



# Instituto Nacional de Rehabilitación

BOLETÍN MÉDICO E INFORMATIVO DEL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN

## Contenido

### Conócenos

- Dr. Juan Antonio Madinaveitia Villanueva | 2

### Eventos

- III Curso Monográfico de “Intervenciones de enfermería al usuario con enfermedades articulares” | 3
- I Curso de Maltrato Infantil “Propuesta del Buen Trato al Niño” | 6
- Diplomado de Actualización Secretarial | 10
- Manejo Interdisciplinario de los Trastornos de Comunicación Humana | 12
- Distinguidos Médicos del Instituto Nacional de Rehabilitación pertenecen a la Academia Mexicana de Cirugía | 14



## I Curso de Maltrato Infantil



Instituto  
Nacional de  
Rehabilitación

**Dr. José Ángel Córdova Villalobos**  
Secretario de Salud

**Dr. Julio Sotelo Morales**  
Titular de la Comisión  
Coordinadora de los INS y HAE

**Dr. Luis Guillermo Ibarra**  
Director General

**Dra. Ma. de los Ángeles Barbosa V.**  
Directora Médica

**Dra. Matilde L. Enriquez S.**  
Directora de Enseñanza

**Dr. Juan Antonio Madinaveitia**  
Director Quirúrgico

**Dra. Hilda Villegas Castrejón**  
Directora de Investigación

**Dra. Maricela Verdejo Silva**  
Directora Administrativa



**Dr. Enrique Gómez Sánchez**  
Jefe de la División de Difusión  
y Divulgación Científica

**Biol. Sylvia Núñez Trias**  
Coordinación Editorial

**D.G. Mónica García**  
Diseño Editorial

Foto de portada:  
L.E.E.A.YL. Ruth Rivera Sánchez

Foto de contraportada:  
Biol. Sylvia Núñez Trias

Prohibida su venta.  
Distribución sólo dentro del  
Instituto Nacional de Rehabilitación.  
Calz. México Xochimilco No. 289  
Col. Arenal de Guadalupe,  
Del. Tlalpan, C.P. 14389, México, D.F.  
[www.inr.gob.mx](http://www.inr.gob.mx)

Publicación bimestral informativa  
editada y distribuida gratuitamente por  
el Instituto Nacional de Rehabilitación.

EL CONTENIDO DE LOS ARTÍCULOS ES  
RESPONSABILIDAD DE LOS AUTORES.

Núm. 16 - mayo-junio de 2009.

**SALUD**



SECRETARÍA  
DE SALUD

# Conócenos



## Dr. Juan Antonio Madinaveitia Villanueva

**Director Quirúrgico**  
del Instituto Nacional de Rehabilitación

El Dr. Juan Antonio Madinaveitia Villanueva es Médico Cirujano egresado de la Facultad de Medicina de la UNAM con especialidad en Ortopedia y Traumatología, recertificado en Febrero de 2000.

El internado rotatorio de postgrado lo llevó a cabo en Hospital General Carlos Elourdi del IMSS en Cuernavaca, Morelos (1974).

Realizó cursos de postgrado en Administración de Hospitales en 2002 y 2005 en la Facultad de Contaduría y Administración de la UNAM.

Es miembro del Consejo Mexicano de Ortopedia desde 1978, así como de la Sociedad Mexicana de Ortopedia desde 1993 con cargos como Presidente del Comité de Infecciones 2002 -2003, revisor de la Revista Mexicana de Ortopedia y Traumatología 2002 - 2003.

Miembro de la American Academy of Orthopedic Surgeons 2003 y miembro del Grupo Ángeles (Mo 0004) desde el año 2003.

Ha desempeñado diferentes cargos en varias instituciones:

Médico Especialista en Ortopedia en el Hospital de Ortopedia Tlatelolco del IMSS (1979-198), Médico Especialista en Ortopedia del Hospital Magdalena de las Salinas

del IMSS (1981-1988), Jefe del Departamento Clínico de Infecciones Óseas del Hospital de Ortopedia de Magdalena de las Salinas del IMSS (1988-1990).

Subdirector Médico del Instituto Nacional de Ortopedia (1990-1999), (organizó y supervisó los servicios de ortopedia, auxiliares de diagnóstico y servicios paramédicos).

Asimismo, formó los servicios por sub-especialidades y estableció el servicio de urgencias con atención las 24 horas del día incrementando las cirugías en un año de 3339 a 4907.

Director General Adjunto de Ortopedia en el Centro Nacional de Rehabilitación (1999 - 2006), intervino en la planeación, organización y dirección de los Servicios de Ortopedia y Servicios Auxiliares de Diagnóstico.

Bajo este nuevo enfoque la productividad se incrementó notablemente con un resultado de 49, 829 consultas, 11,218 atenciones en el servicio de urgencias y 6,063 cirugías anuales. Los criterios para admisión de pacientes se revisaron agilizando el tiempo de la atención de los mismos.

Desde enero de 2007 a la fecha es Director Quirúrgico del Instituto Nacional de Rehabilitación.

Además de su actividad profesional como cirujano destacado ha asistido a más de 30 congresos nacionales e internacionales, 15 cursos sobre su especialidad y ha participado como profesor o conferencista en 60 eventos científicos.

Colaboró como ayudante de profesor en la Facultad de Medicina de la UNAM (1980-1990) y actualmente funge como profesor titular de la materia Ortopedia y Traumatología en la Escuela Mexicana de Medicina de la Universidad la Salle, actividad docente que comenzó en julio del 2001.

El trabajo que se desempeña en el área bajo su supervisión cada día se especializa más y los profesionistas a su cargo no solamente actualizan sus conocimientos para atender a los pacientes con técnicas que acortan su estancia hospitalaria, sino que también reducen su tiempo de rehabilitación.

El profesionalismo y la entrega del Dr. Madinaveitia a su profesión, estimula a todos los que trabajamos cerca de él para seguir y mantener la calidad y calidez del servicio hacia los pacientes.

## III Curso Monográfico de “ Intervenciones de enfermería al usuario con enfermedades articulares”

El área de enfermería se mantiene siempre en la vanguardia de los conocimientos que promuevan y faciliten el bienestar, comodidad y seguridad del paciente con enfermedades articulares.

