

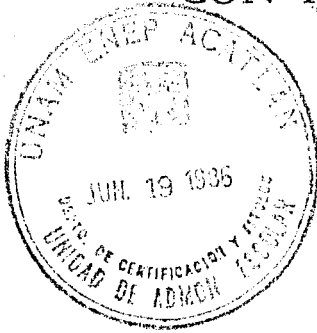
19  
2er



# Universidad Nacional Autónoma de México

Escuela Nacional de Estudios Profesionales  
" Acatlán "

## ATENCIÓN EDUCATIVA DEL NIÑO CON MICROCEFALIA



# T E S I S

Que Para Obtener el Título de:  
LICENCIADO EN PEDAGOGIA

P R E S E N T A:

JUDITH ALEJANDRA SANCHEZ OLMOS

Acatlán, Edo. de México 1986



## **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.

## CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS . . . . .	6
INTRODUCCION . . . . .	7
CAPITULO 1	
DEFICIENCIA MENTAL . . . . .	12
1.1 Definición . . . . .	12
1.2 Clasificación . . . . .	17
1.3 Características . . . . .	34
1.4 Etiología . . . . .	58
1.4.1 Deficiencias Múltiples . . . . .	60
Conclusiones . . . . .	61
CAPITULO 2	
RETRASO SOCIOCULTURAL . . . . .	67
2.1 Causas . . . . .	68
2.2 Criterios de Clasificación . . . . .	72
2.3 Características . . . . .	78
2.4 Reacción de la Sociedad . . . . .	80
2.5 Síndromes Institucionales . . . . .	82
Conclusiones . . . . .	84
CAPITULO 3	
EDUCACION ESPECIAL . . . . .	87
3.1 Definición . . . . .	87
3.2 Legislación . . . . .	88
3.3 Conceptos Generales . . . . .	92
3.3.1 Integración . . . . .	93
3.3.2 Interdisciplinariedad . . . . .	97
3.3.3 Normalización . . . . .	98
3.3.4 Individualización . . . . .	99

3.4 Tratamiento . . . . .	101
3.4.1 Planes de Educación Especial para Deficientes Mentales . . . . .	102
3.4.1.1 Plan Nacional de Educación Especial - en España . . . . .	103
3.4.1.2 Plan Oficial de Educación Especial -- para Deficientes Mentales (D.G.E.E.) .	105
3.4.1.3 Plan de Modificación de Conducta en Educación Especial (E.N.E.P. Iztacala).	113
3.4.2 Servicios Médicos . . . . .	119
3.4.3 Intervención Temprana . . . . .	121
3.4.4 Contenidos Académicos . . . . .	141
3.4.5 Capacitación para el Trabajo . . . . .	144
3.4.6 Industrias y Talleres Protegidos . . . . .	153
3.4.7 Tratamiento Clínico . . . . .	156
3.4.8 Personal . . . . .	172
Conclusiones . . . . .	183

CAPITULO 4

LA MICROCEFALIA . . . . .	189
4.1 Definición . . . . .	191
4.2 Etiología . . . . .	196
4.3 Sintomatología . . . . .	201
4.4 Casos. . . . .	206
Conclusiones . . . . .	232

CAPITULO 5

LA ATENCION EDUCATIVA DEL NINO CON MICROCEFALIA EN LA ZONA METROPOLITANA . . . . .	235
5.1 Instituciones visitadas y Servicios que se brindan .	235
5.2 Plan de Modificación de Conducta en Educación Es--	

pecial aplicado a dos niños con Microcefalia . . .	315
Caso 7 . . . . .	317
Caso 8 . . . . .	368
Conclusiones . . . . .	399
CONCLUSIONES FINALES . . . . .	413
GLOSARIO . . . . .	430
BIBLIOGRAFIA . . . . .	441

## AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a todas las personas que han colaborado, de distintas maneras, en la realización de la presente investigación.

A mis padres que me han apoyado durante este tiempo para conseguir mi objetivo y a mis hermanos por haber creído en mí, espero no defraudarlos.

A Benjamín por su confianza y ayuda.

De una forma muy especial a la Lic. Ma. Teresa Silva y Ortiz por asesorarme en esta tesis dedicándome su tiempo y experiencia desinteresadamente.

A la Sra. Luz María Saldarña de Vidal, Sra. Rebeca - - - Zavala Martínez, Dr. Ramón Espinasa Closas, Dr. Mario Ramos Palacios, Lic. Celia Granados Romo, Psic. Ana María Remis, - Psic. Angelina Islas León y a las autoridades y el personal de las instituciones oficiales y particulares visitadas.

A Palma Hortensia a quien aprendí a respetar como ser humano y que inspiró este trabajo. Espero tener oportunidad de demostrarle mi gratitud por todo lo que me ha enseñado, - haciendo algo por ella y por los que necesitan atención educativa especializada.

## INTRODUCCION

Algunas veces, los seres humanos rechazan e abandonan a su suerte a aquellos que padecen enfermedades o defectos y, a través de la historia, se tienen ejemplos de ello. Como - en la cultura griega, en la ciudad de Esparta, donde se sacrificaba a los recién nacidos que eran considerados por los ancianos como seres débiles e mal proporcionados e indignos para la vida militar. De tal manera que les arrojaban a una caverna del monte Taigete, llamada Apoteta. En ocasiones, - también el hombre actual, deja morir e abandona a su suerte a aquellos que padecen alguna enfermedad que les impedirá -- sobrevivir en el grupo social simplemente porque, según algunos, no tienen derecho a la vida. Y a pesar de que el -- hombre moderno presume de ser civilizado y de que en esta -- época se habla tanto de los Derechos Humanos, algunas veces olvida que todos tienen iguales derechos. Derecho a la vida y a la seguridad de su persona, a ser tratados bien y dignamente, a participar en la cultura y en la educación para desarrollar su personalidad y mejorar las relaciones con sus -- semejantes, al trabajo equitativo y a un salario justo, a -- disfrutar del tiempo libre, a un nivel de vida adecuado, -- etc., y se olvida también de la solidaridad que le debe a -- sus semejantes y otras veces actúa en su contra como si se -- tratara de su peor enemigo. Luchaba contra él una competencia en la que gana el más fuerte, el mejor preparado, pero - en ocasiones esa lucha es desigual pues uno de ellos se encuentra en desventaja respecto al otro ya que cuenta con menos posibilidades como, por ejemplo, una capacidad intelec-

tual inferior a la normal.

Los valores de la sociedad son muy rígidos y rechaza -- fácilmente a aquellos miembros que no aceptan sus costumbres y no cumplen con sus normas de comportamiento. A los deficiente-- mentales les hace a un lado, no tanto por su bajo -- rendimiento escolar, sino por su comportamiento inadecuado. Pero si además el sujeto presenta una apariencia extraña e -- desagradable, por malformaciones craneales y/o faciales, es aun más rechazado pues los valores estéticos tienen gran pe-- se en ella.

Los miembros de la sociedad se quejan de que los defi-- cientes mentales no saben comportarse, que su conducta es -- inadecuada, ya que a veces no saben ni realizar las conduc-- tas más elementales como caminar, comer, hablar, etc., ni -- tienen las habilidades necesarias para adaptarse a la socie-- dad, como cuidarse, vestirse, controlar esfínteres, etc., -- pero no hacen nada para remediar tal situación. También se quejan de que no son autosuficientes, pero les niegan el ac-- ceso a la educación y a la capacitación ya que prácticamente obligan a los padres a mantener a sus hijos escondidos debi-- do a las burlas y comentarios hirientes de que los hacen ob-- jeto.

Los padres no saben cómo atender adecuadamente a su hi-- je ni qué tipo de educación sería la más adecuada. En sen-- tido amplio, estos niños necesitan aprender conductas básic-- cas que los ayuden para que sean aceptados en su grupo se--



cial y se integren a la vida de la mejor manera. Un ejemplo de ello sería el entrenarlos en algún oficio que les permita sentirse útiles y que pueden hacer algo por sí mismos, dándoles seguridad y confianza al percibir que tienen un lugar en la sociedad y que no son una carga pesada para quienes los rodean.

Cuando alguien se encuentra enfermo, el médico pone en práctica todos sus conocimientos y esfuerzos y lucha para salvar esa vida. ¿Por qué entonces el especialista de la educación no intenta todo lo posible por ayudar al deficiente mental y salvarlo de la ignorancia, del abandono y de la marginación, así como de la agresión de que es objeto, educándolo para que aprenda a valerse por sí mismo y a comportarse de forma adecuada para ser aceptado en su grupo social? Con la educación, el sujeto alcanza el máximo de su capacidad, aunque no la normalidad, por eso su intervención debe ser oportuna y adecuada. Con esa ayuda aprenderá también a ganarse la vida de manera honrada, y en esta empresa lo puede auxiliar el pedagogo. La educación no puede ayudar al deficiente mental con patología evidente mejorando su apariencia física pero sí puede contribuir a que la sociedad modifique un poco sus valores estéticos y sea más flexible y tolerante dándole la oportunidad de llevar una vida normal, e lo más cercano a ella, e integrada. La persona que se queja de que el deficiente mental es agresivo debe pensar que quizá él tenga mucha culpa en ello al provocarlo con sus actitudes y conductas, ya que éste solamente reacciona ante la injusticia y los malos tratos así que debe reflexionar y

cambiar la forma como se dirige hacia él ya que tiene derecho a vivir porque es un ser humano como nosotros y no es responsable de haber nacido así, como tampoco nosotros le somos de haber nacido "normales".

El propósito de esta investigación es conocer la atención educativa que se proporciona a las personas con microcefalia porque, aun cuando acerca de la deficiencia mental se ha hablado ampliamente, de los microcéfalos es poco lo que se ha escrito. Se considera que es importante tratar este tema porque, como cualquier otro ser humano, los niños con microcefalia tienen derecho a ser tratados bien, a recibir oportunidades en la vida y a que se les de una educación de acuerdo a sus necesidades y posibilidades ya que los avances que logren dependerán de su educación pues puede ayudarlos a integrarse a la sociedad. Para conocer si su educación es la adecuada, se habla primeramente de la deficiencia mental en general y después de la microcefalia en particular, con el fin de dar una idea más amplia de ésta y del trato educativo que reciben quienes la padecen. Por eso se hace una breve definición acerca de la deficiencia mental y su origen, y se mencionan algunas características de las personas deficientes mentales.

Se habla también de la educación especial definiéndola y aclarando para quiénes fue creada, cuáles son sus bases legales y sus conceptos fundamentales y, posteriormente, del tratamiento que existe para los deficientes mentales, los planes, los servicios que prestan, sus fundamentos y objeti-

vos. Una vez definida la deficiencia mental y mencionados los servicios que existen para ellos, se enfocó la atención a una de las patologías que es la microcefalia. Se define la enfermedad, se habla de su origen y de las características de las personas que la padecen. Por último, se reportan las visitas que se hicieron a varias instituciones especializadas en deficiencia mental de la zona metropolitana, con el fin de localizar algunos casos de microcefalia y para conocer la atención educativa que se le brinda y si ésta es la adecuada a sus necesidades. También se tuvo oportunidad de aplicar un tratamiento educativo a dos chicos con microcefalia durante seis meses.

Se pretende que el presente trabajo logre interesar a los pedagogos para que incursionen en el área de la educación especial y ayuden a estas personas que, en ocasiones, se encuentran tan abandonadas principalmente porque, de acuerdo con algunos círculos educativos, no se puede hacer nada por ellos ya que son incapaces de aprender e porque ciertos profesionistas opinan que no vale la pena perder el tiempo enseñándoles si es tan poco lo que avanzan. La alternativa que aquí se propone se lleva a cabo actualmente en la zona metropolitana de la Ciudad de México con resultados satisfactorios y alentadores para el deficiente mental y además proporciona un campo de acción más amplio para el pedagogo.

## CAPITULO 1

## DEFICIENCIA MENTAL

## 1.1 DEFINICION

No se puede hablar de una sola definición de deficiencia mental, ya que los especialistas que se ocupan del tema, tienden a darle mayor importancia a los aspectos que les interesan según su profesión. De ahí que se encuentren diversos criterios y posturas para conceptualarla, como podrían ser el médico y el sociocultural, dentro del cual se encuentra el académico. Asimismo, no todos los profesionistas, que se basan en una misma perspectiva, concuerdan entre sí plenamente.

Existen también grandes controversias respecto al nombre que se utilizará para referirse a esta población, ya que mientras algunos la engloban con el término de deficiencia mental, otros afirman que hay diferencia entre ésta y el retraso mental. Este último término se ha empleado para referirse al sujeto que no se adapta ni cumple con los objetivos escolares.

Se hace una diferenciación según la causa del retraso, diciéndose que la deficiencia mental tiene un origen orgánico y que el retraso mental tiene uno sociocultural.

Cuando el retraso es de origen orgánico, se dice que el

deficiente mental es aquel sujeto que sufre déficit intelectual profundo o severo, generalmente acompañado por anomalías físicas observables y defectos biológicos. Según Kanner (1957), en este grupo se encuentra a los individuos marcadamente deficientes en sus potencialidades innatas, tanto cognitivas como emocionales, que sobresaldrían como atípicos en cualquier cultura existente, es decir, que se les reconocería en cualquier medio cultural. (1)

Sarason y Gladwin (1958), comparten con Kanner esta posición y por ello sugieren que el término deficiencia mental se puede usar para referirse a quienes tienen una patología clara del sistema nervioso central. De esta manera la deficiencia mental puede conceptualizarse dentro del modelo médico tradicional ya que se manifiesta en la forma de varios síntomas biológicos y estas anomalías se reconocen en cualquier medio sociocultural. Así que el diagnóstico y el tratamiento son transnacionales y transculturales.

En el retraso de origen social o retraso mental, el sujeto presenta dificultad para satisfacer las necesidades y demandas de un ambiente en particular, pero no posee alguna patología biológica observable. Este grupo está compuesto -

---

(1) Mercer, J. R., "Conceptos Pluralísticos del Retardo Mental en Sociedades Socioculturalmente Complejas", en --- Dirección General de Educación Especial, Primer Congreso Nacional sobre Deficiencia Mental, op. 67-69

por individuos cuya limitación se relaciona con los niveles de la cultura determinada que lo rodea. En nuestro medio su deficiencia, que pasaría desapercibida y por lo tanto como - inexistente en un ambiente cultural menos exigente, se hace obvia tan pronto como el currículo escolar demanda competencia en materias consideradas esenciales. Kanner (1957), --- opina que es más apropiado hablar de dicha gente como inte-- lectualmente inadecuada ya que, según dice, sus deficiencias se presentan en determinadas situaciones o circunstancias. - Tales deficiencias se reconocen solamente en relación con -- las exigencias culturales específicas dentro de un medio cul tural específico.

Sarason y Gladwin (1958) opinan que el término retardo mental es aplicable a las personas cuyos problemas están re lacionados más bien con las variables culturales que con las constitucionales.

La American Association on Mental Deficiency (AAMD) ---- (1973) expresa que "(...) el retardo mental consiste en un - funcionamiento intelectual general inferior al término me--- dio, que se origina durante el periodo del desarrollo y está asociado con una perturbación de la conducta adaptativa." (2)

---

(2) Gómez Palacio, M., "Perspectivas de la Educación de las Personas con Deficiencia Mental: sus Dimensiones Concep-- tuales y Operacionales", en Dirección General de Educa-- ción Especial, Primer Congreso Nacional sobre Deficien-- cia Mental, p. 375

Para Galindo (1983), retardado es aquel sujeto que presenta problemas de comportamiento. Estos problemas se manifiestan en su funcionamiento intelectual, que se encuentra por debajo del nivel normal, en su aprendizaje y en su madurez social y tienen su origen durante el desarrollo de la vida del individuo. (3)

Para los fines de esta investigación, que es la atención educativa del niño con microcefalia, se utilizará como base la definición de deficiencia mental, ya que dichos niños presentan deficiencia originada por una patología cerebral, que les impide alcanzar la normalidad. Tal patología consiste en un detenimiento del crecimiento del cerebro y como consecuencia sus funciones se encuentran disminuidas. Por lo tanto, la microcefalia es evidente, tanto por la apariencia física del niño como por su comportamiento retrasado, es decir, que el sujeto presenta anomalías físicas observables y defectos biológicos, sobresaliendo como atípico en cualquier cultura existente.

Sin embargo, tal definición se da con el fin de facilitar la comunicación entre quienes trabajan con dichos niños y no para perjudicarlos quitándoles el acceso a la educación y a una vida normal. Y aunque el niño presente una patología evidente, causa de su deficiencia mental, no se debe ---

---

(3) Galindo, E. y otros, Modificación de la Conducta en la Educación Especial, p. 15

pensar que todos los niños con microcefalia forman un grupo homogéneo ya que cada persona es distinta y actúa de manera diferente de acuerdo a su capacidad interna y a la influencia que recibe del medio ambiente.



## 1.2 CLASIFICACION

Las personas que trabajan con deficientes mentales se ven en la necesidad de diferenciar a unos de otros, de acuerdo a sus posibilidades y limitaciones, por lo que tienden a clasificarlos. Dicha clasificación se hace basándose en --- distintos criterios, pero aquí se tomarán en cuenta dos que parecen oportunos, y que son el criterio desarrollista y el psicométrico.

Se habla de que los deficientes mentales presentan bajo rendimiento intelectual, pero ¿quién sabe realmente qué es la inteligencia?

Se han llevado a cabo múltiples investigaciones, sin -- llegar a un acuerdo de lo que se considera que es la inteligencia. En seguida se presentarán cinco posturas representativas.

- La inteligencia es el resultado integral del funcionamiento cerebral.

- La inteligencia del individuo en cualquier momento -- dado, es el producto de una secuencia de interacciones entre el ambiente y los factores hereditarios.

- La inteligencia es la capacidad para solucionar problemas, es decir, resolver situaciones nuevas o para las --- cuales el sujeto no se encuentra preparado.

- La inteligencia es la combinación de aptitudes que se necesitan para la supervivencia y el progreso de una deter--

minada cultura, por lo tanto éstas variarán según el tiempo y el lugar.

- La inteligencia es la capacidad del sujeto para adaptarse a la sociedad a la que pertenece.

Estas cinco definiciones sobre inteligencia no se contradicen sino que, por el contrario, se complementan, porque si bien es cierto que la inteligencia es el resultado del funcionamiento cerebral, que sirve para solucionar problemas y que el hombre la ha utilizado para sobrevivir o bien para progresar en su cultura, también lo es el hecho de que la inteligencia se modifica con la influencia del medio ambiente dependiendo de la capacidad del sujeto.

Entonces la inteligencia requerirá tanto de factores internos, los que posea el individuo, como de externos, que le proporcionará el medio circundante.

En el caso específico de los niños con microcefalia, son factores internos el tamaño del cerebro, su formación, funcionamiento, etc., que determinan el desarrollo intelectual ya que lo limitan. Asimismo, son factores externos, el medio ambiente y la influencia que éste ejerce sobre el sujeto perjudicándolo si le niegan las oportunidades de aprender encerrándolo en su casa, donde puede progresar poco, o bien, beneficiándolo si el ambiente es favorable porque le brinde lo necesario para superarse, pues de esa manera el niño alcanzará el máximo de su capacidad, aunque no la normalidad. Ya que a estos niños no se les puede ayudar inter-

namente, es decir, que no existe medicamento o intervención quirúrgica que solucione su problema, entonces la única ayuda que se les puede brindar y que pueden aprovechar es la -- externa, la que obtienen de lo que se les enseña o de lo que observan a su alrededor.

Como no se llega a un acuerdo de lo que es la inteligencia, menos aún acerca de cómo medirla para elaborar las clasificaciones pertinentes. Se han medido conductas o actitudes observables, pero esto resulta ser un tanto subjetivo en cuanto a que dependerá del criterio del observador, del medio ambiente del observado, etc.

Como ya se mencionó anteriormente, se tomarán en cuenta dos corrientes, que tratarán de la inteligencia y de su medición. Una se basa en el punto de vista del desarrollo y -- la otra en el de la psicometría.

Uno de los principales representantes de la corriente -- desarrollista es Gesell (1947), para quien el equivalente -- biológico de la inteligencia es el desarrollo evolutivo de -- la persona, es decir, su madurez que se manifiesta por medio de cuatro conductas que son: conducta motriz, de lenguaje, -- personal-social y de adaptación. Las tres primeras sirven a la cuarta, ya que según se encuentren desarrolladas, el su-- jeto se adaptará en mayor o menor medida a su grupo social.

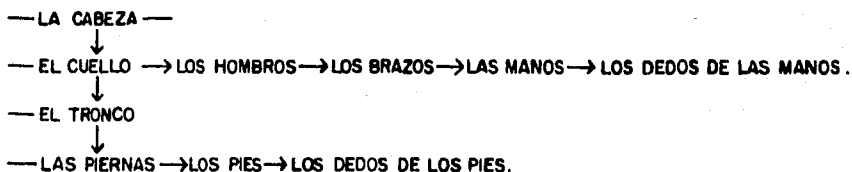
La conducta motriz denuncia la madurez neurológica del bebé en reacciones posturales, sostenimiento de la cabeza, --

en sentarse, pararse, gatear, caminar, etc. Y Molina de Costallat (1976), afirma que la madurez que se alcanza por la evolución, se demuestra en distintas actividades, como fijar la mirada en un objeto, seguirlo con los ojos, mover la cabeza siguiéndole, etc. Asimismo, señala que el desarrollo motor sigue dos leyes que son, la ley de maduración céfalo-caudal y la de maduración próximo-distal.

"La ley de maduración céfalo-caudal: indica la progresión del desarrollo de la cabeza hacia los pies marcando el sentido descendente del dominio corporal en sus estructuras y sus funciones.

"La ley de maduración próximo-distal: señala la horizontalidad del proceso simultáneo al anterior mediante el cual se adquiere el dominio progresivo de las partes del cuerpo que se hallan más cercanas al eje central hasta las más distantes." (4)

Con base en este criterio, se puede ilustrar cómo se produce la maduración en forma sucesiva a partir de:



A través de la conducta de lenguaje se percibe la orga-

nización del sistema nervioso del niño. Por lenguaje se entiende toda forma de comunicación visible o audible, gestos, movimientos posturales, vocalizaciones, palabras, frases u oraciones e imitación y comprensión de lo que expresan otras personas. Para Gesell, " (...) el lenguaje articulado es -- una función socializada que requiere la existencia de un medio social, pero que, sin embargo, depende de la existencia y del estado de las estructuras corticales y sensorio-motrices. La faz preverbal prepara la verbal propiamente dicha. A las palabras las preceden vocalizaciones inarticuladas." (5)

Este autor considera que la conducta personal-social -- del niño depende de la sociedad en la que vive, pero con base en los factores intrínsecos del crecimiento. Por ejemplo, el control de esfínteres requerido por la sociedad depende de la maduración neurológica. Lo mismo sucede con la capacidad para alimentarse, la higiene, independencia en el juego, colaboración y reacción adecuada a las enseñanzas y -- convenciones sociales.

Y si la adaptación es la capacidad para acomodar el --- comportamiento a los requerimientos sociales, entonces, la conducta de adaptación será utilizar la dotación motriz, el lenguaje y la conducta personal social, en la solución de -- problemas prácticos.

---

(5) Gesell, A. y Amatruda, G., Diagnóstico del Desarrollo -- Normal y Anormal del Niño, p. 35

Las pruebas de desarrollo evalúan cada conducta por separado pudiendo elaborarse además una para la función más -- específica como prensión, manipulación, locomoción, etc.

El cociente de desarrollo o C.D. es diferente del C.I. (cociente intelectual) aunque sus bases sean similares. El cociente de desarrollo es la relación entre la edad de madurez y la edad física actual del sujeto, cuyo resultado se -- manifiesta en valor porcentual. Esto es,  $C.D. = \frac{E.M.}{E.F.} \times 100$ , y cuando el C.D. se encuentra por debajo de los  $\frac{2}{3}$  ó  $\frac{3}{4}$ , -- es decir, 66-75% se sospecha de un serio retardo que puede o no ser permanente, pero alerta para tomar las medidas pertinentes para ayudar a esa persona.

El resultado del C.D. no es para siempre, se necesita -- evaluar constantemente para seguir el curso que lleva el desarrollo del sujeto.

Para Gesell (1947), existen tres grados de amencia. El -- amente de grado bajo cuyo C.D. alcanza  $\frac{1}{4}$  o menos del desarrollo mental (25%), el amente de grado medio que obtiene un C.D. de  $\frac{1}{2}$  o el 50% del desarrollo mental posible y el --- amente de grado alto cuyo C.D. alcanza  $\frac{2}{3}$  (66%). Esta di-- visión sería equiparable a la de la Clínica Psiquiátrica que clasifica a los deficientes mentales en idiotas, imbeciles y débiles mentales respectivamente. (6)

---

(b) Gesell, A. y Amatruda, G., Op Cit, p. 145

Algunos simpatizantes de la Clínica Psiquiátrica opinan que un "idiota" presenta un comportamiento inferior al del niño de tres años de edad, pero es importante hacer notar la diferencia entre dicha persona y un niño de esa edad que lo único que poseen en común es no hablar, pues su desarrollo interno es muy diferente.

El bebé de pocas semanas ofrece un nivel de integración, no sólo superior al "idiota" sino al "imbécil" también. La comparación neurológica es falsa porque el lactante posee -- unas estructuras que sí actúan adecuadamente a diferencia -- del "idiota". (7)

Con respecto a la corriente psicométrica, Alfred Binet en colaboración con Simon, elaboró la primera escala de inteligencia en el año de 1905. Dicha escala constaba de 30 -- problemas o tests que evaluaban funciones como el juicio, la comprensión y el razonamiento, que Binet consideraba como -- componentes esenciales de la inteligencia, incluyéndose ---- tests sensoriales y perceptivos. El contenido verbal del -- test era más elevado que el de los de su época.

En una segunda ocasión, en la escala de 1908, el número de tests aumentó, se eliminaron algunos que no eran satis--- factorios y se agruparon otros en niveles de edad. En esta revisión aparece el concepto de edad mental ya que para cada

---

(7) Lamote de Grignon, C., Neurología Evolutiva, p. 133

edad cronológica existía una serie de preguntas que le eran equivalentes.

En el año de 1911, en que muere Binet, se hace la tercera revisión, en ella no hubo cambios fundamentales, sólo variaciones en la colocación de ciertos tests, se añadieron otros en varios niveles de edad y se extendió la escala al nivel adulto.

Ya para el año de 1908, los estudios de Binet se habían difundido por varios países. En América se hicieron varias revisiones, pero la más famosa fue hecha bajo la dirección de L. M. Terman en la Universidad de Stanford, llamada "revisión Stanford-Binet" en el año de 1916. En ésta se utilizó por primera vez el C.I. o cociente de inteligencia, que era la razón entre la edad mental y la edad cronológica. Se introdujeron tantos cambios y adiciones que parecía un nuevo test. Más de la tercera parte eran elementos nuevos, los demás fueron revisados o colocados en diferentes niveles de edad. La segunda revisión aparecida en 1937, constaba de dos formas equivalentes, la L. y la M. (Terman y Merrill, 1937). Una tercera revisión elaborada en 1960 daba una sola forma, la L-M, que contenía lo mejor de las dos anteriores, es decir, de la L. y de la M. y que modificaba lo que ya era anticuado.

La escala de Binet había sido elaborada para niños, pero David Wechsler no estaba de acuerdo en que una prueba para niños se extendiera hacia los adultos aumentando el grado



de dificultad de las preguntas. Y en el año de 1939 fue publicada la primer escala de inteligencia para adultos, llamada escala de inteligencia Wechsler-Bellevue.

Aún contra su idea de no hacer extensiones, él hizo una de su prueba y elaboró la escala de inteligencia de Wechsler para niños WISC en 1950 basándose en la escala de inteligencia Wechsler-Bellevue. Por cierto que dicha escala fue su--plantada en 1955 por la escala de inteligencia para adultos Wechsler WAIS.

En 1967 fue publicada la escala de inteligencia de ---- Wechsler para niveles preescolar y primaria WIPPSI.

Ya desde 1904 Charles Spearman hacía investigaciones -- acerca de la inteligencia y su medición y sugería la teoría bifactorial del intelecto, tales investigaciones duraron 23 años aproximadamente.

Guilford apoyaba la teoría multifactorial del intelecto y sus investigaciones fueron realizadas de 1957 a 1967 aproximadamente, aportando su modelo multifactorial en el último -- año.

Las pruebas psicométricas que aportan el C.I. del niño y por lo tanto la presumible medida de su inteligencia, son limitadas y rígidas en cuanto a que no miden todas las manifestaciones de la inteligencia ya que ésta es más amplia y -- existen actitudes, habilidades, etc., que el sujeto manifiesta

ta como resultado de su trabajo mental y que las pruebas no miden. Además están elaboradas para grupos determinados, -- con costumbres y conocimientos diferentes a los de otro país o cultura y aún cuando se adapten a un país, no todos sus -- habitantes actúan de la misma manera ni sus costumbres y conocimientos son iguales.

Esquirol opinaba que el uso del lenguaje por el individuo proporcionaba un criterio seguro respecto al nivel intelectual y se sigue utilizando tal concepto, pues las pruebas o tests de inteligencia que existen, contienen un alto índice del factor comprensivo verbal.

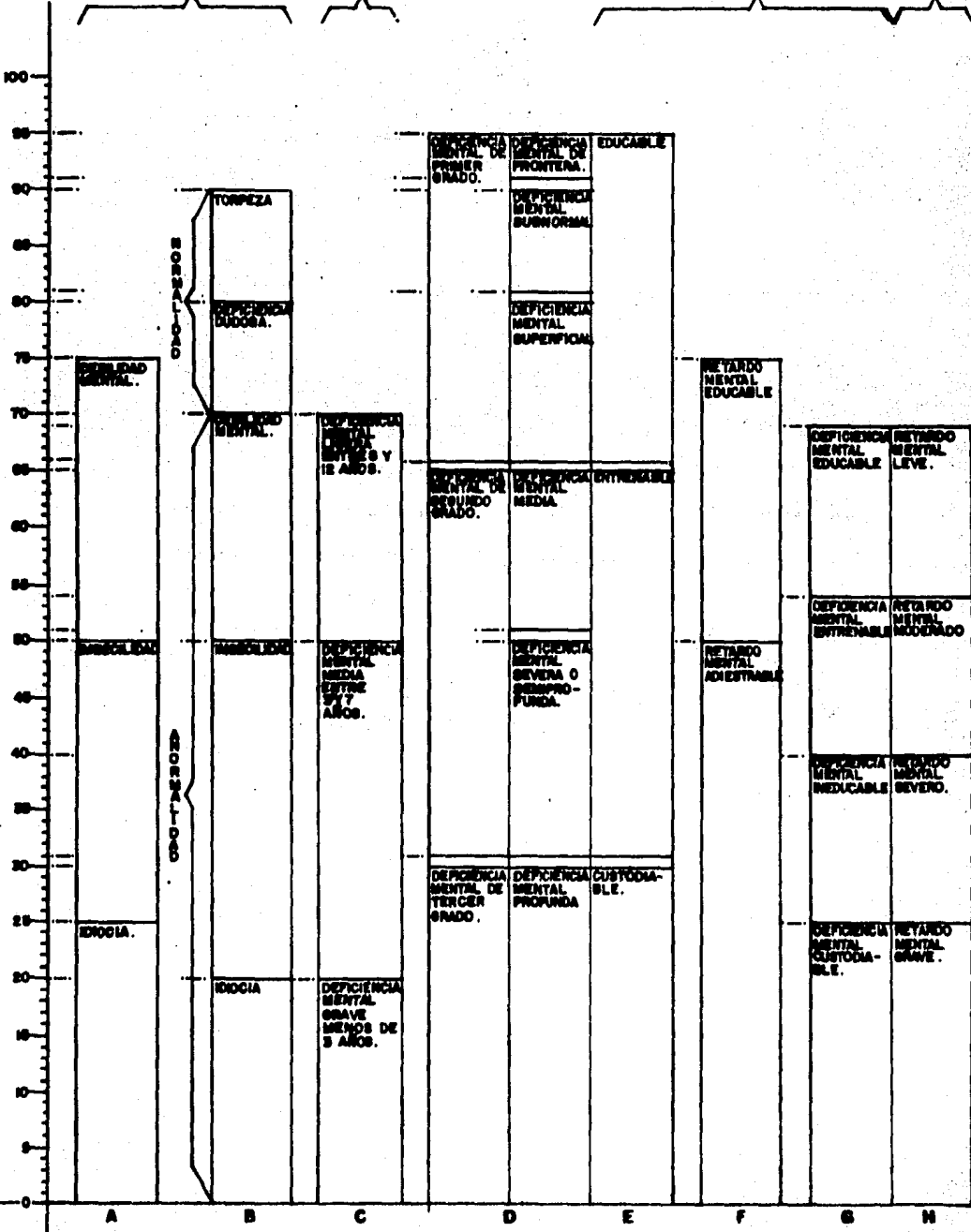
De acuerdo con las pruebas de inteligencia y el uso del C.I. para medirla, surgieron una serie de clasificaciones -- que sirven para colocar en los grupos correspondientes a los sujetos. Pero como existen varias y difieren unas de otras causan confusión entre quienes las utilizan.

Es necesario dividir en distintos niveles a los defi--- cientes mentales para que los profesionistas que trabajan -- con ellos puedan comunicarse entre sí, ya que no todos los -- niños poseen el mismo grado de retraso y por lo tanto no --- pueden ser atendidos de la misma manera. Sin embargo las -- categorías en que se les clasifica no concuerdan ni en los -- niveles ni en el nombre que posee cada una de ellas. Pero -- para hacer esto más evidente se ha elaborado el cuadro de la página siguiente que expresa de manera más clara las diver-- gencias acerca de ello.

CLINICA PSIQUIATRICA

O.M.S.

ASPECTO EDUCATIVO A.A.M.D.



La barra A (Gesell y Amatruda, 1947), muestra los primeros intentos de clasificar a las personas de bajo nivel -- intelectual. Su límite es 75 de C.I. y tiene tres divisiones, de 75 a 50 débil mental, de 50 a 25 imbecilidad y menos de 25 idiocia.

La barra B (Anastasi Anne, 1977) divide la anormalidad de la normalidad en 70. La normalidad va de 90 a 70 de C.I. subdividiéndose en torpeza, de 90 a 80, y deficiencia dudosa de 80 a 70. La anormalidad va de 70 a 0 y se subdivide en -- debilidad mental, de 70 a 50 de C.I., imbecilidad, de 50 a -- 20, e idiocia, menos de 20 de C.I.

La barra C (Anastasi Anne, 1977), es dada por la O.M.S. (Organización Mundial de la Salud) y está de acuerdo con los niveles de la barra B en cuanto a anormalidad, aunque no lo está con los nombres, ya que la debilidad mental es llamada deficiencia mental ligera, la imbecilidad deficiencia mental media y la idiocia como deficiencia mental grave.

La barra D (Coronado G., 1981), divide a los deficientes mentales en tres grados, los de primer grado van de 95 a 66 de C.I., los de segundo de 65 a 31 y los de tercero son -- de menos de 30 de C.I. El primer grado se subdivide en de-- deficiencia mental de frontera, de 95 a 91, de 90 a 81 en de-- deficiencia mental subnormal y de 80 a 66 en deficiencia men-- tal superficial. La de segundo grado de 65 a 51 de C.I. y -- es denominada como deficiencia mental media y de 50 a 31 co-- mo deficiencia mental severa o semiprofunda. La de tercer --

grado no presenta subdivisión, va de 30 a 0 y se llama deficiencia mental profunda.

La barra E (Coronado G., 1981), toma las tres divisiones de la barra D y refiriéndose al aspecto educativo dice que los de primer grado son educables, los de segundo son entrenables y que los de tercer grado son custodiables.

La barra F (Erickson M., 1979), da el límite en 75 de C.I. y se divide en dos grupos que son los educables y los entrenables. Los primeros van de 75 a 50 y los entrenables son de menos de 50 de C.I.

La barra G (SEP DGEE, 1981), también se refiere al aspecto educativo y marca el límite en 69 y se subdivide en cuatro grupos que son: educables de 69 a 54 de C.I., los entrenables de 54 a 40, los ineducables que van de 40 a 25 y los custodiables que son de menos de 25 de C.I.

Equivalente a G es la barra H (SEP DGEE, 1981), dada por la A.A.M.D. (Asociación Norteamericana de Deficiencia Mental) que conoce a los educables como niños con retardo mental leve, a los entrenables como moderados, a los ineducables como severos y a los custodiables como graves.

Con respecto a las clasificaciones, la principal diferencia se encuentra en el nivel que separa lo normal de lo anormal. Los simpatizantes de la Clínica Psiquiátrica, como se puede observar en el cuadro, no concuerdan en el nivel de

la normalidad. En la barra A la división se encuentra en el 75 de la escala de C.I., la otra postura, en la barra B abarca el 70 diferenciando la torpeza de la deficiencia mental.

En la barra D se toma el límite de 95 de C.I. y como -- frontera del 95 al 91.

El aspecto educativo marca 75 de C.I., barra F, como -- división, mientras que la barra G, que se refiere también al aspecto educativo, tiene su límite en 69 de C.I. dividiendo lo normal de lo anormal.

En cuanto a las subdivisiones que se hacen dentro de la anormalidad, puede observarse que los dos ejemplos que se -- han tomado de la clínica psiquiátrica, barras A y B, no concuerdan, ya que aún cuando en ambas existen tres divisiones con los mismos nombres, el límite y por lo tanto la amplitud entre una y otra no es igual.

La barra D primeramente muestra tres divisiones, de las cuales las dos primeras presentan subdivisión, una en tres -- partes y la otra en dos. Con respecto al aspecto educativo, la barra E presenta tres grupos, correspondientes a la deficiencia mental de primer grado, segundo y tercero, la barra F presenta dos divisiones y la G cuatro.

Ahora bien, respecto al nombre de los grupos, las ba---rras A y B llevan los mismos nombres en sus tres divisiones aunque sus límites no concuerden, pero en el año de 1959 la

O.M.S., barra C, dió otros nombres a los grupos coincidentes con la barra B, por considerarlos perjudiciales, sin embargo aún cuando el nombre sea distinto el trato es el mismo para las personas incluidas ahí. Y a propósito de trato, en el aspecto educativo tampoco se llega a un acuerdo en el nombre de los grupos como se puede observar en las barras E, F y G.

La A.A.M.D. da las cuatro clasificaciones que se ven en la barra H, que coinciden con la barra G, pues se habla de - que son equivalentes los denominados retardados leves, moderados, severos y graves a educables, entrenables, ineducables y de custodia respectivamente, y nombra a los integrantes de los grupos como retardados mientras otros los llaman deficientes.

Como se podrá dar cuenta el lector, el nombre y los niveles, incluso las divisiones y subdivisiones no concuerdan unas con otras, es por ello que se hablaba de la confusión - a la que esto conduce.

Existen instituciones especializadas en niños cuyo C.I. se encuentra por debajo de lo normal otras aceptan a chicos rechazados de escuelas especializadas que ponen un límite de C.I. para la admisión y cuyos requisitos son que el niño camine y avise cuando necesita ir al baño, cosa que, como se verá más adelante, en estos niños es difícil de adquirir y, por último, hay instituciones que aceptan a niños cuyo C.I. es muy bajo, llamándose instituciones de custodia.

Pero cuando se habla de que un niño es educable, se --- considera que posee disposición, ductilidad y plasticidad -- para recibir influencia y usarla en favor de su autonomía y no en el sentido de educación que algunos han considerado, -- reduciéndola a instrucción escolar, y fomentando la compe--- tencia entre alumnos, a la cual no puede enfrentarse alguien con la más mínima dificultad y diciéndose que el niño no --- funciona adecuadamente en la escuela en vez de decir que el sistema educativo no se hace cargo de sus dificultades y ne- cesidades.

En México se ha optado por el modelo de educación dife- rencial Europeo donde se admiten niños con un C.I. entre 35 y 70 y sin estigmas, segregándose a los de menos de 35 de -- C.I. aun cuando la ley mexicana dice que todos tienen dere-- cho a la educación, la Secretaría de Educación Pública (SEP) creó la Dirección General de Educación Especial (DGE) para niños con necesidades especiales, y el artículo 15 de la Ley Federal de Educación afirma que el "... sistema educativo -- nacional comprende, además, la que se imparte de acuerdo con las necesidades educativas de la población y las caracterís-- ticas particulares de los grupos que las integran." (8)

La utilidad de la clasificación debería ser la de decir qué tipo de servicio puede proporcionar la escuela al sujeto y no la de segregarlo recluyéndolo en una institución depó--

---

(8) D.G.E.E., Bases Para una Política de Educación Especial,



sito o en su hogar sin recibir ayuda, pero como se dice de él que no aprende, entonces la gente pensará ¿cuál es el objeto de enseñarle, de intentarlo siquiera?. Educativamente no dan alternativa para los niños que poseen un C.I. menor de 35 y la ayuda que se les brinda es de rehabilitación física y servicios de salud por instituciones como el DIF (Desarrollo Integral de la Familia), el ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado), el IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social), etc.

Parece que el uso de la clasificación de acuerdo al C.I. es mal utilizado pues le quita algunas oportunidades al individuo y le cierra algunas puertas, en vez de servir únicamente para determinar el tipo de ayuda que requiere, por ello al buscar una alternativa se encontró en el Plan de Modificación de Conducta en Educación Especial, elaborado y llevado a la práctica por colaboradores de la E.N.E.P. (Escuela Nacional de Estudios Profesionales) plantel Iztacala, donde se da tratamiento para todos los niveles. Ya que en contraposición a la idea de que ciertos niños son educables y otros no, se sostiene, que todo sujeto, independientemente de la etiología o del problema concreto y del C.I. que haya obtenido en las pruebas psicométricas, a las que ellos no se apegan, es entrenable.

### 1.3 CARACTERISTICAS

En el inciso anterior se ha mencionado que el deficiente mental, como se acordó que se llamaría a estas personas - en la presente investigación, posee o no posee lenguaje, camina o no camina y se ha preguntado si controla o no esfínteres para aprobar su ingreso en algún tipo de institución --- educativa, y otras características, pero en esta sección se verán con mayor detenimiento algunas de ellas.

Las características son muy importantes para detectar a los niños deficientes mentales desde los primeros días de -- nacidos. Pero ¿cómo y cuándo se detecta que un niño es de-- ficiente mental?.

