los menores. Las que rigen su incapacidad, guarda y custodia, las que le permiten obtener alimentos: las relativas a los derechos sucesorios y demás derechos civiles

Mientras que, las leyes sanitarias preventivas y curativas, tienen como objetivo la protección de la salud y la vida de los menores

Así podemos citar dentro de la Compilación de Legislación sobre Menores la siguiente lista ^{45, 46}

1. **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.**
2. **Código Civil para el Distrito Federal.**

⁴¹ **Criterios Pediatricos.** Instituto Nacional de Pediatría, 1993. Vol 10 No 23 74, 78

⁴² Garduño P. A. **Los Derechos de los Niños con Malformaciones Congenitas.** En Contacto Asociación Mexicana de Síndrome de Down A.C 1995 3

⁴³ **Compilación de Legislación sobre Menores.** Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia DIF 1992 1

⁴⁴ **2o Informe sobre los Derechos del Niño y la Situación de la Infancia en México** Comexani, 1993 33

⁴⁵ **Compilación.** Ibidem I, II, IX - XV

⁴⁶ **2o Informe op cit** 33 - 37

- 3 **Código de Procedimientos Civiles del Distrito Federal.**
- 4 **Código Penal para el Distrito Federal en materia de Fuero Común y para toda la República en materia de Fuero Federal.**
- 5 **Ley Federal de Educación.**
6. **Ley de Salud para el Distrito Federal.**
7. **Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social.**
- 8 **Estatuto orgánico del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.**
9. **Reglamento de Adopción de Menores de los Sistemas para el desarrollo Integral de la Familia.**
10. **Reglamento para la Atención de Minusválidos en el Distrito Federal**
11. **Ley Orgánica de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal.**
12. **Acuerdo del Procurador General de Justicia del Distrito Federal, por el que se dan instrucciones a los servidores públicos con el objeto de proteger a los menores o incapacitados que se encuentren relacionados en averiguaciones previas y se les origine una situación de conflicto, daño o peligro.**
- 13 **Reglamento de albergue Temporal de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal.**
14. **Acuerdo del Procurador General de Justicia del Distrito Federal, por el que se crea la Agencia Especial del Ministerio Público para la atención de asuntos relacionados con menores de edad.**
- 15 **Bases de colaboración en materia de asistencia social que celebran el Departamento del Distrito Federal y la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal.**
- 16 **Decreto por el que se aprueba la convención de los Derechos del Niño, adoptada en la Ciudad de Nueva York, N.Y., el 20 de noviembre de 1989.**
- 17 **Decreto de promulgación de la Convención Interamericana sobre conflicto de leyes en materia de adopción de menores, realizada en la Ciudad de la Paz, Bolivia, el 24 de mayo de 1984.**

Entre otros

Debido a lo extenso de la información, a continuación se menciona sólo los aspectos más importantes relacionados con los menores, la casa hogar y la rehabilitación, contenidos en el Código Civil para el Distrito Federal (1992) y la Ley de Salud (1992). Para más detalle es necesario referirse a las fuentes

Código Civil para el Distrito Federal:

I La Tutela

Al hablar de Orfandad tenemos que hablar sobre La Tutela, cuyas bases fundamentales se citan en este Código (Art 449,450,462, 537).

Se define el objeto de la Tutela como: **la guarda de la persona y bienes de los que no estando sujetos a patria potestad tienen incapacidad natural y legal, o solamente la segunda, para gobernarse por sí mismo.** La tutela puede también tener por objeto la representación del incapaz en los casos especiales que señale la ley (Art 449). ⁴⁷

Teniendo incapacidad natural y legal (Art 450):

- I Los menores de edad,
- II. Los mayores de edad disminuidos o perturbados en su inteligencia; y aquellos que padezcan alguna *afección originada por enfermedad o deficiencia persistente de carácter físico, psicológico o sensorial* o por la adicción a sustancias tóxicas como el alcohol, los psicotrópicos o los estupefácentes, siempre que debido a la limitación, a la alteración en la inteligencia que esto les provoque no puedan gobernarse y obligarse por sí mismos, o manifestar su voluntad por algún medio

II De las Actas de Tutela. ⁴⁸

ART 91 - El acta de tutela contendrá:

⁴⁷ Leyes y Códigos de México. Código Civil para el Distrito Federal Ed Porrúa S A 1992. 17, 126, 127

⁴⁸ Leyes - op cit - 89, 60, 128, 129, 133

- I El nombre, apellido y edad del incapacitado;
 - II La clase de incapacidad por la que se haya discernido la tutela;
 - III. El nombre y demás generales de las personas que han tenido al incapacitado bajo su patria potestad antes del discernimiento de la tutela,
 - IV. El nombre, apellido, edad, profesión y domicilio del tutor y del curador;
 - V. El nombre del juez que pronunció el auto de discernimiento y la fecha de éste
- ART. 92. - Extendida el acta de tutela, se anotará la de nacimiento del incapacitado.

III El Desempeño de la Tutela. ⁴⁸

La tutela se lleva a cabo por el tutor con intervención del Curador, del Juez de lo Familiar y del Consejo Local de Tutelas, en los términos establecidos en este código (Art. 454), y ninguna tutela puede conferirse sin que previamente se declare, en los términos que disponga el Código de Procedimientos Civiles, el estado de incapacidad de la persona que va a quedar sujeta a ella (Art 462).

El menor de edad que se encuentre en cualquiera de los casos a que se refiere la fracción II del artículo 450, estará sujeto a la tutela, mientras que llegue a la mayoría de edad (Art 464). Si al cumplir ésta continuare el impedimento, el incapaz se sujetará a nueva tutela, previo juicio de interdicción, en el cual serán oídos el tutor, y el curador anteriores.

De la Tutela Legítima de los Menores Abandonados y de los Acogidos por Alguna Persona, o Llevados a Establecimientos de Beneficencia, se cita el Art 492, en donde la ley coloca a los expósitos bajo la tutela de la persona que los haya acogido, quién tendrá las obligaciones, facultades y restricciones establecidas para los demás tutores. Los directores de las inclusas, hospicios y demás casas de beneficencia donde se reciban expósitos, desempeñarán la tutela de éstos con arreglo a las leyes y a lo que prevengan los estatutos del establecimiento (Art 493)

En el caso del artículo anterior, tienen obligación de desempeñar la tutela, mientras duran en los cargos que a continuación se enumeran (Art 501):

- I El presidente municipal del domicilio del menor,
- II. Los demás regidores del ayuntamiento;
- III. Las personas que desempeñan la autoridad administrativa en los lugares en donde no hubiese ayuntamiento,
- IV Los profesores oficiales de instrucción primaria, secundaria o profesional del lugar donde vive el menor;
- V. Los miembros de las juntas de beneficencia pública o privada que disfruten sueldo del Erario;
- VI. Los directores de establecimientos de beneficencia pública.

En el Desempeño de la Tutela (Art. 537), el tutor está obligado. A alimentar y educar al incapacitado; destinando de preferencia, los recursos del incapacitado a la curación de sus enfermedades o a su regeneración si es un ebrio consuetudinario o abusa habitualmente de las drogas enervantes; a formar inventario de cuanto constituya el patrimonio del incapacitado, dentro del término que el juez designe, con intervención del curador y del mismo incapacitado, si goza de discernimiento y ha cumplido dieciséis años de edad Considerando la administración de los bienes que el pupilo ha adquirido con su trabajo le corresponde a él y no al tutor, ⁴⁹

A representar al incapacitado en juicio y fuera de él en todos los actos civiles, con excepción del matrimonio, del reconocimiento de hijos, del testamento y de otros estrictamente personales, y solicitar oportunamente la autorización judicial para todo lo que legalmente no pueda hacer sin ella.

Si los menores o mayores de edad con incapacidades como las que señala el artículo 450 en su fracción II no tienen personas que estén obligadas a alimentarlos, o si teniéndolas no pudieren hacerlo, el tutor con autorización del juez de lo familiar, quien oírá el parecer del curador y el consejo local de tutelas, pondrá al tutelado en un establecimiento de beneficencia pública o privada en donde pueda educarse y habilitarse En su caso, si esto no

⁴⁹ Ibidem 135, 142, 143, 144

fuera posible, el tutor procurará que los particulares suministren trabajo al incapacitado, compatible con su edad y circunstancias personales, con la obligación de alimentarlo y educarlo. No por eso el tutor queda eximido de su cargo, pues continuará vigilando a su tutelado, a fin de que no sufra daño por lo excesivo del trabajo, lo insuficiente de la alimentación o lo defectuoso de la educación que se le imparta (Art. 544). ⁵⁰

En caso de maltrato o de negligencia en los cuidados debidos al incapacitado o a la administración de sus bienes, podrá el tutor ser removido de la tutela a petición, del curador, de los parientes del incapacitado, del Consejo Local de Tutelas o del Ministerio Público (Art. 584).

De las Cuentas de la Tutela El tutor está obligado a rendir al juez cuenta detallada de su administración, en el mes de enero de cada año, sea cual fuere la fecha en que se le hubiere discernido el cargo. La falta de presentación de la cuenta, en los tres meses siguientes al de enero, motivará la remoción del tutor (Art 590). La cuenta de administración comprenderá según el Art 592, no sólo las cantidades en numerario que hubiere recibido el tutor por producto de los bienes y la aplicación que les haya dado, sino, en general, todas las operaciones que se hubieren practicado, e irá acompañada de los documentos justificativos y de un balance del estado de los bienes.

La tutela se extingue por la muerte del pupilo o porque desaparezca su incapacidad, o cuando el incapacitado sujeto a tutela entre a la patria potestad, por reconocimiento o por adopción (Art. 606)

IV Del Curador. ⁵⁰

Art. 618 Todos los individuos sujetos a tutela, ya sea testamentaria, legítima o dativa, además del tutor tendrán un curador, excepto en los casos de tutela a que se refieren los artículos 492 y 500 Este será nombrado por el juez (Art. 625).

El curador esta obligado. a defender los derechos del incapacitado, en juicio o fuera de

⁵⁰ op cit 150, 151, 155

él, exclusivamente en el caso de que estén en oposición con los del tutor, a vigilar la conducta del tutor y a poner en conocimiento del juez todo aquello que considere que puede ser dañoso al incapacitado; a dar aviso al juez para que se haga el nombramiento de tutor, cuando éste faltare o abandonare la tutela, y a cumplir las demás obligaciones que la ley señale (Art 626) El curador tiene derecho de ser relevado de la curaduría, pasados diez años desde que se encargó de ella, según el Art. 629.

V Los Consejos Locales de Tutela y los Jueces Pupilares. ⁵¹

Se cita en el Art. 631, que en cada Delegación habrá un Consejo Local de Tutelas compuesto de un presidente y de dos vocales, que durarán un año en el ejercicio de su cargo, serán nombrados por el jefe del Departamento del Distrito Federal o por quien él autorice al efecto o por los Delegados, según el caso, en el mes de enero de cada año, procurando que los nombramientos recaigan en personas que sean de notorias buenas costumbres y que tengan interés en proteger a la infancia desvalida

El Consejo Local de Tutelas es un órgano de vigilancia y de información, que tiene las obligaciones siguientes (Art 632): formar y remitir a los Jueces de lo Familiar una lista de las personas de la localidad que, por su aptitud legal y moral, puedan desempeñar, la tutela, para que de entre ellas se nombren los tutores y curadores, en los casos que estos nombramientos correspondan al Juez; velar porque los tutores cumplan sus deberes, especialmente en lo que se refiere a la educación de los menores, dando aviso al Juez de lo Familiar de las faltas u omisiones que notare, avisar al juez de lo familiar cuando tenga conocimiento de que los bienes de un incapacitado están en peligro, a fin de que dicte las medidas correspondientes, investigar y poner en conocimiento del Juez de lo Familiar qué

⁵¹ Ibidem 156 - 158

incapacitados carecen de tutor, con el objeto de que se hagan los respectivos nombramientos, cuidar con especialidad de que los tutores cumplan la obligación que les impone la fracción II del artículo 537; y vigilar el registro de tutelas, a fin de que sea llevado en debida forma.

En tanto que Los Jueces de lo Familiar son las autoridades encargadas exclusivamente de intervenir en los asuntos relativos a la tutela. Ejerciendo una supervigilancia sobre el conjunto de los actos del tutor, para impedir, por medio de disposiciones apropiadas, la transgresión de sus deberes, de acuerdo al Art. 633 y 634, mientras que se nombra tutor, el Juez de lo Familiar debe dictar las medidas necesarias para que el incapacitado no sufra perjuicios en su persona o en sus intereses.

Ley de Salud (op cit.):

A continuación se mencionan algunas de las disposiciones principales de la Ley General de Salud, en relación a la casa hogar

La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, estableciendo las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud. Siendo su aplicación en toda la República. (Art. 1º) ⁵²

Teniendo las siguientes finalidades (Art. 2º):

- I El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades.
- II La protección y el mejoramiento de la calidad de la vida humana,

⁵² Leyes y Códigos de México. Ley General de Salud. Ed. Porrúa, S.A. 1992. 1. 2. 3.

- III La protección y el acrecentamiento de los valores que ayuden a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social,
- IV. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población.

En el Art. 3o, se cita la atención médica, preferentemente en beneficio de los grupos vulnerables, la salud mental; la prevención de la invalidez y la rehabilitación de los inválidos, y la asistencia social

Dentro de las Disposiciones Comunes se menciona la colaboración al bienestar social de la población mediante servicios de asistencia social, principalmente a menores en estado de abandono, ancianos desamparados y minusválidos, para fomentar su bienestar y propiciar su incorporación a una vida equilibrada en lo económico y social (Art 6º)

Definiendo la *Prestación de los Servicios de Salud* como: **todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad** Clasificándolos en tres tipos básicos. 1. - de atención médica, que comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias, 2. - de salud pública, que incluye la educación para la salud, y la salud mental entre otras; y 3 - la asistencia social a los grupos más vulnerables (Art 23, 24, 27 y 33).⁵³

Las dependencias y entidades del sector salud y los gobiernos de las entidades federativas promoverán y apoyarán la constitución de grupos, asociaciones y demás instituciones que tengan por objeto participar organizadamente en los programas de promoción y mejoramiento de la salud individual o colectiva, así como en los de prevención de enfermedades y accidentes, y de prevención de invalidez y de rehabilitación según el Art 59

⁵³ Lev de Salud op cit 8, 9

En tanto que la protección de la salud física y mental de los menores es una responsabilidad que comparten los padres, tutores o quienes ejerzan la patria potestad sobre ellos, el Estado y la sociedad en general (Art. 63).

En el Art. 74 se menciona que la atención de las enfermedades mentales comprende:

- I La atención de personas con padecimientos mentales, la rehabilitación psiquiátrica de enfermos mentales crónicos, deficientes mentales, alcohólicos y personas que usen habitualmente estupefacientes o sustancias psicotrópicas, y
- II. La organización, operación y supervisión de instituciones dedicadas al estudio, tratamiento y rehabilitación de enfermos mentales

Los padres, tutores o quienes ejerzan la patria potestad de menores, los responsables de su guarda, las autoridades educativas y cualquier persona que esté en contacto con los mismos, procurarán la atención inmediata de los menores que presenten alteraciones de conducta que permitan suponer la existencia de enfermedades mentales (Art. 77)⁵⁴ A tal efecto, podrán obtener orientación y asesoramiento en las instituciones públicas dedicadas a la atención de enfermedades mentales

a) Asistencia Social.

De acuerdo a lo dispuesto en la Ley general de Salud (*Ibidem*), corresponde a los gobiernos de las entidades federativas en materia de salubridad general, como autoridades locales y dentro de sus respectivas jurisdicciones territoriales, organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios de salud en materia de asistencia social, con base en las normas técnicas que al efecto expida la secretaría de salud. Considerando los servicios de salud en materia de asistencia social que prestan la Federación, los Estados, los Municipios y los sectores social y privado, parte del Sistema Nacional de Salud (Art. 6º y 7º)

⁵⁴ *Ibidem* 13, 15

Los que presten en los Estados por los gobiernos locales y por los sectores social y privado, formarán parte de los sistemas Estatales de Salud en lo relativo a su régimen local

En el párrafo sobre Asistencia Social, Prevención de Invalidez y Rehabilitación. Art 167, se entiende por *Asistencia Social el conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan al individuo su desarrollo integral, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, desprotección o desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva.* ⁵⁵

Son actividades básicas de la Asistencia Social.

- I La atención a personas que, por sus carencias socioeconómicas o por problemas de invalidez, se vean impedidas para satisfacer sus requerimientos básicos de subsistencia y desarrollo;
- II La atención en establecimientos especializados a menores y ancianos en estado de abandono o desamparo e inválidos sin recursos,
- III El ejercicio de la tutela de los menores, en los términos de las disposiciones legales aplicables.
- IV. La prestación de servicios de asistencia jurídica y de orientación social, especialmente a menores, ancianos e inválidos sin recursos,
- V. La realización de investigaciones sobre las causas y efectos de los problemas prioritarios de asistencia social (Art 168) ⁵⁶

De acuerdo al Art 172, el Gobierno Federal contará con un organismo que tendrá entre sus objetivos la promoción de la asistencia social, la prestación de servicios en ese campo y la realización de las demás acciones que establezcan las disposiciones legales aplicables.

⁵⁵ op cit 30

⁵⁶ Ley de Salud Ibidem 30, 31

Dicho organismo promoverá la interrelación sistemática de acciones que en el campo de la asistencia social lleven a cabo las instituciones públicas

Según el Art 135 y 173 de las Disposiciones para la Prestación de Servicios de Rehabilitación, se entiende por *invalidez*, **la limitación en la capacidad de una persona para realizar por sí misma actividades necesarias para su desempeño físico, mental, social, ocupacional y económico como consecuencia de una insuficiencia somática, psicológica o social;**

La Rehabilitación, como el conjunto de medidas encaminadas a mejorar la capacidad de una persona para realizar por sí misma, actividades necesarias para su desempeño físico, mental, social, ocupacional y económico, por medio de órtesis, prótesis, ayudas funcionales, cirugía reconstructiva o cualquier otro procedimiento que le permitan integrarse a la sociedad. ⁵⁷

En 1986 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social en la que se plantean las siguientes disposiciones generales:⁵⁸

ART 1º La presente ley regirá en toda la República, sus disposiciones son de orden público e interés social y tiene por objeto establecer las bases y procedimientos de un sistema nacional de asistencia social que establece la Ley General de Salud y coordine el acceso de los mismos, garantizando la concurrencia y colaboración de la Federación, las entidades federativas y los sectores social y privado

ART 2º El Estado en forma prioritaria proporcionará servicios asistenciales encaminados al desarrollo integral de la familia, entendida ésta como célula de la sociedad que provee a sus miembros de los elementos que requieren en las diversas circunstancias de su desarrollo, y también a apoyar, en su formación y subsistencia, a individuos con carencias familiares esenciales no superables en forma autónoma por ellos

⁵⁷ op cit 159

⁵⁸ Ley de Salud op cit 562

ART 4º En los términos del artículo anterior de esta ley, son sujetos de la recepción de los servicios de asistencia social preferentemente los siguientes: ⁵⁹

- I Menores en estado de abandono, desamparo, desnutrición o sujetos a maltrato;
- II. Menores infractores;
- III. Alcohólicos, farmacodependientes o individuos en condiciones de vagancia,
- IV Mujeres en período de gestación o lactancia;
- V. Ancianos en desamparo, incapacidad, marginación o sujetos a maltrato,
- VI Inválidos por causa de ceguera, debilidad visual, sordera, mudéz, alteraciones del sistema neuro-musculo-esquelético, deficiencias mentales, problemas de lenguaje u otras deficiencias;
- VII Indigentes;
- VIII. Personas que por su extrema ignorancia requieran de servicios asistenciales,
- IX. Víctimas de la comisión de delitos en estado de abandono,
- X. Familiares que dependen económicamente de quienes se encuentren detenidos por causas penales y que queden en estado de abandono;
- XI Habitantes del medio rural o del urbano marginado que carezca de lo indispensable para su subsistencia, y
- XII. Personas afectadas por desastres.

Los artículos mencionados anteriormente tratan generalidades, pero sin embargo nos introducen a los derechos fundamentales de los menores abandonados e "incapacitados".

- De la Coordinación y Concertación.

ART 41 El Estado, con el objeto de ampliar la cobertura de los servicios de salud de asistencia social, fincados en la solidaridad ciudadana, promoverá en todo el país, la creación de asociaciones de asistencia privada, fundaciones y otras similares, las que con sus propios recursos o con liberalidades de cualquier naturaleza que aporte la sociedad en general y con sujeción a los ordenamientos que las rijan, presten dichos servicios

⁵⁹ Ibidem 562, 563

⁶⁰ Ibidem 569 570 605, 606

En todo caso, la Secretaría de Salud emitirá las normas técnicas que dichas instituciones deberán observar en la prestación de los servicios de salud en materia de asistencia social. El organismo les prestará la asesoría técnica y los apoyos necesarios.

ART. 44 La Secretaría de Salud y el organismo pondrán especial atención a los casos de menores en estado de abandono y de incapacitados física o mentalmente. ⁶⁰

El psicólogo como prestador de servicio y por ética profesional debe velar y defender los derechos humanos de sus pacientes y participar en un cambio positivo de conciencia social. En este caso particular de los *menores sin familia*.

- Ley de Instituciones de Asistencia Privada para el Distrito Federal. Disposiciones Generales.

ART. 1º Las instituciones de asistencia privada son entidades jurídicas que con bienes de propiedad particular ejecutan actos con fines humanitarios de asistencia, sin propósito de lucro y sin designar individualmente a los beneficiarios.

ART. 2º El Estado reconoce, en los términos de esta ley, personalidad moral a las instituciones de asistencia privada y, en consecuencia, capacidad para tener un patrimonio propio destinado a la realización de sus fines

ART. 3º Las instituciones de asistencia privada pueden ser fundaciones o asociaciones

ART. 7º Las instituciones de asistencia privada se consideran de utilidad pública y están exceptuadas de pago del impuesto sobre herencias, legados y donaciones, de los impuestos, derechos y aprovechamientos que establezcan las leyes del Distrito federal, de los impuestos que correspondan a los productos fabricados en sus propios talleres y que se realicen en expendios de las mismas instituciones, así como de impuestos federales cuando las leyes de aplicación federal lo determinen.

ART. 9º Una vez que las instituciones queden definitivamente constituidas conforme a las prevenciones de esta ley, no podrá revocarse la afectación de bienes hecha por el fundador para constituir el patrimonio de aquéllas. ⁶⁰

El Estado no podrá, en ningún caso ni bajo ningún pretexto, ocupar los bienes que pertenezcan a las instituciones de asistencia privada, ni celebrar, respecto de esos bienes,

⁶⁰ Ibidem - 869, 870, 608, 606

contrato alguno, substituyéndose a los patrones de las mismas instituciones. La contravención de este precepto por el Gobierno, dará derecho a los fundadores para disponer, en vida, de los bienes destinados por ellos a las instituciones. Los fundadores podrán establecer en su testamento la condición de que si el Estado infringe este precepto, pararán los bienes a sus herederos.

ART. 12 En la realización de los actos de asistencia que practiquen, las instituciones se sujetarán a todas las leyes sobre la materia

ART. 65 Los patronatos deberán llevar libros de contabilidad, en los que consten todas las operaciones que realicen. ⁶¹

La Junta de Asistencia Privada determinará los libros de contabilidad que llevarán las instituciones, así como los métodos contables que deban adoptar

- Operaciones que Puedan Realizar las Instituciones de Asistencia Privada para Allegarse Recursos.

ART. 79 Los patronatos de las instituciones podrán solicitar donativos y organizar colectas, rifas, tómbolas o loterías y, en general, toda clase de festivales o de diversiones, a condición de que destinen íntegramente los productos que obtengan por esos medios a la ejecución de actos propios de sus fines.

- Inspección y vigilancia.

ART. 83 La Junta de Asistencia Privada es un órgano administrativo desconcentrado por función, jerárquicamente subordinado al Departamento del Distrito Federal, por medio del cual el poder público ejerce la vigilancia y asesoría que le compete sobre las instituciones de asistencia privada que se constituyan conforme a esta ley ⁶¹

La Secretaría de Salud, dicta las normas técnicas a que se sujeta la prestación, en todo el territorio nacional, de los servicios de salud en las materias de salubridad general y verifica su cumplimiento. Definiendo a las **Normas Técnicas** como *el conjunto de reglas científicas*

⁶¹ op cit 614 616

o tecnológicas de carácter obligatorio que establecen los requisitos que deben satisfacerse en la organización y prestación de servicios, así como el desarrollo de actividades en materia de salubridad general, con el objeto de uniformar principios, criterios, políticas y estrategias. ⁶²

Como se puede observar son muchas las disposiciones y los organismos gubernamentales involucrados en la Casa Hogar en México.

b) Desarrollo Integral de la Familia, DIF.

En la Ley General de Salud (op. cit), se define al **Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia** como *un organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propios, que tiene como objetivos la promoción de la asistencia social, la prestación de servicios en ese campo, la promoción de la interrelación sistemática de acciones que en la materia lleven a cabo las instituciones públicas*(ART. 13). ⁶²

Para el logro de dichos objetivos realizará las siguientes funciones citados en el Art 15:

- I Promover y prestar servicios de asistencia social,
- II. Apoyar el desarrollo de la familia y de la comunidad;
- III. Realizar acciones de apoyo educativo, para la integración social y de capacitación para el trabajo a los sujetos de la asistencia social.
- IV. Promover e impulsar el sano crecimiento físico, mental y social de la niñez;
- V. Proponer a la Secretaría de Salud en su carácter de administradora del Patrimonio de la Beneficencia Pública, programas de asistencia social que contribuyan al uso eficiente de los bienes que lo componen; ⁶³
- VI Fomentar y apoyar a las asociaciones o sociedades civiles y a todo tipo de entidades privadas cuyo objeto sea la prestación de servicios de asistencia social, sin perjuicio de las atribuciones que al efecto correspondan a otras dependencias;

⁶² Ibidem 617, 89

⁶³ Ley de Salud op cit 572

- VII Operar establecimientos de asistencia social en beneficio de menores en estado de abandono, de ancianos desamparados y de minusválidos sin recursos,
- VIII. Llevar a cabo acciones en materia de prevención de invalidez y de rehabilitación de inválidos, en centros no hospitalarios, con sujeción a la Ley General de Salud;
- IX Realizar estudios e investigaciones sobre asistencia social, con la participación, en su caso, de las autoridades asistenciales de las entidades federativas y de los municipios;
- X. Realizar y promover la capacitación de recursos humanos para la asistencia social;
- XI Participar con la Secretaría de Salud en el Sistema Nacional de Información sobre la Asistencia Social;
- XII. Prestar servicios de asistencia jurídica y de orientación social a menores, ancianos y minusválidos sin recursos,
- XIII. Apoyar el ejercicio de la tutela de los incapaces, que corresponda al Estado, en los términos de la ley respectiva,
- XIV Poner a disposición del Ministerio Público los elementos a su alcance en la protección de incapaces y en los procedimientos civiles y familiares que les afecten, de acuerdo con las disposiciones legales correspondientes,
- XV Participar en programas de rehabilitación y educación especial ⁶⁴

En tanto que en el Art 22, fracción III , sobre las atribuciones del Director de Asistencia Jurídica, trata de su participación en la regulación de la situación jurídica de los *menores ingresados en las casas cuna y casas hogar, así como en el procedimiento legal de adopción*, y en la fracción VI se menciona de realizar acciones de prevención y protección a menores maltratados, en desamparo o con problemas sociales para incorporarlos al núcleo familiar, o albergarlos en instituciones adecuadas para su custodia, formación e instrucción, entre otras disposiciones.

Por su parte, el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia D.I.F , observará una vinculación sistemática entre los servicios de rehabilitación y asistencia social que preste y los que proporcionen los establecimientos del Sector Salud, según el Art. 17 Así mismo

⁶⁴ op cit 584

estos dos organismos promoverán que las dependencias y entidades destinen los recursos necesarios a los programas de servicios de salud (incluye la salud mental) en materia de asistencia social. El D.I.F. podrá emitir opinión sobre el otorgamiento de subsidios a instituciones públicas o privadas que actúen en el campo de la asistencia social (Art. 32 y 33).⁶⁵

En coordinación la Secretaría de Salud y el D.I.F., pondrán especial atención a los casos de menores en estado de abandono y de incapacidad física o mental (Art. 44)

En general, la forma como están organizadas las leyes en México en lo relativo al menor, no facilitan su estudio y aplicación por parte de la población ciudadana y de los profesionistas involucrados por estar dispersas en diferentes códigos, decretos, etc., en lugar de estar contenidas en un solo compendio sobre la ley del menor. Se necesita ser un Legista inmerso en esta área para conocerlas, lo cual es lamentable, ya que en muchos casos es de vital importancia el ejercicio de dichas leyes y en otras es necesario su reformulación: por ejemplo en la pronta intervención en los casos de maltrato infantil.

En lo cotidiano las casas - hogar, fenómeno que crece día con día, se dan varias tendencias: una de instituciones que intentan velar y proteger al menor; otras que explotan y se aprovechan de la situación con fines totalmente lucrativos. Por lo que es vital que los profesionistas que participan en ellas, en este caso en particular los psicólogos, ejerzan plenamente la ética, conozcan las leyes y defiendan a esta población desprotegida. Con programas de trabajo apoyados legalmente que proporcionen la atención adecuada para ayudar al desarrollo de los niños; con la participación plena como ciudadanos y como profesionistas.

⁶⁵ Ibidem 568, 569

⁶⁶ Secretaría de Salud. Normas Técnicas para la Prestación de Servicios de Asistencia Social. México, 1988. 19, 21, 57, 85

1.1.3. Organización Actual de las Casas Hogar.

La organización de las casas - hogar se ha ido modificando con el paso del tiempo, a continuación se mencionan las normas técnicas que son la base para dar servicio a los menores en la actualidad.

a) Normas Técnicas para la Prestación de Servicios de Asistencia Social.

La Secretaría de Salud, en coordinación con el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (D I F.), participaron en la elaboración de la Normas Técnicas para la Prestación de Servicios de Asistencia Social. Dicha Norma se basa en la Ley General de Salud, la Ley del Sistema Nacional de Asistencia Social, y del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. En estas Normas sobresalen las siguientes disposiciones Generales ⁶⁶

1. - Casas Hogar y Casas Cuna.

En el Artículo 3º se le considera al menor sujeto a la prestación de servicios de asistencia social en casas hogar para menores, como la persona de 6 a 18 años de edad, cuya situación familiar lo coloca parcial o totalmente en estado de orfandad o abandono. En tanto que el menor que asiste a casas cuna, es la persona de menos de seis años de edad con esas mismas características ⁶⁶

Se considera al menor en estado de orfandad, parcial o total, aquel que carece de uno o de ambos padres, y el menor en estado de abandono, es el que presenta cualquiera de las características siguientes (Art. 4º y 5º)

⁶⁶ Secretaría de Salud. Normas Técnicas para la Prestación de Servicios de Asistencia Social. México, 1988. 19. 21

- Carencia de familia,
- Rechazo familiar, y
- Maltrato físico o mental (pongase especial atención a las dos últimas).

2. - Hogares Substitutos.

También se manejan las Disposiciones Generales de la Norma Técnica para la Prestación de Servicios de Asistencia Social en Hogares Substitutos⁶⁶

Art. 2 Esta Norma Técnica es de observancia obligatoria en todas las unidades e instituciones de los sectores público, social y privado del país, que presten o patrocinen servicios de asistencia social a menores en hogares substitutos.

Art. 3 El menor sujeto a la prestación de servicios de asistencia social en hogares substitutos, es la persona de cero a 18 años de edad, cuya situación familiar lo coloca parcial o totalmente en estado de orfandad, abandono, o en desventaja socioeconómica.

En el Art 7 se considera al Hogar Substituto, como aquel que proporciona servicios de asistencia social transitorios o permanentes al menor en estado de orfandad, abandono o desventaja socioeconómica y está a cargo de un responsable

El Art. 8 menciona que el hogar substituto se establece mediante un convenio autorizado por la Secretaría de Salud, que determina las obligaciones y derechos del responsable y de los beneficiados, así como las características del hogar y la cooperación del estado o de la sociedad. Clasificándose los hogares substitutos de la manera siguiente.⁶⁷

- 1.- **Familiar;** es aquel que atiende a menores que forman parte del núcleo familiar del responsable, en donde este ejerce la patria potestad o la tutela jurídica del menor.
- 2.- **Colectivo;** es aquel que atiende a menores que no forman parte del núcleo familiar del responsable, en donde este ejerce la tutela jurídica del menor
- 3.- **Específico;** es aquel que atiende a menores inválidos que no forman parte del núcleo familiar del responsable, en donde éste ejerce la tutela jurídica del menor

⁶⁷ Norma, op cit 83, 84, 85

- Servicios que Proporcionan.

Los Servicios de Asistencia Social que se ofrecen en Casas Hogar para Menores, Casas Cuna y Hogares Substitutos son los siguientes: ⁶⁸

- Alojamiento;
- Alimentación;
- Vestido;
- Atención médica;
- Actividades educativas y recreativas,
- Trabajo social, y
- Apoyo jurídico

El psicólogo participa en la atención médica, lo cual se trata con detalle en la explicación de los recursos humanos en las casas - hogar y en el apartado del psicólogo en la casa hogar.

b) Relación de la Casa Hogar con Otras Instituciones.

De acuerdo a la información anterior, la casa hogar y el menor se vinculan con diferentes poderes y diversas instituciones. A los menores se les ubica en condiciones de víctimas, en caso de conflicto, daño o peligro Pueden provenir de procesos civiles, familiares o penales, en caso de custodia, por divorcios, abandono, maltrato o víctimas de ilícito. A continuación se mencionan las principales instituciones relacionadas con la casa hogar

- Junta de Asistencia Privada (JAP).

La Junta de Asistencia Privada interviene con las instituciones afiliadas, y cuyo objetivo es el *fomentar y favorecer el desarrollo de las instituciones de asistencia privada del D.F. brindándoles asesoría contable, fiscal, administrativa, jurídica, de comunicación y*

⁶⁷ Normas op cit 83, 84, 85

⁶⁸ Normas Ibidem 22 - 24, 58 - 60, 86 - 89

de evaluación asistencial. Velar por la honesta actuación de las mismas y promover, además, la profesionalización y capacitación constante de los recursos humanos, involucrados en la tarea asistencial. ⁶⁹

Tomando en cuenta que las Instituciones de Asistencia Privada (IAP), atienden a niños, adolescentes, adultos y ancianos en materias tales como: asistencia médica, educativa, y en casas hogar; brindando también, capacitación para el trabajo y ayuda a víctimas. ⁶⁹

- Centro Mexicano para la Filantropía A. C. (CEMEFI).

Se entiende como Asociaciones Filantrópicas aquellas instituciones privadas, sin fines de lucro, constituidas formalmente, autogobernables y con mayoría de personal voluntario en sus órganos de gobierno y actividades, cuyo objetivo sea atender necesidades sociales. Sus afiliados son actualmente 180 Instituciones de Asistencia y Promoción de toda la República. Contándose entre sus principales objetivos los siguientes.

1. - Colaborar para que la sociedad civil organizada contribuya de una manera altruista al desarrollo y bienestar social, 2. - obtener y difundir información sobre las instituciones, grupos y personas dedicadas a actividades filantrópicas; 3. - establecer canales eficientes de comunicación entre estas asociaciones y transformar la experiencia particular en conocimiento compartido; 4. - fomentar el conocimiento que facilite la comprensión e impulso del sector filantrópico, en sus diversas formas de servicio, sus relaciones con otros sectores sociales y su participación en el desarrollo nacional, 5 - profesionalizar la organización y el trabajo de las instituciones filantrópicas, mantener canales de comunicación y colaboración con el Gobierno, que permitan la participación autónoma del sector filantrópico en el diseño de políticas públicas y los marcos legales y fiscales e impulsar vínculos que faciliten la interacción y cooperación filantrópica a nivel nacional e internacional ⁷⁰

⁶⁹ Misión de la Junta de Asistencia Privada. Órgano de la Junta de Asistencia Privada en el Distrito Federal. JAP Julio-Agosto de 1990. IS. 1

- Colectivo Mexicano de Apoyo a la Niñez (Comexani).

Este organismo está involucrado en la promoción y vigilancia de los derechos de los niños y jóvenes. Cuyos objetivos son:

1. - Contribuir a la consolidación de una cultura de respeto a la infancia y de educación para la convivencia y para la paz; 2. - impulsar un movimiento civil de promoción y vigilancia del cumplimiento de sus derechos; 3. - promover acciones conjuntas que multipliquen los esfuerzos de los grupos que trabajan para el bienestar de la niñez.⁷¹

Otros organismos que intervienen son: **La Comisión de Derechos Humanos del D. F. (CDHDF)** que actúa en base a las quejas que se presentan, mismas que reciben seguimiento por oficio; **El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)**; **El Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar (CAVI)**; **El Centro Mexicano para la Atención de los Derechos de la Infancia (CEMEDI)**; **Las Organizaciones No Gubernamentales (ONG)**, entre otras (Loredo, 1994)

Un ejemplo de la complejidad de la relación casa-hogar / instituciones en México, lo constituye el proceso que se lleva a cabo para la protección al menor.

Protección al Menor

- Procedimiento que se realiza para tal efecto:

- 1 Se denuncian hechos.
- 2 Interviene la Procuraduría General de Justicia del D.F. (**PGRJDF**) en la Dirección General de Averiguaciones Previas Agencia del Ministerio Público (**M.P.**), en lo

⁷⁰ Directorio de Instituciones Filantrópicas. Centro Mexicano para la Filantropía A. C. 1996 IX - XI

⁷¹ *Los Niños del Otro México* Realidades, Propuestas y Retos. 3er. Informe Sobre los Derechos del Niño y la Situación de la Infancia en México COMEXANI 1994 1,2

Familiar y Civil. Dirección de Representación Social del Menor e Incapaz, para levantar acta e iniciar averiguaciones.