Los elementos teórico-prácticos y los avances quirúrgicos se reúnen en las exposiciones de los trabajos y los talleres como es el caso del 3er Curso monográfico de “Intervenciones de Enfermería al Usuario con Enfermedades Articulares” que se realizó el 13,14 y 15 de Mayo en el Instituto Nacional de Rehabilitación.

El curso está dirigido a Licenciatura en enfermería con diferentes especialidades, estudiantes de enfermería y profesiones afines.

Este año la supervisión del curso estuvo a cargo de la LEO Natalia Miranda Cortes como Profesor titular y como Profesores adjuntos: LEO Martha O. Torres Trujillo y la E.Q. Patricia Juárez García.

A continuación les presentamos uno de los trabajos del curso:

### CUIDADO ENFERMERO TRANSOPERATORIO EN PACIENTE CON PROTESIS DE HOMBRO.

EQ Patricia Juárez García

#### INTRODUCCIÓN

La demanda de atención de los servicios de ortopedia, está creciendo considerablemente en los últimos años. Las patologías que se atienden en esta institución son diversas pero todas relacionadas al aparato locomotor.

Hay varios factores que justifican esta situación, uno de ellos, es el cambio demográfico que ha experimentado nuestro país.

En 2008 se calculó que la esperanza de vida al nacimiento de los hombres es igual a 73 años y para las mujeres es de 78, mientras que para el año 2050 se estiman valores entre 80 y 84 años, respectivamente. Tal cambio implicaría una ganancia lineal de alrededor de 2 meses por cada año calendario para el periodo 2005-2050.

Lo que se traduce en una población cada vez mayor en edad con una alta incidencia de patologías osteoarticulares de tipo degenerativo, lo que conlleva una atención médica y de enfermería específica.

El hombro es la articulación con más movilidad en el cuerpo, de todas las existentes en el organismo y por ello, la más propensa a presentar problemas.

La función más importante del hombro es llevar la mano a la posición en la que ésta debe trabajar.

El uso excesivo del hombro puede causar que el tejido blando se deteriore más rápidamente a medida que las personas van envejeciendo. El trabajo manual y los deportes también pueden causar problemas en los hombros.

### OSTEOARTROSIS

La osteoartrosis es una enfermedad producida por la alteración del cartílago articular, lo que origina la aparición de dolor y en ocasiones la pérdida de su movimiento normal.

El hombro doloroso es un cuadro clínico caracterizado por dolor y limitación de la movilidad del mismo.

Se trata de un problema que cada día motiva más consultas, actualmente afecta entre 4% y 7% de la población, siendo más frecuente en los hombres.

La osteoporosis puede aparecer en cualquier articulación; la afectación de articulaciones como: hombros, codos o muñecas es menos frecuente y puede deberse a traumatismos, otras enfermedades articulares o por uso indebido de la articulación.

### ANTECEDENTES

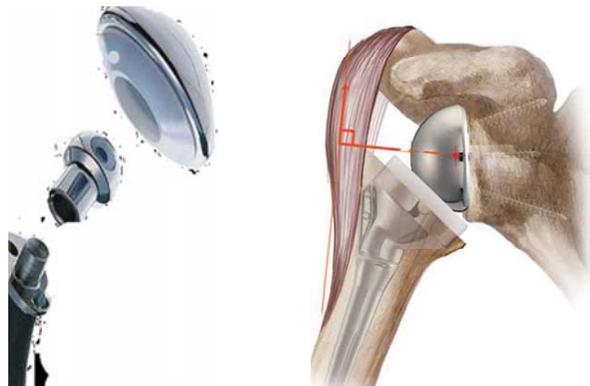
El hombro fue la primera articulación en ser sustituida por una prótesis en los humanos.

En 1892 Jules Pean sustituyó una cabeza humeral afectada por un absceso tuberculoso masivo.

El desempeño de la enfermera no se limita en hospitalización, sino que continúa en el área quirúrgica. Es importante mantener un cuidado enfermero que no pierda la secuencia en la atención al paciente, recordando que nuestro principal objetivo es aumentar su calidad de vida.

En 1955 Neer publica la primera serie de reemplazos protésicos del hombro.

Su principal idea era reproducir la anatomía normal de la articulación.



Prótesis en el hombro

En los 70' se introduce la sustitución de la glenoides

Posteriormente aparecen diseños modulares

Al igual que otros procedimientos de artroplastía total, se puede asociar con innumerables complicaciones, las más comunes son aflojamiento de la prótesis, inestabilidad glenohumeral, fractura periprotésica, desgarros del manguito rotador, infección, lesión nerviosa y disfunción del músculo deltoides. Las tasas de complicaciones asociadas con artroplastía total de hombro son muy variables (0%-62%) con tasas de complicaciones medias del 10% al 16%

El reemplazo de hombro nunca será mejor que el hombro natural, pero los avances en las prótesis nos permiten que el paciente recobre su función sin dolor

El sistema de Hombro Delta CTA INVERSA está indicado para el tratamiento de artritis glenohumeral cuando se asocia con los daños irreparables del manguito rotador O, si la técnica convencional de artroplastia total de hombro no puede ser eficaz en la restauración de la estabilidad del hombro con una adecuada gama de movimiento.

El diseño evita el efecto de cizalla que podría presentarse en la hemiarthroplastia convencional lo cual pueden causar un aflojamiento protésico.

La prótesis Delta CTA invierte la relación geométrica normal entre la escápula y el húmero.

La prótesis reversa fue diseñada por Paul Grammont en 1985 como un implante capaz de restaurar la función en actividades del brazo por encima de la cabeza,

logrando así elevación anterior y abducción de la extremidad más allá de los cien grados en pacientes con un manguito rotador deficiente e irreparable quirúrgicamente. La prótesis reversa usa el deltoideus intacto del paciente como motor y posee una estabilidad intrínseca a su diseño.

Las indicaciones para el uso de la prótesis reversa son limitadas, razón por la cual se deben tener en cuenta múltiples factores al escoger un paciente que sea verdaderamente candidato para este procedimiento.

