

320825

34

2nd



UNIVERSIDAD DEL VALLE DE MEXICO

PLANTEL TLALPAN
ESCUELA DE PSICOLOGIA
ESTUDIOS INCORPORADOS A LA U. N. A. M.

**CONOCIMIENTO ACERCA DE LA PARALISIS
CEREBRAL DE UN GRUPO DE MADRES
DE LA CIUDAD DE MEXICO**

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
MA. VIRGINIA LENOI FDEZ. DE LA REGUERA

Director: Lic. Eduardo Espinola Esparza

México, D. F.

1993

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

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

Es importante no olvidar que el ser humano se postula como una unidad bio-psico-social que lo distingue de los demás seres vivos, y que cada nivel está interrelacionado con los otros dos a través de puntos de comunicación, coordinados por el Sistema Nervioso Central.

En esta época se ha reconocido la importancia que para el desarrollo del niño tiene el medio ambiente durante sus primeros años. Para que este desarrollo se realice permitiendo lograr cada una de las etapas que lo integran, deberá contar con estímulos ambientales que propicien el conocimiento, acrecentamiento, educación y manejo adecuado de las facultades propias de cada niño.

Los niños constituyen el futuro de la humanidad ya que tienen un valor incalculable por tener los sentimientos más puros e innatos de un ser humano.

Es evidente que la presencia de un elemento "enfermo" en una familia "sana", causa alteraciones emocionales en todos los integrantes de la misma, dificultando las relaciones interpersonales y viceversa. También se deben tomar en consideración las reacciones de los demás hacia la discapacidad, ya que constituyen un determinante poderoso para que el niño se perciba a sí mismo y de las limitaciones que impone a sus actividades; esto es que cuando no puede usar por diversas causas su total capacidad física y mental se priva de experiencias comunes al resto de los niños, que incidirán en su lenguaje, conocimientos, conceptos, etc., así como en la estructura de la personalidad por no alcanzar un proceso de socialización e independencia, además de desarrollar complejos que lo desadaptan psicológicamente, como es el caso de los niños con Parálisis Cerebral.

Se considera que la vida es movimiento, por que en forma general representa el como los seres vivos reaccionan a los estímulos del medio ambiente y lo que le impresiona de él; es la expresión de

la conducta, a través de la cual el organismo humano se muestra y se reafirma en el mundo.

Entre las disfunciones motoras debidas a lesiones cerebrales que con más frecuencia se presenta es la Parálisis Cerebral. Sin embargo no se tienen cifras exactas de los individuos afectados por este desorden orgánico. En 1969 la Secretaría de Salubridad y Asistencia realizó una encuesta para saber que cantidad de mexicanos sufrían parálisis cerebral; dando a conocer la existencia de 240 000 casos en toda la República (Escanero, A.; Aguirre, C.; Montes de Oca, L.; Fernández, E.; Finkelberg, N. y Villanreal, B., 1976). Itanna del Toro y Rosales (c.p. Padilla, 1980) dicen que la prevalencia de enfermos del sistema musculo-esquelético en 1973 en México era de 316 595, lo que equivaldría a una tasa de 596 casos por cada 100 mil habitantes.

Como se puede ver, cada vez es más alto el índice de niños que la padecen y que la parálisis cerebral es un problema que aqueja a nuestro país, al igual que otros países subdesarrollados debido a una multicausalidad como sería: problemas durante el embarazo y el alumbramiento, de alimentación, carencia y/o falta de estimulación, socioeconómicos, etc.; exaltando el interés por investigar el nivel de conocimiento respecto a la Parálisis Cerebral en la comunidad, debido a que no se puede ignorar ni dejar a un lado la asistencia profesional que es factible proporcionar a estos enfermos. Considerando que en nuestra sociedad es frecuente que estos niños se desarrollen hasta la edad preescolar sin haber recibido un mínimo control de conductas o entrenamiento de los padres en el manejo adecuado de los niños impedidos, evitando al máximo el retraso en el desarrollo global.

I N D I C E

<i>Introducción</i>	V
1. PARALISIS CEREBRAL	
1.1 <i>Antecedentes</i>	2
1.2 <i>Definición</i>	4
1.3 <i>Etiología</i>	4
1.3.1 <i>Factores prenatales</i>	4
1.3.2 <i>Factores perinatales</i>	5
1.3.3 <i>Factores postnatales</i>	6
1.4 <i>Sintomatología</i>	7
1.5 <i>Clasificación</i>	9
1.5.1 <i>Fisiológica</i>	9
1.5.2 <i>Topográfica</i>	14
1.5.3 <i>Suplementaria</i>	15
1.5.4 <i>De acuerdo al grado de discapacidad y terapia requerida</i>	15
1.6 <i>Trastornos asociados en el paráltico cerebral</i>	15
1.6.1 <i>Sensoriales</i>	16
1.6.2 <i>Percepción</i>	16
1.6.3 <i>Psiquismo</i>	17
1.6.4 <i>Intelectuales</i>	18
1.6.5 <i>Lenguaje</i>	18
1.7 <i>Diagnóstico</i>	19
1.7.1 <i>Biomédico</i>	20
1.7.2 <i>Psicológico</i>	21
1.7.3 <i>Social</i>	21
1.7.4 <i>Educativo</i>	21
1.8 <i>Tratamiento</i>	21
1.8.1 <i>Médico</i>	23
1.8.2 <i>Físico</i>	24
1.8.3 <i>Psicológico</i>	26
1.8.4 <i>Ocupacional</i>	28

1.8.5 Lenguaje	29
1.8.6 Pedagógico	32
1.8.7 Social	32
2. OPINION PUBLICA	
2.1 Introducción	34
2.2 Definición	34
2.3 Estructura	34
2.4 Formación	35
2.4.1 Factores psicológicos	37
2.5 Tópicos para su estudio	38
2.6 Formas de opinión	39
2.6.1 Prejuicio	40
2.6.2 Estereotipo	40
2.6.3 Propaganda	41
2.7 Control social	41
2.8 Liderazgo	42
2.9 Evaluación	45
2.9.1 Escala de actitud	45
2.9.2 Examen de la entrevista	46
2.9.3 El panel	46
2.9.4 Técnica de proyección	47
2.9.5 Encuesta	47
3. MARCO TEORICO	50
4. METODOLOGIA	
4.1 Planteamiento del problema	55
4.2 Hipótesis	55
4.2.1 Hipótesis conceptual	55

4.2.2 Hipótesis de trabajo	55
4.3 Sujetos y muestreo	55
4.4. Variables	56
4.5 Tipo de estudio y escenario	56
4.6 Instrumento	56
4.7 Procedimiento	56
4.8 Análisis de datos	57
Resultados	59
Conclusiones	61
Comentarios	64
Bibliografía	67
Apéndice	75

P A R A L I S I S
C E R E B R A L

1. PARALISIS CEREBRAL

1.1 ANTECEDENTES

El Dr. John William Little en 1853, en una monografía publicada describe una nueva enfermedad cuyas características eran la rigidez muscular, ocasionada por diferentes trastornos; posteriormente en 1861 aparece un estudio concreto sobre la Parálisis Cerebral, en el cual habla de un síndrome de diplegia espástica, asociado a un déficit mental, y durante muchos años fué denominado "Enfermedad de Little".

En 1889 William Oster (Phelps, 1942) bautizo éste síndrome con el nombre de "Parálisis Cerebral", indicando que la lesión causante se encuentra en el cerebro, además de la existencia de trastornos motores-sensoriales, con aparición o no de espasticidad, atetosis, rigidez o ataxia.

Gessell y Amatruda (1947) mencionan que se presentan alteraciones de las fases fisiológicas de madurez y desarrollo.

Pearlstein (1950) la define como "una condición caracterizada por parálisis, incoordinación, debilidad o cualquier otra aberración de las funciones motoras, causadas por una patología en los centros de control del cerebro" (pag.287). En 1955 indica la existencia de debilidad o incoordinación, debido a la lesión de centros cerebrales. Posteriormente en 1974 sostiene que la expresión Parálisis Cerebral carece de significado específico, aunque se puede emplear para identificar que algún traumatismo o lesión del cerebro produce dificultad para controlar los movimientos.

Crothers y Byers (1955) existen alteraciones nerviosas piramidales, extrapiramidales o de las vías cerebelosas que se manifiestan en incoordinación, movimientos involuntarios y pobre control de reacciones de equilibrio.

Abbot (1956) la define como "una incapacidad neurológica causada por una lesión en los centros motores del cerebro (pag.16); acarreado también perturbaciones del sensorio".

Bobath, Bobath (1956) la definen como " un trastorno sensorio-motor y señalan que no se trata de una entidad nosológica en particular, sino de un grupo de ellas, siguiente a un desarrollo anormal del encéfalo o a una lesión encefálica.

Según Tardieu (Barraquer, 1966) el concepto de Parálisis Cerebral incluye una cierta seguridad de que no sufrirá daño intelectual, por lo menos, que la edad intelectual este por encima de su edad funcional motriz. Así pues la Parálisis Cerebral constituye " un grupo de encefalopatías caracterizadas por presentar trastornos primordial y esencialmente motrices ".

Fait (1966) dice que " la Parálisis Cerebral es una condición resultante de un daño cerebral que se manifiesta por varios tipos de incapacidades neuromusculares. Estas incapacidades son caracterizadas por el disfuncionamiento del control voluntario " (pag.124).

Linderman (1968) la define como " lesiones cerebrales precoces ", entendiéndose bajo tal concepto, las alteraciones cerebrales existentes en los niños más jóvenes, padecidos durante el embarazo, parto o los primeros años de la vida.

Arnheim, Auxler y Crowe (1973) afirman que " es una condición más que una enfermedad que denota varios tipos de incapacidad caracterizada por disturbios de la función motora valorada de acuerdo al grado de daño cerebral " (pags.286-287).

Wilson (1973) señala que este término designa " un número de inhabilidades neuromusculares, las cuales se caracterizan por disturbios de las funciones motoras, resultantes de daños cerebrales y el Sistema Nervioso Central ".

Westlake (1974) indica que " la Parálisis Cerebral no es un sólo tipo de trastorno muscular, sino un grupo de trastornos que ocurren como consecuencia de un compromiso de áreas de control cortical o sub-cortical ".

Bleck (1975) precisa que es un " desorden no progresivo del movimiento o la postura que se inicia en la niñez debido a un daño o a un mal funcionamiento del cerebro " (pag.37).

González e Iglesias (1975) concluyen que el niño paráltico cere-

bral " no consigue mover su cuerpo de manera normal, se pierde una parte esencial de los movimientos fundamentales, que son sustituidos por patrones motores patológicos; no existe control sobre las actividades musculares y la distribución tensional fisiológica de la musculatura está suprimida ".

En resumen: la Parálisis Cerebral es una lesión motora cerebral irreversible y no progresiva, que se caracteriza primordialmente por un trastorno persistente del tono muscular, de la postura y del movimiento; que aparece en la primera infancia y que no solo es directamente provocada por la lesión, sino también, por la influencia que dicha lesión ejerce en la maduración neurológica.

1.2 DEFINICION

" Parálisis Cerebral es un grupo de síndromes caracterizados por la lesión cerebral de tipo irreversible, no progresiva, ocurriendo durante los períodos de gestación, natal o postnatal que trae como consecuencia anomalías en la postura y/o movimiento y que puede acompañarse de defectos perceptivos, visuales, auditivos y/o de lenguaje, así como debilidad mental y convulsiones en diferentes grados y combinaciones " (O.M.S., Mendoza, 1981).

1.3 ETIOLOGIA

Son numerosas las causas de la Parálisis Cerebral, no siendo por lo tanto fáciles de clasificar; los factores etiológicos son múltiples y pueden producirse en tres períodos que son: prenatal, perinatal y postnatal. No existiendo un patrón en las personas afectadas por la parálisis cerebral, pues tanto se puede presentar un factor como una combinación de ellos. A continuación (Valdez, 1988) se enuncian diferentes factores:

1.3.1 PRENATALES

Se dan desde el momento de la concepción hasta que se inicie el

trabajo de parto.

1. *Factores hereditarios: La patología genética transmitida principia desarrollando defectos en los núcleos basales y sus vías transmitidas genéticamente son síntomas presentes en el momento del nacimiento o poco después: atcósis familiar hereditaria, temblores congénitos, rigidez familiar, paraplejia espástica familiar, displejias atónicas.*

2. *Adquiridas durante la gestación en el útero:*

a). *Radiaciones durante el primer trimestre.*

b). *Infecciones de la madre entre el segundo y cuarto mes.*

"Infección prenatal": rubeola, toxoplasmosis, parotiditis, sarampión, varicela, herpes zoster, etc.

c). *Anoxia prenatal: anoxia de la madre, anomalías del cordón, hipotensión severa materna, anemia materna grave, aspiración de monóxido de carbono por la madre, infartos placentarios, patología y anomalías de la placenta: placenta previa, desarrollo deficiente y sangrado.*

3. *Hemorragia durante el embarazo (primeras 20 semanas).*

4. *Hemorragia cerebral fetal producida por: toxemia gravídica del embarazo, traumatismo directo, diatesis hemorrágica materna (tendencia constitucional o hereditaria a adquirir determinada enfermedad o trastorno), anoxia prolongada, incompatibilidad hemolítica del recién nacido, factor Rh, causu de Kernicterus.*

5. *Trastornos del metabolismo durante el embarazo: Diabetes Mellitus especialmente.*

6. *Exposición excesiva a los rayos "X" o a radiaciones durante la gestación.*

7. *Prematuridad.*

8. *Predisposición al aborto.*

9. *Toxemia materna (preeclampsia).*

10. *Desnutrición materna.*

1.3.2 PERINATALES

Desde el comienzo del parto hasta la viabilidad del feto.

1. *Mecánicas: la cual está dada por todos los accidentes gineco-
obstétricos:*

- a). *Panto prolongado: en primigesta doce horas y ocho horas en multípara.*
- b). *Factores mecánicos dependiendo del tipo de parto con: compresión de cabeza o tórax, aplicación inadecuada de fórceps, cesárea de urgencia, maniobra de extracción, expulsión muy rápida y todas las distocias capaces de producir sufrimiento fetal.*

2. *Anoxia perinatal: durante el curso del parto, anestesia de la madre, canal inadecuado (estrechez), excesiva presión por fórceps, obstrucción respiratoria (cianosis, neumonía congénita), mal uso de analgésicos y anestésicos administrados a la madre (sobredosis), placenta previa o desprendimiento, anoxia o hipotensión materna, presentación de nalgas con retención de la cabeza.*

1.3.3 POSTNATALES

Período que va del nacimiento hasta los dos años que es cuando el cerebro se considera ya mielinizado.

1. *Traumatismos craneanos: contusiones superficiales dando lugar a un hematoma, fractura de cráneo, hematoma subdural (coágulo de sangre dentro de los tejidos que se forman, resultantes de cirugía o accidente).*

2. *Infecciones: enfermedades infecciosas durante los primeros meses o años: encefalitis, meningitis, neumonías, escarlatina, tosferina, sarampión, etc.*

3. *Intoxicaciones: plomo, arsénico, mercurio, etc.*

4. *Accidentes vasculares, generalmente más frecuentes en el adulto: hemorragia, embolia (obstrucción de una arteria o vena por una partícula arrastrada por el torrente sanguíneo), trombosis (formación de un coágulo en una vena o arteria).*

5. *Anoxias: por intoxicación con monóxido de carbono, estrangulación, hipoglucemia, hipo e hipertensión, neoplasias cerebrales, incompatibilidad del factor Rh, anomalías del desarrollo tardío.*

1.4 SINTOMATOLOGIA

En la Parálisis Cerebral el desarrollo debe considerarse en base a las alteraciones posturales y de movimiento, ya que estas darán las bases para su clasificación.

El desarrollo de la motricidad normal es el avance gradual de las aptitudes latentes del niño, los primeros movimientos elementales del recién nacido van siendo más variados y complejos.

Los cambios más grandes y acelerados ocurren en los primeros 18 meses de vida, etapa en la que se cumplen las etapas más fundamentales e importantes del desarrollo.

Las características de los patrones anormales (Valdez, 1988) del desarrollo del niño parálisis cerebral son previsibles, ya que presentan persistencia de los reflejos primitivos de la postura y del movimiento, con actividad anormal de los reflejos tónicos, producidos por estímulos intencivos como exteroceptivos. Algunos de los reflejos primitivos, que se deben considerar su ausencia o presencia son:

1. Reflejo de Babinsky: la excitación de la superficie de la planta del pie, rascando de los dedos gruesos hacia el talón produce la extensión del dedo gordo hacia arriba y la extensión accesoria de los otros cuatro dedos en abanico.

2. Reflejo de Moro: es provocado por un estímulo súbito, intenso y sorprendente, la respuesta manifiesta es parpadeo, cierra de los ojos, la extensión y abducción de todas las extremidades, pronación de los antebrazos, extensión de la columna vertebral, el tronco se mueve hacia atrás, contracción del abdomen y la elevación de la cabeza (cuello y cabeza se impulsa hacia adelante). Esto es seguido de flexión y aducción de las extremidades y retracción de la cabeza; generalmente desaparece a los cinco meses.