3. Se abre expediente.
4. Le toman fotografías para la integración del expediente.
5. Se entabla comunicación telefónica con el Sistema **LOCATEL**, el Sistema Operativo **CAPEA** y los medios de comunicación.
6. Solicitan un perito del servicio de identificación, para que tome huellas.
7. Se hace contacto con D.I.F. Municipales, Nacionales o Estatales, según el caso, vinculando acciones a través de la Procuraduría del Menor y la Familia.
8. Hacen trámites para que se determine su Situación Jurídica
9. Se ingresa al infante provisionalmente en un albergue (Procuraduría General de Justicia del D.F. Unidad de Albergue Temporal; Casa Cuna Coyoacán D.I.F. Unidad de Albergue Temporal, etc.).
10. Se le realiza una valoración médica para determinar el estado del menor.
11. El psicólogo reporta las observaciones del aspecto psicológico general.
(Si se requiere ingresa a una institución hospitalaria para su atención).
12. Según las características del menor, se aloja permanentemente en alguna institución de Asistencia Pública o Privada, continuando los tramites legales, y solicitando la presencia de éste, sólo cuando se le requiera para dichos tramites o para aspectos médicos **(ver diagrama de flujo No 1)**

El siguiente diagrama muestra diferentes pasos a seguir en el proceso legal de la protección al menor, hasta la decisión de su ubicación definitiva. En el aspecto psicológico es importante considerar ¿qué tanto influyen? y ¿cómo influyen? todos esos cambios y procesos a los que se enfrenta el niño; ya que en sí, el abandono, rechazo o maltrato, resulta un hecho decisivo en todo su desarrollo. Sobre esto, cabe resaltar que una oportuna y apropiada **intervención psicológica**, puede hacer la diferencia en su vida

c) Recursos

A continuación se mencionan los recursos financieros, materiales y humanos involucrados en la casa hogar

- Financieros.

El origen de los ingresos destinados a las diferentes instituciones de asistencia, depende del tipo de institución que se trate, es decir, en primer instancia si es pública o privada. Si es pública, las aportaciones se obtienen de un subsidio periódico del Estado (Lotería Nacional para la Asistencia Pública o de los impuestos). Por otro lado, las instituciones privadas pueden ser: 1. Las constituidas como Asociaciones Civiles, 2. Las constituidas como Instituciones de Asistencia Privada 3 Las pertenecientes a un grupo o institución de índole religioso, 4 Las que comparten dos de las anteriores condiciones. Estas instituciones se rigen bajo las normas expedidas para los organismos de asistencia, de sus normas constitutivas y por sus lineamientos o reglamentos particulares. Pudiendo estar regidas por un patronato. Por lo que, sus ingresos se obtienen de diversas maneras como son, Subsidios por parte del gobierno a través de la Beneficencia Pública SSA, mediante un fondo particular, con donativos de empresas o de particulares, por medio de rifas, venta de artículos, etc.^{1, 2}

¹ Normas Técnicas para la Prestación de Servicios de Asistencia Social. SSA. 1988. 88.

² Enfoque Sobre la Beneficencia Pública. SSA. Oficina Mayor. Dirección General del Patrimonio de la Beneficencia Pública. 1983. R. 15.

- Materiales (muebles e inmuebles).

Para la obtención de los recursos materiales de las instituciones de asistencia pública, el Estado tiene la obligación de aportarlos periódicamente. En tanto que, para las instituciones privadas los recursos materiales se obtienen al igual que sus ingresos, y van desde las áreas físicas, las instalaciones, el mobiliario y equipo empleado en la prestación del servicio propio del hogar, como: línea blanca, utensilios de cocina, cunas, camas, lavadoras, comedor, etc.²

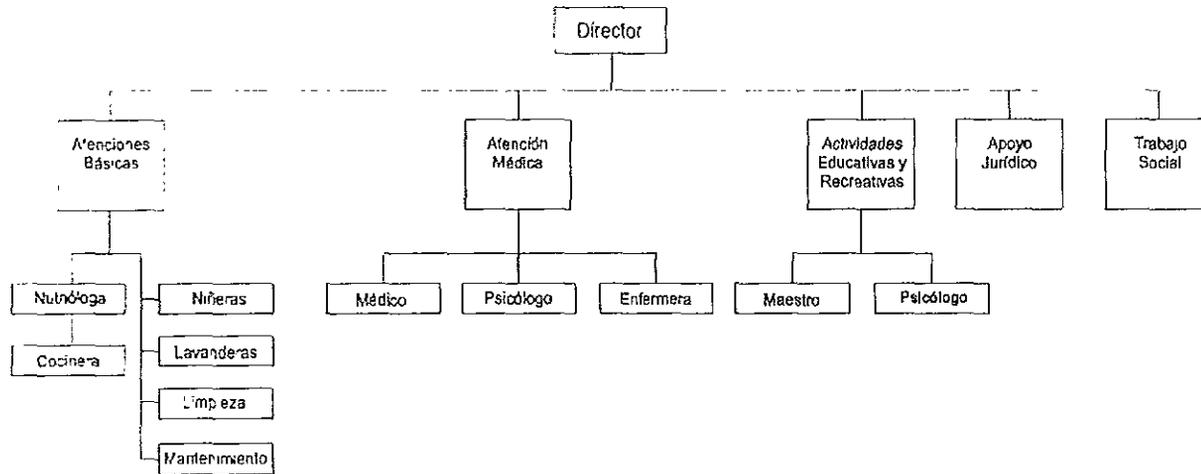
- Recursos Humanos.

Los recursos humanos se establecen de acuerdo a el tipo de institución, ya sea privada o pública, por sus recursos financieros, por las características de la población a la que va dirigida la asistencia; en este caso particular de Hogares Substitutos Específicos (menores sin familia y con necesidades de educación especial y rehabilitación), y por la cantidad de población.³

A continuación se presenta en forma general el organigrama de estas instituciones (datos tomados de Las Normas Técnicas para la Prestación de Servicios de Asistencia Social expedidas por la SSA., 1988. **Diagrama No 2**). Donde se aprecian las diversas atenciones que se proporcionan en estas instituciones y todo el personal involucrado para ello.

³ Normas Técnicas Ibidem 82

Diagrama No. 2: Organigrama General De Instituciones de Asistencia
(Normas Técnicas SSA. 1988)



1.2. El Psicólogo en la Casa Hogar.

Con la finalidad de identificar la gran trascendencia que tiene la participación del psicólogo en estas instituciones, es importante considerar las necesidades que han ido surgiendo en torno a las actividades y ¿Cómo el psicólogo se ha integrado a las mismas?, de tal manera que podemos apreciar ¿Qué hace el Psicólogo en este tipo de instituciones?, ¿Con quién trabaja?, ¿Cómo trabaja? ¿El porqué de su trabajo en la casa hogar? y ¿Desde cuando se da la integración en este campo de trabajo?. Por lo que, a continuación se tratan las principales funciones que ha ido desempeñando a lo largo del tiempo, en este campo de trabajo

- Funciones

En la "Memoria de la Labor realizada por la H. Junta Directiva de la Beneficencia Pública en el D.F." (1933), se menciona el Departamento de **Acción Educativa y Social** con las funciones de, orientar, organizar y realizar los servicios sociales educativos o de carácter especial que proporciona la misma institución. Incluyendo dentro de sus establecimientos: Casa de Cuna, Casa Hogar, Escuela Industrial Vocacional, Escuela de Ciegos y de Sordomudos, Sección Educativa del Hospital Juárez, Sección de Psiquiatría Infantil del Manicomio General y Asilo de Ancianos, entre otros.

Dentro del área de *Acción Educativa y Social*, se incluye la de *psicopedagogía y acción social* con las funciones de **organizar y ejecutar los trabajos psicológicos, relacionados con la educación de los niños amparados por la Beneficencia Pública.**

El psicólogo entonces participa en

- Clasificación escolar
- Formación de grupos especiales
- Contribución al estudio de programas diferenciales.
- Contribución a la elaboración de pruebas pedagógicas.
- Estudio de “anormales”.
- Estudio de casos particulares especiales.
- Investigaciones vocacionales
- Contribución a la educación vocacional.
- Diagnóstico de personalidad.

En las Normas Técnicas de 1988, se incluye dentro de los profesionistas que participan en: **A. El Servicio de Atención Médica**; el médico, el psicólogo y la enfermera. realizando: 1.- Actividades Preventivas, 2.- Actividades Curativas y 3.- Actividades de Rehabilitación; y **B. El Servicio Educativo y Recreativo**, participa el maestro y el psicólogo. Lo que se desglosa a continuación.

A. Servicio de Atención Médica.

1. - Actividades Preventivas:

- a) Apertura de expediente clínico
- b) Control de la nutrición, del crecimiento y del desarrollo.
- c) Higiene personal
- d) Salud bucal
- e) Atención psicológica.
- f) Detección oportuna de enfermos
- g) Estudio de contactos

h) Medidas profilácticas.

2. - Actividades Curativas:

1. Diagnóstico
2. Tratamiento
- 3 Seguimiento clínico.
4. Revisiones periódicas.

3. - Actividades de Rehabilitación:

- * Detección e identificación del caso.
- * Terapia física simplificada en pacientes con lesiones leves del aparato locomotor.
(los menores a quienes no es posible proporcionar atención médica dentro de la institución, se remiten a una unidad de salud)

B. Servicio Educativo y Recreativo.

Incluye al psicólogo y al maestro con el objeto de Fomentar la Salud Física y Mental, así como el Desarrollo Armónico de la Personalidad Que favorezcan su incorporación a la sociedad, a través de las siguientes actividades:

- Psicopedagógicas
- Desarrollo de hábitos de estudio
- Orientación sexual
- Orientación vocacional
- Capacitación para el trabajo

- Sociales.
- Cívicas.
- Culturales.
- De esparcimiento.
- Deportivas, y otras.

Según León (1985 - 1988), la labor esencial del psicólogo en los servicios asistenciales consiste en el **Tratamiento Habilitatorio**; contemplando los siguientes aspectos. ⁴

1. Considerar las condiciones medioambientales en las que está inmerso el niño.
2. Contemplar en la estructuración de programas educativos, las necesidades futuras del niño, esperando con ello propiciar su ajuste social en diversas situaciones (casa, escuela y comunidad); así como obtener la generalización y el mantenimiento de las conductas intervenidas terapéuticamente.
3. Plantear bajo calendarización el éxito de los objetivos o metas conductuales, con la finalidad de obtener resultados lo más objetivamente posible, y así señalar la efectividad de la intervención
4. Que el ingreso requerido para el cumplimiento de la programación terapéutica, no sea cuantioso, tanto en lugar, instrumentación y recursos humanos
5. Esperar que las bases teóricas y metodológicas que sustentan la intervención, puedan ser aplicables e implementables a otros sectores de la población
6. Que la metodología empleada sea flexible, permitiendo con esto no limitar la obtención de respuestas pertinentes con el objetivo, así como su ajuste a la institución Posibilitando su mejoramiento, donde es importante contemplar criterios de cambio contingentes al incumplimiento de las metas terapéuticas
7. Que, tanto teórica como metodológicamente no sea complejo, permitiendo con esto la colaboración de los no profesionales y paraprofesionales interesados en participar

⁴ Tomado de Pérez y Cruz - La Intervención Profesional del Psicólogo en la Terapéutica y Rehabilitación de Sujetos Retardados Bajo el Contexto de la Asistencia Social Institucional. Tesis ENIPI/UNAM 1990 55 - 56

Estas son las funciones que realiza el psicólogo en la casa hogar, sin embargo se debe contextualizar su labor en la Educación Especial y Rehabilitación, que es una de las actividades contempladas en la casa hogar, por ello las detallaremos a continuación

1. 3. EL Psicólogo en el Area de Educación Especial y Rehabilitación en México.

La actividad profesional del Psicólogo, en general está determinada por su formación académica, la postura teórica que asuma; y principalmente por las necesidades, características y requerimientos de la institución en la cual se trabaja (Pérez y Cruz, 1990, Marquez, 1987).

Se puede decir que en particular dentro del área de educación especial y rehabilitación en México, se presentan dos lineamientos principales que determinan la práctica psicológica

1. - El Modelo Médico. En éste, la función del psicólogo se caracteriza por la elaboración de diagnósticos, siguiendo la lógica y procedimiento de la disciplina médica (descripción de signos y síntomas para determinar el origen y carácter de la enfermedad). Basándose en el uso de pruebas (psicométricas) cuyos resultados permiten colocar o clasificar a la persona de acuerdo a categorías (deficiente mental profundo, leve, etc) Empleando para ello el Análisis Psicoanalítico principalmente (Pérez y Cruz, Ibídem)

2. - Modelo Educativo. Aquí los problemas de aprendizaje y de conducta que se manifiestan, son interpretados como una limitación de los repertorios conductuales Derivado de las interacciones del sujeto con su ambiente físico, biológico y social (Pérez y

Cruz, op cit.). Basándose en la Teoría del Aprendizaje desde el punto de vista cognoscitivo, cognitivo-conductual, y conductual.

Refiriéndose a la práctica profesional, en **La Dirección General de Educación Especial (DGEE)** y el **Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia**, Pérez y Cruz, (Ibidem) afirman que continúa siendo una práctica tradicionalista con énfasis en el modelo médico. Donde el perfil laboral del psicólogo se ha centrado como simple diagnosticador, etiquetador, psicómetra o auxiliar psiquiátrico; con limitaciones para aplicar conceptos, técnicas y metodologías concretamente en el tratamiento de los pacientes con necesidades de educación especial y rehabilitación

Otro estudio que hace referencia a la práctica profesional, es el citado por Márquez (op cit.), "**En su Análisis del Psicólogo en la Educación Especial**", en él plantea el perfil del psicólogo en las instituciones públicas (SSA, DGEE, DIF), desempeñando las siguientes funciones:

- 1) Diagnóstico y entrevista inicial
- 2) Detección del problema del paciente
- 3) Tratamiento individual.
- 4) Tratamiento grupal
- 5) Orientación Familiar.
- 6) Aplicación de pruebas psicométricas
- 7) Orientación al paciente.
- 8) Elaboración de instrumentos de valoración
- 9) Apoyo a otros profesionistas
- 10) Canalización de los problemas

Mientras que Vázquez (1988), afirma que las funciones del psicólogo en la DGEE contempladas dentro de los manuales, se incluyen en materia de Planeación, Recursos Humanos, de Supervisión, de Organización Escolar, Técnico Pedagógico y Control

Escolar En las que se ubican en su mayoría funciones administrativas, a excepción del aspecto Técnico - Pedagógico; en donde se incluyen actividades de evaluación de acuerdo con las normas y lineamientos que establece la DGEE

Este mismo autor plantea las siguientes alternativas en el ejercicio del psicólogo dentro de la DGEE:

1. Aplicando diagnósticos funcionales
2. Implementando repertorios básicos (atención, discriminación, imitación, seguimiento de instrucciones, etc.).
3. Implementando cuidado personal (comer, vestir, control de esfínteres, bañarse, peinarse, lavarse los dientes, etc.).
4. Decrementando o extinguiendo conductas problemáticas (hiperactividad, agresividad, etc)
5. Atendiendo déficit de lenguaje (pobreza gramatical, sintáctica o vocabulario, tartamudez, etc)
6. Aplicando programas de rehabilitación social (autismo).
7. Implementando programas académicos
8. Diseñando programas de rehabilitación motriz.
9. Implementando programas de orientación vocacional

En tanto, Aguilera y Alarcón (1984),⁵ exponen que el trabajo psicológico con niños especiales debe cubrir las siguientes características.

- a. Contribuir en el proceso de enseñanza-aprendizaje
- b. Realizar conjuntamente con el maestro la evaluación psicopedagógica de los alumnos
- c. Visitar periódicamente al grupo con el objeto de participar en el proceso educativo
- d. Llevar a cabo observaciones y revaloraciones de los alumnos cuando el caso así lo requiera

⁵ Tomado de Pérez y Cruz op. cit. 59 -- 60

- e. Asentar notas y comentarios sobre la evaluación de los alumnos, y observaciones, asesorías y recomendaciones al maestro.
- f. Actualizar expedientes, proporcionando un resumen de caso para el maestro.
- g. Reportar alcances y limitaciones de cada niño en la escuela especial al equipo técnico de la institución.
- h. Realizar actividades de investigación, sobre la causalidad de la problemática de los casos con requerimientos especiales.
- i. Contribuyendo en la planeación del trabajo de la institución.
- j. Realizar actividades de diseño, elaborando cronogramas de actividades complementarias que apoyen los programas específicos.⁶

Los autores antes citados coinciden que al psicólogo en la práctica profesional en México dentro del área de Educación Especial y Rehabilitación, se le ha ubicado institucionalmente como simple auxiliar del médico y del maestro. Que el uso de los sistemas clasificatorios que emplea son inadecuados por:

1.- La imprecisión de términos que se manejan impide una descripción clara de la conducta "anormal" o "patológica" que el niño exhibe. 2. - El hecho de que se clasifique por grupos (deficientes mentales, leves, profundos, etc) no toma en cuenta las características, ni especifica las necesidades individuales del paciente. 3. - Este tipo de evaluación clasificatoria influye en la predisposición de médicos, terapeutas, y demás profesionales que intervienen en el tratamiento y sobre todo en las expectativas de los adelantos del paciente; en la motivación o desmotivación familiar, ya que la "etiqueta social" marca de por vida el futuro del paciente, con prejuicios, tratos, etc. 4. - Este tipo de clasificación no indica las conductas específicas a tratar, ni las condiciones que las producen. 5. - En este diagnóstico diferencial los procesos de evaluación-tratamiento se manejan como partes separadas; lo que es insuficiente, esto genera confusión e impide el desarrollo de una tecnología de intervención terapéutica con la fusión de ambos procesos. 6. - Se debe remarcar las

⁵ Tomado de Pérez \ Cruz op. cit 59 - 60

⁶ Tomado de Pérez \ Cruz Ibidem. 59 - 60

posibilidades de desarrollo y no las limitaciones del paciente, adaptando los programas a sus necesidades y no a la inversa. Situación que ayudaría más plenamente a los niños con necesidades especiales y a sus familias. 7. - El psicólogo puede aportar a la Educación Especial y Rehabilitación en el sentido Teórico; la comprensión de la excepcionalidad de las personas y en lo Práctico; el diseño de nuevos métodos o estrategias para prevenir, diagnosticar y tratar

1.4. Diferentes Aportaciones en México para Abordar la Educación Especial y Rehabilitación.

En la práctica, la Educación Especial y Rehabilitación consiste en un conjunto de terapias y servicios (Terapia Física, Ocupacional, de Lenguaje; atención Psicológica y Pedagógica); proporcionados a las personas con “deficiencias” en un marco institucional, a menudo bajo autoridad médica (Medicina de Rehabilitación, Neurólogo, Pediatra, etc.).⁷

Bowley y Gardner (1996), mencionan que entre las alteraciones que presenta el niño “incapacitado” o “disminuido”, se dan defectos físicos, sensoriales, de tono muscular y de movimiento; o como plantea Shea (1993), experimenta dificultades en el Nivel Funcional en uno o más dominios del Aprendizaje Primario: psicomotriz, cognoscitivo y afectivo. Dándose una diversidad de casos entre los que se encuentran: la parálisis cerebral, la sordera, el autismo, el daño encefálico, el mielomeningocele, las discapacidades motrices, deficiencias del aprendizaje, los problemas emocionales, de lenguaje y de conducta; continuando la lista de manera interminable.

La diversidad de estos casos ha hecho replantear las estrategias de estudio e intervención y se han logrado avances importantes en el aspecto Teórico- Metodológico, en

⁷ Programa de Acción Mundial Para las Personas con Discapacidad. El d. Separata de La Voz de las personas con discapacidad en América Latina. Madrid, España, 1992. 33

las técnicas didácticas y se han aplicado innovaciones que fortalecen el desarrollo de nuevas estrategias de intervención. Tales progresos se refieren a la detección temprana, valoración e intervención con programas de educación especial en situaciones diversas.⁸

Dichas situaciones están presentes en nuestro país y es tanta la problemática, que las necesidades individuales y sociales están rebasando día con día los programas planteados para resolverlas. Por lo que, a continuación se tratan diferentes aportaciones que han ido surgiendo en México para abordar la Educación Especial y Rehabilitación. Primero de forma general y por último la psicología en particular.

1. Aportaciones en el Area Médica.

La medicina y la psicología están constantemente vinculadas en el estudio y atención de pacientes con necesidades especiales, algunas de las aportaciones presentadas en el área médica son:

1.1 Ciencia del Movimiento, Kinesiología: se ha aplicado en la fisioterapia, en la medicina del deporte y de rehabilitación. Investiga los factores mecánicos y anatómicos de los movimientos del ser humano; así como también sus perturbaciones y las posibilidades de dirigirlos. Los casos en que se aplica son por ejemplo, los pacientes con Parestesia Cerebral que presentan problemas de sensibilidad; estos, carecen de la habilidad para fijar los procesos motrices y de adoptar un tono muscular cercano al normal (Zuhrt, 1993)

Las actividades van desde una simple terapia física, ejercicios físicos diversos, gimnasia médica clásica, pedagogía médica para la educación física, deporte para discapacitados, hasta la educación del cuerpo y del movimiento. Todo esto encaminado como parte de una terapia general hacia la superación de déficit físicos individuales, o en su compensación por medio del empleo de ortesis,⁹ plantillas, zapatos ortopédicos, prótesis¹⁰ y ayudas técnicas en

⁸ Programa op. cit. 35

⁹ ORTESIS.

¹⁰ PROTESIS: Aparatos cuya función es reemplazar una parte anatómica ausente. Tomado de Subsecretaría de Educación Superior e Investigación Científica. SIP. Licenciatura en Educación Especial. Trastornos Neuromotores.

general, igualmente en dirección a corregir las deformidades presentes y prevenir las futuras; en lugar de atacar el problema en su raíz, ya que resulta más complejo debido a que el origen es neurológico más que ortopédico.¹¹

Considerando los Ejercicios Corporales según Carl Diem "como una expresión más referente al deporte físico, definido como: Una actividad con efecto de estimulación biológica, es decir movimientos que mejoran la aptitud de trabajo del cuerpo, que deben reducir su fatigabilidad y estimulan en un sentido favorable el crecimiento".¹²

Este tipo de tratamiento lleva mucho tiempo, carga y esfuerzos adicionales, olvidándose de estimular el goce del juego y del movimiento. Por lo que, para que exista un efecto estimulante para el cuerpo que éste al servicio del desarrollo global, se debe tomar en cuenta la educación del cuerpo y del movimiento, considerando la "alegría motora" del alumno, que además de proporcionar estímulos para el crecimiento, ayuda a desarticular perturbaciones de la coordinación, desarrolla la aptitud de conocimiento y mejora sus propiedades motoras, educa la habilidad de concentración y de resistencia, incluyendo la capacidad de reacción, el conocimiento de sí mismo, la autoexperimentación, la maduración de la personalidad y el aumento de la autoconfianza entre otras cosas. Que van conformando el bienestar del paciente a través de modelos y didácticas diversas según experiencias

1.2. El Método Bobath, fue desarrollado por una fisioterapeuta y un médico; es el resultado de un análisis del comportamiento motor en pacientes que presentaban diversas lesiones del sistema nervioso central, en su mayoría niños con parálisis cerebral. Su idea fundamental es el considerar que "el obstáculo principal para la ejecución de los movimientos funcionales del niño es el trastorno en los mecanismos reflejos posturales";¹³ ya que es importante tener en cuenta que "el daño del SNC conduce a una coordinación anormal de la acción muscular, y no a parálisis de los músculos. Las modalidades

Alteraciones de la Comunicación. México, 1987. 10

¹¹ Doman G. *Que Hacer por su Niño con Lesión Cerebral*. Editorial Diana, México, 1993. 74

¹² Tomado de Zuhrt R. *Educación del Movimiento y del Cuerpo en Niños Discapacitados Físicamente*. Ed. Médica Panamericana, México, 1993. 1, 11

¹³ Subsecretaría de Educación Superior e Investigación Científica. SI-P. Licenciatura en Educación Especial. *Trastornos Neuromotores*. Alteraciones de la Comunicación. México, 1987. 4, 5

desenfrenadas y anormales de la postura, son típicas y estereotipadas; dichas modalidades son las principales responsables del cuadro típico de las posturas y movimientos del paciente".¹⁴

El método también hace referencia a la información propioceptiva que recibe el niño de su propio cuerpo en movimiento. "La función del sistema propioceptivo consiste en regular el tono muscular en todo el cuerpo, con la finalidad de mantener la postura y ejecutar los movimientos"¹³

Según Bobath, "es la sensación del movimiento lo que ha de ser aprendido, no el movimiento en sí mismo, y solamente sensaciones normales darán al paciente la posibilidad de ejecutar movimientos normales"¹⁵

Esta metodología se desglosa en tres etapas básicas, que implica:

- 1) La supresión de patrones anormales de postura y el favorecer una mayor normalización del tono.
- 2) Desarrollar los reflejos de enderezamiento y equilibrio
- 3) Introducir movimientos voluntarios mediante facilitación.

1.3. El Método Tomatis debe su nombre al médico francés Alfred. A. Tomatis, especialista del oído y psicólogo, dedicado a la importancia del oído y sus repercusiones tanto a nivel funcional como emocional y relacional. Para este autor, el oído no es solo un órgano receptor, sino que es parte esencial de todo un sistema que afecta tanto el nivel de atención, las habilidades motoras, la conciencia del cuerpo, el balance, la coordinación, la comunicación, la integración del lenguaje y la energía física y mental.¹⁶

El programa (Tomatis, 1979) se aplica individualmente, pretendiendo desarrollar la habilidad de escuchar, incluyendo diversas actividades, entre ellas, las implicadas en el equilibrio por considerar su relación e influencia con las demás áreas. Está dirigido a pacientes con trastornos en el desarrollo del lenguaje, con problemas de aprendizaje (corta

¹⁴ Bobath, B. *Actividad Postural Refleja Anormal Causada por Lesiones Cerebrales*. Editorial Médica Panamericana, México, 1977. S. 10

¹⁵ Subsecretaría de *Ibidem* 4

¹⁶ Información proporcionada por El Centro Tomatis San José - Cordobanes No. 23 San José Insurgentes México.

atención; baja capacidad de organización; dificultad para el lenguaje escrito, dislexia, mala memoria; dificultades en la coordinación, el equilibrio y el funcionamiento motor, entre otros); o con problemas de comportamiento (hiperactividad, tendencias inmaduras, problemas de adaptación social, introversión, etc)

1.4. Otro enfoque es el Método TARDIU (Técnica de Valoración y Tratamiento): desarrollado por un neurólogo francés, el cual parte de un método analítico de valoración que ajusta su tratamiento a cada caso, de acuerdo con las características individuales del paciente

Emplea el término de enfermedad motriz cerebral (EMC), para designar lo que en otras escuelas es denominado como parálisis cerebral; por considerar que los sujetos afectados no padecen realmente PC. , sino un disturbio en la motricidad de origen cerebral. Incluyendo en esta denominación a los niños con inteligencia conservada (con CI superior a 70), y a los pacientes con la lesión cerebral de mayor severidad los denominó bajo el término de Encefalopatías

Parte de lo que él llama análisis factorial, aísla cierto número de factores definidos como alterados, los evalúa y los trata Algunos de los cuales se describen a continuación.

- a) Estado Basal (factor B) - Examina primero al niño en reposo, anotando las posturas o actitudes que adopta. El tono muscular a través de la palpación, si hay movimientos anormales en reposo y con movilizaciones pasivas
- b) Control de las Reacciones Frente a Diversos Estímulos (factor E) - Examina la reacción del niño ante un estímulo (un grito, una amenaza, etc), si la reacción dura sólo unos segundos es una reacción normal, pero si se alarga o es muy intensa la considera anormal
- c) Trastornos de la Organización del Gesto y de la Postura - A través de la manipulación de objetos

- d) Trastornos del Lenguaje.- Evalúa la respiración, las práxias bucales, funciones motrices de las actividades bucales, estudio fonético, de audición, etc y analiza separadamente su nivel de alteración para reeducarlos después.
- e) Aplica Valoraciones del Comportamiento del Niño; en los factores sociales, el nivel escolar y la edad funcional.

El tratamiento que aplica, según el caso, va desde el uso de anfetaminicos, terapéutica local, métodos globales, relajación general, psicoterapia al niño (sí es mayor), escolarización al máximo, hasta las relaciones sociales, rehabilitando y reeducando, factor por factor, aplicando también psicoterapia a los padres.

1.5. Método del Instituto para el Logro del Potencial Humano en Filadelfia, E. U., con sede en México, ¹⁷ según Doman (1993), inicialmente parte de las experiencias y el estudio de un neurocirujano, un médico en rehabilitación, un terapeuta físico y una enfermera pediátrica. Atendiendo pacientes con daño cerebral, retardo mental, deficiencia mental, parálisis cerebral, espásticos, perturbaciones emocionales, flácidos, epilépticos, cuadripléjicos, autistas, psicóticos, hemipléjicos, rígidos, hiperactivos y síndrome de Down entre otros

Con este método se evalúan todas las habilidades a través de una escala, considerando los aspectos siguientes:

- a) Se compara el desarrollo normal del niño en sus diferentes aspectos (movilidad, lenguaje, capacidad visual, capacidad auditiva, capacidad táctil, y capacidad manual); en relación a siete etapas, desde el nacimiento hasta que todas las funciones humanas están en su lugar y en activo. En la primer etapa se da la maduración de la Médula y Cordón Espinal; en la segunda, la *Protuberancia Anular*, en la tercera el *Cerebro Medio*, en la cuarta, *Corteza Inicial*; en la quinta, *Corteza Temprana*; en la sexta, *Corteza Primitiva*, y en la séptima

¹⁷ *Instituto para el Logro del Potencial Humano, Oficina Hispano América, A. C. Calle Empresa No. 87 Col. Insurgentes Mixcoac, México D.F.*

etapa, *Corteza Sofisticada*. De tal manera que es posible afirmar, que cuando se identifica a un menor que no pasó por cada una de las etapas principales en el debido orden, sin importar la brevedad de permanencia en cada etapa, será un niño que más tarde presentará un problema neurológico de condición menor o mayor. Manifestando una coordinación pobre, incapacidad para desarrollar un dominio hemisférico normal en asuntos relacionados con el habla, la lectura o deletreo, según el caso

- b) También considera que el S.N. en general, tiene cuatro capas esenciales e importantes. La primera y la más baja llamada Médula, es la responsable de la habilidad para mover tronco, brazos y piernas; La segunda ubicada en el Puente, controla el movimiento del tronco y extremidades para mover el cuerpo al arrastrarse con el vientre sobre el suelo (acción de arrastrarse), El tercero hace referencia al Cerebro Medio, responsable de colocar al niño sobre manos y rodillas, siendo ésta la primer postura antigraedad (acción de gatear); El cuarto es la Corteza o parte superior del cerebro, responsable entre otras cosas, de la habilidad humana para caminar (Doman, op cit.)

Este autor (*Ibidem*), plantea que hay seis funciones importantes que se pueden medir, y que la falta de cualquiera de ellas indica que hay problemas en la corteza cerebral. Tres son habilidades expresivas (motoras) que son, 1. caminar, 2. hablar, y 3. ciertas habilidades manuales que culminan en la escritura. Las otras tres son habilidades receptoras (sensoriales). 1. lectura, 2. comprensión del habla y 3. identificación de objetos por el tacto

En base a estos parámetros y los estudios médicos previos, se determina el grado de la lesión, se da el Diagnóstico Funcional y el perfil del desarrollo específico del paciente, determinado por la edad cronológica (EC) y la edad neurológica (EN), datos que permiten establecer el tratamiento específico del paciente

Para el tratamiento, se aplican diversas actividades con la finalidad de organizar y propiciar la maduración del cerebro lesionado. Considerando que, “en un niño sano”, los reflejos producen movimientos que él puede sentir. Lo que él siente, desarrolla precisamente su capacidad para sentir y madura las regiones sensoriales de su cerebro. A medida que el

cerebro madura, empieza a apreciar la correlación entre potencia motora y respuesta sensoria. Que llega a ser capaz de iniciar en **modo voluntario**, una acción que originalmente era un reflejo. Cada ciclo adicional madura las partes internas y externas del cerebro" ¹⁸ En el paciente con lesión cerebral su principal problema, se debe a una falla para recibir información más que una falla para expresar información (sensorial + motora = a función, o recepción + expresión = a función).

En este programa se afirma, que "aun cuando los niños con lesión cerebral tienen mucho en común, no hay dos lesiones cerebrales iguales". Anteriormente se consideraba "el crecimiento, el desarrollo y maduración del cerebro como algo predeterminado e inalterable", si embargo la realidad lo ubica en "un proceso dinámico y en continuo cambio, que puede detenerse, retardarse o acelerarse". ¹⁸

Este programa es aplicado por el personal de la institución o por los padres en casa de la forma siguiente:

- 1) Los niños que no caminan pasan todo el día en el suelo, sobre sus estómagos, arrastrándose (sí pueden) y gateando (sí pueden)
- 2) Todos los niños son guiados, reciben ayuda externa en los movimientos básicos, como arrastrarse, si no pueden hacerlo bien por cuenta propia son guiados cuatro veces al día, en un tiempo de cinco minutos cada vez, durante siete días a la semana, se usa el patrón troncal (sí un niño puede mover bien sus extremidades), el patrón homolateral (sí no puede arrastrarse bien), y el patrón cruzado (sí no gatea bien). Si camina pero lo hace con torpeza, se le instruye para caminar con patrón cruzado.
- 3) A los niños que demuestran pérdida en los sentidos se les da estimulación sensitiva específica
- 4) Se establece un programa para determinar el dominio hemisférico cortical bien definido, para los niños en que no esta claro el hemisferio dominante
- 5) Se lleva a cabo un programa aplicando una máscara respiratoria por 60 segundos, después de cada hora de caminata o ejercicio; con la finalidad de mejorar la capacidad

¹⁸ Doman, . *Ibidem* . 90, 191, 81, 82

vital de los pulmones, proporcionar oxígeno en cantidad óptimo al cerebro y reducir las afecciones respiratorias.

- 6) Se elabora un programa específico de desarrollo del lenguaje.
- 7) Se realiza también el programa de capacidad manual

2. Aportaciones en el Area Psicológica.

En general la práctica psicológica se ha enriquecido a través de las diferentes disciplinas inmersas dentro de la Educación Especial y Rehabilitación, además de sus propias aportaciones.

Según Shea (op. cit.), las diferentes teorías en Educación Especial han surgido al igual que las teorías de la Psicología en general, basándose en parte en la *filosofía individual* de cada teórico con respecto al hombre, la naturaleza y el universo. En este sentido Márquez (Ibídem), menciona algunas de las aportaciones de la Psicología a la Educación Especial y Rehabilitación en México; entre las que se encuentran: la Psicología Diferencial, la Psicología Evolutiva o Psicología del Desarrollo; la Psicología Soviética y el Análisis Conductual Aplicado.

Sin embargo al pasar del estudio de una o más de estas teorías en el ámbito universitario (de acuerdo al plan de estudios de la institución de la que se proceda) a la aplicación laboral como psicólogos, enfrentamos un salto entre una institución a otra, faltando elementos que las entrelacen totalmente. Por lo que surgen las siguientes interrogantes:

¿Qué pasa en México de manera concreta?, ¿la realidad teórica es una y la realidad práctica y laboral otra distinta?, ¿qué tanto se vincula una con otra?

A este respecto, cabe mencionar que existe poca información reportada de las instituciones dedicadas a la Educación Especial y Rehabilitación en México sobre la labor del psicólogo y el marco metodológico en el que fundamenta su tratamiento. Centrándose la información bibliográfica principalmente en reportes de trabajo para titulación que abordan sólo algunas "atipicidades" en particular. En el caso de la documentación hemerográfica se realizó una revisión de diferentes publicaciones como "La Revista Mexicana de Psicología",

“La Revista de Psicología General y Aplicada”, “La Revista Latinoamericana de Psicología”, entre otras, encontrando muy escasa información y la citada gira en torno de tópicos de causas o etiologías de P.C., autismo, retardo mental, etc., así como la aplicación de algunas evaluaciones como por ejem la evaluación a través de la aplicación de la Figura Humana en niños de P.C

Por lo que a continuación se citan sólo trabajos en los que se mencionan aspectos teórico-metodológico-laborales y también se hace mención (en los casos que se proporciona la información) sobre las funciones del psicólogo de manera concreta en dicha institución. Por considerar que dichos elementos están estrechamente ligados entre sí.

Vázquez (op cit.) en su “Análisis del Trabajo del Psicólogo en la DGEE” hace referencia que en dicha institución predominan tres corrientes de la psicología: el psicólogo con tendencias Conductistas, el psicólogo con tendencias Freudianas y el psicólogo con tendencias Cognitivas. Esto debido a que, 1) en las escuelas primarias de educación especial se solicita la atención de repertorios de entrada, 2) en los centros psicopedagógicos, la atención de problemas emocionales y 3) en otros, se requiere la atención de problemas cognitivos.

Teniendo más preferencia el psicólogo con tendencia cognitiva, por ser “más apropiado para incrementar las capacidades intelectuales de los niños” lo cual trae como consecuencia la superación de problemas académicos (Vázquez, *Ibidem*).

La mayor exigencia dentro de este marco institucional, es la aplicación de la Psicología Diferencial con el método de aplicación de Tests o Pruebas Psicométricas, siendo los más utilizados. TEST DE INTELIGENCIA STANFORD-BINET, TEST DE INTELIGENCIA WESCHLER PARA NIÑOS WISC-R/M, TEST GESTÁLTICO VISOMOTOR DE LAURETA BENDER, FIGURA HUMANA CALIFICADA SEGÚN KOPPITS Y ENTREVISTA PSICOLÓGICA.

En otro estudio (Campos y Ugalde, 1992) sobre “El Papel del Psicólogo en Educación Especial a Nivel Institucional” se reporta el caso particular de la *Escuela de*

Educación Especial “María del Pilar Quintanilla Nieto” dependiente de la SEP, en esta institución se laboró como maestro de grupo y psicólogo, basándose en la guía curricular de la SEP, en esta guía se toma como marco de referencia la **teoría de Piaget** sobre el desarrollo cognoscitivo.

Por lo que las principales funciones como psicólogo en esta institución fueron el contribuir en el proceso de enseñanza-aprendizaje y en la adaptación al medio ambiente escolar en el que se desenvuelven los educandos; también se realiza un programa anual de actividades, un registro diario de las mismas, un diagnóstico psicológico de los alumnos aplicando una batería específica que consta de los siguientes instrumentos:

- A) Forma única de Entrevista a Padres.
- B) Dibujo de la Figura Humana.
- C) Test Gestáltico Visomotor de Bender
- D) Escala Wechsler de inteligencia para el nivel escolar, revisada y estandarizada en México.
- E) Escala de Inteligencia Stanford - Binet (forma L-M) Terman Merrill.
- F) Escala de Inteligencia Infantil de Catell (Catell Infant Intelligence Scale).