Algunos niños al nacer presentan signos evidentes de su deficiencia mental representados por síndromes, malformaciones genéticas, anomalías faciales o craneales, etc., en ---- otros casos la detección no es tan inmediata porque el niño al nacer carezca de estigmas, pero en los primeros años de - su vida se puede notar su problema. Primeramente se dice de él que es un buen bebé, aunque más bien es demasiado bueno - puesto que es tan quieto que no da molestias y esto se hace más evidente cuando al evaluarlo se nota que no avanza al -- ritmo de los demás niños de su edad.

Que se le detecte no es tan perjudicial como se puede - suponer en cuanto a que se le rechace, sino que el verdadero objetivo de la detección oportuna es dar desde la más tem---

prana infancia la ayuda necesaria para el sujeto deficiente mental.

Existe el tipo de detección prenatal donde se hacen --- pruebas de diagnóstico a la mujer embarazada. Una de ellas es el examen de orina que se recomienda cuando existe más de un hijo retrasado en la familia. También se utiliza la exploración del útero por medio de ultrasonido, así se localiza, mide y determina la edad de gestación del feto y se detectan, además, malformaciones congénitas relacionadas con la deficiencia mental.

"Una vez que ha sido impartida y discutida toda esta -- información, corresponde a los padres decidir si desean que el embarazo prosiga, o bien, que se proceda a su interrup--- ción." (9)

Otro tipo de detección prenatal, incluso puede ser prematrimonial, es el estudio genético donde se registran los -- antecedentes familiares tanto de deficiencia mental como de cualquier otra patología.

En estos estudios, como el genético, se busca si en la familia existe alguien con síntomas de deficiencia mental -- porque en algunos casos es transmitida, pero en otras oca--- siones la causa puede ser un alto grado de desnutrición.

---

(9) Edgerton, R., Retraso Mental, p. 31

Se dijo en 1981, que 25 millones de mexicanos sufren carencias nutricionales y son más severas entre las mujeres -- gestantes y los niños menores de seis años, en quienes tiene consecuencias como raquitismo, tuberculosis, hepatitis, parasitosis y deficiencia mental o en algunos casos la muerte.(10)

Además de la malnutrición, el ambiente contribuye a --- acentuar la deficiencia mental ya que está plagado de ignorancia, falta de higiene y de cuidado adecuado en las enfermedades, miseria económica y moral, etc.

El retraso clínico o deficiencia mental suele coincidir con deficiencias orgánicas de índole neurológico, metabólico o fisiológico.

Algunas veces resultan incomprensibles los cambios en la conducta del deficiente mental o en su carácter, pero esto se debe a que orgánica y funcionalmente está alterada la bioquímica del sistema nervioso central que, a su vez, afecta las esferas instintivo-emocionales y afectivo-emocionales.

#### Características generales:

En términos generales, la mayoría de los deficientes -- mentales presentan conductas diferentes a las acostumbradas, dichas conductas responden a un complicado mecanismo cere---

---

(10) Coronado Guillermo, La Educación y la Familia del Deficiente Mental, pp. 41-42

bral que se encuentra atrofiado.

Presentan trastornos en la conducta refleja del sistema digestivo como náuseas, vómito, anorexia o hiperexia, diarrea o constipación. En cuanto al sistema genético-urinario se ha encontrado enuresis y/o masturbación. Presentan alteraciones de la respiración o del pulso y en cuanto al sistema nervioso, cefaleas, convulsiones, tics, síntomas epileptoides, histeroides o esquizoides, trastornos del sueño y agresividad en algunas ocasiones.

Quienes se encuentran muy retrasados, tienen poco desarrollado su sistema sensorio-motor, a tal grado, que casi no se ponen en contacto con lo que sucede a su alrededor. En algunos casos conservan la posición del feto, es decir, acurrucada, y sus necesidades son tan limitadas que se satisfacen con alimento y calor.

Su equipo neuromotriz es tan defectuoso, en algunas ocasiones, que ingiere líquidos con dificultad y por lo regular presenta atraso para aprender a manejar la cuchara. A causa de la falta de crecimiento cortical existe incoordinación psicomotora que impide que adquiera control de esfínteres.

Como consecuencia de su inmadurez neurológica algunos son torpes en movimientos gruesos y aún más en los finos, con incoordinación psicomotora que les dificulta comer, vestirse, etc.

Sus manifestaciones vocales por lo regular son inarticuladas. Presentan características físicas y psíquicas que obstaculizan su progreso en los programas de la escuela regular. La imprecisión de la imagen corporal y la dificultad para la lectura y la escritura son también otros aspectos -- que presenta.

Otras de sus características son: inestabilidad emocional, hiperquinesis con excitabilidad afectivo-emocional y -- ambas son manifestaciones de su desequilibrio neurológico -- causado por su desarrollo inmaduro. Además de que sus movimientos son incontrolables e irreflexivos, presentan atención dispersa, agitación, angustia y agresión en algunos casos. Continuando con su tipo de carácter, algunos son tranquilos e inofensivos, otros apáticos, a veces impulsivos y destructivos. Presentan también trastornos psicósomáticos -- como tensión emocional y ansiedad, fobias, inhibición, vicios y aberraciones sexuales en algunas ocasiones.

Por todas estas características que demuestran su comportamiento inadecuado, tienen problemas para adaptarse al medio familiar, escolar y social.

Las características que se enunciaron son generales y -- algunas de ellas serán tratadas con mayor profundidad más -- adelante.

#### Características particulares:

Dentro de las características en particular se tratarán

los sentidos, la motricidad gruesa y fina, el lenguaje, su aspecto educativo o aprendizaje, sus sentimientos y emociones, su aspecto sexual y el social y como consecuencia de estas características y formas de comportamiento se tratará la reacción de los demás hacia ellos, es decir, la reacción de los padres, de la familia en general y de la sociedad.

Al presentar la información acerca de las características de los deficientes mentales, parecerá como si se diera una lista interminable de aspectos negativos, pero por lo regular se conocen como características particulares de ellos, precisamente aquellas que los hacen diferentes al promedio de los niños y generalmente dichas características no son positivas.

#### a) Sentidos

Primeramente se tratará el sentido del tacto, posteriormente el del gusto, el visual y dentro de él la percepción, el sentido del oído y por último el del olfato.

Desde pequeño el bebé utiliza sus sentidos, los cuales se encuentran en un orden de maduración ya que primero se vale de los sentidos próximos como son el tacto y el equilibrio y posteriormente utiliza los sentidos distantes como son el oído y la vista.

Con el tacto el niño percibe la posición y el movimiento de su propio cuerpo (sentido cinestésico) y al igual que los bebés cuyo intermediario entre ellos y el medio exterior

es la piel o sea el sentido del tacto, los niños deficientes mentales aprenden mediante él, por ello es tan importante -- para los profundamente retardados el sentido del tacto más -- que otros sentidos, además de que por lo regular no se en--- cuenta afectado.

En cuanto al sentido del gusto, es oportuno mencionar -- que de no vigilar a los deficientes mentales algunos comerán basura o cualquier otra cosa no comestible, llevándose a la boca cuanto objeto encuentren en su camino. Y aunque los -- bebés también lo hacen, la diferencia se encuentra en que -- los niños de inteligencia normal aprenden más rápidamente a distinguir lo comestible de lo que no lo es, mientras que -- las personas severamente retardadas poseen una inteligencia tan limitada que no usan sus experiencias pasadas para aprender, sino que cometen frecuentemente el mismo error. Otra -- teoría al respecto sería que sus papilas gustativas y seña-- les nerviosas se encuentran tan mal desarrolladas que el --- mensaje de que "esto no sirve para comer" no les llega.

Algunos niños actúan como si no les interesara relacionarse con las personas, pero lo que sucede es que su sentido visual está poco desarrollado comparativamente con el tacto que es mediante el cual ellos se comunican y por esa razón -- parece que no miran a la gente porque no les interesa o porque son sujetos pedantes.

Su percepción también se encuentra atrofiada, como en -- el campo visomotor donde se encuentran problemas para copiar



figuras o construir de acuerdo con un modelo. Se le difi-  
 culta oír y reconocer sonidos además de ser incapaz de ubi-  
 car su posición. Posee escaso sentido de la secuencia del -  
 tiempo, con problemas para captar diferencias entre objetos  
 de aspecto semejante, por ejemplo, la posición y la direc-  
 ción (son por nos, es por se, p por q, d por b, etc.), de --  
 allí su dificultad para poder aprender a leer y escribir.

Hay que tener cuidado de no exceder el estímulo auditi-  
 vo, ya que los ruidos exagerados lo inquietan provocando ---  
 agresividad o llanto, al contrario de la música tranquila --  
 que calma sus nervios. Le cuesta trabajo entender una orden  
 y más aún si se le repite porque al oírla varias veces le --  
 presta menos atención al significado, y si pensando que no -  
 obedeció porque no oyó lo que se le dijo, se le da la orden  
 en voz alta esto le provoca irritación independientemente de  
 lo que se le diga.

El olfato es más importante en algunos niños que en ---  
 otros, ya que careciendo del resto de sus sentidos o teniénd-  
 olos poco desarrollados recurren a él como un auxiliar e --  
 incluso, comparativamente, éste llega a desarrollarse más --  
 que el resto a causa de su uso frecuente.

#### b) Motricidad

Por su deficiencia mental los niños presentan disminu-  
 ción neurológica que se manifiesta como falta de precisión -  
 en los movimientos, torpeza y pobre coordinación. Esto pue-  
 de detectarse cuando el niño tiene problemas para caminar, -

correr, saltar, arrojar cosas y en lo referente a motricidad fina como escribir, cortar, dibujar, etc.

Para estos niños es más fácil estar en constante movimiento que mantenerse quietos ya que para esto se requiere mucha atención y control de sus músculos, cosa que difícilmente pueden lograr, a menos que reciban ayuda por medio de ejercicios. Caminar es un reto, ya que cuando aprenden son más grandes que los demás y las caídas son más dolorosas, -- por lo tanto, las ocasiones en que lo intentan son menos --- frecuentes.

Algunos presentan problemas posturales al caminar, pues por lo regular, lo hacen con la cabeza hacia abajo como evitando ver a las personas, pero lo que sucede es que para --- ellos es más difícil mantener la cabeza erguida y cuando lo hacen están invirtiendo mayor fuerza en eso ya que requieren atención constante para poder sostener tales músculos. Al no ver a la cara a las personas parece como si no les intere--- resara relacionarse con ellas y llegan a ser considerados -- por los demás como sujetos pedantes o antisociales.

Como se puede observar, los trastornos que provoca todo esto se pueden manifestar en conductas muy diversas, desde - aislarse y parecer pedantes ante sus compañeros, o bien, manifestando sus frustraciones de una manera más vedada a los ojos de las personas no especializadas en el tema, pero que los expertos pueden notar como una conducta que es conse--- cuencia de un problema emocional. Por ejemplo, un sujeto --

que no puede caminar manifiesta sus sentimientos en un dibujo de la figura humana, la cual aparece sin piernas. O bien, de una manera más evidente, al no desear jugar con sus compañeros porque el equipo siempre pierde por su culpa ya que es muy torpe y por ello prefiere aislarse de los demás.

### c) Lenguaje

Algunos niños deficientes mentales presentan problemas de lenguaje originados por su padecimiento el cual se manifiesta en su pobre desarrollo que obstruye la comunicación. Como manifestación de este trastorno se encuentran: pobre articulación, vocabulario limitado, se nota que hablan con palabras o frases y no con oraciones y, en otras ocasiones, se niegan por completo a hablar. Pero no solamente los problemas orgánicos tienen estas consecuencias, sino también los emocionales y las lesiones físicas que dañan la capacidad de comunicación. Esto es, que si en sus intentos por hablar encuentran como respuesta de su interlocutor que se burla constantemente de su manera de hacerlo y de su pronunciación o que el maestro o el adulto que los escucha corrige cada palabra que dicen sin notar que están haciendo un gran esfuerzo para llegar a eso, su reacción es deprimirse o negarse a hablar.

Como el niño deficiente mental comienza a hablar varios años después que el niño normal y presenta dificultad para entender oraciones gramaticales complejas, se auxilia de la comunicación no-verbal, que es de gran importancia para su desarrollo psicológico y para el equilibrio afectivo entre -

la madre y él. Esto significa que su periodo de lenguaje -- no-verbal es más amplio que en el resto de los niños y en -- ocasiones es el único con que contará toda su vida.

La expresión verbal es un instrumento del pensamiento, aunque su ausencia no significa que el niño no piensa. Lo que sucede es que existe un tipo de pensamiento que algunos niños deficientes mentales no pueden alcanzar, tal tipo de pensamiento es aquel en el cual el niño guarda en su mente -- las imágenes de objetos, personas, actividades, etc., que -- posee en su experiencia y que con sólo nombrarlas pueden ser sustituidas en un momento determinado. Sin embargo algunos niños, de los que son considerados como deficientes mentales severos, no alcanzan el estadio en el cual se opera únicamente con símbolos verbales.

#### d) Educación

Los deficientes mentales suelen hallarse por debajo del promedio en las funciones intelectuales, aunque no con uniformidad, es decir, algunos en ciertas funciones y otros en otras.

En los aspectos que fallan son, por ejemplo, las nociones conceptuales de tiempo y espacio, ya que un niño normal las adquiere desde que es muy pequeño y su madre lo transporta de un lado para otro, otras las adquiere más adelante. Pero cuando el niño deficiente mental las llega a captar, lo hace de una manera muy defectuosa y a una edad más avanzada que los demás niños. Tales conceptos de tiempo y espacio --

son: junto y separado, lejos y cerca, otra vez, el otro lado, etc.

Presentan desde el principio escasa capacidad para el estudio, algunos pueden hacer buen uso de su memoria y tener buen éxito en los dos o tres primeros grados escolares, pero cuando se complican las tareas empiezan para ellos las dificultades, porque cada vez son más difíciles, más abstractas y requieren generalizaciones.

En el trabajo escolar, por lo general, estos niños actúan en forma defectuosa y progresan muy lentamente. Presentan poco interés hacia las actividades, las abandonan rápidamente, cambiándolas por cualquier otra o por otro interés pasajero. Por lo regular trabajan poco, algunas personas piensan que son flojos, pero lo que sucede es que la actividad y la tensión nerviosa los fatiga y por ello se resisten a continuar. Los trabajos que requieren esfuerzo mental implican un doble esfuerzo, mientras que los físicos requieren menos.

Algunos niños son hipersensibles y sólo con organizar su material de trabajo ya se sienten exaltados y fatigados para concentrarse en lo que sigue. Otros, por errores educativos, están condicionados a no trabajar ya que se les obligó a tomar parte en actividades que rebasaban sus posibilidades y al fracasar constantemente optaron por no intentarlo más. Otras veces se niegan a hacerlo porque no entienden las instrucciones y se angustian de pensar que lo --

harán mal y eso les causará problemas y disgustos.

En los casos de los niños deficientes mentales que conocen las letras, se les empieza a enseñar a leer y algunos usan su memoria o asocian la ilustración con las palabras escritas y suponen o adivinan lo que dice ahí, es decir, aparentan leer. Pero el instructor se puede dar cuenta de que el niño utiliza algunas prácticas mecánicas y su memoria. O en otras ocasiones, cuando se le pregunta, no tiene el conocimiento práctico de qué es lo que leyó porque no lo entendió, solamente unió sílabas sin ningún sentido.

Las personas, por lo regular, creen que estos niños no sienten la necesidad de aprender, pero están en un error, -- pues en algunos de ellos sí surge tal necesidad. Claro que aparece más adelante que en los demás niños, pues cada estadio de su desarrollo o cada periodo dura más tiempo.

#### e) Emocional

Los niños deficientes mentales presentan inmadurez emocional, que generalmente se caracteriza, por una marcada dependencia hacia la madre, llanto sin motivo aparente, egoísmo y narcisismo exagerados, cólera y cambios de humor, estos últimos van del miedo a la depresión o a la indiferencia. -- También presentan trastornos del sueño que van acompañados de terrores nocturnos. En cuanto a su conducta, algunos -- presentan problemas como hiperquinesis, agresividad, inhibición o manifestaciones de inseguridad, agitación y angustia, además de que quienes ingresan a la escuela frecuentemente --

desertan.

También presentan problemas de inmadurez que les impiden dominar sus impulsos y controlarse, por lo que en ocasiones se puede notar que no toman sus propias decisiones, ni se conducen adecuadamente, no se autocritican y por lo regular no adquieren los valores morales de la sociedad a la que pertenecen.

En estos niños es común la inadaptación social causada por su agresividad, sus actitudes indiferentes o negativas, su retraimiento y en algunos casos su pasividad.

El niño deficiente mental tiene la necesidad de sentirse seguro, porque es más ansioso y temeroso que los demás niños, tal seguridad la adquiere cuando tiene satisfechas sus necesidades básicas, como son, su alimentación, la protección a las inclemencias del tiempo y a los peligros físicos, aunque los muy retrasados no toman en cuenta estas satisfacciones.

También adquirirán seguridad si saben y pueden solucionar sus problemas, además de que se sentirán independientes y para ellos ésto es muy importante. Algunas veces, para sentirse seguros, recurrirán a hacerse ya que ese movimiento los tranquiliza, o bien, porque encuentran placer en esa actividad.

Para sentirse seguros necesitan prever lo que va a su--

ceder o suponerlo y si no pasa lo que ellos esperaban se inquietarán. Y cuando tienen un cuidador que es una persona inconstante, es decir, que cambia de actitud de un momento a otro, les provocará angustia y miedo porque no sabrán cómo comportarse ante él, o bien, el hecho de cambiar de cuidador les causará angustia, sobre todo si eso sucede frecuentemente. La estabilidad los equilibra emocionalmente y se requiere que no únicamente las personas sean constantes, sino también el ambiente y la actividad, por ejemplo, los objetos — que se encuentran a su alrededor y su rutina diaria.

Cuando el niño se siente angustiado o presionado se — torna agresivo, ya que esa es su reacción ante el peligro, — de defenderse de lo desconocido o de lo que le causa temor, pero cuando no sabe canalizar su agresividad la descarga sobre sus compañeros o sobre su cuidador, provocando un círculo vicioso porque los padres o maestros lo regañarán o castigarán y él buscará nuevamente en quien descargar su agresividad. Lo más recomendable es que la canalice mediante el juego y otras actividades, es decir, de una manera socialmente aceptada.

Al ser agresivo consigue ser impopular ante el grupo, — ya que molesta a los demás, y no mejora su conducta porque — por lo regular presta poca atención a las críticas o consejos y el rechazo de sus compañeros agrava la situación porque él no cambia, al contrario, continúa respondiendo agresivamente. Otras veces realiza mal las actividades y falla en sus intentos y esto le causa temor a ser rechazado y —



como consecuencia ataca antes de que los demás lo lastimen con sus comentarios.

Siente la necesidad de que se le preste atención, si la consigue cuando trabaja correctamente y se comporta bien no necesita buscarla de una manera negativa, es decir, con groserías ni agresividad e incluso sin llegar a autodestruirse mordiéndose, golpeándose, etc.

También, y como ya se mencionaba, el niño deficiente -- mental tiene la necesidad de sentirse independiente, y aunque muchas veces no alcanza esto totalmente, se siente satisfecho con los pequeños logros que obtiene porque le proporcionan sentido de seguridad y le dan más oportunidades de -- desarrollarse.

El sentido de la dignidad personal está relacionado con la posesión de una función social, ya que él creerá que vale por lo que puede hacer e intentará hacerlo cuando tenga alguna posibilidad o esperanza de obtener éxito. En un principio, y para sentirse que vale, requerirá del cariño de los que lo rodean además de su atención. Pero después su auto--evaluación se apoyará en la realización de una función social útil ya que tal sentimiento será benéfico para él.

La masturbación es un síntoma frecuente en los deficientes mentales porque algunas veces sustituye a la satisfacción sexual pero, por lo general, esta actividad los refuerza, ya que sirve como autosatisfacción, es decir, que se

obtiene satisfacción por medio del propio cuerpo como una -- reacción por no poder obtener placer y seguridad del mundo - exterior. Muchas veces, la causa de esta actitud es la tensión emocional, la frustración, sus necesidades insatisfechas y la falta o la mala convivencia con los adultos, entre otras muchas.

Según lo que se les brinde o lo que se les exija serán más o menos felices ya que muchas veces dependen de las personas que se encuentran a su alrededor, de cómo los traten o de cuánto demanden de ellos.

#### f) Sexual

El ser humano posee necesidades instintivas para la -- conservación de la especie, pero no son tan evidentes ni tan incontrolables como en los animales, más bien, requieren de aprendizaje y se realizan en convivencia con otras personas. Estas necesidades pueden ser comer, alejarse del peligro, -- reproducir su especie, etc. Pero, en ocasiones, aún cuando se encuentre satisfecha la necesidad biológica de comer, el sujeto requerirá de hacerlo en compañía de otras personas.

En cuanto a la sexualidad, existe el sexo biológico y - el que se considera aprendido de acuerdo a las costumbres y las expectativas de cada sociedad. Los chicos deficientes - mentales aprenden a conducirse de acuerdo a su sexo y a cierta edad interactúan con sus compañeros de sexo opuesto.

Respecto a la ley de reproducción humana, ésta se mani-

fiesta en los niños deficientes mentales a la edad aproximada de 12 a 14 años, es decir, cuando su organismo sufre una transformación en su sistema genital que repercute a su vez en su estructura biopsicomental y psicosocial.

Específicamente, se le enseña al niño desde pequeño a comportarse de cierta manera aceptada por la sociedad y él mismo siente la necesidad de adquirir características psicológicas de su sexo puesto que únicamente se aceptan personalidades definidas, es decir, masculina o femenina. Y al llegar a la adolescencia, los jóvenes sienten la necesidad de convivir con otros chicos y chicas de su edad y de diferente sexo. Esto se puede lograr si el muchacho asiste a escuelas mixtas, a clubes, a centros de trabajo, etc., donde seguramente encontrará personas que tengan sus mismos gustos e intereses.

En algunos casos, los muchachos adoptan actitudes de proteger a los niños más pequeños, imitando de esta manera el comportamiento de sus padres; por ejemplo, hay quien ayuda a su compañero para que suba las escaleras, o bien, que carga a los más pequeños para transportarlos de un sitio a otro, quien cuida en el parque de juegos a los pequeños o los lleva de la mano al baño, o bien, que se hace cargo de uno de ellos a la hora de la comida, etc.

Con respecto al sentido estricto del impulso sexual, éste se da con menor intensidad en los niños deficientes mentales respecto a los normales, guardando una estrecha re-

lación con su deficiencia biológica que es global.

### g) Social

El niño deficiente Mental presenta una conducta psicossocial anormal, por ejemplo, se dice de él que puede ser indisciplinado, cruel con los animales y con las personas, agresivo, que deserta de la escuela, que en ocasiones es parásito de su familia, que se dedica a vagabundear, que es rebelde o que se dedica a robar, al tabaquismo y al alcoholismo, a la drogadicción y a la delincuencia y, por todo ello, es un desadaptado social porque es perjudicial para ella. Pero no todos tienen por qué comportarse así, pues si se les guía y se les orienta pueden mejorar, ya que todas estas conductas pueden ser respuesta a la amargura que les causan los miembros de la sociedad.

Una de las necesidades más importantes que tiene el niño deficiente mental, y que es de carácter social, es la de cariño. Siente la necesidad tanto de darlo como de recibirlo. Otra necesidad social es la de convivir con otros niños de su edad y de sus gustos, por ello no es conveniente que se les mantenga aislados. Sin embargo existen casos de niños hipersensibles a quienes el ruido o la compañía de otros les molesta.

Algunas personas profundamente retrasadas no aceptan ir vestidas y, por su parte, la sociedad no acepta la desnudez, por eso se dice que se les rechaza más por su conducta inadaptable a las normas sociales que por su bajo rendimiento esco-

lar.

Los deficientes mentales requieren, como todos, de una capacidad para convivir que puede ser buena disposición para cooperar con los demás, para considerarlos, es decir, tomar en cuenta sus necesidades, etc. También requieren de sentimientos de comprensión, de compañerismo y solidaridad para obtener o conservar las amistades.

Reacción de los familiares:

Son diversas las reacciones que presentan los padres y los hermanos de los deficientes mentales, son pocas las ocasiones en que tal reacción es favorable, ya que por lo regular tienden a rechazarlo.

La deficiencia mental es un problema social y psicológico para la familia, porque la separa, pero existen casos en que llega a unirla más, pues ante un problema común, la familia olvida o le da menos importancia a otros asuntos y se dedican a ese miembro, es su razón de ser, aunque esto no es tan conveniente porque en los casos en que dicho miembro llega a fallecer la familia se separa porque se ha acabado la razón por la cual estaban unidos y por la que luchaban todos juntos.

Los padres deben estar conscientes de que el problema de su hijo les acarreará reacciones negativas como evasión, es decir, desconocer o minimizar el problema, quitarse de responsabilidades, inconformidad con uno mismo y con los de-

más, irritabilidad, depresión, disgustos familiares, el divorcio, etc.

Existen madres de deficientes mentales que piensan que lo mejor que pueden hacer por su hijo es aislarlo para evitar que los niños se burlen de él o lo molesten, es decir, lo -- sobrepotejan, pero en realidad le están haciendo más daño -- ya que le quitan la oportunidad de convivir con otros y ---- aprender de ellos.

#### Reacción de la sociedad:

Por lo general la gente no sabe cómo comportarse ante -- los deficientes mentales, sus actitudes hacia ellos son muchas y muy variadas y van desde la compasión hasta el rechazo, pasando por la indiferencia. En los hogares, el 30% de los familiares tienen hacia el niño deficiente mental una -- actitud hostil, ya sea de agresión o de rechazo. De agre--- sión cruel y despiadada en un 12% y en un 30% de trato indiferente además de abandono físico y moral causado principalmente por la depresión en la que se encuentran los padres, al ver frustradas las esperanzas que tenían puestas en ese -- niño. (11)

Ellos mismos, los deficientes mentales, tienen una imagen muy devaluada de sí mismos, porque la sociedad se ha encargado de que así sea. Esta desvalorización influye en lo

---

(11) Coronado Guillermo, Op Cit, p. 56

inadecuado de su conducta que, con el tiempo, se transforma en falta de motivación para seguir adelante.

El deficiente mental se puede adaptar a la sociedad y - obtener independencia, pero si se aparta de las normas será rechazado ya que la sociedad castiga a quienes le causan --- problemas recluyéndolos en alguna institución y argumentando que es en beneficio del resto del grupo. Es decir, si la -- conducta del deficiente mental no se adapta a las normas sociales, lo margina, y más que hacerlo por su bajo rendimiento escolar, lo hace por su inadaptación social, por ejemplo, comer inadecuadamente, comportarse de manera escandalosa, -- llevar escasa o ninguna prenda de vestir, etc.

Muchas veces, en nombre del amor que se le tiene, se -- les sobreprotege y a causa de ésto los deficientes mentales pierden oportunidades de saber lo que saben los demás, ya -- que desconocen mucho del medio en el que viven simplemente -- porque no se les ha dado acceso a la información, a las actividades, etc., ya que dicen que para protegerlos es mejor que otros realicen las actividades por ellos, o bien, que se les faciliten las situaciones, quitándoles así la oportuni-- dad de aprender. Esta situación de sobreprotección provoca dependencia y restringe la libertad del ser humano.

Pero no sólo se le perjudica con la sobreprotección, -- sino que se le margina en todos los sentidos llamándole in-- válido o minusválido, pero aún cuando se cambiara el nombre la conducta hacia ellos seguiría siendo la misma si no se --

enseña a la sociedad a tratarlos adecuadamente.

Se han hecho intentos para integrar a personas deficientes mentales en grupos de trabajo, por ejemplo en fábricas, o en escuelas, cuando aún son pequeños, pero no han sido aceptados, porque la sociedad por su ignorancia tiene prejuicios hacia ellos. En el trabajo son objeto de bromas de mal gusto o de abusos por parte de sus compañeros y en las escuelas los padres de familia se quejan de que sus hijos tengan que convivir con esos niños "loquitos" como si de verdad lo fueran y, peor aún, como si se tratara de una enfermedad contagiosa. (12)

Se debe tomar en cuenta que la reacción de cualquier persona que se sintiera rechazada sería la de responder a esa agresión y las formas podrían ser varias, podría ser que el sujeto presentara problemas de personalidad, o bien, que atacara a la sociedad, porque él merece, como todos, la oportunidad de trabajar y de ser productivo. Claro que esto es sumamente difícil porque en las condiciones actuales de la sociedad hacen falta fuentes de trabajo y sobra mano de obra, por esa razón la competencia cada vez se agudiza más y las personas deben estar mejor preparadas para conseguir un empleo y más aún los deficientes mentales que compiten en desventaja. Pero se notará que se habla de competencia des-

---

(12) Gómez Palacio, Margarita, "Perspectivas ...", Op Cit, pp. 376-377



ventajosa y es que desgraciadamente la sociedad se mueve alrededor del triunfo o del fracaso y para obtener el primero se debe ser el mejor y esto implica compararse con otros para saber quien lo es.

## 1.4 ETIOLOGIA

Como se había mencionado, la deficiencia mental es de origen orgánico y las causas pueden ser:

- Infecciones del feto, como toxoplasmosis, sífilis, rubéola y citomegalia, ésta última provocada por un virus relacionado con el herpes.

- Intoxicaciones del feto en desarrollo como toxemia del embarazo, fenilcetonuria materna, hiperbilirrubinemia, intoxicación saturnina y alcoholismo materno.

- Trastornos del metabolismo o de la nutrición como la enfermedad de Tay-Sachs y Galactosemia.

- Anomalías genéticas como las que causan el Síndrome de Down, el Síndrome de Turner y el de Klinefelter. El 80% de las causas se deben a anomalías cromosómicas y mutaciones de genes aislados.

- La radiactividad puede causar deficiencia mental o algunas mutaciones. También los tóxicos ambientales como el plomo.

Cuando la madre contrae rubéola, incluso cuando ésta es asintomática, puede provocar al feto ceguera, sordera, cardiopatías y deficiencia mental. El daño es más grande si la madre se infecta durante los tres primeros meses del embara-

zo pero, afortunadamente, ya se dispone de una vacuna eficaz.

La toxoplasmosis puede causar grave deficiencia mental. Sus síntomas, con frecuencia, son parecidos a los de la gripe y otras veces es asintomática. Se produce por un parásito transmitido por la ingestión de carne cruda o poco cocida o por las heces del gato si es que éste se encuentra infectado. Claro que los efectos dependen del mes en que se encuentre el embarazo. En algunas ocasiones la enfermedad se manifiesta durante la vida, aproximadamente a los 20 años, - habiendo permanecido latente. Actualmente no existe un tratamiento para curarla, pero se dispone de una prueba de sangre la cual puede determinar si el feto está infectado o si la mujer, incluso antes del embarazo, la ha padecido. Además puede prevenirse ingiriendo sólo carne bien cocida y --- evitando el contacto con gatos.

El virus dos del herpes simple (H SV-2), que hasta ahora es incurable y mortal para los fetos y los bebés recién nacidos, puede padecerse antes del parto o en el parto, esto es, que el bebé se infecta al pasar por el cuello uterino -- que ya lo está y para evitarlo se practica la cesárea.

El síndrome alcohólico-fetal, causa deformaciones craneales y faciales, defectos en los miembros y deficiencia -- mental. Se sospecha que las consecuencias pueden ser más -- graves si la madre se encuentra entre las semanas 12 y 18 -- del embarazo, ya que en esa época es más rápida la multiplicación de células cerebrales en el feto.

### 1.4.1 DEFICIENCIAS MÚLTIPLES

Como el lector se podrá dar cuenta, los factores que -- causan la deficiencia mental provocan trastornos en la vis-- ta, el oído, en la motricidad o en la apariencia física como mutaciones o malformaciones faciales, etc. Por ello se dice que existen niños con deficiencias múltiples o, como algunos los llaman, con doble atipicidad.

Cuando las deficiencias que presenta el niño son trata-- das en distintas instituciones dependientes de la Dirección - General de Educación Especial, el educador se enfrenta a un problema al no saber en qué área incluirlo, pues se le puede atender en una escuela para deficientes mentales, pero si -- además es ciego, no existe material ni profesores especialis-- tas para él. O bien, si se le incluye en una escuela para - ciegos se presenta el mismo problema porque, por lo regular, no existe material ni personal capacitado para tratarlo ahí mismo. Para estos niños su tratamiento es aún más difícil - porque a su sordera, ceguera, debilidad visual, a sus proble-- mas músculoesqueléticos, etc., se suman sus problemas de --- personalidad, sociales, educativos y familiares entre otros.

## CONCLUSIONES

Al conocer algunas posturas que intentan definir la deficiencia mental se optó por aceptar aquella que incluye en este grupo a las personas que presentan retraso de origen -- orgánico, con síntomas observables tanto en su aspecto físico como en su conducta y cuyo diagnóstico y tratamiento son transnacionales y transculturales, es decir, que la persona deficiente mental es reconocida como tal tanto en su país -- como en cualquier otro y en cualquier cultura, de igual manera que su tratamiento es el mismo en cualquier país e cultura existentes.

Pero independientemente del nombre que se le dé, éste -- debe utilizarse únicamente para fines de comunicación entre las personas que trabajan con ellos, pues lo importante es -- el trato y la atención especializada que se les brinde y las oportunidades que se les den y no las puertas que se les --- cierran al saber que son deficientes mentales.

Ahora bien, se asegura que las personas deficientes --- mentales presentan un nivel intelectual inferior al de la -- población en general, pero ¿qué es la inteligencia?. De las posturas que se vieron, se concluye que la inteligencia es -- el resultado del funcionamiento cerebral, que sirve para -- solucionar problemas, que el hombre la ha utilizado para se--- brevivir y progresar en su cultura y que en ella influyen -- factores internos y externos.

Posteriormente se intentó medir la inteligencia de acuerdo a las conductas en las que se manifestaba, pero se encontraron separaciones en los criterios para decidir cuáles serían esas conductas.

En la corriente psicométrica fueron varios los investigadores que elaboraron tests para medir la inteligencia, pero no quedaron de acuerdo tanto en las clasificaciones que de ellos surgieron como en la esencia de las propias pruebas, pues eran subjetivas.

La corriente desarrollista propuso que eran cuatro las conductas iniciales que representaban a la inteligencia en cualquier cultura y país y que de cada una de ellas podría profundizarse para medir hasta la más precisa. Que el C.D. (Cociente de Desarrollo), como ellos llamaron al resultado de las pruebas, daba una visión de qué tanto se encontraba disminuida la inteligencia pero que dicho resultado no era definitivo pues podía variar si se ayudaba a la persona por medio de un tratamiento educativo adecuado.

Una alternativa, diferente a las clasificaciones de la corriente psicométrica de acuerdo al C.I. y al mal uso que se ha dado de ellas, es el Plan de Modificación de Conducta en Educación Especial cuyas bases son los conceptos desarrollistas y que le da un nuevo enfoque a la clasificación, esto es, mide las conductas y las evalúa por separado con el fin de elaborar un programa de rehabilitación para cada una de ellas y no utiliza una clasificación global que le cierre las puertas de la educación a los niños deficientes mentales

con menos posibilidades, pues para este plan existen alternativas incluso para aquellas personas que son rechazadas en instituciones donde se habla del límite que existe entre --- quiénes sí son capaces de aprender y quiénes no lo son.

Esto es muy importante puesto que, como se dijo, la inteligencia depende de factores internos y externos, y en el caso de los niños deficientes mentales, es poco lo que se -- puede lograr a nivel interno; pero es bastante lo que se --- consigue a nivel externo, es decir, la persona deficiente -- mental puede alcanzar un grado más elevado en su inteligen-- cia si se le ayuda por medio de tratamientos educativos adecuados, pero si se le niega la oportunidad de recibir tal -- ayuda recluyéndola en su hogar, o en alguna institución de-- pósito, y únicamente se le proporciona atención médica, tal vez se perderá la única esperanza con que ese sujeto contaba para avanzar, pues contradictoriamente se le niega la ayuda a quien más la necesita.

Independientemente de las pruebas psicométricas, la actitud o la apariencia física son características que ayudan a detectar al deficiente mental. Su detección puede ocurrir desde el nacimiento, si existe alguna evidencia física, o -- más adelante, con el paso del tiempo, cuando se note la di-- ferencia marcada entre la conducta de otros chicos y la de -- él mismo.

El hecho de detectar la deficiencia mental no es tan -- grave como algunos padres piensan, pues creen que en el mo--

mento en que se descubra que su hijo es deficiente mental se le rechazará y se le negarán las oportunidades durante toda su vida. Quizá algunos profesionistas con poca ética, y --- gente que ignora cómo es una persona deficiente mental, lo --- hagan; pero la principal finalidad de la detección es dar --- tratamiento eficaz y oportuno al niño desde la más temprana infancia.

Como ya se dijo, la ignorancia provoca que la gente no sepa cómo tratar a los deficientes mentales porque no los --- conoce y por tal razón se considera que es necesario infor--- mar a la población al respecto, brindándole conferencias, plá--- ticas, etc., donde se le explique cómo son los deficientes --- mentales y cómo debe tratarlos. Y para ello es importante --- conocer sus características; pero se debe aclarar que no to--- dos los deficientes mentales son iguales, ni actúan de la --- misma manera, pues existen algunos más atrasados que otros. Pero, en general, se puede decir que presentan problemas de lenguaje, de conducta, emocionales, etc., que les provocan --- conflictos con sus familiares, con sus compañeros de escue--- la, de trabajo y con la sociedad.

Sus características les causan problemas familiares --- porque los padres y hermanos reaccionan en distintas formas al desconocer el problema de esta persona y no saber cómo --- tratarlo, y su reacción puede ser rechazarlo, sobreprote--- gerlo, ignorarlo o maltratarlo. En la escuela puede suceder que los niños lo rechacen y se burlen de él, que se aparten de su lado y lo dejen solo porque esa es la actitud que han



aprendido de sus mayeres. En el trabajo los compañeros, al igual que el resto de las personas de la sociedad, no saben cómo tratarle y sucede que el deficiente mental despierta en ellos sentimientos de lástima, repulsión, indiferencia, etc.

Otro problema al que debe enfrentarse la persona deficiente mental es a ser comparada y perder siempre en esa comparación, incluso en esa competencia puede llegar a perder su empleo porque sus problemas de lenguaje, percepción, atención, personalidad, etc., repercuten desfavorablemente en su actitud.

Y a causa de las presiones a las que se encuentra sometido el deficiente mental, por parte de los miembros de la sociedad, reacciona de distintas maneras ya que se puede tornar introvertido, apático e agresivo y todo ello con razón pues no hace más que contestar a la agresión de que es objeto. Por eso, se pretende que la gente los conozca y se prepare para vivir con ellos en la sociedad.

Todos estos problemas pueden evitarse algunas veces si los padres toman conciencia de lo importante que es prevenir en lo posible, la deficiencia mental, como en los casos en que se origina por infecciones, intoxicaciones, desnutrición, anomalías hereditarias, accidentes, etc., y las personas que piensan tener hijos deben prepararse y someterse a exámenes médicos, sobre todo cuando en su familia existen antecedentes, pues no puede permitirse que por descuido, ignorancia o negligencia, condenen a una persona a cargar toda

su vida con una serie de problemas que pudieron haberse evitado si los padres hubieran tomado las medidas pertinentes y seguido las instrucciones del médico adecuadamente.

Las mismas causas que provocan la deficiencia mental -- algunas veces provocan también debilidad visual, ceguera, -- sordera, hipoacusia y problemas músculoesqueléticos que complican aún más el tratamiento de las personas que padecen -- más de una deficiencia, por esa razón se hace énfasis en la responsabilidad que tienen los padres de extremar las precauciones antes, durante y después del embarazo, porque sus descuidos pueden ser perjudiciales para sus hijos. Y en caso de que tengan un hijo que presente esos problemas, es su responsabilidad darle las oportunidades, desde su infancia, - para que lleve una vida lo más cercana a lo normal.

## CAPITULO 2

## RETRASO SOCIOCULTURAL

Se ha tratado el tema de la deficiencia mental y se ha aclarado quién es un deficiente mental y cómo se comporta regularmente. Ahora se hablará del retraso mental que algunas personas creen que es sinónimo de deficiencia mental pero, según los expertos, existe una gran diferencia entre unos y otros, ya que la deficiencia mental sí tiene una causa orgánica, mientras que el retraso mental es un retraso académico y únicamente se detecta con pruebas psicométricas de las que ya se ha hablado en el capítulo anterior y que se utilizan frecuentemente, pero no por parte de médicos especialistas, puesto que estos niños no se encuentran afectados neurológicamente, sino que su retraso se debe a cuestiones socioculturales ya que su ambiente les brinda pocas oportunidades de progresar y de integrarse a la cultura dominante.

El retraso mental se estima comparando el grado de desviación respecto de los valores sociales vigentes en un momento dado, de acuerdo a la cultura dominante. El problema no nace con el sujeto, más bien, se hace evidente conforme se desarrolla y asiste a la escuela, donde no se adapta a ese medio, sin embargo actúa normalmente en su ambiente y se adapta perfectamente a él. Entonces el diagnóstico no es transnacional ni transcultural.

## 2.1 CAUSAS

Los principales factores, tanto económicos, sociales y culturales, que influyen para el retraso mental pueden ser el ambiente familiar y social negativos, falta de higiene, promiscuidad y privaciones económicas, desventajas educativas y sociales, vivienda deficiente donde abundan las enfermedades, además de contar con pocos estímulos para obtener el éxito escolar.

Es necesario aclarar que el ambiente desfavorable no convierte a los niños en deficientes mentales pero si influye para que se retrasen y no desarrollen adecuadamente sus potencialidades como podrían hacerlo en un ambiente más benéfico. Vivir en ese ambiente les produce síntomas que dificultan su diagnóstico, es decir, que en las pruebas demuestran tener poca inteligencia; pero lo que sucede, es que sus conocimientos son tan limitados que parecen retrasados si se les compara con el grueso de la población, más con ayuda pueden mejorar. Esto no quiere decir que siendo deficientes mentales dejen de serlo por medio de la ayuda que les proporciona una educación adecuada, sino que les da la oportunidad de aprovechar al máximo la capacidad con la que cuentan.

Un factor determinante en el retraso mental es el medio ambiente, ya que si éste cuenta con pocos o carece de estímulos, afectará al niño tanto como si poseyera una pobre dote biológica. Y, por el contrario, un ambiente culturalmente estimulante ayudará al niño a aumentar su nivel de desa--

rrollo en el aprendizaje.