El cuidado enfermero en el transoperatorio es de suma importancia ya que la enfermera debe identificar las posibles complicaciones que puedan presentarse durante el evento quirúrgico para ello debe estar familiarizada con el procedimiento a realizar evitando sobremanera tiempos muertos que conlleven a prolongar el tiempo quirúrgico.

## Cuidado Enfermero Transoperatorio

### Factores de riesgo

- Posición en silla de playa facilita la manipulación de la extremidad torácica
- Temperatura ambiental de 18° a 20 °c para evitar la reproducción bacteriana

### Diagnósticos de enfermería

Perfusión tisular:

Periférica inefectiva debido a:

- Reducción del aporte de oxígeno que provoca la incapacidad para nutrir los tejidos.
- Extremidades pélvicas mas bajas que el resto del cuerpo

### Hipotermia

- Los cuidados de enfermería fundamentales serían:
- Evitar un accidental deslizamiento del paciente, para lo cual utilizaríamos soportes almohadillados en los pies.
- Almohadillar las rodillas.
- Cuerpo perfectamente alineado, con las piernas paralelas (nunca cruzadas, por riesgo de compresiones).

- Brazo de la venoclis: apoyado en su soporte correspondiente, pero cuidando que nunca la abducción sea superior a los 90°, por riesgo de lesionar el plexo braquial. El brazo contrario se intentará descansar en otro soporte igual, o en su defecto, sujeto al arco de anestesia.
- Perfectamente protegido y vigilando también la abducción.
- Protección de talones de la presión sobre la mesa, con una almohadilla.
- Prevención del equino.
- Vendaje compresivo ascendente, para mejorar el retorno venoso, dependiendo de las características del enfermo e intervención.
- Mantener oxigenación a 100% con soporte ventilatorio adecuado (anestesiólogo).
- Vigilar coloración y llenado capilar.
- Vigilar Temperatura

## CONCLUSIONES

El reemplazo de hombro nunca será mejor que el hombro natural, pero los avances en las prótesis permiten que el paciente recobre su función sin dolor.

El diseño de la prótesis reversa ha causado un gran impacto en la calidad de vida de estos pacientes.



Cuidado Enfermero

## I Curso de Maltrato Infantil "Propuesta del Buen Trato al Niño"



Dra. Elizabeth Chamlati, Lic. Ruth Rivera.



Psic. Ana María Álvarez, L.E.E.A.YL. Ruth Rivera, Dr. Arturo Loredo, Dra. Alejandra González, Dr. Gerardo Otero y Dra. Patricia Muñiz.

El slogan que envía el mensaje del inicio de éste primer curso de maltrato infantil...."Por una nueva cultura para los niños" pretende enfatizar la relación a favor de la infancia no sólo en lo físico sino también en lo emocional. Estas personitas son en su futuro un reflejo de sus vivencias y educación de sus mayores. El pasado 18-19-20 y 21 de mayo del presente año, se llevó a cabo el I CURSO DE MALTRATO INFANTIL en el Instituto Nacional de Rehabilitación, el cual formó parte de las actividades académicas de la Subdirección de Audiología, Foniatría y Patología de Lenguaje, en específico de la División de Terapia de Comunicación Humana, cuyo Coordinador y Profesor Titular fue L.E.E.A.YL. Ruth Rivera Sánchez quien trabajó con todo un equipo interdisciplinario dentro de un Proyecto denominado CAINM-INR, en un intento por replicar la CAINM-INP-UNAM, contando con el apoyo y autorización del Dr. Arturo Loredo Abdalá coordinador y creador de la misma (Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado del Instituto Nacional de Pediatría -UNAM), y en cuyo curso se mostró gran parte del trabajo realizado durante un año cinco meses en el INR.

El objetivo fue proporcionar al profesional que labora con los niños, herramientas de detección, diagnóstico, tratamiento y prevención del maltrato infantil y estuvo dirigido a Lic. Terapeutas en Comunicación, Lic. en Educación Especial, Médicos, Psiquiatras, Psicólogos, Psicoterapeutas, Especialistas en Desarrollo Humano, Trabajadoras Sociales, Enfermeras, Terapeutas Físicos y Ocupacionales, Maestros y áreas afines.

Los temas abordados fueron las cuatro modalidades principales de Maltrato Infantil, que son: Maltrato Físico, Abuso Sexual, Maltrato Psicológico y Negligencia y dos menos comunes e importantes de que se detecten por los riesgos que pueden tener en la Salud Mental de los niños: Síndrome de Alienación Parental y Síndrome de Münchausen por Poder, todos desde la perspectiva de la detección, diagnóstico, atención y prevención.

Personas queridas, cuidadas y bien dirigidas en sus valores, tendrán como consecuencia, fortaleza para ser individuos realizados en lo que se propongan, productivos y felices,

capaces de enfrentar adversidades con madurez y seguir sus propias motivaciones.

Todo lo contrario se observa en los niños que conciente o inconcientemente son maltratados y para los cuales, cuando son detectados es necesario una ayuda profesional.

La Definición de Maltrato Infantil por la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado-INP-UNAM es "toda forma de agresión u omisión física, sexual, psicológica y/o negligencia intencional contra un menor, antes o después de nacer y que afecta su integridad biopsicosocial. Realizada habitual u ocasionalmente dentro o fuera de su hogar, por una persona, institución o sociedad, en función a su superioridad física y/o intelectual" (Loredo Abdalá, Arturo y cols., 2004)

Un niño con discapacidad, por el simple hecho de contar con ella, pone al niño en mayor vulnerabilidad para sufrir maltrato infantil, y una de las razones pueden ser los múltiples cuidados que necesita y las diversas reacciones que genera en sus cuidadores al atender esas necesidades especiales que requieren.

En cualquiera de sus modalidades el maltrato infantil es una situación que puede causar psicopatología, ya que va en contra, de la sana satisfacción de las necesidades de los niños. El detectar el maltrato infantil y canalizarlo a su tratamiento, con especialistas en el área, actúa como prevención de probables psicopatologías y provee al especialista un actuar ético en favor de la infancia.