Una vez aplicada la batería diagnóstica, se lleva a cabo la calificación, interpretación y elaboración del reporte, se integra el expediente y se informa al maestro de grupo sobre los resultados. También se realiza un análisis de caso cada 15 días, visitas periódicas de grupo, observaciones o comentarios sobre los avances de los alumnos, así como pláticas a padres en colaboración de trabajo social.

Los grupos se integran de acuerdo con las características individuales de los alumnos (edad cronológica, C. I. , nivel de desarrollo y con el resultado del PAC), y la formación de los mismos se hace de la siguiente forma

- a) Intervención Temprana (0 meses a 4 o 5 años, y el número de niños va de 8 a 12 integrantes) Considerando cuatro aspectos: 1. Cognoscitivos, 2. Sociales; 3. De la vida diaria, 4. Psicomotores
- b) Preescolar Especial (de 4 5 años hasta 7 5 años con población de 12 a 15 niños)

c) **Primaria Especial** (desde los 7 hasta los 11 años). Este nivel se divide en cuatro etapas. Las tres primeras tienen una duración máxima de dos años y la cuarta etapa hasta tres años en los casos que así lo requieran. La primera corresponde al nivel preescolar y las restantes a los grados de primero a sexto del nivel básico de educación especial. Las dos primeras etapas son comunes a todos los alumnos y pasan a la tercera etapa sólo *aquellos que por sus capacidades puedan acceder a aprendizajes más complejos*; los que no, pasan directamente a la cuarta etapa para intensificar su entrenamiento pre-laboral, completando esta actividad con lecto-escritura y aritmética a nivel socio-utilitario.

1ª Etapa a 1º y 2º de preescolar especial.

2ª Etapa a 1º y 2º de primaria especial.

3ª Etapa a 3º y 4º de primaria especial.

4ª Etapa a 5º y 6º de primaria especial

En cada etapa se incluyen cuatro áreas:

- 1.- Independencia Personal y Protección de la Salud.
- 2.- Comunicación.
- 3.- Socialización e Información del Entorno Físico y Social.
- 4.- Ocupación

Estos estudios hacen referencia a instituciones gubernamentales aplicando la **Psicología Diferencial y la Psicología Desarrollista**, haciendo hincapié en el **marco cognoscitivista**, pero ¿Qué pasa con las instituciones privadas?, ¿Sus exigencias teórico – metodológicas – laborales son las mismas?

Reyes (1992) en su trabajo sobre “**El Síndrome de Down; Educación y Desarrollo y la Realidad Actual en Nuestro País**” menciona que el individuo con síndrome de Down recibe su educación conjuntamente con otros con diferentes atipicidades en las escuelas de

educación especial y que su atención de manera particular (sólo este tipo de población) se realiza únicamente a nivel privado.

A continuación se mencionan algunas de las principales instituciones que se dedican a su atención según este autor, así como la corriente metodológica que utilizan:

Institución	Rango de Edad que Manejan	Corriente Metodológica que Utilizan	Nivel de Atención
Centro de Educación Down A. C. (CEDAC)	0 – 30 años promedio.	- Cognoscitivista. - Neurodesarrollo. - Modificación de Conducta.	. Estimulación temprana. . Estimulación múltiple. . Preescolar . Escolar laboral
Comunidad Down A.C.	0 – 25 años promedio.	- Cognoscitivista. - Neurodesarrollo. - Modificación de Conducta.	Estimulación temprana. preescolar. escolar. laboral
Instituto John Landown Down. A. C.	0 – 20 años promedio.	- Montessori. - Modificación de Conducta.	Estimulación temprana. pre-escolar. escolar.
Centro de Terapia Educativa A. C. (CETEDUCA)	0 – 20 años.	- Neurodesarrollo. - Modificación de Conducta.	. Estimulación múltiple. . Pre-escolar. . Escolar . Laboral
Sector Oficial escuelas de educación especial de la SEP.	0 – Adultos	- Se trabaja en base a programas ya establecidos (Piaget).	No los menciona este autor

En otro estudio (Hernández, 1990) en relación de la “Educación Preescolar del Niño con Trisomía 21. Reporte de 4 años de labor en el Centro de Educación Down. A. C.”, se afirma que cuando el psicólogo comienza a trabajar como profesor especial posee parte de la información necesaria para realizar dicha labor, pues conoce métodos de observación y registro, técnicas de instrucción, manejo de contingencias, elaboración, aplicación y evaluación de programas psicopedagógicos; además posee información sobre las etapas de desarrollo del niño y sobre las pautas conductuales que evidencian dicho desarrollo. Sin embargo, dice este autor, que esto no es todo lo que un educador debe saber, es necesario que sepa elaborar material didáctico, que conozca actividades y que sepa como variarlas y

simplificarlas adecuándolas a las capacidades de sus alumnos; que conozca varios programas similares al que va a aplicar así como el marco teórico del que parten y que los fundamenta, que sepa dosificar su enseñanza partiendo de los conceptos y actividades más sencillas para llegar a las más complejas y que tenga nociones sobre psicomotricidad y terapia de lenguaje.

En el caso particular del Centro de Educación Down, A. C los grupos eran de 10 integrantes y no eran homogéneos, en el nivel preescolar por ejemplo se aceptaban niños de 7 a 11 años por no tener los precurrentes necesarios para pasar al nivel escolar.

Los encargados de proporcionar la instrucción integral son:

- a) El profesor especial (que puede ser psicólogo o pedagogo).
- b) El terapeuta del lenguaje.
- c) El maestro de psicomotricidad.
- d) El maestro de taller.
- e) El maestro de natación.

El programa aplicado en esta institución está basado en una revisión de programas de nivel preescolar para niños normales, que incluyen desde el programa de la SEP, el de instituciones privadas, el de otros países de habla hispana y uno diseñado para niños con trisomía 21. También se recurrió a libros especializados para diseñar programas de áreas específicas como la del lenguaje y la motricidad. El resultado final fue un programa compuesto por cinco áreas:

1. Área Sensorio-motriz, que incluye: a) motor grueso; b) motor fino, c) sistemas sensoriales.
2. Área de Autosuficiencia: La finalidad de ésta es el desarrollar la independencia en el cuidado de sí mismo (higiene personal, vestirse, entrenamiento en baño, hábitos de comida, orden y limpieza, prevención de accidentes).
3. Área de Lenguaje: En esta área se pretende que el alumno comprenda y exprese el lenguaje oral a través de, 1 - ejercicios de respiración, 2 - ejercicios orofaciales, 3 - vocalización, 4 - onomatopeyas, 5 - sonidos ccoicos, 6 - articulación, 7 - estructuración, 8.- lenguaje receptivo, 9 - lenguaje expresivo

- 4 Area Preacadémica: Su objetivo es iniciar y desarrollar la atención, imitación, seguimiento de instrucciones, el conocimiento del esquema corporal, la discriminación de colores, identificación de formas, relaciones espacio temporales, conceptos lógico-matemáticos, la pre lecto-escritura, y otros conocimientos generales
- 5 Area Social En ésta se manejan pautas sociales y relaciones interpersonales
- En este estudio no se reportan resultados.

En tanto que, García Baliño (1984) cita su reporte de trabajo realizado en la institución “**Eduardo Seguin**” de León Gto , aplicado a dos niñas Down con características similares, misma edad, mismo grupo, poseen los mismos repertorios y similares conocimiento Utilizó el Inventario Dimitriev (Universidad de Washington) en el cual se evalúan 6 áreas: motora gruesa, motora fina, cognitiva, lenguaje, social y autocuidado. El tratamiento se fundamenta en la **Modificación de Conducta**, empleando un diseño “ABA” y las técnicas de instrucciones, instigación, reforzamiento social y/o tangible, tiempo fuera y modelamiento. Los resultados obtenidos indican el incremento de sus repertorios en las tres subáreas (motora gruesa, motora fina y esquema corporal), atribuyendo el autor que quizá el entrenamiento en el área motora influenció a que se modificara otros aspectos de la conducta en las niñas, como la disminución de la agresión física y verbal por parte de una de las alumnas y el aumento de sociabilidad.

Flores Macías y Vidal Russi (1988) describen en la Revista Mexicana de Psicología la aplicación de un modelo educativo llamado **Modelo de Enseñanza Integral Grupal (EIG)** dirigido a 15 niños con retardo moderado con deficiencias múltiples. Este modelo se basa en el análisis y conjugación de los siguientes factores: a) características de la población con retardo, b) planeación y operación de un plan curricular, c) preparación de agentes educadores y d) adecuación del escenario educativo. Tomando en cuenta que el niño con retardo tiene dificultades para aprender formas de aproximación social apropiadas, éste modelo plantea que el medio educativo le proporciona experiencias que favorecen el aprendizaje de dichas conductas. El psicólogo funge aquí como maestro de grupo trabajando

con la modalidad de talleres, teniendo capacitación en la utilización del plan curricular, diseño y planeación de actividades grupales y funcionales que impliquen el trabajo simultáneo del contenido de diversos programas; así como la conducción de actividades grupales que favorezcan el desarrollo de las capacidades de cada niño y la vinculación entre los integrantes del grupo, también requirió del diseño y uso creativo de materiales, de estrategias para la detección y manejo de problemas de conducta individuales y de grupo, y de información sobre arreglo del salón de clases y uso de los espacios

Los grupos se conformaron con niños cuyas habilidades estaban ubicadas en un mismo rango de ejecución en las distintas áreas de aprendizaje y realizaron actividades individuales e independientes al igual que actividades con requerimiento de participación en equipo

En este trabajo se dividen las actividades en 6 áreas de aprendizaje:

- I Básica. Aplicando programas educativos que desarrollan la atención, imitación y control instruccional.
- II Personal – Social: Centrándose en autocuidado y socialización
- III Cognitivo Lingüística: En ésta se da prioridad al desarrollo conceptual y de lenguaje
- IV. Psicomotricidad: El programa educativo empleado maneja motricidad gruesa y educación física
- V Académica Principalmente la lectura, escritura y aritmética.
- VI Capacitación Doméstica y Laboral Que el alumno participe en las habilidades para el uso de servicios comunitarios, habilidades domésticas, habilidades para la prevención de accidentes y habilidades básicas para la formación laboral

Resultado Los logros manifestados en los registros de avance de los niños, así como los comentarios favorables de los maestros, hacen factible proponer este modelo como una forma para trabajar con grupos de niños con retardo

En otro estudio (Ascencio y Suarez, 1992) realizado en el **Centro Educativo Domus, A. C.** se aplicó este mismo modelo dirigido a 12 sujetos de ambos sexos, con edades comprendidas de 9 a 16 años, 6 diagnosticados con autismo y los otros 6 con retardo en el desarrollo. El criterio de selección fue que contaran con repertorios básicos de aprendizaje,

que fueran candidatas a trabajar en grupo y que tuvieran el mismo nivel de ejecución similar entre ellos en las áreas trabajadas. Se dividió de manera aleatoria en 4 grupos: dos control y dos experimentales. Cada grupo estuvo formado de acuerdo a los niveles del **Modelo de Enseñanza Integral Grupal** (llamado aquí MEIG). Se empleó un diseño experimental de grupo control pretest-postest para detectar las diferencias entre grupos en cuanto al nivel de ejecución de los sujetos y sólo con los grupos experimentales se trabajó el MEIG. Se utilizó como pretest y postest el Inventario de Habilidades Básicas (IHB). Se hizo un análisis comparativo descriptivo entre los grupos control y los grupos experimentales. Además, se evaluaron los sujetos de acuerdo a los formatos del MEIG. Después de la aplicación del postest se pudo comprobar su efectividad ya que hubo incrementos en la ejecución, sobre todo en el grupo Experimental I (GEI) de conductas que facilitaron la integración social de los sujetos al grupo, la participación y cooperación grupal, conductas que permitieron al individuo ser más independiente en la realización de sus actividades. Los resultados indican que una instrucción grupal da más beneficios que una instrucción individualizada, sin embargo, en algunos sujetos es un requisito la instrucción individualizada para ingresar al grupo.

Pérez y Cruz (1990) realizan reporte de trabajo en el contexto de la Asistencia Social Institucional en el **Centro Asistencial "Valle Narvarte"**, trabajando a cuatro sujetos del sexo masculino de 8 a 22 años de edad, los cuales presentan diferentes problemas de retardo en el desarrollo y ningún antecedente de rehabilitación. Se aplicó la **Terapia Conductual**.

A continuación se muestra las características generales de cada uno de los sujetos y como se enfocó la terapia conductual:

Nombre y Edad	Etiología y Tipo de Retardo	Déficits Conductuales	Terapia Conductual
Francisco 22 años	Sx. de Down Generalizado severo	Conductas básicas imitación, lenguaje.	Estuvo encaminado al establecimiento de la conducta imitativa de lenguaje (sonidos, sílabas, palabras) a través del manejo de contingencias y del control de estímulos.

		mutismo.	
Antonio 18 años	Sx. de Down. Generalizado intermedio	Conductas básicas imitación, lenguaje, mutismo.	Establecimiento de la conducta imitativa de lenguaje (sonidos, sílabas, palabras) a través de programación conductual, manejo de contingencias y un control de estímulos
Adrián 8 años	Posible autismo. Generalizado profundo.	Carece de conductas básicas. autocuidado y lenguaje.	Por medio de programación conductual, niveles de ayuda física, verbal, desvanecimiento, así como de condiciones y arreglo de contingencias antecedentes y consecuentes, se intervino en las diferentes conductas básicas
Cesar 12 años	Sx. Fetal Alcohólico Generalizado intermedio.	Conductas básicas: Fijación visual, discriminación visual y de lenguaje; identificación de elementos del medio ambiente	Se centró básicamente en la programación de diferentes técnicas conductuales, contingencias de reforzamiento, ayuda física y verbal, para establecer fijación visual, discriminación visual y nombramiento de objetos.

Procedimiento A todos los sujetos se les aplicó en forma individualizada el instrumento de evaluación conductual ABACUS (Arizona Behavior Analysis Criterion Utilization Scale); la escala de evaluación de la conducta, así como el diagnóstico general del CEER, los cuales evalúan las siguientes áreas de desarrollo psicológico: repertorios básicos, conductas de autocuidado, desarrollo de lenguaje expresivo y receptivo, conductas motora gruesa y fina, desarrollo socializado, entre otras. Con la finalidad de detectar el nivel de desarrollo psicológico alcanzado en cada una de las áreas, y su aplicación determinó formas de programación e intervención para la creación y desarrollo de repertorios conductuales en cada uno de los sujetos.

En general se obtuvo un marcado éxito en los distintos programas de tratamiento conductual implementados, debido a que los niños adquirieron una diversidad de conductas adaptativas bien específicas, además de presentarse resultados no esperados ya que en ocasiones el establecimiento de determinadas conductas permitió el desarrollo de otras nuevas sin necesidad de llegar a utilizar procedimientos específicos para implementar estas últimas

En este mismo estudio se reporta la aplicación de la **Metodología Construccional**, aplicada a 14 sujetos, los cuales presentaban algún tipo de retardo en el desarrollo y cuyas

edades fluctuaron entre los 7 y 22 años de edad. Para asegurar su acceso al programa, se requirió que los sujetos no mostraran incapacidad motora y sensorial severa

Procedimiento: 1 Se realizaron registros anecdóticos de las actividades desarrolladas por los usuarios con el fin de detectar de manera general las principales conductas de los niños; 2 Análisis de la información recabada, 3. Se hicieron enlistados o categorizaciones de las principales conductas presentadas, haciendo hincapie en las consideradas adaptativas y desadaptativas, 4 Se definieron de manera operacional las distintas clases de respuestas y se seleccionaron las formas de registro; 5. Se aplicó el registro de ocurrencia seleccionado realizando 4 períodos de observación de 30 min por sesión por día, para pre y post tratamiento, 6 Con los datos obtenidos con la pre-evaluación, se diseñaron y programaron actividades grupales, cuya intención fue la de “construir” habilidades nuevas y adaptativas incompatibles a la aparición de conductas problema

Los resultados muestran que al construir repertorios sociales adecuados incompatibles a la presencia de conductas problemas (conductas de molestar a compañeros, agresividad física y verbal), disminuyen sustancialmente los problemas sociales de los sujetos y aumentan considerablemente las habilidades prosociales (interacción social adecuada y cooperatividad)

En otro estudio, Arcaraz (1990) reporta en la Revista Mexicana de Psicología, un trabajo en el que aborda el tratamiento de la hemiplejía (P.C. espástica) a través de la **Retroalimentación Biológica** como alternativa de recuperación funcional. Considerando que las respuestas músculo – esqueléticas no son otra cosa que traslaciones en el espacio, para llevarse a cabo necesitan que el miembro puesto en movimiento se desplace en torno a un eje fijo Para ello cada miembro cuenta con dos tipos de grupos musculares: los agonistas y los antagonistas Los primeros efectúan el movimiento en un determinado sentido, los segundos lo realizan en sentido contrario

En este estudio se tomaron como categorías de respuesta el movimiento reflejo y el voluntario El análisis de la actividad eléctrica muscular se consiguió por medio de electromiograma (EMG), se relajan los músculos espásticos y se moldean las respuestas de

contracción. La topología del movimiento se consigue con la retroalimentación a la posición donde el paciente debe ver cómo su miembro se traslada en el espacio. Para ello, se fijan marcas a diferentes distancias para asegurar que aumenten las longitudes de los desplazamientos que tendrán que alcanzarse en sesiones sucesivas.

Se procedió a una segunda fase de retroalimentación, que es la del moldeamiento de la fuerza muscular, utilizando una barra móvil que ofrece resistencias de diferente magnitud a las presiones. Finalmente se realizaron sesiones periódicas de reentrenamiento.

Los resultados se observan en los cambios en el EMG representados en la pantalla en seguimiento de la luz y el aumento en la velocidad de los desplazamientos

Estos estudios nos muestran que para trabajar con niños especiales, aún los grupos más “homogéneos”, se tiene que trabajar con una o más teorías, uno o más programas. Esto debido a la diversidad de alteraciones que presentan, que no se resuelven con una sola disciplina.

Ahora bien, siguiendo las exigencias teóricas institucionales dentro de la Educación Especial y Rehabilitación en México, surgen más y variadas preguntas ¿por qué APAC por ejemplo, institución de asistencia privada, fundada en 1970, se vio en la necesidad de fundamentar su concepción del trabajo basado en la **Educación Conductiva** ¹⁹ transformado por su equipo de trabajo en “**TEORIA DE MOVIMIENTO, EDUCACION, LENGUAJE y FUNCIONALIDAD**” (MELF) con el objeto de dar tratamiento integral, además de aplicar, entre otras, la **Técnica Vimala Schneider** ²⁰ en la estimulación temprana de los pacientes?

¿Qué pasa entonces con las teorías ya planteadas y la práctica actual dentro de la Educación Especial y Rehabilitación en México?

A este respecto, Juárez Paredes (1994) realiza una “**Reflexión Teórica y Práctica sobre la Inserción del Psicólogo dentro de la Asociación Pro-Personas con Parálisis Cerebral (APAC)**” Menciona el sistema “MELF”, creado en **Budapest**, el cual se origina en la Educación Conductiva de Andras Peto, quién se apoya en las investigaciones de

¹⁹ Tomado de los Manuales de APAC en p México, Sin fecha

²⁰ Es una técnica de estimulación integral (Hindu - Sueco) difundida por la psicóloga Jenny Pavisic

Pavlov, Vigostky y Luria. Este programa incluye aspectos que en otros métodos se manejan de manera separada, fundamenta sus bases en una mayor participación del niño en su propia educación, integrando con ésta la terapia física, ocupacional y del lenguaje. Pretendiendo desglosar los patrones motores de movimiento más adecuados, más funcionales, pero con mayor participación e iniciativa del niño, tanto física como intelectualmente, es decir, al abordar la motivación, el lenguaje, la repetición y la funcionalidad en el movimiento se facilita la independencia de las personas con daño neurológico a nivel educativo y psicomotriz.

Tales conceptos obligan a la creación de un nuevo profesionalista de la rehabilitación integral, el cual tiene una mayor preparación en todas las áreas involucradas de la rehabilitación, a este profesionalista en el sistema "MELF" recibe el nombre de Facilitador o Guía (aquí la palabra facilitar implica facilidad y hacer más fácil, como meta del sistema) y trabaja de manera **Transdisciplinaria**

Donde el maestro, el psicólogo, el trabajador social, el terapeuta de comunicación y lenguaje, el terapeuta ocupacional y el fisioterapeuta trabajan conjuntamente nutriéndose con los conocimientos de cada uno y recibiendo, paralelamente, una preparación académica de todas las disciplinas relacionadas con la rehabilitación integral mediante cursos programados

Los puntos básicos de esta metodología son:

- 1) No es un método de tratamiento, es un sistema educacional;
- 2) Se debe reemplazar el trastorno de la función "disfunción", por la corrección de la función alterada hacia una ejecución más cercana a lo normal;
- 3) Tiene como base la intención rítmica, consiste en aprender movimientos y esquemas necesarios para la vida diaria (cada movimiento se acompaña de la palabra; esto se logra a través del reforzamiento y repetición, llevando a cabo un método específico de aprendizaje);
- 4) El facilitador necesita un entrenamiento especial, transdisciplinario, que lo capacite para integrar, educar y coordinar;
- 5) Para regular las actividades del grupo, debe establecer una atmósfera que facilite un contacto íntimo del facilitador con cada niño. El grupo debe funcionar como una unidad;
- 6) Se debe enseñar que el movimiento tiene una meta, que inicia de manera refleja, después

intencional y posteriormente forma parte de su conducta y de su comportamiento;

7) La continuidad es la motivación, elemento condicionante en la Educación Conductiva

En esta institución, la autora de esta tesis participó en el “**Programa de Niños**”, en el grupo de Movilización “A”. Cuyo objetivo fundamental fue el brindar rehabilitación integral a través del sistema Movimiento, Educación, Lenguaje y Funcionalidad. El grupo estuvo integrado por 7 niños con P. C. severa, con edades que fluctúan entre los 6 y los 15 años de edad. Se busco que el grupo tuviera características similares, primeramente en escolaridad y después en el aspecto físico

Integrando al sistema las siguientes facilitaciones individuales:

- a. Intención Rítmica - El facilitador da la instrucción, éstas son repetidas por el grupo primero y luego realizadas con cierto ritmo Ejem Facilitador “yo levanto mi brazo”; Niños y Facilitador: “yo levanto mi brazo” “lo levanto, lo levanto, lo levanto” (lenguaje dinámico)
- b. Motivación - Las sesiones deben ser agradables y entretenidas para todos y debe darse reforzamiento constante, elogiándose los logros de los alumnos.
- c. Continuidad - Aplicando tareas seriadas, es decir, se desglosa un patrón motor en sus componentes partiendo de lo más sencillo a lo más complejo
- d. Autofacilitaciones - Una vez que la tarea es entendida y un movimiento interpretado, se involucra al niño a que lo realice por sí mismo
- e. Facilitaciones Manuales - Se realiza mediante actividades programadas como. saludo, corrección de postura, introducción al tema, higiene, prealimentación, alimentación, limpieza dental, recreo, actividades concretas, relajación (a través de ejercicios respiratorios y descanso) y despedida

En cuanto al programa escolar que se sigue, es el que marca la SEP, a nivel de preprimaria y primaria, realizando las adaptaciones necesarias bajo la supervisión de la asesora pedagógica y utilizando los métodos y técnicas adecuadas a la situación real de los niños

La psicóloga en APAC, realizó una programación individual considerando el avance de cada uno de los niños, en el que se involucraba a los padres sobre las actividades, con el fin de que el trabajo que se realiza en la institución se continúe en el hogar. También la programación se realizaba tomando en cuenta un temario de circulación interna cubriendo ciertas áreas específicas por ejem Área social y/o emocional, temporal, psicomotricidad (gruesa y fina), independencia personal, sensopercepción, área de trabajo (respuesta al sonido y palabra, discriminación gruesa y fina, ritmo), área del lenguaje y área cognitiva.

Otra función que realizó la exponente de este estudio fue la de adornar la escuela con adornos alusivos al mes y el profesionista llámese psicólogo, pedagogo, normalista o maestro de educación especial se consideran los responsables de entregar cada dos meses un reporte de los avances y/o retrocesos de cada uno de los alumnos, así como de los objetivos a cubrir durante los siguientes meses “Como se puede observar hay ciertas funciones que se comparten”, dice la autora “por lo mismo es difícil marcar un límite entre éstas”

Aparte psicología y pedagogía aplican juntos una evaluación para canalizar a los niños a sus grupos correspondientes.

La autora en su análisis final cita que en su experiencia laboral abordó las áreas Educativa, Clínica y Educación Especial. Teniendo como limitantes en sus funciones y en el desarrollo de los niños, la “heterogeneidad” de los alumnos debido a su “atipicidad”, la sobreprotección de los padres, así como su escasa participación, el hecho de no recibir capacitación previa a lo que se tiene que realizar en la Asociación, como también el hecho de carecer en la formación profesional de conocimientos sobre terapia física, requisito indispensable para el trabajo con niños con parálisis cerebral

Finalmente, Juárez Paredes (Ibídem) afirma que el papel que juega el psicólogo en las escuelas o instituciones donde se atiende a personas con alguna limitación, es fungiendo como maestro de grupo, confirmando que el psicólogo no tiene una identidad propia, siendo la misma institución la que le asigna su rol.

Como se pudo observar a lo largo de estos estudios, a medida que el niño presenta severas alteraciones sensoriales y de movimiento, los requisitos del programa que se le

aplican son mayores Rebasando las necesidades de éstos a las teorías planteadas, requiriéndose el manejo de más de una teoría, conjuntando programas o adecuándolos a las necesidades particulares de la población tratada y a las individualidades Aunque también hay que considerar que, estas teorías han sido desarrolladas en otros países y traídas a México, con muchos estudios que las respaldan, pero es importante considerar, ¿qué tanto se apegan a las Necesidades de los Niños Mexicanos y a las Posibilidades Socioeconómicas de nuestro país?, o como afirma Marianne Frostig (1993) en su libro Educación Especial para una Ubicación Social Apropriada.”*¡Nuestras Realidades son Diferentes! y ¡Nuestras Soluciones También Deben Serlo!*”. Ya que si bien, un niño mexicano biológicamente es igual a un menor francés, chino o canadiense, entre otros, las diferencias radican por un lado en los aspectos psicosociales (de alimentación, educación y cultura), que influyen en su desarrollo. Por otro lado, la mayor incidencia de alguna “deficiencia” en particular en la población cambia en base a lo anterior, por ejem en México se presentan más deficiencias, (P.C., problemas de aprendizaje, retardo mental) causadas por desnutrición y en E U ésta no es una causa predominante Lo que determina las alteraciones que presenta el niño en base al origen de su problema, por ejem. un paciente con parálisis cerebral espástica cuyo origen fue la falta de oxígeno durante o después del nacimiento, comparado con otro P.C. espástico cuya etiología radica en la presencia de crisis convulsivas, cambia también de acuerdo al tipo y frecuencia de éstas. Así mismo cambia si el origen es por traumatismo

En la práctica diaria aún entre la población con parálisis cerebral espástica, no se encuentran dos casos idénticos entre sí, a pesar de que teóricamente se nos muestran ciertas características, se encuentran diferencias, en cuanto a intensidad de la lesión, la mayor o menor presencia de alteraciones sensoriales y los predominios de tono muscular. Lo que determina el grado de movilidad y la probable evolución Otro ejem. extremo es el Sx De Down, en donde también se encuentran diferencias de mayor o menor severidad de deficiencia, así como características propias de personalidad, como cualquier niño “normal”

Otro aspecto diferente es la forma de abordar a la población con necesidades especiales en base a la presencia o carencia de alta tecnología, el mayor o menor uso de electromiograma (EMG) para retroalimentación biológica, la mayor o menor utilización de

tina de hidromasaje, el uso de computadoras, sillas de ruedas muy especializadas, prótesis, férulas que se tienen que cambiar de tamaño conforme el niño va creciendo, aparatos ortopédicos, aparatos auditivos, etc. Sobre todo si sé esta trabajando con población de muy bajos recursos.

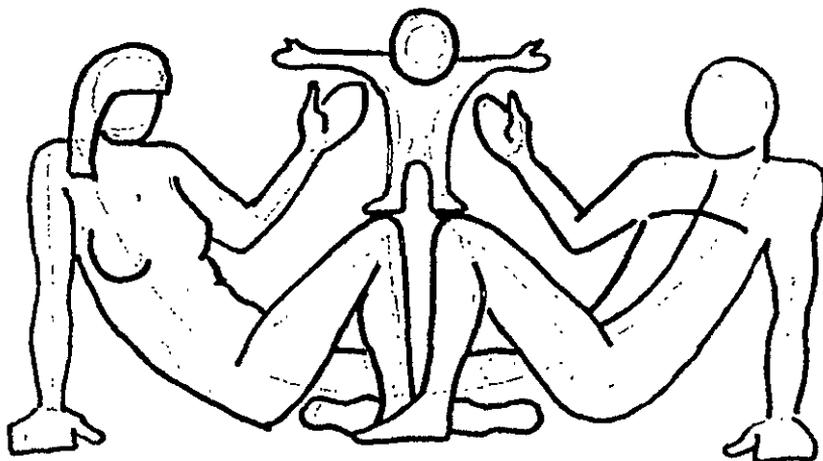
Considerando lo anteriormente expuesto, además de que la mayoría de la población de la Casa Hogar “Don de Dios”, presenta serias alteraciones sensoriales y de movimiento, en base a ésta y a otras necesidades específicas como: alta población, la carencia de padres o familiares que apoyen y den seguimiento al tratamiento, la baja asistencia de recursos humanos y el considerar que es una institución de caridad, que no cuenta con muchos recursos.

Por lo tanto, con base a lo expuesto hasta aquí, podemos plantear como propuesta la aplicación del Programa Educar por Movimiento y Posiciones por considerar que integra en un sólo programa todos los elementos para tratar este tipo de pacientes.

A continuación se plantean los elementos básicos del Programa Educar por Movimiento y Posiciones, aplicado a pacientes mexicanos con requerimientos de Educación Especial y Rehabilitación.

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

EDUCAR POR MOVIMIENTO Y POSICIONES



“RECREAR PARA CREAR”

CREAR ES:

"Encender amorosamente el organismo humano, para generar la fuerza que impulsa al hombre a la toma de decisiones importantes que le permiten enfrentar los problemas con valentía y perseverancia, hasta llegar a la consolidación de ideas innovadoras basadas en el conocimiento de lo ya establecido. Crear es también, hacer arte".

PRINCIPIOS BASICOS DEL DESARROLLO DEL PENSAMIENTO CREATIVO

"El conocer las tres primeras etapas del desarrollo integral del niño, permite comprender cuáles son los mecanismos anatómo-funcionales que determinan el proceso de enseñanza aprendizaje, que fortalece la presencia del pensamiento creativo. En estas etapas quedan debidamente establecidas las características del desarrollo que son puramente humanas. La posición bípeda, el inicio del lenguaje consecuente al desarrollo del pensamiento, la prensión cúbito-palmar y la pinza fina.

Si se toman como base de la educación los elementos antes mencionados se favorece el desarrollo del pensamiento creativo. Crear no es sólo una posibilidad para quienes por herencia han sido dotados de una gran capacidad imaginativa. La Educación Integral que fortalece en forma simultánea el desarrollo de la Actividad Muscular y de la Actividad Cerebral Superior es una importante opción para desarrollar y realizar ideas originales".

Bertha Garcia Medina

1.5. Propuesta de Trabajo.

A continuación se mencionan los aspectos básicos del **Programa Educar por Movimiento y Posiciones**. Sus inicios, fundamentación teórica, formas de evaluación y tratamiento, así como sus aportaciones a la Educación Especial y Rehabilitación Integral; ya que en dicho programa se sustenta el trabajo del psicólogo en la Casa Hogar "Don de Dios".

1.5.1. Programa Educar por Movimiento y Posiciones.

a) Como se Inicia.

Este programa está respaldado en las experiencias acumuladas por la T. F. Bertha García Medina en 44 años de buscar en el desarrollo del proceso creativo, (desarrollo humano integral) alternativas para solucionar las necesidades integrales de grupos numerosos de pacientes con alteraciones en el desarrollo tales como: La parálisis cerebral, el síndrome de Down, la hiperactividad, el autismo y el niño maltratado entre otros ¹

Veinte años después de iniciada esta labor de rehabilitación, el maltrato familiar sufrido por una niña con parálisis cerebral impulsó a la autora a estudiar el Desarrollo Humano Integral, para buscar en él, alternativas que le permitieran satisfacer el cuadro general de necesidades presentadas por un primer grupo de 38 niños con lesión cerebral atendido en Culiacán, Sin. En este grupo cada madre trató a su hijo con previa orientación, dicha orientación consistió en enseñarles las necesidades de sus niños: de movimiento y posición, a través de la terapia Física. A cada movimiento o posición se unió un estímulo, un conocimiento o una regla social, considerando también necesidades de alimentación y de lenguaje. La idea principal era emplear todo lo existente en un hogar ordinario, como

¹ García Medina B. Programa Educar por Movimiento y Posiciones. En prensa. Citado con autorización de la autora

herramienta de apoyo en la rehabilitación. Para ello se utilizaron camas y catres en vez de colchonetas, botes de desecho en lugar de cilindros. Estímulos como el color natural de las frutas, jugos y verduras para enseñar a los niños los colores, su forma y características. También se utilizaron los utensilios de cocina y los muebles reales en vez de ilustraciones.

Se aprovecharon todos los espacios de la casa; por ejemplo en el baño y el lavadero se dio hidroterapia. Los vecinos y los servidores públicos que ocasionalmente llegaban colaboraron con el grupo. El cartero les explicaba a los niños en que consistía su actividad y prestaba un puñado de cartas para que todos contaran a coro cuántas eran. Los padres elaboraron también sencillos móviles, cuadernos de trabajo y modestos juguetes. El juego, el canto y las bromas enriquecieron el proyecto. La orientación en este grupo duró 3 años, al mismo tiempo que los integrantes del grupo fueron en aumento.

La responsabilidad familiar y grupal fortaleció el desarrollo conjunto de todos los integrantes, situación que permitió que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral para la Familia DIF de Culiacán, Sinaloa los llamara a colaborar en su Escuela de Enseñanzas Especiales. Dicha colaboración duró 4 años, dando como resultado grandes avances en los niños y sus familias en las diferentes áreas, observaciones, experiencias y análisis que enriquecen aún más este programa y a las personas involucradas en el

b) Fundamentación Teórica.

Principios Básicos del Desarrollo Humano Integral

Con esta tesis, sólo se pretende abordar el proceso de evaluación y tratamiento de un caso correspondiente al primer nivel de maduración del SNC. Debido a lo extenso de la fundamentación teórica, de las evaluaciones y de los manuales de tratamiento correspondientes a cada nivel de desarrollo, por tal motivo se procedió a seleccionar la información:

En el **esquema No 1** se puede observar la magnitud de lo que teóricamente fundamenta esta concepción del desarrollo humano integral; con la Interrelación de los Sistemas Corporales, Ambientales Socioculturales y Naturales, que facilitan el proceso de Enseñanza - Aprendizaje.

Las revisiones bibliográficas (afirma García, op. cit.) hasta hoy consultadas no han permitido localizar una teoría del aprendizaje que permita enfrentar en una sola disciplina los procesos de desarrollo humano integral. Las teorías del aprendizaje que mayor aportación han hecho a este programa de actividades son: **La Maduracionista de Gessel** y **la Cognoscitivista de Piaget**. En el programa Educar por Movimiento y Posiciones se contemplan en forma paralela el maduracionismo y el cognoscitivismo

Educar por Movimiento y Posiciones tiene su raíz en el estudio del Desarrollo Humano Integral (desarrollo “normal” de las relaciones humano ambientales que facilitan el proceso de enseñanza-aprendizaje) y en el estudio del juego espontáneo que comúnmente realiza el niño. Lo que se explica a continuación.

Por su carácter multisensorial, el juego espontáneo ² afecta simultáneamente todas las vías receptoras del conocimiento (sensitivas, propioceptivas y exteroceptivas) Es por ello

² Se habla de la **multisensorialidad** del juego, porque fue esta actividad lo que permitió a la autora el percibir lo integral del desarrollo humano. Además de tratarse de un ejemplo de fácil comprensión

que en este tipo de actividades, el niño está expuesto a un conjunto de ricas experiencias que fortalecen el desarrollo de su proceso creativo (el proceso creativo, se refiere al resultado de la estimulación integral: la imaginación, inventiva, innovación, superación de obstáculos, etc. aplicados en los diferentes aspectos de la vida y que forman parte de la maduración de la Actividad Cerebral Superior); situación que se hace evidente en la capacidad de imaginación que el niño aprovecha para resolver los problemas que enfrenta en el juego.

Antes de abordar concretamente el Desarrollo Humano Integral, se tratan los siguientes aspectos básicos del Programa Educar por movimiento y Posiciones:

El Objetivo Principal de Educar por Movimiento y Posiciones es: tener salud física y mental reportada por una sonrisa, esto es a través de un trato integral; con la finalidad de desarrollar al máximo el potencial del paciente en sus diferentes áreas.