El rendimiento escolar y el nivel socioeconómico van -- muy relacionados, ya que este último le da acceso al niño a conocimientos que a alguien de escasos recursos no le es posible adquirir, por ejemplo, libros, revistas, paseos, etc., pero no es solamente lo que se puede comprar sino lo que le proporciona el mismo ambiente, como podrían ser, unos padres que sí saben leer y escribir y que cuentan con algunos estudios y un hogar en el que se escucha hablar de temas que enriquecen la cultura.

En cambio, las personas que son consideradas como retrasadas mentales provienen de zonas marginadas y de una gran -- pobreza económica y cultural. La primera, es decir, la po-- breza económica provoca la pobreza cultural, ya que cual---- quier persona primero debe satisfacer sus necesidades ele--- mentales, como son, comer, vestirse, tener un techo, etc., y una vez cubiertas éstas, se podrá dedicar al estudio y a in-- crementar sus conocimientos. En la mayoría de las ocasio--- nes, los niños de estas zonas que se denominan marginadas, -- desertan de la escuela, otras veces no asisten a ella regu-- larmente y esto provoca que sean los más atrasados del gru-- po, pues como necesitan salir a la calle a ganar dinero pa-- ra comer, le dan poca importancia a los estudios.

Un elemento más que provoca su atraso en la escuela, es que con frecuencia el niño no entiende lo que se le dice, ya sea porque hable el dialecto de sus padres y tenga pocos ---

elementos del lenguaje del lugar, o bien, porque en su hogar se hable poco y con un lenguaje que no se utilice en la escuela.

Otro más podría ser, que lo que se le enseña en la escuela no se puede llevar a cabo en su hogar o que es contrario a las costumbres de la casa, por ejemplo, hay quien es mal visto en la escuela por asistir sucio o llevar sus tareas (si es que las lleva) sucias y sus libros y cuadernos en mal estado, etc., pero la razón es, que en el hogar se carece de agua hasta para lo más indispensable y la casa, en general, cuenta con poca higiene. Que el chico debe salir a trabajar, atender la casa o a los hermanos y, en ocasiones sucede que, no cuenta con un espacio físico donde realizar las tareas, estudiar para los exámenes, mantener sus libros y cuadernos alejados de las manos de los hermanos pequeños o de la grasa de la cocina, etc.

O bien, cuando le quedan dudas acerca del tema que se trató en la escuela, los padres no pueden ayudarlo pues, por lo regular, son analfabetos y sus conocimientos académicos son pocos o nulos, porque casi no asistieron a la escuela y aprovecharon mínimamente las enseñanzas.

También los problemas afectivos en la familia disminuyen el rendimiento del niño ya que aprovechará poco la información que se le da en la escuela si en su hogar existen problemas familiares como abandono, riñas, golpes y malos tratos, etc.

Como se podrá dar cuenta el lector, lo que caracteriza a estos niños es su bajo rendimiento escolar ya que como se decía, sus deficiencias se manifiestan en determinadas circunstancias, es decir, que fallan en la escuela y en algunas normas sociales, pero muchas veces, al alejarse del medio -- escolar nadie los vuelve a catalogar como retrasados mentales pues en su ambiente se comportan adecuadamente.

## 2.2 CRITERIOS DE CLASIFICACION

Los criterios de clasificación son las pruebas psicométricas, que según se ha dicho, miden por lo regular capacidades académicas. Y, por lo que se sabe, el funcionamiento cerebral de estos niños no se encuentra afectado, pero al no responder a las pruebas, su C.I. resulta ser bajo.

Frecuentemente se comete un error confundiendo la falta de conocimientos con la falta de inteligencia y, como ya se quedó de acuerdo en páginas anteriores, se entiende por inteligencia la capacidad del sujeto para adaptarse a su medio y no los conocimientos académicos que posea, como si tales conocimientos fueran la esencia de la inteligencia.

Las personas que son clasificadas como retrasadas mentales, actúan normalmente en su grupo social y se adaptan perfectamente a él, pero al ingresar al sistema escolar se les diagnostica porque presentan problemas para asimilar los conceptos que se les brindan y por no realizar las labores escolares como el resto de los niños y se corrobora la sospecha cuando se le aplican las pruebas tradicionales que pretenden medir el funcionamiento intelectual como las escalas elaboradas por Wechsler. Pero esto es injusto porque tales pruebas se encuentran impregnadas de valores culturales de quienes las elaboraron y a los cuales no ha tenido acceso el niño a quien se le aplicaron, es por eso que el resultado es retraso mental.



Por lo regular estos niños provienen de ambientes pobres en el aspecto económico y cultural y no cuentan con el lenguaje que se necesita en la escuela pues, como ya se ha dicho, en sus hogares se habla algún dialecto, o bien, se habla escasamente y tampoco cuentan con los elementos de la cultura dominante por no haber tenido acceso a ella.

Son varios los expertos que afirman que la institución escolar se encuentra en un error porque al alejarse estos niños del medio escolar nunca más se les vuelve a clasificar como retrasados mentales o como subnormales. Esto demuestra que la escuela y las pruebas de inteligencia sirven a ciertos grupos pero no a todos y, sin embargo, a todos se les quiere medir con los mismos métodos y encasillar en los mismos modelos y el que difiera de ellos es denominado como retrasado mental o como subnormal.

Las pruebas psicométricas fueron hechas para un grupo de niños de Estados Unidos de Norteamérica y no se pueden aplicar en México porque se trata de otra cultura muy diferente y por esa razón no son adecuadas. Para los niños mexicanos se ha intentado desarrollar pruebas exentas de cultura, o bien, producir pruebas de equidad cultural basándose en que, independientemente de la cultura, existen temas o problemas comunes a todos.

Fue así como se tradujo y apropió a la cultura mexicana la Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños (WISC-R) -- que al parecer tiene buena validez y confiabilidad aunque --

probablemente sirva para niños de la ciudad pero no para pobladores rurales o para niños de zonas marginadas. Su utilidad radica en tener un lenguaje oficial, es decir, para aclarar que el niño fue evaluado con tal o cual prueba y si la mayoría la utilizan, servirá como parámetro.

Se sabe que el criterio para ingresar a las escuelas de pendientes de la D.G.E.E., (Dirección General de Educación Especial), es que los solicitantes cuenten con un C.I. de 35 en adelante, hasta 79 y que no presenten estigmas.

La escala de inteligencia Wechsler valoriza por medio de pruebas verbales la imaginación, la comprensión, la aritmética, las analogías, el vocabulario y la retención de dígitos. También cuenta con pruebas de ejecución como las figuras incompletas, la ordenación de dibujos, el diseño de bloques, la composición de objetos, las claves y los laberintos.

Pero para colocar al sujeto en un nivel de la clasificación como suele hacerse, se sugiere que además del test psicométrico se utilice uno de madurez social, se tome en cuenta su historia médica y la observación del ambiente familiar, sus condiciones socioeconómicas, características de los padres, etc., cuestiones todas que no sólo son importantes sino fundamentales para entender el problema del niño.

Las pruebas que dan como resultado el cociente intelectual son injustas en cuanto a que tienen un alto índice del

factor verbal y algunos niños no entienden el idioma ya sea porque hablen como lo hacen sus padres porque en sus hogares se les haya enseñado de esa manera o, simplemente, porque se hable lo menos posible. También son injustas porque evalúan cuestiones a las que el sujeto no ha tenido acceso, como completar figuras de objetos, animales, etc., que tal vez nunca haya visto.

Se dice entonces que el C.I. no es el valor de la inteligencia ni del retraso sino que es la medida de la incapacidad del sujeto en el rendimiento dentro del sistema escolar. Y las clasificaciones tradicionales son etiquetas que perjudican al sujeto porque le crean problemas tanto emocionales como sociales.

En la siguiente cita se hace evidente como se tiende a relacionar a la inteligencia con cuestiones escolares.

"Los típicos tests de inteligencia ideados para su utilización en nuestra cultura con niños de edad escolar o adultos miden principalmente aptitudes verbales: en un grado menor, abarcan también las necesidades para manejar los símbolos numéricos y otros símbolos abstractos. Estas son las aptitudes que predominan en la enseñanza escolar. En su mayoría, los tests de inteligencia pueden, por consiguiente, considerarse como medidas de la aptitud escolar. El C.I. es tanto un reflejo del anterior rendimiento como un pronosticador de la subsiguiente actuación educativa. Debido a que las funciones que se enseñan en el sistema educativo tienen

una importancia básica en nuestra cultura, el C.I. es también un pronosticador eficaz de la actuación en numerosas ocupaciones y otras actividades de la vida adulta." (13)

Algunas pruebas cuentan con varias áreas para evaluar, otras se limitan a una, y esto es conveniente porque no se promedian con otras y así se conoce el resultado real de cada una de ellas. Pero en el caso de varias áreas se obtiene un resultado global que es su promedio, desconociéndose en cuál área se encuentra en desventaja el sujeto y en cuál se encuentra de acuerdo a lo que se esperaba de él, esto impide que se le pueda brindar ayuda donde la necesita.

Según la medida resultante del test de inteligencia, o sea, el cociente intelectual, se traza un límite entre la normalidad y el retraso mental, pero por lo que se sabe, no existe acuerdo en cuanto a tal límite.

Para la O.M.S. (Organización Mundial de la Salud), la frontera entre lo normal y lo anormal se encuentra entre 49 y 50 de C.I. y para la Asociación Psiquiátrica Americana se halla entre 69 y 70. Para algunos la deficiencia intelectual leve es sinónimo de retraso mental y va de 55 a 69 de C.I. Otro aspecto importante es que estos niños rara vez presentan dificultades físicas acentuadas y las pruebas de laboratorio destinadas a diagnosticarlas generalmente ofre-

---

(13) Anastasi, Anne, Tests Psicológicos, p. 220

cen resultados negativos.

La clasificación va ligada, en ocasiones, a la creencia de que el sujeto puede o no puede aprender, pero en los programas de rehabilitación elaborados por colaboradores de la E.N.E.P. plantel Iztacala, se sostiene la tesis de que todo retardado es entrenable. Las pruebas de diagnóstico que se utilizan en estos programas, no se parecen a las tradicionales las cuales dan como resultado el C.I., pues en estos casos la clasificación sirve para etiquetar al sujeto, pero en el programa que se lleva a cabo en la E.N.E.P. y en los Centros de Educación Especial y Rehabilitación, de los que se hablará posteriormente, las pruebas y sus resultados sirven para proporcionarle un tratamiento adecuado. Por lo tanto - el significado de la clasificación es diferente.

### 2.3 CARACTERISTICAS

Las personas que son denominadas y tratadas como subnormales se comportan de manera diferente, por lo tanto sus características son diferentes también al resto de la población.

A causa de la inestabilidad familiar que existe en sus hogares y en el ambiente en que se desarrollan, estos niños presentan algunos problemas de adaptación puesto que los ejemplos que ven no los pueden repetir en la escuela o en cualquier otro lugar. Tal inestabilidad familiar puede deberse a problemas como desempleo y consecuentemente pobreza económica, hogares deshechos por padres separados o madres solteras, golpes, malos tratos o malas palabras, o bien, el ambiente que los rodea y que influye negativamente en ellos, como podría ser, el crimen, la delincuencia, el alcoholismo, la drogadicción, la prostitución, etc.

Los niños pueden reaccionar de diferentes maneras a tales circunstancias que les son tan adversas, pueden ser agresivos mientras que otros niños, por el contrario, tienden más bien a ser tímidos y a estar en constante estado de depresión.

En cuanto al nivel de aspiraciones que ellos tienen, por lo regular es muy bajo como consecuencia de los continuos fracasos que han experimentado, o bien, porque carezcan de las oportunidades necesarias para poder lograr sus objetivos, por eso regularmente poseen una mentalidad de perdedores, de que siempre van a fracasar en lo que emprenden.

Rara vez presentan deficiencias físicas o malformaciones evidentes y al separarse del medio escolar nadie vuelve a clasificarlos como retrasados y en ocasiones llevan una vida normal con una adaptación satisfactoria respecto a las exigencias de su medio ambiente.

Respecto a sus hijos, nacen sin complicaciones de tipo hereditario e de cualquier otra índole, a menos que la madre padezca desnutrición grave, pero al paso del tiempo se van pareciendo a sus padres pues así los va formando ese ambiente tan desfavorable.

Sin ayuda todo puede convertirse en un círculo vicioso porque en una sociedad con desempleo, las personas poco preparadas no tienen elementos suficientes para competir por un puesto, así que por lo regular, son eventuales o subempleados que muchas veces viven en la miseria y procrean hijos -- que por influencia de ese medio, vuelven a fracasar en la escuela e a desertar para conseguir dinero y sobrevivir y al crecer son también adultos poco preparados.

## 2.4 REACCION DE LA SOCIEDAD

Para la sociedad es difícil aceptar a personas con diferentes grados o niveles de eficiencia, puesto que tendrían - que cambiar la concepción de normalidad, los valores del grupo social y establecer niveles de competencia diferentes. - Es más cómodo pensar que son anormales y brindarles ayudas - que sólo son paliativos en vez de darles oportunidades de ser como todos.

Una actitud muy característica de la gente en general - es la de tratar de sobreproteger a estas personas, de realizar las actividades por ellos o ayudarlos constantemente pero en realidad esto lejos de beneficiarlos los perjudica ya que los hace dependientes y les impide aprender a solucionar sus problemas ellos mismos, incluso eso puede ser cómodo para -- quienes son llamados retrasados pero es dañino tanto para -- ellos como para la sociedad porque teniendo la oportunidad - de alcanzar la normalidad deseada no lo hacen.

La sociedad da soluciones que no siempre son las mejores, por ejemplo, el niño recibe ayuda en un lugar que no es su - hogar ni su ambiente, esta ayuda dura cierto tiempo, pero al regresar a su casa el niño se vuelve a encontrar con los mismos problemas que le provocan su inadaptación al grupo social principalmente en la escuela.

El recurso de colocar al niño en un grupo de clases especiales no es lo mejor para él pues lo que necesita es inte



grarse a un ambiente normal no retrasado como el de su casa, más bien el cambio debe iniciarse en su hogar.

Con ayuda adecuada estas personas pueden llegar a mejorar a diferencia de los deficientes mentales cuyo retraso es de origen orgánico y, aun cuando las circunstancias sean óptimas, avanzarán pero no llegarán a la normalidad como puede lograrlo el niño que padece un retraso de origen sociocultural.

Es difícil, pero no imposible, su rehabilitación que -- consiste en darle las mejores oportunidades para integrarse a la sociedad, pero algunas veces los medios no son tan fáciles de obtener, ya que se requiere de cambiar sus circunstancias de vida y eso no se logra de la noche a la mañana, -- es necesario un cambio desde las estructuras de la sociedad para que no existan esas desigualdades económicas y por ende sociales y culturales. O bien, que no se exija lo que no se puede conseguir como sería que un niño del campo, de un grupo étnico aislado o de una "ciudad perdida", funcione como lo hace uno de la ciudad porque sus circunstancias son muy diferentes y no se puede pedirles lo mismo, como se hace con las personas a quienes se les aplican las pruebas psicométricas en las que se pretende que simplemente por ser mexicanos con testen lo mismo y obtengan un determinado número de respuestas correctas.

## 2.5 SINDROMES INSTITUCIONALES

Se llaman síndromes institucionales a las características que presentan en común la mayoría de los niños que pasan parte de su vida en instituciones como hospitales, orfelinatos, internados, etc. Claro que la reacción de los niños dependerá de la edad a la que ingresen a la institución y del tiempo que permanezcan en ella.

Un bebé necesita comer y estar limpio sin importarle mucho compartir a la enfermera o a quien haga las funciones de la madre, pero al paso del tiempo necesitará más atención. Es así como extrañará a la cuidadora cuando se encuentre --- atendiendo a otros niños lo cual le afectará porque se le --- restará atención individual y sobre todo cariño. Y como resultado de dichas carencias se irá debilitando su sentido de seguridad y su sentido de identidad será confuso.

Al crecer y compartir a la cuidadora con decenas de niños su desarrollo será pobre en todos sentidos por falta de estimulación y atención y más adelante, cuando asista a la escuela, es decir si sale de la institución, será un inadapitado porque al reducirle las oportunidades de tratar con --- otras personas, de conocer y de experimentar nuevas situaciones, también se le causó una gran inseguridad y miedo a lo desconocido.

El retraso de los niños institucionalizados se da por falta de estimulación y aparece en varias áreas que son im---

portantes como, por ejemplo, la motricidad y el lenguaje entre otras.

Las instituciones de este tipo muchas veces, en vez de ayudar, perjudican al niño porque lo segregan al mantenerlo fuera de contacto del mundo, impidiendole con esto, que se puedan integrar más adelante.

También la subeducación que reciben en algunas instituciones los margina, ya que cuando asisten a la escuela su funcionamiento es inferior a sus potencialidades, es decir, que la falta de atención los coloca en desventaja, como si vivieran en los ambientes marginados de los que se ha venido tratando con anterioridad.

## CONCLUSIONES

Los expertos marcan una diferencia entre aquellas personas que son detectadas como deficientes mentales en cualquier cultura, por no ser capaces de adaptarse a su propio medio y que algunas veces no cuentan con los conocimientos indispensables para sobrevivir, y aquellos cuyo retraso se hace evidente al intentar ingresar a un ambiente que no es el propio, como sucede con los retrasados mentales que, más bien, son retrasados socioculturales porque sus problemas comienzan al ingresar a la escuela y llegar a ser los más atrasados del grupo, no porque sean incapaces de captar lo que se les enseña sino porque existe un abismo entre la escuela y su hogar. Tal diferencia se refiere a costumbres, actitudes, conocimientos e incluso al lenguaje, porque al ser sometidos a las pruebas psicométricas obtienen bajos rendimientos aun cuando dichas pruebas se hayan adaptado al país puesto que dentro del mismo pueden existir grupos, con ideas, costumbres y lenguaje, diferentes unos de otros. Entonces las causas del retraso mental son factores socioculturales que provocan diferencias entre los grupos de un mismo país.

Las pruebas que se utilizan comúnmente para diagnosticar a los niños son las psicométricas donde se confunde a la inteligencia con la capacidad o el rendimiento escolar que es lo que ellas miden; por eso, en la evaluación no debe tomarse en cuenta únicamente el resultado de los tests sino un estudio socioeconómico, su historia médica y la observación de la conducta familiar puesto que en esos factores se puede

encontrar la causa del problema y darle la solución adecuada.

En cuanto a sus características, es natural que si estas personas son tratadas como subnormales, su conducta sea un reflejo de esa agresión de que son objeto; por tal razón algunas veces responden a la sociedad con conductas perjudiciales para ella como una protesta porque les cierran las puertas a las oportunidades; pero, otras veces, estas personas se encuentran deprimidas y se sienten derrotadas de antemano, -- pues por experiencia propia saben que fracasarán en cuanto -- empresa inicien.

Su vida puede convertirse en un círculo vicioso pues al haber crecido en un ambiente pobre, en todos los sentidos, -- sus oportunidades serán limitadas y, como consecuencia, el hogar que formen tendrá el mismo ambiente en el que ellos vivieron. Por ese motivo se pretende que salgan del círculo vicioso en el que se encuentran y que se les den los elementos para progresar. Uno de esos elementos puede ser el medio escolar, pero no se considera pertinente que un niño retrasado sociocultural ingrese a un grupo donde sus compañeros avancen poco y lentamente y provengan de un ambiente como el suyo porque precisamente se intenta que salga de esa pobreza de estímulos, de atención, lenguaje, etc., en la que se encuentra y no que el ambiente escolar sea igual al que existe en su hogar.

La sociedad tiende a sobreproteger a estas personas y -- pretende ayudarlas por medio de la educación, pero esa no es

la única solución. Se necesita cambiar la situación familiar y ambiental del sujeto, o bien, no exigirle actuar como las personas de la cultura para la cual se elaboraron los tests.

Es importante señalar que no sólo el medio ambiente familiar desfavorable provoca retraso en los niños, sino también las instituciones como los hospitales, orfanatos, etc., les causan características semejantes a las antes mencionadas, pues la falta de estimulación, atención y cariño provoca bajo rendimiento escolar e inadaptación a ciertos ambientes. Y se considera que la ayuda adecuada no es la de agrupar en las escuelas a los niños que posean estas características sino mejorar su ambiente de tal manera que no exista razón por la cual la gente no tenga acceso a la cultura dominante, o bien, que no tener acceso a ella no le cause problemas.

## CAPITULO 3

## EDUCACION ESPECIAL

## 3.1 DEFINICION

Con anterioridad se habló de las características de los deficientes mentales y se dijo que al parecer era una larga lista de aspectos negativos, pero no se habló de cómo ayudarlos. Ahora que se trata el tema de educación especial, se dará solución a algunos problemas que ahí se plantearon y -- respuesta a preguntas que quedaron sin contestación.

Una alternativa para ayudar a los deficientes mentales en su rehabilitación es la educación especial; pero, ¿qué se entiende por ésta?

Se podría decir que la educación especial es una forma enriquecida de la educación general cuya finalidad es mejorar la vida de las personas excepcionales de tal manera que sea lo más normal posible. Esta educación se deriva o depende de la educación regular porque sus objetivos y sus metas son las mismas, es decir, se propone formar a una persona, pero lo que varía son los métodos, las disciplinas o materias, el equipo humano y físico, la técnica, el material, etc., puesto que los sujetos también son diferentes porque presentan limitaciones en ciertas áreas, ya sea en la visual, auditiva, motriz, mental, física, en su conducta, etc.

### 3.2 LEGISLACION

Las oportunidades que se proponen para quienes requieren educación especial no sólo quedan en palabras, sino que se han empezado a constituir en leyes y en hechos; aunque todavía falta mucho por hacer al respecto.

Al estipular la ley que todas las personas tienen derecho a la educación se refiere, efectivamente, también a aquellas que tienen necesidades especiales. Con dicha ley se garantizan las oportunidades para las personas excepcionales -- así como para cualquier otro sujeto de la sociedad, dándole un tinte de igualdad respecto al trato que se les debe brindar.

"La educación que imparte el Estado-Federación, Estado-Municipio, tenderá a desarrollar armónicamente todas las facultades del ser humano y fomentará en él, a la vez, el amor a la patria y la conciencia de la solidaridad internacional, en la independencia y en la justicia." (14)

Respecto a la Dirección General de Educación Especial, en ella se utiliza el concepto amplio de educación en el cual se da énfasis a la formación del sujeto educativo para favorecer en él la conquista de su personalidad tanto autónoma -

---

(14) D.G.E.E., Bases para una Política de Educación Especial,



como integrada a la sociedad.

Hablando específicamente de las personas deficientes -- mentales, se les proporciona educación para que participen y se integren a la sociedad respetando el potencial de su inteligencia y tratando de desarrollarlo al máximo, además de adaptar los métodos de una manera individual.

En la educación dedicada a estas personas, se ha considerado que, ésta se les debe proporcionar de acuerdo a sus necesidades, así que se dará ayuda académica a aquellas personas que sean capaces de alcanzar tal nivel y que tengan -- problemas en él, o bien, ayuda a nivel más elemental como -- sería en autocuidado si el sujeto no tiene estos repertorios, es decir, se propone que los alumnos reciban conocimientos prácticos y no memorísticos e inútiles. Es por eso que se -- hace una diferencia entre lo que sería educación e instrucción y entre lo que sería formación e información, ya que la educación es un concepto más amplio que abarca el aprendizaje por parte del alumno de costumbres, actitudes o lo que sea necesario para vivir en su medio social mientras que la instrucción tiene un carácter más académico y rígido. En cuanto a la formación e información, la tendencia de la educación especial se refiere a la formación de una persona y a -- ello se enfoca la ayuda que se le brinda y no únicamente a -- proporcionarle información de poca utilidad.

La tendencia de la educación especial de formar a una -- persona en un ser útil para el futuro es muy importante, ---

puesto que, visto desde varios ángulos, es la mejor solución para el deficiente mental, para sus familiares y para la sociedad en general ya que en el sentido económico es más conveniente una persona deficiente mental capacitada para algún trabajo o simplemente autónoma, que alguien sin estas características. Y no solamente en el área económica, sino en la sentimental, en la moral, etc., ya que una persona preparada puede solucionar adecuadamente sus problemas y evitárselos a la sociedad.

Pero desde el punto de vista de su autoestima, ayudar y capacitar a una persona deficiente mental es muy importante porque se le están dando los elementos necesarios para que sea independiente y se sienta útil, cosa que es fundamental en cualquier ser humano, pues la oportunidad de trabajar le brinda satisfacción y sentimiento de seguridad y algunas veces su actividad le da lo suficiente para solventar sus gastos aunque existen casos en que dicha actividad no es rentable, pero esa no es la única finalidad del trabajo.

En cuanto a la inversión en todos sentidos, económica, de esfuerzo, de tiempo, de personal, etc., que implica dar educación, capacitación y ayuda en general a estas personas, algunos opinan que no vale la pena hacerlo; pero si se toma en cuenta el tiempo de vida de dichas personas se verá que si la vale, puesto que muchos llegan a adultos, pero independientemente del tiempo que vivan, merecen oportunidades por el simple hecho de que son seres humanos.

No basta solamente con que se hayan legislado sus derechos a ser atendidos y educados, sino que se necesita especificar más acerca de cómo ayudarlos, implementando estrategias para atender a los casos que se presenten ya que se puede caer en leyes que sean únicamente demagogia y que no se lleven a la práctica y lo que se necesita es dar el siguiente paso que es actuar, hacer que las leyes se cumplan y que de verdad beneficien a estas personas.

### 3.3 CONCEPTOS GENERALES

Como se había mencionado anteriormente, la ley de México, referente a educación, aclara que ésta se debe impartir a la población de acuerdo a sus características, es por ello que se creó la Dirección General de Educación Especial para atender a todos los casos de niños con necesidades especiales para su educación como serían: ciegos, débiles visuales, sordos, hipoacúsicos, deficientes mentales, niños con problemas del aparato locomotor, etc.

Pero al parecer, cuando se habla de que los niños deficientes mentales necesitan un tipo de educación diferente a la que reciben otros, se está segregando a este grupo y se le está quitando la oportunidad de integrarse a la sociedad teniéndose razón hasta cierto punto, pues, ¿cómo puede convivir en la sociedad una persona que pasó toda su infancia y parte de su adolescencia en una escuela de educación especial, o bien, separado del resto de los chicos con los cuales algunas veces se ve obligado a tratar por permanecer recluido en una institución para deficientes mentales? Es por ello que dentro de los conceptos generales de educación especial se habla constantemente de la integración y de la normalización y de algunos otros conceptos como individualización, interdisciplinariedad, etc., pero, ¿qué significado práctico tiene cada uno de ellos? Ahora se verá brevemente.

### 3.3.1 INTEGRACION

Primeramente se dirá que la integración es un medio o una estrategia para obtener la normalización.

La integración es el intento por incluir a las personas "diferentes" en la mayor parte de las actividades a las que se dedican las personas llamadas "normales", así se logrará la normalización que es el reconocimiento por parte de los miembros de la sociedad de que ser diferente también es normal y de que es justo que se le den las oportunidades a estas personas para vivir como cualquier otro miembro de la sociedad, sin que se le relegue o se le vea como a un enfermo, o bien, como a un fenómeno.

Es por esa razón que se intenta tratar a los deficientes mentales lo más sencillamente posible, pero se debe saber -- hasta donde llegar, pues muchas veces en nombre de esa simplificación en el trato a estos niños se llega al descuido y a la poca o ninguna atención.

Para la integración se requiere una reacomodación de los servicios para así poder ayudar a los niños y evitar que sean relegados, es decir, proporcionar los medios necesarios para que sean aceptados en la sociedad y segregados lo menos posible. De tal manera que se puede integrar al sujeto en los deportes o en otras actividades en las que no se encuentre en desventaja, no necesariamente en el área intelectual. Pero en el caso en que se decida esto último, se deben tomar en -

cuenta seis niveles de integración:

1) "En el aula regular, con ayuda de un maestro auxiliar que preste su asistencia directa o colabore con el maestro transmitiéndole estrategias y técnicas adicionales.

2) "En el aula regular, con asistencia pedagógica o terapéutica (fonoaudiología, psicoterapia y otros) en turnos opuestos.

3) "Organizando grupos pequeños para reconstruir aprendizajes, con duración distinta, con vistas a reintegrarlos al grupo regular.

4) "En clases especiales en la escuela regular.

5) "En escuelas especiales.

6) "En el hogar, en hospitales, etc." (15)

Tratándose de otros problemas como ciegos o débiles visuales, sordos o hipoacúsicos, las primeras alternativas de integración son más factibles puesto que la solución en muchas ocasiones es algún material especial, aditamentos especiales en las aulas o en la propia persona, etc. Pero respecto a los deficientes mentales la integración dependerá del grado de retraso que tengan. Pero, a partir del tercer nivel de integración se requiere la participación de maestros especialistas y equipo multiprofesional de apoyo.

En caso de que se integre a un niño en un grupo, la reacción de los compañeros de clase puede ser de aceptación,

---

(15) D.G.S.E., Op Cit, p. 27

o bien, de rechazo; si sucede esto último, provocará que el recién llegado se sienta mal por ser diferente y su situación emocional y social empeore, en tal caso se necesita motivarlo para que desee integrarse. Pero, por el contrario, si lo aceptan desde el principio conseguirá nuevas amistades y las mismas oportunidades que sus compañeros.

En el caso del niño que tiene una apariencia desagradable o conductas inadecuadas es sumamente difícil que lo acepten, más bien lo rechazarán, independientemente del grado de inteligencia que posea.

Por lo regular la gente no se encuentra preparada para aceptar al deficiente mental y menos aún los niños, que no cuentan con un criterio propio sino, que se dejan llevar por lo que dicen sus mayores y si les prohíben que se relacionen con esos niños, dejándose guiar por sus prejuicios, así lo harán, por esa razón algunos niños deficientes mentales prefieren permanecer en escuelas donde sus compañeros sean semejantes a ellos y donde no sean objeto de las burlas crueles de sus compañeros.

Pero la actitud del pedagogo y del profesor no debe ser la de permitir que el niño deficiente mental se aisle, al contrario, se debe luchar para integrarlo tratando de convencerlo de las ventajas que esto tiene y trabajando con los niños de la escuela regular, con los padres y con la gente en general para que aprendan a convivir con ellos y los acepten como miembros de la sociedad, pues lo que sucede en oca-

siones es que, el rechazo se debe a su ignorancia ya que no saben nada de ellos ni cómo deben tratarlos y por tal razón prefieren ignorarlos o rechazarlos. Es por eso que la labor del pedagogo, en estos casos, es de suma importancia pues debe actuar como informador y debe ser el contacto entre la persona deficiente mental y las personas en general además de brindar los elementos necesarios para que el deficiente mental adquiera autonomía.

Algunas veces se confunde integrar con mezclar a niños deficientes mentales con alumnos que no han aprendido a leer ni a escribir, pero se comete un error porque su problema es diferente y su tratamiento también lo es.

En los casos que, por su bajo rendimiento, los niños no son aceptados en las escuelas de educación especial, ingresan a instituciones llamadas de custodia, pero no son muy -- recomendables desde el punto de vista de la integración, --- porque no van de acuerdo con ella, ya que los niños que permanecen ahí no tienen oportunidades de convivir con otras -- personas ni tienen contacto con el medio ambiente exterior.

Pero cuando la severidad del problema requiere la ubi-- cación del niño en una institución especializada, se reco--- mienda organizar actividades para que él no pierda contacto con el medio físico y humano exterior. Tales actividades -- pueden ser: llevar al niño a parques de juegos o paseos pú-- blicos, a cafeterías o restaurantes, o bien, a que juegue y comparta con otros niños actividades deportivas de una mane-



ra amistosa, etc.

### 3.3.2 INTERDISCIPLINARIEDAD

Un aspecto muy importante para la integración y la normalización es el grupo interdisciplinario cuya función es -- ayudar al niño a incorporarse a la sociedad. Tal grupo puede estar formado por profesionales en varias áreas, como, el profesor de educación especial, el de educación física, uno o varios terapeutas según sean las necesidades del individuo, médico general y especialistas, pedagogo, psicólogo, etc., -- entre otros miembros, ya que el tratamiento de la deficiencia mental debe ser integral, es decir, que no solamente debe trabajarse en el aspecto intelectual del niño sino también en su personalidad y no únicamente con él sino con su familia y con las personas que lo rodean.

Más adelante, en la sección de personal, se tratarán -- con más amplitud las funciones de cada uno de los miembros -- del grupo, pero ahora sólo se pretende resaltar la importancia respecto a la integración del alumno, ya que en algunas instituciones se reduce tal concepto únicamente al área escolar, si la institución es de carácter académico, y se da poca importancia a los aspectos restantes del humano, como -- son el emocional, el motor, el fisiológico, etc., que, como se sabe, se encuentran afectados en estos niños.

### 3.3.3 NORMALIZACION

Se ha explicado que los conceptos fundamentales en educación especial son integración y normalización, ahora se -- aclarará este último.

La normalización es una demanda por parte de la persona para vivir en condiciones consideradas normales, para hacer valer su derecho de ser tratado como cualquier persona sin -- distinción o con las menos diferencias posibles, ya que si -- se siente rechazado y excluido del grupo su reacción será de agresividad o inseguridad.

Para que la normalización de la vida de estas personas se lleve a cabo, es necesario que la sociedad cambie sus valores y su actitud hacia el deficiente mental, pues así le -- dará la oportunidad de ser un miembro más de ella y no un -- peligro o una carga.

La normalización, es decir, la capacidad de poder hacer lo que otros hacen, le da al sujeto la oportunidad de expresarse, desarrollarse y realizar actividades que le causen -- satisfacción, aunque no sean del todo rentables como, por -- ejemplo, el sujeto puede conseguir un empleo pues así se sentirá realizado como persona ya que hace algo que le da los -- medios necesarios para sostenerse económicamente y si además le gusta lo que hace, tiene un punto más a su favor.

Para la normalización se requiere la integración en to-

des sentidos, uno de ellos es el académico y para lograr esa integración a nivel escolar se necesita la individualización de la enseñanza. Esta atención especial hace aparecer al niño como si fuera diferente a los de su grupo, pero es sólo un medio para que pueda integrarse ya que si sus compañeros están aprendiendo a leer y a escribir y a él le cuesta más esfuerzo lograrlo (en caso de que pueda aprender) con unas clases individuales podrá alcanzar su nivel y llevar su ritmo.

### 3.3.4 INDIVIDUALIZACION

En educación especial la práctica de ciertas medidas en beneficio del niño son muy importantes, es por ello que una de las estrategias que posee y que se utiliza más frecuentemente es la individualización.

La individualización es el trato personal que se le da a cada niño para que aproveche las clases, pues toda la atención se le dedica a él. Puede ser que tome clases con sus compañeros y después él sólo, o bien, que todas sus clases las reciba independientemente de sus compañeros y que solamente conviva con ellos a la hora del descanso o en los juegos y en la clase de deportes o alguna otra en la que no necesite gran ayuda.

Dicha atención individual es de gran importancia para el alumno, inclusive para algunos niños es fundamental, ya que no aprovechan las clases en común, a menos que se les --

preste atención constante. Por otro lado, también es difícil que cada alumno tenga alguien que se dedique únicamente a él, pero la solución se puede encontrar separando al niño del salón en horas de clase y dedicarle cierto tiempo, después reintegrarlo al grupo y dar sesión a otro niño y así -- sucesivamente para ayudar a los que necesitan atención especial e individual sin aislarlos completamente de sus compañeros.

### 3.4 TRATAMIENTO

Ya se había hablado de las características de los deficientes mentales, y de la educación especial que se les brinda, ahora se mencionarán los planes que existen para ayudarlos a superar sus problemas y que se refieren al tratamiento que se les da.

Se sabe que la educación de las personas deficientes mentales tiene que ser diferente a la del resto de la gente, aunque las bases y la finalidad de esta educación sean las mismas para todos. Los deficientes mentales necesitan un currículo en sus clases que no resalte el aspecto académico, sino que ponga énfasis en las habilidades prácticas que le ayuden a obtener un medio de vida independiente, ya que, para la vida adulta se requieren maduración personal, preparación para el trabajo y competencia social, por ello tales aspectos deben estar contenidos en los planes de educación especial para deficientes mentales con el fin de prepararlos para las actividades laborales en el futuro, ya que es más fácil que enseñarles otros conocimientos, por ejemplo los académicos, porque se apoyan en sus aspectos menos deficitarios.

Se había dicho también que la ayuda no sólo debe ser para el niño sino para sus familiares y para la gente que los rodea y que tal ayuda debe ser integral, es decir, debe tomar en cuenta todos los aspectos del ser humano, no únicamente el aspecto intelectual que es donde el sujeto se en-

cuenta en desventaja. Por esa razón, dentro de su tratamiento, el Plan de Educación Especial pretende abarcar:

- diagnóstico
- servicios médicos
- intervención temprana
- terapia física
- terapia ocupacional
- terapia de lenguaje
- aspectos académicos
- capacitación para el trabajo
- talleres protegidos
- atención clínica
- capacitación de personal, entre otros servicios.

A continuación se darán a conocer algunos planes que se llevan a cabo en la actualidad para el tratamiento de las — personas deficientes mentales, dos de ellos en México.

### 3.4.1 PLANES DE EDUCACION ESPECIAL PARA DEFICIENTES MENTALES

Son varios los planes que existen en la actualidad, pero son realmente pocos los que pueden llevarse a la práctica y menos aún los que fueron hechos para poblaciones semejantes a las de México ya que de nada sirve un programa elaborado para gente diferente a la de aquí en cuanto a costumbres, problemas, medio socioeconómico, etc., y tal es el caso del plan que se lleva a cabo en Europa Oriental y que demuestra ser de lo mejor que existe, según se ha podido observar en —

el libro de Hanna Olechnowicz La Integración Social de los Deficientes Mentales Severos y Profundos. Es por lo antes expuesto que se han escogido tres planes que se llevan a cabo con personas latinas, uno es el Plan Nacional de Educación Especial que se efectúa en España y los otros dos en México, ellos son, el Plan Oficial para Deficientes Mentales realizado por la Dirección General de Educación Especial y el Plan de Modificación de Conducta en Educación Especial -- realizado por integrantes de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales (E.N.E.P.) plantel Iztacala.

#### 3.4.1.1 PLAN NACIONAL DE EDUCACION ESPECIAL EN ESPAÑA

Este es un plan de rehabilitación para personas deficientes mentales y plantea que las finalidades de la educación especial son, en general:

- lograr el máximo desarrollo de la capacidad de la persona
- preparar al sujeto para su participación en la vida social
- e instrumentar al alumno para que se incorpore a la vida laboral.

Estas finalidades se adquieren mediante la siguiente programación:

- la definición de los objetivos
- la secuencia que lleven los contenidos
- la creación de las actividades, recursos y materiales que conduzcan a tales contenidos

- y la evaluación de ellos.

En cuanto a los criterios metodológicos para esta modalidad educativa son:

- la participación activa del alumno ayudado con el interés que se despierte en él
- y la funcionalidad de las tareas y objetivos en el futuro.

Las características de cada programa son:

- que es práctico porque trata de integrar al alumno
- relaciona las actividades con los objetivos
- se desarrolla de una manera gradual, de acuerdo a los aprendizajes realizados
- y es flexible porque permite reajustes dependiendo de cada caso.

Con respecto a las áreas que toma en cuenta la educación especial para deficientes mentales, se dirá que son:

- la socialización
- el lenguaje
- las matemáticas
- la dinámica
- y la plástica

pero que además incluye servicios como:

- diagnóstico y orientación
- estimulación temprana
- preescolar
- educación especial



- centros de recuperación
- formación laboral
- centros de trabajo
- y cuenta con centros para formar a su propio personal especializado.

Quizá lo más importante de este plan es que es flexible pues toma en cuenta al sujeto y sus posibilidades y por lo tanto el trato que se le da es personalizado, es decir, que la individualización es una de sus bases y se trabaja con el P.O.I. que es el Programa de Orientación Individual.

#### 3.4.1.2 PLAN OFICIAL DE EDUCACION ESPECIAL PARA DEFICIENTES MENTALES (DIRECCION GENERAL DE EDUCACION ESPECIAL)

Dentro del plan oficial se dará información de las actividades que se realizan en las escuelas de educación especial para deficientes mentales en favor de estos niños y en escuelas particulares también, porque aún cuando por lo regular siguen los mismos lineamientos, la diferencia se encuentra en que las escuelas particulares aceptan niños con C.I. más bajo del que aceptan en las escuelas oficiales y por lo tanto los servicios diferirán también.

Primeramente se dirá que conforme ha pasado el tiempo la educación se ha ido popularizando y sus finalidades han ido cambiando hasta llegar a lo que sucede ahora, que se confunde a ésta con la instrucción al limitarse a enseñar --

una serie de contenidos sin preocuparse demasiado por la forma como son asimilados en las estructuras cognitivas del niño. Pero la educación va más allá, pues debe atender a todos los aspectos de la vida del ser humano para hacer de él una persona útil a sí misma y a la sociedad.

En cuanto al plan oficial de educación especial, sí difiere del perteneciente a escuelas normales porque requiere una selección y jerarquización de las materias y un ajuste de su volumen según sea el caso.

La actitud del maestro hacia el alumno es distinta también y muy importante, ya que las expectativas hacia el alumno deben ser elevadas pero realistas pues trascienden hacia él y afectan su autoestima, es decir, si tales expectativas son positivas se optimizará su aprendizaje, mejorarán su rendimiento y su autoimagen, pero sucederá lo contrario si es poco lo que se espera de él y así se le demuestra.

La Dirección General de Educación Especial (D.G.E.E.) cuenta con medios para diagnosticar la deficiencia mental y decidir el tipo de tratamiento que el niño puede recibir. Uno de esos medios de diagnóstico es la escala de Inteligencia Wechsler para Niños en su modalidad revisada para niños mexicanos (WISC-R). Tal diagnóstico se puede efectuar en las oficinas de la D.G.E.E. o directamente en las escuelas de educación especial.

Si se trata de deficientes leves, como ahí los llaman,

se aplica un tratamiento pedagógico que integra, con técnicas individualizadoras y socializadoras, las siguientes ---

Áreas curriculares:

- independencia personal y protección a la salud
- comunicación
- socialización e información del entorno físico y social
- ocupación.