## “ Propuesta del Buen Trato al Niño”

**L.E.E.A.YL. Ruth Rivera Sánchez**

Especialista en Desarrollo Humano  
Adscrita a la División de Terapia  
de Comunicación Humana



....“Por una nueva cultura para los niños”

### Objetivo:

El buen trato es una propuesta encaminada a conocer y respetar las necesidades y derechos de la infancia como medio para favorecer el desarrollo y salud integral de los pacientes pediátricos desde una perspectiva humanista.

En la actualidad, los niños son seres vulnerables a maltrato infantil debido a que se desconocen sus necesidades y derechos. Según datos publicados por el Dr. Arturo Loredo Abdalá y cols. uno de cada diez niños es maltratado y únicamente uno de cada cien niños es atendido, por eso la OMS lo ha definido como un problema de Salud Pública Mundial.

De lo anterior surge la inquietud de crear una propuesta que promueva el buen trato a los niños en general y que pueda ser accesible a todo profesional que trabaje en el ámbito pediátrico y que también sea útil a padres de familia.

Esta propuesta tiene su fundamento:

- Bases teóricas de la Psicología Humanista.
- Convención sobre los derechos de los niños.
- Principios básicos de la educación sexual.
- Mi experiencia de 15 años en el ámbito de la terapéutica de lenguaje dirigida a niños.

### Material:

Requiere de personas altamente comprometidas por generar una nueva cultura para los niños y una nueva cultura en salud.

Lo que necesita el profesional que labora con niños para llevarla a cabo:

- Desempeñar su función con entrega y entusiasmo.
- Ser sensible con los niños.
- Conocer las necesidades de los niños y reiterar que éstas cambian de acuerdo a su crecimiento y desarrollo.
- Fortalecer su capacidad de escucha hacia los niños.
- Validar la expresión infantil, que es indispensable para tener personas capaces de expresar sus sentimientos y necesidades.
- Conocer y respetar los derechos de los niños, lo cual, va a ayudar a generar una nueva cultura para ellos.
- Entender a los niños, como seres humanos en proceso de formación, en donde nuestra participación profesional podrá orientar y sensibilizar a los adultos a su cargo, hacia el cuidado de su salud integral.
- Promover que los niños crezcan con valores humanos.

Desde el punto de vista de la psicología humanista, cuyos principales representantes son Abraham Maslow, Carl Rogers y Fritz Perls, quienes consideran al hombre un ser autorrealizable, donde la autorrealización es la síntesis de su visión de salud psicológica. Para ellos, cuanto más madura es una persona cuyas necesidades básicas están satisfechas, ya no lucha de la misma manera para enfrentar situaciones.

La persona autorrealizada da una imagen de tranquilidad, espontaneidad y autoexpresión, está libre, aunque profundamente ético, identificado con la humanidad y capaz de relaciones intrínsecas con los demás, sabe lo que quiere no le interesa lo que los demás pueden pensar de él. Estos autores están enfocados en la alegría, en la salud, en el crecimiento y desarrollo humanos, en la trascendencia y en la creatividad; tienen una visión más optimista, más confiada y amorosa del hombre.

Esta propuesta del buen trato al niño, implica que los profesionales a su cargo, consideren el satisfacer las necesidades básicas de los niños, como medio para favorecer su salud y desarrollo humano.

Dentro de ellas figuran

- **Necesidades fisiológicas o de supervivencia física:** Los niños necesitan alimento, líquido, refugio, sueño y oxígeno para sobrevivir. Las cuales, deben procurarse con cuidado, cariño, respeto y de acuerdo a su edad y características propias de desarrollo.
- **Necesidades de seguridad:** Como profesionales podemos promover que los pacientes vi



Necesidades Fisiológicas



Necesidades de amor y pertinencia



Necesidades de aprecio y autoestima



Necesidades de curiosidad

- van con hábitos de higiene, alimentación, descanso y de educación; lo cual, les permitirá conocer las rutinas, hará su mundo más previsible y por lo tanto más seguro. Necesitan libertad dentro de los límites.
- **Necesidades de amor y pertinencia:** Los niños necesitan sentirse amados para crecer sanos. Rogers comenta "amor significa ser plenamente comprendido y profundamente aceptado por alguien". Maslow establece: la necesidad de amor implica darlo y recibirlo...por lo tanto, debemos comprenderlo; ser capaces de crearlo, detectarlo y difundirlo.
- **Necesidades de aprecio:** Resulta favorable que promovamos actitudes que fortalezcan la autoestima en los niños: autorrespeto y aprecio por parte de los demás. Los seres humanos con suficiente autoestima son más seguros, más capaces y por lo tanto más productivos.
- **Necesidades de curiosidad:** Son una característica primordial de los infantes y por lo tanto un medio fértil de aprendizajes, necesitan palpar los objetos, probar los sucesos, acercarse a su realidad por medio de la exploración para satisfacer

su intelecto. Su curiosidad a veces rebasa límites, por lo que el adulto necesita saber que existe esta necesidad en los niños para que logre responder positivamente ante ella y entienda que carece de malicia.

- **Necesidades de lo estético:** La belleza, así como el calcio en la nutrición, ayuda a los niños a ser más saludables. Procurar en la medida de las posibilidades de las familias que atendemos, que los niños asistan a eventos musicales, recreativos, culturales. Promover que los lleven a obras de teatro para niños, cuentacuentos, musicales, que visiten parques, muestras artísticas, eventos al aire libre. Existen diversos lugares que dan funciones y actividades gratuitas en pro de la infancia .

Es importante considerar, que la NO satisfacción de las necesidades básicas puede generar síntomas psicopatológicos, en cambio, su consumación produce personalidades sanas, tanto biológica como psicológicamente.

Dentro de mi experiencia laboral con niños que cursan con discapacidad en el área de lenguaje, resulta benéfico para ellos, promover que vivan los principios básicos para el desarrollo de una sexualidad sana, dado que en algunos casos su discapacidad los hace vulnerables a sufrir maltrato infantil.