"Cuidar debidamente a un niño, es cuestión de programarle amorosamente actividades que fortalezcan simultáneamente el desarrollo del movimiento, el conocimiento y la socialización, educación creativa que lo prepara para una futura vida independiente".³

En cualquier enfermedad o padecimiento existe un desequilibrio en la familia, este programa inicia con el fortalecimiento de la misma. "Los serios desordenes emocionales detectados en los familiares - afirma la autora- como depresión, agresividad y euforia, fueron un indicador de que, el desarrollo del niño no se puede contemplar separado del comportamiento familiar. Además de considerar que es en la familia, donde se encuentra el porvenir seguro del niño"⁴

A continuación se describe la concepción del desarrollo humano integral desde el punto de vista de Educar por Movimiento y Posiciones:

³ Palabras de Bertha García Medina en entrevista personal el día 12 de noviembre de 1996

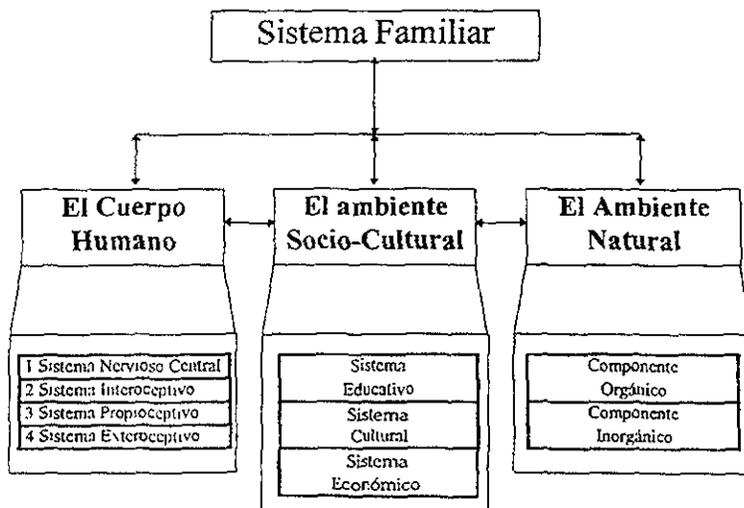
⁴ Palabras de Bertha García Medina op cit

Desarrollo Humano Integral: “Es el proceso evolutivo de las manifestaciones físicas (sensitivas propioceptivas, posición y movimiento) y psicosociales (sensitivas exteroceptivas, cognoscitivas y sociales). Este proceso que se inicia con la fecundación y perdura a lo largo de la vida, tiene como base la herencia genética, las relaciones humano ambientales que facilitan el proceso de enseñanza-aprendizaje y la maduración de las estructuras neuronales”.⁵

El esquema No 1 muestra dicha concepción del Desarrollo Humano Integral.

⁵ Tomado de García Medina Programa Educar por Movimiento y Posiciones. En prensa. Citado con autorización de la autora

EDUCAR POR MOVIMIENTO Y POSICIONES
DESARROLLO HUMANO INTEGRAL



ESQUEMA No. 1

Entendiendo el **Sistema Familiar** como: Aquel que agrupa a personas consanguíneas (o no) que viven bajo un mismo techo y que establecen estrecha relación basada en el afecto, en el respeto a sus raíces culturales y en la formación de hábitos. ⁶

En este sistema se incluye.

A. El Cuerpo Humano:

Considerando los principales sistemas que intervienen en el proceso de aprendizaje, se divide en

1. **Sistema Nervioso Central:** Conjunto de tres secciones (médula, tallo cerebral y cerebro), que coordina la totalidad de los estímulos internos y externos que afectan al organismo. Siendo su principal función la aferencia y la eferencia.
2. **Sistema Interoceptivo:** Conjunto de órganos vitales automáticamente regulados, que favorecen la supervivencia. Ejem. el sistema cardiovascular y el sistema digestivo.
3. **Sistema Propioceptivo:** Grupo de elementos receptores de estímulos que se insertan en los músculos, ligamentos, tendones y articulaciones. Este sistema regula la actividad muscular que le permite a la persona relacionarse con el ambiente a través de la posición y el movimiento.
4. **Sistema Exteroceptivo:** Comprende a los órganos de los sentidos (vista, oído, olfato, tacto y gusto) que permiten la percepción de estímulos ambientales como luz, color, sonido, textura, aroma y sabor.

⁶ Estos conceptos han sido retomados de la metodología **Educación por Movimiento y Posiciones**. Citados con

B. Ambiente Socio-Cultural:

- a) **Sistema Educativo:** Agrupa a profesionistas que programan actividades adecuadas para fortalecer el desarrollo armónico de las relaciones humano ambientales, que facilitan el proceso de Enseñanza - Aprendizaje, y quienes informalmente intervienen en la educación, como los padres, familiares, etc

- b) **Sistema Cultural:** Incluye a todos los elementos que la creatividad humana (específica de cada cultura) ha desarrollado a través de la historia (formas de comunicación y procesos que permiten transformar la materia y las tradiciones).

C. Sistema Natural:

Incluye la materia, la energía, la fuerza y el trabajo, así como su componente orgánico e inorgánico

Estas constantes relaciones humano ambientales estimuladas en el tratamiento, favorecen el Desarrollo Humano Integral de los pacientes (maduración; que permite identificar el desarrollo de las estructuras neuronales a través del funcionamiento corporal).

El estudio del Neurodesarrollo ⁷ visto a través de. 1) Las etapas del desarrollo familiar; el niño, el adolescente, el adulto y el anciano (**Esquema No 2**), y 2) A través de los Niveles de Maduración del Desarrollo Humano Integral (**Esquema No 3**). Los cuales permiten identificar los cambios físicos y psicosociales que caracterizan el desarrollo muscular (sensibilidad propioceptiva, posición y movimiento) y de la actividad cerebral superior (sensibilidad exteroceptiva, conocimiento y socialización); patrones conductuales

autorización de la autora

⁷ Se refiere a la maduración que da la función **Programa Educar por Movimiento y Posiciones.**

que hacen posible el estudio comparativo entre el patrón normal y las alteraciones en el desarrollo

A medida que el infante crece y se desarrolla en las diferentes áreas, se da una constante interrelación con la maduración del SNC; y de acuerdo al repertorio que presenta, nos permite conocer su nivel de maduración, tanto en el niño "normal" como en el que tiene alteraciones en el desarrollo.

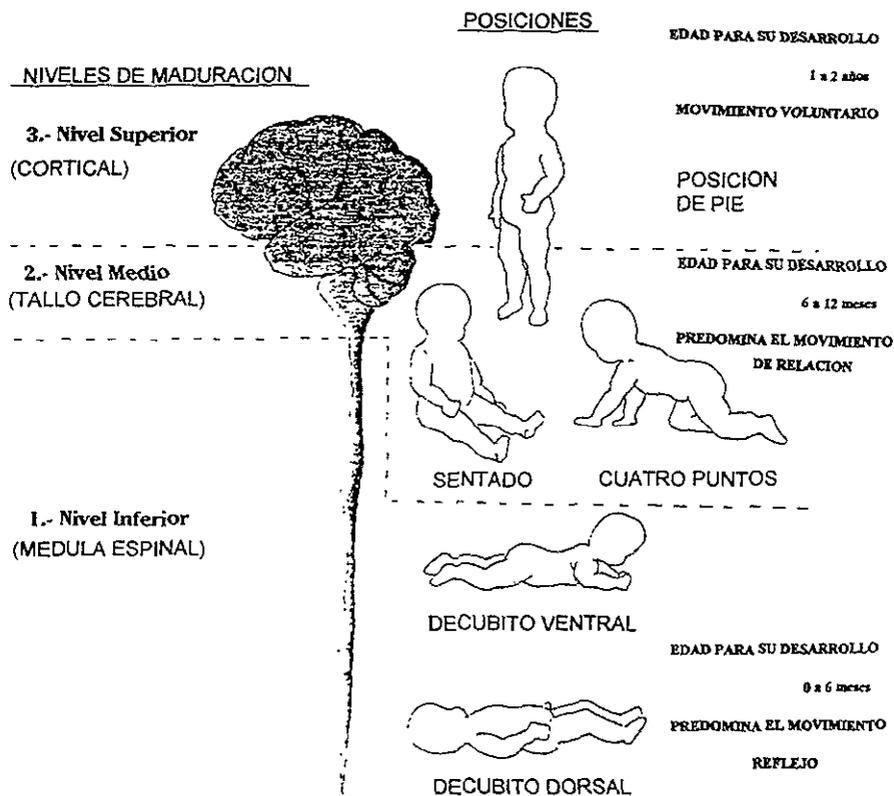
ETAPAS DEL DESARROLLO FAMILIAR

ETAPA I	El adulto mayor o el adulto pareja	30 a 60 años.
ETAPA II	El niño lactante	Primera Fase: 0 a 30 días Segunda Fase: 30 días a 6 m. Tercera Fase: 6 a 12 meses
ETAPA III	El niño maternal	Primera Fase: 1 a 2 años Segunda Fase: 2 a 3 años
ETAPA IV	El niño preescolar	Primera Fase: 3 a 4 años Segunda Fase: 4 a 5 años Tercera Fase: 5 a 6 años
ETAPA V	El niño escolar	6 a 12 años
ETAPA VI	El adolescente	12 a 18 años
ETAPA VII	El adulto joven	18 a 30 años
ETAPA VIII	El anciano	60 años en adelante

ESQUEMA No 2

EDUCAR POR MOVIMIENTO Y POSICIONES

ESQUEMA DEL DESARROLLO HUMANO INTEGRAL



ESQUEMA No. 3

En relación al **esquema 3**, se considera como

Movimiento Reflejo.- Se asocia a las respuestas corporales motrices (no intencionadas), en las que no interviene la conciencia (voluntad). Estos movimientos son heredados al recién nacido, favorecen la supervivencia y la adaptación del organismo en el ambiente. Son movimientos que le permiten descubrirse a sí mismo, iniciar su relación con el medio ambiente y prepararlo para la adquisición de repertorios más complejos.

Movimiento de Relación Primario.- Hace referencia a las capacidades motrices cuya respuesta obedece a la presencia de estímulos ambientales, socio-culturales y naturales. En el adulto, una respuesta de relación se asocia a la toma de decisiones provocadas por estímulos externos, sin que dicha decisión haya sido sometida al proceso inhibitorio, que ejerce el desarrollo de la voluntad que tiene como base el “**pensamiento positivo**”.

El **Pensamiento Positivo** es lo mismo que **Pensamiento Creativo**. Se trata de un tipo de pensamiento que evita que las personas vivan en eterno conflicto. es decir, que sepan enfrentar los problemas y buscar solución a los mismos, con base en el conocimiento de sí mismo y de la búsqueda de relaciones armónicas con el ambiente.

Movimiento Voluntario (de Relación Secundario) .- Esta basado en el desarrollo del pensamiento positivo, determinado por la adquisición de valores que determinan el nivel de conciencia social y ambiental natural (juicio, razonamiento, autocrítica y pensamiento lógico)

La relación existente entre el movimiento voluntario y el funcionamiento cerebral superior es consecuente con la maduración del tercer nivel del SNC. Nivel en el que el movimiento es determinado por el desarrollo del pensamiento que tiene como base la adquisición de conocimientos. El movimiento voluntario es pues el climax de la

interrelación existente entre la posición, el movimiento y la socialización. Es por ello que el programa se llama Educar por Movimiento y Posiciones.

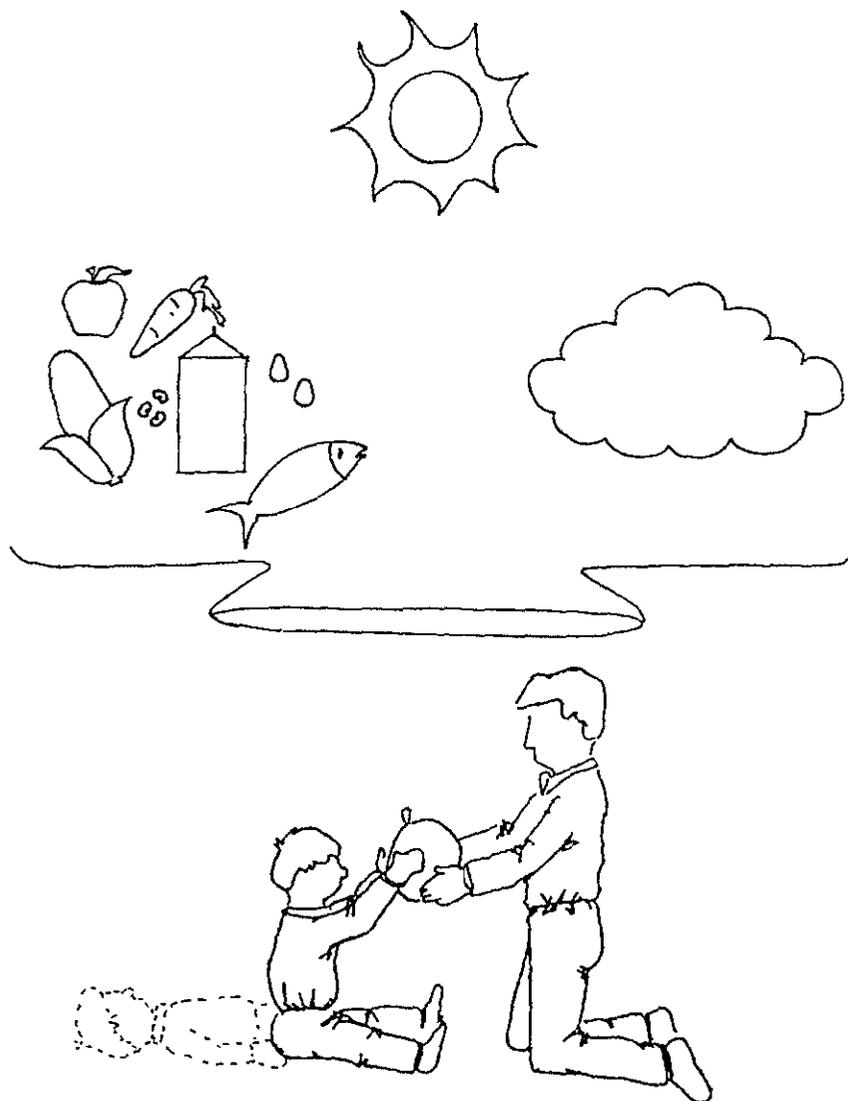
En función de la interrelación de los sistemas descritos, el **esquema 4** representa los principios básicos del proceso de Enseñanza-Aprendizaje, considerando como aprendizaje:

"El conjunto de habilidades sensitivas, corporales, orofaciales y manuales; cuya evolución resulta de las experiencias que proporcionan las relaciones humano-ambientales, que da base a la información susceptible de ser "almacenada" (adquisición de conocimiento)". ⁸

Este esquema (No 4) es representativo de la concepción que en Educar por Movimiento y Posiciones tiene acerca del desarrollo humano integral. En él se puede observar que dicho proceso emerge de las relaciones humano-ambientales que facilitan el proceso de enseñanza-aprendizaje, como consecuencia de la interrelación del hombre con el ambiente. ¿Acaso existe la vida sin la socialización, sin el oxígeno y los nutrientes? ¿Acaso, en la naturaleza del desarrollo humano las áreas se dividen?

⁸ García Medina B. Ibidem

EDUCAR POR MOVIMIENTO Y POSICIONES
ESQUEMA DEL DESARROLLO HUMANO INTEGRAL



ESQUEMA No. 4

c) Método de las Actividades.

1. Evaluación

Para diseñar un programa de trabajo que permita satisfacer las necesidades integrales de la persona a tratar, se deben llevar a cabo dos tipos de evaluación. En primer término se debe conocer el Desarrollo Familiar del caso y en segundo lugar, el Nivel de Desarrollo de la Actividad Muscular y de la Actividad Cerebral Superior del evaluado

El paquete de pruebas que permite recabar los Datos Familiares, está constituido de la siguiente manera:

- a) Antecedentes Socio-económicos y Culturales
- b) Relaciones Interpersonales
- c) Destrezas y Habilidades
- d) Síntomas Derivados de Problemas Emocionales (ver esquema No 5)

El Nivel de Desarrollo de la Actividad Muscular y de la Actividad Cerebral Superior, se determina en base a un estudio comparativo del desarrollo del paciente con la Guía de Desarrollo Integral.⁹

⁹ García Medina B. Guía del Desarrollo Humano Integral. Educar por Movimiento y Posturas. En Prensa

El Desarrollo Especifico de la Actividad Muscular se evalúa con las siguientes pruebas.

- a) Sensibilidad Propioceptiva
- b) Posición General y Articular
- c) Movimiento Reflejo, Movimiento de Relación y Movimiento Voluntario
(ver a continuación **esquema No 6**).

El Desarrollo de la Actividad Cerebral Superior esta constituido por las siguientes pruebas:

- 1. Sensibilidad Exteroceptiva
 - 2. Desarrollo del Proceso Creativo.
 - 3. Conocimiento y Socialización
 - 4. Expresión Corporal
 - 5. Expresión Oro-facial
 - 6. Expresión Manual
 - 7. Autocuidado
- (ver **esquema No 7**)

EDUCAR POR MOVIMIENTO Y POSICIONES
ESQUEMA DEL DESARROLLO HUMANO INTEGRAL

1. DESARROLLO FAMILIAR

Antecedentes socio – económicos y culturales	Relaciones interpersonales	Destrezas y habilidades	Síntomas derivados de problemas emocionales
<ul style="list-style-type: none"> - Personales - Académicos - Económicos - Habitaciones - Alimenticios - Transportación - Administración del tiempo libre 	<ul style="list-style-type: none"> - Familiares - De grupo 	<ul style="list-style-type: none"> - Corporales - Oro – Faciales - Manuales 	<p>Primarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Físicos - Psicológicos <p>Secundarios.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfermedades psicósomáticas

ESQUEMA No. 5

EDUCAR POR MOVIMIENTO Y POSICIONES
ESQUEMA DEL DESARROLLO HUMANO INTEGRAL

2 ACTIVIDAD MUSCULAR		
SENSIBILIDAD PROPIOCEPTIVA	POSICION	MOVIMIENTO
<ul style="list-style-type: none"> - Vital: <ul style="list-style-type: none"> • Dolor • Temperatura • Discriminación de dos puntos - Gnósica <ul style="list-style-type: none"> • Imagen corporal • Ubicación del cuerpo en el espacio • Discriminación de textura, forma, dimensión, volumen y peso 	<ul style="list-style-type: none"> - Inferiores o decúbitos - Medias o reacciones posturales - Superiores o reacciones de equilibrio - Específica de cada articulación 	<ul style="list-style-type: none"> - Reflejo - De partes específicas del cuerpo: <ul style="list-style-type: none"> • Cavidad oro-facial De relación • Cuello • Miembros superiores • Miembros inferiores - Integrado: <ul style="list-style-type: none"> • Cambios de posición Voluntario • Desplazamiento del Cuerpo - Articular: <ul style="list-style-type: none"> • Cavidad oro-facial Pasivo • Cuello Activo Asistido • Miembros superiores Activo Libre • Tronco Activo Resistido • Miembros inferiores

ESQUEMA No. 6

DESARROLLO HUMANO INTEGRAL

3. ACTIVIDAD CEREBRAL SUPERIOR						
Sensibilidad Exteroceptiva	Desarrollo del proceso creativo	Conocimiento y socialización	Expresión corporal	Expresión oro-facial	Expresión manual	Autocuidado
<ul style="list-style-type: none"> - Sencillas respuestas visuales y auditivas provocadas por estímulos dirigidos. - Autopercepciones visuales y auditivas producidas por estímulos ambientales. 	<p>1. Habilidades Básicas para el Aprendizaje y la Expresión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atención - Discriminación - Imitación. - Seguimiento de instrucciones. - Memoria. - Asociación. - Concentración. - Secuenciación. - Seriación. - Agrupación 	<ul style="list-style-type: none"> - La familia - Las formulas sociales. - El cuerpo humano. - El tiempo. - El espacio. - El hogar. - Los alimentos. - Los juguetes. - La ropa. - La loza. - Los utensilios de cocina. - Los muebles. - Los aparatos electrodoméstico. - Las plantas 	<ul style="list-style-type: none"> - Juego. - Deporte. - Trabajo creativo. - Baile. - Actuación 	<ul style="list-style-type: none"> - Gorjeo. - Laleo. - Onomatopeyas. - Palabras sencillas. - Oraciones sencillas. - Palabras complejas. - Oraciones complejas 	<ul style="list-style-type: none"> - Manipulación de juguetes, objetos y masas. - Pintura. - Dibujo. - Papiroflexia. - Modelado. - Escritura 	<ul style="list-style-type: none"> - Alimentación. - Aseo. - Vestido. - Control de esfínteres. - Desplazamientos fuera del hogar.

<p>- Búsqueda voluntaria de estímulos (por evocación).</p>	<p>2. Expresión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Corporal - Oro-facial. - Manual. - Autocuidado <p>3. Habilidades Básicas para Crear:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Responsabilidad familiar y grupal - Hábito al trabajo - Disciplina - Autoestima - Destreza corporal. - Destreza oro-facial - Destreza manual - Diseño innovador. - Perseverancia. <p>4. Pensamiento Creativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conciencia de desarrollo humano integral. - Observación - Imaginación - Análisis - Reflexión - Juicio - Razonamiento - Autocrítica. 	<p>- Animales domésticos-</p> <p>1. Del hogar, 2. La granja y 3. Del zoológico.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los colores primarios. - Los colores secundarios - Antecedentes de la numerosidad - Figura geométrica - Símbolos patrios - Los servidores públicos. - La numerosidad - Los fenómenos naturales. 		<p>- Narración integral (diálogo analítico).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lectura. - Canto. - Actuación. 		
--	--	--	--	---	--	--

2. Tratamiento Integral

El Tratamiento Integral es:

- 1 - Interdisciplinario, debido a que el desarrollo humano es tan complejo (integral), se segmenta para su estudio y al abordar todas las áreas de manera conjunta, se favorece ampliamente el desarrollo del paciente.
- 2 - Regula la actividad muscular.
- 3 - Facilita el proceso de Enseñanza-Aprendizaje, y
- 4 - Socializa en forma simultánea

Situación que fortalece la estimulación multisensorial, que afecta a todas las vías receptoras del conocimiento

Dicho en forma más sencilla, se trata de una terapia física educativa, que modifica la conducta humana por medio de técnicas de inhibición y facilitación. La inhibición de la actividad muscular, promueve una serie de estrategias de trabajo que están basadas en la desconstrucción muscular específica, grupal o generalizada. Con la facilitación de la actividad muscular se producen contracciones específicas, grupales o generalizadas. El equilibrio que genera este tipo de tratamiento, regula el tono muscular. La inhibición de la actividad cerebral superior, permite modificar las alteraciones sensitivas exteroceptivas y las conductas patológicas a través de la facilitación cognoscitiva y social, que tiene como base la recreación basada en el juego y el arte.

Para tratar integralmente al paciente con alteraciones en el desarrollo a través del Programa Educar por Movimiento y Posiciones, es indispensable conocer el reporte

médico y hacer un análisis del resultado de la evaluación del desarrollo familiar; así como de la actividad muscular y de la actividad cerebral superior que realiza el paciente.

Es básico para este tipo de tratamiento, educar a la familia en el conocimiento del desarrollo humano integral; debido a que la responsabilidad del mismo recae sobre los familiares bajo la supervisión del terapeuta.

El Tratamiento Integral se aplica por medio de tres rutinas de actividades a) rutina de inhibición y facilitación neurofisiológica y neuropsicológica generalizada, b) rutina de inhibición y facilitación neurofisiológica y neuropsicológica específica para la cavidad oro-facial, c) rutina de inhibición y facilitación neurofisiológica y neuropsicológica específica para los miembros superiores. Estas tres áreas son aplicables a todas las etapas del desarrollo humano

a) Con la **rutina de inhibición y facilitación neurofisiológica y neuropsicológica generalizada** se tratan las alteraciones posturales, el movimiento de partes específicas del cuerpo (cavidad oro-facial, cuello y miembros superiores) y el movimiento integrado (reacciones de enderezamiento y desplazamientos del cuerpo) A cada posición y movimiento, se une un conocimiento y se promueve una regla social

b) La **rutina de inhibición y facilitación neurofisiológica y neuropsicológica específica para la cavidad oro-facial**, regula también la actividad muscular, facilita el proceso de enseñanza-aprendizaje y socializa simultáneamente para facilitar el desarrollo de la alimentación y del lenguaje

c) La **rutina** número tres, regula simultáneamente la **actividad muscular específica de los miembros superiores**, facilita el proceso de enseñanza-aprendizaje y socializa para fortalecer el desarrollo de habilidades ojo-mano que conllevan a la expresión gráfica (pintura, dibujo y escritura), a la papiroflexia y al modelado entre otras

La conjugación de todas las rutinas facilita el desarrollo del autocuidado.¹⁰

Las etapas de aplicación del tratamiento son determinadas en la actividad muscular por el nivel de maduración del sistema nervioso central, localizado en la evaluación integral:

1. nivel inferior, 2. nivel medio, 3. nivel superior (revisar el esquema No 3)

Las etapas de desarrollo de la actividad cerebral superior se relacionan a las diferentes etapas del desarrollo familiar: a) el niño lactante b) el niño maternal c) el niño preescolar d) el niño escolar e) el adolescente f) el adulto joven g) el adulto mayor h) el anciano (Ver esquema del desarrollo familiar, cuadro No 2).

La Actividad Muscular y la Actividad Cerebral Superior, se estimula considerando los puntos anteriores; a través del juego, la música, el canto, el baile, la pintura, el dibujo, la papiroflexia, el cuento, los trabajos manuales y otras actividades diseñadas para integrar adecuadamente el movimiento, al conocimiento y las reglas sociales. Permitiendo con ello, el fortalecimiento del desarrollo en el proceso creativo, que permite a la vez desarrollar el conocimiento y la habilidad (García Medina, *Ibidem*)

La metodología cuenta con manuales de procedimientos para tratar cada etapa de desarrollo de la Actividad Muscular y Cerebral Superior; así mismo cuenta con materiales didácticos requeridos para la aplicación de actividades interdisciplinarias. Estos manuales y materiales, están en proceso de producción, aún inéditos.

¹⁰ "46 años de práctica han permitido constatar que la adquisición de las habilidades de autocuidado resultan más eficientemente ante la búsqueda del desarrollo conjunto de la posición, el movimiento, el conocimiento y la socialización, que ante la repetición de conductas específicas para alimentarse o asearse entre otras (a excepción del control de esfínteres que sí requiere cierto entrenamiento). Otra importante experiencia en relación al desarrollo de habilidades no buscadas, fue el desarrollo del lenguaje; quienes trabajamos con este programa de actividades no somos terapeutas de lenguaje, sin embargo casi la totalidad (esto depende del grado de severidad) de los niños que llegan sin hablar, hablan, con la terapia física educativa que maneja niveles totalitarios para el desarrollo conjunto de la actividad muscular y de la actividad cerebral superior" García Medina. **Educación por Movimiento y Posiciones**. En prensa

d) Aportaciones del programa Educar por Movimiento y Posiciones a la Educación Especial y Rehabilitación.

Este Programa proporciona elementos integrados para el Estudio, Evaluación y Tratamiento de pacientes con alteraciones del desarrollo y sus familiares.

Las principales aportaciones de este programa a la Educación Especial y Rehabilitación son las siguientes:

1. Concebir al ser humano como un todo (integral).
2. Considera a la familia como parte del caso (ver Modelo Familiar), por lo que también se le brinda atención, para que se encuentren en condiciones de facilitar el tratamiento del paciente.
3. Un solo terapeuta brinda atención integral de manera interdisciplinaria, procurando la coordinación en el tratamiento de cada área; para así lograr una verdadera atención integral
4. Es una gran alternativa de atención para los lugares con insuficiente personal calificado y/o gran población de pacientes; ya que mediante la capacitación de familiares o voluntarios y la supervisión continua de un profesional calificado (además de un supervisor médico), es posible dar atención a toda la población de una institución
5. Disminuye el costo de atención, debido a que emplea materiales sencillos y baratos, sustituyendo a los costosos
6. Se observan buenos resultados en menos tiempo (en función del caso), ya que al cuidar todas las necesidades en conjunto favorece el progreso del paciente
7. Promueve la creatividad del paciente, la familia y el terapeuta

“En estudio comparativo de la aplicación simultánea de este programa con otras formas de trabajo, las enormes ventajas de tratar en una sola disciplina fueron obvias” (García Medina, op. cit). La motivación a través de la educación creativa y recreativa y el tratamiento integral son elementos claves en esta forma de tratamiento

CAPITULO 2

2.1 Descripción de la Institución, “CASA HOGAR DON DE DIOS”.

A continuación se tratan los antecedentes, características y organización, de la “Casa Hogar Don de Dios”, en donde el Programa Educar por Movimiento y Posiciones es aplicado por el psicólogo en el área de Educación Especial y Rehabilitación

a. Antecedentes.

El 7 de octubre de 1950 se dio la aprobación por Roma para la fundación de las “Misioneras de la Caridad”, congregación creada por la Madre Teresa de Calcuta para ocuparse de los más pobres entre los pobres, personas rechazadas, olvidadas, totalmente privadas de la sociedad, en completa soledad, niños abandonados, enfermos, leprosos, etc.¹

¹ Madre Teresa de Calcuta. *Tu me das el Amor*. Escritos recogidos y presentados por G. Gortez y J. Barbier

La Madre Teresa ha sido considerada una filósofa y una humanista con un amplio sentido del valor de cada ser humano, lo cual es expresado en sus pláticas y en las constituciones, que son la base de su congregación:

"Todo hombre tiene derecho a un mínimo de "tener" que le asegure su supervivencia, pero más todavía a la palabra, a la justicia, al crecimiento, al amor. A ser "único". Todo hombre en estado de miseria moral tiene derecho a ser "protegido" en su desgracia", y "se reconoce la dignidad, el valor único e infinito de cada vida humana".² ...

..... "En estos tiempos de desarrollo todo el mundo anda con prisa y se atropella, y por el camino hay personas que caen, que no tienen fuerzas para correr. A esos es, a los que nosotros queremos cuidar" ²

....."Hambrientos no sólo de pan, sino también de existir para alguien, desnudez no únicamente de vestido, sino también de falta de compasión, ya que muy pocas personas la conceden a desconocidas; falta de abrigo, no sólo de un refugio construido con piedras, sino de un corazón amigo del que uno pudiera decir que tiene a alguien junto a sí" "Ellos tienen el mismo derecho de la vida y al amor, que cualquiera". ²

Aunque las obras de caridad son colectivas, la caridad es individual, la Madre Teresa cree en la relación de persona a persona. Sirve a Dios sirviendo al hombre, trabajando por el pobre con un corazón humilde y entregado.

"Nuestra vocación, para que sea bella, ha de estar llena de consideración para con los demás" "Son las madres, la familia las que hacen del hogar un centro de amor y de nuestras comunidades lugares felices". ²

Esta congregación fue inicialmente instituida en Calcuta, se extiende por toda la India, y más tarde por todo el mundo. Algunos de estos países son Venezuela, Colombo, Roma, Tanzania, Australia, Jordania, Inglaterra, Nueva York, Isla Mauricio, Israel, Yemen, Perú, Etiopía, Camboya, Sicilia, Nueva Guinea, Guatemala, Haití, Hong Kong, Corea, Argentina, Panamá, Líbano, Alemania, Yugoslavia, Brasil, Cuba y México. Conformándose más de 587 hogares, en más de 125 países, apoyados por hermanas, hermanos, padres y colaboradores

Editorial Sal Terrae, Santander, España, 1979. 106

² Madre Teresa, *Ibidem* 36, 39, 37, 30

Formando: escuelas, hogar para moribundos, enfermos de SIDA, lepra, hogar para huérfanos, ancianos, etc

Algunos de los reconocimientos a su labor son los siguientes (Doig, 1979).

- Le otorgan el premio Padmashree, en la India, así como el premio Magsaysay a la Comprensión Internacional, en Filipinas, 1962.
- En 1971 recibe de Pablo VI, en Roma, el premio de la Paz Juan XXIII, siendo la primer Mujer del mundo a quién se le otorga. En ese mismo año recibe el premio Internacional John F. Kennedy y en Washington se le da el título de Doctora en Humanidades.
- Recibe el premio Nehru, 1972, en Nueva Delhi
- En Londres, el premio Templeton al "Progreso en la Religión" (1973).
- Recibió el Premio Nobel de la Paz en 1979, y el premio Balzan en Roma

b. Características.

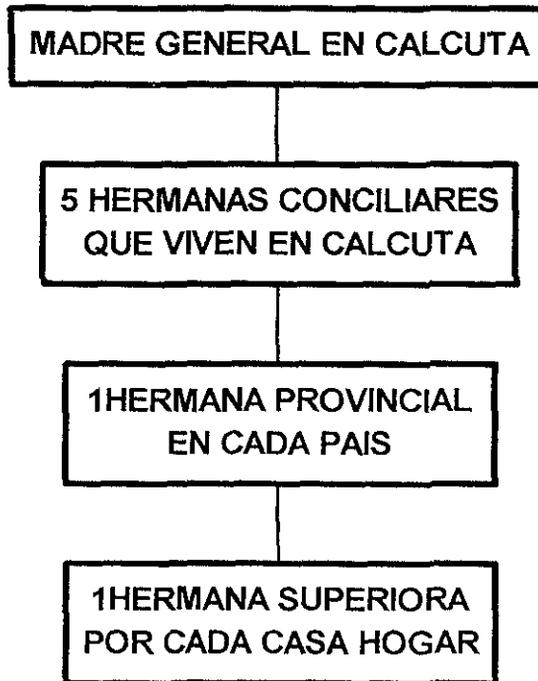
El 8 de abril de 1976 se abre en México el primer centro dedicado a ancianos, niños y adolescentes con diversas alteraciones, siendo hasta la fecha 8 casas; en Toluca, Tampico, Mérida, Cárdenas, Villa Hermosa, Veracruz; en el D.F en Santa Fe, y la Casa Hogar Don de Dios en Tlalnepantla La congregación de la madre Teresa de Calcuta en México está constituida como Asociación Civil, con la finalidad de servir a los más necesitados de la comunidad y hacer las cosas con amor

Esta última, "La Casa hogar Don de Dios", fundada en 1991, fue destinada a niños y adolescentes huérfanos con diferentes patologías Actualmente atiende a una población de 37 internos, con edades que fluctúan desde el año y medio hasta los 20 años de edad.

Los internos son canalizados por la PGJ, (por casos de delitos, abandono, maltrato, orfandad), esta dependencia les apoya en ocasiones con seguimiento médico Otros niños son llevados por gente sin recursos y sin posibilidad de atenderlos

c. Organización.

La congregación se organiza de la siguiente manera:



- Recursos Financieros.

De acuerdo a los estatutos de la congregación, en estos hogares viven con lo más indispensable, no reciben ayuda del gobierno ni donativos regulares de particulares, sino esporádicos, principalmente en especie ya que todo es por caridad

- Recursos Materiales.

Consta de una casa con: Planta Baja con dormitorios, comedor, baños, cocina, capilla, una sala de estar, jardines, camas, ropería y área de lavado. El primer piso con comedor, dormitorios con sus cunas, baño, ropería, además de un salón exclusivo para la terapia; equipado con colchonetas, cilindros y cuñas de diferentes tamaños, pelotas, barras paralelas, escalera con rampa, pelota Bobath y espejos, así como algunos materiales para mejorar la fuerza y coordinación de los miembros superiores

- Recursos Humanos:

La casa Hogar cuenta con una superiora que se encarga de la organización, la administración del mobiliario, alimentos, personal y del voluntariado, de ejercer la tutela de los internos. Auxiliada por tres hermanas, las cuatro participan en todos los menesteres, desde aseo de los niños, de la casa, alimentación, estar al pendiente de dar medicina etc. Hay tres turnos de servicio, con 2 personas en cada uno y se encargan de hacer trabajos domésticos y estar al pendiente de los niños. Aparte hay una persona que lava la ropa, una Psicóloga que se encarga de la Educación Especial y Rehabilitación, y finalmente el voluntariado que participa en la elaboración de la comida, ayudar en el aseo de los niños, de la casa, en la alimentación, en el mantenimiento y reparación en general; participan médicos, pediatras, enfermeras, estudiantes y amas de casa que donan su tiempo (por lo mismo su participación es muy esporádica).

A continuación se anexa el organigrama

CAPITULO 3

3.1. Pormenores de la Actividad del Psicólogo Desempeñada en la "Casa Hogar Don de Dios".

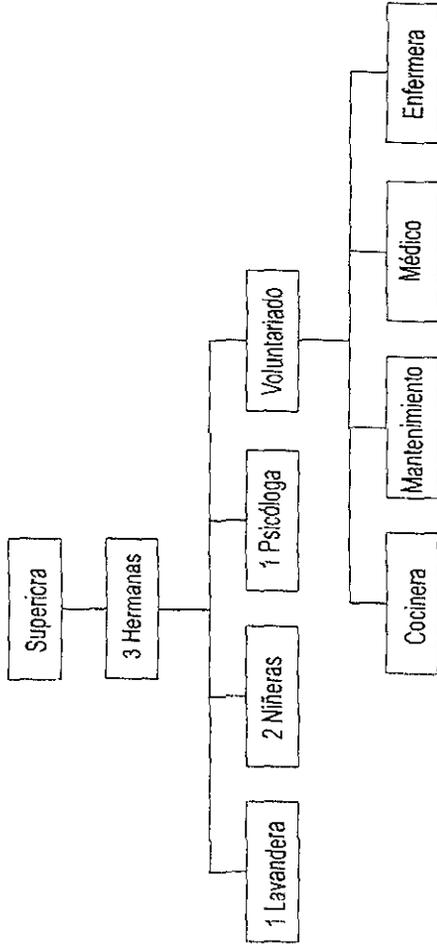
A continuación se presenta el trabajo del Psicólogo en el área de Educación Especial y Rehabilitación aplicando el Programa Educar por Movimiento y Posiciones en esta institución de asistencia. Incluyendo las principales funciones que lleva a cabo, así como la organización y desarrollo de las actividades.

3.1.1. Funciones.

Las funciones del psicólogo desempeñadas en Educación Especial y Rehabilitación en la presente institución son las siguientes

- a) Responsable de la Educación Especial y Rehabilitación de los niños y adolescentes que viven en la casa hogar "Don de Dios", dando prioridad en el aspecto de "Terapia Física" y Psicomotricidad, por recomendaciones de la Superiora. Lo que incluye.
- b) Evaluación
- c) Tratamiento

Organigrama: Casa Hogar Don De Dios



- d) Manejo de expedientes
- e) Colaboración con las indicaciones del médico especialista
- f) Seguimiento de casos
- g) Entrenamiento y Asesoría del Voluntariado
- h) Coordinación de las Alumnas del Servicio Social de la Normal de Especialidades.

Al abordar dichas funciones es importante considerar los objetivos planteados, las características de la población, el material con que se cuenta, como se organizó el trabajo y como se aplicó. Lo cual se trata a continuación.

3.1.2. Organización.

Para dirigir las acciones del psicólogo realizadas en la Casa Hogar se planteó de manera interna el siguiente Objetivo General.

A) OBJETIVO GENERAL

Proporcionar Educación Especial y Rehabilitación a los Internos de la Casa-Hogar “Don de Dios”, aplicando el Programa Educar por Movimiento y Posiciones.

B) Características de la Población.

La población comprende un total de 37 internos 15 mujeres y 22 varones, en su mayoría huérfanos sin familia, víctimas de delito de abandono o maltrato; 17 ubicados en la planta baja, cuyas edades fluctúan de los 7 a los 20 años. Con problemas de parálisis cerebral, ceguera, retraso mental, hiperactividad, autismo, ostiogenesis imperfecta y espina bífida.