El objetivo de este programa es la integración del deficiente mental en la escuela común, por esa razón se le da más importancia a los contenidos académicos del currículo -- expuesto. Es decir, se pretende canalizar a estos sujetos -- directamente a la escuela común, donde funcionarán en grupos integrados, con apoyo de los centros psicopedagógicos que es -- entre de los servicios que ofrece la D.G.E.E.

Cuando se trata de deficientes moderados, según la clasificación que utiliza la D.G.E.E., se les proporciona, si -- ingresan pequeños, servicio de intervención temprana y un -- tratamiento pedagógico que integra las áreas curriculares -- que se imparten a los deficientes leves, pero acentuando los contenidos que contribuyen a la creación de hábitos de tra-- baje y desarrollo de habilidades manuales.

Se da un servicio que, aunque no es obligatorio, puede ser aprovechado por el niño si los padres lo inscriben en él. Se trata del servicio de intervención temprana donde reciben niños deficientes mentales desde los 6 meses hasta los 4 ---

años de edad, antes de pasar a preescolar especial, donde se les brinda apoyo, se les dan terapias, etc., para que avancen, no precisamente para alcanzar la normalidad pero si, -- para desarrollar al máximo sus capacidades y para que ingresen bien preparados al sistema escolarizado propiamente dicho.

La secuencia del proceso escolar cuenta con cuatro etapas. Las tres primeras duran aproximadamente dos años cada una y la cuarta tiene una duración de aproximadamente tres años en los casos que sea necesario. La primera etapa corresponde al nivel de preescolar y las restantes a los grados de primero a sexto del nivel básico de educación especial. La primera etapa, o sea la de preescolar especial, -- toma en cuenta las cuatro áreas antes mencionadas, pero el mayor porcentaje se destina a que el sujeto adquiera independencia personal y protección a la salud. En la segunda etapa, que ya está incluida en la primaria especial, se descubre, quién podrá aprender a leer y escribir y quién no. -- Las dos primeras etapas son comunes a todos los alumnos y -- pasan a la tercera solamente aquéllos que por su capacidad -- pueden acceder a aprendizajes más completos. En esta etapa practican ejercicios de ubicación espacial en su cuaderno, -- ejecutan los trazos necesarios para llegar a las letras y -- copian palabras. Más adelante copian textos del pizarrón o del libro, toman dictados, pero son pocos los que llegan a -- la composición, es decir, a expresar sus ideas y pensamientos en forma escrita. También se les enseñan matemáticas, -- conocimientos de la vida diaria y se le da más importancia,

de entre las cuatro áreas, a la de ocupación:

- cuidado y cría de animales
- limpieza del hogar
- mantenimiento del edificio escolar
- actividades en el restaurante o cafetería escolar
- lavado y planchado de ropa.

Los que carecen de la capacidad para llegar a conoci-  
mientos más avanzados pasarán de la segunda a la cuarta eta-  
pa para recibir su entrenamiento prelaboral de una manera --  
intensificada, pues ya se les venía dando cierta preparación  
con anterioridad. Además, se complementa la actividad pre--  
laboral con lecto-escritura y aritmética con fines utilita--  
rios y únicamente a este nivel.

Posteriormente los alumnos son canalizados a centros de  
capacitación para el trabajo, este es, los que lo deseen --  
pueden asistir a los centros de capacitación. Tales centros  
cuentan con talleres donde los jóvenes tienen la oportunidad  
de capacitarse en uno o más oficios, todo esto con el fin de  
incorporarse, más adelante, a un centro laboral para llevar  
una vida lo más normal que sea posible.

Todas estas etapas son muy importantes para la integra-  
ción del deficiente mental a la sociedad, pero además se ne-  
cesita que no presente conductas inadecuadas ni problemas de  
lenguaje que puedan afectar la comprensión y la comunicación  
entre él y los demás. Por esta razón se cuenta con terapia de

lenguaje y otros servicios en el plan oficial puesto que conocen sus características.

Con respecto a las escuelas, para deficientes mentales, particulares ya se dijo que siguen los lineamientos, o algunos de ellos, de las escuelas oficiales pero la diferencia se encuentra en que aceptan a alumnos con C.I. más bajo y por esa razón los servicios que prestan son más amplios o, simplemente, son distintos.

Los estudiantes de la Universidad Nacional Autónoma de México de la carrera de Psicología se encargaron, en el año de 1981, de investigar en las escuelas particulares los servicios que ahí se brindaban a los deficientes mentales y recopilaron la siguiente información:

- adiestramiento básico
- adiestramiento académico
- adiestramiento académico S.E.P.
- terapia de lenguaje
- terapia de audición y lenguaje
- taller de entrenamiento vocacional y prevocacional
- psicomotricidad
- atención clínica.

En seguida se explicará brevemente cada uno de tales servicios:

#### Adiestramiento básico

Consiste en la capacitación que se le da al niño en habilidades de cuidado e higiene personal, como control de es-

finteres, aseo de manos, vestido, desvestido, etc., y habilidades básicas de alimentación.

#### Adiestramiento académico

Consiste en la enseñanza en las áreas de lecto-escritura y aritmética a nivel básico o elemental.

#### Adiestramiento académico S.E.P.

Se refiere a la enseñanza de los contenidos educativos correspondientes a los seis grados de educación primaria, -- con reconocimiento oficial de la S.E.P.

#### Terapia de lenguaje

Es un tratamiento que se da en casos de alteraciones en el habla y que son ocasionadas por algún trastorno físico o neurológico.

#### Terapia de audición y lenguaje

Consiste en un tratamiento que se da a los deficientes mentales en el área de comunicación, relacionadas con deficiencias o alteraciones de la audición.

#### Taller de entrenamiento vocacional y prevocacional

Es donde se entrena al niño para dotarlo de habilidades manuales relacionadas con alguna actividad laboral.

#### Psicomotricidad

En este servicio se proporciona al niño terapia física para mejorar la actividad corporal general.

### Atención clínica

Este servicio se refiere a técnicas de tratamiento, tales como: psicoterapia, psicoanálisis, terapia de grupo, --- etc., sabiendo que no sólo el niño lo necesita sino también sus familiares.

Algunos deficientes mentales tienen entre sus principales problemas la inadaptación social que en ocasiones llega a perjudicarlos más que su bajo rendimiento intelectual y -- para ayudarlos se utiliza la psicoterapia. "En algunos casos la psicoterapia puede ayudar a elevar el C.I. en la medida en que los problemas emocionales pueden haber interferido en el efectivo funcionamiento y desarrollo intelectual del sujeto. En otros, tal terapia no puede hacer sino su--- primir el impedimento adicional de la inadaptación emocional o del problema de la conducta." (16)

En cuanto a las personas con C.I. tan bajo que no aprovechan los servicios antes mencionados, la solución para --- ellos puede ser permanecer en sus hogares y ahí recibir ayuda de parte de un profesor visitador que dará capacitación e instrucciones a los familiares del niño para que cooperen en su rehabilitación, o bien, se le puede internar en una institución de custodia que cuenta, por lo regular, con servicios médicos, educativos, de terapia, etc.

---

(16) Anastasi, Anne, Psicología Diferencial, pp. 371-372



### 3.4.1.3 PLAN DE MODIFICACION DE CONDUCTA EN EDUCACION - ESPECIAL (E.N.E.P. Iztacala)

Un plan que se lleva a cabo en la actualidad, en la zona metropolitana, con buenos resultados es el elaborado por colaboradores de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales plantel Iztacala, de la carrera de Psicología.

El plan es tan flexible que puede beneficiar a casi todo tipo de población con problemas y entre sus bases se encuentra el trato individual al alumno.

Se dirá, en general, cuáles son los objetivos que persigue este plan, sus fundamentos, los pasos necesarios para elaborar un diagnóstico, las áreas que se tratan y cómo elaborar los programas según cada caso.

El plan trata deficiencias en la conducta tales como la carencia, por parte del sujeto, de repertorios de adaptación, o bien, la existencia de conductas inadaptadas. Dentro de los repertorios de adaptación se encuentran la posesión de lenguaje, atención, euidade personal, etc., y la carencia de éstos afecta la relación del sujeto con las personas. En cuanto a los repertorios de inadaptación se encuentran, por ejemplo, la presencia de hiperactividad, agresividad, autoestimulación, etc., que son conductas que al presentarlas también afectan su relación con las personas.

Al decir que el plan trata estas conductas se refiere a

que busca su causa e intenta resolver el problema, y si éste es de origen biológico procura compensar tal deficiencia por medio de un entrenamiento intensivo, pero no se considera -- que la persona se encuentre definitivamente incapacitada. -- También se hace una estimación de cómo afectan las deficiencias del sujeto a su desenvolvimiento en el medio donde vive, con el fin de jerarquizar los objetivos del tratamiento.

Este plan establece tres clases de repertorios fundamentales: repertorios básicos, sociales y de adaptación y -- repertorios académicos. Se sabe que la persona que no posee los repertorios básicos es por lo regular una persona in-- adaptada pues no es autosuficiente y esa es la razón que se -- tiene para intentar que los adquiera y en el caso de que ya los posea, y que además cuente con los repertorios sociales y verbales, se sabrá que es una persona con un grado de adaptación más elevado.

También existen casos que, como ya se dijo, presentan -- algunas conductas de inadaptación que no sólo alteran la relación con las personas, sino que además, interfieren en su aprendizaje, pues en algunas ocasiones llega a ser difícil -- educarlos.

En este plan, la clasificación difiere de las usuales -- pues su finalidad no es la de agrupar a los alumnos según el C.I. que presenten sino elegir el mejor programa para cada -- caso, esto es, se dan tres categorías que son: profundos, -- intermedios y superficiales. Los profundos son aquellos que

carecen de repertorios básicos; los intermedios son quienes tienen el total o la mayoría de los repertorios básicos, pero presentan problemas de lenguaje o de adaptación social; y superficiales son aquellas personas que los presentan en el campo académico. Se dice que esta clasificación es operativa porque sirve únicamente para definir el tipo de programas de rehabilitación que cada caso requiere.

Una vez que se ha diagnosticado el problema, se pasa a llevar a cabo el tratamiento que consiste en:

- establecer
- mantener
- fortalecer
- o eliminar

repertorios, según sea el caso y para ello se utiliza una estrategia que se refiere a las técnicas de modificación de conducta. Según los resultados de este tratamiento se ha conseguido, mediante la ayuda del condicionamiento operante que se utiliza como una herramienta, que las personas que -- presentan problemas de conducta las hayan eliminado y que -- personas que durante bastante tiempo permanecieron vegetativas hayan adquirido repertorios que con otras técnicas había sido imposible lograr.

Los datos del diagnóstico se obtienen por tres medios, uno es la aplicación de pruebas diagnósticas, otro es una -- entrevista con los padres del niño y también una observación de su conducta; estos medios son flexibles pues permiten al evaluador aumentar o disminuir las preguntas, los ejercicios,

etc., según su criterio y según las necesidades del niño, -- esto es, si la prueba de diagnóstico enlista una serie de -- preguntas en las cuales se lleva una secuencia de los avan-- ces del niño y si se observa que realiza las conductas más -- avanzadas e complicadas, es obvio que las conductas anterior-- es también las presenta puesto que son requisitos para las siguientes. Lo mismo sucede en el tratamiento, existirán -- tantos programas como conductas específicas se pretenda que alcance el sujeto.

Se rehabilitan la mayoría de las áreas afectadas de las personas como son: el cuidado personal, las conductas pro-- blemáticas, los problemas de lenguaje, el área académica, de comportamiento social, etc.

En el área de repertorios básicos se puede trabajar en:

- atención
- imitación
- y seguimiento de instrucciones

que son conductas necesarias para adquirir otras más -- complicadas. Dentro de estas tres conductas básicas se evalúan y trabajan otras más, específicamente en atención:

- atención a objetos próximos
- atención a objetos distantes
- atención al evaluador.

En el área de habilidades sociales y de adaptación, se evalúan y si es necesario se elaboran programas rehabilita-- torios en:

- conducta motora gruesa
- conducta motora fina
- cuidado personal
- conductas problemáticas
- lenguaje
- y social.

Dentro de éstas existen conductas más específicas, como en conducta motora gruesa:

- locomoción
- coordinación y fuerza
- equilibrio

En cuidado personal o autocuidado:

- comer
- vestirse
- controlar esfínteres
- arreglo personal - bañarse
  - peinarse
  - lavarse los dientes, etc.

En conductas problemáticas o perturbadoras:

- autoestimulación
- autodestrucción
- hiperactividad
- gesticulación, etc.

En el área de lenguaje o verbal se rehabilitan problemas como:

- el mutismo, por medio de la imitación vocal (ecóicas)
- la tartamudez
- la disartria
- las verbalizaciones inadecuadas o que no se entienden,

por medio de ejercicios de articulación

- la pobreza gramatical o de sintaxis del vocabulario - gracias a ejercicios de fonemas en tautos y fonemas - en intraverbales.

Y en el área social específicamente, se rehabilita en:

- actividades de juego
- cooperación
- interacción física
- interacción verbal.

Respecto al área académica se rehabilita en:

- conductas perturbadoras (control de ellas)
- habilidades cognitivas (establecimiento de ellas) con ejercicios de discriminación de colores, tautos - complejos, de posición y de tamaño, textuales como - lectura, escritura, matemáticas, contenidos, etc.
- repertorios de atención (enseñanza)
- cooperación
- y autocontrol
- motricidad - refinamiento de control muscular
  - incremento de movilidad corporal
  - caminar
  - sentarse, etc.
- y en el área vocacional o laboral - entrenamiento vocacional
  - enseñanza de habilidades en talleres, etc.

En este plan, la E.N.E.P. tiene como objetivos primordiales ayudar a la comunidad y capacitar a los futuros psicólogos. Respecto a la ayuda a la comunidad, además de modificar la conducta de los niños que asisten al C.E.E.R. (Centro de Educación Especial y Rehabilitación), se publican folletos y se imparten cursos con el fin de entrenar a los familiares, a los profesionales y paraprofesionales que se interesen, a los profesores y a la gente que lo desee.

Para mayor información acerca del tema se remite al lector al libro de Edgar Galindo y otros autores titulado: Modificación de Conducta en la Educación Especial, y más adelante, en el capítulo 5, se presentan dos casos en los que se llevó a cabo tal tratamiento.

### 3.4.2 SERVICIOS MEDICOS

El primer profesional que está en contacto con el niño deficiente mental es el médico, quien puede reconocer su padecimiento al nacer o en los primeros años de vida al darse cuenta de su retraso en el desarrollo tanto en su motricidad como en su percepción, lenguaje, etc., y su obligación es orientar a los padres para que proporcionen tratamiento oportuno y adecuado a su hijo.

En los casos en que el retraso del niño es grave, y los padres no saben cómo atenderlo, se presenta la alternativa de las instituciones de custodia, que son lugares donde pueden internar a su hijo para que reciba el tratamiento que --

necesita y donde cuenta con personal capacitado como médicos, enfermeras, nanas, cuidadores(as), vigilantes, etc. Y como el niño permanece en esos lugares periodos largos, los servicios se asemejan a los del hogar, se lava y plancha su ropa, se le dan sus alimentos, y si tiene posibilidades intelectuales puede aprovechar los servicios de terapia física, ocupacional y de lenguaje.

La gente que ingresa a este tipo de instituciones por lo regular es aquella con peor pronóstico, que no habla ni entiende el lenguaje, que no presta atención, que no camina, no cuida de su persona, en fin, por cuya conducta se dice -- que lleva una vida vegetativa y a quien sus padres no saben ni pueden atender en sus hogares. Y la persona que tiene -- mejor pronóstico, que es autosuficiente hasta cierto punto, que entiende lo que se le dice, que se moviliza por sí misma, es decir, que camina y no necesita que la transporten de un lugar a otro en brazos, que cuida un poco su persona y se aleja de los peligros, de las inclemencias del tiempo, que aprende a conocer lo que es comestible y lo diferencia de lo que no lo es, etc., puede aprovechar otros servicios como, -- por ejemplo, asistir a una escuela de educación especial, -- aprender algún oficio y alejarse de este medio que lo retrasaría más.

Pero, independientemente del grado de retraso, la mayoría de los niños deficientes mentales necesita atención médica constante pues su organismo, por lo general, es más débil que el de otros niños y como además algunos no se cuidan



ya que ingieren objetos que no son comestibles y provocan -- perjuicios a su salud, no se cubren de las inclemencias del tiempo, ni evitan sufrir accidentes como cortaduras, golpes, fracturas al caer, etc., todo ello los hace necesitar los -- servicios médicos.

### 3.4.3 INTERVENCION TEMPRANA

Como ya se mostró, en los planes expuestos, la educa--- ción especial abarca varias etapas de la vida del sujeto pa--- ra rehabilitarlo, claro está que los primeros años son fun--- damentales; por ello los planes proponen el inicio del tra--- tamiento a la edad más temprana que sea posible.

Sin embargo, existen controversias acerca del nombre -- del servicio y de su contenido pues se ha utilizado indistin--- tamente el término intervención temprana por estimulación -- temprana pero parece ser acertada la opinión de algunos au--- tores acerca de que la intervención temprana es el conjunto de métodos y estrategias educativas, biomédicas, de conduc--- ta, sociales, etc., aplicables al niño deficiente mental pa--- ra que sea capaz de aprovechar al máximo los servicios edu--- cativos de la escuela especial.

Por otra parte, la definición de intervención educativa temprana, es subordinada a la anterior, y, se utiliza para -- designar a todos aquellos métodos y estrategias específica--- mente educativas.

Mientras que la estimulación temprana se incluye dentro de la intervención temprana y consiste en proporcionar un -- estímulo sensorial obteniendo una respuesta asociada y la -- integración neural de ambos, utilizando la plasticidad del -- sistema nervioso que se está desarrollando. "El estímulo -- sensorial es totalizador, es una parte de toda la red ase-- ciativa que se lleva a cabo en el niño, dentro del complejo aparato neuronal; en el cerebro se va desarrollando el estímulo sensorial hasta producir una modificación en su estructura y ocasionar cambios químicos y eléctricos en las células nerviosas, en sus interconexiones y terminales." (17)

En ocasiones el daño del niño no es tan grave ni tan -- evidente y los padres necesitan observarlo para enterarse -- del problema pero, por lo regular, no saben a ciencia cierta cuál es la diferencia entre una actitud normal y una anor-- mal. Por ello, para establecer la población que recibirá -- intervención temprana se pueden repartir folletos en hospi-- tales, guarderías, centros de salud, etc., para que los pa-- dres se enteren de cuáles son las características que han de presentar sus hijos para recibir ayuda. Una vez que el niño sea conducido a que se le diagnostique se conocerá su pro-- blema y se decidirá qué tipo de tratamiento se le brindará.

---

(17) Tjessom. T., "Nuevas Tendencias en Prevención y Estimulación Temprana", en Dirección General de Educación Especial, Primer Congreso Nacional sobre Deficiencia Mental, p. 204

Los padres pueden observar la madurez de su hijo y tomar dicha observación como prueba de diagnóstico ya que la madurez que alcanza el niño por la evolución se demuestra en distintas actividades como, por ejemplo, fijar la mirada en un objeto, después seguirlo con la vista y posteriormente moviendo la cabeza hacia él, intentar tomarlo, y así sucesivamente.

Una vez diagnosticado el riesgo que corre el niño de desarrollarse de manera diferente a la del resto de los chicos de su edad, y que los padres acepten que su hijo necesita intervención temprana, se averigua el grado de retraso y dependiendo de éste y de la edad del niño será el tratamiento que se le proporcione. De preferencia tal tratamiento debe empezar a una edad temprana, si es posible desde el nacimiento, si no es así, lo más cercano a ese periodo. Aunque el momento en el cual debe iniciarse el tratamiento o la intervención de los especialistas para preparar al niño con el fin de aprovechar sus posibilidades, ha sido un punto de controversia, algunos opinan que los dos primeros años son fundamentales, mientras que otros piensan que el niño no debe recibirla sino a partir de los cinco años.

Quienes sostienen la postura de la intervención desde la más temprana infancia afirman que el cerebro tiene mayor número de células nerviosas a la edad de dos años y de este momento en adelante empieza a disminuir y opinan que se debe aprovechar ese tiempo para ayudar al niño, pues no sólo la dote biológica sino el medio ambiente favorable son de gran

importancia. Y estudios realizados han demostrado la existencia de periodos críticos o periodos sensibles dentro del proceso de maduración que son oportunidades que una vez perdidas no pueden recuperarse.

Por otra parte, los que proponen la intervención a edad más avanzada, opinan que el niño debe permanecer en su hogar y tan sólo recibir ayuda de sus padres durante estos cinco primeros años, pero esto sería conveniente si los padres pudieran brindarle tiempo, atención, cuidado, conocimientos, etc., a su hijo, pero por lo regular no es así, sino que, -- desconocen el proceso de maduración de su hijo, no saben a qué edad se desarrollan sus potencialidades visuales y auditivas ni cómo pueden ayudarlo para alcanzar el máximo desarrollo de ellas, tan sólo argumentan que el mejor lugar donde puede encontrarse su hijo es en su propio hogar al lado de sus padres y no en manos de desconocidos y en lugares extraños, pero pueden, si así lo desean, participar en el tratamiento rehabilitatorio de su hijo, dándole ellos mismos el ejercicio, masaje, etc., incluso puede aplicarse esta intervención temprana en el hogar.

Las sesiones pueden darse en hospitales o guarderías, -- incluso en las escuelas cuando aceptan pequeños a los niños, y en caso de que los padres no puedan llevar a sus hijos se les proporcionan programas para trabajar en sus hogares citándolos únicamente para evaluación y para entregarles la -- continuación del programa.

Al entrenar a los padres se les da a conocer la secuencia de desarrollo y las edades en que aparecen las habilidades. Se les enseña a manejar los materiales educativos, a reconocer y a poner en práctica los principios de estímulo positivo y negativo, castigo y prohibición y no sólo a ellos sino también a los hermanos del niño se les enseña el método de trabajo, a observar y a ayudar a su hermano.

Ya se sabe que la finalidad de la intervención temprana es cooperar en el desarrollo del niño en todos los sentidos, de una manera especializada, con métodos y materiales adecuados pues no basta solamente con la dote biológica sino que el medio ambiente favorable es de suma importancia y se ha comprobado que si la estimulación no se da de manera adecuada y oportuna el desenvolvimiento del desarrollo disminuye.

Los primeros sentidos a desarrollar son el tacto, la vista y el auditivo ya que por medio de ellos se empieza a conocer el mundo.

Las áreas del plan son, por lo regular: la motricidad gruesa y fina, las habilidades sociales, de comunicación, cognoscitivas y de autonomía, terapia física y ocupacional, entre otras, y de hecho, todas las actividades que se plantean tienen como finalidad la de hacer del sujeto una persona útil y lo más independiente que sea posible, claro que estas actividades son solamente uno de los pasos para obtener esos objetivos, pero son la base y se consideran fundamentales ya que sin ellas el niño tardará más tiempo y le --

costará más esfuerzo obtener su máximo desarrollo integral, esto es, en el área emocional, intelectual, física, etc.

Se ha hablado de que se concuerda con la diferencia entre intervención temprana y estimulación temprana y se han dado a conocer las posturas acerca de la edad a la que se debe proporcionar este servicio, los objetivos que se persiguen y ahora se explicarán algunos de los puntos del currículo.

En un programa que se lleva a cabo en Panamá, se plantean tres niveles por los cuales debe pasar un niño en su avance y a qué edad debe encontrarse en cada uno de ellos.

El primero va de 0 a 18 o a 24 meses aproximadamente.

El segundo va de los 2 a los 4 años aproximadamente.

El tercero va de los 4 a los 6 años aproximadamente.

Las áreas que se trabajan son seis:

- socialización
- psicomotricidad
- hábitos e higiene personal
- sensopercepción
- lenguaje
- y contenidos preacadémicos

Se darán algunos objetivos de cada área en orden de dificultad con miras a cumplirse en los seis primeros años de vida.

Algunos de los objetivos específicos del área de socialización son:

- participar en juegos espontáneos y dirigidos
- identificar a los miembros de la familia y las actividades esenciales de cada uno de ellos
- practicar normas de prevención de accidentes
- identificar medios de transporte y de comunicación.

Ciertas corrientes educativas, que se ocupan de los deficientes mentales, opinan que la gimnasia rítmica ayuda a la socialización, ya que la música estimula a los niños a participar de las actividades que se están realizando. Pero debe tenerse cuidado del tipo de música y del volumen pues el resultado, en el caso de que la música sea estridente o agitada, puede ser negativo porque lo inquieta, al contrario de una música suave que lo tranquiliza.

También la gimnasia rítmica, le da al sujeto la posibilidad de prever lo que va a suceder y de adquirir seguridad y tranquilidad a diferencia de las actividades que lo mantienen en constante tensión pues no sabe qué va a pasar ni cómo debe actuar y ésto lo angustia. Dice Hanna Olechnowicz (1979) que "El gimnasio brinda al niño muchas oportunidades de experimentar placer y éxito, experiencias que son fundamentales para su socialización." (18) Esto es cierto ya que el sentimiento de fracaso crea en el niño rencor y una conducta negativa, en cambio si sabe que puede hacer lo que hacen los de-

---

(18) Olechnowicz, Hanna, La Integración Social de los Deficientes Mentales Severos y Profundos, p. 112

más se llenará de orgullo y satisfacción y ésto provocará en él sentimientos positivos, buena disposición para intentos - más difíciles y la oportunidad de compartir con sus compañeros sin desventajas.

Respecto al área de psicomotricidad, ya se había mencionado que existen dos leyes de maduración, la céfalo-caudal y la próximo-distal. La primera va del dominio de la cabeza a los pies y la segunda señala la horizontabilidad del proceso que se da de manera simultánea al anterior.

En este inciso se trabajan tres subincisos que son:

- motricidad gruesa
- motricidad fina
- y esquema corporal.

En motricidad gruesa, algunas de las actividades que se pretende que realice el niño son:

- sentarse y controlar la cabeza
- gatear
- equilibrar el cuerpo hincado y de pie
- caminar con apoyo y sin él
- correr
- saltar
- subir y bajar escaleras con y sin ayuda.

En motricidad fina se pretende:

- mover las manos y los dedos
- manipular objetos
- pintar en cierta dirección
- hacer trazos de líneas verticales y horizontales



- ensamblar piezas
- enhebrar cuentas
- dibujar y recortar.

En esquema corporal:

- identificar su propio esquema corporal y el de otras personas
- ubicar su cuerpo en el espacio
- controlar el equilibrio de su cuerpo
- completar la figura humana
- identificar en su cuerpo la derecha y la izquierda.

Los niños deficientes mentales requieren de un gran esfuerzo para controlar los movimientos de su cuerpo pero pueden lograrlo gracias a ejercicios, entre ellos los de equilibrio, ya que también le sirven para resolver sus problemas posturales y al caminar. Algunas veces los niños se encuentran tan tensos que no pueden controlar sus movimientos, por esa razón se les recomiendan los ejercicios.

Los movimientos gruesos ayudan a la respiración y a la acción cardíaca oxigenando la corteza cerebral y logrando así el bienestar del sujeto.

Los ejercicios para los brazos benefician a los músculos, y al control de la mano, para efectuar movimientos cada vez más finos y precisos, es decir, se recomienda que los ejercicios vayan de lo más grueso a lo más fino.

Algunas veces los ejercicios le parecerán al niño dema-

siado difíciles de realizar, por ello se negará a intentar-- los pero no se le debe obligar a que los haga, sino que se - le debe dar la oportunidad de que observe y que se anime, pe- re por él mismo sin ninguna presión.

En otros casos es difícil trabajar con algunos niños -- porque nunca antes habían sido entrenados para efectuar --- ejercicios físicos, porque son más grandes y pesados cada -- vez. En estos casos lo primero que se necesita es mostrarle al niño el ejercicio que se requiere que realice, ejecutarlo con él, ayudarlo cuando sea necesario o corregirlo auxilián- dose de un espejo. Pero sobre todo se debe reconocer el es- fuerzo que pone en cada movimiento, ya que el hecho de no -- hacerlo correctamente no significa que no esté poniendo en - ello su mejor disposición y todo su esfuerzo.

Respecto al maestro de educación física, se dice que de- be existir entre él y el niño una relación profunda, con la- zos de amistad y de respeto y que, debe ser una persona en - quien el niño confie, que lo apoye y le brinde su ayuda para lograr sus objetivos.

En cuanto a los hábitos e higiene personal, se mostrarán algunos de los objetivos del programa:

- comer independientemente y en forma correcta
- practicar vestirse y desvestirse completa y adecuada- mente
- lavarse las manos utilizando jabón y toalla
- limpiar sus dientes

- lavar su cara y limpiarse las uñas
- utilizar peine y cepillo para arreglar su cabello
- usar adecuadamente el pañuelo.

Estas son algunas de las actividades que se trabajan en el área de sensopercepción:

- percepción visual
- percepción auditiva
- percepciones gustativas y olfativas
- el tacto
- el equilibrio
- la postura y el movimiento.

En el subinciso de percepción visual, los objetivos específicos serán, entre otros:

- parpadear ante la luz
- guiar la cabeza y los ojos buscando la voz de una persona
- seguir objetos o personas con movimientos visuales coordinados
- buscar el objeto escondido
- ejercitar la percepción del color y del tamaño
- ejercitar la coordinación visomanual
- ensartar objetos por color, forma y tamaño
- identificar en láminas combinaciones de color, tamaño y forma
- ejercitar la relación espacial del cuerpo y la relación espacial con el medio.

En el inciso de la percepción auditiva, algunos de los objetivos del programa de intervención temprana son:

- identificar sonidos onomatopéyicos de los animales
- discriminar sonidos fuertes y débiles
- identificar y discriminar ritmos lentos y rápidos
- discriminar vocales, sílabas y palabras
- ejecutar melodías familiares.

Al niño deficiente mental se le debe hablar y dar instrucciones mediante palabras sencillas y claras, reforzándolas con gestos y no hablarle en voz alta ni repetir varias veces lo mismo pues lo único que se consigue es aturdirlo y restarle oportunidad de que comprenda lo que se le dice.

En los subincisos de percepciones gustativas y olfativas, algunos de los objetivos son:

- discriminar sabores agradables y desagradables
- identificar alimentos con sabores dulces y salados
- identificar sabores dulces y ácidos en frutas
- identificar sustancias odoríferas naturales y químicas

En el subinciso de tacto, algunos objetivos a conseguir son:

- discriminar por el tacto consistencias líquidas, blandas y duras
- identificar objetos de diferente textura
- diferenciar las temperaturas tibias y frescas.

Ya se ha mencionado que el primer sentido que desarrollan los niños deficientes mentales es el tacto pues les sirve para conocer y ponerse en contacto con el medio que los rodea, por tal razón, si se quiere establecer comunicación con ellos es necesario, no únicamente darles la indicación o

hablarles, sino tomarlos de la mano y llevarlos al lugar -- donde se les indicó o ayudarlos a realizar la orden que se les dió, o bien, si se trata de un objeto acerca del cual se habla, se debe poner en sus manos para que tenga una referencia de lo que se le dice.

En los subincisos de equilibrio, postura y movimientos, algunos objetivos son:

- mover la cabeza, el tronco, los brazos, las piernas
- mover las manos y los pies
- arrastrar el cuerpo
- rodar el cuerpo
- gatear.

En el área de lenguaje se pretende conseguir los siguientes objetivos:

- succionar alimentos líquidos
- deglutir alimentos semisólidos
- masticar alimentos sólidos y deglutirlos
- emitir sonidos espontáneamente
- practicar ejercicios para la correcta formación y la correcta respiración
- practicar ejercicios de pre-articulación con movimientos de la lengua y labios en diferentes direcciones y posiciones
- emitir correctamente los diferentes fonemas
- articular palabras monosilábicas y disilábicas sencillas y familiares
- articular frases sencillas
- narrar experiencias expresando sus ideas con frases -

completas.

Los adultos, tanto padres como maestros, se ven en la necesidad de interpretar el escaso lenguaje del niño con el fin de entenderlo, o bien, de comunicarse por medio de gestos, es decir, manejar la comunicación en un sentido más amplio, por ejemplo, el tono de la voz y la expresión facial que ellos utilizan para informar y representar estados de ánimo.

El profesor debe comunicarse con el niño de acuerdo a los medios con los que éste cuenta, así al demostrarle que lo comprende le brindará una gran ayuda.

El objetivo de la enseñanza no debe ser únicamente conseguir que el niño hable, sino que más bien, el lenguaje es un medio para lograr el máximo desarrollo de su personalidad social, ya que para relacionarse con sus semejantes necesita expresarse de tal manera que sea posible que lo comprendan.

Según la teoría de Hanna Olechnowicz acerca de la comunicación, para que el niño empiece a relacionarse con los demás debe buscar la presencia y proximidad de otro ente social y esta sería la primera fase de la comunicación. La segunda consistiría en desarrollar la comunicación afectiva no-verbal como, por ejemplo, intercambiar sonrisas, interesarse por las expresiones faciales y su comprensión posterior. Y la tercera que sería la evolución de la comunicación no-verbal hacia el lenguaje hablado cuando los movimientos y --

los gestos ya no son suficientes para expresar el pensamiento.

Las necesidades de comunicación del niño se satisfacen al inicio con un lenguaje no-verbal, pero evoluciona y sus necesidades se satisfacen ahora con símbolos verbales que -- empiezan siendo escasos pero que expresan mucho, por ejemplo, las palabras "mamá", "no", "yo", "sí", "nosotros", etc. En la palabra "mamá" el niño se está refiriendo a la persona que lo atiende, que lo quiere y lo cuida y al decirlo manifiesta que la ama o que la necesita; la palabra "no" que es un logro, ya que al principio, cuando el niño se negaba a -- algo lo hacía por medio de llanto y resistencia física y -- ahora lo hace de una manera aceptada por la sociedad; la palabra "yo" que puede significar yo lo hago, demuestra la noción rudimentaria que ha adquirido el niño, de su propia --- identidad, individualidad y autonomía; la palabra "sí" que -- está denunciando su voluntad mediante un razonamiento basado en el entendimiento de lo que se le pregunta o de lo que se le propone y va relacionado con la capacidad de decir "no"; la palabra "nosotros" que denota la necesidad de verse asociado a otros y que demuestra que ya ha sido superada la --- etapa de egocentrismo, pero en algunos casos de deficiencia mental severa, el niño raramente la utiliza.

El lenguaje hablado es un instrumento para expresar deseos y aún cuando el niño posea un escaso repertorio de palabras y conceptos, le ayudará a mantener una interacción -- armoniosa con los demás. Pero ¿por qué armoniosa?, porque --

cuando el niño más pequeño se comunica por medio de gestos, - es difícil entenderlo ya que su repertorio es más reducido - que si utilizara palabras, y por ello en las ocasiones en -- que los padres no comprenden ni adivinan lo que él desea expresar le provocan una reacción negativa que se manifiesta - en ira, irritación o desesperación por su incapacidad y a su vez, en ciertos casos, se le castiga por ello, aumentando con esta actitud su tensión. Pero se debe tener cuidado porque dicha conducta puede provocar que el niño deficiente mental se niegue a hacer el intento de comunicarse.

Es muy importante que el niño no pierda la intención de comunicarse y que en el caso de que no lo comprendan cuando lo hace por medio de gestos, se da cuenta de la necesidad de adquirir el lenguaje hablado. "Descubrimientos científicos referidos al niño normal indican que los accesos de emoción incontrolada van disminuyendo a partir de la aparición del - habla." (19) Esto es, que cuantas más posibilidades posea -- para comunicarse, menor será el riesgo de no ser comprendido y, por lo tanto, sus problemas en este sentido disminuirán. - Pero en el caso de los niños deficientes mentales -que a semejanza de los bebés cuentan con su risa, su llanto o con la resistencia física para comunicar sus emociones- estas manifestaciones ya no les son permitidas por sus padres quienes consideran que es una rabieta y un signo de grosería porque a esa edad los niños ya no se comportan así. Lo que no no--

---

(19) Olechnowicz, Hanna, Op Cit, p. 205



tan es que el niño deficiente mental no cuenta con lenguaje hablado y tan sólo posee esta forma para manifestarse.

Es importante que los niños deficientes mentales gocen de la oportunidad de expresar sus vivencias con distintos -- medios como podrían ser el movimiento, la danza, el dibujo, y el juego libre, todo esto los llevará posteriormente a la verbalización. En el área educativa, este método proyectivo beneficia al niño ya que se le puede dar la ayuda que necesita aunque no exprese su problema verbalmente.

La evolución normal del lenguaje es conocer primero los objetos por medio de la manipulación y cuando se consigue su imagen interna, el niño puede realizar ciertas acciones pensándolas sin efectuar ensayo y error. Posteriormente, la acción mental de imaginar los objetos es substituída por los -- símbolos verbales. Lo que se recomienda para ayudar al desarrollo mental de estos niños es establecer conexiones entre los objetos que él conoce y sus nombres y entre su propia -- actividad y las palabras que la describen.

En frecuentes ocasiones se tiene la idea errónea de que el niño que no habla está demostrando un funcionamiento intelectual muy bajo. Entonces puede caerse en el error de -- intentar que hable a toda costa aunque no sepa lo que dice.

En el tratamiento que se les proporciona a estos niños en el área de lenguaje, tiene más importancia el uso de los verbos y de los nombres de los objetos concretos y a su al--

cance para que su comunicación sea un poco más completa. Pero si se logra que el niño hable tan sólo por hablar no tiene ningún sentido, ya que no posee la referencia mental de lo que dice. En el inicio de un entrenamiento, el objetivo de hablar es que el niño se refiera a acontecimientos que tengan algún significado para él, porque esto le ayudará a su desarrollo mental ya que practicará tanto el lenguaje verbal como el mental. La repetición de palabras sin sentido sólo por el hecho de decirlas o por la exigencia del profesor, es una mala costumbre que debe alejarse de la educación del deficiente mental puesto que la ecolalia no lleva a ninguna parte. Es recomendable que el profesor no fomente ni refuerce el vano parloteo ya que el lenguaje hablado no tiene sentido a menos que sea una expresión significativa ligada a la actividad no-verbal y a la comunicación social.

En muchas ocasiones se debe iniciar el tratamiento de lenguaje consiguiendo la atención del niño, que como ya se decía con anterioridad, se pone nervioso al escuchar ruidos y, por lo regular, no atiende a alguno en especial. Así es que, si se desea entablar conversación con él, se debe dirigir directamente a él llamándolo por su nombre, virando su cara en dirección a la del interlocutor para establecer un contacto personal y, posteriormente, se le puede dar la instrucción que debe cumplir, llevándolo de la mano hacia el lugar indicado si es necesario.

En los casos en que se desee que un niño deficiente mental severo hable, lo primero que se debe hacer es buscar

algo que lo motive a realizar esta acción, algo que para él valga la pena obtener a cambio del gran esfuerzo que esto -- implica. Tal motivación puede ser una recompensa que con---sista en un elogio o aprobación, la atención y el interés -- que despierte en quien lo escucha, pero la mayor recompensa consistirá en que su interlocutor lo comprenda.

En el área preacadémica existen tres subdivisiones:

- matemáticas
- lecto-escritura
- conocimientos de la naturaleza.

Algunos de los objetivos que se persiguen en matemáticas son:

- seleccionar objetos de acuerdo a su tamaño: grande- -  
-pequeño
- identificar objetos de acuerdo con su longitud: alto-  
-bajo, largo-corto; y de acuerdo con su superficie: --  
ancho-angosto
- identificar objetos según su volumen o capacidad: ---  
grueso, delgado, lleno, vacío, hondo, llano
- identificar posiciones: arriba-abajo, delante-atrás,  
adentro-afuera, lejos-cerca
- discriminar objetos según su peso
- identificar objetos por su semejanza y diferencia
- ejercitar las relaciones mayor y menor, mediante el -  
ordenamiento ascendente y descendente
- identificar objetos por su forma
- formar conjuntos de objetos atendiendo a su propiedad:  
color, tamaño y forma

- formar conjuntos de objetos atendiendo a su uso
- ejercitar las nociones de tiempo: hoy, hoy-mañana, -- hoy-ayer, el día-la noche, mañana-medioc día-tarde, antes-ahora-después
- ejercitar nociones de cantidad: mucho-poco-nada, más que-menos que
- identificar la igualdad en las cantidades continuas
- ejercitar las nociones de todos, algunos, ninguno
- seriar objetos de mayor a menor o viceversa, por correspondencia
- practicar la correspondencia ordinal: primero, segundo y tercero

En el subinciso de lecto-escritura algunos de los objetivos que se pretenden son:

- discriminar las formas circulares, cuadradas y triangulares
- seguir con la yema de los dedos las formas de las --- líneas
- puntear la superficie de diferentes dibujos y figuras
- dibujar diferentes figuras siguiendo flechas
- ejercitar el control visomotor siguiendo la dirección izquierda-derecha
- trazar líneas continuas de arriba-abajo y viceversa
- identificar rutas y laberintos.

Algunos objetivos que se pretende conseguir en el subinciso de conocimiento de la naturaleza son:

- reconocer por las vías sensoriales los diferentes --- alimentos
- identificar los estados del tiempo y la manera de ---

protegerse: influencia del sol, el viento, las nubes, la lluvia.

### 3.4.4 CONTENIDOS ACADÉMICOS

En México, y según lo investigado, se obtuvo la información de que en general los conocimientos académicos se trabajan en las siguientes áreas:

- relaciones espacio-temporales
- discriminación de formas
- discriminación de colores
- preescritura
- escritura y lectura
- comprensión
- comprensión de lectura
- aritmética
- manejo de dinero
- civismo

Pero es importante aclarar que no todos los niños deficientes mentales podrían aprovechar estos contenidos ya que eso dependerá de la capacidad de cada uno de ellos.

A grandes rasgos, el área de relaciones espacio-temporales, se refiere a que el niño adquiera, asimile y sepa manejar los conceptos:

dentro-fuera

primero-último

atrás-adelante

alto-bajo

corto-largo

izquierda-derecha

antes-después

lejos-cerca

grande-chico

arriba-abajo, etc.

y para lograrlo se requieren ejercicios, tiempo y paciencia.

Para el área de discriminación de formas se trabaja con: cuadrados, triángulos, círculos y rectángulos y según las capacidades del alumno se aumenta el número de figuras y su grado de complejidad y se pretende que una vez conociéndolas sepa distinguir las cuando se encuentren en objetos de uso cotidiano.