3. Signo de Hoffman: un golpecito en la falange distal del dedo índice produce un movimiento en garras en los dedos, incluyendo el pulgar que también se dobla.

4. Reflejo cervical o de cuello (fenómeno de Magnus y Klein): si al bebé acostado boca arriba, se le voltea la cabeza hacia un lado, esto provoca la extensión de los miembros del lado de la cara y la fle-

ción de los miembros del lado occipital adoptando la posición de "esgrimista". Esta posición se presenta de manera espontánea en lactantes menores de seis meses.

5. Reflejo de succión: un dedo o pezón que estimule los labios o cara, es chupado o succionado. Si persiste más de un año, puede denotar daño cerebral.

6. Reflejo de prehensión (reflejo de Janichweski): la excitación o estimulación de la palma de la mano al colocar un dedo en ella, produce la flexión y dobléz de los dedos cerrándose fuertemente la mano y envolviendo al dedo estimulante. En general disminuye entre el segundo y cuanto mes y es reemplazado por la prehensión voluntaria.

7. Reflejo postural o laberíntico: al inclinar al niño hacia adelante, atrás o lateralmente, con los ojos tapados y el cuerpo vertical, el lactante mueve o gira su cabeza para mantenerla erecta. Este reflejo aparece normalmente al final del segundo mes y persiste toda la vida.

8. Reacción de calda: si el bebé es bajado súbitamente, él encorva su cuerpo hacia adelante y extiende sus brazos y piernas en una posición que sugiere protegerse a sí mismo de una calda. Este patrón podría establecerse alrededor del sexto mes y persiste toda la vida: su ausencia después de esta edad, puede ser significativa.

Sunshfield (1974) informa que se ha estudiado poco acerca de los niños golpeados por sus padres, y puede ser una causante de las lesiones cerebrales.

Esto es que los efectos del traumatismo en un infante por maltrato varía, ya que va desde raspaduras leves a fracturas múltiples con daño cerebral obvio; también puede darse el caso de sacudimientos que provocan hemorragia intracraneal difusa sin signos externos.

Las secuelas pueden presentarse rápidamente con signos de espasticidad, convulsiones, ceguera y el cambio del desarrollo normal a anormal.

1.5 CLASIFICACION

Existen (Valdez, 1988) diferentes tipos: fisiológica, ubicando la lesión en determinadas estructuras nerviosas motoras; topográfica, considerando las partes del cuerpo más afectadas; suplementaria que toma en cuenta otros problemas asociados a la parálisis; y otra, considerando el grado de discapacidad y de terapia que cada caso requiera.

1.5.1 FISIOLÓGICA

1. Espástica: La espasticidad se produce a consecuencia de una lesión en el haz piramidal (zona motora cortical) y es el tipo más frecuente ya que se encuentran entre el 50 y 69 por ciento de los casos (Fait, 1966; Anheim, Auxler y Crowe, 1973; Crickmay, 1974; Hallagan y Kauffman, 1978; Valdez, 1988).

Se caracteriza por la existencia de un reflejo de estiramiento patológico, hiperactividad de los reflejos tendinosos profundos, clonus, marcha en tijera, hiperirritabilidad muscular respondiendo con actividad muscular al más ligero estímulo (emocional, temperatura, táctil, auditivo).

Los reflejos tónicos del cuello se desencadenan con gran facilidad o bien son simétricos y el tronco y la pelvis pueden dejar de seguir a la cabeza.

Es posible que tengan movimientos voluntarios, pero estos pueden ser explosivos, espasmódicos, lentos o pobremente ejecutados.

La espasticidad es más común en los músculos antigravitatorios (biceps) que en los gravitatorios (triceps) y puede ser repartida de manera uniforme por todo el cuerpo, aunque en numerosos casos las piernas están comprometidas, los músculos aductores están contracturados y los abductores, debilitados.

La movilidad de la rodilla está limitada por las contracciones musculares y por consecuencia, las rodillas no se flexionan y extienden normalmente durante la marcha.

La contracción muscular mantiene las piernas juntas y a menudo rotadas hacia adentro a nivel de la articulación de la cadera, dando como resultado la típica "marcha en tijera".

Los reflejos de la marcha y posturales fallan o se realizan mejor con un pie que con otro.

La elevación brusca del niño puede producir cruzamiento de las piernas. Si los miembros superiores están comprometidos usualmente se mantienen pegados al cuerpo, los codos flexionados, antebrazos pronaos, muñecas y dedos flexionados.

Debido al freno que los músculos espásticos ponen en sus movimientos, el puede mover más articulaciones que las necesarias para llevar a cabo un acto en particular, por consiguiente hay incoordinación de los movimientos y presencia de movimientos anormales dependiendo de la posición en que se encuentre el niño; se les dificulta mucho o no pueden enderezar la cabeza ni sentarse.

La tensión de los músculos no es muy clara en los primeros meses de vida por que empieza a manifestarse después del segundo mes, y en ocasiones después de este tiempo pasa por un período en que el niño se encuentra "aguadito" y posteriormente se nota aumento progresivo de la tensión de los músculos. No hay un crecimiento normal en el niño debido a la presión anormal de los músculos tensos sobre articulaciones y huesos.

Su sentido de equilibrio es normal. Hay trastornos en la succión, deglución y respiración. Presentan espasmos que generan un lenguaje explosivo con pausas largas, no hay fluidez en la emisión sonora, su voz es nasal; alteraciones en la acentuación tendiendo a la monotonía. Se observan bloques en cuanto a la producción sonora, esto a causa de que el paciente no consigue mover el mecanismo de la fonación para articular la palabra.

El niño espástico puede tener un coeficiente intelectual normal, pero existe la mayor posibilidad de ser mentalmente retardado en relación a un niño sano, y es probablemente el que más convulsione. Frecuentemente la espasticidad está asociada con prematuridad o anoxia.

2. Atetosis: Se produce a consecuencia de una lesión en el haz extrapiramidal (núcleos o ganglios basales) por secuela traida de kernicterus. Existen divergencias entre los autores acerca del porcenta-

je de pacientes con este tipo: Fail (1966) menciona que el 30 por ciento; Wilson (1973) el 25 por ciento; Crickmay (1974) el 40 por ciento y Valdez (1988) del 22 al 25 por ciento.

Se encuentran tanto la contracción muscular como los reflejos normales, pero la cantidad de movimiento o calidad es anormal; es decir, cuando el niño quiere hacer movimientos por él mismo, estos son mal coordinados, dirigidos y bruscos, además se presentan otros movimientos que él no puede controlar y le dificultan lo que quiere hacer: estos movimientos toman patrones bizarras de diversos tipos.

Estos cambios rápidos y constantes son evidentes en las piernas, tronco, brazos, cuello, cara, boca y lengua. Todos estos movimientos son mínimos o ausentes cuando está en descanso y aumentan con la movilidad voluntaria.

Su postura es impredecible e inconstante, pero tiende a repetir ciertos patrones posturales; a menudo hiperextienden y abren los dedos, el antebrazo es mantenido típicamente con la palma hacia abajo y el brazo hacia atrás. Los dedos del pie tienden a doblarse hacia arriba y el pie gira hacia adentro.

El niño atetósico puede aprender a verificar movimientos intencionales a pesar de su postura anormal y movimientos involuntarios. Por consiguiente su tratamiento se orienta más hacia al entrenamiento para actos concretos, que hacia ejercicios específicos o estiramientos.

Es muy importante la prevención de deformaciones; el entrenamiento de la función motora se hace a partir de la relajación, esto es: la tensión del músculo atetóide se relaja si el miembro es agitado vigorosamente, así movimientos pasivos repetidos de un miembro atetóide tenso, conducen generalmente a la relajación, y si se relaja realmente, es probable que desaparezca la tensión.

La cabeza frecuentemente se echa hacia atrás, la boca abierta y la lengua protulida; y por estas alteraciones, se encuentra alterada la respiración, alimentación y lenguaje. Esto es que el lenguaje y los músculos masticadores están a menudo involucrados, y tienen tendencia estos niños a hacer muecas en una forma que puede ser una falsa sugerencia de deficiencia mental, la cual es poco probable comparado con el espástico;

sin embargo en los atetósicos la relación de los sonidos se logra por momentos contos, el habla es lenta, monótona y a veces explosiva por la presencia de espasmos; por otra parte presentan pausas para respirar, hay ronquera y alteraciones intermitentes en el habla y la articulación, en los casos severos el paciente no llega a hablar y por lo general tienen pérdida de la percepción auditiva.

La atetosis no se presenta como tal en el recién nacido, sino hasta los cuatro meses que intenta realizar movimientos voluntarios y sólo durante el segundo año pueden hacerse evidentes los finos movimientos errantes de los dedos, manos y pies, ya que si se da antes, las manifestaciones clínicas pueden consistir en hipotonía.

Existen cuatro subtipos que son: con tensión, sin tensión, distónica y temblor.

3. Ataxias; Se caracteriza por alteraciones del sentido cinestésico y equilibrio; siendo en la mayoría de los casos moderada cuando existen, la lesión está localizada en el cerebelo. Según Fiat (1966) el 10 por ciento de los paráliticos cerebrales es de tipo atáxico; Wilson (1973) el 25 por ciento y Valdez (1988) del 2.6 al 9 por ciento.

Los casos más seriamente comprometidos presentan un patrón fundamental de seria incoordinación y pérdida del balance, o ambas.

Puede acompañarse de atonía e hipotonía, discinercias, fenómeno de rebote y estereognosia; el defecto se nota hasta que el niño intenta caminar, debido a que existe una ausencia de estabilidad del tronco durante los movimientos libres de los brazos, por lo que la marcha es tambaleante y va dando traspies.

Estos niños no consiguen medir la fuerza y la dirección de sus movimientos, los cuales son amplios, arrítmicos e irregulares; esto hace que no pueda orientarse en el espacio o con relación a la gravedad, a causa de que no sabe que músculo usar.

La musculatura es flácida y el tono muscular disminuido, lo que le dificulta la obtención de una fijación postural de sus movimientos; por ello, el tratamiento se inicia mediante el fortalecimiento de los músculos antigravitatorios de las extremidades inferiores, cuello y

tronco; y entrenamiento de equilibrio sentado y de pie, tomando en cuenta que los ojos toman un papel importante, y este debe hacerse frente al espejo.

Para la deambulaci3n se usan pesas en los brazos y piernas para ayudarlos a conservar el equilibrio y aumentar los impulsos propioceptivos.

Estos ni1os s3lo hacen gestos con los cuales se sienten seguros, lo que les limita en la adaptaci3n y la variaci3n de sus movimientos.

Existen trastornos en la succi3n, degluci3n y respiraci3n. Su desarrollo del lenguaje es retrasado por que hay incoordinaci3n en la respiraci3n y la articulaci3n, por eso es mon3tono y lento, con tendencia a un acento r3tmico escondido; si la reeducaci3n la inicia tempranamente, el pron3stico es bueno.

La ataxia se manifiesta en una forma m3s calma cuando el beb3, inicia movimientos voluntarios, aunque en el reci3n nacido se puede notar un llanto anormal, que puede ser suave y sin fuerzas o en forma de gritos agudos que molestan al receptor.

4. R3gida: Se presenta rara vez y existe una hipertensi3n en la relaci3n agonista-antagonista de los m3sculos, con aumento de la resistencia a los movimientos pasivos de ambos grupos musculares. Esto (Fait, 1966) ocasiona disminuci3n y dificultad de los movimientos, con hipertonia, hiperreflexi3n, ausencia de clonus, de reflejo de estiramiento y de movimientos involuntarios debido a que no existe reflejo de tracci3n; es decir, la rigidez se obtiene mejor por un estiramiento r3pido, aparece m3s claramente cuando se estiran lentamente. Tanto los flexores como los extensores est3n involucrados y son relativamente constantes en tracci3n.

5. Temblor: El movimiento involuntario sigue un patr3n r3tmico regular entre los m3sculos flexores y extensores, se contrae alternativamente (Fait, 1966; Anaheim, Auxler y Crowe, 1973).

Los movimientos son breves, r3pidos, oscilantes y r3tmicos con preferencia en miembros superiores y tienden a acentuarse en la acti-

vidad. Valdez(1988) menciona que el uno por ciento de los pacientes padecen este tipo.

No hay posturas anormales y el niño dirige su movimiento hacia su meta exitosamente.

En algunos casos, el temblor está siempre presente, tanto en descanso como en actividad; y en otros está ausente en el descanso pero aparece con los intentos de movimiento. El temblor es característicamente una manifestación tardía en niños mayores y adultos.

6. *Mixtas*: Son la combinación de dos o más tipos en casos graves o benignos. Valdez (1988) refiere que del uno al 2.3 por ciento lo sufren.

7. *Inclasificables*: se encuentra el 2.3 por ciento (Valdez,1988).

1.5.2 TOPOGRAFICA

1. *Monoplejia*: sólo un miembro o una parte característica del cuerpo está afectado (brazo, pierna, dedos, cara, etc).

2. *Paraplejia*: sólo hay compromiso de las extremidades superiores, incluyendo parte del tronco.

3. *Hemiplejia*: se encuentra afectada la mitad del cuerpo, incluyendo un miembro superior y un inferior del mismo lado; siendo el miembro superior el más afectado por lo general.

4. *Triplejia*: es la afectación de tres miembros, generalmente los miembros inferiores están más afectados que los superiores, esto ocurre en lesiones específicas del Sistema Nervioso Central.

5. *Cuadriplejia*: están muy afectadas las cuatro extremidades (superiores e inferiores), y ocurre en lesiones medulares altas.

6. *Diplejia*: se encuentran afectadas las cuatro extremidades, pero los miembros inferiores están considerablemente más afectados.

7. *Doble hemiplejia*: se presenta rara vez y en la cual están las cuatro extremidades afectadas, pero las superiores más que las inferiores. (Fait,1966; Wilson,1973; Bobath y Bobath,1976).

1.5.3 SUPLEMENTARIA

1. Evaluación psicológica: determinando deficiencia mental en el caso que existiese.
2. Estado físico: evaluación del crecimiento físico, nivel de desarrollo psicomotor (Gesell), edad ósea, contracturas.
3. Crisis convulsivas.
4. Patrones de conducta y postura locomotora.
5. Coordinación ojo-mano: dominancia de los ojos, movimientos oculares, posturas oculares, fijación, convergencia, manipulación, dominancia de la mano.
6. Estado visual: defectos del campo visual, estado motor (defectos y espasmos de fijación, nistagmus, pseudoparálisis del VI par craneal: motor ocular externo).
7. Estado auditivo: sensibilidad al sonido (hiper e hipoacusia).
8. Trastornos del lenguaje: afasia, disartria, ecolalia, agrafia, disgrafia, alexia, agnosias, etc.

1.5.4. GRADO DE DISCAPACIDAD Y TERAPIA REQUERIDA

1. Muy leve: prácticamente sin limitación de la actividad, sin necesidad de tratamiento.
2. Leve: con ligera o moderada limitación de la actividad, con necesidad de un mínimo de terapia y ayuda.
3. Moderada: con limitación de la actividad que va desde moderada hasta alta; necesita ayuda y aparatos, así como la asistencia de los servicios de tratamiento. Lenguaje impreciso.
4. Severa: discapacitados para desarrollar cualquier actividad física útil, requieren de institucionalización por largo tiempo para su rehabilitación.

1.6 TRASTORNOS ASOCIADOS EN EL PARALITICO CEREBRAL

Los trastornos asociados más comunes son los sensoriales, los de percepción, los psíquicos, los intelectuales y los de lenguaje.

1.6.1 SENSORIALES

Los órganos que nos proporcionan información sobre las características de lo que nos rodea son: el oído, la vista y la sensibilidad.

Los trastornos de la audición son los que aparecen con mayor frecuencia, con la pérdida auditiva, en especial en los atléxicos. Lo más importante de esta pérdida es que está más acentuada para los tonos agudos que para los graves (Toomkh, 1978, pag. 130). Los movimientos de su cuerpo pueden ser malos para una audición óptima.

Los trastornos de la vista son más frecuentes y variados (Sanaux, 1972; c.p. Bustos, 1980):

1. Estrabismos diversos que requieren de tratamiento precoz. Se consideran que del 30 al 50 por ciento de niños con parálisis cerebral los presentan. Al mismo tiempo trae consecuencias secundarias como: trastornos de coordinación mano-ojo, dificultad en la distinción de figura-fondo, dificultad en la percepción de la profundidad y en la distinción de las formas.

2. Agudeza visual insuficiente (амблиопла).

3. Hemianopsia lateral homónima.

4. Trastornos variados de refracción.

5. Desviaciones de la mirada.

6. Deficiente coordinación visual, mala fijación e insuficiencia de los movimientos de seguimiento.

Los trastornos de la sensibilidad son los más complejos y consisten en la disminución de la sensibilidad táctil, térmica y dolorosa; dando lugar a agnosia táctil (Martín, Ch., 1970, p. 60; c.p. Bustos, 1980).

1.6.2 PERCEPCION

La percepción puede ser considerada una actividad mental intermedia (Strauss, A.A.; Lehtinen, L.E.; Kephart, N.C.; Goldenberg, S., 1979) entre la sensación y el pensamiento. Es el medio por el cual organiza y entienden los fenómenos que influyen en él constantemente.