En el primer piso se encuentran 20 menores desde los 4 meses a los 8 años, y las patologías que presentan también son diversas. Sx (Síndrome) de Down, hidrocefalia,

macrocefalia, microcefalia, ceguera, retraso psicomotor, retardo mental, Sx del niño maltratado (también llamado Sx. de Kempe), autismo, Sx. dismorfológico, PC., esclerosis tuberosa asociada al Sx de West y mielomeningocele asociada con Sx de Arnold Chiari tipo II.

Los materiales con los que se cuentan son diversos y comprenden:

C) Material.

- 001 Espejo fijo de 1.80 x 1.50 mts. y un espejo móvil de 1.20 x .50
- 001 Barras paralelas móvil
- 002 Cuñas grandes de 50 x 50 x 80 cm.
- 002 Cuñas medianas de 30 x 60 x 40 cm.
- 002 Cuñas chicas de 10 x 50 x 30 cm.
- 002 Rodillos de 60 x 80 cm
- 002 Rodillos de 30 x 60 cm.
- 002 Rodillos de 10 x 50 cm
- 003 Cubos de 10 x 10 cm
- 004 Colchonetas de 1.20 x 1.90 x 10 cm
- 004 Pelotas del número 22
- 002 Pelotas Bobath
- 001 Rampa en escuadra.
- 001 Balancín.
- 44 30 mts. de pasamanos para pasillos
- 001 Archivero de 3 gavetas.

Aparatos de Mecanoterapia.

- 001 Asta con 10 aros.
- 001 Cubo para atornillar.
- 001 Timón
- 001 Dorsiflexor

- 001 Ensartador.
- 001 Escalerilla digital
- 002 Modulo cajas para ensamblar.
- 001 Prono-supinador.
- 002 Tableros de cilindros.
- 003 Tableros con pijas
- 001 Par de asas para poleas.
- 001 Tablero de cuadros con velcro tipo ajedrez.

Además del material descrito, se utilizaron globos, diferentes sonidos y juguetes, aceite de bebé, diferentes texturas (toallas pequeñas, esponjas y algodón), diferentes olores (principalmente cítricos; cascara de limón, naranja, mandarina o vaporub), casete de canciones infantiles y grabadora, entre otros (más adelante se explica su aplicación en el programa desarrollado de un caso).

3.1.3. ¿Cómo se Aplicó el Programa Educar por Movimiento y Posiciones en la “Casa Hogar Don de Dios”?

FASE I

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Dirigir las Metas a una Mayor "Normalización" de los Niños, en sus Diferentes Areas
2. Coordinar la Participación del Voluntariado en la Aplicación del Tratamiento, Llevando a Cabo la Desprofesionalización
3. Asesorar y Coordinar el Servicio Social de Alumnas de la Normal de Especialidades S E P En los Periodos que se Presenten

PROCEDIMIENTO

A - El tratamiento se inició conociendo a los niños, checando sus expedientes, sobre todo los reportes médicos.

B - Se trabajo de uno a uno (un niño - un adulto), por tener la mayoría el más bajo nivel de maduración de la Actividad Muscular y de la Actividad Cerebral Superior, es decir, únicamente presentan las posiciones de decúbito dorsal (acostado boca arriba) y decúbito ventral (acostado boca abajo) y solo algunos presentan atención. Por tal motivo en esta fase de tratamiento no fue posible trabajar en grupos independientes (un terapeuta y un grupo de pacientes).

Se proporcionó a los niños lo más elemental, cambios de posición, técnicas de masoterapia, relajación y movilizaciones generales Acompañadas de estímulos, conceptos y música de acuerdo a la actividad Se facilitó atención e imitación (lo que se explica con detalle en un caso específico seleccionado para tal fin).

C.- A los que ya iniciaban arrastre y gateo se implementó el juego libre proporcionando espacio y diferentes juguetes para fortalecer y estimular su desarrollo. Además se les aplicó apoyos específicos y generalizados, cambios de posición, movimientos generalizados, reacciones de equilibrio en cilindro o pelota Desplazamientos del cuerpo, rodado, arrastre y gateo (a cada movimiento se le aplico un estímulo o una regla social según el programa Educar por Movimiento y Posiciones) También se facilitó la atención, imitación, seguimiento de instrucciones y lenguaje con diversos estímulos y canciones.

Debido a la gran población y su diversidad de patologías no se pudo realizar actividades grupales aún, conjuntando niveles similares y actividades similares. Por tanto, se procedió a seleccionar un caso específico, como es la cuadriplejía espástica, para ejemplificar el desarrollo de la evaluación y tratamiento aplicando el Programa Educar por Movimiento y Posiciones, que se detalla a continuación

ESTUDIO DE UN CASO

PROCESO DE EVALUACION

1. Datos personales y antecedentes del caso.
2. Estudio de Parálisis Cerebral.
3. Resultado de la evaluación de la Actividad Muscular.
4. Resultado de la evaluación de la Actividad Cerebral Superior.
5. Paquete de Pruebas Realizadas:
 - Guía del Desarrollo de la Actividad Muscular de Relación Fase 1,2 y 3.
 - a) Desarrollo postural.
 - b) Movimiento de partes específicas del cuerpo (cavidad oro - facial, cuello y miembros superiores).
 - c) Movimiento integrado (reacciones de

enderezamiento y desplazamientos del cuerpo).

- **Guía del Desarrollo de la Actividad Cerebral Superior. El niño lactante Fase 1,2 y 3.**

a) Sensopercepción.

b) Conocimiento y socialización.

c) Habilidades básicas para la expresión.

1.- Corporal.

2.- Oro-facial.

3.- Manual.

4.- Autocuidado.

- Exploración de la Posición Articular.
- Evaluación de Reflejos Primitivos.
- Evaluación de Reflejos Secundarios.
- Reporte de la Relación de Juego.
- Reporte de una Sesión de Alimentación.
- Programa de Trabajo.

DATOS PERSONALES

Nombre: Carlos D.

Edad: 7 meses

Domicilio: Calle No 3 sin número Col. San Miguel Chalma Edo. de Mex.

Fecha: 12 de junio de 1995.

ANTECEDENTES

Paciente masculino con diagnóstico de Parálisis Cerebral Infantil (cuadriplejía espástica), se descarta probable luxación de cadera.

Se desconocen antecedentes familiares, prenatales, perinatales y posnatales.

Se realizan averiguaciones ante Ministerio Público y la Procuraduría de la Defensa del Menor por el delito de abandono, cuenta con acta de nacimiento de fecha del 1o de noviembre de 1994 y valoración médica realizada por DIF Tlalnepantla. Sin conocer hasta el momento el paradero de sus familiares y actualmente ubicado en la Casa Hogar "Don de Dios", bajo el cuidado de las Hermanas de la Caridad de la Madre Teresa de Calcuta.

Responsable de la evaluación

ESTUDIO DE PARALISIS CEREBRAL

DEFINICION	CARACTERISTICAS	CAUSAS	CLASIFICACION
<p>Es una alteración del movimiento y la postura que resulta por un daño (o lesión) no progresivo y permanente en un encéfalo inmaduro (defecto neurológico)</p> <p>Este término incluye diferentes alteraciones motoras que afectan en tronco, brazos y/o piernas, cuya intensidad del trastorno está en relación con la naturaleza y extensión de la lesión (Bowley y Gardner, 1993; Weiner y col ,1982, Harrison, 1994, Morehouse y Miller, 1981, Guyton, 1992; Juárez, 1994)</p>	<p>No es una enfermedad única o unitaria sino que abarca una gran variedad de síntomas.</p> <p>a) Presentan dificultad para controlar algunos de sus músculos</p> <p>b) Tienen problemas de postura que afectan grupos musculares</p> <p>c) La línea media es anormal en actitud de reposo y en movimiento (aumentada, rígida; hipertónica. Disminuida o flácida; hipotónica).</p> <p>d) Carecen del control de sus extremidades según el grado de lesión. Este puede variar desde una dificultad apenas notable hasta una falta casi completa de control motor voluntario (leve, moderado o grave) Así como presentar contracturas y deformidades.</p>	<p>Una gran variedad de condiciones o causas múltiples contribuyen a la presencia de parálisis cerebral:</p> <p>Prenatal. Por enfermedades infecciosas (meningitis, encefalitis, rubéola, etc.), por radiaciones (rayos X), ingesta de medicamentos o drogas durante los primeros tres meses de embarazo, amenazas de aborto, traumatismos, intoxicaciones, problemas de salud de la madre, etc</p> <p>Perinatales. Sufrimiento fetal crónico, desprendimiento prematuro o insuficiencia placentaria, anestesia o fórceps mal aplicados, broncoaspiraciones. En general incidencia de parto anormal o dificultades durante el mismo. Por presentarse partos múltiples. Atención médica inadecuada (Yiatrogenia). Ser neonatos</p>	<p>A) Clinica: Se realiza de acuerdo a las manifestaciones motoras observables, y en ella se considera que existen cuatro tipos principales de PC.</p> <p>1. Espasticidad. Notable rigidez de movimientos e incapacidad para relajar los músculos. Contracción exagerada de los músculos voluntarios (hipertónicos). Por lesión de la corteza cerebral o las vías piramidales del cerebro</p> <p>2. Atetósico. Presenta frecuentes movimientos involuntarios que se repiten constantemente y no obedecen a ninguna finalidad, que enmascaran e interfieren con los movimientos normales del cuerpo. Se producen por lo común movimientos lentos de contorsión de las</p>

DEFINICION	CARACTERISTICAS	CAUSAS	CLASIFICACION
	<p>e) Presentan movimientos reflejos anormales y ausencia de reflejos correspondientes a su edad cronológica.</p> <p>f) Aún presentando esta alteración los pacientes con parálisis cerebral son diferentes unos a otros.</p> <p>g) La alteración del desarrollo cerebral puede adoptar diferentes formas y presentar otras alteraciones o problemas agregados como son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desordenes sensoriales. - De la comunicación. - Del comportamiento. - Problemas emocionales. - De aprendizaje. - Presencia de convulsiones. - Sialorrea (babeo constante sin control) 	<p>prematuras con bajo peso al nacimiento.</p> <p>Postnatales. Traumatismos, infecciones, problemas vasculares, intoxicaciones, problemas metabólicos, etc.</p> <p>Dentro de todas estas causas la más frecuente es siempre el problema de disminución de la oxigenación (anoxia) antes, durante o después del nacimiento lesionando células del cerebro del niño.</p> <p>Otras causas son la desnutrición o deficiencia alimentaria y el Sx. De Kempe (síndrome del niño maltratado)</p>	<p>extremidades, de la cara y la lengua, gestos, muecas y torpeza al hablar. Presenta Déficit del tono muscular (hipotonía). La lesión se ubica en sistema extrapiramidal y en los ganglios basales.</p> <p>3. Atáxico. Se da mal Equilibrio, marcha insegura y dificultades en la coordinación del cuerpo y control de las manos y de los ojos. Presencia de Dismetría; los movimientos que se intentan están exagerados, incoordinados y van a la dirección opuesta para alcanzar el éxito de los movimientos. Presenta hipotonía La lesión se da a nivel de cerebelo.</p> <p>4. Mixto. Presenta una mezcla de dos o más de las alteraciones descritas, su tensión muscular puede ser distonía. (trastorno involuntario de la postura y de los movimientos), hipertonía, rigidez o temblores</p>

ILUSTRACIONES	CLASIFICACION
	<p>B) Topográficas: Se realiza en base a las áreas del cuerpo afectadas.</p> <ul style="list-style-type: none">  Monoplejía. Sólo un miembro está afectado (un brazo o una pierna).  Hemiplejía. La lesión esta lateralizada a una mitad del cuerpo, presentando ambos miembros de ese lado afectados.  Paraplejía. Sólo los miembros inferiores están afectados  Triplejía. Involucra a tres miembros afectados.  Cuadriplejía. Las cuatro extremidades están afectadas <p>C) De acuerdo a la intensidad de la manifestación motora:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Leve . Moderado . Severo

**RESULTADO DE LA EVALUACION DEL DESARROLLO HUMANO INTEGRAL
DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD MUSCULAR**

Nombre del Paciente: **Carlos D.**

Edad: **7 meses**

Fecha: **12-6-95**

Responsable de la Evaluación: **Psic. Felicitas Salinas Anaya.**

MOVIMIENTO DE RELACION							
			a) De partes específicas del cuerpo			b) Integrado	
Sensibilidad Propioceptiva	Posición	Movimiento Reflejo	Cavidad Oro - Facial	Cuello	Miembros Superiores	Reacciones de Enderezamiento	Desplazamientos del Cuerpo
Sensibilidad Vital: - Se observa que el niño percibe la sensación de dolor cuando se le inyecta - También se detecta que percibe el calor de los alimentos	- En las posiciones de decúbito dorsal y decúbito ventral se observa pérdida de la línea media producida por la presencia de reflejos posturales anormales Revisar la evaluación de Posición Articular para ver predominios posturales articulares patológicos producidos por dichos reflejos.	Primitivos: - Presenta respuesta exagerada en los reflejos de Succión, Moro, Tónico asimétrico del cuello, Presión plantar, y Palmar. Respuesta regular del reflejo de Marcha. Secundarios: - Exagerada en el reflejo de Masticación. Leve en Landau.	- Succiona con hiperreflexia a la hora de tomar los alimentos (se atraganta) - No mastica	Ocasionalmente voltea la cabeza con dificultad ante la presencia de estímulos de luz, color y sonido	- Mantiene constantemente las manos cerradas. - No hay otro tipo de respuesta.	- Sin respuesta.	- Sin respuesta

**RESULTADO DE LA EVALUACION DEL DESARROLLO HUMANO INTEGRAL
DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD CEREBRAL SUPERIOR**

Nombre del Paciente: **Carlos D.**

Edad: **7 meses**

Fecha: **12- 6 -95**

Evaluador: **Psic. Felicitas Salinas Anaya.**

HABILIDADES BASICAS PARA LA EXPRESION						
Sensibilidad Exteroceptiva	Desarrollo del Proceso Creativo	Conocimiento y Socialización	Corporal	Oro - Facial	Manual	Autocuidado
- Se observan respuestas visuales y auditivas ante la presencia de estímulos de luz, color y sonoros con predominio en la audición - Advierte el movimiento de las personas	1. Habilidades Básicas para el Aprendizaje y la Expresión: - Presenta breve atención ante estímulos sonoros, de luz, color y ante personas - Sonríe ante personas conocidas	- Disfruta del arrullo en brazos y del contacto con personas conocidas. -Comunica malestar con llanto ante dolor, hambre, sed, necesidad de cambiar de posición y cuando está mojado	- Sin respuesta.	- Abre la boca ante la presencia de alimentos.	- Sin respuesta	- Abre la boca ante la presencia de alimentos.

ANALISIS DEL RESULTADO DE LA EVALUACION INTEGRAL DEL DESARROLLO

Nombre : Carlos D.

Edad : 7 meses

Fecha : 12/6/95

Desde un estudio comparativo del Desarrollo de la Actividad Muscular del paciente con la Guía General del Desarrollo de la Actividad Muscular, se pudo detectar que el niño no presenta los patrones normales de posición y movimiento correspondientes al Primer Nivel de Maduración del SNC (médula) que corresponde a la edad de 0 a 6 meses.

En lo relacionado al Desarrollo de la Actividad Cerebral Superior, solo se observaron breves rasgos de las características conductuales correspondientes a la Primera Fase de la Etapa Lactante (0 a 6 meses).

Por tal motivo se propone someter al niño a un programa de actividades sensitivo-motrices y psicosociales que promuevan simultáneamente el desarrollo de la Actividad Muscular y Cerebral superior correspondiente al niño de 0 a 6 meses.

Responsable de la Evaluación

Psic. Felicitas Salinas Anava.

5. PAQUETE DE PRUEBAS REALIZADAS

REGLAS GENERALES PARA LA EVALUACION DEL DESARROLLO INTEGRAL

El psicólogo encargado debe:

1. Contar con un espacio tranquilo que tenga una mesa de trabajo acolchada o una colchoneta colocada en el piso.
2. Localizar el nivel de desarrollo aproximado del paciente para seleccionar el paquete de pruebas que se utilizaran para evaluar el desarrollo de la actividad muscular y de la actividad cerebral superior.
3. Revisar los manuales de procedimiento correspondientes a cada una de las pruebas seleccionadas para su correcta aplicación.
4. Contar con el material requerido para la aplicación de las pruebas.
5. El terapeuta se relacionará amablemente con el familiar entrevistado y jugará con el niño antes de evaluarlo para evitar que llore.
6. Revisar el diagnóstico médico.
7. Hablarle de frente al paciente con lenguaje amable, claro, sencillo y objetivo.
8. Utilizar juguetes llamativos de figura humana y animal, para motivar la respuesta

9. En el caso específico de la evaluación del desarrollo de la actividad muscular de relación y de la actividad cerebral superior, se marcará con la abreviatura correspondiente el criterio de respuesta observado en cada conducta.

Criterios de respuesta a observar:

SR: Sin respuesta.

RN: Respuesta normal

RA: Respuesta alterada

IF: Instigación física

IV: Instigación verbal

ER: estímulo recreativo (juguete)

I: Por imitación

SI: Seguimiento de instrucciones

- Con color rojo marcar la primera evaluación y la segunda con color azul.

3. GUIA DEL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD MUSCULAR DE RELACION

EL NIÑO LACTANTE FASE 1: EDAD 0 A 3 MESES

Nombre: Carlos D.

1º Evaluación: 7 meses Fecha: 12/6/95

2º Evaluación: 1 año 7 meses Fecha: 5/6/96

MOVIMIENTO DE PARTES ESPECIFICAS DEL CUERPO			MOVIMIENTO INTEGRADO		
POSICION	CAVIDAD ORO-FACIAL	CUELLO	MIEMBROS SUPERIORES	REACCIONES DE ENDEREZAMIENTO	DESPLAZAMIENTOS DEL CUERPO
Inferiores o Decúbitos	-Succiona () ()	Quando se encuentra acostado boca arriba	-Mantiene las manos cerradas () ()	En esta edad no hay respuesta	En esta edad no hay respuesta.
-Decúbito dorsal (se acuesta boca arriba) () ()		- Voltea la cabeza hacia el lado derecho () ()	-Intenta alcanzar un objeto cuando se encuentra acostado boca arriba () ()		
-Decúbito ventral (se acuesta boca abajo) () ()		- Voltea la cabeza hacia el lado izquierdo () ()			
		-Endereza la cabeza (la lleva hacia el frente) () ()			

Gracia Medina D. LEECAR POR MOVIMIENTO Y POSICIONES

GUIA DEL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD CEREBRAL SUPERIOR

EL NIÑO LACTANTE FASE I: EDAD 0 A 3 MESES

Nombre: **Carlos D.** 1º Evaluación: **7 meses** Fecha: **12/6/95**
 2º Evaluación: **1 año 7 meses** Fecha: **5/6/96**

Sentido percepción	Conocimiento y socialización	Corporal	Habilidades básicas para la expresión	
			Oro-facial	Manual
- Se tranquiliza al escuchar voces y sonidos agradables (/) (/) (/) - Se sobresalta con sonidos desagradables (reflejo de Moro) (/) (/) (/) - Observa indefinidamente a personas y a objetos que se le presentan dentro del campo visual que le ofrece las posiciones de decubito dorsal (acostado boca arriba) y decubito ventral (acostado boca abajo)	- Disminúa el arrullo en brazos (/) (/) (/) - Disminuye o aumenta su actividad al escuchar la voz de su mamá (/) (/) (/) - Comunica malestar con llanto (dolor, hambre, sed o necesidad de cambiar de posición) (/) (/) (/) - Sonríe en forma refleja (/) (/) (/) - Advierte que su cuerpo	- En esta edad no se observa este tipo de respuesta.	- En esta edad no se observa este tipo de respuesta.	- En esta edad no se observa este tipo de respuesta.

(1) (1) (1)	SC HUEY (1) (1) (1)				
-------------	------------------------	--	--	--	--

García Medina B. EDUCAR POR MOVIMIENTO Y POSICIONES

3. GUIA DEL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD MUSCULAR DE RELACION

EL NIÑO LACTANTE FASE 2: EDAD 3 A 6 MESES

1° Evaluación: 7 meses

Fecha: 12/6/95

2° Evaluación: 1 año 7 meses

Fecha: 5/6/96

Nombre: Carlos D.

MOVIMIENTO DE PARTES ESPECIFICAS DEL CUERPO			MOVIMIENTO INTEGRADO		
POSICION	CAVIDAD ORO-FACIAL	CUELLO	MIEMBROS SUPERIORES	REACCIONES DE ENDEREZAMIENTO	DESPLAZAMIENTOS DEL CUERPO
Quando se encuentra acostado boca abajo	En esta edad no hay respuesta	Controla el cuello con firmeza cuando se sienta con apoyo sobre las manos	Extiende las manos al frente y juega con ellas	Pasa de la posición de acostado boca abajo a la posición de acostado boca arriba.	En esta edad no hay respuesta
-Se apoya sobre los codos		(L) (RA)	(L) (RA)	(L) (RA)	
Se sienta con asistencia			Toma objetos con prension cubito palmar (con toda la mano)	Pasa de la posición de acostado boca arriba a la posición de acostado boca abajo.	
(L) (RA)			(L) (RA)	(L) (RA)	
Se sienta en forma independiente con apoyo sobre las manos.					
(L) (RA)					

GUIA DEL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD CEREBRAL SUPERIOR

EL NIÑO LACTANTE FASE 2: EDAD 3 a 6 MESES

Nombre: Carlos D. 1º Evaluación: 7 meses Fecha: 12/6/95
 2º Evaluación: 1 año 7 meses Fecha: 5/6/96

Habilidades básicas para la expresión					
Sentido percepción	Conocimiento y socialización	Corporal	Oro-facial	Manual	Auto Cuidado
- Cuando se encuentra en las posiciones de decúbito-ventral en codos y en brazos observa la forma el movimiento y los sonidos que provienen de las personas u objetos que le rodean. Los persigue con movimientos del cuello () () ()	- Identifica a sus familiares y a otras personas con las que convive () () () - Reconoce la voz de las personas que lo cuidan () () () - Distingue las voces extrañas. () () () - Disfruta de la convivencia familiar () () () - Sonríe voluntariamente. () () ()	- Juega con su propio cuerpo () () ()	- Balbucea () () ()	- Se lleva la mano y los objetos a la boca () () ()	- Abre la boca para pedir alimentos () () ()
- Observa los objetos que tiene en la mano () () ()					
- Observa los objetos que se le caen () () ()					

García Medina B. EDUCAR POR MOVIMIENTO Y POSTURAS

3. GUIA DEL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD MUSCULAR DE RELACION

EL NIÑO LACTANTE FASE 3: EDAD 6 A 12 MESES

1ª Evaluación: 7 meses

Fecha: 12/6/95

2ª Evaluación: 1 año 7 meses

Fecha: 5/6/96

Nombre: Carlos D.

MOVIMIENTO DE PARTES ESPECIFICAS DEL CUERPO			MOVIMIENTO INTEGRADO		
POSICION	CAVIDAD ORO-FACIAL	CUELLO	MIEMBROS SUPERIORES	REACCIONES DE ENDEREZAMIENTO	DESPLAZAMIENTOS DEL CUERPO
Cuando se encuentra acostado boca abajo se apoya sobre los brazos: () ()	Sin respuesta en esta edad	Lo controla a placer () ()	Toma sus pies con las manos y juega con ellos () ()	Pasa de la posición de acostado boca arriba a la posición de sentado apoyado sobre el brazo de predominio lateral. () ()	Se rueda () () Se arrastra () ()
Se sienta en forma independiente () ()			Toma el biberon con las manos y se lo lleva a la boca () ()	Pasa de la posición de acostado boca abajo al hincado () ()	Inicia gateo () ()
Se para con asistencia () ()			Sostiene objetos con flexión de todos los dedos. () ()	Pasa de la posición de sentado sobre los talones al hincado. () ()	
			Toma objetos y los pasa de una mano a la otra () ()	Pasa de la posición de hincado a la posición de pie con apoyo () ()	
			Mueve repetidamente la mano de predominio lateral para despedirse () ()		
			Imita sencillos juegos con movimientos de las manos (hace tortillitas) () ()		

GUIA DEL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD CEREBRAL SUPERIOR

EL NIÑO LACTANTE FASE 3: EDAD 6 a 12 MESES

Nombre: Carlos D.

1º Evaluación: 7 meses

Fecha: 12/6/95

2º Evaluación: 1 año 7 meses

Fecha: 5/6/96

Sentido percepción	Conocimiento y socialización	Corporal	Habilidades básicas para la expresión		
			Oro-facial	Manual	Auto Cuidado
- Cuando se encuentra en las posiciones de sentado y cuatro puntos observa y persigue con ágiles movimientos del cuello y ligeras rotaciones del tronco, la forma, el movimiento y el sonido que hacen las personas y objetos que le rodean () () ()	- Identifica a sus familiares. () () () - Expresa tristeza y alegría con facilidad. () () () - Identifica el estado de ánimo de las personas que le rodean () () () - Es muy gracioso. () () () - Sonríe alegremente a las personas conocidas () () ()	- Agita alegremente su cuerpo cuando escucha música. () () ()	- Emite sencillos bislabos ma-ma, pa-pa da-da () () () - Emite sencillos sonidos de animales y de transportes () () () - Ocasionalmente emite una o dos palabras. "mamá, papá" () () ()	- Mueve repetidamente la mano de predominio lateral manual para despedirse () () () - Aplauda y golpea las palmas de las manos al ritmo del canto "Las torcilitas" () () ()	- Toma el biberón con ambas manos y se lo lleva a la boca. () () () - Se lleva una galleta o un pedazo de pan a la boca () () ()

García Medina B. EDUCAR POR MOVIMIENTO Y POSICIONES

	<p>- Reclama con llanto la presencia de su mamá () (·) ()</p> <p>- Le asisten las veces de las personas que están enojadas (:) (·) ()</p> <p>- Identifica sencillas partes de su cuerpo (Cabeza, manos y pies) () (·) ()</p>				
--	---	--	--	--	--

García Medina B. EDUCAR POR MOVIMIENTO Y POSICIONES

CARACTERISTICAS ESPECIFICAS DE LA RESPUESTA ALTERADA
(HOJA ADJUNTA A LA EVALUACION DEL DESARROLLO POSTURAL)

Nombre: Carlos D. Edad: 7 meses Fecha: 12 /6/ 1995
Domicilio: Calle No 3 sin número Col. San Miguel Chalma Edo.de Mex.
Responsable de la evaluación: Psic. Felicitas Salinas Anaya.

Desde un estudio comparativo del desarrollo postural normal con la edad cronológica del niño, se pudo detectar la presencia de alteraciones posturales anormales (perdida de la línea media) en la posición de decúbito dorsal y decúbito ventral, consecuentes a la presencia extemporánea de reflejos primitivos. Por este motivo se hizo una evaluación adicional de la posición articular, para detectar en forma segmentada los predomios posturales articulares provocados por los reflejos alterados. Revisar los predomios encontrados en la exploración de la posición articular que se anexa a continuación.

No hay respuesta en las posiciones de decúbito ventral en codos y decúbito ventral en brazos y no cubre ninguna de las posiciones subsecuentes (posiciones medias y superiores).

EDUCAR POR MOVIMIENTO Y POSICIONES
EXPLORACION DE LA POSICION ARTICULAR

Nombre: Carlos D. Edad: 7 meses Fecha: 12/6/95
 Domicilio: Calle No 3 sin número Col. San Miguel Chalma Edo. de Mex.
 Responsable de la evaluación: Psic. Felicitas Salinas Anaya.

Marcar con una cruz el criterio de respuesta observado.

DECUBITO DORSAL

LADO DERECHO			LADO IZQUIERDO			LADO DERECHO			LADO IZQUIERDO					
SIMETRICA	FLUCTUANTE	PREDOMINANTE				SIMETRICA	FLUCTUANTE	PREDOMINANTE				SIMETRICA	FLUCTUANTE	PREDOMINANTE
			1. CUELLO						4. MUÑECA					
			ROTACION					X	FLEXION					X
			FLEXION						EXTENSION					
		X	EXTENSION						DESVIACION CUBITAL					
			FLEXION LATERAL						DESVIACION RADIAL					
			2. HOMBRO						5. DEDOS DE LA MANO					
			FLEXION					X	FLEXION METACARPO FALANGICA					X
			EXTENSION						EXTENSION METACARPO FALANGICA					
		X	ABDUCCION						ABDUCCION GENERALIZADA					X
			ADUCCION					X	ADUCCION GENERALIZADA					
			ELEVACION						OPOSICION DEL PULGAR					
			DESCENSO						EXTENSION DEL PULGAR					
			PROYECCION HACIA ADELANTE						FLEXION DEL PULGAR					X
			PROYECCION HACIA ATRAS						ADUCCION DEL PULGAR					
			DESVIACION HORIZONTAL					X	ABDUCCION DEL PULGAR					X
			ROTACION INTERNA						ABDUCCION DEL PULGAR					
		X	ROTACION EXTERNA					X						
			3. CODO						6. TRONCO					
		X	FLEXION						FLEXION					
			EXTENSION						EXTENSION					X
		X	PRONACION						ROTACION					
			SUPINACION						FLEXION LATERAL					

EDUCAR POR MOVIMIENTO Y POSICIONES

LADO DERECHO			LADO IZQUIERDO			LADO DERECHO			LADO IZQUIERDO								
SIMETRICA	FLUCTUANTE	PREDOMINANTE	SIMETRICA	FLUCTUANTE	PREDOMINANTE	SIMETRICA	FLUCTUANTE	PREDOMINANTE	SIMETRICA	FLUCTUANTE	PREDOMINANTE						
7. CADERA						9. TOBILLO											
												FLEXION			FLEXION		
												EXTENSION			EXTENSION		
												ABDUCCION			INVERSION		
												ADUCCION			EVERSION		
												ROTACION INTERNA					
ROTACION EXTERNA																	
8. RODILLA						10. DEDOS DEL PIE											
												FLEXION			FLEXION METACARPO FALANGICA		
EXTENSION			EXTENSION			EXTENSION METACARPO FALANGICA											

EDUCAR POR MOVIMIENTO Y POSICIONES

LADO DERECHO			LADO IZQUIERDO		
SIMETRICA	FLUCTUANTE	PREDOMINANTE	SIMETRICA	FLUCTUANTE	PREDOMINANTE
7. CADERA					
		X			X
		X			X

8. RODILLA					
SIMETRICA	FLUCTUANTE	PREDOMINANTE	SIMETRICA	FLUCTUANTE	PREDOMINANTE
	X			X	

LADO DERECHO			LADO IZQUIERDO		
SIMETRICA	FLUCTUANTE	PREDOMINANTE	SIMETRICA	FLUCTUANTE	PREDOMINANTE
9. TOBILLO					
		X			X
		X			X

10. DEDOS DEL PIE					
SIMETRICA	FLUCTUANTE	PREDOMINANTE	SIMETRICA	FLUCTUANTE	PREDOMINANTE
		X			X

CARACTERISTICAS DE LA RESPUESTA ALTERADA
(Hoja adjunta 2. El cuello)

Nombre: Carlos D. Edad: 7 meses Fecha: 12 /6/ 1995
Domicilio: Calle No 3 sin número Col. San Miguel Chalma Edo.de
Mex.
Responsable de la evaluación: Psic. Felicitas Salinas Anaya.

Decúbito dorsal

Voltea la cabeza hacia uno y otro lado ante estímulos sonoros, de luz y color solo en breves ocasiones y de manera leve.

Decúbito ventral

Se queda inmóvil con la cabeza de lado sin tener preferencia de un lado determinado.

Sentado con asistencia

No controla el cuello con firmeza ni en todas las posiciones, fluctuando con predominio extensor de cuello y dejando caer la cabeza hacia adelante.

EVALUACION DE REFLEJOS PRIMITIVOS

Nombre: Carlos D. Edad: 7 meses Fecha: 12 /6/ 1995Domicilio: Calle No 3 sin número Col. San Miguel Chalma Edo.de Mex.Responsable de la evaluación: Psic. Felicitas Salinas Anaya.

Marcar con una cruz el criterio de respuesta observado en cada reflejo.

	Sin respuesta	Leve	Regular	Exagerado
-Clonus	(X)	()	()	()
-De moro	()	()	()	(X)
-Preñsion palmar	()	()	()	(X)
-Preñsion plantar	()	()	()	(X)
-De succion	()	()	()	(X)
-De marcha	()	()	(X)	()
-De enderezamiento del cuello	(X)	()	()	()
-Tónico asimétrico del cuello	()	()	()	(X)
-Flexion Cruzada	()	(X)	()	()

EVALUACION DE REFLEJOS SECUNDARIOS

Nombre: Carlos D. Edad: 7 meses Fecha: 12 /6/ 1995Domicilio: Calle No 3 sin número Col. San Miguel Chalma Edo.de Mex.Responsable de la evaluación: Psic. Felicitas Salinas Anaya.

Marcar con una cruz el criterio de respuesta observado en cada uno de los reflejos.

	Sin respuesta	Leve	Regular	Exagerada
-Reflejo de masticación	()	()	()	(X)
-De Landau	()	(X)	()	()
-De paracaídas	(X)	()	()	()
-Extensor de defensa lateral	(X)	()	()	()
-Extensor de defensa al frente	(X)	()	()	()
-Extensor de defensa posterior	(X)	()	()	()
-Prensión en barra	(X)	()	()	()

REPORTE DE LA RELACION DE JUEGO PERSONAL DE APOYO-
PACIENTE

Nombre: Carlos D. Edad: 7 meses Fecha: 12/6/1995
Domicilio: Calle No 3 sin número Col. San Miguel Chalma Edo.de Mex.
Responsable de la evaluación: Psic. Felicitas Salinas Anaya.

La presente sesión de juego se realizó en la sala de rehabilitación, ubicada en el primer piso de la Casa Hogar "Don de Dios". Para esta sesión se colocaron sobre una colchoneta diversos juguetes, estímulos sonoros, de color y textura (pandero, sonajas, muñecos chilladores, pelotas y muñecos de peluche).

Como el niño es huérfano se le pidió a una voluntaria que jugara con él.

La voluntaria se encuentra sentada con las piernas de lado encima de la colchoneta y el niño acostado.

La voluntaria toma al niño, lo carga y lo sienta recargándolo en su cuerpo. Le acerca una sonaja, la suena, el niño sonríe, observa la sonaja brevemente y voltear ocasionalmente hacia el objeto que produce el sonido, sin intentar alcanzar la sonaja. La voluntaria se la coloca en su mano derecha y le mueve la mano para producir sonidos, el niño aprieta la sonaja y sonríe, se le cae la sonaja y la voluntaria se la vuelve a colocar en la mano, el niño la aprieta y se le vuelve a caer.

Después le muestra un pato pequeño que chifla al apretarlo, el niño sonríe y mueve ambos brazos bruscamente, manteniendo brazos y muñecas flexionados. La voluntaria le acerca al oído el pato y lo hace sonar, el niño sonríe, se lo da en su mano y se la presiona para que apriete el muñeco.

La voluntaria dice que tiene que irse, se despide de Carlos y lo va a dejar a su cuna. El niño reclama con llanto su presencia, se queda llorando y después de un rato se duerme.

REPORTE DE UNA SESION DE ALIMENTACION

Nombre: Carlos D. Edad: 7 meses Fecha: 12 /6/ 1995

Domicilio: Calle No 3 sin número Col. San Miguel Chalma Edo.de Mex.

Responsable de la evaluación: Psic. Felicitas Salinas Anaya.

La sesión de alimentación se realizó en el comedor del primer piso de la Casa Hogar "Don de Dios". Cuenta con mesas y sillas pequeñas, sillas reclinables de bebé, alacena con utensilios de cocina (platos hondos, cucharas pequeñas, vasos normales de plástico, vasos entrenadores, biberones), baberos y fregadero.

El niño se encuentra sentado en una silla reclinable de bebé, se le observa inquieto, lloroso y desesperado porque ya es la hora de sus alimentos (10:30 A.M.), mantiene flexionados brazos y muñecas, la cabeza recargada en el respaldo de la silla. Enfrente de él esta una voluntaria sentada en una silla pequeña, quien le acerca la cuchara con alimento (papilla de arroz, verduras y caldo). Ante la presencia del alimento Carlos se tranquiliza y deja de llorar, abre la boca e ingiere el alimento que se le da con la cuchara, mueve insistentemente la boca, de manera rápida para pasar el alimento y derrama un poco. La voluntaria repite el mismo procedimiento hasta terminar la sopa.

Después le acerca el postre (dulce de melón) y le dice a Carlos que esta rico, que lo coma, le aproxima la cuchara con postre. El niño abre la boca, toma el alimento y realiza movimientos bruscos y rápidos de la boca. Termina el postre

más rápidamente que la papilla, porque se trata de alimento más líquido que el anterior, además de que le gusta (en ningún momento hizo gestos de desagrado).

Por último le acerca a la boca un vaso sin asa conteniendo agua de limón, él niño abre la boca de manera rápida e intenta tomar el agua, logrando tomar una poca y derrama la mayor cantidad. La voluntaria le dice que despacio y continúan con la misma operación, sucediendo la misma situación, hasta terminar el agua.

Registro de actividades programadas para el tratamiento integral (Sensitivo, Postural, Motor y Psicossocial)

Nombre del alumno Carlos D. Perodo

Edad 7 meses

Diagnostico Medico P.C.I

Tipos de intervencion y facilitacion neurofisiol3gica a) Generalizada (X) Etapa de desarrollo a) Especifico (X) b) Especifica de la cavidad oro-facial () a) Actividad Muscular Nivel de Desarrollo Grupal () c) Especifica de los miembros superiores () b) Pedag3gico Nivel de Desarrollo Individual ()

Table with 10 columns (Activity, Frequency, Duration, etc.) and 20 rows of activities including: - Arnullo en brazos, - Masaje digital y masoterapia, - Masaje con toalla, - Relajaci3n por movilizaci3n articular pasiva y suaves estiramientos, - Relajaci3n en pelota, - Ejercicios de respiraci3n por presi3n abdominal y estmulos olorosos, - Presiones articulares, - Fortalecer el desarrollo del movimiento reflejo en el cuello y en Ms. Superiores, - Fortalecer la reacci3n de enderezamiento de D. D. al D. lateral en ambos lados, - Equilibrar la posici3n de D.Y. en codos, - Equilibrar la posici3n de sentado con asistencia.