En el área de discriminación de colores se pretende que el alumno conozca y distinga los colores como: rojo, azul, verde, amarillo, blanco, negro, café, anaranjado, morado y gris, entre otros.

En prescritura se pretende por medio de ejercicios que el niño vaya agilizando más los movimientos de su mano, (después de haber identificado la mano predominante), para que afine los trazos y sean más precisos con el fin de llegar a escribir. En este caso el material va de lo más simple a lo más complejo y se usan puntos y rayas como apoyo.

Para el área de escritura y lectura existen varios programas que se pueden utilizar para su enseñanza. Galindo y otros autores en su libro titulado Modificación de Conducta en la Educación Especial señalan la existencia de varios de ellos: deletreo, silabeo, fonéticos, globales, eclécticos y

combinados, simultáneos, sintético-analíticos, analítico-sintéticos, sucesivos, escritura-lectura, lectura-escritura y mixtos. El analítico-sintético comienza con la enseñanza de palabras y pasa después a las sílabas y letras. El simultáneo consiste en que a medida que se aprenden los elementos de lectura se afirman describiéndolos. Este es el programa que se utiliza en modificación de conducta.

El método simultáneo que se utiliza en el programa de lectura y escritura del plan de Modificación de Conducta --- consiste en tomar una palabra para empezar y mostrar al sujeto varias veces la tarjeta donde dice esa palabra, de esa manera se enseña al niño a reconocerla, después de eso se mezcla en un grupo de pocas tarjetas pero la adecuada debe sobresalir de entre ellas con la ayuda de características especiales que la hacen fácilmente identificables y se van disminuyendo esas características hasta que la distingue porque la conoce. Más adelante, se descompone la palabra en sílabas y se pide que la identifique de entre otras sílabas y -- después se descompone en letras para que las conozca. Se -- lleva a cabo otra vez el mismo procedimiento, pero ahora con otra palabra y así sucesivamente.

An general, para el área de comprensión como para el --- área de comprensión de lectura, se utiliza el método de actuar las situaciones, más adelante se narra y, si es posible, de acuerdo a cada niño, se le pide que lea, todo esto -- con el fin de que conteste algunas preguntas al respecto para comprobar que ha entendido. Aquí se pueden trabajar con-

tenidos de historia o contenidos de actualidad, de algunas - noticias o sucesos importantes en la vida del alumno, etc.

En el área de aritmética se pretende que el niño iden-- tifique los números y los signos para realizar operaciones - sencillas, como suma y resta. Primero se trabaja con unida-- des, es decir, con números menores a 10 y se va aumentando - el grado de dificultad. Se enseñan sistemas de medidas y -- pesas y, si es posible, se pretende que el niño resuelva al-- gunos problemas sencillos.

En manejo de dinero se enseña al niño a conocer las mo-- nedas y los billetes, su denominación, y lo más importante, la equivalencia en productos, es decir, su utilidad.

Respecto al área de civismo se pretende que el niño --- aprenda a leer el reloj, que aborde autobuses, que pida in-- formes y que conozca el uso adecuado del correo y de algunos otros servicios públicos.

### 3.4.5 CAPACITACION PARA EL TRABAJO

Una de las metas del proceso educativo, destinado al - deficiente mental, debe ser la de integrarlo en un medio de trabajo, así se le dará la oportunidad de llevar una vida --- normal por medio de esta actividad que es una de las formas en que el ser humano se realiza sintiéndose útil y obtenien-- do lo necesario, económicamente hablando, para vivir. Claro que no debe olvidarse que en muchas ocasiones sus ingresos -



no compensan sus gastos sino que son simplemente una ayuda.

En el proceso educativo se van descubriendo las habilidades del alumno, las que puede desarrollar en actividades - manuales y pretalleres hasta llegar a tener una formación de tipo laboral.

La integración aquí, como en etapas pasadas de la vida y la educación del deficiente mental, es importante pero casi no puede darse porque la gente no se encuentra preparada para aceptarlos, a menos que el medio no sea muy hostil se podrá integrar al sujeto a un trabajo normal, pero si él lo prefiere puede hacerlo en talleres protegidos donde todos -- sus compañeros posean características iguales o parecidas a las suyas. Existen varios de estos talleres en México en la zona metropolitana (en capítulos posteriores se mencionan -- las impresiones obtenidas al visitar uno de ellos).

Algunos requisitos que tiene que cumplir un trabajador o las características que debe tener son, entre otras:

- poseer capacitación profesional
- hábitos de trabajo
- ser capaz de autocriticar su trabajo
- ser responsable de su trabajo
- poseer salud física.

Respecto al puesto de trabajo se presentan las siguientes condiciones:

- la existencia de procesos complicados o especializados

- rentabilidad
- dependencia entre los diferentes procesos de fabricación.

Y en cuanto al ambiente donde se debe desarrollar el -- trabajo:

- se presentan relaciones entre los compañeros de trabajo
- un nivel elevado de aspiraciones profesionales
- problemas laborales
- aspiración de situaciones irregulares de empleo.

Con respecto a la capacitación solamente algunos deficientes mentales que hayan recibido tratamiento durante su vida y a lo largo de todo el proceso educativo y además hayan aprovechado al máximo las enseñanzas y sus potencialidades pueden poseer una capacitación total, pero el resto de los deficientes mentales presentan:

- una formación profesional con lagunas
- capacidad de análisis y síntesis disminuida y que en ocasiones es necesaria en algunos procesos de fabricación
- problemas de percepción, orientación, etc., que en casos de ensamblar piezas constituye un verdadero -- problema ya que quedan invertidas y por lo tanto son defectuosas.

En cuanto a hábitos de trabajo los deficientes mentales llamados severos y profundos presentan:

- problemas motrices
- inestabilidad emocional que altera esos hábitos.

Respecto a la capacidad de autocrítica, en ocasiones:

- son incapaces de reparar sus errores
- no reconocen actitudes inadecuadas, ya que para ellos lo bueno es lo que desean y lo malo es lo que no se les permite hacer.

Referente a su responsabilidad profesional algunas veces:

- no asisten al trabajo por razones de poco peso, se -- podría decir, infantiles
- son impuntuales por iguales causas
- prestan poca atención al trabajo
- se dejan manipular por sus compañeros.

En cuanto a su salud física, por lo regular:

- adquieren enfermedades con frecuencia
- se fatigan pronto y no pueden realizar trabajos que - requieran cierta energía
- padecen jaquecas, ataques, etc.
- algunos para controlar sus malestares ingieren medicamentos que disminuyen su rendimiento laboral.

Por lo especializado de la industria la mano de obra -- requerida cada vez debe ser más calificada, por ello existe más competencia y selectividad. También se requiere por --- parte del trabajador un alto nivel de producción y a los de-

deficientes mentales estos problemas les afectan más que al --  
trabajador promedio.

- En cuanto al ambiente de trabajo puede suceder que haya:
- abuso por parte de los compañeros en cuanto a que lo maltraten, lo ignoren o sea objeto de burlas y de abuso dejándole los peores turnos, o bien, los peores -- trabajos, etc.
  - abuso porque él sea conformista y no proteste
  - porque no distinga derechos de deberes
  - abuso por parte de los patronos porque le den menos -- salario, no le den garantías ni seguro social, no le den contrato y se encuentren como subempleados. También puede suceder que presionen a los otros empleados haciéndoles saber que pagando menos sueldo pueden obtener el mismo trabajo si contratan a más deficientes mentales y amenazándolos con quitarles el empleo si no hacen lo que se les pide, o bien, obteniendo -- ventajas al declarar que tienen empleados en su taller a minusválidos pidiendo por ello algún tipo de subsidio para la empresa, que se les disminuya o exente el pago de algún impuesto, etc.

Los deficientes mentales pueden proceder de familias -- económicamente acomodadas o de familias humildes, si es así se sienten presionados ante la necesidad económica, por esa razón aceptan condiciones de trabajo desventajosas, mientras que aquellos con recursos económicos no se encuentran en tales circunstancias porque no lo necesitan.

Para la capacitación profesional se deben tomar en --- cuenta los deseos y posibilidades del deficiente mental y la demanda laboral de la zona con la finalidad de que se sienta realizado por medio de su trabajo, libere sus tensiones y -- problemas y se sienta autosuficiente permitiéndole al mismo tiempo ser aceptado por la sociedad.

Quando se dice que la capacitación debe tomar en cuenta las posibilidades del alumno se refiere a que se deben desarrollar sus habilidades y aprovechar sus capacidades y esto se logra mediante un proceso que empieza desde la interven--- ción temprana y se va llevando a cabo durante las etapas --- educativas del sujeto. Miguel Díaz Alcaraz y otros autores, en su libro titulado Formación Profesional y Empleo del De--- ficiente Psíquico, hablan de tres etapas de la formación pro fesional que son:

- la etapa madurativa
- la etapa pretecnológica
- y la etapa profesional.

En la etapa madurativa los alumnos realizan trabajos -- manipulativos que les sirven como terapia psicomotriz.

En la pretecnológica ya han adquirido los hábitos mani pulativos básicos y ahora se relacionan éstos con el conoci miento del aula y la práctica en los talleres.

Y en la etapa profesional y basándose en los conocimien tos previos se da alguna capacitación más específica y se -- consigue así que el alumno pueda obtener un empleo para su - satisfacción e integración.

En caso de no conseguir empleo en algún taller o fábrica, ni de tipo protegido, puede intentar trabajar en su domicilio en una empresa familiar. Ya que algunas veces los --- centros ocupacionales o talleres protegidos se encuentran -- con problemas como la poca productividad que es insuficiente para pagar los salarios justos a los empleados o con problemas comerciales como falta de mercado dónde introducir sus - productos, para mayor información al respecto se remite al - lector al capítulo cinco donde se presenta el caso de un taller protegido.

En cuanto a los deficientes mentales, éstos presentan - algunos problemas de personalidad que repercuten en su tra-- bajo como:

- complejo de inferioridad
- introversión y timidez
- inestabilidad emocional
- agresividad contra personas, cosas o contra sí mismos
- incapacidad de defender sus derechos, etc.

Otro factor que repercute en su trabajo puede ser, por ejemplo, la fatiga causada por:

- el medio físico desfavorable como la temperatura, la luz, el ruido, etc.
- por gastos inútiles de energía porque los métodos, -- los utensilios y las instalaciones son inadecuadas
- por falta o disminución de la aptitud física causada por la ingestión de medicamentos, horario desfavora-- ble o la monotonía del trabajo.

Por el contrario su rendimiento puede ser normal si --- cuenta con buenos hábitos de trabajo, si realiza la activi--- dad más adecuada a sus capacidades y si se le proporcionan - todos los medios necesarios para que así sea.

Alguien que puede estar pendiente de que al deficiente mental se le proporcione la ayuda que requiere es el monitor o maestro industrial, quien también se encargará del control de calidad del trabajo realizado por dicha persona y se auxi--- liará de los jefes de equipo que son deficientes mentales -- más capaces dentro del grupo de trabajadores deficientes --- mentales.

Uno de los elementos más importantes para mejorar el -- trabajo es informar de los objetivos a corto, mediano y lar--- go plazo para que todos sepan cuál será y cómo será el pro--- ducto final.

No son menos importantes las actividades extralaborales como deportes, excursiones, clubes, etc., o actividades de - apoyo para mejorar las aptitudes como psicoterapia, activi--- dades culturales, actividades rehabilitatorias como fisio--- terapia y atención médica-psiquiátrica, entre otras.

Se dice que es mejor adaptar el puesto de trabajo a las necesidades y posibilidades del deficiente mental que adap--- tar al deficiente mental al puesto de trabajo. Claro que la adaptación del puesto de trabajo provoca más complicación al monitor que se encarga de colocar al deficiente mental en el

puesto más indicado, pero tal actividad tiene más ventajas que desventajas porque agiliza la producción, varía las actividades del sujeto, disminuye la monotonía y la rutina y ayuda al deficiente mental a ampliar sus conocimientos profesionales.

Como ya se había dicho, algunos deficientes mentales -- tienen más probabilidades de aprender todo lo necesario de un oficio, mientras que los más atrasados podrían aprender solamente algunas partes del oficio.

Dos métodos de trabajo, que se utilizan con personas -- deficientes mentales son el de "trabajo en cadena" y el de "trabajo en equipo".

El trabajo en cadena coloca a cada deficiente mental en el lugar adecuado, pero se le da la oportunidad de conocer la actividad de por lo menos dos compañeros, el que lo antecede y el que lo sucede, así como de conocer el producto final. El ambiente no es presionante ya que no se exige que entregue su trabajo en poco tiempo, sino que sus compañeros pueden dar un margen para esperarlo a que termine su labor.

El trabajo en equipo requiere de dos criterios para formar un grupo, uno es la complementariedad, ésto es, que se integre con personas que sepan entre todas hacer el producto total y el otro criterio es el de la ausencia de incompatibilidad, es decir, que los integrantes se lleven bien y no existan diferencias entre ellos que perjudiquen su trabajo.

Los grupos cuentan con cuatro o cinco muchachos de los cuales el que domine toda la actividad será el jefe de equi-



po, pero debe tenerse cuidado de que esta persona sea un líder natural, no impuesto, que goce de la simpatía y aprobación de los otros miembros del grupo y que sirva para unirlos no para separarlos. Su tarea consistirá en controlar a los muchachos del grupo para que cumplan con sus tareas, ser el enlace entre ellos y el monitor o maestro de taller, hacer las labores que no puedan realizar los otros miembros del grupo y tomar decisiones acerca de los problemas que surjan.

Debe tenerse plena conciencia de la necesidad de dar algún tipo de capacitación laboral a los deficientes mentales porque si no es así de nada servirá todo el tiempo y esfuerzo invertidos en su educación, es decir, que dicha capacitación debe ser la finalidad de la educación ya que en caso de no hacerlo así se condenará al alumno a ser un subempleado, a recibir en vez de salario propina o limosna y en vez de respeto, lástima.

#### 3.4.6 INDUSTRIAS Y TALLERES PROTEGIDOS

Como ya se dijo con anterioridad la finalidad del proceso educativo del deficiente mental es darle algún tipo de capacitación para que sea posible que se valga por sí mismo y lleve una vida normal.

Las personas que han tenido la oportunidad de recibir capacitación de los centros especializados tienen cuatro opciones que son:

- la empresa familiar
- los talleres protegidos
- las industrias protegidas
- las industrias normales.

El sujeto puede escoger entre estas alternativas pero su decisión dependerá oien por ciento de las habilidades con las que cuente, de sus conocimientos, de su autosuficiencia y de su grado de adaptación a las situaciones laborales.

Para aquellos con problemas de autosuficiencia como --- transportarse, comer solos, cuidar de su persona, controlar esfínteres, etc., la opción es la empresa familiar pues al - trabajar en sus hogares se encuentran al cuidado de sus pa-- rientes quienes los auxilian cuando lo necesitan.

Para quienes cuentan con poca capacitación profesional pero son capaces de llegar al taller sin ayuda y que cuidan de sí mismos la alternativa es el taller protegido.

A la industria protegida pueden ingresar aquellos defi- cientes mentales que cuentan con capacitación profesional -- más elevada que en los dos casos anteriores, ya que el tra-- bajo requiere de mayores habilidades y conocimientos, y que son autosuficientes. Además, en la industria también se en- cuentran trabajadores que no son deficientes mentales. En - este caso y en el anterior se utilizan los métodos de traba- jo en cadena y en grupo que ya se mencionaron con anteriori- dad.

Otros más que se encuentran rehabilitados y no presentan mayores complicaciones en su personalidad trabajan en indus- trias normales, ocupando el lugar más adecuado según su ca-- pacidad.

La actividad productiva es la etapa final de la rehabilitación y quien llega a este nivel puede sentirse una persona útil y normal. Pero, desafortunadamente, su integración no depende tanto de ellos sino de los miembros de la sociedad que al no encontrarse preparados para convivir con las personas deficientes mentales las hostilizan en el trabajo, las lastiman con su actitud indiferente y las presionan a tal grado que optan por recluirse en industrias y talleres protegidos donde tratarán lo menos posible con personas "normales".

El hecho de no poder convivir normalmente con los compañeros de trabajo es un obstáculo en su integración pero no depende de ellos sino de las personas que no saben cómo tratarlos y otro obstáculo es que la producción de las industrias protegidas no es rentable, es decir, que necesita frecuentemente de subsidios para seguir adelante.

Más se debe tomar en cuenta que el trabajo es un medio para obtener lo necesario para vivir pero no sólo eso, sino que además, es una oportunidad para obtener éxito y satisfacción personal pues es una manifestación creadora del ser humano, y en muchas ocasiones, de los dos aspectos, el que es más factible para el deficiente mental es el segundo ya que la autosuficiencia económica es difícil de lograr y por lo regular sus ingresos le sirven para ayudar en sus gastos más no para satisfacerlos.

### 3.4.7 TRATAMIENTO CLINICO

En este aspecto se brinda ayuda, principalmente a nivel familiar y a nivel personal. En el nivel familiar la orientación a los padres y a los hermanos es muy importante y la terapia de pareja y familiar son los métodos más usuales. En el nivel personal se orienta al sujeto cuando presenta problemas de aceptación hacia sí mismo, en su relación con otras personas, se le orienta vocacionalmente y se le brinda ayuda también en terapia de rehabilitación, psicomotricidad, etc., según sean sus necesidades.

Es importante hacer notar que muchos de los conflictos del deficiente mental son provocados por los malos e injustos tratos de los compañeros, sean de la escuela, del trabajo, etc., puesto que los hacen objeto de burlas y de desprecios, es por ello que la orientación debe extenderse, no solamente proporcionarla a los familiares sino a todas las personas que tratan con ellos.

La poca preparación se encuentra desde el seno familiar pues frente al nacimiento de un miembro deficiente mental los padres no saben cómo reaccionar, más adelante el conflicto afectará a los hermanos y a los familiares más cercanos llegando después a los compañeros de escuela y a sus padres, a los compañeros de trabajo o a la gente en general.

Los factores que influyen en la reacción de los familiares, ante la noticia de la llegada del niño deficiente

mental al hogar, son muchos y muy variados:

- la relación como pareja antes del nacimiento de este miembro de la familia
- la relación con los otros hijos
- la posición social, económica y cultural de la familia
- la manera en que el profesional les informe del estado del niño.

La relación que llevan los padres antes del nacimiento del hijo es muy importante ya que la reacción de la pareja ante la noticia de que el niño es deficiente mental puede depender de que sean una pareja estable, de que el hijo haya sido deseado o no lo haya sido o de que incluso hayan tratado de evitar su nacimiento, en fin, del nivel de comprensión que exista entre ellos.

En muchas ocasiones la pareja aparenta ser estable pero ante los problemas se nota que no es así, ya que el nacimiento de este hijo puede causar la separación definitiva por no soportar ni saber resolver el conflicto que les ocasiona. - Otras veces tan sólo esperan el resultado de los estudios de genética para descargar en el otro conyuge el peso de la responsabilidad, culpándolo a él y desentendiéndose ellos del problema o echándole en cara el favor que le hacen al hacerse cargo de "su hijo", pero en caso de que el estudio demuestre que el causante ha sido él y no el otro esposo se defiende argumentando que ese diagnóstico es falso, por ello algunas parejas prefieren ignorar quién es el "culpable".

Si el bebé no fue deseado en los padres aparece un sen-

timiento de culpa por haberlo rechazado o por haber intentado evitar que naciera.

Las reacciones, dependiendo de los factores, pueden ser positivas o negativas según sea la relación entre los padres. Si la reacción es positiva aceptan a su hijo sin hacerse reproches acerca de quién fue el causante de que el niño padeciera este problema y lo ven como un motivo para unirse más, para luchar con el fin de ayudarlo, pues ven en él a la persona en quien depositar su amor, su paciencia, su tiempo, -- atención y dedicación para formar de él un ser útil a la sociedad y a sí mismo teniendo más mérito que al formar a cualquier otro de los hijos porque los niños deficientes mentales presentan mayores dificultades. Mientras que otros ven a este niño como un castigo, como la mala suerte o la culpa de la esposa o del esposo y en caso de no llegar a divorciarse, en adelante su relación será tensa pues uno de ellos le hará el favor al otro, que es el "culpable", de cuidar de -- "su hijo", pero esta actitud es dañina para los miembros de la familia y principalmente para el chico deficiente mental.

La relación que los padres llevan con los hijos también es importante y definitiva para el trato que le darán al niño deficiente mental ya que de eso dependerá que llegue a un hogar armonioso o a un hogar desunido. El lugar que ocupa -- entre los nacimientos de los otros hijos de la familia y la edad de diferencia entre él y sus hermanos son aspectos que se deben tomar en cuenta, esto es, si el primer hijo es deficiente mental por lo regular tendrán miedo de engendrar ---

otros porque tal vez padezcan el mismo problema. Si ocupa un lugar intermedio lo compararán con sus hermanos y harán que se sienta humillado, o si es el menor, por lo regular, tenderán a sobreprotegerlo. Los hermanos pueden llegar a sentir celos del deficiente mental porque acapara la atención de los padres y del resto de los familiares o lo pueden ver como una carga, pero si la familia es armoniosa quizá los hermanos maduren con más rapidez, que aquellos niños que no se encuentran con un problema así en su casa, y se hagan responsables de ellos mismos y del niño y lo ayuden a salir adelante.

La posición socio-económica y cultural también es importante pues se dice, aunque esto no es una regla, que en los hogares con mayores recursos económicos y pertenecientes a una esfera social alta los niños deficientes mentales son más rechazados que en hogares de pocos recursos económicos argumentando que en las altas esferas sociales estos niños contrastan más por sus costumbres inadecuadas, mientras que en grupos con costumbres más sencillas no se nota tanto la diferencia. En hogares con escasos recursos económicos no es tan importante saber manejar los cubiertos en la mesa o permanecer quietos y callados en las reuniones de los adultos, permanecer limpios, saludar, tener atenciones y ser corteses con otras personas, charlar de temas de actualidad, hablar otro idioma, manejar el automovil, etc., mientras que en grupos más elevados, socioeconómicamente hablando, esto es fundamental. En cuanto al nivel cultural, específicamente, existe la teoría de que las personas más cultas rechazan

con más frecuencia a su hijo deficiente mental por el contraste que se nota entre él y los otros miembros de la familia mientras que en hogares menos cultos la deficiencia mental se nota menos puesto que por lo regular no se habla de temas elevados ni se llega a grados escolares superiores; pero esto tampoco es una regla ya que las personas más preparadas tienen más elementos para comprender el problema de su hijo y orientarlo y las personas más ignorantes no saben qué hacer, ni a dónde recurrir, ni cómo ayudarlo.

El último de los factores que influyen en la reacción de los familiares es la manera como el profesional informa acerca de la deficiencia mental. La reacción de los padres al recibir la noticia del diagnóstico de su hijo pueden ser varias, pueden deprimirse, rebelarse o simplemente ignorar el problema, o bien, pueden unirse más y luchar por sacar adelante a su hijo. En muchos casos, la reacción depende de la manera como les den la noticia ya que algunos profesionales con poca ética les provocan terror o angustia. Puede suceder que el médico o la enfermera que informen a los padres del estado de su hijo lo hagan de tal manera que los desanimen dándoles a entender que ya nada se puede hacer por ese niño y de esta manera les quitan la esperanza y más que nada la intención de luchar para lograr que su hijo avance. El profesional que desanimó a los padres no sabe realmente el daño que hizo pues se podría decir que un 50% de la rehabilitación del niño depende de la intención que tengan los familiares de que esto ocurra porque con su apoyo lo ayudarán. Pero si por el contrario la enfermera o el médico le



dieron esperanzas reales a los padres, de que con ayuda su hijo saldrá adelante dentro de sus posibilidades, han avanzado ya y han cooperado para su rehabilitación puesto que dieron el primer paso que es convencer a los parientes de que atiendan al niño lo más pronto posible. Sucede que en ocasiones le dan la noticia a los padres, de que su hijo es deficiente mental, de una manera desoladora o acusante, o bien, carente de detalles que son muy importantes porque por lo regular los familiares ignoran el tema a diferencia de los especialistas, quienes suponen que con poca información es suficiente y que los padres no necesitan mayores explicaciones, pero ésto es un error pues lo único que logran es angustiarlos ya que piensan que su hijo se encuentra muy malo, al contrario, que no hay porqué preocuparse y que con el tiempo se le pasará, o bien, la reacción de los desesperados padres es lanzarse en busca de información que encuentran, algunas veces no muy clara, en los libros especializados pero que en ocasiones no entienden porque el lenguaje es complicado y lo que consiguen es confundirse más en vez de salir de dudas. Si la manera de informar se hace en forma acusante, les dicen a los padres que ellos tienen la culpa de que su hijo se encuentre en tales condiciones y que su castigo será cargar con él durante toda la vida. Al escuchar esas afirmaciones los padres se aterrorizan, se cobijan, no desean consultar a más especialistas pues se avergüenzan de haber traído al mundo a un niño así, lo ocultan y no saben verdaderamente el daño que le están haciendo, pero el médico si debe saberlo y su actitud es equivocada puesto que ha causado un daño irremediable. Si les informan del --

padecimiento de una manera desoladora los padres creen que ya nada pueden hacer y se tornan apáticos y desentendidos -- porque piensan que no tiene objeto invertir tiempo en ese -- niño con quien nada lograrán y prefieren dedicárselo a los -- otros hijos, pero se encuentran en un error porque si se --- pueden lograr avances en la conducta de los niños deficien-- tes mentales que por más pequeños que sean les serán de gran utilidad.

Como se puede observar, en los casos expuestos, el es-- pecialista no informó de una manera objetiva, sino que se -- dejó influenciar por su propia opinión y lo que hizo fue --- perjudicar al niño. Algunas veces, con sus opiniones o con-- sejos, hieren a los padres o los desorientan pues existen -- ocasiones en que llegan a decirles que su hijo está desahu-- ciado y que lo mejor que pueden hacer es internarlo en un lu-- gar del que no salga nunca pero con ésto aumentan su senti-- miento de culpa al aconsejarles "deshacerse del problema".

Son comunes las expresiones tales como: "más vale que -- el niño se muera", y "si enferma ni le hagan la lucha, dé--- jénlo morir", "estas cosas no tienen remedio", "no tengan -- muchos hijos porque les saldrán igual", "algo tienen ustedes -- dos que les provoca tener hijos así", etc., que son expre--- siones que lastiman profundamente a los padres y que además algunas veces son falsas e injustas. (20)

La postura del médico (y se habla de él o de la enfermera por ser quienes tienen el primer contacto con el niño -- ya que pueden notar el problema en el nacimiento, o bien, -- los padres al ver en su hijo alguna anomalía es a él a quien recurren o a la enfermera para que los orienten) debe ser -- objetiva, no se le pide que de falsas esperanzas pero tampoco que alarme a los familiares ya que por lo regular los dejan en tal incertidumbre que van de médico en médico buscando una "cura milagrosa" que pueda aliviar a su hijo y corren el riesgo de caer en manos de charlatanes que los despojen -- de sus recursos económicos y queden más defraudados que cuando empezaron su búsqueda pues piensan que todos los intentos son en vano y que su hijo se encuentra peor de lo que creían.

La actitud del especialista debe ser la de remitir a -- los padres a centros de rehabilitación donde se encuentra -- personal adecuado para ayudar a su hijo, dar toda clase de -- detalles, responder a sus preguntas y si se lo solicitan --- opinar o dar algún consejo. También, si los padres lo re--- quieren, ordenar los estudios de genética y ser prudente al informar y en caso necesario remitir a los familiares a los lugares donde les proporcionen terapia de pareja o familiar según sea el caso.

Ya se habló de las causas que pueden provocar conductas positivas o negativas en los familiares del deficiente mental ahora se comentarán cuáles actitudes toman ante él. La madre puede sentirse más angustiada y presionada que aquella que no tiene un hijo deficiente mental, o bien, puede sobre-

La postura del médico (y se habla de él o de la enfermera por ser quienes tienen el primer contacto con el niño - ya que pueden notar el problema en el nacimiento, o bien, -- los padres al ver en su hijo alguna anomalía es a él a quien recurren o a la enfermera para que los orienten) debe ser -- objetiva, no se le pide que de falsas esperanzas pero tampoco que alarme a los familiares ya que por lo regular los dejan en tal incertidumbre que van de médico en médico buscando una "cura milagrosa" que pueda aliviar a su hijo y corren el riesgo de caer en manos de charlatanes que los despojen -- de sus recursos económicos y queden más defraudados que cuando empezaron su búsqueda pues piensan que todos los intentos son en vano y que su hijo se encuentra peor de lo que creían.

La actitud del especialista debe ser la de remitir a -- los padres a centros de rehabilitación donde se encuentra -- personal adecuado para ayudar a su hijo, dar toda clase de -- detalles, responder a sus preguntas y si se lo solicitan --- opinar o dar algún consejo. También, si los padres lo re--- quieren, ordenar los estudios de genética y ser prudente al informar y en caso necesario remitir a los familiares a los lugares donde les proporcionen terapia de pareja o familiar según sea el caso.

Ya se habló de las causas que pueden provocar conductas positivas o negativas en los familiares del deficiente mental ahora se comentarán cuáles actitudes toman ante él. La madre puede sentirse más angustiada y presionada que aquella que no tiene un hijo deficiente mental, o bien, puede sobre-

protegerlo tratando de evitarle problemas y contratiempos, - pero cae en el error de realizar las actividades por él porque es más fácil que enseñarle a hacerlas y lo perjudica --- porque lo convierte en una persona inútil y dependiente. -- Otros confunden una actitud comprensiva con una tolerante -- que provoca el rechazo de la sociedad hacia su hijo pues los padres lo han acostumbrado a ser desconsiderado con las personas. Puede suceder que el niño note la diferencia que --- existe en el trato que le dan a él y el que le dan a sus --- hermanos, si éste es de sobreprotección o de sumo cuidado re sentirá los celos de los hermanos o si es una actitud de rechazo con más razón se sentirá mal pues notará que es la --- causa de los disgustos entre los padres y entre los herma--- nos, que es una carga para la familia y que su presencia no es grata en el hogar. La indiferencia quizá sea la peor de las conductas contra el niño deficiente mental, pues algunas veces, aunque sea para reprenderlo, se habla con él o se le hace sentir que existe, pero en el caso de los padres que -- simplemente lo ignoran, hablan como si él no existiera lo -- están dañando de tal manera que se desanimará y se dejará -- morir, no pondrá nada de su parte para su rehabilitación --- porque nadie lo notará ni lo tomará en cuenta.

Para ayudar a los miembros de la familia del deficiente mental a tratarlo, a conocerlo y a superar los conflictos -- que haya podido causar en sus padres o hermanos, se conocen aquí en la zona metropolitana dos lugares, uno es la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala con sus Centros de Educación Especial y Rehabilitación y el otro es la Con--

**Federación Mexicana de Asociaciones en Pro del Deficiente --  
Mental, Asociación Civil.**

La familia es el primer contacto que el niño tiene con la sociedad por esa razón deben recibir capacitación y orientación para poder ayudarlo. Pueden recibir tratamiento clínico de terapia psicológica, individual, de pareja o familiar y recibir orientación y entrenamiento para cooperar en la rehabilitación del niño.

En el plan de Modificación de Conducta en Educación Especial que se lleva a cabo en la S.N.E.P. Iztacala y en los C.E.E.R. (Centros de Educación Especial y Rehabilitación), se hace concientes a los padres de la responsabilidad que tienen en la rehabilitación de su hijo pues de ellos depende que los niños asistan a las sesiones y que si es necesario para que avancen los ayuden con "trabajo en casa", esto es, continuando con el programa de rehabilitación en el hogar.

Por la misma ignorancia o desinterés de los padres, algunas veces los niños no asisten a su sesión o abandonan por temporadas el tratamiento, pero si se informa a los padres y a los familiares del programa que se lleva a cabo con el alumno y que la inasistencia puede perjudicar el avance de su hijo, tomarán conciencia y no faltarán a las citas, incluso si se les capacita pueden ayudar siguiendo la terapia o el programa en el hogar durante las horas que no asisten al Centro, los fines de semana o durante las vacaciones de los estudiantes que actúan como tutores de sus hijos.

La finalidad del C.E.E.R. no es únicamente la de ayudar al alumno sino extender los conocimientos a la comunidad y - hacer responsables a los familiares del tratamiento del niño. Con tal motivo se elaboró un programa de entrenamiento, destinado a los padres o a los familiares encargados del niño, en el cual se enseñan, de manera simplificada, los conceptos básicos del análisis de la conducta del niño, el concepto de retardo en el desarrollo, se les enseña a observar el trabajo de rehabilitación y se les entrena en las actividades de registro de conducta y aplicación de programas. Para la --- cuestión teórica se realizó un instructivo que se complementa con reuniones para que se solucionen las dudas que tengan los lectores y más adelante se avanza hacia los pasos de los contenidos prácticos que son:

- que los padres dominen los contenidos teóricos
- que observen y registren conductas en el Centro
- que apliquen los programas ahí mismo
- y que aprendan a mantener o a establecer nuevos repertorios en el hogar.

Es importante mencionar que este plan general no se ha podido llevar a cabo con todos los padres, principalmente, - por problemas de tiempo pero es un buen principio y sus bases son muy importantes, pues entrenando a los padres, dándoles los elementos principales, se tienen asegurados gran parte de la rehabilitación del niño y un trato más justo y humano hacia él a medida que lo conocen más profundamente.

El otro lugar que brinda ayuda también de tipo de tera-

pia individual, de pareja y familiar es la Confederación -- Mexicana de Asociaciones en Pro del Deficiente Mental, A. C. Ahí orientan a los padres en la manera como deben tratar a su hijo y lo remiten a centros especializados o lo ponen en contacto con otros padres que se encuentran en situaciones -- similares haciéndoles sentir que no se encuentran solos y -- que ahí pueden encontrar apoyo y también los ponen en con-- tacto con especialistas que pueden ayudarlos.

Muchos de los problemas que presentan los deficientes mentales son causados por la conducta equivocada de quienes los rodean, por eso, algunos puntos que se deben tomar en -- cuenta para su beneficio y para disminuir sus conflictos, -- son:

- brindarles paciencia y cariño
- que la persona que los atienda sea constante y esta-- ble al igual que los objetos que se encuentran a su alrededor y las actividades que realice durante el -- día
- se les deben dar los elementos y las oportunidades -- para que se valgan por sí mismos
- se les debe brindar la oportunidad de convivir con -- otras personas
- se les debe enseñar a canalizar su agresividad como a cualquier otra persona.

Se sugiere que se le brinde paciencia y cariño porque -- es fundamental. Se debe comprender que será más lento para aprender en comparación con sus hermanos y que existen acti-



vidades que tal vez nunca podrá realizar, por esa razón se - deben evitar los regaños y gritos ya que nada se conseguirá en su avance, al contrario, el niño temerá intentar otras -- actividades porque si se equivoca lo reprenderán. La solu-- ción es la confianza que se le dé, la comprensión y la pa--- ciencia. En cuanto al cariño, si lo que se siente por él es sincero se ganará su confianza pues él lo notará, como tam-- bién notará cuando se le rechaza y se aparenta aceptarlo, -- con esa actitud aprenderá a ser receloso y más inseguro por-- que no sabrá en quien confiar verdaderamente.

Se pretende que la persona que atienda al niño sea cons tante y estable, ésto es, que la vea frecuentemente para que se acostumbre a ella y le deposite su confianza, que sea ella la que lo atienda siempre y que no cambie de cuidador(a) va- rias veces porque eso le provocará angustia e inseguridad. En cuanto a que sea estable, se refiere a que su manera de - actuar sea coherente, que no cambie de humor con rapidez y - que su conducta siempre tenga una razón de ser porque si no él se sentirá desequilibrado emocionalmente. Se necesita -- que su comportamiento tenga una explicación accesible para - el niño pues si algunas veces se encuentra de buen humor --- tratará bien al niño y le consentirá hacer algo que en otras ocasiones no le ha permitido y si, por el contrario, otras - veces se encuentra malhumorada y lo maltrata o le prohíbe -- hacer algo que antes sí le permitía, lo descontrolará porque él no sabrá cómo actuar ni comprenderá si ha hecho algo bue- no o algo malo para ser tratado de esa manera, es decir, sus valores morales no serán constantes y él no distinguirá lo -

bueno de lo malo, ni lo permitido de lo prohibido, cosa que a la larga le causará graves problemas en su convivencia con miembros de la sociedad porque, como se había dicho en capítulos anteriores, pueden pasarle por alto que no rinda escolarmente pero lo que no le pueden permitir es que no sepa -- comportarse en la sociedad.

Se dice que al igual que las personas, los objetos que lo rodean deben permanecer constantes lo mismo que su rutina del día, es decir, que los muebles, sus objetos de uso personal y los lugares a donde asiste deben encontrarse en el mismo lugar para evitarle angustias al no encontrarlos, o al no saber resolver los problemas repentinos. Con respecto a su rutina, sus actividades deben ser, de preferencia, las -- mismas o similares, siguiendo una secuencia, hasta cierto -- punto lógica, logrando que de esta manera se sienta seguro -- ya que las situaciones nuevas en vez de interesarle le in-- quietan.

El error de algunos familiares consiste en no permitirle al niño que realice las actividades por sí mismo, sino al -- contrario, las hace por él argumentando que lo protegen de -- que pueda causarse algún daño o que alguien lo lastime o lo ofenda, o bien, tratando de evitar que cometa errores que le molestan a los adultos más que a él mismo, por ejemplo, a la madre le es más fácil vestirlo que permitirle que se vista -- pues puede colocarse equivocadamente los zapatos, o que no -- los abroche correctamente, que si come solo se ensucie o en -- sucie la mesa, que con su torpeza provoque doble trabajo pa--

ra ella al tratar de componer lo que él descompuso. Igualmente actúan los padres, hermanos y algunos profesores, pero esta conducta no es muy adecuada ya que no vivirán siempre a su lado para "ayudarlo", más bien, lo que deben hacer es darle los elementos, por medio de la educación, la terapia, la capacitación, etc., para que aprenda a valerse por sí mismo, quizá se invierta más tiempo y más esfuerzo pero bien vale la pena si el resultado será provechoso para él y para sus parientes que se sentirán orgullosos con sus pequeños logros y satisfechos por su obra. Es necesario que se hagan responsables de su rehabilitación y que aprendan a trabajar con el niño más no por él.

También creen que para evitarle malos ratos y disgustos a su hijo lo mejor es no permitirle que vea a otras personas y que conviva con ellas, pero esa soledad le hace daño porque necesita, como cualquiera, la amistad y los problemas -- que trae consigo el trato con los demás si es que se desea su integración, pero ¿cómo lo logrará si toda su vida ha permanecido aislado?. Estos dilemas se le presentan a los padres y en nombre del amor que le tienen a su hijo hacen lo que creen mejor pero se equivocan porque el camino más fácil en realidad es el más difícil porque le están quitando a su hijo la oportunidad de una vida normal, esto es, lo que para ellos es más cómodo y fácil a la larga será perjudicial para su hijo quien estará acostumbrado a depender en todo y para todo de otras personas. Más bien, deben optar por la socialización como la mejor ayuda para su hijo y cuanto más temprana sea mejor.

Cualquier persona tiene dentro de sí un cierto grado de agresividad, que no es dañina si se sabe manejar, pues lo -- importante es que le sirva de impulso para luchar y para salir adelante. Cuanta más agresividad tendrán aquellas per--sonas para quienes tantas oportunidades les son negadas, para quienes las esperanzas son mínimas como es el caso de los deficientes mentales que son el foco de atención por parte -- de los demás acerca de qué hacen, de cómo lo hacen, que suelen ser comparados y por lo regular pierden en esa compara--ción, que algunas veces son ignorados y que no encuentran la manera adecuada para hacer notar su presencia y lo que valen. Por ello se recomienda que se les dé la oportunidad de dejar salir su agresividad canalizándola de una manera positiva, -- ya sea en el juego, en el deporte, en competencias amistosas o en alguna expresión artística; pues si no se hace así, se corre el riesgo de que la expulse de otra manera no tan --- aceptada socialmente como sería la agresión contra objetos, personas o contra sí mismo.

Se debe tomar en cuenta que tiene los mismos sentimientos de amor, de odio, de envidia, de agrado, etc., es decir, positivos y negativos como cualquier otra persona y quizá -- sea más sensible porque recibe manifestaciones de varios --- sentimientos y algunos de ellos no son tan agradables y que tiene derecho a expresar los suyos, que tiene derecho, como ser humano que es, a vivir su vida de la manera más normal -- que sea posible.

### 3.4.8 PERSONAL

Una de las principales dificultades de la educación de los deficientes mentales es la falta de personal capacitado. Pero un plan que se precie de ser bueno debe solucionar este problema capacitando a su propia gente o permaneciendo en -- contacto con lugares que preparen especialistas en el área. Aquí en la zona metropolitana de la Ciudad de México el personal podría ser egresado de la E.N.E.P. Iztacala donde los estudiantes tienen una preparación como psicólogos especia-- listas en educación especial; de la E.N.E.P. Acatlán cuya -- preparación en pedagogía en educación especial les brinda los elementos necesarios para trabajar en esta área y de la Normal de Especialización donde sus estudiantes tienen una formación para ser profesores de educación especial en niños -- deficientes mentales y otras escuelas como la Universidad -- Anáhuac, donde se imparte la maestría en educación especial, la Universidad Iberoamericana y la Universidad de las Américas, además de las de enfermería, medicina, trabajo social, etc.

El personal que se necesita en esta área es mucho y muy variado porque dependiendo del grado de retraso del niño será su tratamiento, ya que, si se le atiende en escuelas de -- educación especial se necesitará un grupo interdisciplinario.

Durante todo el proceso de rehabilitación del niño de-- ficiente mental deben participar personas capacitadas que -- les ayuden a aprovechar al máximo sus potencialidades para --

obtener su independencia y una vida lo más normal posible.

Los profesionales y paraprofesionales van desde terapistas hasta neurólogos, pedagogos, psicólogos, etc., que se encargan de la rehabilitación de los niños en instituciones adecuadas. A continuación se darán datos acerca de algunas de las funciones de cada uno de ellos. Con tal motivo se dividió el proceso de rehabilitación, para su mejor comprensión, en grupos o etapas de las cuales la primera es el diagnóstico, la siguen la etapa de servicios médicos, la de instituciones de custodia, la de intervención temprana, la etapa de conocimientos académicos, la de capacitación laboral, la de industrias y talleres protegidos y la etapa de tratamiento clínico. Es importante aclarar que el orden en que se nombran tales etapas y el orden en que se mencionará al personal de cada una de ellas no es de importancia sino más bien de aparición y para mostrarlo de manera más sencilla se presentará, en la siguiente página, un cuadro de incidencia y la función específica de cada miembro del personal.