La sensación está dada por los órganos de los sentidos, los cuales son partes especializadas del Sistema Nervioso y permiten al organismo ponerse en contacto con el medio.

Las diferentes sensaciones son identificadas por medio de la actividad del cerebro, así adquieren significado y se transforman en percepción; esto indica que la sensación tiene una organización, un sentido y un contenido de experiencias.

En el organismo en desarrollo, la organización perceptiva y su integración progresan desde estructuras primitivas y simples hasta otras amplias y complejas. En el paráltico cerebral se encuentra alterada esta capacidad, ya que no integra lo que percibe como una unidad, sino que existe una disociación que se manifiesta en la incapacidad de conceptualizar cosas separadas en un todo reconocible (Gestalt).

Las funciones perceptivas tienen además de las genéticas, diferencias individuales.

Según Berne (Köng, E. y otros, 1970, p. 36; c.p. Bustos, 1980) las dificultades de la percepción alteran la aprehensión y la interpretación correcta de las informaciones referentes al propio cuerpo, su entorno y sus relaciones con el medio ambiente. En el niño con parálisis cerebral el esquema corporal insuficiente y la orientación con el entorno y la orientación en el espacio están alteradas.

1.6.3 PSIQUISMO.

En el paráltico cerebral está alterado por diversas razones:

- a). Dificultad personal para adquirir conocimientos.
- b). Dificultad para establecer relaciones humanas.
- c). Necesidades afectivas particulares, de sentir la confianza de su familia y de su medio ambiente.
- d). De ser tomado en cuenta por sus amigos y por las personas mayores.
- e). Dar y recibir afecto.
- f). De sentir una situación estable y firme alrededor de él.
- g). De someterse a una disciplina personal.

Generalmente estos son motivados por el medio en que se desenvuel-

ve el niño con parálisis cerebral. Considerando su capacidad motriz y el retraso general en su desarrollo hacen que persista la fase de dependencia o de simbiosis con la madre, lo que interfiere el comienzo del funcionamiento psíquico diferenciado.

El no tratar al niño con normalidad y en un ambiente familiar tenso hacen que el estado psíquico del niño se altere (Bustos, 1980; Ajuriaguerra, 1983; Palacios, 1987).

1.6.4 INTELLECTUALES

La inteligencia es la habilidad de aprender, de razonar las cosas y las experiencias. Las personas difieren de su inteligencia por tres factores:

- a) Calidad y cantidad de células nerviosas al nacer.
- b) Defecto o lesión en células nerviosas.
- c) Factores externos, primordialmente la vida familiar y la estimulación que ésta ofrece al niño.

Finnie (1984) menciona que la población total de niños con parálisis cerebral, se encuentra distribuida de la siguiente manera:

1. El 50 por ciento tiene un coeficiente intelectual normal y superior.
2. Un 25 por ciento con retraso mental moderado o educable.
3. El 25 por ciento restante con retraso mental grave, profundo, entrenable.

1.6.5 LENGUAJE

Estos problemas pueden tener diversas causas y por su etiología quedará determinada su terapéutica.

La mecánica del lenguaje es eminentemente muscular, pero exige la coordinación entre el Sistema Nervioso Central y el Sistema Nervioso Autónomo para su desarrollo, conteniendo un importante contenido emocional.

Entre las alteraciones más frecuentes que puede presentar el niño con parálisis cerebral se encuentran:

- a) Distalias.- Defectos de la pronunciación.

b) *Disartrias.*- Se refiere al trastorno de los movimientos articulatorios., que obedecen a una modificación de la función neuromuscular.

c) *Disnitmias.*- Alteraciones en el ritmo del habla.

d) *Disfonías.*- Anomalías que se presentan en la voz por alteraciones de los órganos fonatorios o insuficiencias respiratorias crónicas.

e) *Afasia.*- Trastorno que provoca falta de habilidad lingüística.

1.7 DIAGNOSTICO

" Conjunto de signos que sirven para fijar el carácter peculiar de una enfermedad " (Salvat, 1976, pag. 1066).

La tarea fundamental del diagnóstico es proporcionar las pautas para establecer un tratamiento específico, por ello, deberá existir una estrecha relación entre valoración y tratamiento, para obtener los mejores resultados terapéuticos.

Es difícil reconocer alteraciones del desarrollo motor en los primeros seis meses de vida, en especial si el daño es leve; sin embargo, se recomienda vigilar estrechamente a todos aquellos niños que estuvieron sometidos a un alto riesgo durante el período perinatal, para descubrir tempranamente cualquier manifestación de desarrollo anormal, ya que los síntomas varían de acuerdo al sitio de la lesión.

Las dificultades en el diagnóstico temprano, es la imposibilidad de delimitar entre lo normal y anormal; en algunos casos impide comunicar la sospecha a los padres hasta tener la seguridad, de la permanencia de esa condición. Por lo anterior, las condiciones fundamentales para caracterizar a los paráliticos cerebrales (Yelin, E., 1978, op. cit.) son:

a) *Anatómica:* lesión difusa localizada en el encéfalo.

b) *Etiológica:* que la causa determinante haya actuado en el período pre, para o postnatal (hasta los 3 años); período de crecimiento y desarrollo del Sistema Nervioso Central.

c) *Semiológica:* que presente un trastorno motor solo o asociado a

- a otras perturbaciones neuropsíquicas.
d) Evolutiva: que la lesión no sea progresiva.

1.7.1 BIOMEDICO

En esta área (Valdez, 1988) participan varias especialidades que son:

1. *Pediatra*: quien elaborará una historia clínica conteniendo: antecedentes familiares y hereditarios, antecedentes personales patológicos, evolución del desarrollo motor y de lenguaje, rendimiento escolar.
2. *Neurólogo*: Realiza examen de reflejos infantiles primitivos, de los doce nervios craneales haciendo hincapié en el III, IV, VII y XII ya que generalmente son los más afectados, estudios especiales como electroencefalograma, angiografía cerebral, radiografía de cráneo, etc.
3. *Ortopedista*: Estudia y detecta trastornos y alteraciones de los músculos, huesos, articulaciones y nervios que provoquen posturas patológicas.
4. *Fisioterapeuta*: Detectará problemas y anomalías del tono, el reflejo, la postura y el movimiento.
5. *Engoterapeuta*: Determina el nivel de habilidad motora en las actividades cotidianas y de autocuidado.
6. *Audiometrista*: Realiza examen de la agudeza auditiva y discriminación del sonido y su percepción según: la intensidad (decibelios), el tono (frecuencia de ciclos por segundo), distancia, timbre, ritmo y la identificación de los sonidos del lenguaje.
7. *Optometrista y Oftalmólogo*: Detección de problemas oculo-motores, estrabismo, nistagmus, agudeza visual, debilidad visual y ceguera.
8. *Terapeuta de lenguaje*: Examina la capacidad de comunicación en la expresión oral, gestual, facial y corporal. Detecta problemas de lenguaje: afasias, disartrias, disritmias, etc., y problemas de audición.

1.7.2 PSICOLOGICO

Se lleva a cabo a través de la observación de niños, la aplicación de test psicométricos adecuados, tomando en cuenta los impedimentos motores, evaluando coeficiente intelectual, habilidades psicomotoras, problemas perceptuales, conductuales, emocionales y de formación de personalidad; disfunciones familiares.

1.7.3 SOCIAL

Analiza la situación socio-económica y el ambiente familiar, en la relación de todos los miembros que habitan la misma casa, en relación a la comunicación favorable o desfavorable (motivación para comunicarse), conocer sus códigos de comunicación; evalúa el desarrollo social, capacidad de socialización.

1.7.4 EDUCATIVO

Este diagnóstico debe contener un pronóstico, para así establecer objetivos y metas alcanzables según sea el caso, para evitar frustraciones en el niño y en el núcleo familiar.

1.8 TRATAMIENTO

La rehabilitación del niño con parálisis cerebral, debe iniciarse tan pronto como se detecte el problema, abarcando los aspectos médicos, psicológicos y sociales, además de tomar en consideración el desarrollo corporal y psicológico, condición física, problemas mentales y de lenguaje, su incapacidad sensitiva como motoras y los efectos de todo lo anterior sobre la familia.

Cada uno de los tratamientos y cuidados especiales debe estar orientado en tres sentidos: el sujeto, su familia y la comunidad, para ampliar sus posibilidades de participación en la vida social; basándose (Bowley, Gardner, 1984) en los siguientes principios esenciales:

1. Deberán ser considerados como niños primero, con algunas necesidades especiales,
2. Establecer un programa educacional acorde con las necesidades

particulares del niño.

3. *Satisface todas sus necesidades.*

4. *El tratamiento debe ser flexible, por que es probable que las necesidades del niño cambien con el tiempo.*

Resumiendo, se deduce que el tratamiento requerirá de medidas de acción pertinentes como: la prevención, rehabilitación y equiparación de oportunidades en todos los ámbitos, ya que se pretende fomentar la independencia, con el fin de que el paciente se adapte óptimamente a las exigencias ambientales.

La rehabilitación se basa en el concepto de ajuste, pues su finalidad es lograr la adaptación del individuo a su medio ambiente, y la motivación es el aspecto que debe acompañar este proceso.

El programa de rehabilitación de un niño con parálisis cerebral debe ser elaborado y proporcionado por un "equipo multidisciplinario" conformado por especialistas y técnicos, con el fin de darle un tratamiento integral, puesto que el hombre es un ser indivisible y único. Dentro de este equipo encontraremos por lo menos: pediatra, neurólogo, psicólogo, terapeuta de lenguaje y ocupacional, trabajadora social, fisioterapeuta.

Roessier (1981) menciona que existen factores que influyen en el fracaso de la rehabilitación tales como:

1. *Desesperación, depresión debido a su incapacidad.*

2. *Considera al terapeuta como una autoridad, es por eso que asume una posición pasiva.*

3. *Piensa en su invalidez como una fuente de ingresos y en la rehabilitación como una manera de terminar con ella.*

4. *El paciente se impone objetivos que no son realizables, lo que lo lleva a la deserción.*

5. *Las características del paciente, tales como: agresividad, hostilidad, inmadurez, etc., que no favorecen el avance, pues es más difícil el trabajo.*

6. *Escasas fuentes de trabajo, para los sujetos rehabilitados.*

1.8.1 MEDICO

En el enfoque médico (Fait, 1966; Annheim, Auxler y Crowe, 1973; Padilla, 1980) hay cuatro procedimientos que son: 1) empleo de aparatos que faciliten el trabajo orgánico o sustituyan funciones perdidas; 2) administración de fármacos; 3) intervenciones quirúrgicas; 4) rehabilitación física.

A continuación se ejemplificarán en forma breve y clara cada uno de los procedimientos para su mejor entendimiento.

1) El uso de aparatos como las abrazaderas, auxilian la locomoción evitando movimientos excesivos (Fait, 1966) y las férulas facilitan la separación del dedo pulgar de la palma de la mano para poder asir objetos (Escanero, Aguirre, Montes de Oca, Fernández, Finkelberg y Villarreal, 1976).

2) Administración de fármacos.- Su prescripción segura, aún es muy escasa, sin embargo el neurólogo puede prescribir tratamiento farmacológico para controlar las crisis convulsivas y relajantes musculares para los problemas motores (Padilla, 1980; Valdez, 1988).

3) Intervenciones quirúrgicas.- Son realizadas por el ortopedista a fin de mejorar la apariencia de los individuos, evita y corrige posturas, contracturas y deformaciones a través de recursos quirúrgicos como la elongación (alargamiento) de tendones, tenotomías (conle del tendón), las desinserciones musculares, neurotomías, estabilizaciones óseas de las articulaciones.

4) Rehabilitación física.- La fisioterapia se define como el tratamiento de las enfermedades por medio de agentes físicos tales como: Luz (luminoterapia), Calor (termoterapia), Radiación solar (helioterapia), Electricidad (electroterapia), Agua (hidroterapia) y Mecánica (mecanoterapia).

En la fisioterapia los ejercicios se establecen de acuerdo a tres condiciones: a) son dirigidas para rehabilitar la parte dañada mediante el movimiento controlado; b) son instauradas para evitar disfunciones fisiológicas mayores, al no ejercitarse la parte afectada; c) tiene como fin que el individuo realice actividades vitales para la supervivencia inmediata con ejercicios que le ayuden a desenvolverse por sí

mismo en situaciones cotidianas y para la supervivencia mediata, preparándolo para realizar un trabajo remunerativo (Padilla, 1980).

Según Thom H. (op.cit.) por medio de la fisioterapia, independientemente del método que se utilice, se estimula simultáneamente la maduración ulterior progresiva del cerebro, activándose centros y vías nerviosas, tanto en las inmediaciones de las zonas destruidas como en otras áreas del Sistema Nervioso Central. (Padilla, 1980).

1.8.2 FISICO

La rehabilitación física se establecerá de acuerdo a la lesión que presente el paciente. El tratamiento motor deberá conocer las siguientes características, para desarrollarlo eficientemente:

1. Instauración oportuna de la terapia para evitar el aprendizaje de posturas y movimientos anormales que alteren su desarrollo motor.
2. Busca respuestas motoras activas, así como reacciones de en-derezaamiento y equilibrio, lo más cercanas a lo normal.
3. Determina el nivel de funcionamiento motor del niño, y se concentra en la práctica de aquellos que van a prepararlo para la obtención de una habilidad motora determinada.
4. Debe ser realizado simultáneamente con otras formas de estimulación, debido a que existen alteraciones asociadas.
5. Disposición de los padres y familiares para llevar a cabo el tratamiento que en su caso se indique.

En general este tratamiento (Tinetti, 1980) tiene los siguientes objetivos a través de técnicas, masajes y ejercicios: a) prevenir deformidades; b) mejorar la función muscular, el reflejo, el tono y la postura; c) conseguir o mejorar la deambulacion independiente; d) obtener máxima función de las manos; e) hacer al paciente autosuficiente en el desarrollo de las actividades diarias, principalmente alimentación, vestido e higiene personal; f) obtener apariencia normal o cercana a lo normal.

a) Las deformidades en el niño con parálisis cerebral son producto de desequilibrios musculares, ocasionados por la alteración de la

alteración de la función neuromuscular, que conducen a la adopción de posiciones viciosas. Las contracturas musculares y las deformidades consecutivas son más frecuentes en los espásticos y en los rígidos, pero pueden presentarse en los atléxicos. La prevención de deformidades puede conseguirse a través de los siguientes procedimientos: 1. posición correcta de las extremidades y el tronco; 2. movilización de las articulaciones; 3. corrección de los desequilibrios musculares; 4. uso de aparatos ortopédicos.

b) El entrenamiento de la función neuromuscular tiene por objeto ayudar al niño a tener movimientos voluntarios, coordinados y funcionales, preparándolo para que pueda ejecutar más adelante movimientos que le permitan satisfacer sus demandas en las actividades de la vida diaria. Con este objeto han sido propuestos varios sistemas y debe considerarse que ninguno es mejor que los otros, sino todos deben ser utilizados de acuerdo a las necesidades de cada caso. Casi todos los métodos de tratamiento fisisiátrico en la parálisis cerebral, utilizan férulas o aparatos ortopédicos para: 1. prevenir o corregir contracturas o deformidades, cuando el estiramiento o el ejercicio no son suficientes; 2. inhibir un determinado movimiento, cuando interfiere la actividad útil; 3. dar una base estable a fin de permitir un uso más eficaz de un equilibrio insuficiente.

Entre los métodos más usuales están:

1. Método de Phelps: basado en el desarrollo ontogenético, permitiendo que el niño progresa a través de cada etapa del desarrollo físico normal (control de la cabeza, equilibrio sentado, equilibrio de pie, marcha, etc.).

2. Método de Bokath: basado en la utilización de reflejos. Esto no es aplicable a los niños acentuadamente espásticos, a los de baja inteligencia, o que hayan sido operados por deformidades.

3. Método de Fay: los reflejos normales y patológicos son utilizados como fuerzas de movimiento.

4. Método de Deaven: su principio es la restricción de todos los movimientos de una extremidad, menos dos, en la ejecución de una ac-

tividad funcional.

5. Método de Pohl: no hace uso de aparatos y está basado en tres principios: relajación muscular consciente, dominio muscular voluntario y preparación de vías de desarrollo para la actividad funcional. La fase funcional se inicia después de haber conseguido el dominio de los músculos voluntarios.

6. Método de Rood: consiste en la activación de las respuestas musculares por contracción o relajación, por medio de la estimulación de los receptores cutáneos y músculo-tendinosos (Tinetti, 1980; Valdez, 1988).

1.8.3 PSICOLÓGICO

" Todo individuo con una lesión física irreversible, aunada a un desajuste psicológico, que interfiera en su productividad; o con secuelas y/o proceso patológico, responsable de incapacidad mental permanente para el trabajo e inadaptación social ", es una persona inválida y requiere ser rehabilitada (Salazar, 1963).