EL DESGLOSE DE LAS ACTIVIDADES SE MUESTRA EN EL ANEXO.

FASE 2

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Continuar con los Objetivos Específicos de la Fase 1.
2. Aplicación de la Segunda Valoración del Caso Seleccionado.
3. Llevar Seguimiento de Expedientes que Incluyan:
 - Evaluaciones Médicas
 - Valoraciones
 - Programas de Tratamiento
 - Adelantos y Observaciones de los Niños
4. Iniciar Terapia de Grupo Lactante.
5. Llevar a cabo la Terapia de Grupo Maternal.
6. Iniciación del Programa de Habilidades Básicas para la Alimentación.

PROCEDIMIENTO

Con las alumnas del servicio social se realizó:

- 1) Distribución de pacientes.
- 2) Horarios de tratamiento específico de la Actividad Muscular y la Actividad Cerebral Superior (incluye también horario de Habilidades Básicas para la Alimentación)

- 3) Discusión de casos y listado de pacientes para revisión médica.
- 4) Inventario de material.
- 5) Reporte de pacientes.
- 6) Inicio de Terapia de Grupo Lactante y Maternal.
- 7) Elaboración de material didáctico; férulas de abatelenguas, cojines en forma de “ X “ para evitar la abducción de Ms. I. (miembros inferiores), laminas con ilustraciones, etc.

NOTA: Las alumnas de servio social de la Normal de Especialidades han asistido a esta institución por periodos de 6 meses; el primer grupo asistió del 19 de julio de 1995 al 19 de enero de 1996, el segundo grupo de julio de este mismo año, a enero de 1997.

**SEGUNDA VALORACION:
ESTUDIO DE UN CASO**

RESULTADO DE LA EVALUACION DEL DESARROLLO HUMANO INTEGRAL

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD MUSCULAR

Nombre del Paciente: Carlos D.

Edad: 1 año 7 m.

Fecha: 5/6/1996

Evaluador: Psic. Felicitas Salinas Anaya.

MOVIMIENTO DE RELACION							
			a) De partes específicas del cuerpo			b) Integrado	
Sensibilidad Propioceptiva	Posición	Movimiento Reflejo	Cavidad Oro - Facial	Cuello	Miembros Superiores	Reacciones de Enderezamiento	Desplazamientos del Cuerpo
Sensibilidad Vital: - Manifiesta con llanto y reflejo de retiro que percibe estímulos dolorosos y térmicos severos	- Desde las posiciones de decúbito dorsal y decúbito ventral se observa una notable mejoría en la alineación de las mismas. - Aparece la posición de D.V en codos con buen equilibrio	Desaparecen los siguientes reflejos Primitivos: - El reflejo de Succión pasa a ser movimiento de relación. Desaparece el reflejo de Moro, Tónico Asimétrico del Cuello, Preensión Plantar, Palmar y de Marcha.	- Mejora levemente la succión. - Come despacio y pasa alimentos (papilla) con poca dificultad y con movimientos repetitivos de la lengua - Los líquidos los ingiere con biberón o cuchara.	- Cuando se encuentra en la posición de decúbito dorsal voltea la cabeza hacia uno y otro lado ante la presencia de estímulos de luz, color, sonido y movimiento - Cuando se encuentra en la posición de decúbito	- Adelanta la mano izquierda para tomar objetos en forma incoordinada - Intenta tomar el biberón con ambas manos sin lograrlo. - Saluda de lejos con movimientos incoordinados de la mano izquierda.	- Realiza cambios de posición desde ambos decúbitos. - Pasa de la posición de decúbito dorsal a la posición de sentado con asistencia	- Realiza el rodado en forma independiente - Se arrastra en forma independiente. (con dificultad)

MOVIMIENTO DE RELACION							
			a) De partes específicas del cuerpo			b) Integrado	
Sensibilidad Propioceptiva	Posición	Movimiento Reflejo	Cavidad Oro – Facial	Cuello	Miembros Superiores	Reacciones de Enderezamiento	Desplazamientos del Cuerpo
	- Inicia el apoyo decúbito ventral en brazos	Secundarios: - El reflejo de Masticación sigue siendo exagerado. Presenta de manera leve el reflejo de Defensa lateral y de Frente	ahogándose un poco - Inicia la masticación. - Inicia el soplo de cerillos.	ventral en codos mantiene erguida la cabeza - Cuando se encuentra en la posición de sentado con asistencia mantiene momentáneamente erguida la cabeza.	- Ofrece la mano izquierda para saludar. - Avienta objetos con dificultad con la mano izquierda. - Logra introducir con dificultad objetos dentro de un recipiente con la mano izquierda.		

RESULTADO DE LA EVALUACION DEL DESARROLLO HUMANO INTEGRAL

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD CEREBRAL SUPERIOR

Nombre del Paciente: **Carlos D.**

Edad: **1 año 7 m.**

Fecha: **5- 6 - 96**

Evaluador: **Psic. Felicitas Salinas Anaya.**

HABILIDADES BASICAS PARA LA EXPRESION						
Sensibilidad Exteroceptiva	Desarrollo del Proceso Creativo	Conocimiento y Socialización	Corporal	Oro - Facial	Manual	Autocuidado
<p>-Mejora notablemente la respuesta ante la presencia de personas y objetos</p> <p>- Su atención inicialmente era breve y ahora es variable, ocasionalmente sostenida cuando le atrae el estímulo</p>	<p>1. Habilidades Básicas para el Aprendizaje y la Expresión.</p> <p>- Presenta atención cuando se le habla, ante objetos y personas</p> <p>- Inicia imitación (intenta saludar, mueve la boca para imitar sonidos).</p>	<p>- Comunica e identifica expresiones faciales: tristeza, alegría, enojo y dolor.</p> <p>- Disfruta del aplauso o halago que se le da en reconocimiento a una gracia.</p>	<p>- Juega con su propio cuerpo</p> <p>- Agita su cuerpo cuando escucha música.</p>	<p>- Realiza sonidos guturales y balbuceos, intentando platicar, dice "hola" , "si", "ira" (mura), Hace la boca en forma de "o" para intentar decir otras palabras.</p>	<p>- Mueve la mano izquierda para saludar</p> <p>- Manipula los objetos en forma incoordinada y con dificultad.</p> <p>- Juega en forma independiente e incoordinadamente con sus manos.</p>	<p>- Abre la boca para pedir alimento.</p> <p>- Intenta tomar el biberón y la cuchara sin lograrlo.</p> <p>- Colabora cuando se le viste (extiende la mano o pierna cuando se le pide).</p>

HABILIDADES BASICAS PARA LA EXPRESION						
Sensibilidad Exteroceptiva	Desarrollo del Proceso Creativo	Conocimiento y Socialización	Corporal	Oro - Facial	Manual	Autocuidado
	- Inicia seguimiento de instrucciones con ordenes sencillas	<ul style="list-style-type: none"> - Hace pucheros y llora cuando se le regaña o cuando no le hacen caso - Advierte que su cuerpo se mueve - Reconoce la voz de las personas que lo cuidan - Obedece y rechaza sencillas ordenes. 				

CARACTERISTICAS ESPECIFICAS DE LA RESPUESTA ALTERADA
(HOJA ADJUNTA A LA EVALUACION DEL DESARROLLO POSTURAL)

Nombre: Carlos D. Edad: 1 año 7m. Fecha: 5/6/1996
Domicilio: Calle No 3 sin número Col. San Miguel Chalma Edo.de Mex.
Responsable de la evaluación: Psic. Felicitas Salinas Anaya.

Presenta alteraciones posturales anormales (perdida de la línea media) en la posición de decúbito dorsal y decúbito ventral, en decúbito ventral en codos y decúbito ventral en brazos, y también en la posición de sentado con asistencia. Consecuentes a la presencia de reflejos patológicos. Por este motivo se hizo una evaluación adicional de la posición articular, para detectar en forma segmentada los predomínios posturales articulares provocados por los reflejos alterados. Revisar los predomínios encontrados en la exploración de la posición articular que se anexa a continuación.

Inicia las posiciones medias sin desarrollar todas las posiciones de este nivel de maduración y no cubre ninguna de las posiciones superiores.

EDUCAR POR MOVIMIENTO Y POSICIONES

LADO DERECHO			LADO IZQUIERDO		
SIMETRICA	FLUCTUANTE	PREDOMINANTE	SIMETRICA	FLUCTUANTE	PREDOMINANTE
CADERA					
	X			X	
	X			X	
RODILLA					
	X			X	

LADO DERECHO			LADO IZQUIERDO		
SIMETRICA	FLUCTUANTE	PREDOMINANTE	SIMETRICA	FLUCTUANTE	PREDOMINANTE
TOBILLO					
	X			X	
DEDOS DE LA MANO					
	X			X	

EDUCAR POR MOVIMIENTO Y POSICIONES

LADO DERECHO

LADO IZQUIERDO

SIMETRICA	FLUCTUANTE	PREDOMINANTE	CADERA	SIMETRICA	FLUCTUANTE	PREDOMINANTE
			FLEXION			
	X		EXTENSION			
			ABDUCCION		X	
	X		ADUCCION			
			ROTACION INTERNA		X	
			ROTACION EXTERNA			

RODILLA

	X		FLEXION		X	
			EXTENSION			

LADO DERECHO

LADO IZQUIERDO

SIMETRICA	FLUCTUANTE	PREDOMINANTE	TOBILLO	SIMETRICA	FLUCTUANTE	PREDOMINANTE
			FLEXION			
	X		EXTENSION		X	
			INVERSION			
			EVERSION			

DEDOS DE LA MANO

	X		FLEXION METACARPO FALANGICA		X	
			EXTENSION METACARPO FALANGICA			

EVALUACION DE REFLEJOS PRIMITIVOS

Nombre: Carlos D. Edad: 1 año 7 m. Fecha: 5 /6/ 1996

Domicilio: Calle No 3 sin número Col. San Miguel Chalma Edo. de Mex.

Responsable de la evaluación: Psic. Felicitas Salinas Anaya.

Marcar con una cruz el criterio de respuesta observado en cada reflejo.

	Sin respuesta	Leve	Regular	Exagerado
-Clonus	(X)	()	()	()
-De moro	(X)	()	()	()
-Prensión palmar	(X)	()	()	()
-Prensión plantar	(X)	()	()	()
-De succión	(X)	()	()	()
-De marcha	(X)	()	()	()
-De enderezamiento del cuello	(X)	()	()	()
-Tónico asimétrico del cuello	(X)	()	()	()
-Flexión Cruzada	(X)	()	()	()

EVALUACION DE REFLEJOS SECUNDARIOS

Nombre: Carlos D. Edad: 1 año 7 m. Fecha: 5 /6/ 1996Domicilio: Calle No 3 sin número Col. San Miguel Chalma Edo.de Mex.Responsable de la evaluación: Psic. Felicitas Salinas Anaya.

Marcar con una cruz el criterio de respuesta observado en cada uno de los reflejos.

	Sin respuesta	Leve	Regular	Exagerada
-Reflejo de masticación	()	()	()	(X)
-De Landau	(X)	()	()	()
-De paracaídas	(X)	()	()	()
-Extensor de defensa lateral	()	(X)	()	()
-Extensor de defensa al frente	()	(X)	()	()
-Extensor de defensa posterior	(X)	()	()	()
-Prensión en barra	(X)	()	()	()

REPORTE DE LA RELACION DE JUEGO PERSONAL DE APOYO -
PACIENTE

Nombre: Carlos D. Edad: 1 año 7m. Fecha: 5/6/ 1996

Domicilio: Calle No 3 sin número Col. San Miguel Chalma Edo.de Mex.

Responsable de la evaluación: Psic. Felicitas Salinas Anaya.

La voluntaria se encuentra sentada en el tapete ubicado en el salón de rehabilitación, rodeado de juguetes.

Sienta a Carlos entre sus piernas le enseña un juguete al que se le introducen figuras. Le toma la mano al niño para que sostenga la figura y la introducen en el juguete una por una, las vuelven a sacar y a meter otra vez (el niño sostiene el objeto con todos los dedos).

Después introducen aros en un ensartador de madera. El niño se muestra sonriente. Otro niño se acerca y le arrebató el aro, Carlos se enoja y comienza a gritar. La voluntaria le da otro aro e invita a jugar al otro niño. Juegan por un rato alternándose para introducir los aros hasta que los llaman para comer. Ambos niños se van contentos.

REPORTE DE UNA SESION DE ALIMENTACION

Nombre: Carlos D. Edad: 1 año 7m. Fecha: 5 /6/ 1996

Domicilio: Calle No 3 sin número Col. San Miguel Chalma Edo.de Mex.

Responsable de la evaluación: Psic. Felicitas Salinas Anaya.

Se realizó la presente sesión en el comedor de los más pequeños ubicada en el primer piso de la casa hogar "Don de Dios".

La comida de hoy es papilla de verduras con pollo, de postre flan y agua de jamaica.

Carlos se encuentra sentado en una silla reclinable de bebé, mantiene la cabeza alineada y recargada en el respaldo de la silla. El brazo izquierdo ligeramente flexionado con fluctuaciones de flexión de su mano. La mano derecha semiextendida con ligera pronación y flexión de la mano.

La voluntaria le acerca el alimento con la cuchara, habla con él y le dice que coma su sopa. El niño abre la boca, le da el alimento en la parte media de la misma y Carlos responde tosiendo. Le da en la parte lateral izquierda y sucede lo mismo, intenta darle en la parte lateral derecha de la boca y el niño pasa el alimento despacio, sin dificultad con repetidos movimientos de la lengua.

Al terminar continúan con el postre el cual come sin dificultad, también del lado derecho de la boca.

La voluntaria le da el agua con la cuchara, el niño la pasa rápidamente y se atraganta, debido a esto ella le da despacio. Al terminar le limpia la boca y le quita su babero. Finalmente lo lleva al pasillo donde lo deja sentado en su silla.

3.1.4 Resultados Obtenidos y Observaciones Encontradas.

Los resultados están desglosados de la siguiente manera: A) Del caso seleccionado y B) De la casa - hogar en general.

A) Del Caso Seleccionado.

En estudio comparativo de los datos obtenidos en la primer evaluación del desarrollo humano integral de Carlos D (cuadruplejía espástica) con la segunda valoración se tienen las siguientes consideraciones:

1. En **Actividad Muscular**, en particular en la **sensibilidad propioceptiva**, el niño pasó de la manifestación de malestar o llanto ante estímulos dolorosos o térmicos severos a la manifestación con llanto y reflejo de retiro. En la valoración de la **posición** pasó de la presencia de patrones posturales anormales severos a la alineación del cuerpo y también de tener como repertorios iniciales las posiciones de decúbito dorsal (supino) y decúbito ventral (prono) a la aparición de la posición de decúbito ventral en codos con buen equilibrio e inicia el apoyo en decúbito ventral en brazos.

En los resultados del **movimiento reflejo**, presentó respuesta exagerada en los reflejos **primitivos** de succión, Moro, tónico asimétrico del cuello, prensión plantar y palmar, así como leve respuesta en el reflejo de marcha. Mientras que en los **reflejos secundarios** presentó de forma exagerada el reflejo de masticación y leve el de Landau. Pasando a ser en la segunda valoración el reflejo de succión movimiento de relación y desapareciendo los demás reflejos primitivos; en los reflejos secundarios el reflejo de masticación continua siendo exagerado y se presenta de manera leve la respuesta del reflejo de defensa lateral y de defensa al frente

En el **Movimiento de Relación de Partes Específicas del Cuerpo** se dio inicialmente en a) **Cavidad oro-facial**.- la succión con hiperreflexia y la ausencia de masticación

En la segunda evaluación mejoró levemente la succión, logrando ingerir alimentos en papilla, de manera lenta, con dificultad y con movimientos repetitivos de la lengua; ingiriendo también líquidos con biberón o cuchara. b) **Cuello.**- en la primer evaluación el niño ocasionalmente voltea la cabeza con dificultad ante la presencia de E's de luz, color y sonido. En la segunda valoración en la posición de decúbito dorsal (supino) respondió más frecuentemente ante dichos estímulos; en decúbito ventral (prono) en codos mantuvo erguida la cabeza en tanto que en la posición de sentado con asistencia la mantuvo erguida sólo momentáneamente c) En **miembros superiores** presentó constantemente cerradas las manos sin la presencia de ningún otro tipo de respuesta. En la segunda exploración adelantó la mano izquierda para tomar objetos en forma incoordinada, intentando tomar el biberón con ambas manos sin lograrlo y realizó saludo de lejos con movimientos incoordinados de la mano izquierda (indicando levemente la presencia de predominio lateral izquierdo).

En el **Movimiento de Relación Integrado**: 1.- En las **reacciones de enderezamiento** no presentó ninguna respuesta inicial; en la segunda valoración realizó cambios de posición desde ambos decúbitos y pasó de la posición de decúbito dorsal a la posición de sentado con asistencia 2.- En los **desplazamientos del cuerpo** inicialmente se dio sin respuesta, pasando en la segunda exploración a la realización del rodado y arrastre en forma independiente, este último con cierta dificultad

2. En la **Actividad Cerebral Superior**, en particular en la **sensibilidad exteroceptiva**, presentó inicialmente breves respuestas visuales y auditivas ante la presencia de E's de luz, color y sonido, con predominio en la audición, también advirtió el movimiento de las personas En la segunda valoración mejoró notablemente la respuesta ante la presencia de personas y objetos, pasando de presentar inicialmente atención breve a la presencia de atención variable, ocasionalmente sostenida cuando le atrae el estímulo.

En el **desarrollo del proceso creativo (habilidades básicas para el aprendizaje y la expresión)** presentó primero breve atención ante E's sonoros, de luz, color y ante personas, presentando también la respuesta de sonreír ante personas conocidas En la segunda valoración presentó atención cuando se le habla, ante objetos y personas,

iniciando imitación (intento de saludar y mover la boca para imitar sonidos); así como el inicio de seguimiento de instrucciones con ordenes sencillas.

En la evaluación del **conocimiento y socialización** a los 7 meses, disfruto del arrullo en brazos y del contacto con personas conocidas, comunicó malestar con llanto ante dolor, hambre, sed, necesidad de cambiar de posición y al estar mojado. En la segunda valoración (1 año 7 m.) comunicó e identificó expresiones faciales (tristeza, alegría, enojo y dolor; así también, manifestó el disfrute del aplauso o halago que se le da en reconocimiento a una gracia; respondió con pucheros y llanto ante el regaño o cuando se le ignoró. Reconoció la voz de las personas que lo cuidan y presentó respuesta de obedecer o rechazar sencillas ordenes.

En las **Habilidades Básicas para la Expresión Corporal**.- inicialmente no se dio ninguna respuesta pasando en la segunda valoración al juego con su propio cuerpo y al agitar su cuerpo ante la presencia de música. En las **Habilidades Básicas para la Expresión Oro-facial**; en la primer evaluación presentó únicamente respuesta de abrir la boca ante la presencia de alimentos; en la segunda valoración presentó respuestas de sonidos guturales y balbuceos, intentando platicar dice “hola”, “sí”, “ira” (mira); hace la boca en forma de “O” para intentar decir otras palabras. En las **Habilidades Básicas para la Expresión Manual**, inicialmente no hubo respuesta, pasando en la segunda valoración a mover la mano izquierda para saludar; a manipular los objetos en forma incoordinada y con dificultad; a jugar en forma independiente e incoordinadamente con ambas manos. En las **Habilidades Básicas para la Expresión del Autocuidado**, en la primer evaluación presentó únicamente respuesta de abrir la boca ante la presencia de alimento. En la segunda valoración respondió abriendo la boca para pedir alimento; intentó tomar el biberón y la cuchara sin lograrlo; colabora cuando se le viste, extendiendo la mano o la pierna cuando se le pide

En general se puede decir al comparar la primer y segunda evaluación, después de aplicado el Programa Educar por Movimiento y Posiciones, que los logros obtenidos por el niño son el resultado de haber sido tratado integralmente y no por áreas, es decir, al afectar en una sola disciplina a todas las áreas receptoras de estímulos (propioceptivas y

exteroceptivas); así también, se considera que la calidez en el trato y la recreación basada en el juego ha sido muy importante para el actual desarrollo de Carlos D

B) Resultados del trabajo realizado en la casa hogar en general

Considerando toda la población se presentaron los siguientes resultados:

- Con la participación del servicio social y voluntariado, de los 37 pacientes se atendieron 28, los 9 restantes no contaron con tratamiento debido a que no se alcanzó a cubrir las necesidades y requerimientos de educación especial y rehabilitación de la casa hogar por falta de recursos humanos.
- Cuando sólo se contó con la presencia del voluntariado se llevó seguimiento de de 19 pacientes.
- En los meses de febrero a marzo de 1996 se presentó epidemia de varicela en los niños de la plana alta, por lo que se interrumpió por partes el tratamiento.
- Para el 29 de marzo de este mismo año se disminuyó notablemente el voluntariado contando con su asistencia principalmente los días lunes, miércoles y viernes
- El 7 de mayo se inicio la colaboración de APAC- Unidad móvil, como servicio a la comunidad, asistiendo una vez al mes su equipo de trabajo.

En este periodo surgieron varias observaciones importantes en el desarrollo de los niños.

La importancia del descubrimiento de la imagen corporal a través del espejo:

Un espejo se colocó cerca del área de colchonetas, donde pudieran verse los niños en posición de decúbito (supino y prono), como también los niños que iniciaban desplazamientos. El otro, es un espejo móvil, que cambiábamos de lugar. Cabe aclarar que ni en dormitorios ni baños hay espejos, por lo que para la mayoría fue algo nuevo

Los niños que ya iniciaban arrastre, gateo y sentado tocaban diferentes partes de su

cuerpo, hacían movimientos de su boca, gestos, movimientos generales, bailando en ocasiones ya sea con la cabeza, las manos o con todo el cuerpo. Riendo o llorando acercándose en esos momentos al espejo, el jugar a esconderse y acercarse.

Algunos de los niños en posición de decúbito trataron de acercarse al espejo, sonriendo, tocándose o intentando emitir sonidos para conversar consigo mismos.

El surgimiento del juego:

Los niños más adelantados, inicialmente estaban acostumbrados a depender de una persona mayor para jugar; al dejarlos con sus juguetes al principio no hicieron mucho caso, se quedaban viendo o esperando a las personas mayores ahí presentes. Luego comenzaron a manipular, llevarse las cosas a la boca y aventarlas. Más tarde fueron encontrando que algunos al moverlos producían sonidos, otros se movían, etc. Mostrando cierta preferencia por algunos objetos durante periodos de tiempo. Iniciándose en la imitación, al imitar a algún compañero en particular o algún adulto ahí presente. Algunos también presentaron el juego solitario y más tarde el juego en parejas.

La convivencia más directa entre los niños:

En su mayoría los niños comparten habitación pero permaneciendo cada uno en su cuna o silla sin tener mayor contacto. Al ir descubriendo primero su propio cuerpo, después, el convivir y tocar al niño de junto, se fueron dando cuenta de las partes del cuerpo del otro niño (al principio partes de la cara, manos, dedos, etc.). También el hecho de descubrir la satisfacción, el gozo o la afectividad en el caso del abrazo y la molestia o dolor en caso de pegarse entre ellos. Favoreciendo con todo esto la sociabilidad entre la población de la casa hogar.

En general de acuerdo a las observaciones realizadas a los niños, ya que no se cuenta con datos numéricos debido a la gran población, a la heterogeneidad de la misma y a la variable y escasa presencia de recursos humanos que facilitara la constante recolección de

los mismos, se registraron los cambios más evidentes, los cuales se mencionan a continuación:

Los niños que únicamente se encontraban en posición de decúbito presentaron una mejoría de sus movimientos generalizados (mayor movimiento en miembros superiores e inferiores y intento de desplazarse); esto dependiendo del tipo de patología que presentan y del grado de severidad. El pasar de una nula convivencia a una mayor sociabilidad, de una mayor intranquilidad, continuo llanto por parte de algunos en particular, al pasar a la manifestación de tranquilidad (manifestada en sus expresiones faciales, en la presencia de la sonrisa y a la ausencia de llanto), del inicio de la imitación y del juego espontáneo por parte de algunos en particular.

Estas observaciones se atribuyen al resultado de la aplicación del Programa Educar por Movimiento y Posiciones, que en su tratamiento integra elementos importantes como son la calidez, el recreo y el movimiento, conjuntamente con el conocimiento y la sociabilidad, a través de canciones, juegos y estímulos aplicados de acuerdo al nivel de desarrollo de la actividad muscular y de la actividad cerebral superior del paciente. Elementos importantes (de acuerdo a la experiencia) que incluyen "satisfactores" psicológicos básicos (como son el afectivo-emocional y la socialización) sobre todo considerando que los niños que viven en casa hogar presentan serios problemas emocionales, físicos e intelectuales, así como la presencia de problemas de conducta (sentimientos de desamparo, abandono, rechazo, ira, tensión, agresión y retraimiento. Según Lieberman, *Ibidem*). Por lo que este programa responde a la diversidad de necesidades de la población de la casa hogar "Don de Dios" en particular (como es la aplicación de una terapia integral).

Finalmente a cada caso en particular se le dará seguimiento en sus expedientes para futuros análisis

CAPITULO 4

4.1. Análisis de la Intervención.

Es difícil realizar un análisis de los diferentes factores como son los aspectos histórico - culturales, biopsicosociales y legales, que inciden en el fenómeno de los niños y adolescentes especiales en estado de orfandad.

Es importante abordar las situaciones que se presentan en la institución como contexto sociocultural/medioambiental (físico, cultural y social) en el cual se desenvuelven los internos tanto como abordar la cuestión de los niños y adolescentes usuarios de la casa hogar; así como la inserción del psicólogo en dicho ambiente, enfrentando problemas de orden teórico, metodológico, y laboral y su vinculación con las necesidades de las personas especiales en estado de orfandad.

Con el fin de guiar este análisis a continuación se desglosan los puntos a tratar en este capítulo en términos de características de: 1 Los usuarios; 2. La institución; 3 El psicólogo y sus funciones en la casa - hogar.

1. Los usuarios de la casa hogar “Don de Dios”:

Algunas de las características institución que afectan en los usuarios son las siguientes.

1.- La higiene es una institución muy limpia, que está pendiente en lo posible de higiene de los niños y adolescentes que la habitan; respecto a su cuerpo, alimentación y vestido. En los casos de enfermedad estos cuidados se extreman, situación que lamentablemente no se da en todas las instituciones asistenciales; en las que es común la inadecuada higiene y el maltrato extremo a los niños, lo que repercute trascendentalmente en su calidad de vida, en todo su desarrollo, en su estabilidad emocional y conductual y hasta en su posibilidad de vivir o morir. Afirmación que fundamento en mi experiencia en el ejercicio de la profesión en instituciones asistenciales

Al respecto es muy notoria la gran necesidad de afecto y aceptación por parte de los niños y adolescentes que habitan la casa hogar, presentándose frecuentes problemas emocionales y de conducta en toda la población, cuando se vinculan afectivamente con las personas que los asisten. Los desajustes que les causan el cambio de personal; niñeras y religiosas se suman a su inherente abandono y maltrato familiar.

Esto se agudiza por el hecho de que algunas de las personas que asisten, presentan comportamientos extremos con ellos, como cargarlos y mimarlos todo el tiempo, o cuando el personal y voluntariado se van los niños lloran o hacen berrinche; otras personas en cambio son indiferentes, les da miedo acercarse a ellos, les muestran su rechazo y tratan de no convivir con ellos. Comportamientos que también son formas de maltrato que hacen aún más difícil el diario vivir de los infantes.

Un hecho lamentable fue el caso de cuatro alumnas de servicio social que rehusaron trabajar con algunos de los niños y solicitaron su cambio a otra institución. Uno de estos niños que es muy inteligente afirmó que por causa de él, no quisieron quedarse. Fue evidente el impacto que les causó a las alumnas encontrarse con estos niños, evidenciándose su falta de sensibilidad y comprensión con niños y adolescentes especiales en su formación profesional. Al término del periodo de servicio social y no tener suficientes recursos humanos, varios de los pacientes no fueron atendidos, no se le dio seguimiento en su tratamiento y tuvieron un retroceso en su desarrollo, siendo muy evidente el caso de Verónica, con retraso mental, de conflexión robusta y de carácter risueño que ya caminaba. Al sentirse de nuevo abandonada presentó debilidad para caminar, se mostraba triste, comía poco y cayó gravemente enferma al grado de mantenerla con suero. Adelgazó mucho y actualmente no camina y se muestra siempre triste, sin que exista una causa orgánica para ello.

Otras situaciones para los usuarios son. a) las epidemias que se generan, desde las más simples como gripes hasta varicela u otras que deterioran su equipo biológico; lo que obliga a veces a la suspensión del tratamiento en los internos afectados b) De acuerdo a las características del niño y por cuestiones legales de la situación de abandono o maltrato al menor, se presentan cambios de una institución a otra, lo que también afecta la estabilidad emocional de los usuarios.

Todas estas situaciones que viven los niños y adolescentes de esta institución influyen en su desarrollo y repercuten en su tratamiento haciendo sumamente difícil nuestra labor. Pasaremos ahora a hablar de la institución en sí.

2. La institución:

La casa hogar “Don de Dios” es una asociación civil que se sostiene de la caridad pública principalmente de aportaciones en especie. Resguardada por Hermanas de la Caridad de la Madre Teresa de Calcuta cuya filosofía principal es él “atender a los más pobres entre los pobres”, en este caso; niños y adolescentes especiales en estado de abandono o víctimas de maltrato que requieren atención psicológica por la secuela de maltrato; así como la atención a sus requerimientos de educación especial y rehabilitación.

Una característica particular de este hogar asistencial es la apertura a recibir servicio social y voluntariado; siempre y cuando se ajusten a los horarios de visita y a las reglas de la institución, aumentando así los recursos humanos.

Estos recursos al mismo tiempo resultan un problema, el voluntariado en particular es problemático, debido a que por su misma condición su participación es irregular; sin fechas, ni horarios establecidos, ni obligatorios por tanto no es mucho lo que pueden dar, ni lo que se les puede exigir.

Por otra parte, la población que requiere atención es mayor que los profesionales o voluntarios que imparten la rehabilitación. Estos dos últimos puntos repercuten en la organización y en la calidad de la atención de manera negativa.

También cabe mencionar que resulta un gran problema el hecho de no contar permanentemente con personal médico o enfermeras para casos de urgencias y chequeos regulares de los niños, y fundamentalmente para prevenir posibles complicaciones, debido a que estos profesionistas son voluntarios, se dan casos que uno receta una cosa, otro receta otra, o simplemente se ignora la aplicación anterior; y aunque las hermanas están al pendiente, por la gran cantidad de niños existe confusiones al respecto, lo que significa un riesgo muy grande.

Para el personal en general es determinante la situación de que al trabajar en este tipo de instituciones, por su carácter asistencial, cuentan con baja remuneración económica, así

como escasas prestaciones laborales y muchas exigencias personales y profesionales. Por lo que continuamente renuncian los integrantes del personal en busca de mayores ingresos económicos.

Como se puede observar, los puntos referidos respecto de los usuarios de la casa hogar “Don de Dios” y de la institución en sí, se entrelazan y forman un todo complejo y determinante en el desarrollo de los niños que no podemos pasar por alto dado que influyen en la intervención realizada por el profesionista de la psicología con los diferentes casos que se presentan en la misma.

3. El psicólogo y sus funciones en la casa – hogar “Don de Dios”:

En esta institución como hogar asistencial, el psicólogo en ejercicio de su profesión enfrenta una serie de situaciones o problemas. El primero en cuanto a su *Formación Profesional* y su vinculación con este *Contexto Social* en particular, después a las *Condiciones Institucionales* que enfrenta, que incluyen desde la forma de organización de dicha institución y la aplicación del reglamento hasta las condiciones medioambientales (físicas, culturales y sociales) que pueden poner límites a su acción o favorecer su desarrollo; y finalmente en la búsqueda de *Alternativas* viables en dicho contexto, con las necesidades de esta población en su mayoría con severas alteraciones de sensibilidad y movimiento, y a las características particulares de cada niño o adolescente que habita esta casa hogar.

a. Formación Profesional.

En cuanto a la formación profesional y su vinculación en este contexto en particular, tenemos dos situaciones diferentes, por un lado la experimentada en la ENEP Campus Iztacala en la Clínica Universitaria de Salud Integral CUSI, donde solo recibimos preparación con la atención de un solo caso de educación especial durante un semestre de práctica en el transcurso de toda la carrera, que incluye el servicio social y dos años de teoría en educación especial y rehabilitación (EER), lo que constituye una gran desventaja formativa y profesional en el contexto de la casa hogar “Don de Dios”, en la cual se presenta una multiplicidad de casos y sería competencia con otros profesionistas por

ejemplo los de la Normal de Especialidades, cuyo curriculum consta de 4 años de EER, dos de los cuales están dedicados a prácticas y aparte dan 6 meses de servicio social (480 hrs.).

En la ENEP Iztacala se implementó en la CUSI el uso de una teoría y una técnica, la de Modificación de Conducta o Análisis Conductual Aplicado, lo cual resulta insuficiente al enfrentar multiplicidad de casos con diferentes alteraciones en la práctica profesional requiriéndose multiplicidad de teorías y técnicas para atenderlos, de las que los egresados de normal de especialidades tienen mayor conocimiento que los psicólogos de la ENEP-I.

b. *Las Condiciones Institucionales.*

En cuanto a las condiciones institucionales de la casa hogar el psicólogo enfrenta las situaciones siguientes: 1) Al ser una institución de caridad los ingresos son limitados para él como profesional, además, no se puede contratar más personal capacitado en la atención de EER. 2) La población es grande y con múltiples necesidades de atención 3) Las demandas que se hacen al psicólogo como profesionista, son muchas; como estimulación temprana, psicoterapia, rehabilitación, se exige igualmente colaborar con otros profesionales inmersos en la Educación Especial y Rehabilitación (servicio social de la Normal de Especialidades SEP; colaboración de alumnos de la ENEP Iztacala UNAM y APAC - servicio a la Comunidad. I.A.P., que coincidieron en esta institución, médicos, enfermeras, odontólogos), el conocer sus formas y métodos de trabajo utilizados, amplían nuestra práctica profesional. 4) En cuanto al voluntariado no se le puede aprovechar al máximo, porque son pocas y en número variable las personas que asisten en un día específico y a una hora fija (lo que facilitaría la aplicación de las actividades). Además de que pueden presentarse en un día 5, 10 o más voluntarios y al otro día no presentarse nadie, aparte de que no todos comparten el atributo de paciencia hacia los niños. Dado que los recursos humanos son limitados, se da rotación alta del mismo y carencia total de capacitación, lo que impide una mejor organización y planeación sobre todo de las actividades de educación especial y rehabilitación. 5) La atención médica es eventual, por lo que otra situación importante que se presentó y que resulta un problema, es el hecho de tener duda en cuanto a probables luxaciones en los internos u otro aspecto médico semejante, siendo necesario el diagnóstico para tomarse en cuenta en la Rehabilitación, por consiguiente ésta tiene que esperar, hasta que los profesionistas - que son voluntarios - en

este caso el neurólogo o el médico de rehabilitación se presenten a laborar. 6) Se puede decir, que son muchas las necesidades de los internos por cubrir en cuanto a Educación Especial y Rehabilitación y en las secuelas de maltrato y por lo mismo resulta muy extenuante trabajar con ellos, pues se requiere documentarse de manera continua sobre las causas y características de los diferentes casos (a veces sobre cuestiones legales), requiere de paciencia, esfuerzo físico, y sobre todo requiere de profesionistas muy interesados en esta área, que les agraden los niños y posean un alto sentido de ética y humanidad.

Al convivir y trabajar con este tipo de población se adquiere mucha experiencia en el área de educación especial y rehabilitación que difícilmente se adquiere en el aula. 7) En su mayoría las alumnas del servicio social se acoplaron al trabajo, aunque al principio se hizo evidente la diferencia de términos y técnicas empleadas pese a estas diferencias, conjuntamente con el psicólogo se coordinaron las actividades de EER favoreciendo así la atención de los pacientes.

El horario de alimentación principalmente en el turno vespertino (4: p.m.), impidió o retrasó las actividades de motricidad gruesa en los niños, por lo que no se pudo cubrir al 100 % la atención de los usuarios, resultando en retroceso de los niños y adolescentes.

Debido a la carencia de recursos humanos sólo pudimos darles lo elemental del tratamiento a los pacientes, *desperdiciando mucho su potencial y habilidades, tampoco se aprovechó al cien por ciento los materiales con los que se cuentan para trabajar.*

Resumiendo, las funciones del psicólogo en la casa hogar “Don de Dios” fueron las siguientes:

1. Análisis de casos
2. Seguimiento de los mismos
3. Llevar expedientes
4. Organizar actividades
5. Dar capacitación al voluntariado
6. Organizar el servicio social de Normal de Especialidades
7. Reportar signos de alarma en los niños (como enfermedades, convulsiones, etc.)

8. Solicitar chequeos médicos sobre probables luxaciones de cadera, control de medicamentos anticonvulsivos y recomendaciones médicas en la rehabilitación del paciente.
- 9 Llevar a cabo el tratamiento de EER cuando no se alcanza a cubrir con el voluntariado y/o el servicio social De acuerdo a las necesidades del paciente en particular considerando su nivel de actividad muscular y de actividad cerebral superior.

c. *La Alternativa.*

Bajo estas condiciones de trabajo tan particulares afirmamos que no podemos aplicar el Modelo Familiar si se carece de la familia. La Modificación de Conducta y las teorías de desarrollo sirven para los casos que no tienen tantas alteraciones sensoriales y de movimiento como Sx. de Down, retraso psicomotor, P.C. no severa, atención a problemas de aprendizaje o de conducta; de los cuales únicamente hay 10 casos en esta población, (3 Down, 1 retraso psicomotor, 1 de macrocefalia y 5 de problemas de aprendizaje. ¿Qué alternativas hay para los 27 restantes?, emplear diferentes teorías y técnicas con el fin de resolver sus necesidades de tratamiento, o bien aplicar un programa integral que aborda todos estos casos como lo es “Educar por Movimiento y Posiciones” de García Medina (inédito).