Primeramente se mencionará a los médicos especialistas, (pediatra y neurólogo) que atienden al niño y son quienes informan a los padres acerca del problema de su hijo, ya que por lo regular es a ellos a quienes acuden cuando notan algo extraño en el niño y esperan que los informen y que los orienten acerca de las ayudas que existen en esos casos. En tonces el médico especialista, sea el pediatra o el neurólogo, una vez que ha diagnosticado la deficiencia mental, remite a los padres a los centros especializados para que des-



de ese momento se inicie la rehabilitación del niño ya sea - para que ingrese en alguna institución, o bien, para darle - un tratamiento a quien lo requiera. Como se puede observar, su labor es determinante pues de su correcta y oportuna orientación dependerá el futuro de la persona deficiente mental.

Es obvio que se encuentre presente también en el tratamiento médico del niño ya que como cualquier otro chico padecerá enfermedades o accidentes propios de su edad. El médico es entonces quien lo atiende y da instrucciones acerca -- del tratamiento adecuado para su salud física. También se - encuentra presente en las instituciones de custodia o en los centros especializados y escuelas de educación especial donde está al cuidado de los niños atendiendo sus problemas de salud, así como en los servicios de intervención temprana y capacitación para el trabajo y, en general, durante toda la vida de la persona.

La enfermera está presente en varias de las etapas de - rehabilitación del niño deficiente mental y quizá, si el retraso es muy grave, permanezca siempre a su lado atendiéndolo. Al igual que el médico, ella es de los primeros profesionales que entran en contacto con los niños pues atienden a la madre en el parto o en la maternidad y algunas veces -- son ellas quienes dan la noticia a los padres del padecimiento de su hijo, por eso se requiere que sean prudentes y no - angustien a los padres, que den la noticia sin perjudicar a nadie. Además la enfermera atiende al niño deficiente mental durante el tratamiento médico que se le proporciona toda su



vida. En las instituciones de custodia la enfermera también desempeña funciones importantes pues muchos niños deben ser tratados como enfermos de hospitales. En el servicio de intervención temprana se requiere de su ayuda pues los chicos que reciben tal servicio son muy pequeños y no se cuidan a sí mismos y aún cuando crecen algunos continúan necesitando cuidados, otras veces sufren accidentes o contagios de enfermedades por lo cual deben incrementarse tales atenciones.

El pedagogo es una figura importante en el proceso de rehabilitación e integración de las personas deficientes mentales ya que tiene la facilidad tanto de trabajar con los familiares del deficiente mental o con la comunidad en general, como con los profesionales que se dedican a esta área, así como directamente con las personas afectadas.

Puede trabajar con los familiares del deficiente mental orientándolos acerca de cómo tratarlo y capacitándolos para que lo ayuden en el hogar en su rehabilitación, esto es, participa en la etapa de atención clínica.

Trabaja con la comunidad en general dando conferencias o pláticas que sirvan al público para que conozcan algo más acerca de los deficientes mentales, etc., todo esto con el fin de que aprendan a comprenderlos y a vivir con ellos en la sociedad.

También su labor es importante al trabajar con los profesionales o paraprofesionales en cursos de capacitación, actualización, sesiones clínicas, etc., todo esto para fomentar la interdisciplinariedad entre el personal que trabaja con deficientes mentales.

También trabaja directamente con el niño ya sea elaborando para él programas de rehabilitación, como aplicándolos él mismo, cooperando de esta manera con el profesor de educación especial. Pero además el pedagogo especializado en esta área hace énfasis en las pruebas de rendimiento para conocer el nivel académico de los alumnos a diferencia del psicólogo quien se interesa por su nivel intelectual. Una vez que el pedagogo ha observado al niño propone técnicas de acuerdo al nivel de madurez con que cuenta y a sus perspectivas académicas.

Se encuentra presente en el diagnóstico aunque no recibe el caso cuando el niño es muy pequeño, sino cuando es un poco mayor, por lo general cuando los padres notan que su hijo no rinde escolarmente lo esperado o cuando desean algún tipo de evaluación educativa para conocer su nivel de aprovechamiento académico o intelectual con el fin de tramitar su ingreso a una institución de tipo educativo.

Una vez realizadas las pruebas de diagnóstico informa a los padres acerca del problema de su hijo, los orienta acerca del trato que deben darle y les sugiere los lugares donde lo pueden atender adecuadamente y si es posible él mismo lleva a cabo el tratamiento, a diferencia de la trabajadora social que únicamente orienta a los familiares pero, al igual que ella, recibe capacitación para trabajar con personas deficientes mentales.

El pedagogo puede actuar en casi todas las etapas de la rehabilitación de la persona deficiente mental como en la intervención temprana donde trabaja capacitando personal, haciendo conscientes a los padres de lo importante que es que

le brinden a su hijo ayuda y dándoles los elementos para que continúen los programas en el hogar, o bien, elaborando los programas individuales o grupales para esa etapa. También puede llevarlos a la práctica él mismo o coordinando el trabajo de los profesionales que laboran ahí.

Se encuentra también presente en la etapa de conocimientos académicos y colabora en la etapa de capacitación laboral, coordinando los trabajos entre los maestros artesanos o del taller y los alumnos. Encargándose de un taller o industria protegida con toda la responsabilidad que esto implica como es fomentar las buenas relaciones humanas entre los miembros del taller, observando el control de calidad y el cumplimiento de las obligaciones de cada uno.

Y en el tratamiento clínico también es importante su labor pues trabaja con el deficiente mental ayudándolo a solucionar sus problemas de personalidad, emocionales y vocacionales, dándole terapia en el área más afectada, o bien, trabajando con los familiares, la comunidad y capacitando personal.

El psicólogo, especializado en educación especial, es otro de los profesionales que presta sus servicios a las personas deficientes mentales. Labora con ellos en la etapa de diagnóstico aunque muchas veces no a tan temprana edad del niño, sino cuando los padres pretenden que ingrese a la escuela. El psicólogo evalúa por medio del estudio de caso (que incluye observación del sujeto, pruebas psicométricas, antecedentes familiares, estudio médico, etc.) el grado de deficiencia del niño y plantea a los padres algunas alterna-

tivas como son los lugares donde puede ingresar su hijo o algún tratamiento que él mismo puede proporcionar. También -- presta sus servicios en la etapa de intervención temprana -- dando terapia gruesa o/y fina, enseñando al niño habilidades sociales y de comunicación, algunos contenidos académicos -- elementales o más avanzados según sea el caso del niño y su capacidad de aprovechamiento, enseñándole algunas habilidades sensorio-perceptivas y preparándolo en habilidades de higiene. Se encuentra presente en la etapa de capacitación para el trabajo, como responsable en talleres o industrias protegidas y en la etapa de tratamiento clínico donde no únicamente atiende a la persona deficiente mental sino a sus familiares, dándoles los elementos para resolver los conflictos a nivel personal y familiar que les causa el miembro de la familia que es deficiente mental y capacitándolos para que ayuden a su rehabilitación.

En las primeras etapas de rehabilitación la actuación -- del terapeuta físico es fundamental porque mediante los ejercicios de motricidad gruesa el niño aprende a caminar, correr y saltar. Además se encuentra al terapeuta físico en la -- institución de custodia y también en la etapa de intervención temprana.

Otro terapeuta importante en la rehabilitación de las -- personas deficientes mentales es el terapeuta ocupacional, -- pero su labor es más amplia que la del terapeuta físico pues él llega a niveles o etapas más avanzadas como lo es la capacitación laboral. Si el niño se encuentra en instituciones

protegidas y si su retraso lo permite puede avanzar mediante ejercicios de motricidad fina a los de terapia ocupacional - ya que domina sus manos y dedos y puede realizar actividades cada vez más finas. En la etapa de intervención temprana -- estos movimientos tienen ya una utilidad como servir para el arreglo personal del niño, para su autocuidado como, por --- ejemplo, alimentarse solo y principalmente para prepararlo - en el manejo de utensilios pequeños y hacer movimientos precisos como escribir, si sus potencialidades se lo permiten - y, más adelante, en la etapa de capacitación laboral, se le puede enseñar a manejar utensilios para elaborar un producto o para operar alguna máquina sencilla.

El terapeuta de lenguaje participa en varias etapas de la rehabilitación del niño deficiente mental, se da este --- servicio en instituciones de custodia, en la etapa de intervención temprana y en las escuelas de educación especial, en todas ellas su finalidad es lograr la mejor comunicación --- oral entre el muchacho y las personas que lo rodean, sean sus familiares, profesores, compañeros de escuela o de trabajo, - etc.

El profesor de educación especial presta sus servicios en la etapa de intervención temprana y en la de contenidos - académicos en las escuelas de educación especial según sean las potencialidades del niño.

El profesor de educación física coopera también en el - servicio de intervención temprana y en las escuelas de educa

ción especial donde se brinda a los niños ayuda. Pero no -- solamente los auxilia para controlar los movimientos de su -- cuerpo y para fortalecerlo sino que les da la oportunidad -- de liberar sus tensiones y obtener éxito en esa actividad.

El maestro de taller puede ser un empleado de alguna -- fábrica o un artesano que mediante una capacitación acerca -- del trato con deficientes mentales pueda ayudarlos y ense-- ñarles a manejar las máquinas o las herramientas para que -- desempeñen su oficio. Se le encuentra presente en la etapa de capacitación laboral y en las industrias o talleres pro-- tegidos. Su labor es muy importante puesto que les brinda -- los elementos que necesitan para abrirse camino en la vida -- laboral.

También dentro del personal especializado que trabaja -- con estas personas acude el psiquiatra que da tratamiento -- clínico cuando es necesario resolver conflictos que por su -- dificultad no les fue posible resolver al psicólogo y al pe-- dagogo, como podrían ser, desviaciones de la personalidad, -- adicciones, etc.

La trabajadora social labora con los niños deficientes mentales en la etapa de tratamiento clínico pues orienta a -- los familiares acerca de sus relaciones con el miembro defi-- ciente mental.

En las instituciones de custodia, como en las escuelas de educación especial o en lugares donde se da intervención

temprana existe gran cantidad de personal como nanas, cocineras(os) y personal de intendencia entre otros, que además de conocer su oficio reciben algún tipo de capacitación para tratar con personas deficientes mentales.

Se mencionaron algunos de los profesionales y paraprofesionales que trabajan en esta área y que participan en la integración y rehabilitación de las personas deficientes mentales y se habló de algunas de sus funciones, pero el número de personal es más amplio y sus actividades son muchas más, sin embargo por cuestiones de espacio, y por no ser esta información la finalidad de la presente investigación, se ha limitado a hacer un breve comentario al respecto. Sin embargo, aún cuando se ha dicho que los mencionados profesionales no son todos los que deberían participar en la rehabilitación de las personas deficientes mentales, si son los elementales y lo ideal sería que las instituciones que los atienden contaran con tal personal, sin embargo, esto en la realidad no sucede así en algunas ocasiones, como podrá observarse en la primera sección del capítulo número 5, cuando se trate el tema de las instituciones que prestan servicio a los deficientes mentales en la zona metropolitana.

## CONCLUSIONES

Uno de los elementos para ayudar a la rehabilitación -- del deficiente mental es la educación, en su sentido amplio, que de acuerdo a la ley debe sujetarse a las necesidades del individuo. En este caso, la educación para los deficientes mentales se deriva de la educación regular pero difiere, entre otros aspectos, en los métodos y el personal. Sin embargo los fines son los mismos, es decir, se pretende formar individuos que posean una personalidad autónoma e integrada a la sociedad.

Sen cuatro los conceptos más importantes de la educación especial: la integración, la normalización, la interdisciplinaria y la individualización, los cuales se relacionan unos con otros y se complementan. Con este se pretende que el sujeto se integre al mayor número de actividades del resto de las personas, es decir, se intenta que lleve una vida normal; y para su integración se necesita atenderlo en varios de sus aspectos, por eso se requiere un grupo interdisciplinario que lo ayude y se propone el trato individual como una alternativa para obtener mejores resultados.

Pero todo esto no es posible totalmente si la gente no coopera, pues muchas veces, por ignorancia no se sabe tratar a los deficientes mentales y se opta por alejarse de ellos; es por esto que la labor del pedagogo sea la de crear conciencia en la gente para que aprenda a vivir en sociedad con



los deficientes mentales y se puedan cumplir los objetivos - de normalización e integración.

Dentro de la educación especial se contempla el tratamiento, pues se pretende formar al sujeto integralmente tomando en cuenta su conducta, sus sentimientos, sus deficiencias, sus posibilidades intelectuales, etc., por ello el tratamiento abarca todos los aspectos de la persona y todas sus edades.

Con los planes de educación especial que propone la D.G.E.E. para deficientes mentales se pretende preparar al sujeto para la vida laboral considerando todas las capacidades que posee y trabajando de acuerdo con los intereses que se le despierten. Tales planes tratan al sujeto desde pequeño hasta adulto y poseen la ventaja de ser flexibles porque permiten hacer reajustes de acuerdo a cada caso. Sin embargo, algunos planes son más amplios que otros pues sus requisitos de ingreso son más flexibles ya que aceptan niños con C.I. más bajo, comparativamente con las escuelas oficiales y, por tal motivo, los servicios que brindan son más extensos ya que aceptan a los rechazados, incluso de las escuelas particulares, pues para ellos todos los casos, independientemente del nivel o de la edad, pueden ser rehabilitados. Ellos consideran que el método más conveniente para tratar a los sujetos es la educación individualizada pues saben que un caso es diferente al otro y sus necesidades y posibilidades también lo son.

Como ya se dijo, el tratamiento abarca desde el principio de la vida del individuo hasta que llega a la edad adulta, dándole un lugar especial a su preparación laboral; por eso, el primer servicio que se brinda es el médico ya que, como cualquier otra persona, los deficientes mentales necesitan de él durante toda su vida, quizá algunos más que otros, porque como consecuencia de su falta de cuidado son presa de mayor número de accidentes o enfermedades. Pero para algunas personas deficientes mentales, que están muy afectadas, sólo se les ha podido brindar atención médica y es por eso que se crearon las instituciones de custodia. Aquí el pedagogo deberá indagar si debe incursionar en su tratamiento o no.

Otro servicio que abarca el tratamiento es la intervención temprana que se considera fundamental para la rehabilitación de los deficientes mentales porque se ayuda a la persona durante los seis primeros años de su vida, pues aprovecha al máximo sus potencialidades y mejora su pronóstico. Pero existe gente que no está de acuerdo con alejar a los niños pequeños del lado de sus padres por unas horas diariamente pero si los padres no se encuentran preparados intelectual y emocionalmente para ayudar a sus hijos y no cuentan con el tiempo ni el material adecuados es mejor que permitan que su hijo sea atendido por especialistas, e bien, que se preparen para ser ellos mismos los que apliquen el tratamiento, así aprenderán a conocer mejor sus reacciones y sus necesidades.

Si bien es cierto que los contenidos académicos que ofrecen los planes de educación especial son amplios, el aprovechamiento de estos dependerá en gran parte de la capacidad de cada alumno. La intención de estos contenidos es ser prácticos, pues si algún alumno no es capaz de aprender a leer se le enseña a identificar las señales convencionales para que distinga un baño público de hombres del de mujeres, la señal que previene algún peligro, las del semáforo, etc. También en matemáticas y civismo el fin principal es la utilidad que el alumno le pueda dar a esos conocimientos, por ejemplo, el uso y el valor del dinero, los servicios públicos, algunos derechos y acontecimientos importantes en el país e en el mundo.

Mas todo el tratamiento va enfocado a capacitar al sujeto para alguna actividad laboral con la cual se sienta integrado a la sociedad y que le dé satisfacción personal así como la oportunidad de llevar una vida normal.

Se pretende que, con su preparación, el deficiente mental se adapte al trabajo que vaya a desempeñar pero, algunas veces, no depende de él sino del resto de las personas tal integración pues en ocasiones los patrones no desean contratar a gente con estos problemas porque los compañeros le rechazan, porque necesitan algunos cuidados e instalaciones especiales o porque los solicitantes al empleo sean varios y a la empresa le convenga contratar a personas sin problemas; por razones como estas, algunas veces se opta por la alternativa que tienen los deficientes mentales de ingresar a ta-

lleres protegidos donde la mayoría de los empleados sean como ellos. Pero se sabe que no son tan convenientes pues no cumplen la función de integración ya que separan a los deficientes mentales de la gente "normal" y, desde el punto de vista económico, esas industrias no son autosuficientes.

Generalmente las personas, como los compañeros de trabajo y los familiares, no saben cómo tratar a los deficientes mentales y tienen hacia ellos conductas contradictorias ya que algunas veces los sobreprotegen y otras los ignoran, los humillan, los subestiman y, a su vez, la gente se desconcierta y no sabe cómo comportarse ante tal situación y algunas veces se siente culpable, deprimida, angustiada, etc., por esas razones se propone, dentro del plan, el tratamiento clínico para orientar a quienes tratan con ellos y a quienes les causan conflicto.

Por último, el personal capacitado es un aspecto importante de la educación especial de los deficientes mentales pues se encuentra presente en todas las etapas de su tratamiento con el fin de hacer de ellos seres autónomos, útiles a sí mismos y a la sociedad, integrados y normales.

Lo ideal sería que todas las instituciones que se dedican al tratamiento de los deficientes mentales contaran con personal adecuado, es decir, médicos especialistas en neurología y pediatría; enfermeras; pedagogos; psicólogos; terapeutas físicos, ocupacionales y del lenguaje; profesores de educación especial, de educación física y de talleres; psi--

quiatras y trabajadoras sociales; pero en la realidad esto - no sucede ya que por lo regular cuentan con algunos especialistas en educación especial y otras veces carecen por completo de ellos.

Cabe mencionar que cada profesional y paraprofesional - es importante dentro de su área y en el momento precise en - que el deficiente mental lo necesite, pues si la intención - es rehabilitar integralmente al sujeto, es menester contar - con especialistas que lo ayuden en cada uno de los aspectos de su persona, en el físico, intelectual y emocional.

## CAPITULO 4

## LA MICROCEFALIA

Se ha hablado en capítulos anteriores del concepto de - deficiencia mental cuyo origen es orgánico, también se han - mencionado los planes que existen para rehabilitar a las per-  
sonas con este padecimiento y los servicios con los que cuen-  
tan. Todo esto ha girado alrededor de la deficiencia mental  
en general pero, como el tema es amplio y los casos variados,  
se decidió limitar la investigación a una de sus múltiples -  
causas con el fin de hacer posible un contacto más directo -  
con los sujetos y conocer más de cerca sus problemas y posi-  
bilidades, así como un poco del proceso de su rehabilitación,  
por tal razón se eligió, de entre varias causas de deficien-  
cia mental, a la microcefalia.

Algunas veces, al tratar al deficiente mental las per-  
sonas lo rechazan porque los desconcierta, pero otras veces,  
simplemente con mirarlo, se alejan de él porque no saben có-  
mo comportarse ya que su apariencia les desagrada o les pa-  
rece extraña.

Como ya se había mencionado, una de las actividades del  
pedagogo es orientar a la gente para que aprenda a tratar a  
los deficientes mentales y con más razón si estas personas -  
presentan una apariencia extraña o desagradable. Por ese mo-  
tivo se escogió, de entre varias causas de deficiencia men-  
tal, a la microcefalia porque es evidente y les causa pro---

blemas a las personas que la padecen.

En esta investigación se pretende dar información acerca de tal patología, con el fin de que el lector conozca detalles acerca de ella y de la gente que la padece, porque -- mediante el conocimiento aprenderá a respetar a estas personas, como seres humanos que son y a admirarlas pues se enfrentan a la vida valientemente a pesar de sus desventajas.

Primeramente se definirá la patología, más adelante se mencionarán las causas que la provocan, se hablará de algunas de las características de las personas que la padecen y, por último, se comentarán algunos casos de niños cuya deficiencia mental es originada por ella y que fueron encontrados en distintas instituciones de la zona metropolitana.

#### 4.1 DEFINICION

En este trabajo se define a la microcefalia como a un grupo de diversas etiologías, cuya característica es: un --- cráneo desproporcionadamente pequeño en relación con el resto del cuerpo. (21)

La microcefalia, también llamada microcráneo, es secundaria a la microencefalia, que consiste en un cerebro pequeño, de tal manera que el tamaño anormal de la cabeza avisa - de un cerebro anormal.

Realmente es difícil conocer con exactitud el tamaño de la circunferencia craneal de un niño recién nacido, ya que a causa del parto puede ocurrir acabalgamiento de los huesos - por la estrechez del cuello uterino; sin embargo por algunos datos ostendidos, se deduce que tal medida puede variar de -- 34 a 35 cm. aproximadamente. (22)

Según las investigaciones realizadas por el Dr. Ramos - Galván (23) con niños mexicanos, las medidas promedio correspondientes a la edad y al sexo serán las siguientes:

---

(21) Farmer, T.W., Pediatric Neurology, p. 176

(22) Catel, Werner, Diagnóstico en Pediatría, p. 170

(23) Ramos Galván, R., "Somatometría Pediátrica" en Archivos de Investigación Médica, pp. 114-116 y 252-254



## TAMAÑO DE LA CIRCUNFERENCIA CRANIAL

EDAD	SEXO MASCULINO	D.S.	SEXO FEMENINO	D.S.
1 mes	37.0 cm	1.2 cm	36.7 cm	1.3 cm
2 meses	39.2	1.2	38.5	1.3
3 meses	40.6	1.2	39.9	1.3
4 meses	41.8	1.2	40.9	1.3
5 meses	42.7	1.2	41.7	1.3
6 meses	43.7	1.2	42.5	1.3
7 meses	44.4	1.2	43.2	1.3
8 meses	45.0	1.2	43.8	1.3
9 meses	45.7	1.3	44.4	1.3
10 meses	46.0	1.3	44.7	1.3
11 meses	46.3	1.3	45.1	1.3
12 meses	46.9	1.3	45.5	1.3
18 meses	48.3	1.3	46.9	1.4
2 años	49.2	1.4	48.0	1.4
3 años	50.1	1.4	49.1	1.4
4 años	50.7	1.5	49.8	1.4
5 años	51.2	1.5	50.4	1.4
6 años	51.6	1.5	50.7	1.4
7 años	52.0	1.5	51.1	1.3
8 años	52.3	1.5	51.3	1.3
9 años	52.7	1.5	51.7	1.2
10 años	52.9	1.5	52.2	1.3
11 años	53.3	1.5	53.0	1.3
12 años	53.6	1.5	53.7	1.4
13 años	53.9	1.5	54.3	1.4

**TAMAÑO DE LA CIRCUNFERENCIA CRANEAL**  
( CONTINUACION )

EDAD	SEXO MASCULINO	D.S.	SEXO FEMENINO	D.S.
14 años	54.4 cm	1.5 cm	54.7 cm	1.4 cm
15 años	55.2	1.6	55.0	1.4
16 años	55.7	1.7	55.2	1.3
17 años	55.8	1.8	55.2	1.3
18 años	55.8	1.8	55.2	1.2

Un procedimiento para medir el perímetro cefálico es -- pasando, alrededor de la cabeza, la cinta métrica de la protuberancia occipital externa al nasion, manteniéndola tensa y cuidando de que no existan peinados que obstaculicen la -- buena medición para obtener aproximaciones de milímetros.

Con respecto a la microcefalia, la circunferencia craneal ha de ser de dos a tres desviaciones estándar por debajo de lo normal, para el sexo y la edad correspondientes, a diferencia de las máximas desviaciones estándar de la población citada anteriormente, que serán de 1.8 cm para varones y de 1.4 cm para mujeres y que se cuentan dentro de lo normal.

Si la circunferencia craneal es de dos desviaciones estándar (D.S.) por debajo de lo normal, existen fuertes sospechas de un desorden cerebral; y si es menor a tres desviaciones estándar por debajo de lo normal, muestra casi segu--

ramente un cerebro anormal.

Según las investigaciones realizadas por Farmer (1968), las medidas aproximadas de perímetro cefálico para niños norteamericanos con microcefalia (24) serán las siguientes:

EDAD	NIÑOS (más o menos 3 D.S. por debajo de lo normal)	NIÑAS (más o menos 3 D.S. por - debajo de lo normal)
0 meses	31.7 cm	31.7 cm.
3 meses	37.2	36.4
6 meses	41.0	39.3
9 meses	42.8	41.1
12 meses	43.8	42.0
18 meses	45.5	43.8
2 años	46.0	44.0
3 años	46.8	45.4
4 años	47.4	46.0
5 años	47.7	46.4
6 años	48.3	46.6
8 años	48.8	47.6
10 años	49.8	48.8

Es de tomarse en consideración que no solamente el tamaño sino también la forma del cráneo es importante, al igual

---

(24) Farmer, T. W., Op Cit, p. 177

que hacer notar que, de la admisión a los centros especializados para deficientes mentales la microcefalia comprende el 20 por ciento de los casos. (25)

---

(25) Farmer, T. W., Op Cit, p. 176

## 4.2 ETIOLOGIA

Es común que se distingan dos tipos de microcefalia de acuerdo a su origen: la microcefalia de causa genética y la microcefalia adquirida.

### MICROCEFALIA GENETICA

La microcefalia genética, que también es llamada primaria o verdadera, tiene su origen probablemente en la inhibición del desarrollo cuando la morfogénesis ha tenido lugar, es decir, que hay embriogénesis normal con detención del desarrollo en cierta etapa, quizá transmitido por roles hereditarios.

Según Cohen (1969), la microcefalia genética es causada por "... un defecto en la inducción normal del sistema nervioso. Es un defecto primario del presencéfalo que se manifiesta en el momento en que se produce la migración a la superficie de las células que deben formar la corteza cerebral. Ella se produce entre el tercero y el quinto mes de la vida intrauterina." (26)

La microcefalia es consecuencia de la microencefalia, -excluyéndose la posibilidad de deberse a craneosinostosis, y se origina por la falta de formación de tejido cerebral, es-

---

(26) Cohen, Alberto L., Pediatría Práctica, p. 1025

pecialmente de los hemisferios cerebrales, es decir, que el desarrollo del cerebro se detiene; tal inhibición del crecimiento tiene su origen en el plasma germinal.:

La detención del desarrollo del cerebro puede ser ocasionada:

Per un gen mutante de autosoma recesivo, que hace que el cerebro no pueda adquirir su tamaño normal. Esta microcefalia también es conocida como microcefalia de Giacomini.

Per lisencefalia familiar, que es un estado del cerebro carente de circunvoluciones, pero son raros los casos.

Per microcefalia familiar con calcificación, en la que el tejido orgánico se degenera por depósitos de sales de cal; en ocasiones ocurre con padres normales.

Per microcefalia ligada al sexo con amineaciduria, en la que existen amineácidos en la orina y es un mal degenerativo.

Per atrofia cortical cerebral recesiva, conocida también como enfermedad de Alper, y que consiste en la degeneración de la materia gris.

Per fenilcetonuria, que es un error de la fenilalanina en el metabolismo, de tal manera que el ácido fenilpirúvico aparece en la orina y se asocia con deficiencia mental.

Y por la llamada anemia de Fanconi, que se manifiesta por los efectos de pancitopenia intratable, es decir, escasez de los elementos celulares de la sangre.

Respecto a la microcefalia genética la consanguinidad entre los padres ocurre aproximadamente en el diez por cien-

te de los casos.

Y otro dato importante es que la microcefalia genética comprende aproximadamente el seis por ciento de los casos -- institucionalizados por deficiencia mental.

### MICROCEFALIA ADQUIRIDA

Se hablará ahora de la microcefalia adquirida, que se da secundariamente a procesos patológicos definitivos.

Para facilitar la explicación de la etiología de la microcefalia adquirida, se dividirá en periodos.

#### PERIODO PRENATAL

Por lesiones intrauterinas y anoxia.

Por contagio de enfermedades infantiles, como la rubéola materna que se puede presentar en los tres primeros meses del embarazo.

Por infecciones tóxicas, como la toxoplasmosis, que puede no ser muy importante para la madre, pero puede infectar el cerebro del feto trayendo como consecuencia microcefalia.

Por infecciones que generalmente son de tipo viral, como la enfermedad de inclusión citomegálica, en cuyo caso la microcefalia se presenta como una enfermedad cerebral causada por encefalitis intrauterina, asociada con alargamiento de los ventrículos en forma generalizada por el efecto encefaleclástico del virus en el tejido cerebral. La calcificación de los ventrículos se observa roentgenográficamente en

niños con citomegalovirus o microcefalia inducida.

Per diabetes mellitus, ya que de madres con diabetes -- mal cuidada pueden nacer hijos afectados por microcefalia; -- de esta causa son pocos los casos. También puede ocurrir -- per episodios de hipoglucemia.

Per irradiación, ya sea de radio terapia pélvica durante el embarazo o como consecuencia de radiaciones accidentales, como las de la bomba atómica, ya que por ésta resultaron afectados ocho de cada once niños cuyas madres estuvieron a una distancia de 1200 a 1500 mts. del epicentro y tuvieron su última menstruación de siete a quince semanas antes de la explosión.

Per radiación ionizante, que puede producir malformaciones del sistema nervioso central como la microcefalia, algunos casos adquieren tal patología en el quinto mes de embarazo.

Per insuficiencia vitamínica de la madre.

Per ingestión de drogas e intoxicaciones.

Per intento de aborto.

#### PERIODOS PERINATAL Y POSTNATAL

Per anoxia, que trae consigo atrofia cortical cerebral difusa y encefalomalacias císticas.

Per graves traumatismos en el parto.

Per procesos tóxico-infecciosos e vasculares que vulneraron el encéfalo y dieron lugar a grandes atrofas o quistes perencefálicos.

A causa de infecciones por sífilis y enfermedad de inclusión citomegálica.



Per encefalitis cística múltiple o esendinitis, que es la inflamación de la membrana que tapiza los ventrículos del cerebro.

Per encéfalo-meningitis, que es la inflamación de las membranas que envuelven al cerebro.

Per incontinencia pigmentaria, en la cual la microcefalia es una complicación de tal estado y puede desarrollarse después de nacer, algunas veces acompañada de cuadriplegia espástica.

Per trombosis cerebral y per hemorragia.

La microcefalia adquirida en el período perinatal y/o postnatal, forma un grupo mayoritario en comparación con la de origen prenatal, y más aún con la microcefalia de tipo genética.

### 4.3 SINTOMATOLOGIA

Los síntomas más frecuentes en cada una de las modalidades de microcefalia, es decir, genética y adquirida, son:

#### MICROCEFALIA GENETICA

a) En la microcefalia genética la cabeza es muy pequeña, menor que la encontrada en personas con microcefalia adquirida secundariamente a lesiones cerebrales de la temprana infancia.

b) Los ventrículos están reducidos marcadamente y dan un tipo angular de cabeza; además, la bóveda es anormalmente pequeña, el occipucio es plano y los hemisferios no se desarrollan, por tanto, no sólo el tamaño, sino también la forma de la cabeza es inerte.

c) Las radiografías dejan ver un cráneo afectado, cierre prematuro de las suturas craneales y frontales que suelen hacer un acabalgamiento, es decir, un resalte evidente y, en algunos casos, se puede ver una gran prominencia de la fosa posterior. La ínsula permanece expuesta por el crecimiento subnormal del epérculo que debe cubrirla.

d) Conforme pasa el tiempo y el niño se desarrolla, se hace más evidente la desproporción entre su cabeza y su cuerpo, ya que el cráneo crece muy poco al igual que el cerebro.

e) El cerebro, en algunos casos, presenta hipoplasia neuronal con predominio de los elementos gliales. (27)

(27) Cárdenas, Juan, Neurología, p. 31

f) La corteza cerebral puede mostrar una tendencia hacia un ordenamiento en pilar de las neuronas, característica de la verdadera microcefalia. (28)

g) Otra característica de la corteza cerebral, es que está compuesta frecuentemente de bandas celulares alternantes y acelulares también. (29)

h) Histológicamente, hay disminución en la celularidad cortical. La superficie del cerebro muestra escasas circunvoluciones anchas con surcos primarios no identificables y raras secundarias. También se presenta degeneración progresiva de la materia blanca.

i) El cuero cabelludo es grueso, parece demasiado grande para la cabeza, pues en ocasiones se presentan pliegues, y el cabello que la recubre es grueso también,

j) La cara es de tamaño normal o casi normal, hay algunas variaciones en la barbilla que le dan apariencia de pájaro; la frente es estrecha e inclinada; las orejas, aunque de tamaño normal, parecen demasiado grandes e sobresalientes -- por el tamaño reducido de la cabeza al igual que la nariz, -- esta última se une a las cejas sin un puente.

k) Al nacer, la microcefalia puede escapar a la evidencia, pero al paso del tiempo se notará la anomalía, tanto por sus características psíquicas como físicas.

l) La estatura es moderadamente reducida, el cuerpo es bien formado aunque pequeño, es decir, que hay un hipocreci-

---

(28) Fregeld y Seddy, Retardo Mental, p. 222

(29) Nelson, Walde H., Textbook of Pediatrics, p. 1169

miento global, pero aún así la microcefalia es evidente. --  
También presenta bajo peso.

ll) "Si tenemos en cuenta que la conducta depende no --  
solamente de la masa cerebral que el cráneo contiene, sino --  
además de su categoría y topografía, es decir, localización  
del defecto y del grado de organización de las estructuras --  
disponibles, los microcéfalos exhibirán actividades muy dis-  
tintas de acuerdo con las características de la malforma----  
ción." (30)

m) El mal se asocia con deficiencia mental y hay grados  
variables, algunos son capaces de desarrollar tareas fáciles  
pero la mayoría presentan una mentalidad muy por debajo de -  
lo normal y su atención tiene poca duración.

n) A estos niños puede detectárseles por su adquisición  
tardía de la marcha y del lenguaje, existen casos en los que  
el sujeto nunca llega a hablar y otros cuyo vocabulario es -  
reducido.

ñ) Las sensopercepciones auditivas y visuales están dis-  
minuidas y en algunos casos hay presencia de nistagmus.

o) En general la función motora no está muy alterada; -  
los reflejos en los tendones de las piernas son enérgicos y  
los reflejos fijos pueden ser extensos. Algunos niños son -  
precozmente hipotónicos pero después muestran espasticidad y  
cereoatetosis. Algunos otros pueden presentar parálisis ce-  
rebral y ataques epilépticos tal vez por quistes o malforma-  
ciones encefálicas, pero en general las convulsiones son pe-

co frecuentes.

p) Algunos mueren durante la infancia, pues sus organismos presentan poca resistencia a las enfermedades, pero otros pueden alcanzar la vida adulta gracias a su buena salud y al avance de la medicina. (31)

#### MICROCEFALIA ADQUIRIDA

a) La circunferencia craneal no es tan pequeña como en la microcefalia genética, por lo regular las suturas craneales tienden a unirse prematuramente y las fontanelas son pequeñas y obliteradas en los primeros meses.

b) En la microcefalia adquirida el cerebro presenta microgria generalizada. Microscópicamente, la corteza cerebral suele estar compuesta de cuatro estratos anormales. De una zona exterior correspondiente a un estrato molecular, otra zona que contiene abundantes neuronas de tipo granular y piramidal, una tercera zona de fibras mielinizadas y, finalmente, una cuarta zona con un estrato de neuronas desorganizadas. El cuerpo calloso es pequeño y algunas veces ausente. (32)

c) No muestran frente inclinada ni estatura disminuida, el cráneo está redondeado y, algunas veces, las prominencias occipitales están aplanadas.

---

(31) Ellis, Richard, W.B. y Mitchel, R.G., Disease in Infancy and Childhood, p. 173

(32) Farmer, T.W., Op Cit, p. 180

d) Las características clínicas variarán dependiendo de la localización y también de la extense de la lesión cerebral.

e) Mentalmente son subnormales, con varios grados de -- deficiencia mental, según la reducción del volumen craneal.

f) Presentan pérdida visual, coriorretinitis, cataratas, microftalmia y, en ocasiones, sordera.

g) Los reflejos son exagerados; además, presentan di--- plejía espástica, hemiplejía, defectos en la habilidad motora, ataques epilépticos y lenguaje ausente o deficiente.

#### 4.4 CASOS

Una vez que se ha dado la explicación de la patología - que provoca la deficiencia mental, se mencionarán algunos ca ses de niños mexicanos con los que se estableció contacto. Se dijo, dentro de las características, que las personas que padecen microcefalia son deficientes mentales en distintos - niveles según sea el tamaño y la forma del cerebro, así que se trató de localizarlas en instituciones especializadas, ya sea en escuelas de educación especial, en instituciones de - custodia, etc., que existen en la zona metropolitana.

Para reconocer a las personas con microcefalia, además del diagnóstico neurológico, se recurrió a sus características físicas que son evidentes y con las cuales se les puede identificar a simple vista. Sin embargo, para ser más exactos, se tomaron sus medidas, pero no únicamente las de perímetro cefálico, para compararlas con los datos de la tabla - referente a la normalidad de acuerdo a la edad y al sexo, -- sino también datos como talla y peso, pues algunos casos resultaron encontrarse por debajo de lo normal para su edad. - Los datos, en tales situaciones, no serían fieles pues muchos parecerían ser microcéfalos cuando en realidad tendrían las medidas requeridas para su estatura y peso pero no para su edad. Es decir, si algún niño teniendo diez años de edad cronológica, tenía el peso y la estatura de un niño de seis años, se tomaría esa edad como referencia para conocer cuál sería el perímetro cefálico normal para él, esto es, se buscaría en la edad de seis años y no en la de diez, y si aún -

teniendo en cuenta la edad de seis años como base el niño presentaba perímetro cefálico menor al esperado se sabía que -- padecía microcefalia.

En efecto, después de tomar las providencias necesarias, los casos encontrados presentaron aproximadamente de 5 a 6 -- D.S. (desviaciones estándar) por debajo de lo normal para su edad, estatura y peso. Y es importante mencionar, antes de pasar a exponerlos, que algunas personas piensan que la microcefalia es un síntoma, este es, una característica que -- agregada a otras da un síndrome, por ejemplo, las personas -- que padecen síndrome de Down, dentro de sus múltiples características, presentan microcefalia; pero se han descartado -- como esos otros casos en los cuales la microcefalia es sintomática, como son los síndromes de C.O.F.S. (cerebro-ocular-facio-esquelético), el síndrome de New-Laxova y el de Haller -- mann-Streiff. Los casos que aquí se exponerán no pertenecen a alguno de los síndromes antes mencionados.

En los casos de síndrome de Down la microcefalia no es tan evidente como en los que se habla de ella como principal patología, pues en seis personas con síndrome de Down que se examinaron se obtuvieron dos casos con visible microcefalia, uno presentó 3 D.S. y el otro 2 D.S. por debajo de lo normal para su talla y peso.

A continuación se presentan seis de los ocho casos investigados, pero antes se han incluido algunas tablas que -- contienen datos de peso y estatura para cada edad y sexo, --



sea masculino (33) e femenino (34), con el fin de relacionar los datos con la tabla de perímetro cefálico y detectar con claridad a la microcefalia que es el signo evidente de la --  
 pateología microencefalia y que es la causa de la deficiencia mental en estas personas, no únicamente por el tamaño de la cabeza, sino por su forma también.

Se presentan además tablas de patrones de referencia -- sin tomar en cuenta la edad. Sexo masculino (35) y sexo femenino (36), así como una tabla de perímetro torácico, sexo masculino (37) y sexo femenino (38).

#### PATRONES DE REFERENCIA

SEXO MASCULINO			SEXO FEMENINO		
AÑOS	PESO (g)	TALLA (cm)	AÑOS	PESO (g)	TALLA (cm)
1	10 080 g	75.6 cm	1	9 680 g	74.6 cm
2	12 625	87.2	2	12 360	86.0
3	14 720	95.0	3	14 520	94.3
4	16 730	101.3	4	16 630	101.4
4 1/2	17 680	104.3	4 1/2	17 650	104.6
5	18 700	107.6	5	18 700	107.6

(33) Ramos Galvan, R., Op. Cit., pp. 102-104

(34) Ibidem, pp. 238-242

(35) Ibidem, p. 148

(36) Ibidem, p. 285

(37) Ibidem, pp. 117-119

(38) Ibidem, pp. 255-257

PATRONES DE REFERENCIA  
(CONTINUACION)

SEXO MASCULINO			SEXO FEMANINO		
AÑOS	PESO (g)	TALLA (cm)	AÑOS	PESO (g)	TALLA (cm)
5 1/2	19 790 g	110.7 cm	5 1/2	19 680 g	110.6 cm
6	20 840	113.7	6	20 830	113.6
6 1/2	22 040	116.6	6 1/2	22 000	116.5
7	23 420	119.5	7	23 330	119.5
7 1/2	24 740	122.7	7 1/2	24 650	122.2
8	26 110	125.5	8	25 980	125.0
8 1/2	27 630	128.0	8 1/2	27 400	127.7
9	29 250	130.4	9	29 055	130.1
9 1/2	30 820	133.0	9 1/2	30 750	132.7
10	32 460	135.5	10	32 780	135.9
10 1/2	34 125	138.0	10 1/2	35 300	139.3
11	36 160	140.6	11	38 425	142.8
11 1/2	38 370	143.3	11 1/2	41 900	146.3
12	40 660	146.0	12	45 020	143.5
12 1/2	43 200	149.2	12 1/2	47 500	152.6
13	46 220	152.5	13	49 700	154.9
13 1/2	49 130	156.3	13 1/2	51 480	156.5
14	52 250	160.0	14	53 100	158.0
14 1/2	55 500	163.3	14 1/2	54 640	158.4
15	58 130	166.0	15	55 510	158.8
15 1/2	60 600	168.1	15 1/2	56 025	159.2
16	62 630	170.1	16	56 460	159.6
16 1/2	64 000	171.1	16 1/2	56 710	160.0
17	64 375	172.0	17	56 800	160.2
17 1/2	65 600	172.5	17 1/2	56 855	160.4
18	65 370	172.3	18	56 835	160.6

PESO EN RELACION A LA TALLA SIN TOMAR EN CUENTA LA EDAD

SEXO MASCULINO		SEXO FEMENINO	
TALLA (cm)	PESO (g)	TALLA (cm)	PESO (g)
174 cm	66 620 g	162 cm	56 500 g
175	67 525	163	56 800
176	68 550	164	56 980
177	69 540	165	57 150
178	70 450	166	57 325
179	71 400	167	57 440
180	72 450	168	57 500
		169	57 560
		170	57 600

PERIMETRO TORACICO

SEXO MASCULINO		SEXO FEMENINO	
AÑOS	(cm)	AÑOS	(cm)
1	47.3	1	45.8
2	51.0	2	49.4
3	53.0	3	51.5
4	54.6	4	53.5
4 1/2	55.4	4 1/2	54.5
5	56.3	5	55.4
5 1/2	57.1	5 1/2	56.4
6	58.0	6	57.2
6 1/2	58.7	6 1/2	58.1
7	59.7	7	59.1
7 1/2	60.6	7 1/2	60.0
8	61.7	8	61.1

## PERIMETRO TORACICO

SEXO MASCULINO		SEXO FEMENINO	
ANOS	(cm)	ANOS	(cm)
8 1/2	62.8	8 1/2	62.1
9	63.9	9	63.0
9 1/2	65.0	9 1/2	64.0
10	66.0	10	65.1
10 1/2	67.2	10 1/2	66.2
11	68.3	11	67.0
11 1/2	69.6	11 1/2	68.0
12	71.0	12	69.2
12 1/2	72.1	12 1/2	70.3
13	73.8	13	71.3
13 1/2	75.4	13 1/2	72.5
14	77.0	14	73.6
14 1/2	78.9	14 1/2	74.6
15	80.9	15	75.6
15 1/2	82.7	15 1/2	76.3
16	84.6	16	76.6
16 1/2	86.2	16 1/2	76.5
17	87.5	17	76.4
17 1/2	87.5	17 1/2	76.2
18	87.5	18	75.8

## CASO 1

Sexo: masculino

Edad: 9 años

Peso: 20 kg aproximadamente

Estatura: 115 cm aproximadamente

Perímetro cefálico: aproximadamente 6 D.S. por debajo de lo normal

Estructura familiar: El niño es el menor de cinco hijos de un matrimonio en el cual el padre es el chofer de un auto de alquiler y la madre se dedica al hogar. El resto de los hermanos del niño son estudiantes.