Equidad de género, compartir roles equitativamente con la familia



Capacidad para relacionarse



Enseñarlo a cuidar



Fortalecer la practica de un deporte

Los cuales consisten en:

- Ayudarlo a identificar lo que le es grato y lo que le desagrada. Enseñarles la privacidad en su cuerpo desde pequeños. Promover su independencia en cuanto a hábitos de sueño e higiene.
- Promover que viva en un ambiente equitativo en cuanto a cuestiones de género. Se refiere a la participación de todos los integrantes de la familia en los quehaceres de casa de manera equitativa y respetando las características de los niños.
- Fortalecer su capacidad para relacionarse: Familia, amigos, maestros, etc. Motivar a los responsables de los pacientes a que los lleven a reuniones sociales acordes a su edad: fiestas de sus compañeros de escuela, eventos sociales específicos, que asistan a actividades con niños de su edad...
- Enseñarlo a cuidar de los demás: Tener una planta, una mascota o algo que pueda ser suyo. Motivarlo a que participe en el cuidado del medio ambiente.
- Algo que también es necesario fortalecer en los niños es la práctica de un deporte. Sobre todo que sea una actividad física que incremente su salud, fortalezca su autoestima y responda a sus propios intereses.

Incluir la Convención de los Derechos de la Niñez en nuestra práctica profesional.

Esto se logra asumiendo una actitud que promueva la expresión infantil, escucharlos, respetarlos, validarlos, permitirles participar activamente en la sociedad, es un compromiso de todos los adultos que convivimos con niños y que beneficia directamente a la sociedad en la que nos desenvolvemos, ya que permite que los niños se confirmen como sujetos con derechos dignos de respeto y con capacidad de elección.

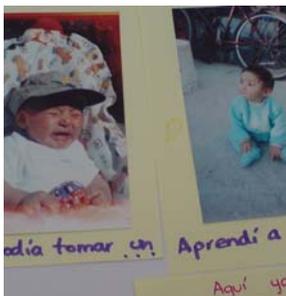
Por lo que mi propuesta invita a los adultos a hacer realidad, el que los niños experimenten sus derechos, de la siguiente manera:

- Conociéndolos.
- Respetándolos.
- Validándolos.

“Los Derechos de los Niños” son un conjunto de principios y acciones que garantizan a los menores de 18 años, que gocen y ejerzan sus derechos de protección, los cuales se encuentran contenidos en la Convención de los Derechos de la Niñez, creada por la ONU en 1989 y ratificada por México en 1990, la cual consta de 54 artículos.

A continuación mencionaré algunos de los artículos contenidos en la Convención sobre los Derechos de la Niñez.

- Derecho a la vida, a la identidad y a la familia. (Arts.6°.-11). Las niñas y los niños tenemos derecho a vivir. El Estado tiene la obligación de garantizar nuestra supervivencia y desarrollo. (Art.6°).
- Derecho a la salud, a la alimentación, a la educación y a la seguridad social (Art.23-29)
- Quienes padecemos algún problema físico o mental tenemos derecho a recibir ayuda especializada y a participar plena y dignamente en la sociedad. (Art. 23).
- Derecho a la expresión, a la información y a la participación. (Arts.12-17).
- Los niños y las niñas podemos pensar y creer en lo que queramos. ( Art.14 ).
- Derecho a la protección del estado. (Arts.18-22)
- Nuestra mamá y nuestro papá tienen la obligación de cuidarnos y el estado debe ayudarnos. (Art. 18).
- Derecho a la cultura, al arte y a la recreación. (Arts.30-31).



Artículo 6°.



Artículo 14.



Artículo 32.



Artículo 30.

- Las niñas y los niños que pertenecemos a un grupo indígena o religioso tenemos derecho a vivir nuestra propia cultura, a participar en nuestra religión y a hablar nuestro propio idioma. (Art. 30).
- Derechos de protección.(Arts.32-40). Nadie puede obligarnos a hacer trabajos que afecten nuestra salud, desarrollo y educación. El Estado debe establecer las edades a las que se puede empezar a trabajar, así como los horarios y las condiciones laborales. (Art. 32).
- Sensibilizar y educar en necesidades, derechos y valores a los responsables de los pacientes pediátricos, es una ardua labor del profesional responsable, que se logra por medio de una actitud humanista de empatía y respeto.
- Tratar a los niños con respeto ante sus necesidades y derechos les brinda mayor seguridad y logran acceder a mejores condiciones de vida, esto lo he visto a través de mis 15 años de servicio en el INR.

Como profesionales en el área de la salud pediátrica, debemos procurar que los pacientes menores de 18 años vivan como niños, evitando que trabajen a edades tempranas para preservar su salud física, mental y emocional.

#### Resultados:

- Tomando en cuenta las necesidades básicas de los niños, las premisas en educación sexual, y cooperando en hacer realidad la convención de los derechos de la infancia, se logra que los niños con o sin discapacidad, se fortalezcan como seres humanos integrales dignos de respeto.

#### Conclusiones:

Independientemente del motivo de la consulta del paciente pediátrico, el profesional de la salud, al asumir una actitud respetuosa y valorar su situación, permite al niño vivenciarse como un ser con derechos, lo cual, fortalece su autoestima y contribuye en la promoción de una nueva cultura para los niños, una nueva cultura en salud y prioriza el valor superior de la infancia.

El buen trato es una actitud de compromiso y entrega hacia la población en general y resultado de una elección autónoma del Profesional de la Salud.

**“Para poder obtener una verdadera paz, debemos comenzar con los niños.” Mahatma Gandhi**

## Diplomado de Actualización Secretarial

Lic. Adriana Galicia Téllez

Coordinación de Capacitación

Departamento de Reclutamiento y Selección del INR



Curso Ortografía

La capacitación del capital intelectual es la respuesta a la necesidad de las instituciones de contar con personal altamente calificado, productivo y creativo.

La capacitación constituye una de las mejores inversiones en capital humano y una de las principales fuentes de bienestar para el personal y la institución.