En cuanto al método de trabajo del Programa Educar por Movimiento y Posiciones es un gran acierto aplicar el movimiento asociado con un conocimiento o estímulo y trabajarlos integralmente En este reporte se mostró un caso particular de parálisis cerebral espástica severa, cuyos cambios favorables (cuantitativa y cualitativamente) al comparar una primera y segunda evaluaciones del desarrollo humano integral, se atribuyen a este método que en una sola actividad, abarca todas las áreas receptoras de estímulos (propioceptivas y exteroceptivas); y a la calidez del trato al paciente, que exige este programa y a la incorporación de la educación creativa y recreativa; elementos fundamentales que favorecieron en general a toda la población tratada en la casa hogar.

Se capacitó con este método principalmente a alumnas de la Normal de especialidades, a estudiantes de la ENEP Iztacala y al voluntariado; abarcando únicamente algunos aspectos básicos del marco teórico dando prioridad al aspecto metodológico, por la urgente

necesidad de proporcionar la atención a los niños y adolescentes de esta institución. Dicha capacitación duró para las normalistas los 6 meses que se presentaron (480 hrs); en cuanto a las alumnas de la ENEP participaron como voluntarias los días sábado de 9 a 12 a.m. durante un mes y la capacitación del voluntariado fue una vez a la semana durante dos horas para los que asisten regularmente.

Al desempeñar la labor profesional como psicólogo en el campo de la educación especial y rehabilitación en institución asistencial, aún contando con formación académica, ésta no se vincula cabalmente con necesidades sociales e individuales de la población referida; ni con las exigencias profesionales institucionales ya que estas instituciones albergan los casos más severos a consecuencia del abandono familiar y social en que se encuentran. Lo que nos obliga a formarnos permanentemente, puesto que en educación especial y rehabilitación se requiere mucha documentación e investigación; ya que abarca infinidad de temas, gran variedad de problemas o patologías a tratar, controversia en términos, técnicas y programas. Así como la constante necesidad de vinculación con otras profesiones: medicina, sociología, historia, derecho, entre otras.

La problemática se agudiza con el constante aumento de la población con necesidades especiales, la diversidad de casos y la presencia de patologías desconocidas. Por lo que es urgente adecuar los programas curriculares de Educación Especial y Rehabilitación de las escuelas de educación superior para enfrentar estos problemas.

En este sentido dentro del campo de la Educación Especial y Rehabilitación, el Programa Educar por Movimiento y Posiciones es importante, porque es un Programa Mexicano que sí considera tales problemas, así como las características y necesidades socio-económicas de nuestro país, sin llegar a descalificar los otros métodos de tratamiento existentes. Además este programa condensa, incluye y engloba lo que en varias disciplinas se maneja por separado por ejemplo la fisioterapia y la recreación, la educación escolar y la educación cívica por citar dos ejemplos, enfatizando la vinculación e integración de todos los elementos del desarrollo humano integral (lo que no es nada fácil) considerando simultáneamente los diversos aspectos relacionados con el paciente como son: la familia (inexistente en este caso), la educación creativa y recreativa, el aspecto emocional, motriz, cognitivo y cívico, entre otros.

Este método se ajusta a las necesidades y características de cada paciente y no al contrario (ajustar a fuerzas al niño al programa), lo concibe como un ser humano integral, con valores y potenciales a desarrollar (Goldstein, 1990). Se adecua a las necesidades económicas de nuestro país sin requerir grandes y costosos aparatos.

La Guía de Desarrollo que aporta este programa, plantea una perspectiva diferente y original de estudio sobre este tema y aunque las evaluaciones son laboriosas, la aplicación del programa lo puede llevar a cabo personal entrenado con el único requisito del amor y paciencia hacia los niños. Favoreciendo así la desprofesionalización, debido a que en la mayoría de las instituciones en nuestro país resulta incosteable tener un equipo multidisciplinario completo. Por tanto la aplicación del Programa Educar por Movimiento y Posiciones en este campo (EER) y en este tipo de instituciones (Casa Hogar) resulta una opción viable en nuestro contexto desde el punto de vista técnico, económico, metodológico, y fundamentalmente desde el punto de vista humano.

CONCLUSIONES

Son múltiples las cuestiones que surgen al ver en retrospectiva el trabajo que aquí se reporta sobre la casa hogar "Don de Dios" y el método "educar por movimiento y posiciones".

Cabe, por principio, preguntar:

¿Se cumplieron tanto el objetivo general como los objetivos específicos de este trabajo?

Para el objetivo general las expectativas de *Reportar la trascendencia de las actividades del psicólogo realizadas con sujetos de educación especial y rehabilitación en la casa hogar "Don de Dios"; de junio de 1995 a noviembre de 1996*, fueron más allá de

lo esperado para un reporte de trabajo; considerando el análisis integral del fenómeno, niños y adolescentes especiales que viven su orfandad en casa hogar y habiendo desglosado los diferentes aspectos involucrados en esta práctica profesional. A saber el histórico, el medio ambiente natural y sociocultural, el aspecto legal y el marco teórico-metodológico.

Del objetivo general planteado: *Proporcionar educación especial y rehabilitación a los internos de la casa hogar "Don de Dios", aplicando el programa educar por movimiento y posiciones.* Se puede decir que se cumplió parcialmente al no cubrir la atención del 100 % de la población; de los 37 internos se atendieron 28, con la colaboración del servicio social y voluntariado, los restantes no contaron con tratamiento debido a que no se alcanzaron a cubrir las necesidades y requerimientos de educación especial y rehabilitación de la casa hogar por falta de recursos humanos, dada la carencia de recursos económicos para contratar más personal y mucho menos el equipo multidisciplinario para atenderlos pues si consideramos que el abandono parental en sí ya es un gran problema, es más difícil afrontarlo cuando los niños tienen requerimientos de educación especial.

Por otra parte esta población crece día con día a causa de diversos factores: alto índice de población, carencia de servicios adecuados de salud, yatrogenias, nutrición deficiente, mala situación económica, consumo de drogas, alcohol, tabaco, enfermedades infecciosas, traumatismos, contaminación de diversos tipos; radiaciones, presencia de plomo,¹ agroquímicos, insecticidas en los alimentos, maltrato infantil, violencia intrafamiliar (Orozco, 1995, García de Ortiz, 1996; García Lizama, 1997; Vega y col., 1993; Borrego, 1992).² Dicha problemática de abandono infantil con necesidades especiales nos está rebasando por lo que es urgente que las universidades, así como la SEP, las diferentes instituciones, la familia y las O.N.G, entre muchas otras, busquen solución a esta problemática, a través de acuerdos, convenios y leyes que promuevan tanto el servicio

¹ Presente en pintura, gasolina, tuberías y soldaduras, alimentos, en la atmósfera, latas con costuras soldadas, cerámica de barro vidriada, suelos próximos a minas de plomo, industrias que emplean este metal o a las fundiciones. La intoxicación por plomo afecta a todos los órganos, sobre todo, al SNC y sistema periférico, los riñones y la sangre; ocasiona encefalopatías, secuelas incapacitantes como convulsiones y retraso mental (daño en las funciones cognitivas), reacciones más lentas y una mala coordinación visual – motora, trastornos del comportamiento, retardo en el crecimiento, alteraciones de la audición y la muerte. Pág. 264 – 276 Tomado de *Intoxicaciones con Plomo* (ver nota 2).

² *Intoxicaciones por Plomo.* Organización Mundial de la Salud, Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud, y el Instituto Nacional de Salud Pública de México 1995 Vol 37 No 3 (264 - 276)

social, como prácticas escolares, servicio comunitario, u otros, de diferentes profesiones. Tales como; medicina, enfermería, psicología, pedagogía, sociología, administración, bioingeniería y demás profesionistas involucrados en la educación especial y rehabilitación, con el fin de colaborar en estas instituciones de asistencia social.

En cuanto a los objetivos específicos (Fase 1):

1. **Dirigir las metas a una mayor “normalización” de los niños, en sus diferentes áreas.** Se registraron los cambios más evidentes observándose: aumento en la motricidad por parte de los niños, más amplios periodos de atención y desarrollo de lenguaje entre otras conductas, esto en función del caso (de acuerdo al tipo de patología y al grado de severidad, ver Resultados obtenidos); cuyos resultados cabe atribuir a la aplicación del programa educar por movimiento y posiciones pues los 9 pacientes que no fueron tratados, no mostraron ningún cambio. Cabe mencionar que no se cuenta con datos numéricos confiables de todos los casos atendidos debido a la variable y escasa presencia de recursos humanos para la recolección de los mismos y que a propósito no es el objetivo de este reporte.
2. **Coordinar la participación del voluntariado en la aplicación del tratamiento, llevando a cabo la desprofesionalización; y**
3. **Asesorar y coordinar el servicio social de alumnas de la normal de especialidades. SEP.** Estos últimos se llevaron a cabo durante el periodo reportado y se han continuado hasta la fecha, organizando las actividades, checando tratamiento y seguimiento de los mismos. Se contó con 9 voluntarios que asistieron regularmente una vez a la semana y otros que se presentaron ocasionalmente; además de 5 alumnas de la normal de especialidades que participaron de junio de 1995 a enero de 1996 y otro grupo de 6 estudiantes presentes en junio de 1996 a febrero de 1997; formándose otro grupo a mediados de 1997, del cual desertaron 4 alumnas (ver Cap.4 pág 177). Durante un mes se contó de manera voluntaria con la colaboración de un grupo de 10 estudiantes de la ENEP Iztacala, siendo constantes en su asistencia 8 de los mismos. Los problemas encontrados ya se señalaron: irregularidad de asistencia (en el caso del voluntariado), conductas sobreprotectoras no comprometidas y conductas de rechazo, principalmente. También hubo buena respuesta por parte de las alumnas en su asistencia, en la

organización y participación de actividades, en la discusión de casos, y en la aplicación del tratamiento.

Los objetivos específicos (Fase 2):

1. **Continuar con los objetivos específicos de la fase 1.**
2. **Aplicación de la segunda valoración del caso seleccionado.**
3. **Llevar seguimiento de expedientes.**
4. **Iniciar terapia de grupo lactante.**
5. **Llevar a cabo la terapia de grupo maternal.**
6. **Iniciación del programa de habilidades básicas para la alimentación.**

Sólo se llevaron a cabo los dos primeros objetivos completos, los restantes cuatro, sólo se realizaron en los periodos en que se contó con la colaboración de alumnas de servicio social y/o voluntariado por lo que no hay datos consistentes ni completos al respecto.

En base a los datos precedentes, es posible cuestionarnos:

¿Qué aporta este trabajo a la comunidad psicológica y sobre todo a las siguientes generaciones de psicólogos de nuestra Universidad?

Consideramos que este reporte condensa y da información que escasamente se encuentra publicada en otras fuentes como son: 1. los diferentes métodos aplicados en la educación especial y rehabilitación en instituciones mexicanas; así como la historia y desarrollo de la casa hogar (asistencia privada y gubernamental) 2. Actualidad de las casas hogar, ya que se concluye que es indispensable conocer el contexto histórico, político y social en el cual se desarrollan los niños y adolescentes con necesidades especiales que viven en casa hogar; así como las condiciones legales que los rigen, con el fin de tener un conocimiento amplio de esta problemática para incidir en la prevención y tratamiento de estos casos. 3. También podemos decir que las características particulares de la población de casa hogar, los hace aún más vulnerables al maltrato, por lo que es importante como psicólogos introducimos en la legislación que los rige para ayudar a prevenir el maltrato infantil y el agravamiento de su sintomatología y en los casos extremos defender sus derechos, qué como humanos – como nosotros - tienen.

4. Dicha población presenta serios problemas emocionales, físicos, intelectuales, de conducta, (sentimientos de desamparo, abandono, rechazo, ira, tensión, agresión y retraimiento); además de las características particulares de cada paciente (edad cronológica, desarrollo y maduración del SNC.), la mayoría con severas alteraciones de sensibilidad y movimiento; recrudescido esto por la gran población que resguarda la casa hogar "Don de Dios", que además provoca mayor competencia y agresión entre los niños para obtener la atención o el cariño del personal que les asiste (la investigación al respecto casi no existe ver cita).

Tal situación nos plantea como psicólogos diversas exigencias teórico-metodológicas-laborales; exigencias que como ya vimos en los programas con formación médica, psicológica, o como plantea García Medina (op. cit.) en su Programa Educar por Movimiento y Posiciones, que "las referencias hasta hoy revisadas no han permitido localizar una teoría del aprendizaje que permita enfrentar en una sola disciplina los procesos del desarrollo humano integral" que respondan a esta problemática, observándose un vacío entre lo teórico y lo práctico.

Una propuesta de trabajo que constituye una alternativa viable a esta compleja situación es el Programa Educar por Movimiento y Posiciones, el cual integra y engloba los elementos del desarrollo humano integral desde los inicios de la maduración del S.N.C. hasta el desarrollo de la conducta cívica, pasando por actividad muscular y actividad cerebral superior. Planteando una perspectiva diferente de estudio, evaluación y tratamiento de la población con necesidades especiales, cuya aplicación con los internos de la casa-hogar "Don de Dios"; ha dado interesantes y prometedores resultados.

Cabe mencionar que la problemática teórico-metodológica planteada por las exigencias laborales de la Educación Especial y Rehabilitación en México se agudizan ante las necesidades de esta población; que son muy diversas, cambiantes y en constante aumento. Involucrando así una amplia variedad de profesionistas (médico, psicólogo, pedagogo, terapeuta físico, de lenguaje y ocupacional entre otros) Por tanto como afirma Juárez Paredes (op. cit) "hay ciertas funciones que se comparten", "por lo mismo es difícil marcar un límite entre éstas"(pag 75, 77), por lo que es la institución la que asigna el "rol"

a cada profesionista de la psicología, fungiendo las más de las veces como maestro de grupo; compartiendo papeles con el pedagogo, normalistas o maestro de educación especial, evidenciándose que el psicólogo no tiene una identidad propia bien definida, sino que se le asigna de acuerdo a las necesidades institucionales y a las particularidades de la población que atiende.

En el caso particular del curriculum de psicología, Campus Iztacala; se le proporciona al estudiante parte de la información necesaria para trabajar en EER, las asignaturas de Educación Especial y Rehabilitación Teórica I, II, III, IV, además de Psicología Aplicada Laboratorio V. Como son: métodos de observación y registro, técnicas de modificación de conducta, manejo de contingencias, elaboración y aplicación de programas de modificación de conducta. Nociones de motricidad gruesa y fina, lenguaje y socialización, algo sobre las etapas de desarrollo del niño y el conocimiento de algunas pruebas psicológicas como: Figura Humana y Frostig, IHB, ABACUS; entre otras.

Sin embargo en lo laboral, se carece de capacitación adecuada para lo que se tiene que realizar en la institución. Se desconocen las actividades, programas y teorías que los sustentan y cómo variarlas adecuándolas a las capacidades y necesidades de los pacientes concretos (ya que una sola teoría o técnica no resuelve todas las necesidades de los diversos casos). Hace falta entonces tener conocimiento y experiencia de estimulación temprana, terapia física, alteraciones sensoriales, así como alteraciones de tono muscular (de la musculatura y por lo tanto del movimiento). Estos últimos son requisito indispensable al trabajar casos de trastornos neuromotores como es la PC, ya que puede resultar contraproducente su desconocimiento al lesionar permanentemente al paciente si se fuerza su equipo biológico al enfocar el tratamiento únicamente al aumento de repertorios; por ejem enseñarlo que escriba, que se lleve la cuchara a la boca, que camine, etc., todo esto sin antes prepararlo corporalmente para ello.

Es importante que como psicólogo se reciba preparación en: a) Prevención - ya que en muchos casos resulta lo más económico y factible (como es el caso de la amniocentesis para el síndrome de Down) b) Tratamiento.- para poder enfrentar la variedad de casos que existen c) Investigación - para desarrollar alternativas para síndromes desconocidos o poco

conocidos. Todo encaminado a favorecer el desarrollo integral de esta población, a la cual se le puede brindar una vida digna rescatando sus habilidades y potencialidades.

Es precisamente en este campo tan complicado y conflictivo que el presente reporte de trabajo da cuenta de una aportación mexicana, creada y aplicada para niños mexicanos, es decir, este programa se adecua a las necesidades específicas del paciente y no a la inversa, como ya se dijo, ajustando su problemática a un método o programa. Este método aborda al ser humano de manera integral con el propósito de desarrollar sus potencialidades y no quedarse sólo en sus limitaciones (desde una posición optimista como señala Vigotsky); es de bajo costo, acorde con el medio ambiente natural y sociocultural en el que se emplea, buscando sustituir la importación tanto de material teórico como didáctico. “Es un método pedagógico-didáctico”, es “una terapia física educativa”, es “educación creativa y recreativa” o como su nombre lo indica es “educar por movimiento y posiciones”.

Muchos de sus planteamientos ahora se están aplicando y se han dado condiciones para su desarrollo; uno de ellos es la unificación de áreas, la **interdisciplina**, pues un solo profesionalista trata integralmente al paciente. El grupo de APAC- Unidad Móvil lo aplica llamándolo trabajo “**Transdisciplinario**”, lo han desarrollado por separado de manera independiente, manejando el método “**MELF**” (Sistema, Postura, Movimiento, Educación, Lenguaje y Funcionalidad)

Este método (educar por movimiento y posiciones) condensa, resume y engloba lo que se realiza en otros programas por separado (e incluye aspectos que ninguno considera), dándole una identidad propia considerando el contexto mexicano. Este método varía en el énfasis de la consideración y vinculación de diversos aspectos relacionados al paciente como son: familia, aspectos emocionales, el trabajar al sujeto integrado a su contexto. Aborda la educación formal y la educación informal en forma creativa y recreativa; trabaja integralmente aspectos neurofisiológicos y neuropsicológicos; el movimiento, aspectos sensoriales, la alimentación, la cognición (de acuerdo al caso específico), la socialización, buscando inculcar el respeto a la naturaleza, a los compañeros, al país, promoviendo una integración totalizadora. Aborda el lenguaje y aplica terapia musicalizada. Todo esto englobado en dos aspectos principales como son la actividad muscular y la actividad cerebral superior, encaminados al desarrollo próximo (Vigotsky, 1975)

La principal deficiencia de este método es que resulta muy complejo en su fundamentación teórica al abordar tantos elementos y por tanto sólo los profesionistas empapados en los aspectos teórico-metodológico-laborales de la educación especial y rehabilitación pueden entenderlo en toda su dimensión, aunque su aplicación es fácil de realizar por un paraprofesional o algún familiar del paciente. Por lo que el futuro de este programa, su estudio, aplicación y difusión dependerá del compromiso de los profesionistas interesados en la educación especial y rehabilitación, y, además, de los resultados que obtengan con él.

Otros aspectos importantes a considerar son los siguientes.

Es necesario ser un estudioso de las diferentes disciplinas involucradas en la EER para enfrentar las necesidades de estos pacientes. También es importante no emplear “rótulos” que marquen de por vida a la persona delimitando de antemano capacidades o expectativas de desarrollo. Por lo mismo resulta necesario para dirigir el tratamiento y ubicarnos en este campo, el reconsiderar los términos “parálisis cerebral”, “disminuidos” “incapacitados” “retrasados”, “reeducación”, etc. Ya que hay autores que los cuestionan, como Lapiere y Aucouturier (1983) que afirman por ejemplo que todo es educación, que no existe la reeducación.

Es fundamental permitir el desarrollo de las potencialidades propias de cada niño (a través de técnicas de inhibición o facilitación, según el caso), dando constantemente al paciente experiencias, un ambiente rico en estímulos adecuados y graduados a sus necesidades que faciliten una buena red cortical (plasticidad cerebral) como se hace con el método de García Medina (op. cit).

En la experiencia laboral, nos enfrentamos a que no hay en México suficiente personal calificado; hay una gran población con necesidades especiales; falta investigación comparando estrategias, métodos, enfoques y resultados en la educación especial y rehabilitación en México. Para enfrentar las necesidades de nuestra población, así como para ampliar los estudios de este campo, es necesario fabricar, (con métodos caseros adecuados a los recursos del país), ayudas, equipo y material didáctico para los pacientes “excepcionales”, y difundir dichos conocimientos entre la población

Resulta indispensable educar en forma permanente a los niños y sobre todo a los adultos; para que comprendan que el respeto a todos los seres humanos, independientemente de sus potencialidades, es un derecho fundamental. Encaminando esfuerzos a la prevención porque es importante considerar que *La “discapacidad” es susceptible de ser evitada* y para evitarla se necesita **conocimiento, educación y acción**.

El psicólogo aplicado a la educación especial y rehabilitación debe promover una cultura y conciencia nacionales que difunda valores que aseguren una sociedad más humanitaria basada en el aprecio y respeto por la vida. Que contemple la correlación entre población, servicios, desarrollo económico, demandas sociales y la función social del psicólogo, quien no debe olvidar que estamos conviviendo con niños, con seres humanos; y que cada ser humano es único en todo el universo, por tanto, valioso en sí mismo. Por lo que el cuidado, dedicación, amor, respeto y motivación que imprimamos en la relación con él, así como en su educación; son primordiales, para posibilitar el desarrollo del paciente de todas sus potencialidades, en una vida plena en la que nosotros podemos ser guías y partícipes.

Finalmente podemos concluir que a dos años de alcanzar un nuevo milenio, las necesidades de nuestro tiempo y de nuestra cultura son muchas. Las demandas de nuestra sociedad (López Ramos, 1995) se han manifestado de manera diversa, más aún ante la crisis de valores y falta de desarrollo espiritual en las nuevas generaciones. Por lo que, resulta importante ver al ser humano de manera integral; reorientar nuestra práctica psicológica y proporcionarle sustento en la búsqueda y el ejercicio que recupere las nuevas problemáticas de los sectores con los que se trabaja. Es necesario ubicar el fenómeno psicológico en un tiempo y espacio específico. Además de considerar la interrelación entre el ser y el ser social que permita explicar, construir propuestas de prevención, tratamiento e investigación en la salud psicológica.

La modernidad según López Ramos (ibidem), radica en el cambio de la concepción de los fenómenos y su vinculación con el uso de técnicas, diagnósticos y tratamiento. Se necesita **“una actitud para abordar los problemas caracterizada por la reflexión**

continua, la lectura crítica de la realidad y la puesta en marcha de acciones"(pág. 81).³ Analizar lo realizado, las propuestas, logros, alcances y fines para discutir lo que se hace en el presente y lo que se puede planificar para el futuro en el servicio de Educación Especial y Rehabilitación.

Es importante considerar que; la protección al huérfano o al niño abandonado, ha sido una de las formas clásicas de la beneficencia en todo tiempo; pero las condiciones y modo de cumplirlas ha diferido en cada época. La preocupación de la sociedad por proteger en forma efectiva a los que al nacer nada tenían, hizo necesaria la idea de crear centros o instituciones donde acogerlos. No obstante, a la protección de aspecto tutelar colectivo siempre le faltaran los elementos que posee el ambiente familiar para la formación integral del niño(Pereira, 1984); que "nuestro enfoque de la atención del niño disminuido depende de la actitud frente al problema en general del sufrimiento y la adversidad en el ser humano"; que el niño disminuido tiene en común con el niño en general, el derecho a gozar de la oportunidad de desarrollar su capacidad hasta alcanzar el nivel óptimo que sea posible. ⁴ Recordando siempre que, "El que al filosofar olvida a México se expone a descartarse y a no cumplir su misión de genuino filósofo. Hay que dialogar con la realidad nacional y buscar el Logos de su estructura, la razón de ser de lo mexicano". ⁵

Puntos importantes que no hay que perder de vista en el papel profesional del psicólogo, porque pueden ser elementos fundamentales para ayudar a impulsar y darle una identidad propia a nuestra profesión en cada uno de los campos en los que se inserta laboralmente hoy en día.

3 Herrera Marquez A. La Planeación de la Carrera de Psicología en México: un espacio. Tomado de Alternativas para la Formación de Psicólogos en México Lara Vargas y otros Ediciones AMAPSI, 1996 pág. 81

4 Bowley H. G. y Gauer L. El Niño Disminuido. Guía Educativa y Psicológica para los Disminuidos Orgánicamente. Ed Panamericana, Buenos Aires, Argentina, 1993 11

5 Citado en López Ramos. Historia de la Psicología en México. Tomo I Ceapuc, 1995 451

BIBLIOGRAFIA

- Alcaraz R. V. M. **Interacciones Operante-Respondientes como Factores de Riesgo de Enfermedad y como Posibilidades de Recuperación Funcional.** Revista Mexicana de Psicología. Vol. 7 No. 1 y 2, 1990 97-107.
- Ascencio J. y Suarez M. **Planeación y Ejecución de Actividades de Enseñanza para un Grupo de Sujetos Diagnosticados con Autismo o con Retardo en el Desarrollo de Acuerdo al Modelo de Enseñanza Integral Grupal.** Tesis Facultad de Psicología UNAM. 1992.
- **Asistencia Social con Enfoque Comunitario y Promocional.** Organo de Información de la Junta de Asistencia Privada para el Distrito Federal. JAP. Julio – Agosto, 1996. 18.
- Barqun C. M. **Medicina Social.** Editorial Fco. Mendez Oteo, México, 1977.
- Bobath, B. **Actividad Postural Refleja Anormal Causada por Lesiones Cerebrales.** Ed. Médica Panamericana, Buenos Aires, Argentina, 1973.
- Borrego E. S. **Yatrogenia: Daño Causado por el Médico.** Tipografías Editoriales, México, 1992.
- Bowley H. G. y Gardner L. **El Niño Disminuido. Guía Educativa y Psicológica para los Disminuidos Orgánicamente.** Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, Argentina, 1996.
- Campos C. y Ugalde B. **El Papel del Psicólogo en Educación Especial a Nivel Institucional.** Tesis Iztacala/UNAM 1992.
- Carrasco Puente R. **Datos Históricos e Iconografía de la Educación en México.** SEP. 1960.
- C. Espino F **Hospicio de Niños. Reseña Histórica del Plantel.** Ed. Tipografía del Hospicio de Niños Guadalupe de Zacatecas, 1896.
- **Comisión Nacional de Derechos Humanos. Directorio Anotado de Instituciones para Menores en el Distrito Federal,** México, 1991
- **Compilación de Legislación sobre Menores.** Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. DIF. 1992
- **Criterios Pediátricos.** Instituto Nacional de Pediatría. 1994. Vol. 10
- Desmond Doig **Madre Teresa de Calcuta: su Gente y su Obra.** Editorial "Sal Terrac"- Santander. España, 1979
- **Diccionario Básico del Español de México.** El Colegio de México. Ed. Patria. S.A. de C.V 1991.
- **Diccionario Porrúa de Historia, Bibliografía y Geografía de México.** Ed. Porrúa, México. 1986
- **Directorio de Instituciones Filantrópicas.** Centro Mexicano para la Filantropía A.C 1996

- Doman G. **Qué Hacer por su Niño con Lesión Cerebral**. Editorial Diana, México, 1993
- **Educación Conductiva**. Manuales de APAC. I.a.p 1997.
- **Enciclopedia de México**. Edición Especial para la Encyclopedía Britanica de México, 1993. Tomo VII.
- **Enfoque Sobre la Beneficencia Pública**. SSA. Oficialía Mayor. Dirección General del Patrimonio de la Beneficencia Pública. 1984.
- Flores Macías R. y Vidal Russi P. **El Modelo EIG: una Alternativa de Educación para Niños con Retardo Moderado**. Revista Mexicana de Psicología. 1988 Vol. 5 No. 2.
- García Baliño. **La Conducta Motora en Niños con Síndrome de Down: Desarrollo y Aplicación de un Programa**. Tesis Iztacala/UNAM 1984.
- García de Ortiz T. **¡Dios Ya lo Sabía! El Don de un Niño Especial**. Ed. Obra Nacional de la Buena Prensa A.C. México, 1996.
- García Lizama. **Las Necesidades y la Asistencia Privada**. Periódico Somos Hermanos. Alternativa de Desarrollo Altruismo Internacional. Publicación mensual. Abril, 1997. No 18.
- García Medina B. **Educar por Movimiento y Posiciones**. En prensa.
- Garduño E. A. **Los Derechos de los Niños con Malformaciones Congénitas En Contacto** Asociación Mexicana de Síndrome de Down. A.C. 1995. 3.
- Gonzalbo Aizpuru P. **Historia de la Educación en la Epoca Colonial. El Mundo Indígena**. Ed. El Colegio de México, 1990.
- Gonzalbo Aizpuru P. **Historia de la Educación en la Epoca Colonial. La Educación de los Criollos y la Vida Urbana**. El colegio de México, 1990.
- Guyton. **Fisiología y Fisiopatología**. Interamericana Mc. Graw – Hill, México, 1992
- Harrison, M. D. y col. **Neurología Pediátrica**. Editorial Limusa. México, 1982.
- Hernández García. **Educación Preescolar del Niño con Trisomía 21. Reporte de Cuatro Años de Labor en el Centro de Educación Down A.C.** Tesis Iztacala/UNAM 1990.
- **Intoxicaciones por Plomo: De la Detección a la Prevención Primaria**. Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud. División de Salud y Ambiente. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Instituto Nacional de Salud Pública. México, 1995 Mayo – Junio, Vol. 37 No 3
- Juárez Paredes H. **Reflexión Teórica y Práctica Sobre la Inserción del Psicólogo Dentro de la Asociación Pro – Personas con P.C.** (APAC). Tesis Iztacala/UNAM 1994
- **La Voz. Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad**. Versión Castellana, del Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía. España, 1992
- Lapiere A y Aucouturier B. **Simbología del Movimiento. Psicomotricidad y Educación**. Editorial Científico – Médica Barcelona España, 1983

- Lara Vargas J., López Ramos S. y col **Alternativas para la Formación de Psicólogos en México.** Ediciones AMAPSI, México, 1996.
- **Leyes y Códigos de México. Código Civil para el Distrito Federal.** Colección Porrúa, S.A. 1992.
- **Leyes y Códigos de México. Ley General de Salud.** Editorial Porrúa S.A. 1992.
- Lieberman F. **Trabajo Social, el Niño y su Familia.** Ed. Pax – México, 1987.
- López Ramos S. **Historia de la Psicología en México.** Centro de Estudios y Atención Psicológica, A.C Ceapac. 1995. Tomo I.
- Loredó Abdalá A. **Maltrato al Menor.** Ed. Interamericana – McGraw – Hill, México, 1994.
- **Los Niños del Mundo.** UNICEF. Organó de Información de la Junta de Asistencia Privada para el Distrito Federal JAP. Marzo – Abril, 1996. 16.
- **Los Niños del Otro México. Realidades, Propuestas y Retos. Tercer informe Sobre los Derechos del Niño y la Situación de la Infancia en México.** Comexani. 1994.
- Madre Teresa de Calcuta. **Tú Me Das Amor.** Escritos Recogidos y Presentados por Gorrée G. y Barbier J. Editorial “Sal Terrae”- Santander, España, 1979.
- Márquez González L. **El Papel del Psicólogo en la Educación Especial.** Tesis ENEPI/ UNAM. 1987.
- Mckcown T. **Introducción a la Medicina Social.** Siglo Veintiuno Editores, México, 1981.
- **Memoria de la Labor Realizada por la H. Junta Directiva de la Beneficencia Pública en el D.F. De septiembre de 1933 a agosto de 1934.** Editorial “CVLTVRA” 1934.
- **Misión de la Junta de Asistencia Privada.** Organó de Asistencia Privada en el D.F. JAP. Julio – Agosto, 1996
- Morehouse E. L. y Miller **Fisiología del Ejercicio.** Ed. El Atenco, México, 1981
- **Mundo Asistencial.** Junta de Asistencia Privada para el D.F. JAP Organó de Comunicación Interna Marzo – Abril, 1995. No 10.
- **Normas Técnicas para la Prestación de Servicios de Asistencia Social.** Secretaría de Salud, México. 1988
- **Nuevo Practi-Diccionario Anaya de la Lengua Española.** Fundación Cultural Televisa. A.C. 1981.
- Nuñez de Haro. A. **Hospicios – México.** Ed. Impresas en México en la Imprenta del Lic. D. Joseph de Jauregui, calle de S. Bernard. 15 de febrero de 1775.
- Orozco C **Alteraciones Eléctricas en las Neuronas Pueden Contribuir a la Deficiencia Mental.** Fisiología Humana Escuela Superior de Medicina. INVESTIGACION HOY Revista bimestral de comunicación científica tecnológica del IPN Julio/Agosto 1995 65

- Pereira de Gómez M. N. **La Apercepción Familiar del Niño Abandonado.** Ed. Trillas, México, 1984.
- Pérez R. y Cruz. L. **La Intervención Profesional del Psicólogo en la Terapéutica y Rehabilitación de Sujetos Retardados Bajo el Contexto De la Asistencia Social Institucional.** Tesis ENEPI/UNAM, 1990.
- **Primera Reunión de Patronos y Directivos de Instituciones de Asistencia Privada.** Junta de Asistencia Privada para el D.F. JAP. Julio –Agosto, 1996. 18.
- **Responsabilidades Como Instituciones de Asistencia Privada.** Junta de Asistencia Privada para el D.F. JAP. Organó de Comunicación interna. Marzo/Abril, 1995. 10.
- Reyes García. **El Síndrome de Down; Educación y Desarrollo y la Realidad Actual en Nuestro País.** Tesina Iztacala/UNAM 1992.
- Santamarina F.J. **Diccionario de Mejicanismos.** Ed. Porrúa, S.A. 1983.
- Santos Arcillez J. **La trabajadora Social en una Revisión de Hogares Sustitutos.** Tesis. UNAM. 1969.
- **Segundo Informe Sobre los Derechos del Niño y la Situación de la Infancia en México.** Comexanu 1993.
- Shea M. T. **La Enseñanza en Niños y Adolescentes con Problemas de Conducta.** Editorial Panamericana, Buenos Aires, Argentina, 1993.
- T. Alfaro, M. **Reseña Histórico – Descriptiva del Antiguo Hospicio de México.** Imprenta del Gobierno Federal. 3ª de Revillagigedo, Núm. 3, 1906.
- **Trastornos Neuromotores. Alteraciones de la Comunicación.** Subsecretaría de Educación Superior e Investigación Científica. SEP Licenciatura en Educación Especial 1987.
- Vázquez Galvan G. **Análisis del Trabajo del Psicólogo en la Dirección General de Educación Especial.** Tesis ENEPI/UNAM, 1988
- Vega Méndez J. y col. **La Calidad de la Atención Médica: Prioridad en la Nueva Práctica de la Medicina.** Pennatología y Reproducción Humana. Vol 7. No 2. Abril - Junio, 1993.
- Weiner, M D. y col. **Neurología Pediátrica.** Editorial Limusa, México, 1982.
- Zuhrt R. **Educación del Movimiento y del Cuerpo en Niños Discapacitados Físicamente.** Editorial Médica Panamericana, Buenos Arcs, Argentina, 1993.

ANEXO

Trabajar en un espacio tranquilo, cálido, alegre y muy iluminado.

Usar ropa suave y cómoda.

Tratar a los familiares emocionalmente afectados y darles orientación integral para impulsarlos hacia la autosatisfacción de necesidades familiares prioritarias y las específicas del paciente.

Jugar con el niño y hablarle cálidamente desde el inicio de la relación terapeuta-paciente.

Hablarle de frente, con lenguaje sencillo, claro y objetivo.

Motivar la respuesta con juguetes llamativos y sorpresas creativas.

Evitar el alto grado de dificultad y las actividades monótonas o demasiado fáciles.

Evitar la repetición de estímulos que hayan perdido su capacidad motivadora.

Evitar el uso de materiales peligrosos y sustancias tóxicas.

Motivar la respuesta postural y motriz con aplicación simultánea del conocimiento y las reglas sociales.

Respetar el predominio lateral manual.

Hacer de la recreación basada en el juego y el arte una constante durante el tratamiento.

Trabajar al ritmo de cantos que indiquen el funcionamiento corporal sugerido por la actividad.

Hacer de la discriminación (imitación, asociación, clasificación, secuencias y series entre otras) un principio básico de la educación.

Precisar el nivel exacto de apoyo que requiere el paciente en cada actividad (asistido, activo ligeramente asistido, activo libre entre otros) e impulsarlo hacia la independencia.

Organizar de antemano el material didáctico adecuado para realizar cada una de las actividades.

Rutina generalizada de ejercicios de inhibición y facilitación Neurofisiológica y Neuropsicológica

TRATAMIENTO QUE REGULA LA ACTIVIDAD MUSCULAR					
Actividad a realizar	Posición para su desarrollo	Procedimiento	Ilustración	Finalidad	Material
Masaje digital	Decúbito dorsal (acostado boca arriba) Decúbito ventral (acostado boca abajo)	Dar masaje circular, profundo y repetidas presiones con el dedo pulgar en las siguientes partes del cuerpo:		<p>Actividad muscular</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disminuir la tensión muscular. • Activar las estructuras neuronales. • Fortalecer la maduración del sistema nervioso central. • Mejorar la irrigación sanguínea. • Disminuir el dolor. • Mejorar la irrigación articular. <p>Actividad cerebral superior</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la sensibilidad visual, táctil y auditiva • Facilitar el proceso de enseñanza-aprendizaje de los conceptos y reglas sociales correspondientes a la edad intelectual y social específica de cada paciente. • Socializar • Inhibir problemas emocionales 	<ul style="list-style-type: none"> • Superficie acolchada. • Aceite para bebé. • Toalla de manos, kleenex o papel sanitario • Grabadora y canciones de cuna.
		<ul style="list-style-type: none"> • Sobre las yemas de los dedos de uno y otro pie 	1		
		<ul style="list-style-type: none"> • Sobre la parte externa de la planta de los pies, en forma ascendente, de abajo hacia arriba. 	2		
		<ul style="list-style-type: none"> • Sobre la pantorrilla (solio y gemelos), en forma ascendente (de abajo hacia arriba). 	3		
		<ul style="list-style-type: none"> • Sobre uno y otro lado del trayecto superior de la columna (desde la cintura hasta el cuello) • En la parte anterior de la muñeca, sobre el lado correspondiente al dedo pulgar. 	4 5		

TRATAMIENTO QUE REGULA LA ACTIVIDAD MUSCULAR					
Actividad a realizar	Posición para su desarrollo	Procedimiento	Ilustración	Finalidad	Material
Masaje manual	Decúbito dorsal (acostado boca arriba)	Dar masaje circular y profundo con las partes blandas de la mano diestra y alternar repetidas presiones en la siguiente secuencia		<p>Actividad muscular</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disminuir la tensión muscular específica de cada espacio a tratar. • Activar las estructuras neuronales • Fortalecer la maduración del sistema nervioso central. • Mejorar la irrigación sanguínea. • Disminuir el dolor. • Mejorar la alineación y la movilidad articular <p>Actividad cerebral superior</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la sensibilidad visual, táctil y auditiva • Facilitar el proceso de enseñanza-aprendizaje de los conceptos y reglas sociales correspondientes a la edad intelectual y social específica de cada paciente • Inhibir problemas emocionales 	<ul style="list-style-type: none"> • Superficie acolchada • Aceite para bebé • Grabadora y cassette de canciones de cuna.
		<ul style="list-style-type: none"> • Cara anterior del hombro. • Cara media del brazo (biceps) • Sobre uno y otro lado del bajo abdomen. 	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p>		
	Decúbito ventral (acostado boca abajo)	<ul style="list-style-type: none"> • Amasar con repetidas presiones sobre todo el área de la pantorrilla en forma ascendente (de abajo hacia arriba) 			

TRATAMIENTO QUE REGULA LA ACTIVIDAD MUSCULAR					
Actividad a realizar	Posición para su desarrollo	Procedimiento	Ilustración	Finalidad	Material
Masaje con toalla	Decúbito dorsal (acostado boca arriba)	Dar masaje ascendente superficial y profundo con una toalla áspera () suave () con ambas ()	1 2 3 4 5 6	Actividad muscular <ul style="list-style-type: none"> • Estimular los receptores de la sensibilidad propioceptiva a nivel de músculos. • Mejorar la irrigación sanguínea • Mejorar la alineación de la posición articular. • Activar las estructuras neuronales correspondientes a la parte a tratar. • Fortalecer la maduración del sistema nervioso central 	<ul style="list-style-type: none"> • Superficie acolchada. • Una toalla enjuagada en suavitel. • Una toalla lavada con detergente • Grabadora y cassette que contenga canciones de cuna.
		Sobre las siguientes partes del cuerpo: <ul style="list-style-type: none"> • Planta del pie • Perna • Bajo abdomen • Mano • Brazo • Cara Al terminar un lado del cuerpo se continúa con el otro en la misma secuencia.			