Historia del desarrollo:

- a) Prenatal: Según declaraciones de la madre del chico el -- embarazo fue normal.
- b) Perinatal: El parto no fue normal pues el niño nació en -- su casa sin ayuda especializada y tardó para respirar.

Motricidad: La profesora del jardín de niños informó -- que la motricidad gruesa del niño era adecuada pues caminaba, corría y saltaba al igual que los otros niños del grupo escolar. Pero que notaba un retraso en su motricidad fina -- pues durante los dos últimos años, en los que había trabajado con él, le había enseñado a utilizar el lápiz sin resultados positivos ya que el niño no aprendía.

Lenguaje: Además, mencionó la profesora, que notaba --- problemas en su lenguaje porque, si bien es cierto que el -- niño comprendía instrucciones y preguntas sencillas, se daba a entender poco con su pobre lenguaje expresivo ya que su -- vocabulario constaba de un número reducido de palabras que --

utilizaba frecuentemente al no encontrar otras con las cuales comunicarse y por lo cual resultaban inadecuadas e inexactas. También comentó que la pronunciación del niño era mala pues, por lo regular, decía la última sílaba de cada palabra y algunas veces no se le entendía ni eso y que por tales motivos se apoyaba con movimientos y gestos al hablar.

Historia escolar: El niño había permanecido tres años en el mismo nivel de jardín de niños. Los padres deseaban que su hijo ingresara a una escuela primaria normal como sus hermanos y por ello necesitaban que alguien lo evaluara y emitiera algún diagnóstico que les sirviera para sus fines y que aclarara que el único problema del niño era su lenguaje pero que con un poco de ayuda podría aprender a hablar correctamente. Es por eso que acudieron a consulta psicológica, sin embargo, otra vez no resultó como ellos lo querían pues la profesional les confirmó lo que ellos ya sabían pero que se negaban a aceptar, y les recomendó ir a consultar a un neurólogo para que corroborando la microcefalia del niño los orientara acerca de los servicios que necesitaba su hijo y los remitiera a alguna escuela de educación especial.

Desarrollo socio-emocional: La profesora del jardín de niños informó que se trataba de un chico sociable que jugaba y convivía con sus compañeros sin mayores problemas tales como ser agresivo, introverso, etc.

Antecedentes familiares: La madre informó que en su familia si hay antecedentes del padecimiento pues su padre también tenía cabeza pequeña, pero tales datos no pudieron comprobarse por falta de un estudio genético oportuno.

Conclusiones y recomendaciones: Este es un caso, como -

muchos otros, en el que los padres se encuentran en un momento decisivo para su hijo, pues al no aceptar su deficiencia mental van de un lugar a otro buscando una cura milagrosa e pierden el tiempo esperando escuchar un diagnóstico que les complazca sin tomar las medidas pertinentes para ayudarlo a que llegue a ser independiente y útil y para que alcance el máximo de sus potencialidades.

## CASO 2

**Sexo:** femenino

**Edad:** 15 años

**Peso:** 52 kg aproximadamente

**Estatura:** 165 cm aproximadamente

**Perímetro cefálico:** 7 D.S. por debajo de lo normal aproximadamente

**Estructura familiar:** La chica es hija única de un matrimonio que cuenta con suficientes recursos económicos como para haberla inscrito en una escuela de educación especial particular. Cuando la niña nació, el padre contaba con 32 años y la madre con 25, aproximadamente.

**Historia del desarrollo:**

a) **Prenatal:** Los padres informan que el embarazo fue normal, es decir, sin enfermedades.

b) **Perinatal:** El parto fue normal. Al nacer la niña pesó --- J 200 g y la microcefalia no era evidente.

**Motricidad:** Los padres notaron que el desarrollo psicomotor de la niña era lento. Por su parte, las profesoras de la escuela comentan que, hace más de dos años, cuando la --- chica ingresó era torpe, pero que ahora su motricidad gruesa es adecuada aunque su motricidad fina no lo es tanto pues -- con dificultades está aprendiendo a usar el lápiz.

**Lenguaje:** Sus profesoras declaran que la niña presenta trastornos de lenguaje ya que éste es escaso pero coherente, y que además es mal articulado.

**Historia médica:** El neurólogo diagnosticó que la niña - padece microcefalia sin antecedentes familiares.



Historia escolar: La chica ingresó al centro educativo particular cuando contaba con doce y medio años de edad y -- había permanecido todo este tiempo en el hogar sin recibir -- tratamiento. Ahora es capaz de localizar su derecha e iz--- quierda y discriminar figuras geométricas, como el círculo -- del cuadrado además de hacer torres de cuatro o cinco cubos.

Desarrolle socio-emocional: Según las profesoras de la escuela, cuando la niña ingresó era tímida pues se relacie-- naba poco con las personas debido a que permaneció más de -- doce años en su hogar tratando únicamente con los padres. -- También presentaba berrinches, autoagresión, crisis de ira, etc., pero todos estos problemas disminuyeron durante el --- tiempo que lleva aquí.

Antecedentes familiares: Los padres declaran, y el neu- rologo lo confirma, que en la familia no había antecedentes de microcefalia.

Resultado de las pruebas aplicadas: En la evaluación -- que se le aplicó en el año de 1982, cuando ingresó, el co--- ciente de desarrollo (C.D.) de la niña era de 25 y su edad -- mental (E.M.) de dos y medio años. Los resultados de las -- pruebas aplicadas en 1983 proporcionaron una edad mental de tres años cuatro meses y un cociente de desarrollo de 33 que la colocaba como deficiente mental severa.

Impresiones generales: Entre otras actividades, las --- profesoras han conseguido que la niña se vista y se desvista con ropa que tiene cierre pero no con ropa de botones, que -- coma sola y que utilice, para ello, cuchillo y tenedor.

Conclusiones y recomendaciones: Los padres tardaron --- bastante tiempo en atender a la niña debido a la mala orien-

tación que recibieron por parte de los profesionales, que los hicieron sentirse culpables y avergonzados por haber traído al mundo a una hija así y por tal razón no acudieron a centros especializados y no ayudaron pronta y adecuadamente a la chica. Sin embargo, los padres están concientes del problema y saben que no pueden esperar mucho de su inteligencia pero desean que sea autosuficiente y que aprenda buenos modales para integrarse a su grupo social. Aunque lo intentan no pueden evitar sobreprotegerla, tratando de evitarle cualquier incidente desagradable, por ello la mantienen alejada de amistades y de familiares. También se angustian por ella, especialmente la madre y provocan en la niña sentimientos de culpa al percibir que los lastima por ser como es. Por esa razón, en el centro escolar al que asiste, sugieren que los padres cooperen más en su socialización y que la madre no se angustie tanto por la hija pues lo único que logra es mantener un ambiente tenso en el hogar que la daña.

## CASO 3

Sexo: femenino

Edad: 10 años

Peso: 21 kg

Estatura: 127 cm

Perímetro cefálico: 6 D.S. por debajo de la media

Estructura familiar: Ella es la segunda hija de un matrimonio de nivel socioeconómico bajo y la madre declara que si desearan que la niña naciera.

Historia del desarrollo:

- a) Prenatal: La madre declara que el embarazo duró ocho meses
- b) Perinatal: El parto se realizó sin anestesia, transcurrió sin problemas y la niña respiró pronto. Al nacer presentó microcefalia y pesó 2 8000 g.
- c) Postnatal: La madre notó que de pequeña la niña era hiperactiva.

Motricidad: Según declaraciones de su profesora la motricidad gruesa y fina de la niña son adecuadas, ella es diestra y maneja tijeras sin mayor problema pero, de cualquier manera, en la escuela de educación especial a la que asiste recibe ayuda en psicomotricidad.

Lenguaje: Su nivel de comprensión es más elevado que su lenguaje expresivo pues entiende instrucciones sencillas. La chica se comunica con los demás, de preferencia, por medio de gestos, movimientos, sonidos y actitudes.

Historia médica: El neurólogo diagnosticó que la niña padecía microcefalia congénita y la remitió a esta escuela de educación especial oficial donde ahora asiste.

Historia escolar: Para permitirle el ingreso a la institución le pidieron a los padres que llevaran un estudio -- neurológico donde se confirmara la deficiencia mental de la niña. Además se le aplicaron algunas pruebas psicométricas. Ahora ya recibe atención educativa adecuada a sus necesidades y también terapia de lenguaje. Según declaraciones de su profesora la niña si conoce su identidad sexual y aunque todavía no se sabe si aprenderá a leer y escribir pronto será ubicada en la sección de pretaller donde aprenderá algún oficio.

Antecedentes familiares: Los padres dijeron que en la familia no ha habido otro miembro con microcefalia, pero la madre comentó que ella padece desnutrición o anemia aguda y que tal vez por eso la niña nació baja de peso y presentó -- tal patología.

Resultado de las pruebas aplicadas: Se le aplicaron las pruebas de Terman-Merrill, W.I.S.C.-Revisado para niños mexicanos y la prueba de la interpretación de la figura humana de Bender-Koppitz, de donde se obtuvieron los siguientes -- resultados: la edad mental (E.M.) fue de 3 años 2 meses y su cociente intelectual (C.I.) de 37.

Conclusiones y recomendaciones: En este caso los padres reconocen el problema de su hija, saben que nunca tendrá una vida como la de otras personas, pero esperan que por medio -- de la educación pueda alcanzar cierto grado de normalidad. -- En su familia, como en muchas otras, no pueden darse el lujo de mantener indefinidamente a alguien que no ayude económicamente en el hogar y es por eso que tienen la esperanza de que en la escuela ella aprenda algún oficio que le sirva más

adelante para velarse por sí misma. Como se puede observar, lo que esperan de la educación, en esta familia, es muy distinto a lo que esperan los familiares de la chica del caso anterior. Unos ven en ella el medio para que su hija aprenda a ganarse la vida, mientras que los otros ven un medio -- para que su hija aprenda a comportarse en su grupo social -- pues son personas que cuentan con cierta fortuna.

De esta niña si fue posible obtener todas sus medidas -- para así demostrar su microcefalia.

## CASO 3

- 1 Edad cromológica: 10 años
- 2 Perímetro cefálico: 430 mm
- 3 Estatura: 127 cm
- 4 Peso: 21 kg
- 5 Perímetro torácico: 590 mm

## DIAGNOSTICO

Microcefalia congénita

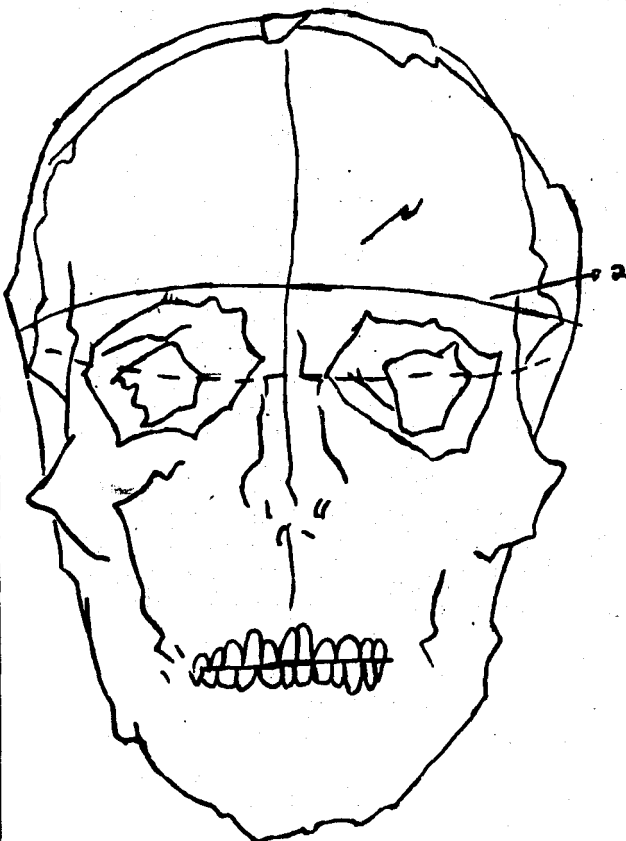
Nivel intelectual;

Edad mental 3 años 2 meses

Cociente intelectual 37

Nivel educativo:

2o nivel de primaria de  
educación especial



La niña tiene una estatura de 8 1/2 años, el peso de una niña de 6 años y el perímetro torácico de 7 años y de los datos anteriores se obtuvo una edad promedio de 7 años aproximadamente. El perímetro cefálico para una niña de 7 años es de 51.1 cm con D.S. de 1.3 cm, que comparado con el que presenta y que es de 43.0 cm se comprueba que tiene 6 D.S. por debajo de la media para esa edad y por lo tanto microcefalia.

## CASO 4

Sexo: masculino

Edad: 11 años

Peso: 20 kg

Estatura: 124 cm

Perímetro cefálico: 6 D.S. por debajo de la media

Estructura familiar: La familia está compuesta por el padre, la madre, una hija que es la mayor, y el chico del presente caso. Según el estudio socioeconómico elaborado por parte de la escuela se trata de una familia de clase media. El padre trabaja en una empresa particular y la madre se dedica al hogar.

Metricidad: Su motricidad gruesa no es muy adecuada pues camina pero presenta problemas al correr y saltar y su motricidad fina no puede considerarse buena, según comenta la directora de la institución, pues entre otras actividades que no puede realizar se encuentran la de tomar el lápiz y manejarlo correctamente al igual que las tijeras.

Lenguaje: Presenta problemas de lenguaje que, según han comentado quienes lo examinaron, podrían considerarse como severos pues su nivel de comprensión para seguir instrucciones no muestra avances importantes y su vocabulario es mínimo.

Historia médica: En el expediente que le han abierto en la escuela de educación especial se incluye el diagnóstico del neurólogo quien declaró que el padecimiento del niño se define como microcefalia verdadera de autosema recesiva, refiriéndose a una desproporción craneofacial por hipocreci---

miento de la bóveda craneana causado por un gen de autosema recesivo.

Historia escolar: El niño no asiste a clases regulares sino que recibe un tratamiento de media hora diaria en compañía de otros chicos que, como a él, no les fue posible recibir los servicios de la escuela de educación especial oficial por presentar bajo nivel intelectual y edad avanzada. - Esto dificultó un poco el ingreso pero por ser considerados de buen pronóstico, por su ambiente familiar, para ingresar más adelante a los servicios de la Secretaría de Educación Pública (S.E.P.) por medio de la Dirección General de Educación Especial (D.G.E.E.) se les dió oportunidad de trabajar de esa manera. Las dos actividades que realizan en el tiempo de la sesión son educación física y motricidad fina, además se tiene pensado que para un futuro no muy lejano, según --- aclara la directora de la institución, reciban el servicio de terapia de lenguaje.

Antecedentes familiares: La hermana mayor del chico --- también presenta microcefalia desde el nacimiento.

Resultado de las pruebas aplicadas: El niño muestra una edad mental (E.M.) de 3 años 6 meses y un cociente intelectual (C.I.) de 36.

Conclusiones y recomendaciones: En este caso la tardanza de los padres para atender al niño fue perjudicial pues - el tiempo ha pasado y el niño ha permanecido en el hogar sin recibir tratamiento alguno lo cual ha repercutido desfavorablemente en su desarrollo, pero ahora se espera que con ayuda pueda ingresar al sistema escolarizado. También el problema de desorientación de los padres se ha manifestado en -

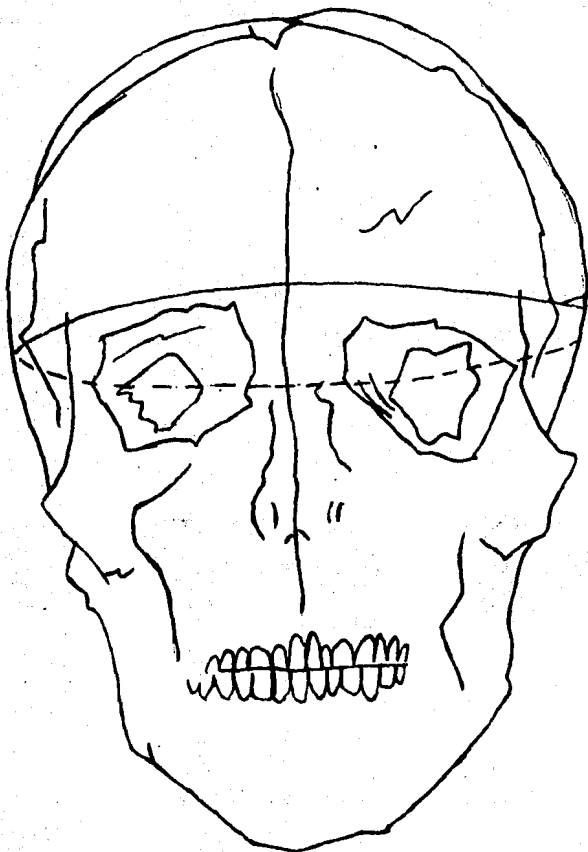


el hecho de que ya habiendo antecedentes de una hija con microcefalia hayan tenido otro hijo sin haber investigado si el niño podía padecer el problema o si se debió únicamente a un accidente.

De este chico si fue posible conseguir sus datos y medidas para corroborar el diagnóstico del neurólogo acerca de la microcefalia pues presentó 6 D.S. por debajo de la media.

## CASO 4

- 1 Edad cronológica: 11 años
- 2 Perímetro cefálico: 420mm
- 3 Estatura: 124 cm
- 4 Peso corporal: 20 000 g
- 5 Perímetro torácico: 550mm



## DIAGNOSTICO

Microcefalia verdadera -  
de autosexa recesiva.

Nivel intelectual:

Edad Mental (E.M.) 3 años  
6 meses.

Cociente intelectual 36

Nivel educativo:

Recibe ayuda extraoficial  
pues no ha sido posible su  
ingreso a la Escuela de -  
Educación Especial.

El niño presenta una estatura de 7 1/2 años y el peso -  
de un niño de 5 1/2 años aproximadamente. Su perímetro to-  
rácico es el de un niño de 4 1/2 años. Se obtuvo un promedio  
aproximado de 6 años y el perímetro cefálico para esa edad es  
de 51.6 cm con 1.5 cm de D.S. y presenta 6 D.S. por debajo -  
de la media para sus medidas.

## CASO 5

Sexo: femenino

Edad: 13 años

Peso: 33 kg

Estatura: 130 cm

Perímetro cefálico: 6 D.S. aproximadamente por debajo de lo normal para la edad que muestran sus datos.

Estructura familiar: Ella es la mayor de los dos hijos del matrimonio mencionado en el caso anterior, que como ya se dijo, están considerados dentro de la clase media.

Motricidad: Como consecuencia de la falta de atención - su desarrollo ha sido lento y escaso.

Lenguaje: Su lenguaje comprensivo es de bajo nivel y su lenguaje expresivo es casi ausente.

Historia médica: El neurólogo le diagnosticó microcefalia heredada por ambos padres, es decir, causada por un gen de autosoma recesivo.

Historia escolar: Su inteligencia de bajo nivel le ha cerrado las puertas de la escuela de educación especial oficial, pues en ella reciben alumnos con C.I. de 70-50 que son considerados como deficientes mentales leves y de 50 a 35 de C.I. que son moderados y la niña no alcanza el mínimo para ser admitida, además de que su edad es avanzada.

Antecedentes familiares: Al parecer en la familia de -- uno de los dos progenitores existen problemas de alcoholis-- me, y aunque los padres no tienen problemas transmitieron -- estos a sus hijos, pues ambos padecen microcefalia.

Conclusiones y recomendaciones: Al no haber sido acep-- tada en la escuela de educación especial oficial actualmente la niña no recibe servicio alguno, ha permanecido en el hogar toda su vida sin tratamiento de ninguna especie, por lo que su retraso se ha acentuado, y el problema se agrava más ---- cuanto más pasa el tiempo pues las posibilidades de ayudarla se reducen.

Aquí se puede observar la desorientación de los padres porque han escondido a sus hijos durante muchos años, segu-- ramente a causa de comentarios hirientes por parte de algún profesional e de la gente en general, y les han negado la -- oportunidad de recibir ayuda adecuada. Pero ahora que la -- madre se ha enterado de que sus hijos pueden ingresar a la -- escuela de educación especial, los ha llevado, con la espe-- ranza de recuperar el tiempo perdido. Más ese sólo fue po-- sible en uno de los dos casos, pues la niña no alcanzó el -- nivel mínimo para ser admitido en la institución gubernamen-- tal y cuando el hermano asiste a recibir su tratamiento ella permanece en el automóvil con la madre.

Se considera que los padres deben ser orientados res-- pecto a los servicios que brindan las escuelas de educación especial particulares, pues ahí se reciben niños con un ni-- vel intelectual más bajo que en las escuelas oficiales, a un costo no muy elevado y que los padres podrían pagar sin ma--

yores problemas, ya que deben comprender que es necesario -- preparar a sus hijos, de lo contrario serán unas personas -- que no se valgan por sí mismas y que cuando ellos falten se encontrarán completamente desamparadas.

## CASO 6

Sexo: femenino

Edad: 8 años

Peso: 20 kg

Estatura: 117 cm

Perímetro cefálico: 6 D.S. aproximadamente por debajo de lo normal

Estructura familiar: La familia está compuesta del padre, la madre y la hija quien padece microcefalia y pronto habrá otro miembro pues la madre está embarazada.

Historia médica: La niña presentó microcefalia desde el nacimiento, además padece parálisis cerebral infantil y crisis convulsivas.

Historia escolar: La niña asiste a una dependencia del C.E.E.R. (Centro de Educación Especial y Rehabilitación) y le dan servicio desde hace dos años aproximadamente. Ahí es atendida en forma individual, pero casi no avanza porque, según comenta la directora del plantel, cuando la niña presenta las convulsiones se le mueren una serie de neuronas y olvida gran parte de lo que había aprendido, por lo cual prácticamente se requiere volver a empezar su tratamiento. Actualmente un estudiante de quinto o sexto semestre de la carrera de psicología de la E.N.S.P. Iztacala ha trabajado con ella en repertorios básicos, esto es, en atención, imitación y seguimiento de instrucciones, que son las conductas que sirven de base para conocimientos posteriores.

Es importante mencionar el hecho de que su inteligencia, aún siendo baja, es tomada en cuenta por las personas que --

llevan el método de modificación de conducta para rehabilitar deficientes mentales que no ponen un límite para dar atención a los alumnos, para ellos cualquier caso, por más difícil -- que parezca, es solucionable y cualquier niño, por bajo que sea su pronóstico, es digno de ser atendido, a diferencia de otras escuelas que tienen políticas más estrictas y atención a los niños en forma grupal, sin prestar mucha atención a -- sus avances individuales.

El problema que ahora se presenta es que la niña ya no asistirá a sus sesiones, primeramente porque no habrá quién la lleve al centro educativo y ella no sabe llegar por sí -- misma y más adelante porque al dar a luz la madre se dedicará, por algún tiempo, a atender a su bebé y no le será posible transportarse con sus dos hijos en el camión puesto que no cuenta con alguien que la ayude. Todo esto perjudicará -- gravemente el ritmo de avance que lleva la niña en su tratamiento.

El hecho de que las convulsiones le provoquen a la chica la pérdida de los conocimientos y avances es importante -- pues hacen más difícil su rehabilitación y ahora que deje de asistir porque la madre no pueda traerla, se retrasará aún -- más pues en el hogar no les será posible darle el tratamiento o lo que se llama trabajo en casa, ya que la madre que es quien conoce el método no la atenderá porque debe cuidar al nuevo miembro de la familia.

Antecedentes familiares: Los padres declaran que en la familia no hay antecedentes de esta patología, sin embargo, deberían haberse sometido a algunos estudios para conocer -- el riesgo que corren sus descendientes de padecer alguna en-

fermedad y deberían extremar todavía más sus precauciones al respecto al tener ya una hija con deficiencia mental causada por microcefalia.

Conclusiones y recomendaciones: En este caso se puede observar que aun habiendo empezado a edad temprana con el tratamiento de la chica ésta no ha avanzado considerablemente debido, principalmente, a factores de tipo interno, como las crisis convulsivas, a diferencia de otros casos en los que los niños cuentan con posibilidades físicas e internas adecuadas, pero cuyos padres se encuentran desorientados y no saben a dónde acudir o qué hacer con sus hijos deficientes mentales.

Los casos No. 7 y 8 se tratarán, con más detalle, en el capítulo 5, en la sección 5.2.



## CONCLUSIONES

Una de las causas de la deficiencia mental es la microcefalia que es una patología evidente que le causa problemas a quien la padece pues la gente le ve con curiosidad malsana. Esta patología es causada por la microencefalia, es decir, - que la persona presenta una cabeza pequeña como consecuencia de tener un cerebro pequeño. Tal hipocrecimiento cerebral - se debe a la detención del desarrollo del cerebro por causas genéticas o adquiridas.

Las causas de la microcefalia adquirida se dividen - - en dos periodos, uno es el prenatal y el otro comprende las etapas perinatal y postnatal. Las causas prenatales más sobresalientes son la anoxia, las lesiones intrauterinas, infecciones o enfermedades de la madre por contagio, por intoxicaciones, diabetes mal cuidada, irradiación, insuficiencia vitamínica y por intentos de aborto. Y en los periodos perinatal y postnatal algunas causas de la microcefalia son la - anoxia, los traumatismos en el parto, las infecciones y hemorragias.

Las causas de la microcefalia se dan, en su mayoría, en los periodos perinatal y postnatal, por lo tanto, las causas más frecuentes son adquiridas.

Los síntomas entre una y otra causa varían, ya que las personas con microcefalia genética presentan hipocrecimiento

global de su cuerpo y una cabeza más pequeña y de forma más extraña que aquéllas cuya microcefalia es adquirida pues su estatura es normal pero aun así su microcefalia es evidente. Su retraso depende del grado en que se encuentre afectado el cerebro y los microcéfalos por causa genética presentan un cerebro más dañado, por lo tanto, son considerados como los de peor pronóstico. Algunos presentan problemas motores y son se per cep tives pero todos son deficientes mentales y tienen problemas principalmente de lenguaje hablado.

En la zona metropolitana las personas con microcefalia son escondidas en sus hogares, pues sus padres se encuentran desorientados y sienten vergüenza como consecuencia de los crueles comentarios que médicos sin escrúpulos y gente ignorante les ha hecho. Cuando han intentado que sus hijos ingresen a la escuela especial, su edad ya es avanzada para comenzar, pues algunos ya son adolescentes y otros adultos, su retraso se ha acentuado y son rechazados de escuelas que tienen límite de edad y de C.I. para permitir su ingreso. Sin embargo todavía existen algunos casos de rebeldía por parte de los padres para aceptar la deficiencia de sus hijos y pierden aún más tiempo buscando una cura milagrosa o alguien que les asegure que todos los profesionistas que les diagnosticaron la deficiencia mental de su hijo han estado equivocados y que su hijo solamente se encuentra un poco retrasado pero que con algún medicamento podrá alcanzar el nivel de normalidad que ellos tanto anhelan.

Existen casos en los que el retraso de los chicos se --

acentúa porque existen pocas posibilidades de avance, pero - aquellos que sí tienen esas posibilidades algunas veces las desaprovechan perdiendo el tiempo ya sea por ignorancia o -- por rebeldía.

Los padres que acuden a la educación especial ven en -- ella un medio para que sus hijos alcancen la normalidad dentro de sus posibilidades, pero no esperan lo mismo de ella - quienes poseen recursos económicos y una posición social, -- pues mientras algunos la ven como el medio para que sus hijos aprendan un oficio y que más adelante trabajen, otros -- solamente esperan que sus hijos aprendan a comportarse dentro de su grupo social donde las reglas de urbanidad son más exigentes.

Por último se dirá, que existen quienes sí saben el --- origen de la microcefalia que padece su hijo pero hay quienes no lo saben y, sin embargo, no todos toman sus precauciones - porque algunos continúan teniendo hijos sin reflexionar en - los peligros que corre su bebé de padecer deficiencia mental y los momentos difíciles que les esperan a ellos y a esa --- persona que va a padecer por la imprudencia, negligencia e - irresponsabilidad de sus padres.

## CAPITULO 5

LA ATENCION EDUCATIVA DEL NIÑO CON MICROCEFALIA EN  
LA ZONA METROPOLITANA

Para localizar a los 6 casos mencionados en el capítulo 4 y los 2 que se mencionarán en este capítulo fue necesario visitar algunas instituciones dedicadas a la rehabilitación de personas deficientes mentales. El presente capítulo brinda datos respecto a los servicios que prestan tales instituciones y expone de manera sencilla el trabajo realizado durante 6 meses de tratamiento a 2 niños microcéfales de acuerdo con el Plan de Modificación de Conducta en Educación Especial.

## 5.1 INSTITUCIONES VISITADAS Y SERVICIOS QUE BRINDAN

Se visitaron 14 instituciones de la zona metropolitana que ofrecen servicios de rehabilitación, en distintos niveles, a los deficientes mentales. Tres de ellas son oficiales y 11 particulares, de las cuales 6 están incorporadas a la Secretaría de Educación Pública a través de la Dirección General de Educación Especial.

Algunas instituciones tratan el aspecto académico del - deficiente mental, otras su aspecto laboral y sólo una de - ellas se dedica específicamente a apoyar a los padres de dichas personas.

## INSTITUCION No. 1

Es una institución particular cuyos estudios no son reconocidos por la S.E.P., más bien, se trabaja en forma independiente y se maneja a nivel de servicio social porque las colegiaturas son muy bajas y el centro se sostiene casi a -- base de donativos de algunos padres de los alumnos.

Los chicos asisten de 9:30 a 13:00 hrs. y otros más --- permanecen hasta las 16:00 ó 17:00 hrs. recibiendo servicio de alimentación.

Aunque oficialmente hay una directora, quienes se hacen cargo de la institución son dos psicólogas egresadas de la -- escuela Nacional de Estudios Profesionales (S.N.E.P.) Izta-- cala.

Los servicios que se brindan equivalen básicamente a -- jardín de niños y preprimaria porque el nivel de los alumnos no es muy alto, pero la principal función del centro es que los chicos cuenten con un lugar donde asistir, donde reciban ayuda y sean atendidos mientras sus padres arreglan sus ---- asuntos o regresan de su trabajo, es decir, funciona como un servicio a la comunidad.

En esta institución se atiende a 45 niños, que son de-- deficientes mentales, con distintas etiologías. El más peque-- ño de los alumnos que asisten, cuenta con 3 años y 10 meses. y el mayor, aproximadamente, con 26 ó 27 años y el servicio que se ofrece es mixto.

El criterio para admitirlos no es necesariamente que po sean control de esfínteres, porque es difícil que lo adquieran y eso lo pueden aprender ahí, lo que se toma en cuenta, más bien, es su comportamiento. Principalmente se observa - que no sean agresivos y que no lastimen a sus compañeros ni se hagan daño a sí mismos.

El centro educativo se encuentra ubicado en una casa -- habitación adaptada como escuela, donde las tres recámaras, el corredor y el estacionamiento funcionan como salones de - clase y el despacho como dirección.

El personal con que cuenta depende de los servicios que brinda la institución, ellos son: la directora, dos psicólogas, cinco profesoras voluntarias (no especializadas), una - cocinera, un jardinero y una persona de intendencia.

Los criterios para ingresar a los distintos grupos, que son cinco, van de acuerdo con las habilidades que posean. - La orientación a los padres se hace a nivel individual y --- únicamente si ellos lo piden.

No se lleva un método determinado, más bien, se atiende a cada niño según sus necesidades.

Se observaron los cinco grupos del centro educativo. - Primeramente se visitó el de los más pequeños de edad, que - ocupan una de las recámaras en la planta alta de la casa, en el salón se encuentran cuatro mesas de jardín de niños y en

cada una de ellas un alumno, o sea que, cuenta con cuatro -- alumnos y la profesora. Tres de los niños del grupo padecen síndrome de Down y el otro microcefalia. No todos visten -- uniforme, sólo uno de los cuatro habla, los otros tres, in-- cluyendo al niño con microcefalia, solamente entienden ins-- trucciones sencillas, según comenta su profesora. En este -- grupo se les enseña a contar, a identificar los colores y se les brindan ejercicios de motricidad gruesa y fina además de ubicación en el espacio en la hoja del cuaderno.

El segundo salón de clases que se visitó, y que también ocupa una de las recámaras, cuenta con 8 alumnos y la profesora. Ahí asisten dos niñas, una con síndrome de Down y la otra con microcefalia y el resto del grupo son varones, de los cuales tres presentan síndrome de Down. Todos hablan y entienden instrucciones sencillas, según declara su profesora, y trabajan en motricidad fina y escritura; ella comenta que de sus alumnos algunos ya empiezan a leer. El mobiliario del salón de clases cuenta con ocho sillas y cuatro mesas de jardín de niños para los alumnos, de los cuales no -- todos visten el uniforme escolar a lo que la profesora dice que como ésta no funciona como escuela no se les puede exigir que lo usen.

El tercer salón ocupa otra recámara, ahí se encuentran cinco alumnos, tres varones y dos mujeres que son atendidos por dos profesoras. El mobiliario consta de sillas y mesas para jardín de niños así como de colchonetas que se encuen--

tran sobre el piso de madera, ahí tampoco van uniformados -- todos los niños. Sus profesoras declaran que en el grupo -- los alumnos no hablan y entienden pocas instrucciones, que -- no van solos al baño, pero sí caminan y suben escaleras pa -- ra llegar a la planta alta y que son considerados como defi -- cientes mentales "profundos".

El cuarto grupo se encuentra instalado en el corredor -- de la planta alta, cuenta con mesabancos para dos personas -- cada uno y sus doce alumnos son un poco mayores que los del -- primero y segundo grupos que se visitaron, pues sus edades -- van de 12 a 20 años aproximadamente. Hablan y comprenden -- instrucciones, según explica su profesora, y manejan conte -- nidos sencillos como: conocer los meses del año, la fecha -- del día en que viven, los días de la semana, los programas -- de la televisión que exhiben cada día, acontecimientos de la -- época, además realizan las siguientes actividades: aprenden -- y cantan canciones, leen cuentos sencillos, juegan lotería y -- escriben anécdotas de acuerdo a sus vivencias. No todos los -- alumnos del grupo portan uniforme y entre las patologías que -- se observaron predominan los muchachos y muchachas con sín -- drome de Down.

El quinto grupo ocupa la cochera adaptada como salón de -- clases, en él se encontraron 16 alumnos, no todos uniforma -- dos, que hablan y entienden conceptos más elevados, según -- informa su profesora, que leen y escriben y poseen conoci -- mientos de matemáticas elementales. Dentro del grupo se ob -- servaron algunos niños con patología evidente como los que --



padecen síndrome de Down que al recibir su clase de ritmo, - la cual se imparte frente al espejo de la pared de la sala--comedor, se nota que lo pierden e invierten los movimientos.

Se podría considerar a la presente institución como una estancia infantil y no como una escuela propiamente dicha, - pues los conocimientos que se imparten y las actividades que realizan los niños no se pueden considerar académicas. Sin embargo el beneficio que se encuentra es que atienden a rechazados de escuelas oficiales donde, por lo regular, exigen control de esfínteres y cierto nivel intelectual que muchos de estos niños no tienen.

En cuanto a los niños con microcefalia, son atendidos - de igual manera que quienes padecen síndrome de Down o cualquier otra patología.

## INSTITUCION No. 2

Institución particular incorporada a la S.E.P. cuyo horario de servicio es de 8:00 a 12:00 hrs. para alumnos externos y de 8:00 a 16:00 hrs. para medio internos con alimentos incluidos.

La persona responsable es la directora técnica, profesora de educación especial, que comenta que en este centro educativo se ofrece, principalmente, servicio educativo basándose en las cuatro áreas que propone la D.G.E.S. y que son: independencia personal y protección a la salud; comunicación; socialización e información del entorno físico y social; y ocupación, además de terapia física y ocupacional, servicios psicológicos, médicos y de alimentación. Servicio a niños externos, medio internos e internos.

Los niños que se atienden aquí son deficientes mentales y no pertenecen a algún grupo en especial, como niños con síndrome de Down, Microcefalia, etc. Aproximadamente son 87 los inscritos y el servicio es mixto.

Los requisitos para su admisión en este centro son, entre otros, que tengan de 3 a 20 años y que el nivel en que se encuentren no sea muy bajo, se requiere que se desplacen por sí mismos, es decir, que caminen.

Originalmente ésta no era una escuela, sino una casa habitación y se ha adaptado con dormitorios para los alumnos

internos, baños, sala para ver la televisión, salones de clase, cubículo y salón de usos múltiples, además del patio de juegos.

El personal con que se cuenta es: un médico, psicólogos, uno de ellos egresado de la E.N.E.P. plantel Iztacala, profesoras de educación especial, un director administrativo y uno técnico.

Para evaluar a los alumnos se utiliza un examen de repertorios básicos y de conducta. En base a eso son aceptados y se les asigna su grupo y su programa que casi es individual. También se aplica un examen psicométrico.

La profesora y el psicólogo se encuentran en constante comunicación para orientar a los padres acerca del trabajo que deben realizar con su hijo, en el hogar, para ayudarlo.

Respecto a la metodología se siguen los lineamientos de la S.E.P. en su derivación que es la D.G.E.E. y los programas tratan de ajustarse a cada niño. Aquí se tiene la ventaja de que se acepta a niños con C.I. más bajo, y de edad cronológica más avanzada, de los que se aceptan regularmente en las escuelas oficiales.

En la visita que se hizo se tuvo acceso a los cuatro grupos con los que cuenta el centro educativo. En el grupo de los "bajos", como ahí lo llaman, se encontraban 8 alumnos uniformados; el salón contaba con mesas y sillas individua--

les. La profesora informó que esos niños no hablan pero entienden instrucciones sencillas, es decir, que no cuentan -- con lenguaje expresivo pero si a nivel de comprensión.

Otro grupo es el de los "medios", como su profesora los llama, es decir, los niños deficientes mentales de nivel medio. En el salón de clase se encontraban 12 alumnos vestidos con el uniforme de la escuela y la profesora trabajaba -- contenidos sencillos con ellos. Les comentaba, mientras coloreaba con plumones los dibujos de unos barcos que había -- hecho sobre cartulinas, que el día de mañana se celebraría -- el 12 de octubre, que era el día de La Raza, y que no habría clases. Que un día como ese, pero hacía muchos años, los españoles habían llegado en esos barcos a América. A lo que -- los alumnos, sentados en sus sillas y apoyados en sus mesas, decían: "Mañana no hay clases", mientras prestaban atención a lo que ella hablaba y les enseñaba los dibujos a todos, -- pues se encontraban colocados en círculo a su alrededor. La profesora comentó que estos niños comprenden conceptos sencillos y poseen lenguaje hablado y que toman su media hora -- de descanso de 11:45 a 12:15 hrs.; pero que ese tiempo es -- únicamente para su grupo pues ocupan el patio en horario distinto con el fin de cuidar a los pocos chicos que ahí se encuentran y por medidas de seguridad, especialmente con los -- pequeños o más atrasados, porque los más grandes y ágiles -- pueden lastimarlos cuando corren.

En el tercer grupo que se visitó se encontraban 12 alumnos en el salón de clase, vestidos con su uniforme y senta--

dos en sillas formando medio círculo. Al frente de ellos su profesor, que es psicólogo egresado de la E.N.E.P. plantel - Iztacala, les decía, mientras movía de un lado para otro una rana de peluche verde que tenía en su mano derecha: "A ver a ver, ahora todos van a mirar esta ranita". El profesor comentó que sus alumnos no hablan y que entienden instrucciones muy sencillas, que ahora se encuentran en la fase de estimulación temprana como si contaran con 1, 2 ó 3 años de edad. Que él utilizaba el Método de Modificación de Conducta y que le había dado buenos resultados con estos niños. También -- comentó que el Conductismo puede cambiar según la interpretación que se le dé y, finalmente, dijo: "Probablemente a estos niños les funcione otro método, pero yo no lo conozco".