Tomando en cuenta que el hombre no es sólo un ser físico, sino una entidad social que se desenvuelve en un medio en el que intervienen factores físicos, intelectuales y afectivos, participan otros individuos y en el que existen reglas y repertorios que se deben observar y poseer para ser aceptado por el grupo y obtener así satisfacciones sociales que permitan su adaptación y realización; el psicólogo deberá ayudarlo a conseguir el ajuste de los problemas emocionales aplicando cierto criterio, a partir de las situaciones que enfrenta el paciente, para determinar con que importancia y consecuencia han de tratarse en cada caso, por ello trabajará arduamente para alcanzar el ajuste integral de los sujetos a su ambiente.

Dentro de las funciones básicas están:

1. Delimitar el coeficiente intelectual.
2. Delimitar nivel de maduración
3. Detectar problemas emocionales.
4. Orientación a padres, así como su tratamiento paralelo.
5. Psicoterapia en casos muy especiales.
6. Prevenir problemas de aprendizaje.

En concreto, existe un estrecho paralelismo entre las funciones psicológicas y las motoras, mismas que son fundamentales de la actividad social y del comportamiento humano.

Las relaciones establecidas entre el individuo y su medio ambiente son la expresión inmediata de cada grado de su organización; gracias al uso cada vez más diferenciado y preciso de su cuerpo. Son tres los aspectos esenciales que están íntimamente ligados entre sí, en el desarrollo general del niño: Madurez, Cognición y Afectividad.

De lo anterior se resume, que el niño dotado de todas sus posibilidades para moverse y descubrir el mundo, es normalmente un niño adaptado. La perturbación de cada uno de estos elementos (maduración, cognición y afectividad) determinará una forma particular de deficiencia motriz.

El suponer que sean incapaces de realizar cualquier actividad por tener graves trastornos motrices es erróneo; ya que de esta manera, las mejores aptitudes del paciente pasarán desapercibidas y no serán aprovechadas para su rehabilitación (Finnie, 1983).

Los sujetos con parálisis cerebral sienten las mismas necesidades fundamentales que los otros individuos: requieren alimento, vivienda, ritmo de actividad y descanso adecuados; necesidades de status en cuanto al sistema social, afectiva y semejanza a los demás; oportunidad para acrecentar su autodeterminación a medida que crecen y aprenden a manejar diversos asuntos; contacto y armonía con la realidad para disponer de una base racional; crecer en autocomprensión; equilibrio entre el éxito y el fracaso de cualquier humano.

La diferencia con el grueso de la población se centra en el área motriz, y es por eso, que los canales para satisfacer estas necesidades son distintos.

Las deficiencias físicas influyen en la personalidad y la conducta; existe un creciente deseo de atención, de afecto y de protección, así como una resistencia de asumir responsabilidades; provocando sentimientos de dependencia, insuficiencia y baja autoestima.

Las deficiencias emocionales y las inadaptaciones sociales de estos sujetos son atribuibles en gran parte a los padres del paciente,

por que es con ellos quien establece sus primeras y más importantes relaciones, sin embargo, ellos ejercen influencias nocivas en la formación de la personalidad del hijo al igual que en las relaciones intrafamiliares y con la sociedad en general, debido a que existen emociones reprimidas, las cuales se acompañan generalmente por sentimientos de culpa; todo esto puede conducir a que el hijo presente síntomas neuróticos o problemas de conducta (Noyes, 1966).

Mayer-Gross (1960) señala que el medio familiar constituye una totalidad dentro del cual debe desarrollarse de una forma adecuada a través de la interacción de cada miembro.

La familia es el medio para satisfacer las necesidades emocionales básicas del niño.

La salud emocional de los padres influirá en la formación de la personalidad del niño, al igual que va a influir en las relaciones intrafamiliares que se presentan de un grupo determinado y de él va a depender la normalidad o anomalía del sujeto, que va a estar sujeta a una buena o deficiente interacción de cada uno de los miembros como grupo.

El rol de cada miembro es importante, igual que la comunicación establecida; una mala comunicación puede alterar la función del rol del sujeto o sujetos que lo están desarrollando.

Las fuerzas que interactúan dentro de la dinámica familiar deberán ir hacia un equilibrio, considerándola ésta como un grupo dinámico cambiante, porque de éste dependerá lograr una adecuada salud mental y emocional de cada miembro; cuyas esperanzas y experiencias se organizan de manera compartida.

1.8.4 OCUPACIONAL

La principal tarea del ergoterapeuta es ampliar el campo de acción y el terreno experiencial práctico del niño, ya que estos niños muestran con frecuencia alteraciones en el campo táctil y visual, conceptos deficientes de su propio cuerpo y de sus posibilidades de acción, así como una pobre idea de disponibilidad de material y de la

forma (Bo&ath, K&ong, 1982).

Se pueden distinguir varios grupos de tareas:

- Desarrollo y entrenamiento de actividades de autocuidado, actividades cotidianas y habilidades motrices finas y el desarrollo de actividades creadoras y artísticas.

- Reconocimiento y correlación de los trastornos en los &rganos sensibles, t&ctiles y estereogn&sticos.

- Amplio entrenamiento de la autosuficiencia, desarroll&ndose en &el una capacidad de rendimiento tan amplia como sea posible.

- Adquisici&on de experiencias fundamentales en la vida pr&ctica; productividad futura, preparaci&on profesional.

- Inclusi&on del ni&o en la sociedad.

- Preparaci&on y apoyo de la terapia de lenguaje.

1.8.5 LENGUAJE

El logopeda orientar& a los padres para propiciar en el hogar un ambiente favorable de comunicaci&on, al mismo tiempo debe controlar la reeducaci&on de la alimentaci&on (succisi&on, degluci&on y masticaci&on), respiraci&on (controlando la posici&on del ni&o por medio de posiciones inhibitorias de reflejos), el habla (a trav&es de la coordinaci&on de los labios, lengua y maxilares, y el velo del paladar; la posibilidad de emitir sonidos y el tener articulaci&on facial), la expresi&on corporal y el aprendizaje.

Para lograr resultados positivos deber& existir continuidad y colaboraci&on por parte de los padres y personas que lo rodean, por ser la recuperaci&on de estos ni&os con par&lisis cerebral, lenta (Bustos, 1980).

Diferencias entre : lenguaje, lengua y habla.

Lenguaje: es una funci&on neuroling&stica que permite al hombre comunicarse con sus semejantes y se produce como un proceso universal; est& influido por las emociones. Son cuatro las actividades que lo conforman: escuchar, hablar, leer y escribir; las cuales tienen un aspecto social, mental, psicol&gico, f&sico y fisiol&gico (Gonz&lez; Valdez, 1987).

Lengua: es el sistema de expresiones convencionales usado por una comunidad, es algo puramente regional; también es denominada como idioma o dialecto (Alonso, A. c.p. Bustos, 1980).

Habla: es una actividad básicamente neurofisiológica que puede ser afectada por cualquier trastorno del sistema neuromuscular; es la expresión oral del lenguaje. Según Perello (1976) el habla es la realización motriz del lenguaje.

En el parálisis cerebral las probabilidades de trastornos del habla son casi totales, ya que la causa de su enfermedad es una lesión cerebral localizada en las áreas motrices (piramidal, extrapiramidal y cerebelosa).

Las lesiones cerebrales producen profundas alteraciones de la dinámica de los procesos nerviosos característicos del funcionamiento normal del encéfalo, las cuales se reflejan indirectamente en la actividad del lenguaje (Luria y Yudovich, 1978).

Los trastornos del habla y del lenguaje (Bustos, 1980) en el niño con parálisis cerebral varían desde una simple lalopatia, como es la disartria, hasta logopatías complejas, como la agnosia o dislalia, además de otros trastornos asociados, en el caso de que exista deficiencia mental.

El sistema nervioso necesita de dos puntos para el desarrollo del habla y del lenguaje:

a) referencias o llegada de la información a través de las cinco vías de entrada (vista, olfato, oído, gusto y tacto).

b) referencias o salidas de la información a través del sistema motriz bucoarticulatorio.

La adquisición del lenguaje puede dificultarse por diversos factores que se dan en los niños con parálisis cerebral. Bakwin (1974) menciona los siguientes:

1. Lesión en el área cortical relacionada con la función del lenguaje.

2. Alteraciones en la dominancia lateral.

3. Defectos visuales y auditivos asociados.

4. Carencia de estimulación en su medio ambiente; así pues se puede decir que con la aparición del lenguaje concurren aspectos tales como: a) intelectuales, b) afectivos, c) motrices, d) sensorio-perceptivos.

Crickmay (1974) señala que alrededor del 65 por ciento de los casos de parálisis cerebral tienen cierto grado de dificultades del lenguaje, que varían desde errores mínimos de la articulación hasta la imposibilidad para pronunciar cualquier palabra inteligible.

El proceder de la educación logopédica se rige por el tipo y gravedad del trastorno, por medio de una terapéutica consistente en movimientos, ejercicios, juegos, cantos, música sencilla y rítmica.

Algunos métodos para la reeducación del habla y del lenguaje son los de Tardieu y el de Bokath (Bustos, 1980), y ambos trabajan en los siguientes aspectos:

1. Alimentación.- Funciones y órganos que intervienen en ella.

2. Motricidad corporal.- Control motriz del cuerpo relacionado con la reeducación del habla.

3. Respiración.- Control respiratorio como base primordial para la reeducación del habla y del lenguaje.

4. Motricidad bucal.- Dominio de la motricidad bucoarticulatoria relacionada con el habla.

5. Expresión fonética.- La reeducación en el aprendizaje de los fonemas.

6. Comprensión fonética.- La percepción y la comprensión de los fonemas percibidos (audición, vista y tacto).

7. Expresión y comprensión del lenguaje.

Cabe mencionar que entre estos dos métodos existen discrepancias, igualdad y en algunos puntos se complementan, y esto viene determinado por el mismo planteamiento de ambos métodos; sin embargo el más empleado es el Bokath, por que mantiene la labor en equipo en la parálisis cerebral, misma que es esencial.

1.8.6 PEDAGÓGICO

El personal educativo docente aplicará técnicas pedagógicas para elaborar y aplicar programas educativos acordes a los problemas de aprendizaje y a las necesidades y posibilidades del niño con parálisis cerebral, considerando sus capacidades intelectuales y su discapacidad bio-psico-social (Valdez, 1988).

Los objetivos primordiales de la educación especial son: desarrollar al máximo sus capacidades intelectuales y entrenamiento vocacional-laboral según el alcance de dichas capacidades; existe un número cada vez mayor de personas con parálisis cerebral, seriamente incapacitadas que alcanzan un nivel universitario con buenos resultados (Gardner, 1984).

Para lograr lo anterior, es importante la participación de los padres en la educación de su hijo, así como en su crianza general. Esto requiere (Mittler, 1974 c.p. Gardner, 1984) de una nueva relación entre padres y profesores, en el cual colaborarán para darle todas las oportunidades disponibles en el hogar y la escuela para un mayor desarrollo del niño.

1.8.7 SOCIAL

Está a cargo de la trabajadora social, debidamente capacitada y con amplia experiencia en el manejo de pacientes discapacitados, mejorando las relaciones interpersonales dentro de la comunidad que le rodea, integración familiar, propiciando el proceso de adaptación y participación del núcleo familiar vinculado con la vida emocional del paciente, ayudar a los padres a que se den cuenta de los beneficios que tendrá el niño, si inicia su rehabilitación a edad temprana (Tinetti, 1980; Valdez, 1988).

O P I N I O N
P U B L I C A

2. OPINION PUBLICA

2.1 INTRODUCCION

El ámbito de la opinión pública se ha cambiado y ampliado debido al constante crecimiento de las ciudades y de los grupos secundarios con intereses especiales, dando paso a nuevas actitudes y valores, y es por ello que nuestras relaciones políticas, sociales y económicas tienen un mayor alcance.

Como resultado han surgido nuevas dificultades en la elaboración y evaluación de las opiniones; debido a que cada uno de nosotros como persona, no puede cubrir el total de sus intereses; teniendo que depender de fuentes indirectas y secundarias de información, y los datos son modificados a través de los diarios, radio, cine, televisión.

2.2 DEFINICION

Fenómeno psicosocial y político que consiste en la discusión y expresión libres, de un grupo humano en torno a un objeto de interés común (Rivadeneira, 1976 OP.CIT.).

2.3 ESTRUCTURA

Todo individuo que nace en una comunidad es recibido con señales de aprobación y desaprobación en relación a valores, actitudes y géneros de conducta aceptados, mismos que son significativos cuando están dirigidos hacia su propia conducta; y gradualmente estos géneros de conducta y pensamiento se incorporan en la constitución psicológica del niño, es decir, adquiere conciencia de la aprobación y desaprobación, logrando así una significación en la relación con las personas que lo rodean y atienden. A lo anterior se le conoce como percepción social y constituye la esencia de la Psicología Social.

Por medio de la percepción que tenemos de los demás acerca de las características, acciones y disposición que les atribuimos, reac-

cionamos y entramos en interacción con ellos; interviniendo factores como condicionamientos, estereotipos, prejuicios, actitudes, valores, etc. (Rivadeneira, 1976).

Es por ello que los especialistas de la percepción determinan el empleo, manejo y control de signos, simbología y semántica para percataarnos del medio ambiente emisor y la socialización a lo largo de la experiencia (Garcla, 1980).

Mead (1965) formula que el sujeto "toma" la actitud de los otros "dentro de sí misma" y desarrolla un sistema más o menos coherentes de actitudes hacia una variedad de asuntos. La consistencia de las actitudes se deriva de fuentes que interactúan unas con otras.

" La actitud es un estado mental y nervioso de disposición, organizado a través de la experiencia, que ejerce una dirección o influencia dinámica sobre la respuesta del individuo a todos los objetos y situaciones con los cuales está relacionado " (Allport, 1935).

Se pueden atender las actitudes de las personas en particular y de grupo de personas o considerar la atmósfera general de actitudes que llamamos " opinión pública ".

" Opinión pública " es un término generalizado, que describe algo como una actitud colectiva, en un tiempo particular en relación a varios temas de interés para la población; es posible a través de la comunicación, por medio de la difusión de mensajes de interés colectivo, y la respuesta alcance difusión masiva, es decir, que tenga lugar dentro del ámbito público para producir efectos visibles en los niveles de decisión y de poder.

Tomando en cuenta los elementos antes mencionados es deducible la identidad que guarda la opinión pública con el proceso de retroalimentación (feedback), dentro del cual el público opinante pasa a convertirse en emisor de un mensaje.

La calidad y cantidad de mensajes dependerá de la selección de fuentes y de la fidelidad de las emisiones (Rivadeneira, 1976; Garcla, 1980).

2.4 FORMACION DE LA OPINION PUBLICA

La opinión pública es por su formación un producto de opiniones individuales sobre asuntos de interés común y que se origina en las formas comunicativas humanas, en procesos individuales y colectivos, en diversos grados según la naturaleza de las informaciones compartidas por los individuos a la vez que influidos por los intereses particulares de los grupos afectados (Sauvy, 1971; Cossio, 1973; Rivadeneira, 1976).

La opinión pública se basa en las opiniones individuales de orden colectivo, atravesando por las siguientes etapas:

- a) Disposición individual y clima comunicativo.
- b) Intercambio de puntos de vista entre los miembros del grupo.
- c) Problematización del hecho.
- d) Confrontación de puntos de vista y proposición de alternativas de solución.
- e) Debate en torno a las proposiciones.
- f) Acuerdo más o menos compartido sobre lo que parece ser la vía de solución.
- g) Estudio del consenso, retroalimentando la información.
- h) Difusión del criterio admitido al final por la "mente colectiva"; esto no significa un acuerdo total entre todos.
- i) Información a través de los medios masivos de comunicación.

Este proceso se lleva a cabo en dos niveles: 1) comunicación privada y 2) comunicación colectiva.

El primer nivel se da dentro de los grupos de pertenencia individual, como son: la familia, el trabajo, los círculos de amigos, etc., en dirección horizontal, es decir, en el contacto personal y directo de los individuos.

En el segundo nivel la comunicación está influida por los medios masivos, en línea vertical (Rivadeneira, 1976).

Considerando que la masificación no ha logrado borrar del escenario de la comunicación humana las formas directas y personales, y menos la influencia de éstas en el proceso formativo de opinión, sólo les llamaremos a los medios masivos "mecanismos de refuerzo", por-

que precisamente en la sociedad de masas la base de la formación de opiniones sigue siendo la comunicación directa, recíproca y personal.

Los medios masivos cumplen funciones de estímulo/refuerzo, de deformación e influencia, según la intensidad manipulatoria, al mismo tiempo que son vehículos de control social.

Kapler (1960): "El efecto típico de la comunicación de masas es de refuerzo. También he señalado y tratado de mostrar en esta exposición, que esa tendencia deriva del hecho que la comunicación de masas rara vez actúa directamente sobre su público. Los mismos miembros del auditorio no se presentan al aparato de radio o televisión, o al periódico, en un estado de desnudez psicológica".

2.4.1 FACTORES PSICOLÓGICOS

Los principales factores que intervienen en el proceso de formación de opinión pública que van en relación al aprendizaje, la naturaleza de los procesos del pensamiento y de la naturaleza, desarrollo y función de estereotipos, mitos y leyendas. Es por eso que la motivación, la facilitación social y la acción, están vinculadas al comportamiento de la muchedumbre y el auditorio (Young, K., 1980).