TRATAMIENTO QUE REGULA LA ACTIVIDAD MUSCULAR

Actividad a realizar	Posición para su desarrollo	Procedimiento	Ilustración	Finalidad	Material
<p>Relajación por movilización articular pasiva y suaves estiramientos</p>	<p>Decubito dorsal (acostado boca arriba)</p>	<p>El instructor producirá el movimiento y los estiramientos sin ningún esfuerzo por parte de la persona a tratar. En las siguiente secuencia:</p> <p>Cuello</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Rotación derecha:</i> Voltar la cabeza del eje central hacia el lado derecho hasta que la barbilla quede lo más cerca posible del hombro Favorecer tres ligeros estiramientos en donde topa la movilidad articular Regresar la cabeza a la posición inicial. • <i>Rotación izquierda:</i> Realizar los mismos pasos del ejercicio anterior hacia el lado izquierdo 	<p>1</p> <p>2</p>	<p style="text-align: center;">Actividad muscular</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la alineación postural y la específica de cada articulación. • Mejorar la movilidad articular. • Disminuir el dolor • Disminuir la tensión muscular patológica. • Mejorar la irrigación sanguínea • Mejorar el esfuerzo respiratorio. • Disminuir los problemas emocionales. <p style="text-align: center;">Actividad cerebral superior</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la sensibilidad visual, táctil y auditiva • Facilitar el proceso de Enseñanza-Aprendizaje de los conceptos y reglas sociales correspondientes a la edad intelectual y social de cada paciente 	<ul style="list-style-type: none"> • Superficie acolchada • Una silla adecuada a las necesidades específicas del paciente • Grabadora y cassette que contenga suaves canciones de cuna.

TRATAMIENTO QUE REGULA LA ACTIVIDAD MUSCULAR			
Actividad a realizar	Posición para su desarrollo	Procedimiento	Ilustración
Continua relajación por movilización articular pasiva y suaves estiramientos	Decúbito dorsal (acostado boca arriba)	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Desviación horizontal al frente:</i> Colocar los brazos del paciente sobre su pecho a manera de abrazo y aplicar repetidas presiones sobre uno y otro codo hacia el centro del pecho. 	10
	Decúbito lateral (acostado de lado)	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Movimiento general de hombro:</i> Colocar el brazo en ángulo de 90° para la flexión, con el codo totalmente extendido, la mano abierta y los dedos también extendidos para producir suaves y repetidos movimientos circulares sobre el eje del brazo. Primero hacia el lado derecho y posteriormente hacia el lado izquierdo. Repetir los mismos pasos en el brazo opuesto. 	11
		<p>Repetir los mismos pasos del ejercicio anterior en las siguientes partes del cuerpo:</p> <p>Codo</p>	12
	Decúbito dorsal (acostado boca arriba)	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Extensión y supinación:</i> Con el brazo totalmente extendido, fijar el codo con la mano izquierda y tomar con la derecha la palma de la mano del paciente para realizar los siguientes pasos: <ol style="list-style-type: none"> a) traccionar el codo (jalar hacia el frente). b) rotar la mano hacia arriba, c) producir ligeras sacudidas que fortalezcan a la vez, la tracción y la rotación <p>Muñeca</p>	13
Decúbito dorsal (acostado boca arriba)	<ul style="list-style-type: none"> • Reposar el antebrazo a la línea del cuerpo. Flexionar a la vez el codo y extender totalmente la muñeca, para hacer presión hacia abajo en repetidas ocasiones, procurando que los dedos se encuentren extendidos. Repetir los mismos pasos en la mano opuesta 	14	

TRATAMIENTO QUE REGULA LA ACTIVIDAD MUSCULAR

Actividad a realizar	Posición para su desarrollo	Procedimiento	Ilustración
Continua relajación por movilización articular pasiva y suaves estiramientos	Decúbito dorsal (acostado boca arriba)	<p>Dedos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cerrar manualmente la mano y presionarla repetidas veces. <ol style="list-style-type: none"> a) Cerrar la mano del paciente con ambas manos del instructor y realizar repetidas presiones sobre la posición adoptada. b) Abrir suavemente la mano con una caricia y estrar repetidamente los dedos. Repetir el mismo procedimiento en la mano opuesta 	15
	Decúbito lateral (acostado de lado)	<p>Tronco</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fijar la posición en línea media, con la mano izquierda del instructor colocada a la altura del hombro y a la derecha a la altura de la cadera, para movilizar inicialmente el hombro hacia el frente y la cadera hacia atrás. Producir tres ligeros estiramientos en donde topa la movilidad articular en ambos sentidos. Alternar repetidamente estos movimientos. Repetir el mismo procedimiento sobre el lado contrario. 	16
	Decúbito dorsal (acostado boca arriba)	<p>Cadera</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Flexión y extensión:</i> Doblar la pierna derecha y presionarla tres veces sobre el bajo abdomen en donde topa la movilidad articular. Extenderla y producir tres ligeros estiramientos en donde topa la movilidad articular hacia abajo. Repetir el mismo procedimiento en la pierna izquierda para posteriormente alternar los mismos movimientos en ambas piernas. 	17
		<ul style="list-style-type: none"> • <i>Movimientos generales:</i> Flexionar la cadera en ángulos de 90° y la rodilla en ángulo de 35° aproximadamente para producir en la rodilla repetidos movimientos circulares en uno y otro sentido. Aplicar el mismo procedimiento en la pierna contraria 	18

TRATAMIENTO QUE REGULA LA ACTIVIDAD MUSCULAR			
Actividad a realizar	Posición para su desarrollo	Procedimiento	Ilustración
Continúa relajación por movilización articular pasiva y suaves estiramientos	Decúbito ventral en codos sobre un cilindro	<p>Rodilla</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Extensión:</i> atravesar al niño sobre un cilindro. Procurar que la rodilla quede apoyada cerca del centro. Limitar el movimiento del muslo con la mano izquierda y extender la rodilla con la derecha para producir tres ligeros estiramientos en donde toca la movilidad articular. 	19
	Decubito dorsal (acostado boca arriba)	<p>Tobillo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Doblar la pierna derecha hasta alinear el pie cerca de la región glútea, para producir desde la rodilla repetidos movimientos hacia adelante con el fin de estirar el tobillo <p>Repetir el mismo ejercicio en la pierna izquierda</p>	20

TRATAMIENTO QUE REGULA LA ACTIVIDAD MUSCULAR

Actividad a realizar	Posición para su desarrollo	Procedimiento	Ilustración	Finalidad	Material
Ejercicios de respiración	Decúbito dorsal (acostado boca arriba) o sentado De acuerdo a las necesidades posturales del paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Prestonar durante tres tiempos ininterrumpidos el bajo abdomen del niño, con la palma de la mano totalmente abierta En el tiempo número tres se colocará cerca de la nariz una cascara de limón, naranja, o mandarina exprimida o un poco de Vic vaporrub colocado en las yemas de los dedos para producir una inhalación profunda. 	1	<p align="center">Actividad muscular</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar el esfuerzo respiratorio (profundidad, frecuencia y ritmo), <p align="center">Actividad cerebral superior</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la sensibilidad visual, táctil, auditiva y olfativa. • Facilitar el proceso de aprendizaje de los conocimientos y reglas sociales correspondientes a la etapa maternal fase uno 	<ul style="list-style-type: none"> • Cáscaras de naranja, mandarina o limón • Vic vaporrub

TRATAMIENTO QUE REGULA LA ACTIVIDAD MUSCULAR

Actividad a realizar	Posición a desarrollar	Procedimiento	Ilustración	Finalidad	Material
Fortalecer el desarrollo postural	Decúbito ventral en codos (acostado boca abajo con apoyo sobre los codos)	<ul style="list-style-type: none"> Motivar al paciente con juguetes para buscar que mantenga el equilibrio conjunto del cuello y del tronco, para que mueva la cabeza en todos los sentidos (flexión, extensión, rotación derecha e izquierda) Descargar peso con ambas manos colocadas sobre uno y otro hombro. 	1	Actividad muscular <ul style="list-style-type: none"> Mejorar el equilibrio y la alineación de la posición a tratar Mejorar la movilidad articular del cuello Mejorar su alineación general 	<ul style="list-style-type: none"> Cuña Superficie acolchada
		<ul style="list-style-type: none"> Sobre una cama o colchoneta Estabilizar la posición lo mejor alineada posible y producir desde uno y otro hombro ligeros movimientos laterales y repetidas descargas de peso 	2	Actividad cerebral superior <ul style="list-style-type: none"> Mejorar la sensibilidad visual, táctil y auditiva. 	<ul style="list-style-type: none"> Un cilindro de aproximadamente 50 o 60 cm de diámetro
		<ul style="list-style-type: none"> Sobre un cilindro: Dar al paciente la posición indicada a lo largo de un cilindro con el cuerpo debidamente alineado, para moverlo suavemente hacia uno y otro lado y producir desde los hombros ligeras descargas de peso. 	3	<ul style="list-style-type: none"> Facilitar el proceso de aprendizaje de los conocimientos y reglas sociales correspondientes a la etapa maternal fase uno. 	<ul style="list-style-type: none"> Laminas que contengan fotografías de la familia, de animales domésticos u otros conceptos correspondientes a la etapa maternal. Juguetes llamativos de figura humana y animal Ejemplo títeres

* García Medina B. Manuales de Procedimiento. Educar por movimiento y posiciones. En prensa citado con autorización del autor.

TRATAMIENTO QUE REGULA LA ACTIVIDAD MUSCULAR

Actividad a realizar	Posición a desarrollar	Procedimiento	Ilustración	Finalidad	Material
<p>Continúa fortalecer el desarrollo postural</p>	<p>Decúbito ventral en brazos (acostado boca abajo con apoyo en los brazos)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Colocar al niño sobre la parte media de una cuña con el tronco salido de la misma y dejar que soporte el peso del tronco sobre los brazos que se mantendrán con los codos totalmente extendidos y las manos bien abiertas. Motivar la respuesta con juguetes llamativos u otros materiales didácticos que se presentarán al frente en la línea media o se utilizarán para producir movimientos del cuello en todos los sentidos (flexiones, extensiones y rotaciones) 	<p>4</p>	<p style="text-align: center;">Actividad muscular</p> <ul style="list-style-type: none"> Fortalecer el control conjunto del cuello y del tronco Mejorar la movilidad articular del cuello. Mejorar la alineación general de la posición <p style="text-align: center;">Actividad cerebral superior</p> <ul style="list-style-type: none"> Mejorar la sensibilidad visual, táctil y auditiva. Facilitar el proceso de aprendizaje de los conocimientos y reglas sociales correspondientes a la etapa maternal fase uno. 	<ul style="list-style-type: none"> Cuña Títeres de bolsita con temas adecuados para fortalecer el desarrollo del lenguaje maternal Juguetes llamativos de figura humana y animal.

* García Medina B. Manuales de Procedimiento. Educar por movimiento y posiciones. En prensa citado con autorización del autor.

TRATAMIENTO QUE REGULA LA ACTIVIDAD MUSCULAR

Actividad a realizar	Posición a desarrollar	Procedimiento	Ilustración	Finalidad	Material
<p>Continúa fortalecer el desarrollo postural</p>	<p>Sentado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sentar al niño en la esquina de un sofá Equilibrar la posición con almohadas y ponerle enfrente juguetes llamativos. Ejemplo un pequeño gimnasio y grabadora que contenga música infantil facilitadora de la etapa maternal 	1	<p style="text-align: center;">Actividad muscular</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer el equilibrio conjunto del cuello y del tronco • Mejorar la movilidad articular del cuello • Mejorar la movilidad articular del tronco • Mejorar la alineación general de la posición a tratar 	<ul style="list-style-type: none"> • Sofá acolchado • Una pelota grande de playa.
		<ul style="list-style-type: none"> • Sentar al niño arriba de una pelota grande y suave Asistirlo manualmente para que mantenga la cabeza y el tronco erguidos y en línea media. Mover suavemente la pelota en la siguiente forma Del eje central del cuerpo: - hacia adelante - hacia atrás - hacia el lado derecho. - hacia el lado izquierdo 	2	<p style="text-align: center;">Actividad cerebral superior</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la sensibilidad visual, táctil y auditiva. • Facilitar el proceso de Enseñanza-Aprendizaje de los conceptos y reglas sociales correspondientes a la edad intelectual y social específica de cada paciente 	<ul style="list-style-type: none"> • Un cilindro acolchado de aproximadamente 55 cm. de diámetro
		<ul style="list-style-type: none"> • Sentar al paciente en la parte media de un cilindro con las piernas al frente Asistirlo manualmente para que mantenga la cabeza y el tronco erguidos en línea media y mover suavemente el cilindro en la siguiente forma: Del eje central - hacia el frente. - hacia atrás 	3	<ul style="list-style-type: none"> • Inhibir problemas emocionales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Grabadora y cassette que contenga música, para vaivén "El caballito blanco", "Arre borreguito" y "Aquimchui"

TRATAMIENTO QUE REGULA LA ACTIVIDAD MUSCULAR					
Actividad a realizar	Posición a desarrollar	Procedimiento	Ilustración	Finalidad	Material
Continúa fortalecer el desarrollo postural	Sentado	<ul style="list-style-type: none"> Sentar al paciente sobre la parte media lateral del cilindro con las piernas de fuera. Asistirlo manualmente para estabilizar la posición y realizar los siguientes movimientos. Del eje central del cuerpo: <ul style="list-style-type: none"> - hacia el lado derecho - hacia el lado izquierdo 	5	<p>Actividad muscular</p> <ul style="list-style-type: none"> Fortalecer el equilibrio conjunto del cuello y del tronco. Mejorar la movilidad articular del cuello Mejorar la movilidad articular del tronco. Mejorar la alineación general de la posición a tratar. 	<ul style="list-style-type: none"> Superficie acolchada
		<ul style="list-style-type: none"> Sentar al paciente sobre una superficie blanda con las piernas al frente y con apoyo sobre ambos brazos, manteniendo los codos extendidos y las manos abiertas. Motivarlo verbalmente y con juguetes para fortalecer la respuesta. 	6	<p>Actividad cerebral superior</p>	
		<ul style="list-style-type: none"> Sentar al paciente con las piernas cruzadas (en caso de predominio aductor de cadera) y con apoyo sobre ambos brazos, manteniendo los codos extendidos y las manos bien abiertas. Motivarlo verbalmente con juguetes para fortalecer la respuesta. <p>Otra forma de fortalecer el equilibrio en la posición de sentado consiste en:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Producir presiones digitales sobre los músculos dorsales (sobre uno y otro lado de la columna) De la cintura hacia arriba. - Dar masaje de percusión con la palma de la mano en cunita sobre los músculos dorsales (en uno y otro lado de la columna) - Producir descargas de peso sobre uno y otro hombro. - Producir sensaciones de vibración con un globo lleno de agua sobre los músculos dorsales (a uno y otro lado de la columna) 	7	<ul style="list-style-type: none"> Mejorar la sensibilidad visual, táctil y auditiva. Facilitar el proceso de Enseñanza-Aprendizaje de los conceptos y reglas sociales correspondientes a la edad intelectual y social específica de cada paciente Inhibir problemas emocionales 	

TRATAMIENTO QUE REGULA LA ACTIVIDAD MUSCULAR					
Actividad a realizar	Posición a desarrollar	Procedimiento	Ilustración	Finalidad	Material
Continua fortalecer el desarrollo postural	Cuatro puntos o gato	<p>Para llevar a cabo esta serie de ejercicios es indispensable que el paciente tenga el control de cuello, las posiciones de decúbito ventral en codos y decúbito ventral en brazos</p> <ul style="list-style-type: none"> Atravesar al paciente en posición ventral sobre un cilindro, con el tronco fuera del mismo. Apoyarlo sobre los brazos con los codos totalmente extendidos y con las manos abiertas, para que soporte el peso del tronco primero sobre ambos brazos y posteriormente sobre ambas rodillas con suaves movimientos del cilindro primero hacia adelante y posteriormente hacia atrás Colocar al paciente sobre el cilindro en posición ventral procurando que soporte parte del peso del tronco sobre los brazos que se mantendrán totalmente extendidos y con las manos abiertas y las rodillas flexionadas 	1	<p>Actividad muscular</p> <ul style="list-style-type: none"> Fortalecer el control conjunto del cuello, el tronco y las extremidades Mejorar la alineación corporal general Mejorar la movilidad corporal a nivel general <p>Actividad cerebral superior</p> <ul style="list-style-type: none"> Mejorar la sensibilidad visual, táctil y auditiva 	<ul style="list-style-type: none"> Un cilindro de tamaño adecuado a las necesidades posturales del paciente para adoptar esta posición
			2	<ul style="list-style-type: none"> Facilitar el proceso de Enseñanza-Aprendizaje de los conceptos y reglas sociales correspondientes a la edad intelectual y social específica de cada paciente. Inhibir problemas emocionales. 	

TRATAMIENTO QUE REGULA LA ACTIVIDAD MUSCULAR					
Actividad a realizar	Posición a Desarrollar	Procedimiento	Ilustración	Finalidad	Material
Presiones articulares	Decúbito dorsal (acostado boca arriba)	<ul style="list-style-type: none"> Sujetar al niño con la mano derecha colocada sobre el pecho y presionar repetidas veces su cabeza contra el pecho con la mano izquierda, sin presionar sobre la fontanela 		<p style="text-align: center;">Actividad muscular</p> <ul style="list-style-type: none"> Estimular los receptores de la sensibilidad propioceptiva que se localizan a nivel de las articulaciones Inhibir los reflejos posturales anormales Mejorar la movilidad articular. 	<ul style="list-style-type: none"> Superficie acolchada
		<ul style="list-style-type: none"> Presionar repetidas veces, sobre los dos o más huesos proximales de cada una de las articulaciones de las extremidades superiores e inferiores 			
		- El antebrazo contra el tronco	1	Actividad cerebral superior	
		- El brazo contra el antebrazo	2	<ul style="list-style-type: none"> Mejorar la sensibilidad visual, táctil y auditiva Facilitar el proceso de Enseñanza-Aprendizaje de los conocimientos y reglas sociales correspondientes a la etapa maternal fase I. 	
		- La muñeca contra el brazo	3		
		- Los dedos de la mano, contra la palma de la mano	4		
		- El muslo contra la parte inferior del tronco	5		
- La pierna contra el muslo.	6				
- El pie contra la pierna.	7				

TRATAMIENTO QUE REGULA LA ACTIVIDAD MUSCULAR					
Actividad a realizar	Posición para su desarrollo	Procedimiento	Ilustración	Finalidad	Material
Reacciones de apoyo sobre los brazos	<ul style="list-style-type: none"> • Sentado con las piernas al frente. • Sentado con las piernas de lado • Sentado con las piernas cruzadas 	<p>Posicionar al paciente sobre una superficie acolchada con el brazo extendido y la mano abierta, para realizar los siguientes apoyos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Impulsa desde el hombro izquierdo repetidas veces el peso del cuerpo sobre el brazo derecho, que se mantendrá colocado a la altura de la cadera y ligeramente separado hacia afuera. Mantener los codos totalmente extendidos, las palmas de las manos debidamente apoyadas y los dedos también extendidos. Realizar el mismo procedimiento en el brazo izquierdo con impulsos producidos desde el hombro derecho 	1	<p>Actividad muscular</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inhibir los reflejos posturales anormales. • Mejorar la alineación articular. • Mejorar la fuerza muscular. • Mejorar la movilidad articular • Mejorar el proceso de irrigación sanguínea. 	<ul style="list-style-type: none"> • Superficie acolchada. • Globos de colores del No. 7
		<ul style="list-style-type: none"> • Impulsar repetidas veces el peso del cuerpo desde la parte anterior del tronco, sobre ambos brazos que se mantendrán colocados hacia atrás. Mantener los codos totalmente extendidos, las manos abiertas y los dedos también extendidos 	2	<p>Actividad cerebral superior</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la sensibilidad visual, táctil y auditiva. • Facilitar el proceso de Enseñanza-Aprendizaje de los conocimientos y reglas sociales correspondientes a la etapa maternal fase I 	
		<ul style="list-style-type: none"> • Realizar el mismo procedimiento con ambos brazos colocados al frente <p>Nota: Si el niño presenta aducción en las caderas (las mantiene en forma de tijera), los apoyos se realizarán en posición de sentado con las piernas cruzadas. Si por el contrario, presenta las caderas abiertas, los apoyos se realizarán desde la posición de sentado con las piernas de lado. Esta actividad se puede hacer sobre globos.</p>	3		

TRATAMIENTO QUE REGULA LA ACTIVIDAD MUSCULAR					
Actividad a realizar	Posición a desarrollar	Procedimiento	Ilustración	Finalidad	Material
Control del cuello por movimiento de relación primario	<ul style="list-style-type: none"> • Decúbito ventral en codos (acostado boca abajo con apoyo sobre los codos) • Decúbito ventral en brazos sobre cuña • Sentado con asistencia 	Colocar al niño en las posiciones indicadas en la columna anterior e instigarlo física, verbalmente y con juguetes para que realice los siguientes movimientos:		<p align="center">Actividad muscular</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la alineación postural del cuello y del tronco. • Mejorar la fuerza muscular en los músculos que fortalecen el control del cuello. • Mejorar los arcos de movimiento en la articulación del cuello. • Mejorar la movilidad articular en el cuello • Mejorar la coordinación del movimiento ojo - objeto. <p align="center">Actividad cerebral superior</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la sensibilidad visual, táctil y auditiva. • Facilitar el proceso de Enseñanza-Aprendizaje de los conocimientos y reglas sociales correspondientes a la etapa maternal fase I 	<ul style="list-style-type: none"> • Superficie acolchada • Cuña adecuada a las necesidades posturales del niño • Juguetes llamativos de figura humana y animal.
		<ul style="list-style-type: none"> • Voltear la cabeza del eje central del cuerpo hacia el lado derecho. 	1		
		<ul style="list-style-type: none"> • Voltear la cabeza del eje central del cuerpo hacia el lado izquierdo. 	2		
		<ul style="list-style-type: none"> • Mover la cabeza del eje central del cuerpo hacia adelante 	3		
		<ul style="list-style-type: none"> • Mover la cabeza del eje central del cuerpo hacia atrás 	5		

* García Medina B. Manuales de Procedimiento. Educar por movimiento y posiciones. En prensa citado con autorización del autor.

TRATAMIENTO QUE REGULA LA ACTIVIDAD MUSCULAR					
Actividad a Realizar	Posición a desarrollar	Procedimiento	Ilustración	Finalidad	Material
Ejercicios bilaterales con barra	<ul style="list-style-type: none"> • Decúbito dorsal (acostado boca arriba) 	<ul style="list-style-type: none"> • Hombro - <i>Flexiones y extensiones:</i> Tomar la barra con ambas manos, con los codos totalmente extendidos y los brazos descansados sobre la parte superior de los muslos, para moverlos repetidas veces con ritmo y velocidad uniforme hacia adelante y hacia atrás - <i>Desviaciones horizontales hacia uno y otro lado:</i> Tomar el centro de la barra con ambas manos. Mantener los codos totalmente extendidos y mover repetidamente los brazos con ritmo y velocidad uniforme hacia uno y otro lado. 	1	<p>Actividad muscular</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inhibir la presencia de reflejos posturales anormales • Mejorar la movilidad articular del hombro. • Mejorar la coordinación del movimiento en los miembros superiores. • Disminuir la atetosis (Movimientos involuntarios) y la ataxia. <p>Actividad cerebral superior</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la sensibilidad visual, táctil y auditiva • Facilitar el proceso de Enseñanza-Aprendizaje de los conceptos y reglas sociales correspondientes a la etapa maternal fase I. 	<ul style="list-style-type: none"> • Superficie acolchada • Una barra de acero de aproximadamente 65 cm
		<ul style="list-style-type: none"> • Codo - <i>Flexiones y extensiones.</i> Tomar el centro de la barra con ambas manos. Colocar la barra sobre la parte superior del pecho, para estirar y doblar repetidamente los brazos, respetando el eje central de la línea de partida del ejercicio 	2		
			3		

TRATAMIENTO QUE REGULA LA ACTIVIDAD MUSCULAR

Actividad a Realizar	Posición para su desarrollo	Procedimiento	Ilustración	Finalidad	Material
<p>Reacciones de enderezamiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Decúbito dorsal • Decúbito ventral • Atravesarlo ventralmente sobre un cilindro. 	<p>Motivar al paciente física, verbalmente y con juguetes llamativos para que tome con ambas manos dentro del eje central del cuerpo un globo u otros juguetes en donde termina cada uno de los siguientes ejercicios</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasar de la posición de decúbito dorsal (acostado boca arriba) a la posición de sentado • Pasar de la posición de decúbito ventral (acostado boca abajo) a la posición de cuatro puntos y al hincado. • Pasar de la posición de sentado sobre los talones al hincado Mover suavemente el cilindro hacia adelante para motivar la respuesta. <p><i>Nota:</i> Determinar con precisión el criterio de respuesta a utilizar para el mayor rendimiento de cada ejercicio:</p> <p>a) Ligeramente activo - asistido. b) Activo - asistido. c) Activo libre</p>	<p align="center">1</p> <p align="center">2</p> <p align="center">3</p>	<p align="center">Actividad muscular</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inhibir la presencia de reflejos posturales anormales • Mejorar a nivel general la fuerza muscular del cuerpo • Mejorar a nivel general la alineación de la posición. • Mejorar la movilidad articular en el cuello, en el tronco y en los miembros superiores. • Mejorar el esfuerzo respiratorio. • Mejorar el proceso de irrigación sanguínea. • Fortalecer el desarrollo de la articulación del lenguaje. <p align="center">Actividad cerebral superior</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la sensibilidad visual, táctil y auditiva • Facilitar el proceso de enseñanza-aprendizaje de los conceptos y reglas sociales correspondientes a la etapa maternal fase I 	<ul style="list-style-type: none"> • Superficie acolchada. • Titeres de bolsa que fortalecen el desarrollo del lenguaje "Palabras sencillas" • Juguetes llamativos de figura humana y animal.

TRATAMIENTO QUE REGULA LA ACTIVIDAD MUSCULAR					
Actividad a Realizar	Posición a desarrollar	Procedimiento	Ilustración	Finalidad	Material
Continua Desplazamiento del cuerpo.	Decubito ventral (acostado boca abajo)	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Arrastre:</i> Desde la posición indicada en la columna anterior dos personas asistirán al paciente para que aprenda a realizar en forma coordinada este patrón. La primera persona extenderá el brazo derecho hacia el frente y la otra persona le flexionará la pierna izquierda, para motivarlo a que se deslice hacia el frente con apoyo conjunto del brazo y de la pierna. <p>Nota: Descadenar la respuesta con juguetes</p>	1	<p>Actividad muscular</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la posición general del cuerpo. • Mejorar la coordinación del movimiento ojo - cuerpo. • Mejorar el esfuerzo respiratorio. • Fortalecer el desarrollo de la emisión fonética (lenguaje sonoro) <p>Actividad cerebral superior</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la sensibilidad visual, táctil y auditiva • Facilitar el proceso de enseñanza-aprendizaje de los conocimientos y reglas sociales correspondientes a la etapa maternal fase I. 	<ul style="list-style-type: none"> • Superficie acolchada. • Juguetes llamativos de figura humana y animal • Globos de colores primarios (rojo, azul y amarillo)

Arrúllame con ternura

Acércame a tu suave y tibio pecho
arrúllame con ternura
y canta una canción de cuna
para ahuyentar tu amargura.

Envuélveme en conocimientos
llevame a donde haya niños
ya tú verás que con ello
encontrarás el camino.

Rutina de inhibición y facilitación Neurofisiológica y Neuropsicológica específica para la cavidad orofacial

TRATAMIENTO QUE REGULA LA ACTIVIDAD MUSCULAR

Actividad a realizar	Posición para su desarrollo	Procedimiento	Ilustración	Finalidad	Material
Masaje orofacial.	<ul style="list-style-type: none"> • Decúbito dorsal (acostado boca arriba). 	<ul style="list-style-type: none"> • Colocar las partes blandas de la palma de la mano sobre el uncio de ambas mandíbulas para realizar sobre ellas rítmico masaje circular y repetidas presiones Alternar ambas posibilidades • Dar masaje digital del eje central de la nariz hacia afuera con ambos dedos índices • Dar masaje digital con los dedos índice, medio y anular en las partes blandas que se localizan por debajo de uno y otro lado de la barbilla 	<p style="text-align: center;">1</p> <p style="text-align: center;">2</p> <p style="text-align: center;">3</p>	<p style="text-align: center;">Actividad muscular</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estimular el sistema propioceptivo a nivel del músculo • Disminuir la tensión muscular. • Mejorar la movilidad articular • Fortalecer el desarrollo de la articulación (emisión del lenguaje sonoro) 	<ul style="list-style-type: none"> • Crema sólida grasosa o aceite para bebe
		<p>Nota: Utilizar crema sólida grasosa o aceite para bebe, para facilitar el deslizamiento de los movimientos.</p>	<p style="text-align: center;">4</p>	<p style="text-align: center;">Actividad cerebral superior</p>	
		<ul style="list-style-type: none"> • Producir repetidas presiones circulares sobre la parte media posterior de la lengua y sobre la lateral de ambos lados de la misma (con el dedo índice) 	<p style="text-align: center;">5</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la sensibilidad visual, táctil, auditiva y gustativa. • Facilitar el proceso de Enseñanza - Aprendizaje de los conocimientos y reglas sociales correspondientes a la etapa maternal fase uno 	
		<ul style="list-style-type: none"> • Producir suave y repetido masaje circular con el dedo índice sobre una y otra paredes laterales de la boca, alternar con ligeros estiramientos. 			

TRATAMIENTO QUE REGULA LA ACTIVIDAD MUSCULAR					
Actividad a Realizar	Posición para su desarrollo	Procedimiento	Ilustración	Finalidad	Material
Ejercicio orofacial	<ul style="list-style-type: none"> Sentado 	<ul style="list-style-type: none"> <i>Abrir y cerrar la boca</i> Modelar el ejercicio frente al paciente y ofrecerle a la altura del eje central de su boca una paleta de dulce o un poco de miel colocada en un abatelenguas para motivar repetidas veces la respuesta. 	1	Actividad muscular <ul style="list-style-type: none"> Fortalecer la coordinación del movimiento orofacial. Mejorar la alineación postural orofacial. 	<ul style="list-style-type: none"> Silla adecuada a las necesidades posturales del paciente Paleta de dulce Gotero y un limón Abatelenguas, miel o cajeta Toallas faciales húmedas o klnceex
		<ul style="list-style-type: none"> <i>Sacar y meter la lengua</i> Modelar el ejercicio frente al paciente, motivarlo verbalmente y ofrecerle una paleta de dulce, un abatelenguas con cajeta o miel para motivar repetidas veces la respuesta. 	2		
		<ul style="list-style-type: none"> <i>Chuparse el labio inferior</i> Modelar el ejercicio frente al paciente. Colocar un poco de cajeta o miel sobre la parte media superior del labio inferior y motivarlo verbalmente para que emita la respuesta 	4	Actividad cerebral superior	
		<ul style="list-style-type: none"> Aplicar con un gotero una o dos gotas de limón sobre <ul style="list-style-type: none"> La parte media posterior de la lengua Sobre la parte media antero-superior de la lengua Sobre la parte baja de ambas paredes laterales de la boca 	5	<ul style="list-style-type: none"> Mejorar la sensibilidad visual, táctil, auditiva y gustativa Facilitar el proceso de Enseñanza-Aprendizaje de los conocimientos y reglas sociales correspondientes a la etapa maternal fase uno 	

TRATAMIENTO QUE REGULA LA ACTIVIDAD MUSCULAR

Actividad a Realizar	Posición para su desarrollo	Procedimiento	Ilustración	Finalidad	Material
Ejercicios de soplo	<ul style="list-style-type: none"> • Sentado 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Soplar cerillos:</i> El instructor apagará un cerillo dentro del campo visual del niño a la vez que le soplará en la oreja y en la palma de la mano para que perciba el esfuerzo que debe realizar para poder apagar el cerillo 	1	<p align="center">Actividad muscular</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar el esfuerzo respiratorio. (ritmo, profundidad y velocidad). • Fortalecer el desarrollo de la articulación (emisión sonora del lenguaje) 	<ul style="list-style-type: none"> • Silla adecuada a las necesidades posturales del paciente.
Repasar el cuaderno de trabajo de "onomatopeyas" y "mis primeras palabras"		<ul style="list-style-type: none"> • Las instrucciones requeridas para llevar a cabo esta actividad están contenidas en cada uno de los cuadernos 	1	<p align="center">Actividad cerebral superior</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la sensibilidad visual, táctil y auditiva. • Facilitar el proceso de Enseñanza – Aprendizaje de los conocimientos y reglas sociales correspondientes a la etapa maternal fase uno. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cerillos • Cuaderno de "Onomatopeyas" y "Mis primeras palabras"
Canto grupal		<ul style="list-style-type: none"> • Cantar en grupo canciones infantiles correspondientes a la etapa maternal fase uno. El procedimiento esta incluido en las letras de las canciones. 	1		

Otra vez

Otra vez
la sed inagotable
de saberlos realizados

De nuevo
la triste melodía
que me hace meditar

Otra vez
la noche de desvelo
y la plegaria al cielo
porque todos ellos
se pueden realizar.

Rutina de inhibición y facilitación Neurofisiológica y Neuropsicológica específica para los miembros superiores

TRATAMIENTO QUE REGULA LA ACTIVIDAD MUSCULAR					
Actividad a realizar	Posición para su desarrollo	Procedimiento	Ilustración	Finalidad	Material
Reconocer el hemicuerpo contrario	Sentado	<ul style="list-style-type: none"> Guiar la mano derecha del paciente para que se toque la cabeza, brazo, mano, abdomen y pierna del lado contrario. Evitar que mantenga la mano cerrada. Hacer lo mismo con la mano izquierda 	4	<p>Actividad muscular</p> <ul style="list-style-type: none"> Mejorar la coordinación del movimiento ojo - mano. 	<ul style="list-style-type: none"> La primer actividad sin material
Arrugar papel	Sentado	<ul style="list-style-type: none"> Arrugar con ambas manos dentro del campo visual del paciente la cuarta parte de una hoja de papel periódico y colocar entre sus manos otra hoja del mismo tamaño para que realice el ejercicio por imitación, con un poco de asistencia 	5	<p>Actividad cerebral superior</p> <ul style="list-style-type: none"> Mejorar la sensibilidad visual, táctil y auditiva Fortalecer el desarrollo del conocimiento y las reglas sociales correspondientes a la etapa maternal fase I 	<ul style="list-style-type: none"> Papel periódico cortado en cuatro partes. Crema sólida grasosa
Rasgar papel	Sentado	<ul style="list-style-type: none"> Rasgar con la oposición de ambos dedos pulgares la cuarta parte de una hoja de papel periódico y colocar entre sus manos otra hoja del mismo tamaño para que realice el ejercicio por imitación, con un poco de asistencia. 	6		
Manipular crema sobre figura humana real	Sentado	<ul style="list-style-type: none"> Colocar un poco de crema en las manos del paciente para pedirle que la distribuya en su cara, brazos y piernas, o en la cara, brazos y piernas del instructor. Motivarlo físicamente para que emita la respuesta. 	7		

TRATAMIENTO QUE REGULA LA ACTIVIDAD MUSCULAR

Actividad a realizar	Posición para su desarrollo	Procedimiento	Ilustración	Finalidad	Material
Manipular crema sobre mesa	Sentado	<ul style="list-style-type: none"> • Guiar las manos del paciente para que distribuya la crema teñida con color vegetal, para realizar los siguientes movimientos <ul style="list-style-type: none"> - Hacia delante y hacia atrás. - Hacia el lado derecho y hacia el lado izquierdo - Movimientos circulares bilaterales de afuera hacia el centro y del centro hacia fuera 	8	<p style="text-align: center;">Actividad muscular</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la coordinación del movimiento ojo - mano <p style="text-align: center;">Actividad cerebral superior</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Crema sólida grasosa • Colorantes vegetales
Meter y sacar objetos	Sentado	<ul style="list-style-type: none"> • El instructor meterá y sacará objetos de un recipiente con la mano diestra y motivará física y verbalmente al paciente para que imite el ejercicio. También le indicará el nombre del objeto a trabajar, su color, forma, sonido que emite y otras características o la cantidad de objetos que se meten o se sacan 	9	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la sensibilidad visual, táctil y auditiva. • Fortalecer el desarrollo del conocimiento y las reglas sociales correspondientes a la etapa maternal fase I. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dados de plástico de colores primarios o dados de madera. • Recipiente.