El Instituto Nacional de Rehabilitación atraviesa por cambios en procesos y métodos de trabajo, para lo cual es necesario capacitar y actualizar al personal que colabora en las áreas administrativas, es por eso que la Subdirección de Recursos Humanos a través de la Coordinación de Capacitación y atendiendo el interés de los trabajadores, realizó en el año del 2007 el primer Diplomado de Actualización Secretarial, el cual fue dividido en 3 módulos impartido a 88 secretarias, quienes recibieron temas como:

El papel de la secretaria en el hospital moderno, relaciones interpersonales, elaboración de informes, atención telefónica de calidad y computación básica entre otros

El éxito obtenido de éste curso rápidamente dió resultados inmediatos ya que nuestras secretarias tuvieron la oportunidad de demostrar los conocimientos adquiridos, lo que dió la pauta para que éste no fuera sólo un curso más de capacitación, sino el inicio de una nueva etapa en la capacitación dentro del INR, comprometiéndose a la Dirección de Administración y a la Subdirección de Recursos Humanos a continuar buscando la excelencia y vanguardia en capacitación, por lo que en el año 2008 se realizó nuevamente el segundo Diplomado de Actualización Secretarial, en el que participaron 80 secretarias, con temas como:

Imagen institucional, manejo de emociones, estrés, administración del tiempo, comunicación efectiva, atención en el servicio y módulos de Excel (aplicado a competencias), el resultado no se hizo esperar, nuestras secretarias nuevamente demostraron con hechos los conocimientos adquiridos, manifestando su deseo de seguir preparándose y de buscar su superación laboral y personal.

Este año 2009, se llevó a cabo durante los primeros quince días de junio, el tercer módulo del Diplomado de Actualización Secretarial y la culminación del Diplomado en Habilidades Secretariales superando las expectativas de los cursos anteriores al recibirse la solicitud de inscripción de 107 secretarias.

Este tercer curso se integró por el módulo de Ortografía y de Atención de Excelencia al paciente – cliente.

El contenido de este último módulo llamó la atención de las autoridades quienes preocupados por preparar y capacitar al personal de las áreas de consulta externa, para brindar una mejor experiencia a los usuarios, soli-



Curso de Calidad en la Atención del Paciente Cliente

citaron a la Subdirección de Recursos Humanos proporcionara este módulo a las(os) Auxiliares de Admisión, así como al personal que atiende la Ventanilla de Servicios al Personal, siendo un total de 34 trabajadores(as) capacitados en este rubro.

El camino se ha iniciado, hemos comenzado a cimentar acciones que consolidan y apoyan el desarrollo y crecimiento de este Instituto.

Esperamos que en el futuro continuemos contando con el apoyo de las autoridades del INR, para no sólo cumplir con las metas de capacitación sino superarlas, con la finalidad de obtener facilidades para preparar al personal.

Recordemos que éste Instituto tiene un compromiso con la calidad y eficiencia que se genera de la formación de recursos humanos y que para eso hemos adquirido un compromiso de mejora continua con los usuarios, pacientes y trabajadores(as) pero lo más importante es el compromiso que adquirimos con nosotros mismos..... ser mejores en lo que hacemos cada día.

Nos veremos dentro de un año con nuevos temas, nuevos retos pero sobre todo con mayor compromiso de mejora continua para superar lo que hasta ahora se ha hecho.



Grupo 1



Grupo 2



Grupo 3



Curso Ortografía

## Manejo Interdisciplinario de los Trastornos de Comunicación Humana



Mtra. Gabriela Gallardo de Córdoba  
Presidenta del Comité Coordinador del Voluntariado  
Nacional de los Institutos y Hospitales Sectorizados  
de la Secretaría de Salud.

Los trastornos de comunicación humana, cualesquiera que sea su origen, aíslan a las personas del medio ambiente, limitándolas en su interacción social.

La rehabilitación deberá estar a cargo de un equipo multidisciplinario, es por ello que profesionales de diferente especialidades como son: Médicos Audiólogos, Otoneurólogos, Foniatras, Terapistas, Psicólogos, Neurólogos, Pediatras, Docentes y Padres de Familia comprometidos con la responsabilidad que conlleva la rehabilitación de los pacientes, se reúnen para intercambiar experiencias, diseñar programas, actualizando los conocimientos y técnicas que faciliten la recuperación y adaptación de los pacientes que padecen de alguna problemática en la comunicación.

Del 1 al 5 de Junio de 2009, se llevó a cabo en el Instituto Nacional de Rehabilitación en el Auditorio Nahuatzin una reunión sobre "Manejo Interdisciplinario de los Trastornos de Comunicación Humana", que fué inaugurado por la Mtra. Gabriela Gallardo de Córdoba.

De los trabajos presentados incluimos dos de ellos a continuación:

### " Audición y Nueva Tecnología: Implantología " Dra. Ileana Gutierrez Farfan

El médico especialista en Audiología, Foniatria y Otoneurología con base en el interrogatorio, exploración física y los resultados de los diversos estudios audiológicos realizados a su paciente, emite un diagnóstico y le ofrece diferentes apoyos y ayuda a su paciente.

Uno de los apoyos son los implantes, siendo los más usados; los implantes del oído medio, los auxiliares de implante óseo, implantes cocleares y los implantes del tallo cerebral.

Una manera de escoger la ayuda que le ofrecemos a nuestros pacientes, tomando en consideración su patología es por el tipo y el grado de pérdida auditiva.

En las **Hipoacusias Conductivas** (en este tipo de hipoacusia la patología puede encontrarse en el oído externo y/o en el oído medio) la amplificación del sonido típica de un audífono de conducción aérea puede estar bloqueada por un oído medio dañado u obstruido, como es el caso de los pacientes con malformación de pabellón auricular y conducto auditivo externo.

En estos pacientes la forma de amplificación del sonido es a través de la vía ósea y ésta puede ser por medio de:

Una diadema con vibrador óseo por medio del cual transmita el sonido

de manera indirecta al hueso a través de la piel ( transcutáneamente ) y funciona presionando el cráneo, el sonido se atenúa al atravesar la piel.

Desde los años 70 aprovechando el proceso de " Osteointegración" se utiliza el "**Sistema BAHA**", creando la vía ósea directa (percutánea).

Proporciona una calidad sonora muy superior cuando se compara con los sistemas tradicionales de vía ósea.

Prótesis Osicular Vibrante es otro dispositivo que funciona con la estimulación de la membrana de la ventana mediana mediante el FMT (floating mass transducer), desencadena el mecanismo fisiológico de la estimulación coclear.