Motivación y facilitación social: es la necesidad que impulsa a formar una nueva opinión y por lo general comienza cuando un individuo se siente frustrado en la búsqueda de satisfacción habitual o cuando los valores ya no le bastan para sustentar su vida cotidiana (motivación). La facilitación surge de la interacción directa tanto como de la indirecta, la cual es posible a los modernos medios de comunicación.

La acción se da por la identificación y veneración, ya que los individuos pueden ser impulsados en una u otra dirección, según la naturaleza y fuerza de las sugerencias y las tendencias imitativas.

Cuando el problema puede adquirir los rasgos de respuestas emocionales son semejantes a las que se manifiestan en la muchedumbre (Spratt, W., J., H., 1968; Young, K., 1980).

2.5 TOPICOS PARA EL ESTUDIO

Existen infinidad de variables para determinar la opinión pública y debido a que debemos percatarnos del medio ambiente emisor y la socialización para poder expresar en palabras lo que define a un objeto o persona es necesario unificar en tres grandes tópicos, todos ellos motivos de estudio: la cultura, el lenguaje y la educación (García, 1980).

Cultura: se refiere al conjunto de "estímulos ambientales que generan los agentes socializantes del individuo en el curso de su desarrollo y la forma de vida de cualquier sociedad. La cultura humana consiste en creencias, valores, ideas y modos de conducta que son compartidos en conjunto y transmitidos simbólicamente de un individuo a otro y de generación en generación". De esta manera (Whittaker, 1976) la cultura y la sociedad son grupos íntimamente relacionados. Generalizando la sociedad se refiere a la estructura u organización de los grupos más grandes, mientras que la cultura se refiere a la manera de actuar de estas organizaciones. La cultura determina el medio ambiente donde se desarrolla el ser humano (personalidad).

Lenguaje: es básico para las comunicaciones humanas, se imbrica con el proceso de socialización, de tal manera que el individuo adquiere modos de responder a los objetos y a los sucesos con los que nunca había tenido contacto directo, por ello, que es considerado como otro proceso de aprendizaje, el cual se forma de ideas preconcebidas en las relaciones íntimas dentro de la familia.

Educación: ésta permite ampliar los horizontes de los individuos, entrenando capacidades y habilidades.

Linton (c.p. García, 1980) manifiesta que: "es muy importante el conjunto de pautas de educación infantil".

De la Madrid (c.p. García, 1980) establece: "la educación debe concebirse como el camino por el cual los individuos aprenden, y

También es un instrumento de cambio social; considerando que cualquier reforma o programa educativo responderá a la naturaleza cambiante de la sociedad, y es obvio que sólo seremos libres si se destierra la ignorancia".

Los padres y las escuelas públicas son importantes en el proceso de socialización debido a la exposición socio-política, ya que es la gente la que influye al individuo en su desarrollo. Al mismo tiempo la escuela refuerza las actitudes y opiniones. Las ideas y las cosas cambian a través del proceso educacional.

Las opiniones cambian más rápido que las actitudes y creencias, debiéndole esto a la educación. " La educación puede entrenar las capacidades; no puede enseñar la creatividad " (Hennessy, 1965).

La educación es un proceso por el que una determinada sociedad o un grupo transmiten y conservan su propio patrimonio cultural, así como costumbres, hábitos, etc. Existen diferentes medios de transmisión educativa:

- 1) Aquel en el que simple y puramente hay transmisión de nociones tradicionales, y se le denomina educación informativa.*
- 2) En las sociedades evolucionadas, la educación debe proporcionar además de la tradición, una eventual transformación y mejora, es decir, la personalidad del educado es susceptible de un perfeccionamiento, y la educación tiende a la formación del individuo, siendo miembro activo de la sociedad y de sus eventuales progresos.*

2.6 FORMAS DE OPINION

Es evidente que existe una íntima correspondencia entre lo que hacemos y lo que decimos (simbólico-no simbólico), y hay que reconocer que estos dos comportamientos frecuentemente entran en conflicto ya que las verbalizaciones producidas en un contexto social no siempre nos permite predecir exactamente el comportamiento no simbólico en otro contexto, y viceversa (LaPienc y Farnsworth, c.p. Young, K., 1980). Entre las formas de opinión encontramos: los estereotipos, el

prejuicio, las relaciones públicas, la manipulación y la propaganda. A continuación sólo se analizarán tres de estas formas.

2.6.1 PREJUICIO

Es una actitud o predisposición a obrar discriminatoriamente con respecto a determinadas personas o grupos.

Los factores que intervienen en su formación y mantenimiento son los mismos que influyen en las actitudes, esto es, que la actitud que marca el prejuicio, revela una tendencia a pensar según juicios estereotipados: hostilidad, intolerancia y actitudes despreciativas respecto a los otros.

Contribuyen al prejuicio tanto los factores sociales (normas culturales, privilegios económicos, etc.) como los factores de personalidad (deseos inconscientes, autoestimación, necesidades de seguridad, etc.).

El principal obstáculo para superar un prejuicio, es que esta misma actitud impide al individuo tener experiencias que pudieran oponerse a él y destruirlo. Puede ser superado el prejuicio si los grupos que en él intervienen tienen contacto prolongado, en general e íntimo a base de igualdad.

El prejuicio puede producir efectos devastadores en la imagen que de sí mismos tienen sus víctimas, en particular los niños, debido a que en sólo unas cuantas horas de actividad intensiva pueden fomentarse las ideas prejuiciables (Whitlaker, 1976; Mednick, S., A.; Higgins, L., y Kirschenbaum, J., 1982).

El prejuicio es generalmente signo de un acentuado etnocentrismo; son típicos los prejuicios étnicos, raciales y nacionales; pero se extienden también a terrenos como la religión, el lenguaje, la comida, etc.

2.6.2 ESTEREOTIPO

Está constituido por ideas prejuiciables y excesivamente simplificadas sobre un individuo o grupo, que son resistentes al cambio. Se encuentra afectado por una carga emotiva que impide la ecuanimidad y tiende hacia la caricaturización.

La presencia de los estereotipos está muy difundida en la sociedad humana, actuando como elemento irracional de la actuación social.

Los estereotipos a pesar de no basarse en nada sólido, influyen en el modo de pensar y de percibir las realidades de los demás, dificultando las relaciones mutuas de personas y naciones.

Consciente o inconscientemente los medios de comunicación de masas emplean estereotipos que fomentan la pereza mental y halagan la vanidad.

Desgraciadamente la mayoría de nuestros estereotipos son desagradables, y nos proporcionan armas para el abuso y objetivos de agresión socialmente aceptados. (Spratt, W., J., H., 1968; Rivadeneira, 1976; Mednick, A.; Kirschenbaum, J., 1982).

2.6.3. PROPAGANDA

La propaganda ha acompañado la política casi desde sus orígenes, ya que la política, desde el momento en que es imposible más contacto directo entre gobernante y gobernado, siempre necesita una comunicación y una injerencia persuasiva sobre el ánimo de los gobernados.

Su finalidad es obtener la ejecución de determinadas acciones por parte de las personas o grupos a las cuales se dirige.

Existe una psicología de la propaganda, que estudia el objeto de los procesos psicosociales puestos en juego por ella.

El proceso de la técnica, sobretudo en la segunda mitad del siglo XX, ha puesto a disposición de las organizaciones o grupos para comunicar y hacer participar al público en sus maneras de pensar, sentir y actuar, logrando el control social por la regulación que ejerce en la conducta personal, y determinando que efectos producen en el proceso de formación de opinión pública (Rivadeneira, 1976; Yuong, K., 1980).

2.7 CONTROL SOCIAL

La opinión pública constituye un cuerpo regulador que organiza el comportamiento social y equivale a un fenómeno de control social informal con atributos propios.

El control social se puede definir como: el conjunto de normas que

regulan el comportamiento del hombre, a través de mecanismos de organización colectiva.

Las normas que el hombre debe observar en sus relaciones con los otros son: jurídicas, morales y del trato social.

- a) Jurídicas: su principal característica es la universalidad, tienen que ver con los actos humanos en relación con otros seres humanos, nos es impuesto de fuera, independientemente de nuestra voluntad y está destinada a ser observada por todo el grupo.
- b) Morales: es autónoma, surge por convicción y pertenece al fuero interno de cada individuo, es decir, que la norma es el dictado de la conciencia y pretende la concreción del valor Bien.
- c) Trato social: se dirige a la consecución del decoro, dicho de otra manera, es el uso de formas convencionales (saludo, cortesía, amabilidad, etc.), ya que la omisión de estas, alteran las relaciones con el grupo, por la amenaza de la marginación.

El control social se ejerce en dos niveles que son:

- a) Grupos sociales: que ejercen control a través de organismos de grupo, esto es el conjunto de regulaciones de la conducta, para su aceptación y pertenencia en el grupo (líderes, clases sociales, etc.).
- b) Sociedad: a través de instituciones jurídicas, políticas, económicas, creencias religiosas, etc., en las que intervienen una serie de normas y mecanismos (Rivadeneira, 1976).

2.8 LIDERAZGO

Es un fenómeno psicosocial, producto de las relaciones de los individuos entre sí y de los efectos de esas relaciones, con un doble principio: autoafirmación y autovalorización.

El hombre moderno tiene en general la convicción de que es libre y de que no se halla sometido a ningún liderazgo ajeno. Sin embargo la Psicología Social demuestra que en torno al espíritu humano existe un combate dirigido por la publicidad y la propaganda. El fenómeno de liderazgo es un fenómeno natural que se acentúa en una sociedad masiva

como la nuestra.

El liderazgo depende de factores lógicos y manifiestos como las características personales del líder, la naturaleza y objetivos del grupo; surge de la situación, con la personalidad combinadas adecuadamente.

Fiedler (1977) lo llama modelo contingente de liderazgo, porque se obtendrá del éxito con la combinación feliz del tipo de liderazgo y la situación.

Las situaciones pueden ser favorables, desfavorables o medianamente desfavorables para el control del líder, determinados por tres factores:

- 1) Las relaciones que el líder y los miembros tienen, esto es el respeto, la buena intención, etc.
- 2) La estructura de las tareas, es decir, si la tarea está bien organizada y no se reduce a un procedimiento espontáneo y al azar, también es importante para el control del líder.
- 3) La posición del poder. La autoridad para controlar, despedir, castigar, premiar, etc., aumenta su control.

"Líder": es un individuo que posee la posición más elevada dentro de un grupo, en lo que se refiere a situación.

El verdadero líder será aquel cuya aceptación sea espontánea y libre por parte de los demás (Whittaker, 1976; Young, 1980).

Existen diversos tipos de líderes: naturales, auténticos, autoritarios, visibles e invisibles, formales e informales.

- a) Naturales: son aquellos en que sus atributos físicos, intelectuales, artísticos, su conducta son tomados como ejemplo.
- b) Auténticos: es aceptado libremente por los demás.
- c) Autoritarios: es impuesto, pero igualmente produce efectos sobre la conducta de los demás o influye en la formación de opinión; en muchos casos está viciado por el soborno, la usurpación, la amenaza, etc.
- d) Visibles: son aquellos que ejercen una influencia de manera directa.
- e) Invisibles: no podemos percatalarnos de su existencia, pero cuyos actos producen efectos.

- f) Formales: estos pertenecen a grupos concretos constituidos.
- g) Informales: corresponden a grupos de pertenencia no organizados.

Los líderes no solo varían en sus características personales, sino en las maneras y procedimientos que adoptan, dependiendo de las finalidades del grupo y de sus normas de mayor importancia. Las reacciones de los miembros de un grupo a un estilo de liderazgo particular depende también de ciertas variables culturales que pueden influir sobre la preferencia que se tenga. No hay que olvidar que los líderes difieren uno de otro de tantas maneras como puede diferir cualquier otro par de individuos.

La influencia del líder está en relación con el tipo de conducción que ejerza aquél sobre sus seguidores (Whittaker, 1976; Rivadeneira, 1976; Young, 1980; Mednick, S., A.; Higgins, J., y Kinschenbaum, J., 1982).

Ochoa Icaza (op. cit., 1973) expone " El líder es pensador e impulsor. Cuando se conquista el liderazgo se facilitan los controles directos e indirectos, toda vez que el carisma se impone por fuerza de ideas y realizaciones que, debidamente participadas al personal apto, se encargara éste de "lucelar" por imbuirse en la circunstancia de que se capitalizan los aciertos y fracasos ".

Young (1980) propone en lo que respecta a las funciones de los líderes y sus interacciones con las masas, los siguientes rasgos de caracterización:

- a) Pueden ser los primeros en plantear o definir una cuestión.
- b) Tienen especial importancia por que verbalizan y cristalizan los sentimientos vagos de las masas.
- c) Pueden manipular los anhelos de las masas en favor de sus propios fines.
- d) Constituyen una amenaza a la democracia.

La importancia de los líderes en la formación de opinión es de tal magnitud, que muchas decisiones derivan de esa influencia.

Lazarsfeld (1966) señala que la influencia de los líderes es mayor que aquella de los medios, sobre las opiniones individuales.

El contacto personal es más flexible y permite la respuesta inmediata y la retroalimentación instantánea. El individuo a diferencia de un medio masivo, es capaz de presentar razonamientos y argumentos de pertenencia personal al que escucha, y hay en consecuencia, mayor probabilidad de llegar al objetivo. Los mensajes de los medios de masas, en contraste, se inician con frecuencia con pleno conocimiento de sus objetivos.

2.9 EVALUACION

La medición de la opinión pública comenzó en 1935 con los trabajos de George Gallup. La investigación por el estudio, o "encuestas de opinión pública" ha proliferado, dando lugar a organizaciones tales como: el Centro Nacional de Investigación de la Opinión Pública, el Instituto Norteamericano de la Opinión Pública, las Encuestas Gallup y Fortune, el Instituto Británico de la Opinión Pública, International Journal of Opinion and Attitude Research (Spratt, W., J., H., 1968; Whittaker, 1976).

En el estudio de los cambios de opinión se han utilizado dos métodos que son: el cualitativo y el cuantitativo. El primero no es considerado enteramente objetivo y confiable, pero proporciona una imagen general del proceso de cambio. En el método cuantitativo existen dos tipos de estudios: uno podría ser llamado método cuasi-experimental y el otro tipo es aquel donde se hace un esfuerzo directo para observar un cambio presente de la opinión pública tal como tiene realmente lugar. El método cuantitativo es considerado generalmente como más científico, sin embargo está abierto a ciertas críticas.

Las evaluaciones reciben diversos nombres: "mediciones" (Klineberg y Newcomb); "sondeos" (Young); "valuaciones" (Spratt). Entre las principales técnicas empleadas tenemos: escalas de actitudes, examen de la entrevista, el panel, técnica de proyección y la más importante es la encuesta.

2.9.1. ESCALAS DE ACTITUD

Este método fue ideado por Bogardus, en el año de 1935 (c.p. por

Rivadeneiru, 1976) y fué desarrollado por Thurstone, ambos intentaban medir las actitudes sociales.

Estas escalas consisten en la comparación de la intensidad del grado de opinión de un individuo con respecto a otro. La medición se realiza utilizando una escala construida de manera lógica, presentando ítems en forma de proposiciones o preguntas, cuyo grado de acuerdo o desacuerdo se solicita a las personas entrevistadas; esto es que una de las alternativas de respuesta aparece, como indicador del grado de intensidad de la actitud en medición.

En la fase de construcción de la escala surge el problema de asignarles números, medidas o puntajes a las categorías de respuestas. Es por ello que el problema de esta escala lo constituye el hecho de que estamos tratando con un nivel ordinal de medición en el cual podemos saber si los intervalos existentes entre dos medidas son isomórficos con la realidad (Briones, 1987).

2.9.2 EXAMEN DE LA ENTREVISTA

También conocida como "Técnica o Escala de Likert", está destinada a medir actitudes, en contextos sociales específicos o bien a actuar a favor o en contra de personas, organizaciones, objetos, etc.

La selección se obtiene mediante un examen del "universo" en que se pretende detectar grados de predisposición. Es de especial interés, la atención que se presta al conjunto de respuestas y al análisis de las interrelaciones de éstas; también el como llega a colocar a dos sujetos en un mismo grado de evaluación, pese a que las respuestas o conceptos puedan parecer diferentes. Se le considera una escala sumatoria, porque la actitud medida se obtiene mediante la suma de las respuestas a diversas preguntas que actúan como estímulos (Briones, 1987).

2.9.3 EL PANEL

Este método es una modificación de la entrevista "abierta". En él se efectúan entrevistas repetidas con los mismos individuos, permitiendo pulsar el rumbo que están tomando las actitudes sociales.

Una de las ventajas de este método, es que permite una confiabilidad estadística bastante elevada, y facilita localizar las modificaciones producidas entre el momento de la opinión expresada y el momento del debate. También permite obtener un conocimiento más adecuado de la estructura de la personalidad de los informantes, de sus rasgos y valores básicos y otros datos, los cuales pueden ser útiles para interpretar los resultados. Al mismo tiempo, si el panel está bien organizado servirá para confrontar las relaciones de consonancia y disonancia entre actitudes y opiniones.

El procedimiento puede dar lugar a una expectación por parte de los panelistas, que consciente o inconscientemente puede deformar sus respuestas (Rivadeneira, 1976; Young, 1980).

2.9.4 TECNICA DE PROYECCION

En este método se sustituye el interrogatorio de las entrevistas por un conjunto de imágenes que el sujeto deberá interpretar libremente, sin presiones ni interferencias (método utilizado en Psicología, para la evaluación de actitudes).

Este método es el que mejores resultados ha dado porque, presenta condiciones de espontaneidad y libertad al entrevistado. Las respuestas que se obtienen del entrevistado se someten a análisis por deducción y asociación de datos, ya que las reacciones del sujeto guardarán relación con el conocimiento que tenga del problema, o si le afecta de manera directa o no (Rivadeneira, 1976).

2.9.5 ENCUESTA

El auge de la técnica de encuestas es desde 1936, por el Vaticano que hiciera el *Literary Digest* acerca del triunfo electoral de Franklin D. Roosevelt.

A pesar que se han convertido en uno de los procedimientos más significativos para registrar los cambios de opinión pública, no constituye todavía el medio cien por ciento eficaz en la investigación, sino que es el instrumento que se aproxima a resultados más o menos previsibles (Rivadeneira, 1976; Young, 1980).

El propósito de la encuesta es obtener respuestas a preguntas uniformes de un número selecto de personas (muestra) que, de acuerdo con normas de criterio sobre actitudes y opiniones, de las que se piensa que son adecuadas, sean representativas de todo el grupo completo de personas acerca del cual necesitamos o deseamos datos o informaciones de retatos o hechos actuales, lo antes posible (Hennessy, 1965). Lo anterior es de gran importancia para el control social que se desea ejercer (Rivadeneira, 1976).

Para llevar a cabo una encuesta de opinión pública, se deben cubrir ciertas etapas:

- 1) Determinar y aclarar los datos que deseamos conocer.*
- 2) Identificar la población en la que se interesa la encuesta.*
- 3) Determinar características y dimensiones de la muestra (representativa).*
- 4) Construcción del cuestionario.*
- 5) Reclutación y entrenamiento de los entrevistadores.*
- 6) Realizar el trabajo de campo.*
- 7) Análisis de los datos reunidos.*

(Spratt, W., H., J., 1968; Whittaker, 1976; Rivadeneira, 1976; Festinger, L., y Katz, D. (comp.), 1979).

Una de las dificultades de este método, radica en la imposibilidad de conocer todo lo que se piensa acerca de cuestiones de interés colectivo, logrando sólo un sondeo de alguno de los aspectos de la convivencia social.

MARCO TEORICO

3. MARCO TEORICO

El término de Psicología comunitaria, hace cuatro décadas era conocido. Actualmente ocupa un lugar importante; encontrándose la Asociación Norteamericana de Psicología, la cual tiene una división de Psicología Comunitaria; la Sociedad Interamericana de Psicología crea en 1979 un grupo de trabajo en esta área.

En los años de 1980 y 1982 la Sociedad Interamericana promueve seminarios en La Habana y en Río de Janeiro respectivamente para tratar sobre el asunto (Rodríguez, 1980).

Sus orígenes se basan en la "Psiquiatría Preventiva", la cual su finalidad es la de prevenir el desarrollo de la enfermedad mental, y se desarrolla en tres niveles:

a) Prevención primaria: se refiere a las medidas dirigidas contra la aparición de enfermedades; su principal soporte se encuentra en el grado de compromiso real de todos los mayores respecto al cuidado del niño. El problema se inicia antes de la concepción, y la ausencia o limitada accesibilidad a la información referente a medios anticonceptivos, aborto terapéutico, etc. Además de las complicaciones del embarazo y el parto, tan asociados a problemas tales como la parálisis cerebral, epilepsia, deficiencia mental, etc.

Es muy importante reconocer que las consecuencias de daño neurológico en la infancia dependen de la naturaleza de interacción entre niño y medio ambiente, ya que cierto grado de daño puede ser tolerado cuando el ambiente brinda la necesaria alimentación emocional y cognoscitiva.

El desconocimiento de estas realidades descubre las fallas de una sociedad que crea patología, al no ocuparse de sus familias-padres-niños con problemas.

b) Prevención secundaria: depende de la identificación temprana de enfermedades y trastornos, lo que redundará en beneficio del paciente en cuanto menor sea su morbilidad y el sufrimiento, reduciendo el im-

pacto del trastorno sobre el resto de su familia y de la comunidad.

c) *Prevención terciaria*: se centra en el trabajo con niños, padres, escuelas y comunidad con el fin de minimizar los efectos de la enfermedad o problema en lo posible, descubriéndolos tardíamente. Al mismo tiempo incluye medidas informativas y anticipatorias con respecto al desarrollo del trastorno, y van dirigidas a un manejo más adecuado y reducir el perjuicio.

Todo lo mencionado anteriormente da origen a la *Psiquiatría Comunitaria* que: se centra en la detección, prevención y tratamiento precoz de trastornos emocionales y desviaciones sociales, tal como se desarrollan en la comunidad; se destacan especialmente los factores ambientales que constituyen a la enfermedad mental. (Freedman, A., M.; Kaplan, H., I.; Sadock, B., J., 1970; Gochman, 1977).

En el movimiento de acción comunitaria existen dos corrientes históricas; la de los Estados Unidos Americanos, ligada a la *Psicología Clínica* y a la *Medicina*; y la otra en América Latina ligada a la *Psicología Social*.

Durante el movimiento en pro de la salud mental en Norteamérica, John F. Kennedy en 1960 inicia un programa conocido como la "Guerra de la Pobreza". Este programa se interesaba en la adopción de medidas que impidieran la enfermedad (*prevención primaria*); siendo necesario reclutar personas de la comunidad, no especialistas, pero que conocieran los problemas de la comunidad y auxiliaban a los especialistas. A su vez facilitaban el contacto con los especialistas, con la comunidad y orientaban a los miembros de ésta para que aprovecharan los servicios existentes.

Este movimiento de *Salud Mental* comenzó a tener connotaciones sociales y dejó de ser aislado, pasando a ser un problema de la comunidad, para su prevención.

En América Latina, la acción comunitaria se origina en las ciencias sociales de manera general, y en la *Psicología Social* de modo particular. Su objetivo es concientizar a los estratos sociales menos favorecidos, de no aceptar las condiciones de vida en que se encuen-

tran.

La Psicología Social se centra en la interacción del individuo con la comunidad, abarcando niveles de interacción (grupos, diadas hasta la sociedad).

Es por medio de la acción comunitaria que se espera una modificación en la comunidad, no de manera impuesta, sino permitiendo que la misma comunidad se percate de la necesidad de cambio e inicia las transformaciones necesarias. Dicha sección implica trabajar en grupos, en los que encontramos liderazgo, cohesión grupal, rol, status y serán benéficos para facilitar la participación social para mejorar sus condiciones de vida (Rodrigues, 1980).

La Psicología de la Comunidad surge de la necesidad de atender los problemas de la Salud Mental que se presentan en una sociedad, ya que es la culminación de un período prolongado de malos tratos; es un enfoque integral, donde se aborda el problema no de una perspectiva individual, sino pretende alcanzar a la familia, como núcleo de esta sociedad y en un momento determinado a la comunidad. Su finalidad es el control regular de la población, para descubrir los deseos de la población en relación con enfermedades importantes a combatir y la traslación de estos sentimientos de necesidad a programas preventivos y curativos practicable. El especialista debe planificar, definir y establecer prioridades de las metas relacionadas con las necesidades sentidas por la población (Freedman y Colab., 1979; Zax, M. y Specter, G., 1979; Vega, F., L. y Gancla, M., H., 1982).

Marín (c.p. Rodrigues) dice: La Psicología Comunitaria comparte con la Psicología Social aplicada, la obtención de datos científicos en un ambiente natural; incluye la medición y evaluación del programa, de la intervención y del resultado de ésta.

La evolución de la Psicología de la Comunidad hace que el modelo tradicional de la Salud Mental, dirigido a la prevención terciaria, se supla por un modelo de acción social para la prevención primaria, caracterizada por los movimiento de las fuerzas existentes en la comunidad para el mejoramiento de ella misma, tomando en consideración

Los recursos con que cuenta cada individuo, familia y sociedad (Zax, N. y Specter, G., 1979; Rodriguez, 1980).

M E T O D O L O G I A

4. METODOLOGIA

4.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Considerando la importancia que tiene el desarrollo psicoafectivo del niño, y que este es especialmente susceptible a la interacción con el medio, es necesario saber el nivel de conocimiento que existe en relación a la Parálisis Cerebral, para poder actuar oportunamente en cuanto a la propagación de información a través de programas educativos a todos los sectores de la población.

4.2 HIPOTESIS

4.2.1 Hipótesis conceptual

Dadas las características de los pacientes con Parálisis Cerebral, se espera encontrar datos importantes del nivel de conocimiento de un grupo de madres trabajadoras, quienes son usuarias del servicio de guardería.

4.2.2 Hipótesis de trabajo

- El parálisis cerebral es percibido por nuestra sociedad como deficiente mental.

- Debido al nivel de conocimiento será necesario elaborar programas educativos más amplios, para lograr una prevención primaria.

- Si existiera mayor difusión acerca de la Parálisis Cerebral, podrá ser detectada con mayor oportunidad.

4.3 SUJETOS Y MUESTREO

Los sujetos empleados en la presente investigación fueron 60 madres trabajadoras, usuarias de la Guardería Infantil No. 35 del I.M.S.S., quienes fueron seleccionadas aleatoriamente.

4.4. VARIABLES

- Los miembros comprendidos en la muestra tendrán la edad de 20 a 35 años.
- Serán madres trabajadoras de la Comisión Federal de Electricidad.
- Usuarías del servicio de guardería, en el momento de esta investigación.

4.5 TIPO DE ESTUDIO Y ESCENARIO

La presente investigación contempla un estudio exploratorio de campo, el cual consiste en la aplicación de un cuestionario que investiga el nivel de conocimiento sobre la Parálisis Cerebral y será aplicado en el vestíbulo de la guardería.

4.6 INSTRUMENTO

Cuestionario de opción múltiple, con 30 preguntas relacionadas a la Parálisis Cerebral, que será autoadministrable y calificado sólo acierto o error.

4.7 PROCEDIMIENTO

La realización de esta investigación consto de varias etapas que fueron:

- a) Construcción del instrumento.
- b) Sondeo del cuestionario con el personal de la guardería, para obtener su confiabilidad.
- c) Aplicación del instrumento a la muestra seleccionada, dándole las instrucciones necesarias.
- d) Procesamiento de los datos.

4.8 ANALISIS DE DATOS

Se realizo este por tabulación manual y está dividido en dos partes:

En la primera etapa, se calificaron los cuestionarios por escala nominal (aciento-errores). Se obtuvieron las variables de edad, número de hijos, escolaridad; empleando porcentajes, proporciones, media aritmética, desviación estandar, serie de frecuencias.

En la segunda etapa, que corresponde al análisis estadístico, se realizo mediante la Prueba Binomial NO Paramétrica (Siegel, S., 1979), debido a que los datos están en dos categorías y el diseño es de una muestra, permitiendo probar la hipótesis nula (H_0) y demostrar que tan razonable es que las frecuencias observadas en la muestra se hayan sacado de una población con un valor específico de proporción ($P=0.5$).

Como la muestra fue mayor a 25, se empleo la siguiente fórmula:

$$Z = \frac{(x \pm 0.5) (NP)}{\sqrt{NPQ}}$$

donde: N = tamaño de la muestra.

x = valor observado (número de aciertos).

Z = variable con distribución normal estandarizada.

P = proporción teórica de los valores de x .

Q = proporción teórica de los valores $N-x$.

0.5 = corrección por continuidad.

La cual permite la corrección por continuidad, que consiste en reducir en 0.5 la diferencia entre el valor de la variable continua y el valor anterior de la misma variable, y considerar el valor de Z distribuido normalmente en una prueba de una cola, asociada con la ocurrencia, conforme a la hipótesis nula.

Hipótesis Nula (H_0): No existe diferencia entre la frecuencia de aciertos y errores en las preguntas de la 1 a la 30, proporcionadas por las madres trabajadoras, usuarias del servicio de guardería.

Hipótesis alternativa (H_a): Existe diferencia entre la frecuencia de aciertos y errores en las preguntas de la 1 a la 30, proporcionadas por las madres trabajadoras, usuarias del servicio de guardería.

El nivel de significancia, con el cual se espera rechazar las hipótesis, en el proyecto de la presente investigación se calculó: $\alpha = 0,01$, es decir el 99 por ciento de confiabilidad de acuerdo a la Prueba Binomial NO Paramétrica. Cuadro A.).

RESULTADOS

La interpretación de los resultados (Rijou, 1979) consiste en un conjunto de afirmaciones que el investigador hace acerca de lo que "se ve" en los datos, junto con su concepción de generalización de esos resultados.

El presente trabajo se considera que tiene más implicaciones de tipo social que metodológicas, ya que existen miles de personas con Parálisis Cerebral y aún no se cuenta con las suficientes instituciones especializadas que brinden atención a la población que lo requiere. Al mismo tiempo no se ha logrado concientizar totalmente a la comunidad en aspectos principales como son: el control prenatal y el informar a los padres lo relacionado con el desarrollo psicomotor del niño, para así poder detectar cualquier trastorno a la brevedad posible.

En la primera fase se obtuvieron los siguientes resultados:

Con respecto a las edades de las integrantes de la muestra, se observó que la edad promedio fue de 31.7 años y que cada una de las edades de las sesenta mujeres, se desvió en promedio 3.53 años de la media aritmética. (Tabla y gráfica 1).

Con respecto al número de hijos de los sujetos de la muestra, se observó que el 46.67 por ciento del total de la muestra tiene 2 hijos, el 41.67 por ciento tiene 1 hijo y el 11.66 por ciento tiene 3 hijos. (Tabla y gráfica 2).

Con respecto a la escolaridad de los miembros de la muestra, se observó que el 41.67 por ciento del total de la muestra tiene educación media, el 31.67 por ciento educación superior, el 23.22 por ciento educación media superior y el 3.33 por ciento educación primaria. (Tabla y gráfica 3).

En la siguiente etapa de acuerdo a las frecuencias obtenidas en el análisis individual de las preguntas, se pueden considerar cinco

categorías que son:

1. " conocen muy bien "	43 a 40
2. " conocen bien "	39 a 38
3. " conocen poco "	37 a 36
4. " conocen muy poco "	35 a 34
5. " desconocen "	33 a 30

Por lo que el grupo de personas que acertaron de 43 a 40 del total de la muestra en determinadas preguntas, estadísticamente constituyen un grupo diferente a las que obtuvieron 39 o menos, considerando que conforme van disminuyendo el número de personas que aciertan, la selección de la opción correcta tiende al azar; posiblemente por desconocimiento del tema (Tabla y gráfica 4).

En relación al número de aciertos por cuestionario, se observa que aproximadamente la tercera parte de la muestra en estudio desconoce del tema; es decir que tuvieron menos de 18 aciertos en el cuestionario contestado (Gráfica 5).

Sin embargo con base a las medias de los aciertos, se puede concluir que existe conocimiento acerca de la enfermedad en términos generales dentro de la muestra estudiada; pero no por ello hay que dejar de divulgar información para así lograr la prevención primaria y establecer los cambios pertinentes en el medio, para reducir al mínimo los problemas que este deterioro causa, además de contribuir a la adaptación integral del sujeto a su ambiente, desarrollando al máximo sus capacidades individuales, las cuales le van a permitir que compita en la Sociedad de individuos "sanos", alcanzando dentro de lo posible su independencia sin olvidarnos de las situaciones emocionales, sexuales, laborales, vocacionales, sociales y existenciales derivadas de un estado de invalidez.

CONCLUSIONES

Se designa con el nombre de Parálisis Cerebral, al conjunto de secuelas que aparecen como consecuencia de lesión del Sistema Nervioso Central, durante las etapas de formación y desarrollo del ser humano, causadas por una variedad de factores etiológicos, aunque al final pueden integrar un síndrome más o menos definido, pero polimorfo; el cual consiste en una desorganización del movimiento o de la postura, no progresiva que se inicia en la niñez debido a un daño o mal funcionamiento del cerebro.

Esto es, que los niños con parálisis cerebral tienen una problemática individual específica. Las múltiples limitaciones correspondientes a cada niño pueden considerarse como únicas y particulares, ya que los síntomas predominantes y las alteraciones agregadas se presentan en infinidad de combinaciones y diferentes grados de severidad por lo que no puede hacerse una estandarización adecuada.

Por desgracia, no se les ofrece la atención y el apoyo necesarios, a lo que se suma la incomprensión por parte de otros individuos que rodean a quienes están afectados física, psicológica o emocionalmente y que al no detectar la complejidad del problema pueden propiciar el empeoramiento del padecimiento o encaminarlo a una desestabilización emocional cada vez más grave.

A medida que se ha reducido la mortalidad infantil por desnutrición e infecciones, se aprecia un incremento en la incidencia de sobrevivientes de lesiones tempranas del Sistema Nervioso Central, por ello, es indispensable llevar a cabo la prevención primaria.