Este dispositivo está indicado tanto en hipoacusias conductivas como en hipoacusias sensoriales. Tiene la ventaja de tener comodidad en su uso, ausencia de oclusión de CAE, mejora la calidad acústica y mejora el aspecto cosmético.

En las hipoacusias neurosensoriales (en este tipo de hipoacusias las patologías pueden ser a nivel del oído interno) se pueden utilizar dependiendo del diagnóstico y grado de hipoacusia:

**Sistema Retro X:** Audífono semi-implantable. Sistema de canal abierto:

- Preserva los beneficios fisiológicos del oído.
- Sin efecto de oclusión (Propia voz, masticación).

- Tratamiento exclusivo y eficaz de la retroalimentación.
- Banda dual digital de procesamiento de la señal.
- Estéticamente discreto. Se encuentra indicado con hipoacusias de perfil descendente de superficiales a medias.

Otro apoyo importante es el uso de auxiliares auditivos convencionales analógicos, digitales, "open ear", con transposición de frecuencias cuya ayuda puede mejorar utilizando sistemas "FM".

Existe otra tecnología que hay que tomar en consideración que es la "Combinación de Estimulación Electro-Acústica (EAS)", la cual utiliza la estimulación eléctrica en las frecuencias agudas y la estimulación acústica en las frecuencias graves, esto tiene indicaciones bien precisas ya que no debe de haber progresión de la hipoacusia por mencionar alguna.

Sin embargo hay pacientes que por el grado de pérdida auditiva lo único que les puede ayudar es el implante coclear, que como su nombre lo dice es un dispositivo que se coloca en la cóclea (Oído interno) y está indicado en pacientes que con la amplificación de un auxiliar auditivo no logramos llegar al área del lenguaje, su discriminación es menor del 60%, entre algunos de los criterios audiológicos que se utilizan. Estos pacientes deben ser valorados por un equipo multidisciplinario conformado por médicos especialistas en audiología, cirujanos otorinolaringólogos, terapeutas del lenguaje, psicólogos, médicos radiólogos, trabajadores sociales, quienes en conjunto posterior a su valoración; toman la decisión si

el implante coclear es la mejor opción para el paciente.

En los pacientes que por alguna malformación de la cóclea que impidiera la colocación del implante en la misma o por ausencia del nervio auditivo se puede indicar un implante de tallo cerebral el cual consiste en:

Un micrófono colocado sobre el pabellón auricular que transmite por radiofrecuencia al receptor subcutáneo que codifica la señal y la hace llegar a los electrodos colocando sobre los núcleos cocleares (22 electrodos) estableciendo la vía auditiva y propagando la señal hasta el cerebro que sigue la tonotopía de los Núcleos Cocleares.-

**" La terapia visual aplicada a los problemas de aprendizaje"**  
Lic. Reyna García Hernández

La terapia visual es una serie de actividades prescritas individualmente, monitoreadas en todo momento por el terapeuta visual, previo examen que proporciona el terapeuta del desarrollo, actividades que dependen de las condiciones del diagnóstico, severidad y nivel de desarrollo de las habilidades visuales, motoras propioceptivas, táctiles y auditivas.

La visión sienta sus bases en la parte motora del individuo, de tal manera que será de suma importancia desarrollar las habilidades que no hayan sido referidas o consolidadas como, el tono y fuerza muscular, esquema corporal, que dan elementos al cuerpo para lograr un equilibrio, se estimula el sistema vestibular y las fijaciones visuales. La coordinación de movimientos

corporales dan base para la coordinación de movimientos oculares como son los seguimientos y el sistema acomodativo o de enfoque. La ubicación espacial, la lateralidad y la direccionalidad, ayudan al desarrollo de visión periférica.

Todo en conjunto da elementos para que el menor desarrolle visión binocular adecuada, stereopsis y vergencias adecuadas y así lograr adquirir la lecto-escritura sin problema alguno.

La integración de estas habilidades logra procesos como el dictado donde se tiene que oír, procesar, ver y hacer el acto motor, al mismo tiempo. Regularmente los niños con problemas de aprendizaje, tiene dificultad en alguna de estas habilidades que limitan y retrasan su rendimiento escolar.

No olvidemos que todas estas habilidades son sensoriales y es el resultado de un proceso cerebral complejo de tal manera que la cantidad de trabajo tiene que ser suficiente y adecuada para quedar grabada en el cerebro. El cerebro trabaja según sus capacidades y habilidades que tenga, no es a voluntad, por ello la ATENCIÓN, viene hacer algo complejo de lograr, ya que el cerebro tiene que localizar el canal a utilizar e inhibir los otros para que entre la información, ver, oír, sentir al mismo tiempo, organizar ( jerárquicamente ) y coordinar a nivel cerebral, se trabaja para lograr una organización gruesa y llegar a lo más fino.

Desde esta perspectiva se logra una estimulación multisensorial que ayuda no sólo a resolver los problemas de aprendizaje sino otros problemas como: oculomotores, acomodativos, estrabismo, ambliopías, déficit de atención entre otros.

## Distinguidos Médicos del Instituto Nacional de Rehabilitación pertenecen a la Academia Mexicana de Cirugía

**Dr. Enrique A. Gómez Sánchez**

Jefe de la División de Difusión y Divulgación Científica

“En la conciencia de los cirujanos del primer tercio de este siglo, alimentada por el basto y azaroso caudal de experiencia acumulada a lo largo del siglo XIX, apareció la certeza del crecimiento prodigioso de la medicina y en especial de la cirugía: “El empirismo, antes dueño del campo médico, ya no reina soberano, la medicina antes sencilla y supersticiosa se ha trocado en racional y compleja; para adaptarla a las necesidades humanas, para que su aplicación moderna paralela avance con el descubrimiento, se ha desmembrado y ya cada rama de su tronco es unidad. Esta exigencia creó las especialidades; una, ya enhiesta y lozana, es la cirugía...”

Con estas palabras, el doctor Gonzalo Castañeda inició su discurso en la solemne ceremonia inaugural de la Academia Mexicana de Cirugía, conceptos que dibujan el pensamiento de la época y la definición de la cirugía como una entidad precisa e independiente.