La Prevención Primaria, es aquella que se da directamente a la población en toda su extensión y estará encargada de disminuir o impedir la presentación de nuevos casos en las distintas poblaciones, haciéndose cargo de las posibles causas que tienden a producir enfermedad o desajuste mental. Dicha prevención intenta producir un cambio sustancial en cuanto a la percepción que se tiene del indivi-

duo enfermo, considerándolo como representante de un grupo social y no como un ente aislado; por lo tanto, su tratamiento estará determinado no sólo por las necesidades del individuo sino básicamente por su relación con otros individuos dentro de su comunidad.

La prevención primaria es básicamente un concepto comunitario, puesto que se debe trabajar dentro, para y con la comunidad, contrarrestando los elementos que puedan causar enfermedad, pretendiendo reducir en alto grado el riesgo que tiene la población a ciertos padecimientos, y aunque enfermen se pueda tener control para evitar la propagación. También se hará cargo fundamentalmente de los componentes psicosociales de los desórdenes y desviaciones, basándose en operaciones de carácter educativo, ofreciendo educación para la salud a la población a través de la detección de las condiciones más comunes y peligrosas e identificando a los grupos más "vulnerables" mismos que deberán participar en los programas de prevención tanto para su desarrollo personal como para el bienestar social.

Este padecimiento reviste una gran trascendencia por las repercusiones que un niño con parálisis cerebral ocasiona en su medio familiar.

Es sabido que en cada ser humano se integran una serie de procesos biológicos, psicológicos y sociales que lo conforman como un organismo que se relaciona con otros dentro del ámbito natural y social. Así el ser humano es considerado como un todo indivisible.

Sin embargo, estos niños se convierten en el "centro de infelicidad para la familia" y con frecuencia, el médico recurre a la "segregación del paciente" debido a la línea tradicional de atención que poco se ha transformado con el paso del tiempo, hacia una atención más humana y basada en la salud integral.

La salud de cada persona se caracteriza por un rasgo indiscernible entre lo físico y lo psíquico, como un todo que aportará algo a la salud de los demás por medio de sus vivencias y conductas, ante las cuales no se debe ser indiferente. La salud no puede determinarse por el constante cambio de aspectos biopsicosociales y considerando su reciprocidad con determinantes socioeconómicos y culturales, para lograr

el mejoramiento y la preservación de ésta; ya que es uno de los derechos del ser humano (OMS, 1991).

A pesar de ello, aún existen problemas para su realización idónea, ya que hasta la fecha se han ofrecido la prevención secundaria y terciaria.

La prevención secundaria consiste en la identificación en forma temprana de la presencia de procesos psicopatológicos o de trastornos funcionales, y ofrecer en cada caso el tratamiento oportuno, evitando con ello que el individuo sufra daños mayores e irreparables.

La prevención terciaria está centrada en la rehabilitación, intentando reducir al interior de la comunidad la proporción de funcionamiento deficiente o, intentando ayudar a los individuos afectados para que desarrollen su capacidad productiva y un equilibrio emocional que les permita incorporarse a su comunidad sufriendo lo menos posible. Todo este proceso de integración, es obstaculizado por una sociedad prejuiciosa que frena la recuperación, productividad y plena participación de quien está enfermo, influyendo negativamente en su familia, amigos u otros individuos de la comunidad.

No hay que olvidar que todo ser humano para tener salud, requiere de un ambiente propicio en el cual encuentre estímulos y respeto, donde se le reconozcan sus capacidades individuales que lo ayuden a establecer interacciones favorables para alcanzar un desarrollo positivo y productivo dentro de su ambiente social.

Por todo lo anterior hay que luchar para que estos niños sean amados y aceptados " tal como son ", como cualquier niño normal, ya que de las relaciones satisfactorias que se establezcan entre el niño y su familia y por consiguiente con la comunidad dependerá que desarrolle su personalidad en un ambiente favorable y le llevará a ser dueño de sí mismo en la medida que sea posible y alcanzar el crecimiento que le permitirá ocupar el lugar de un adulto independiente en la Sociedad.

COMENTARIOS

En la actualidad se hace énfasis en que las acciones y selección de criterios generales de Salud deben fundamentarse en la prevención y correcta utilización de los niveles de atención para disminuir los riesgos y daños a la salud. Considerando que el individuo enfermo física o mentalmente no puede ser comprendido en el proceso salud enfermedad si se le saca de su contexto sociocultural e histórico, sólo para asignarle un número o tomándolo en cuenta sólo con fines estadísticos.

En nuestro país generalmente las instituciones públicas no se dedican realmente al mejoramiento del bienestar integral del individuo, su función se centra en ayudar a sobrellevar los males físicos, mentales o sociales de personas que de alguna manera está rompiendo con el orden social establecido.

La política de salud comunitaria permite un permanente proceso y desarrollo de actividades dinámicas, de rectificación y modificación para beneficio colectivo. Donde considera que el ser humano es un sistema cuyo funcionamiento integral es determinado y determinante en toda interacción social por la inagotable influencia e intercambio entre el hombre y su entorno, que en ciertas situaciones puede producir desadaptación o provocar el surgimiento de alguna enfermedad.

E. Brody (1986) menciona: "Es sabido que las personas que están socialmente en desventaja y que étnicamente distintas de los que toman las decisiones, corren más riesgo de ser identificadas como incompetentes y subsecuentemente recluidas".

Es un hecho que los profesionales de la salud se han preocupado poco por promover los aspectos psicosociales de la salud, limitándose a atender sólo a aquellos pacientes que soliciten sus servicios. Por ello, es necesario un cambio sustancial hacia la orientación social familiar, grupal y/o comunitaria.

Como sabemos una forma eficiente y directa, es por medio de la prevención, actividad poco desarrollada, y donde los profesionistas de la sa-

lud deberían acercarse más a la comunidad y comunicarse con ella para conocer sus inquietudes y necesidades más urgentes; propiciar que su conducta sea congruente con sus opiniones y conocimientos sobre diferentes enfermedades, informando y contribuyendo para que los padres de familia mejoren sus relaciones entre ellos y con sus hijos, las familias mejoren sus relaciones con sus vecinos, y la comunidad en conjunto supere los riesgos de enfermar mentalmente. Aclarando que al utilizar el término mental como parte de la salud integral de los individuos y colectividades no es basándose en el funcionamiento biológico del cerebro o en aquellos factores denominados psicológicos; intentando condensar en dicho término factores externos o sociales, que influirán en cada organismo y a los grupos como un todo indivisible. Todo esto sería factible si se realizara un diagnóstico comunitario, mediante el cual se detecten los problemas más comunes en la población para incidir acertadamente en las fuerzas ambientales y situaciones específicas que resulten perjudiciales e influyan de manera negativa en el desarrollo de los individuos y de la comunidad.

Hay que tomar en cuenta, que además de la organización de la comunidad, la planeación, desarrollo y administración de los programas y servicios de salud mental, se requiere de conocimientos médico epidemiológicos para ubicar en los procesos sociales la génesis de la enfermedad, sus manifestaciones y el curso que siguen; conocimientos sociológicos, psicológicos y antropológicos para saber como emplear las fuerzas sociales para prevenir, tratar de contener los trastornos emocionales, afectivos, de personalidad, etc. Es necesario aplicar estos conocimientos de tal manera que permitan siempre el mayor número de personas que cuantitativamente aumenten las posibilidades de éxito pero que cualitativamente se consiga el cambio no sólo en el enfoque, sino en la actitud y los resultados, es decir que la población esté dispuesta a colaborar, participar activamente y asuma una actitud positiva ante las acciones de promoción a la salud para modificar la morbilidad que se presente en la población.

Es obvio que en base a lo anterior se toman las decisiones para desarrollar programas y organizar servicios de salud, se investiga y

se da prioridad a la curación o a la prevención; la cual debería ser proporcionada, por un equipo multidisciplinario con un enfoque integral hacia el paciente y sobre todo estar consciente de la importancia del bienestar social y mental del mismo, por lo que su práctica tendría que orientarse hacia un criterio humanístico, sin dejar a un lado el uso de la tecnología; dando más énfasis a la conservación de la salud.

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

- Abbot, M.: A Syllabus of Cerebral Palsy Treatment Techniques; New York; United cerebral palsy, 1956.
- Ajuniaguerra, J.: Manual de Psiquiatría Infantil. Ed. Masson, Barcelona, 1983. pp. 21-45; 63-79; 89-126; 133-152; 291-320; 451-458; 513-522; 769-771; 845-864.
- Allport, G., W.: "Attitudes" en A Handbook of Social Psychology (Ed. Murchinson) Clark Univ. Press, 1935. p. 810.
- Amatrueda, en: Gessell y Amatrueda; Diagnóstico del desarrollo normal y anormal del niño; Métodos clínicos y aplicaciones prácticas; Buenos Aires, Ed. Paidós 1976.
- Anastasi, A.: Test Psicológicos. Ed. Aguilar, Madrid 1979. pp. 245-249; 251-253; 255-256; 263-267; 277-279.
- Ardila, R.: Psicología Fisiológica. Ed. Trillas, México 1976. pp. 48-53; 100-110.
- Annheim, Auxler y Crowe: Principles and methods adapted to physical education; C. D. Mosby Co. Saint Louis 1973.
- Azcoaga, J. E.: Los retardos del lenguaje en el niño. Ed. Paidós, Buenos Aires 1973, pp. 186-210; 223-239.
- Backwin, H. y Backwin, R. M.: Desarrollo psicológico del niño normal y patológico. Ed. Interamericana, México 1980. pp. 22-27; 130-139; 266-269.
- Barraquer, B. L., Ponces Verge, J., Coaromina Vigneaux, J. y Torres de Bea, E.: La Parálisis Infantil. Su estructura y dinámica. Ed. Científico-Médica, Barcelona 1964.
- Benjamin, B. J.: Un niño especial en la familia. Ed. Trillas, México 1988.
- Bijou, S. W.: Teoría e investigación sobre el retardo mental (en el desarrollo). En Dijou, S. W. y Baer, D. M.: Psicología del desarrollo infantil. Lecturas en el análisis experimental. Vol. 2. Ed. Trillas, México 1979.
- Bleck, E.: Cerebral Palsy. En Bleck, E. y Nagel, D. A.: Physically handicapped children. A medical atlas for teachers. Grune and Stratton

- Inc., New York 1975.
- Boada, H.: *El desarrollo de la comunicación en el niño*. Ed. Anthropos, Barcelona 1990.
- Bohath, D. y K.: *Desarrollo motor en distintos tipos de parálisis cerebral*. Ed. Médica Panamericana, Buenos Aires 1976.
- Bohath-Köng: *Trastornos cerebromotores en el niño*. Ed. Médica Panamericana, Buenos Aires 1982.
- Bonifaz, G.: *Métodos y Técnicas de Investigación para las Ciencias Sociales*. Ed. Trillas, México 1987. pp. 11-56; 123-145.
- Brody, E.: *La Psiquiatría en relación a la salud mental. Una perspectiva global*. En: *Salud Mental*. Vol. 9, No. 2, junio 1986, pp. 3-7.
- Brown, F. G.: *Principios de Medición en Psicología y Educación*. Ed. Manual Moderno, México 1980. pp. 8-11; 109; 453-458; 513-519.
- Cabildo, M., H.: *Salud Mental enfoque preventivo*. (1ª ed.) México, D.F. 1991. 196 pp.
- Calderón, G. R.: *El niño con disfunción cerebral*. Ed. Limusa, México 1990. pp 13-125.
- Cambien, J., Masson, M.: *Manual de Neurología*. Ed. Toray, Barcelona 1975. pp. 8-12; 19-29; 35-53; 67-70; 88; 132-143; 311; 461-466.
- Campbell, D., y Stanley, J.: *Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social*. Ed. Amorrortu, Buenos Aires 1980.
- Campero, C., Ma. y Lahud R., M. I.: *Participación de la familia en el manejo y cuidado del niño con parálisis cerebral*. UNICEF 1981. pp. 1-11; 54-61; 118-122.
- Casal, S., Ada M. (1987). *Sobre algunos aspectos de la psicología en la Atención Primaria de Salud. Trabajo con la comunidad e investigación*. En: Morales C., Fco. et al. *La Psicología de la Salud en la Atención Primaria*. Memorias del XXI Congreso Interamericano de Psicología. La Habana, Cuba, pp. 55-63.
- Cossío, C.: *La Opinión Pública*. Ed. Paidós, Buenos Aires 1968.
- Costa, M. y López, E.: *Salud Comunitaria*. (Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Salud. Salud 2000). Ed. Martínez Roca, Madrid 1986. 235 pp.
- Crickmay, M. C.: *Logopedia y el enfoque Bohath en parálisis cerebral*. Ed. Médica Panamericana, Buenos Aires 1974.

- Cruickshank, W.M.: El niño con daño cerebral. En la sociedad, en el hogar, en la comunidad. Ed. Trillas, México 1982.
- Chavarría, S.E.: Hacia la salud por la participación comunitaria. En *Tono Mundial de la Salud*, Vol. 9. No. 3. 1988. pp. 472-475.
- Chusid, J.G.: Neuroanatomía correlativa y neurología funcional. Ed. Manual Moderno, México 1974. pp. 226-231; 307-308.
- Dé La Fuente, R.: La Salud Mental en el campo de la Medicina Preventiva. En: Sepulveda, B. (ed.). *Seminario sobre Problemas de la Medicina en México*, México, D.F.: El Colegio Nacional, pp. 279-286.
- Denhoff, E.: Medical aspects. En Cruickshank, W.M. (Ed) *Cerebral Palsy. A developmental disability* (3er. rev. ed.) Syracuse University Press, New York 1976.
- Diccionario de Psicología.* Ed. Orbis, Barcelona 1986.
- Duran, G., Lilia I.: El proceso de salud-enfermedad y su interrelación con el comportamiento humano. En: *Psicología y Salud* (Veracruz). No. 3, enero-junio 1991. pp. 101-111.
- Enciclopedia de la Psicología, La Psicología y su evolución.* Ed. Océano, Barcelona. Tomo 5. pp. 223-236.
- Escanero, A.; Aguirre, C.; Montes de Oca, L.; Fernández, E.; Finkelberg, N. y Villanreal, B.: Parálisis Cerebral Infantil. Artículo de la Revista de la Facultad de Medicina UNAM. Vol. XIX. Año 19. No. 5., México 1976. pp. 4-29.
- Espinosa, V.M.N.: La participación comunitaria en el tratamiento de un grupo de menores con daño cerebral. UNAM. Tesis 1986.
- Fail, H.F.: Special physical education adapted, connective development. Ed. W.B. Saunders Col., Philadelphia 1966.
- Festinger, L. y Katz, D. (comp.): Los Métodos de Investigación en las Ciencias Sociales. Ed. Paidós, Buenos Aires 1979. pp. 16; 27; 31-103; 531-588.
- Fielden, F.E.: Leadership. Nueva York, Gral. Learning Press 1971.
- Finnie, N.R.: Atención en el hogar del niño con parálisis cerebral. Ed. Científicas La Prensa Médica, México 1983.
- Fox Hall, E.: Epidemiología. El Hombre y la Enfermedad. Ed. La Prensa Médica Mexicana, México 1975. pp. 104-122.

- Freedman, A.M.; Kaplan, H.I.; Sadock, B.J.: *Compendio de Psiquiatría*. Salvat Ed., Barcelona 1979. pp. 742-770.
- García, F.J. de U.: "Opinión Pública: Estudio de la imagen de un gobernante". UNAM. Tesis 1980.
- Gardner, L. y Bowley, A.H.: *El niño minusválido*, Guía Educativa y Psicológica para el minusválido orgánico. Ed. CECOSA, México 1984.
- Gessell, A.: *Diagnóstico del desarrollo normal y anormal del niño*. Ed. Paidós, Buenos Aires 1962. pp. 33-50.
- Gessell, A.: *El niño de 1 a 5 años*. Ed. Paidós, Buenos Aires 1963. pp. 33-76.
- Gochman, J.: *Hacia una Psiquiatría Comunitaria*. Ed. Amorrortu, Buenos Aires 1971.
- González, C.E.: *Como la educación para la salud puede promover la salud para todos a través de la participación de la comunidad en el ambiente urbano*. En: *Salud Pública de México*, Época 6, Vol. 24, No. 1, enero-febrero 1982. pp. 49-54.
- Hallagan, D.P. y Kauffman, J.M.: *Exceptional children*. Prentice Hall, New York 1978.
- Hebe, C.H.M.: *Los organizadores del desarrollo psicomotor*. Del mecanismo a la psicomotricidad operativa. Edic. Cinco, Buenos Aires 1988.
- Hennessy, B.: *Public Opinion*. Belmont, Calif. Wadsworth 1969.
- Herrans, L.L.: *Psicología y Medición*. El desarrollo de pruebas psicológicas en Puerto Rico. Ed. Limusa, México 1985.
- Kami, C.: *La autonomía como finalidad de la educación*. Programa regional de estimulación temprana. UNICEF, sin año.
- Kaplan y Kinsbourne: *Problemas de atención y aprendizaje en los niños*. Ed. La Prensa Médica, México 1990. pp. 25-40; 170-199.
- Kapler, J.T.: "Los efectos sociales de la comunicación de Masas" (1960) en: *La ciencia de la comunicación humana de Schramm*. pp. 79.
- Katz, D. y Kahn, R.L.: *Psicología Social de las organizaciones*. Ed. Trillas, México 1975.
- Kentlinger, F.N.: *Investigación del Comportamiento, Técnicas y Metodología*. Ed. Interamericana, México 1979. pp. 223-230; 232-245; 285-288; 305-308; 315-357; 488-495.

- Klinberg, O.: *Psicología Social*. Ed. Fondo de Cultura Económica, México 1973. p. 452.
- Kumate, J.: *Día Mundial de la Salud, 1989*. Discurso pronunciado por el C. Secretario de Salud. (Manuscrito inédito), México, D.F. 13pp.
- Lana, V. J.: *Estudio de casos con modificación de conducta en la rehabilitación del paráltico cerebral*. UNAM. Tesis 1979.
- Lazarsfeld, P. F.: *La Opinión Pública y la Tradición Clásica*. Los medios de comunicación social. Ed. Steinberg y Blum, México 1972. pp. 85-101.
- Linton, M.: *Manual simplificado de estilo*. Ed. Trillas, México 1989.
- Martínez, B. M.: *La Medicina Preventiva*. En: Sepulveda, B. (Ed). *Seminario sobre Problemas de la Medicina en México*. México, D.F. 1981: *El Colegio Nacional de México*. pp. 259-270.
- Matas, S. y col.: *Estimulación temprana*. De 0 a 36 meses. Ed. Humanitas, Buenos Aires 1990.
- Mattos, L. A. de: *Compendio de Didáctica General*. Ed. Kapelusz, Buenos Aires 1973. pp. 315-352.
- Mead, G. H.: *Espritu, persona y sociedad*. Ed. Paidós, Buenos Aires 1965.
- Mednick, S. A.; Higgins, J. y Kinschenbaum, J.: *Psicología para todos*. Ed. Diana, México 1982. Tomo 3, pp. 377-460.
- Mendoza, I. A. A.: *Control psicológico de preescolares con parálisis cerebral mediante la prueba de P.A.R. de E. A. Doll*. UNAM. Tesis 1981.
- Milton, S. G.: *Estadística simplificada para psicólogos*. Ed. Manual Moderno, México 1971. pp. 7-15; 62-70; 85-90.
- Moran, A. C. y Castro, A., J. M.: *Educación para la Salud*. En: FACULTAD DE MEDICINA, UNAM (ed.). *Factores de Riesgo en la Comunidad I. Elementos para el estudio de la salud colectiva*. México, D.F. 1990, pp. 63-75.
- Nussen, P. H.; Conger, J. J., y Kagan, J.: *Desarrollo de la personalidad en el niño*. Ed. Trillas, México 1973. pp. 171-198.
- Nussen, P.: *desarrollo Psicológico del niño*. Ed. TRillas, México 1984. pp. 9-39; 47-50.
- Naranjo, C.: *Por favor cuidenme bien*. Programa regional de Estimulación temprana. UNICEF. México 1981.

- Nieto, H.M.E.: *El niño disléxico*. Ed. La Prensa Médica, México 1982 . pp. 11-22; 31-34; 45-90; 137-224.
- Noelle, E.: *Encuestas en la sociedad de masas*. Ed. Alianza, Madrid 1970. pp. 65-186; 344-372.
- Hoyes, A.P. y Kolb, L.C.: *Psiquiatría clínica moderna*. Ed. La Prensa Médica Mexicana 1966.
- Ochoa, I.G.: *Revista Universidad de Antioquia*, Num.188, jul-sept.1973. Medellín, Colombia.
- OMS: *De Alma-Ata al año 2000: reflexiones a medio camino*. Ginebra 1991. 174 pp.
- Padilla, G.F.M.: *Papel del Psicólogo en la rehabilitación del niño con parálisis cerebral*. UNAM. Tesis 1980.
- Pardina, F.: *Metodología y técnicas de investigación en Ciencias Sociales*. Ed. Siglo XXI, México 1979.
- Perlstein, M.: *Cerebral Palsy*. National Society for crippled children and adults. Serie 9, Chicago 1961.
- Phelps, W.: *The cerebral palsied child*. Simon and Schuster, New York 1958.
- Piaget, J., e Inhelder, B.: *Psicología del niño*. Ed. Morata, Madrid 1981. pp. 17-23; 65-69.
- Pikler, E.: *Moverse en Libertad*. Desarrollo de la motricidad global. Ed. Narcea, Madrid 1984.
- Rivadeneira, P.R.: *La Opinión Pública*. Análisis, estructura y métodos para su estudio. Ed. Trillas, México 1976.
- Rodrigues, A.: *Aplicación de la Psicología Social*. Ed. Trillas, México 1980. pp 107-123.
- Rodalvarez, G.: *La participación del psicólogo en el sector salud*. En: *Revista Mexicana de Psicología (UNAM, Facultad de Psicología)*, Vol. 1. No.1 1984. pp 22-26.
- Roessien, R., Dalton, B.: *Rehabilitación física, mental y social*. Ed. Limusa, México 1981. pp. 9-62.
- Salazar, V.: *El problema médico, social y económico de los niños inválidos por parálisis cerebral*. UNAM. Tesis. 1963.
- Sansfield, J.K.: *The neurological sequelae of non accidental injury*.

- Developmental Medicine and Child Neurology*, 1974, Vol.16. No.6.
pp. 826-827.
- Sauvy, A.: *La Opinión Pública*. Edic. Oikos-tau, Barcelona 1971.
- Saward, E. y Sonensen, A.: *El énfasis actual de la medicina preventiva*.
En: *Salud Mental*. Vol.3. No.3, otoño 1980. pp.18-25.
- Schnamm, W.: *El desarrollo histórico de la opinión pública. Los medios de comunicación social*. Ed. Steinberg y Bluem, México 1972. pp.102-120.
- Secretaría de Salud: *Salud Mental. Dinámica Familiar*. (Serie *Aprisa*, No.2). México, D.F. 1988.: SS. Dirección General de Enseñanza en Salud. 70 pp.
- Siegel, S.: *Estadística no paramétrica aplicada a las Ciencias de la Conducta*. Ed. Trillas, México 1979. pp.56-83.
- Spein, H.: *El desarrollo histórico de la opinión pública. Los medios de comunicación social*. Ed. Steinberg y Bluem, México 1972.
- Sprott, W.H.J.: *Introducción a la Psicología Social*. Ed. Paidós, Buenos Aires 1968.
- Strauss, A.A., y col.,: *Psicopatología y educación del niño con lesión cerebral*. Ed. Eudeba, Buenos Aires 1979.
- Tecle, J.A.: *Metodología en las ciencias sociales*. Ed. Taller Abierto, México 1986. pp. 97-155.
- Tinetti, N.S.de: *Parálisis Cerebral (artículo)*. Ed. por el programa de Estimulación Precoz para Centroamérica y Panamá. UNICEF, 1980. pp. 1-20.
- Vanaja, R.: *Atención Primaria de Salud. Agentes comunitarios de salud: una fuerza en evolución*. En: *Foro Mundial de la Salud*. Vol.9. No.4. 1988. pp. 232-237.
- Varios: *Síndromes de Parálisis Cerebral*. Ed. Médica Panamericana, Buenos Aires 1978.
- Vega, F.L. y García, M.H.: *Bases esenciales de la Salud Pública*. Ed. Prensa Médica Mexicana, México 1982.
- Velasco, F.R.: *La salud mental en los niños*. En: Sepulveda, B. (Ed.). *Seminario sobre problemas de la Medicina en México*, México, D.F. 1981: *El Colegio Nacional*. pp 353-358.

- Videla, M.: *Prevención, Intervención Psicológica en Salud Comunitaria*. Ed. Cinco, Buenos Aires 1991. 269 pp.
- Whittaker, J.O.: *Psicología*. Ed. Interamericana, México 1976. pp 89-95; 99-100; 106; 574-598; 609-612.
- Winnicott, D.W.: *El proceso de maduración en el niño*. Ed. Laia, Barcelona 1975.
- Winnicott, D.W.: *Los bebés y sus madres*. Ed. Paidós, México 1990.
- Young, K.: *Psicología Social y la Propaganda*. Ed. Paidós, Buenos Aires 1980.
- Zakus, D.: *La participación comunitaria en los programas de atención primaria a la salud en el Tercer Mundo*. En: *Salud Pública de México*. Vol. 30. No. 2. 1988. pp. 151-174.
- Zax, M. y Spector, G.: *Introducción a la Psicología de Comunidad*. Ed. Manual Moderno 1970.

A P E N D I C E

CUESTIONARIO

NOMBRE _____ EDAD _____
ESCOLARIDAD _____ No. DE HIJOS _____
LUGAR DE TRABAJO _____
OCUPACION Y ANTIGUEDAD EN EL PUESTO _____

INSTRUCCIONES: Marque con una "X", Únicamente la respuesta que considere correcta.

La Parálisis Cerebral es un grupo de síntomas caracterizado por:
 lesión cerebral alteraciones nerviosas deficiencia mental

La Parálisis Cerebral es una enfermedad:
 reversible progresiva irreversible

Es una enfermedad que se caracteriza por:
 neurosis anomalías de la postura y el movimiento defectos visuales

Los factores determinantes de la Parálisis Cerebral se encuentran en diferentes períodos que son:

gestación educacionales pre, perí y postnatales

En el período prenatal pueden influir:

incompatibilidad sanguínea neumonía obstrucción respiratoria

Durante el período perinatal influye:

intoxicación por plomo aplicación de forceps varicela

El período postnatal se caracteriza por:

Infecciones y traumatismos desnutrición materna Rayos "X"

En que etapa de la vida, se observan los cambios más grandes y acelerados:

a los 36 meses a los 18 meses a los 24 meses

El desarrollo de la motricidad normal es el avance gradual de:

reflejos aptitudes conductas

Los factores que influyen en la frecuencia de esta enfermedad son:

educativos sociales religiosos

Para que exista continuidad en el tratamiento integral del niño con Parálisis Cerebral es importante la participación de:

médicos padres comunidad

La orientación a la familia y a la comunidad debe de ser de manera:

discreta grupal masiva

Para la atención integral del niño con Parálisis Cerebral es necesario:

equipo multidisciplinario pediatra niñera

La rehabilitación de un niño con Parálisis Cerebral debe iniciarse:

3 años lo más pequeño posible 5 años

Entre los tratamientos que necesitan estos niños son:

educativo y social Psicológico y médico Físico, médico y psicológico

El medio ideal para satisfacer las necesidades emocionales básicas del niño son:

sociedad familia escuela

Cree que estén vinculados el desarrollo del pensamiento y la maduración:

sí posiblemente no

En general las personas con Parálisis Cerebral tienen una inteligencia:

superior promedio deficiente mental

El mantener la boca abierta o los gestos que en ocasiones dan la impresión de deficiencia mental se deben a:

reflejos deformaciones contracciones musculares

Para desaparecer la tensión muscular es necesario:

relajar fortalecer presionar

Algunos trastornos asociados más comunes en la Parálisis Cerebral son:

sociales sensoriales y de percepción educacionales

La rehabilitación se basa en el concepto de ajuste para lograr:

motivación adaptación protección

Los tratamientos y cuidados especiales deben ser orientados a:

sujeto y familia sociedad sujeto, familia y comunidad

Algunos factores que influyen en el fracaso de la rehabilitación son:

flojera desesperación madurez

La perturbación de la maduración, cognición y afectividad determinan:

desarrollo general aprendizaje expresión inmediata

Los parálíticos cerebrales sienten igual que el grueso de la población, necesidades de:

status social afecto ambas

Las deficiencias físicas de estos sujetos influyen en su:

relaciones personalidad y conducta hábitos

La formación de la personalidad del niño está influida por la salud emocional de:

servicio médico padres maestros

La adquisición del lenguaje se puede dificultar por:

carencia de estimulación lesión cortical bajo coeficiente

La prevención, rehabilitación y equiparación de oportunidades pretende fomentar:

mejor apariencia independencia marginación

COMENTARIOS _____

Cuadro A. Prueba Binomial No Paramétrica realizada a cada pregunta del cuestionario aplicado a madres trabajadoras para conocer su opinión acerca de la Parálisis cerebral; con tamaño de muestra $N = 60$ y $\alpha = 0.01$.

x Num. aciertos	$N-x$ Num. errores	Z estadístico de prueba	P_x (Tabla)	Regla de decisión *
43	17	3.2275	0.007	Rechazar
42	18	2.9693	0.0015	Rechazar
40	20	2.4529	0.0071	Rechazar
39	21	2.1947	0.0143	Aceptar
38	22	1.9365	0.0268	Aceptar
37	23	1.6783	0.0475	Aceptar
36	24	1.4201	0.0793	Aceptar
35	25	1.1619	0.1230	Aceptar
34	26	0.9037	0.1814	Aceptar
33	27	0.6455	0.2611	Aceptar
30	30		0.5	Punto medio de inflección de la curva

* Regla de decisión: Rechazar H_0 si la probabilidad encontrada para un valor de Z , o aun más extremo es igual o menor a $\alpha = 0.01$.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Tabla y gráfica 1. Distribución de frecuencias de las edades de las madres encuestadas para conocer su opinión acerca de la Parálisis Cerebral, realizada en la Guardería Infantil NO.35 (IMSS). México, D.F. 1992.

E D A D		
x	f	fx
21	1	21
23	1	23
24	1	24
25	1	25
26	3	78
27	3	81
28	3	84
29	2	58
30	4	120
31	5	155
32	3	96
33	9	297
34	10	340
35	14	490
	60	1902

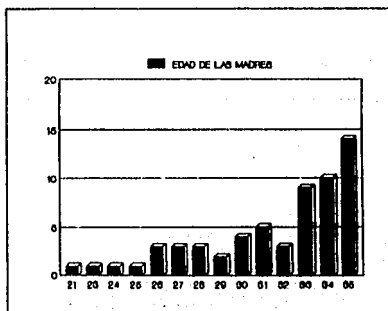


Tabla y gráfica 2. Distribución de frecuencias del número de hijos que tienen las madres encuestadas, usuarias del servicio de la Guardería Infantil No. 35 del IMSS.

<i>No. de hijos</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Grados</i>
1	25	41.67 %	150
2	28	46.67	168
3	7	11.66	42
	60	100.00	360

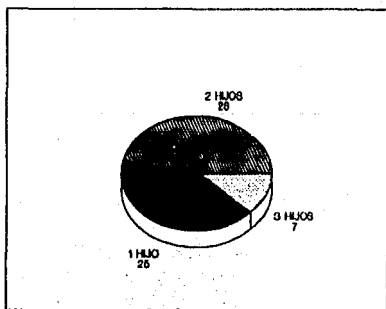


Tabla y gráfica 3. Distribución de frecuencias de escolaridad de las madres encuestadas para conocer su opinión acerca de la Parálisis Cerebral.

Escolaridad		Absolutos	Porcentaje	Grados
Primaria	(N_1)	2	3.33%	12
Media	(N_2)	25	41.67	150
Media superior	(N_3)	14	23.33	84
Superior	(N_4)	19	31.67	114
Total	(N)	60	100.00	360

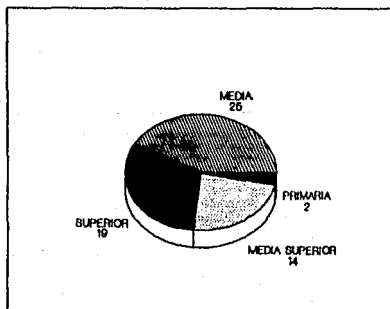
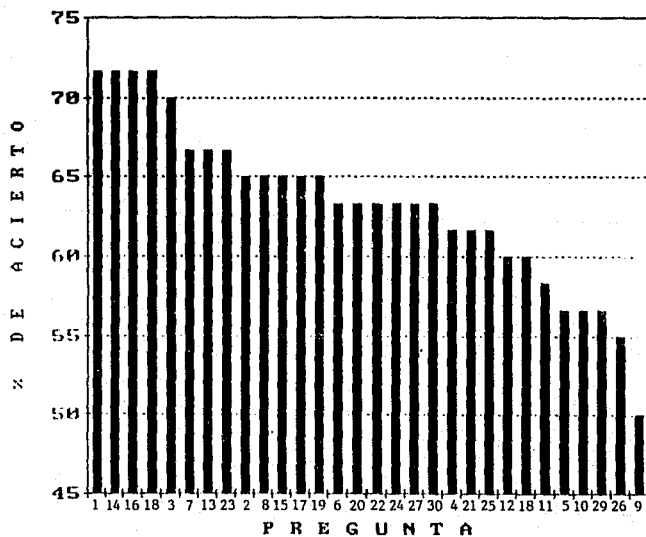


Tabla y gráfica 4. Distribución del porcentaje de aciertos por pregunta, obtenidos en la muestra $N = 60$, de madres usuarias de la Guardería Infantil NO. 35 IMSS, que dieron su opinión acerca de la Parálisis Cerebral.



Gráfica 5. Distribución de frecuencias de las preguntas contestadas correctamente por las 60 madres encuestadas para saber su opinión acerca de la Parálisis Cerebral.