La Academia Nacional de Medicina, fundada desde 1864, abrigaba en su seno las secciones de anatomía y cirugía general, además de las de ginecología y de otras especialidades que abarcaban los aspectos quirúrgicos de las mismas. De hecho, algunos de los fundadores de la Academia Mexicana de Cirugía, eran distinguidos miembros de la Academia Nacional de Medicina. Sin embargo, el campo cada vez mas extenso de la cirugía hacia indispensable un organismo acadé-

mico en cuyo seno se estudiaran y normaran los diversos aspectos quirúrgicos, así como de las especialidades afines.

El sueño nació durante un congreso médico en Morelia, Michoacán, en el pensamiento de los doctores Manuel A. Manzanilla, Julián González Méndez y Felipe Alfonso Aceves Zubieta, quienes ante la conciencia de un vacío en la medicina mexicana se propusieron la creación de un órgano académico.

La Academia Mexicana de Cirugía fue fundada el 13 de enero de 1933, según consta en el acta de esa fecha y en la escritura pública del 2 de febrero de ese año ante el notario público número 41 y asentada en el protocolo relativo numero 12627, volumen 244, folio 240. Para iniciar su funcionamiento se integró una Mesa Directiva.

El 10 de junio de 1933, en el anfiteatro Simón Bolívar, en solemne ceremonia se inauguró la Academia Mexicana de Cirugía con la presencia del doctor Manuel Madrazo, Jefe del Departamento de Salubridad Publica con la representación del general Abelardo L. Rodríguez, Presidente de la República y el profesor Roberto Medellín, Rector de la Universidad Nacional Autónoma de México. El doctor Gonzalo Castañeda elevó su voz en un vibrante discurso, esencia del espíritu que ha inspirado a las generaciones de académicos que le siguieron: “La Academia va a pugnar por ideales

no solo mundanos, también espirituales. Sería falso decir e hipócrita pensar, que la flamante Asociación no va a acoplar a sus anhelos y propósitos científicos aspiraciones profesionales, porque preocuparse por la ciencia pura, por la filosofía pura, es teoría, es contra el instinto y lo natural; lo que no baja de las alturas para contribuir a la felicidad, es como una divinidad sorda, inútil para la existencia” “Idea tan hermosa y magnífica fue de la juventud, como todo lo que nace en esa edad del ímpetu y de la ilusión, es noble, simpático y generoso; los iniciadores llamaron a reforzar sus filas a veteranos y maestros, van a traer a su seno a todos los cirujanos del país a quienes sus trabajos, sus méritos y la opinión pública señalan como dignos del título académico, se piensa fundir en comunidad científica y espiritual a todo lo que vale y figura, se quiere borrar el provincialismo y la rivalidad de escuelas, el antagonismo de regiones y todo lo que aparte dentro de la ciencia y de la patria. Ya cuenta la Academia con la flor y nata de los cirujanos de México, por el limite reglamentario de sus sillones no cupieron algunas eminencias, han quedado distantes algunos personajes de la cirugía nacional, pero si no están en sus listas, si están en su corazón y en sus respetos”

Desde su creación, la Academia ha mantenido ininterrumpidos sus propósitos y actividades. Ha recibido en su seno a 635 médicos. En la actualidad la constituyen 354

miembros, que comprenden a académicos Honorarios, Eméritos, Titulares, de Numero, Nominales y Correspondientes. En el extranjero contamos con académicos Honorarios y Correspondientes.

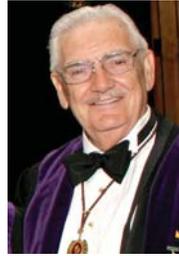
El ceremonial de la Academia inspira a la solemnidad y labra la tradición. Los Académicos usan vena, toga y birrete en todas las sesiones solemnes. Cada uno porta una medalla con el color según la categoría académica.

En la actualidad, el presidente de la Academia es vocal titular del Consejo de Salubridad General y participa en muchas de las decisiones inherentes a la cirugía en particular y a la medicina en general. En los albores del Siglo XXI, la Academia Mexicana de Cirugía se eleva como una de las instituciones más serias y florecientes de la medicina de nuestro país.

El Instituto Nacional de Rehabilitación tiene como funciones primordiales a la investigación, la enseñanza y la asistencia. Al interior de sus instalaciones cuenta con médicos que de manera brillante han desarrollado a lo largo de muchos años las tres funciones, lo que les ha permitido acumular experiencia, conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes suficientes para ser admitidos en la Academia Mexicana de Cirugía.

En primer lugar debemos mencionar a nuestro Director General, el Dr. Luis Guillermo Ibarra, quien pertenece a la Academia desde 1971. Así mismo destacan los académicos que concentramos en el siguiente cuadro de honor.

A todos ellos, ejemplo de calidad científica y humana, expresamos nuestro más amplio reconocimiento y gratitud por engrandecer a la medicina mexicana y a nuestro Instituto.



Dr. Luis Guillermo Ibarra



Dr. Luis Miguel Rosales Olivares



Dra. Hilda Villegas Castrejón



Dr. Emilio Arch Tirado



Dr. Luis Gómez Velázquez



Dr. Antonio León Pérez



Dr. Julio Frenk , Dr. Alejandro Reyes Sánchez

Académico	Categoría	Sitial	Fecha de ingreso
Dr. Luis Guillermo Ibarra	Emérito	Medicina de Rehabilitación	1971
Dr. Antonio León Pérez	Emérito	Cirugía general	1981
D. en C. Hilda Villegas Castrejón	Titular	Morfología	1990
D. en C. Emilio Arch Tirado	Número	Medicina Veterinaria y Zootecnia	2003
Dr. Alejandro Reyes Sánchez	Número	Traumatología y Ortopedia	2004
Dr. José Clemente Ibarra Ponce de León	Número	Traumatología y Ortopedia	2008
Dra. María Isabel Gabriela Ortega Larrosea	Número	Oftalmología	2009
Dr. Luis Gómez Velázquez	Número	Ortopedia	2009
Dr. Luis Miguel Rosales Olivares	Número	Cirugía de Columna	2009