El último grupo que se visitó se encontraba en un salón que ocupaba la cochera, mientras que los dos primeros estaban dentro de la casa y el último en el cuarto de servicio. Ahí se observaron muchachos y muchachas de edad avanzada --- comparativamente con los otros grupos y cuyo nivel intelectual era más alto, según dijo su profesora, pues los contenidos académicos que se manejaban eran de mayor grado de dificultad. Los mesabancos de los alumnos se encontraban frente al pizarrón y al escritorio de la profesora y asistían 16 alumnos todos vestidos con el uniforme escolar. En ese momento se encontraban en la clase de matemáticas y la profesora calificaba los cuadernos de dos alumnos que permanecían al lado de su escritorio y les decía: "No, a ver, ¿cuánto -- dijimos que tenía una decena?". Ella comentó que sus alumnos comprenden conceptos más elevados que los niños de otros

grupos y que leen y escriben.

Los restantes 39 alumnos se encontraban en la planta -- alta de la casa, en las recámaras, pero no se tuvo acceso a ellos pues al ser los internos es obvio que son los más atrasados a quienes sus padres llevan a esos lugares por considerarse incapaces de poder ayudarlos en sus hogares.

Aún cuando la escuela se encuentra en una casa habitación adaptada para ese fin, si cumple sus funciones pues es espaciosa. Y al estar incorporada a la S.E.P. sigue sus programas que pueden garantizar seriedad de parte de la institución, también un personal capacitado. Sigue los lineamientos de la S.E.P. pero difiere en los requisitos para la admisión pues acepta niños con niveles más bajos que los --- aceptados en escuelas oficiales y esto representa una esperanza para los chicos y una ayuda para sus padres.

El trato hacia los niños es casi individual, sin embargo continúan agrupando a los alumnos independientemente de su - patología y guiándose por su cociente intelectual según las pruebas psicométricas.

## INSTITUCION No. 3

Esta institución es dependiente de la E.N.E.P. plantel Iztacala y su horario se divide en dos turnos de trabajo que son: de 8:00 a 10:00 hrs. y de 12:00 a 14:00 hrs.

La persona responsable del centro educativo es una psicóloga y el servicio que se ofrece es de rehabilitación en todas las áreas que comprende el plan de Modificación de --- Conducta, que son: conductas básicas; habilidades sociales y de adaptación; conducta académica; cuidado personal; comunicación; habilidades interpersonales y, si es necesario, se da tratamiento para eliminar conductas problemáticas, pero el principal objetivo de este centro es el programa vocacional pues funciona como taller de capacitación para el trabajo en carpintería.

Ahí se atienden personas desde cinco años de edad en adelante, incluso asisten adolescentes y algunos adultos como una persona de 34 años. Se trata de un muchacho deficiente mental que se encuentra en el turno de 12:00 a 14:00 hrs. y son 14 los alumnos que se atienden en este turno, de los cuales una niña padece microcefalia.

Respecto a los requisitos para la admisión al centro educativo no existen, quizá se pediría que tengan manera de llegar hasta ahí, pues el plan es tan amplio que incluso se les puede enseñar a los alumnos a caminar, a hablar, a avisar cuando necesitan ir al baño, etc.

Las instalaciones con que se cuenta son: un patio, un cubículo y un salón de trabajo y el personal que labora aquí consta de 8 estudiantes de quinto y sexto semestres de la -- carrera de psicología de la E.N.E.P. Iztacala, aunque ahora hacen falta algunos para atender a los alumnos por lo que es necesario designar, a cada uno, más de un alumno con quien -- trabajar durante las dos horas que asisten al centro de educación especial.

Las evaluaciones se efectúan semestralmente y según los resultados se pasa a otro programa o se insiste en el mismo, pero puede hacerse antes, según los avances del alumno. Por lo regular, cada seis meses se cambia de instructor de tal -- manera que él hace su evaluación para conocer el grado de -- avance en el que se encuentra su nuevo alumno y decide si -- debe continuar con el mismo programa o elaborar otro.

Se mantiene un contacto constante con los padres pues -- se pretende entrenarlos para que trabajen con sus hijos en -- el hogar y así continuar con el programa de rehabilitación -- cuando los estudiantes de psicología tienen vacaciones y durante los fines de semana o los días que no asisten a la escuela.

La metodología que se utiliza es la del plan de Modificación de Conducta en educación especial, es decir, hay un -- instructor para cada alumno pues consideran que la atención individual es la más productiva. Se trabaja con un determinado programa durante un semestre escolar al término del cual



se evalúan los avances del chico y si los resultados son satisfactorios se pasa a otro programa que vaya de acuerdo a sus necesidades primordiales. Algunos estudiantes que pueden continuar con el tratamiento lo hacen, voluntariamente, incluso durante sus vacaciones, para obtener mayores logros o dejar terminado un programa con el fin de que el próximo instructor que atienda al niño pueda iniciar su labor en un programa más avanzado en el nivel de rehabilitación.

El centro educativo se encuentra instalado en una casa con techo de lámina, rentada dentro de una vecindad y que ocupa la planta alta del inmueble. Para llegar a ella se debe subir por una escalera metálica.

A las 11:00 hrs., la directora del plantel no había llegado aún, pero ya afuera, en una banca del parque que se ubica frente al centro de rehabilitación, se encontraban 3 adolescentes y, posteriormente, llegó un matrimonio con un niño con síndrome de Down de 7 años de edad aproximadamente.

A las 12:00 hrs. se entró al centro educativo, los jóvenes alumnos pasaron directamente al salón de trabajo, y aunque no fue posible observarlos trabajar con sus instructores respectivos, se tuvo la oportunidad de observar la entrevista que la directora realizó a los padres del solicitante. La directora sentada frente a su escritorio y al niño y los padres de pie a un lado de su hijo, que ocupó el único asiento frente a ella, iniciaron su entrevista.

El matrimonio le comentó a la psicóloga que les habían recomendado esa escuela y una oficial, pero que ésta les --- quedaba más cerca que la otra. Ella les preguntó si sabían qué padecimiento sufría el niño, pero los padres permanecieron callados; preguntó acerca de cuál era la enfermedad del niño y los dos respondieron que sufría de un soplo en el corazón.

- Psicóloga: "¿Y de qué más?"

- Padres: "De nada más"

- Psicóloga: "Pero él tiene síndrome de Down ¿qué no se los habían dicho?"

Y ellos contestaron que sí, que eso les habían dicho. La directora les preguntó entonces el nombre del niño y el padre contestó diciendo no sólo el nombre sino también sus apellidos.

- Padre: "Dile a la maestra cómo te llamas"

- Madre: "Dile que te llamas ..." (y dijo el nombre del niño con sus apellidos)

- Padre: "Andale hijo" (diciendo también el nombre)

Entonces el niño dijo su nombre pero cambió la letra r por la l y omitió otras letras.

- Psicóloga: "A ver (x) dime, ¿cómo se llaman tus hermanos?, ¿tienes hermanos?, ¿cómo se llaman?"

Los padres pronunciaron los nombres dos o tres veces -- insistiéndole al niño para que los repitiera y por fin los repitió.

La directora del plantel les dijo que el niño no hablaba bien, que tenía problemas de lenguaje y los padres guar--

daron silencio. La psicóloga preguntó si el niño controlaba esfínteres y los padres sólo se miraron uno al otro.

- Psicóloga: "¿Avisa cuando quiere hacer sus necesidades e se las hace encima ... encima de la repa?"

Los padres contestaron al mismo tiempo que sí, que sí avisaba. La madre guardó silencio.

- Padre: "Si avisa, si avisa pero ya a la mera hora, -- cuando ya mero se hace y hay que llevarlo corriendo."

Guardaron silencio por unos segundos.

- Madre: "Si, si avisa, lo que pasa es que es flojo ... es muy floje, por eso avisa ya a la mera hora, pero si sabe, hasta a veces solito va y se --- desviste ... bueno, se desabrocha para hacer."

La psicóloga preguntó si el niño se vestía solo a lo -- que en seguida, los padres contestaron que sí. Entonces --- ella les dijo que las clases estaban por finalizar en ese -- lugar, pero que regresaran en noviembre, que apuntaría a su hijo en la lista de espera y que si había cupo con mucho --- gusto le admitiría pero, que aún así, se inscribirían de --- cuándo serían las inscripciones en la escuela oficial que -- les habían recomendado también.

En esta institución si cuentan con un plan de trabajo y con personal capacitado y, aunque carecen de instalaciones - adecuadas, tratan de salvar estas dificultades y dar un buen servicio.

Aquí si se cumple el importante objetivo de la educación especial que es el trato individual al alumno, pues los programas se elaboran y se llevan a cabo para una sola persona.

En estos centros de rehabilitación, a diferencia de las escuelas oficiales, los requisitos de ingreso prácticamente no existen, pues el plan es tan amplio que cuenta con programas concretos para enseñar al alumno inclusive las conductas más elementales. De tal manera que constituyen una alternativa para quienes son rechazados de las escuelas oficiales y que además no cuentan con recursos económicos para ingresar a las escuelas particulares. Estos centros dependen de la E.N.E.P. Iztacala, de la carrera de psicología y los instructores o tutores son estudiantes que prestan sus servicios -- gratuitos.

En cuanto a la entrevista con los padres del aspirante a ingresar al centro educativo se pudo notar que intentaban minimizar o restarle importancia al problema de su hijo. -- Respondiendo las preguntas por él y resaltando sus virtudes pretendían convencer a la psicóloga de que su hijo no se encontraba tan mal, que sabía realizar muchas actividades, precisamente por el temor que les da que lo rechacen. Pero esa actitud defensiva es el producto de la falsa concepción que se tiene acerca de que el diagnóstico sirve para clasificar y que si el resultado es muy bajo se acaban las oportunidades para el sujeto cuando, en realidad, su utilidad debe ser la de conocer el nivel en que se iniciará el tratamiento.

## INSTITUCION No. 4

Se trata de otro centro de rehabilitación dependiente de la E.N.E.P. plantel Iztacala donde no tienen contacto con la S.E.P. ni con la D.G.E.E., pues no llevan sus programas ni atienden a sus alumnos así como tampoco admiten o rechazan a las personas deficientes mentales de acuerdo a su criterio. Su horario de trabajo es de 8:00 a 14:00 hrs. y de 15:00 a 19:00 hrs., divididos en cinco turnos. Los tres turnos matutinos son: de 8:00 a 10:00, de 10:00 a 12:00 y de 12:00 a 14:00 hrs. y los turnos vespertinos son: de 15:00 a 17:00 y de 17:00 a 19:00 hrs.

La persona responsable de este centro es una psicóloga, pero por cada turno hay otro responsable que puede ser algún profesor de la E.N.E.P. de la carrera de psicología. Los servicios que se prestan aquí son de rehabilitación en educación especial, educación sexual para los adolescentes deficientes mentales y capacitación para aprender un oficio o taller como talabartería y carpintería.

Se atienden personas con diversas patologías como síndrome de Down, parálisis cerebral infantil (P.C.I.), ciegos con retardo en el desarrollo (que asisten de 10:00 a 12:00 hrs.), personas con problemas de lenguaje, sordos, etc., y a tres personas con microcefalia, 2 en el turno de la tarde y 1 única que asiste al grupo de adolescentes, de 12:00 a 14:00 hrs.

Para ingresar se aplican a los aspirantes las pruebas - elaboradas por el C.E.E.R. (Centro de Educación Especial y - Rehabilitación) con el fin de conocer el punto de partida -- para iniciar la rehabilitación del solicitante. Dichas ---- pruebas han variado año con año según las experiencias obtenidas. La prueba que se aplica en la actualidad ha mejorado pues este plan tiene, aproximadamente, de 3 a 4 años de estar funcionando, pero las áreas continúan siendo las mismas: motora fina, motora gruesa, autocuidado como vestirse, lavarse, comer, etc., socialización, lenguaje expresivo y lenguaje receptivo, área preacadémica, etc.

El centro de rehabilitación se encuentra instalado dentro del plantel de la E.N.E.P. Iztacala en la clínica donde se atiende consulta externa en el área de odontología, consulta psicológica en problemas de la personalidad, sexuales, de conducta, problemas educativos y de retraso en el desarrollo. En estos últimos, específicamente, es donde entra - en funciones el C.E.E.R. que cuenta con las siguientes instalaciones: sala de espera, recepción, cuatro cubículos para consulta, un salón que contiene mesas y sillas de jardín de niños. Cuenta también con una cámara de Gesell, un patio de juegos y sanitarios para varones y para mujeres.

El personal que integra este centro son los propios estudiantes de la carrera de psicología de quinto y sexto semestres que dan tratamiento para acreditar algunas de las -- materias de las que cursan en esos semestres.

A los alumnos se les aplican pruebas de diagnóstico de las habilidades con que cuentan y se jerarquiza el programa de acuerdo a sus necesidades. Se elaboran objetivos generales y específicos que conforme se van cumpliendo van aumentando de grado de dificultad. Y es cierto que de la evaluación se obtiene un porcentaje de las respuestas correctas en cada área pero con él no se representa ninguna clasificación para colocar al alumno en algún grupo, pues aquí no se les agrupa, sino que se trabaja en forma individual. En la única área en la que se requiere agruparlos es en la de socialización de tal manera que, como se decía, el porcentaje de respuestas correctas no se utiliza para clasificar a los alumnos sino que es la base, de donde se parte, para iniciar su rehabilitación. Tampoco se intenta agruparlos de acuerdo a su patología pues aquí casi no se toma en cuenta el diagnóstico médico, más bien, se utilizan los resultados del examen creado por el C.E.E.R. para proporcionarle un tratamiento de acuerdo a sus habilidades. Pero con los niños que padecen síndrome de Down se trabaja aparte en el área de socialización, únicamente con ellos, pues tienden a imitar las conductas observadas y eso no es conveniente sobre todo si imitan a los alumnos que presentan conductas inadecuadas.

Una de las principales finalidades de este plan es entrenar a los padres para que observen a sus hijos, los evalúen y aprendan el tipo de ejercicios con los cuales deben trabajar con ellos en sus hogares. Esto es útil porque cuando el centro de rehabilitación se cierra, debido a las vacaciones de los estudiantes de psicología, los alumnos no se -

atrasan, más bien, continúan con los programas en su casa. Sucede, frecuentemente, que al regresar de las vacaciones -- los niños han olvidado todo o la mayor parte de lo que se -- les ha enseñado y se necesita volver a empezar. Pero aún -- así, sabiendo lo importante que es su cooperación, existen -- algunos padres que no trabajan con sus hijos en el hogar.

La metodología que se emplea es la del plan de Modifi-- cación de Conducta en Educación Especial, elaborado por el -- C.E.E.R., y se trabaja de manera individual, tan sólo para -- el área de socialización se reúne a los alumnos. Se trabaja en todos los niveles de rehabilitación y con todas las áreas que sean necesarias, pero se pone énfasis en los problemas -- de los adolescentes deficientes mentales, principalmente a -- nivel de educación sexual en el horario de 12:00 a 14:00 --- hrs. pues sus programas se encuentran aún en elaboración de acuerdo a las necesidades de los jóvenes.

Se observó el tratamiento que se le daba a una niña con síndrome de Down de aproximadamente cuatro años de edad, al salir del cubículo ella y su instructora se dirigieron a la sala de espera donde se encontraba un hermano de la niña, de 13 años de edad aproximadamente. La estudiante de psicología le hizo algunas preguntas a la niña, frente a su hermano, y al recibir la respuesta correcta o más cercana a lo correcto le daba una cucharada de la gelatina que traía en la mano -- izquierda e instruía al muchacho acerca de que esa era la -- manera correcta como debían trabajar en el hogar.



Por otro lado, una señora que se encontraba sentada en la sala de espera fue abordada por otra estudiante de psicología quien le entregó unas copias fotostáticas y le dio --- instrucciones acerca de cómo interpretarlas y utilizarlas.

Otros estudiantes de psicología charlaban con un muchacho deficiente mental, del grupo de los adolescentes, que -- les decía que se reuniría ahí con sus compañeros porque ju-- garían un partido de basquet bol y que estaba seguro que su equipo ganaría.

Se entabló conversación con algunos estudiantes que co-- mentaron que el centro de rehabilitación se encontraba un -- poco vacío porque los viernes eran los días de junta de los instructores con su coordinador y casi no asistían pacien--- tes, sin embargo, fue posible observar a algunos niños ju--- gando en el patio y a otros trabajando, en distintos lugares del salón, cada quien con su instructor.

Se obtuvo información por parte de ellos acerca de una de las razones por las cuales se optó por capacitar a los -- familiares de los alumnos para que cooperaran en su rehabi-- litación. Ellos dijeron que la sala de espera del centro -- era semejante a la de cualquier otra clínica que brindara -- servicios médicos, es decir, los padres de los pacientes --- leían el diario o alguna revista deportiva, o bien, se dor-- mían y las madres tejían, conversaban con la señora de al -- lado o leían alguna fotonovela, etc., y que se desentendían de la responsabilidad de la rehabilitación de su hijo. Di-- jeron también que los familiares sentían que su única respon

sabilidad era llevar y traer a los muchachos, pero la situación ha cambiado, pues ahora ellos son parte importante en la rehabilitación de su hijo, deben leer acerca del tema y recibir instrucción para trabajar con él en su hogar.

También informaron que a cada estudiante de quinto y sexto semestres se les encarga custodiar y educar a un niño, y si el padecimiento de su alumno no es muy grave pueden atender a uno o dos más. Pero que se han dado casos difíciles en que los alumnos no caminan y llegan en brazos de sus padres y que con el método de Modificación de Conducta han logrado que aprendan a caminar. Otros vienen con conductas viciadas, es decir, incorrectas y perjudiciales debido al mal manejo de parte de los educadores anteriores, y atacan y golpean con los pies a su instructor, pero para esas ocasiones pueden utilizar un recurso que propone el propio plan y que es un tipo de castigo, que ellos llaman tiempo fuera, consistente en llevarlos a un rincón del salón o dejarlos solos en un cubículo por unos minutos, de tal manera que no interrumpen el trabajo de los demás y que sientan que por su mala conducta se les ha privado de atención, y esta conducta tomada por parte de los instructores les ha dado muy buenos resultados, según dijeron.

En este caso, a diferencia del anterior, las instalaciones si son las adecuadas además de que es difícil que falten instructores, pues estando el C.E.R. en la misma escuela donde ellos estudian, asisten regularmente.

Aquí, al igual que en el C.E.E.R. anterior, sí se atiende a los alumnos de manera individual pues se aprovecha mejor el tiempo y la disposición del niño para aprender, además de que se lleva a cabo su programa elaborado según sus propias habilidades y necesidades.

Los reforzadores que se les dan a los alumnos no siempre son alimenticios, quizá para iniciarlos en el tratamiento sean útiles pero se van disminuyendo o sustituyendo por los de tipo social, principalmente, por atención. Es por esa razón que cuando algún alumno presenta conductas viciadas se le retira la atención durante cierto tiempo.

Otra de las ventajas que pueden observarse en este plan de Modificación de Conducta en Educación Especial es que comprometen a los padres, o familiares, para que participen en la rehabilitación de su hijo ya que la mayor parte del tiempo lo pasan en el hogar.

Aún cuando dicen que en el plan no se toman en cuenta, las patologías de los alumnos, reconocen que no se puede aplicar el tratamiento de manera similar a todos los alumnos, pues se han dado cuenta que, por ejemplo, los chicos con síndrome de Down tienden a imitar cuanto conducta observan. Eso significa que aprenden conductas aceptables y reprobables, por lo que en estos casos optan por trabajar únicamente en el área de socialización.

Si bien es cierto que atienden en rehabilitación a to--

dos los niveles, su actividad principal es la de capacitar a los sujetos para un oficio, pues esa es la finalidad de la educación especial.

## INSTITUCION No. 5

El presente instituto no funciona como escuela de educación especial, por lo tanto no se siguen los lineamientos ni los programas de la S.E.P. en su D.G.E.E., ni se concuerda con su criterio de clasificación para ingresar o rechazar a los alumnos. Aquí, simplemente, se atienden niños deficientes mentales que no son aceptados en las escuelas oficiales porque los resultados de las pruebas los clasifican como deficientes mentales profundos.

Los niños asisten al plantel de 8:00 a 14:00 hrs. y la directora, que es licenciada en psicología, coordina las actividades que ofrece la institución: natación, localización en el espacio, gráficas, autocuidado, lenguaje, ritmo y motricidad fina.

Las personas que ingresan a este instituto van de 3 a 16 años de edad y se admiten niños con deficiencia mental profunda a diferencia de las escuelas especiales oficiales. Aquí no se toma en cuenta la patología del alumno, pues lo mismo asisten niños con síndrome de Down que con microcefalia, como es el caso de una chica que cuenta aproximadamente con 3 años de ser alumna, pero para admitirlos se requiere que hablen y controlen esfínteres, aunque se hacen excepciones, pues los niños deficientes mentales profundos difícilmente logran caminar y avisar cuando necesitan ir al baño. Aquí se atienden alumnos hasta de 20 y 22 años de edad y de ambos sexos.

Este centro educativo se encuentra instalado en una casa habitación, de dos plantas, adaptada como escuela. Cuenta con jardín, columpios, un sótano adaptado para salón de clases con dos mesas para diez personas cada una, un cuarto de servicio, sanitarios y tres recámaras que sirven de salones de clase, con sus mesabancos, escritorios y pizarrones. El piso de la casa es de madera barnizada y en algunos lugares hay alfombra. En la sala se observan sillones, un piano y - tocadiscos que se utiliza para la clase de ritmo.

El personal con que cuenta la institución comprende: -- psicólogos, profesoras especialistas en deficiencia mental, un pediatra, un profesor de educación física, que lleva a -- los alumnos al deportivo a nadar, y nanas.

Al ingresar a la institución, se le abre al alumno su - expediente con su investigación y seguimiento de caso, que - se va formando con las evaluaciones constantes que se realizan para conocer su cociente de desarrollo (C.D.) y su edad mental (E.M.).

Los padres asisten al centro voluntariamente para ----- adiestrarse y poder trabajar en sus casas con sus hijos, de tal manera que tienen acceso a conocer el tratamiento que se les da y observarlos trabajar.

El programa que se aplica a los niños es individual, -- pero se procura que coincidan los de cada niño dentro de su grupo para hacerlo homogéneo hasta donde sea posible.

En la clase de ritmo algunos alumnos imitaron los movimientos, los que se encontraban frente a la profesora los -- hicieron pero no invirtieron los movimientos y solamente unos cuantos llevaban el ritmo de la música.

En la clase de grafías, que también se tuvo oportunidad de observar, la profesora sentó a 10 alumnos alrededor de una de las mesas del sótano que funciona como salón de clases, -- les dio a cada niño una hoja en donde estaban dibujados dos puntos, uno a cada extremo de ella y un lápiz de color y se les pidió que unieran esos dos puntos con una línea, pero -- algunos no tomaron el lápiz en sus manos y otros colorearon toda la hoja.

No fue posible observar un número mayor de actividades pues los alumnos se encontraban en evaluación de fin de cursos.

Este es un instituto que atiende a los rechazados de -- las escuelas para deficientes mentales oficiales por su bajo C.I., y es particular. Como requisito de admisión se pide, de preferencia, que los niños avisen cuando necesitan ir al baño pero comprenden que es difícil que lo puedan aprender.

Es una casa habitación adaptada para escuela y si cuenta con personal capacitado y programas de trabajo y, a diferencia de otras escuelas o instituciones, aquí sí se permite que los padres conozcan el método de trabajo y si gustan que

observen a sus hijos, más no es obligatorio que lo hagan.

Por otra parte, se pretende que la educación sea individual aunque continúan agrupando a los alumnos y, por la actividad de grafías que se observó, se pudo notar que mientras algunos alumnos sí entendían las instrucciones, para otros no fue posible lograrlo y para quienes sí las comprendieron algunos no fueron capaces de realizar las actividades que se les pedía que hicieran, o sea, que los niveles en que agrupan a los niños no son del todo homogéneos. Esto puede demostrar que cada alumno tiene su problemática particular y que necesita atención individual la cual no se da, sobre todo, cuando un mismo profesor debe atender a 4 muchachos o más.



## INSTITUCION No. 6

Se trata de una escuela particular de asociación civil donde las cuotas que pagan los padres de los alumnos son --- realmente bajas, según las propias palabras de la directora.

Aquí se da servicio de 8:30 a 13:00 hrs. y son dos las personas responsables de la institución, un médico que es el asesor técnico y la directora que es profesora especializada en deficiencia mental, en problemas de audición y lenguaje y en foniatría en la Normal de Especialización.

Los servicios que se brindan son: enseñanza, educación, terapia física y educación física, educación musical, terapia de lenguaje y servicio de dentista.

- Directora: "Además, de fuera están viniendo unas psicólogas a dar una especie de terapia o --- ejercicios físicos para agilizar las zonas nerviosas de los niños."

En esta institución se atienden niños con síndrome de - Down, parálisis cerebral infantil (P.C.I.), etc., y para ingresar se aceptan desde año y medio hasta 10 años, de ambos sexos y en total son 18 los alumnos inscritos. No se requiere que posean control de esfínteres porque aquí se les puede enseñar, pero sí se pide a los padres que traigan, cuando se va a inscribir al niño, un certificado médico donde se especifique el padecimiento de su hijo y, sin embargo, casi nadie cumple con este requisito porque dicen que no les permi-

ten extraer la información de las instituciones médicas y la directora considera que así no se puede trabajar, sin saber qué medicamentos toma el niño o si padece del corazón y no puede efectuar ciertos ejercicios.

Según declaraciones de la directora, la institución --- cuenta con tres salones de clase, un salón de terapia, patio de juegos, cocina y dos instalaciones sanitarias, pero se -- encuentra en una casa habitación adaptada para escuela. El personal consta de cuatro profesoras, dos niñas y las psicólogas, que son externas.

La evaluación de los niños depende del diagnóstico que traigan del médico; y si no cuentan con él, se evalúa al --- alumno mediante observaciones que se le hacen durante el --- tiempo que permanece en la escuela.

Se cita a juntas a los padres de los alumnos y se les -- brinda terapia como la llamada "círculo mágico", también se ofrecen conferencias y pláticas por parte de la Confedera--- ción Mexicana de Asociaciones en Pro del Deficiente Mental, pues esta escuela es confederada.

Aquí se emplea el método oficial, pero adaptado a las -- necesidades del niño.

- Directora: "Ahora está Piaget de moda, antes fue De--- creoly y antes Montessori. Aquí los niños trabajan en grupo e individualmente cuando reciben su clase de terapia de lenguaje."

La escuela es una casa habitación que ha sido adaptada para estos fines, de dos pisos; pero únicamente se pudo observar la planta baja. En el estudio se encuentra la dirección, en la estancia tan sólo hay un mueble con decenas de corcholatas dentro de botes. Solamente fue posible observar un salón de clases de donde salieron los 18 niños de quienes se tomaron sus medidas del Esquema de Anomalías de la Forma del Cráneo y de los cuales el más pequeño contaba con 7 años y el mayor con 25 años de edad. Se vio a una de las nanas que era quien llevaba a los niños a la estancia y los regresaba a su salón; al parecer, la otra permanecía dentro cuidando al resto de los alumnos.

En tres ocasiones se visitó la escuela y se observó que los alumnos asistían uniformados, los lunes de blanco y los demás días de azul y beige, excepto el día que recibían la clase de deportes, pues entonces se observó que vestían de pants verdes. También se supo que algunos de los niños llegaban a la escuela por medio del transporte escolar que es una camioneta color naranja y que, por lo regular, se encontraba estacionada en la cochera de la casa.

Las envidias entre profesionales provocan que se perjudique a los alumnos pues si los médicos especialistas, como los neurólogos, se niegan a dar el diagnóstico a los padres, por celos profesionales, los profesores se encuentran desorientados, no saben cuál es el padecimiento del niño ni si necesita alguna atención especial.

Una ventaja que se encontró en esta escuela es que cuentan con terapeuta de lenguaje y se da atención individual a los niños por lo menos en esta área, mientras que otras escuelas que dicen darla, no lo cumplen.

## INSTITUCION No. 7

Esta institución es particular y sus programas y tipos de evaluación van de acuerdo con la S.E.P. en su Dirección - General de Educación Especial (D.G.E.E.). El horario en el que se da servicio es matutino.

La persona responsable de la institución es la directora quien es profesora de educación especial para niños deficientes mentales egresada de la Normal de Especialización y también es trabajadora social egresada de la U.N.A.M.

Los servicios que aquí se prestan son: atención específica para niños con deficiencia mental profunda, media y superficial, estimulación temprana para niños cuya capacidad mental es más baja que la de los otros niños, cursos de verano con actividades recreativas, culturales y algunos días aspectos académicos y un centro de capacitación para el trabajo, además de terapia ocupacional donde se enseña a los alumnos a elaborar artesanías en madera y maquila en lo que les ofrezcan.

Se atiende a personas deficientes mentales, aquí asisten de 60 a 65 alumnos, la escuela es mixta y no es exclusiva para una patología en particular, más bien, se atienden a deficientes mentales con distintas etiologías como síndrome de Down, e incluso con más de una atipicidad como, por ejemplo, un alumno que es débil visual y algunos otros que sufren parálisis cerebral infantil (P.C.I.), etc.. La edad crono-

lógica de los alumnos va de los 5 a los 32 años y su edad --  
mental de los 2 ó 3 a los 10 ó 12 años.

Para admitirlos en el colegio, y colocarlos en el grupo que les corresponda, además de las evaluaciones determinadas por la D.G.E.E., se efectúan estudios psicológicos, psicopedagógicos, evaluaciones de lenguaje, de articulación y exámenes fonoarticuladores y de audiometría.

Las instalaciones con que cuenta el centro son salones de clase, salón de usos múltiples, patio de juegos y sanitarios.

El personal que participa en esta institución consta de: una psicóloga, una educadora, profesoras de primaria, dos -- especialistas en deficiencia mental y un profesor de educación física.

A los padres se les da orientación cada mes con el fin de que conozcan el desenvolvimiento de sus hijos, sus logros y necesidades y los ayuden en lo que requieran.

Una vez que se ha congregado a los alumnos en grupos de 10 ó 12 niños de acuerdo a sus propias necesidades y posibilidades, que se conocieron mediante las evaluaciones de las cuales ya se habló con anterioridad, se les brinda atención individual dependiendo del tipo de problema o problemas que presenten y de la severidad de los mismos, así como del C.I. de cada uno de ellos. Por ejemplo, al niño que además de --

deficiencia mental presenta problemas visuales se le ayuda individualmente en aspectos básicos como son: seguimiento de instrucciones, imitación y atención. Pero en general se siguen los programas y el calendario de la D.G.E.S.

En la visita que se realizó a esta institución se observó que los alumnos asisten uniformados los lunes de blanco y el resto de la semana de azul. El lunes por la mañana reciben clase de educación física con su profesor que, durante una hora aproximadamente, les da órdenes acerca de los movimientos que deben realizar y, principalmente, se dedica a corregir a quienes no distinguen el lado derecho del izquierdo, a quienes no saben cuál es el frente, etc., mientras les pregunta el día en que se encuentran, la fecha, el mes y el año.

El colegio se encuentra instalado en una casa habitación adaptada como escuela y, según se puede observar, la construcción data de los años cuarentas aproximadamente.

Esta institución particular sí cuenta con personal capacitado para atender a los deficientes mentales y con programas oficiales. Quizá el único inconveniente serían las instituciones, pues una casa habitación, por más arreglos que se le hagan, siempre tendrá deficiencias.

Algo que es fundamental, pero que no todos le dan la importancia que merece, es la educación física, pues tal actividad ayuda al sujeto tanto en su cuerpo como en su cerebro. Además le da la oportunidad de triunfar en esa actividad.

## INSTITUCION No. 8

Esta institución es una Asociación Civil, reconocida -- por la Dirección General de Educación Especial, que fue fundada en el año de 1978, en el mes de septiembre, y que en -- sus seis años de existencia ha conseguido logros importantes.

Los fundadores de la Confederación fueron los señores - Vidal, el matrimonio Quijano, la profesora Florentina González y 3 ó 4 asociaciones de padres de personas deficientes - mentales de distintas edades, principalmente adolescentes, - que se dieron cuenta que después del servicio escolar que -- proporcionaba la D.G.E.E. y de sus talleres no había nada -- más para sus hijos y, otro motivo por el que se fundó, además de la necesidad de pedir más servicios para los defi---- cientes mentales, fue por la desorientación y la falta de -- información de los padres acerca del problema de sus hijos.

Como los fundadores eran personas con recursos económicos se dirigieron al extranjero para enterarse de los servicios que brindaban a los deficientes mentales en otros países y se dieron cuenta de que recibían servicio permanente, no como sucedía aquí que a cierta edad no los ayudaban más. De tal manera que se dedicaron a la tarea de crear algo parecido en México, según las experiencias que trajeron de los lugares que visitaron fuera del país.

Durante el primer periodo de existencia, la Confederación si fue activa pero debido a que se realizó cambio de --



directiva ésta disminuyó y de 3 años en adelante, es decir, de 1982 a la fecha recuperó su ritmo de siempre. Ahora el presidente de la Confederación es el Lic. Soto y el tesorero el Ingeniero Patiño.

La asociación se sostiene económicamente gracias a las cuotas de sus miembros, donativos y mediante actividades sociales como bazares, cenas-baile, etc.

Se trabaja y da servicio de 8:00 a 15:00 hrs. y las personas responsables, como ya se dijo, son el presidente, el tesorero y los vocales.

Los servicios que se brindan son: asesoría y orientación a los padres respecto a los servicios que existen para sus hijos deficientes mentales, en la región donde habitan, y los lugares donde pueden acudir para que se les ayude.

Existe un departamento de canalización de casos en general, para orientar a los padres o familiares que no han ubicado a sus muchachos deficientes mentales en escuelas o talleres y se les proporcionan las direcciones de los servicios que requieren según sean sus necesidades.

Se mantiene contacto con los servicios públicos y privados para deficientes mentales, como los de intervención temprana y los del Instituto Nacional para la Salud Mental, entre otros.

Se ayuda a los deficientes mentales desde bebés hasta - adultos, de 35 y 42 años, que durante su vida no han recibido ayuda ni atención, pues los padres se sienten angustiados al desconocer cuál será el futuro de su hijo y quién se ocupará de él cuando ellos falten. Ellos saben que algunas veces los hermanos sienten al deficiente mental como una carga en varios sentidos, uno de ellos el económico, porque no --- trabaja ni aporta dinero al hogar para ayudar a solventar --- sus gastos.

La principal finalidad de esta institución es que la -- gente interesada en el bienestar de los deficientes mentales descubra la manera de ayudar o conseguir garantías para esas personas como sucede en el extranjero donde los países, no -- solamente los poderosos sino también los subdesarrollados -- como los de Centro y Sudamérica, brindan servicios variados y eficientes con la mentalidad triunfadora de que obtendrán resultados positivos y no actuarán como ciertas personas cuya opinión es que "Es mejor que los deficientes mentales se mueran porque no se puede hacer nada por ellos y sólo serán un estorbo y una carga para su familia y para la sociedad"

Hace algún tiempo se llevaron a cabo la primera y la -- segunda Semana del Deficiente Mental donde los conferencistas y los asistentes eran profesionistas, pero últimamente -- se realizan encuentros para padres donde ellos y algunos --- profesionistas exponen temas y los asistentes pueden ser --- padres o familiares de dichas personas, gente interesada y --

profesionistas del área. A tales Encuentros Nacionales de Padres asiste gente de toda la República Mexicana pues la Confederación, se mantiene en contacto con las entidades federativas y ayuda a la gente de provincia para que los grupos que existen ahí se registren en esta organización y reciban los beneficios que representa estar confederados. Tales beneficios pueden ser aprovechar los convenios que se han establecido entre dependencias gubernamentales y empresas particulares, gozar de las garantías que se han obtenido, de los servicios que se brindan, etc., pero, más que nada, dar apoyo moral a quien lo necesite.

Se fundaron dos talleres protegidos, uno se encuentra aquí en las instalaciones de la Confederación y el otro en la Delegación Venustiano Carranza. En este último se elaboran guantes de carnaza, pero en la actualidad la Delegación ya no los apoya económicamente y el Departamento del Distrito Federal (D.D.F.) se ha hecho cargo de ellos en combinación con un patronato.

Al ser reconocida la Confederación por la D.G.E.E. se ha conseguido apoyo de su parte y se ha establecido un convenio de proyectos de investigación con estudiantes y profesores de la carrera de psicología de la U.N.A.M.

También, en esta institución, se da servicio de biblioteca pues se cuenta con un Centro de Información con material referente a la deficiencia mental en español, inglés, francés y alemán y se recibían, hasta hace algún tiempo, 15

revistas de distintas partes del mundo por medio de suscripciones que se tenían, pero ahora con el alza del valor del dólar han disminuído las adquisiciones.

La Confederación edita un boletín informativo llamado - CONFE cuya suscripción anual da derecho a recibirlo bimes---tralmente. El boletín empezó a editarse en el mes de mayo - de 1983 y contiene temas de interés para los padres de los - deficientes mentales, las actividades de la Confederación, - reportajes de las actividades que realizan los grupos o las personas deficientes mentales como, por ejemplo, lo que sucede en el Círculo de la Comunidad Down y del Grupo Hermanos y Amigos del Deficiente Mental, además de artículos escritos por médicos, psicólogos y padres, de dichas personas, acerca del deficiente mental y la manera como tratarlo, cómo cono---cerlo mejor, etc.

Además de la ayuda y asesoramiento que se brinda a los padres de los deficientes mentales, se administra el tiempo libre de los chicos por medio de actividades recreativas, se organizan y realizan paseos y campamentos, excursiones, vi---sitas a museos, a parques de juegos y diversiones, se lleva a los niños a exhibiciones de cine, etc.

Las personas que son aceptadas como miembros de la Confederación pueden inscribirse individualmente, por grupos, - por comunidades, por asociaciones o como escuelas de educa---ción especial para deficientes mentales particulares. Algu---nos grupos, como el Grupo Hermanos y Amigos del Deficiente -

Mental, ya están confederados, así como la Comunidad Down y son aproximadamente 60 las asociaciones que están confederadas, no sólo en el D.F. sino también en el interior de la -- República.

A las conferencias que se organizan asisten padres de -- deficientes mentales de toda la República y por lo regular -- quienes acuden a pedir ayuda cuentan con pocos recursos económicos. Los requisitos para la admisión a la Confederación es que sean padres de algún niño deficiente mental, que ---- traigan documentos de estudios médicos realizados a sus hi-- jos y escolares, si es que han asistido a alguna institución educativa, y también se les pide a los confederados una cuota anual de 5,000.00 (cinco mil pesos).

Existe un departamento de canalización de casos, un --- Centro de Información (biblioteca y hemeroteca), oficinas, -- recepción, cubículos para sesiones y adjunto se encuentra un taller protegido.

El personal está compuesto de: psicólogo, profesora de educación especial para deficientes mentales, bibliotecaria y secretarias además de voluntarios que asisten a realizar -- su servicio social o prácticas como psicólogos y un pedago-- go, que se dedicaba a orientar a los padres, pero el incon-- veniente es que por ser voluntarios algunas veces no cumplen correctamente con su horario ni con los programas que ini--- ciaron, pues al alcanzar su objetivo se van, aun cuando no -- hayan concluido su labor.

/f

La ayuda que brinda la Confederación es orientar a los familiares acerca de los servicios que existen para los deficientes mentales, pero también les explican, por medio de pláticas o conferencias, cuál es el problema de su hijo y -- los enseñan a conocerlo y a aceptarlo como es.

Algunas veces los padres o familiares de estos muchachos no solamente desean escuchar sino ser escuchados, desahogar la angustia que van acumulando día a día por no hablar del problema, del suyo propio y del que vive toda la familia, por ello se les da la oportunidad de comentarlo en los encuentros para padres, en sesiones de grupo, o bien, -- individualmente, según lo requieran, de tal manera que una vez expuesto les parezca menos difícil de solucionar.

Como el personal con que cuentan es reducido, su método consiste en capacitar a su propio personal reuniendo a 15 -- personas que asisten una vez por semana y que cuando hayan -- solucionado su conflicto sean capaces de aprender los métodos y las técnicas necesarias para ayudar a otros y capacitar a un número mayor de personas. Pero quizá la ayuda más importante sea que al sentirse unidos los padres adquieran -- confianza, apoyo y fuerza para conseguir mejores condiciones de vida y oportunidades para sus hijos, para hacer algo por quienes, según algunos, "ya no hay nada que hacer".

Como se pudo observar en el capítulo cuatro, cuando se dieron a conocer algunos casos de niños con microcefalia de la zona metropolitana, sus padres se encontraban desorienta-

dos, no sabían qué hacer con su hijo y, desafortunadamente, como ellos existen muchos que se encuentran en esas condiciones. Y no sólo eso, también se encuentran desolados o -- desesperados porque algún profesional o gente sin escrúpulos les han hecho sentir que es lo peor que les puede haber pasado, que nada se puede hacer para ayudarlos a ellos y a su hijo y que es preferible que lo mantengan escondido y alejado de la gente como si fuera algo vergonzoso.

Otros padres creen que su hijo debe asistir a la escuela a la edad de cuatro años como el resto de los chicos y -- eso no es verdad puesto que existen servicios para él desde que es bebé y que son fundamentales para su desarrollo posterior. Existen también los casos de aquellos padres que -- piensan que todo ha terminado cuando su hijo ha sido rechazado de las escuelas oficiales, o bien, que si su hijo tuvo la oportunidad de recibir la ayuda especializada de la S.E.P. una vez terminados esos servicios no exista un lugar donde -- pueda desarrollar lo que ha aprendido.

Y para ellos, para los propios padres, que se sienten -- solos con su problema, como si fueran culpables de algún grave delito o a punto de desintegrar su familia existe una posibilidad, la Confederación que los ayuda y orienta para que se sientan menos mal y para que acudan al servicio oportuno y adecuado para su hijo.

Se podría decir que la Confederación es la única que se interesa verdaderamente por orientar y ayudar a los padres y familiares del deficiente mental, pues en cualquier otra ingtitución se dedican únicamente al chico y casi no toman en --

cuenta a los padres sabiendo que son una parte importante en la rehabilitación del sujeto. Otras instituciones los ayudan en caso de que ellos lo soliciten, pero no promueven el apoyo del deficiente mental como lo plantea el objetivo de la Confederación.

La actividad de organizar el tiempo libre de los deficientes mentales es muy importante, pero poca gente se ocupa de eso pues creen que con ayudar al sujeto en el aspecto académico es suficiente. Esto no es bastante ya que ellos también desean divertirse y conocer el mundo que los rodea y no tienen por qué permanecer encerrados solamente porque a algunas personas les disguste encontrárselos en el cine o en el parque.

En cuanto al servicio de biblioteca y hemeroteca, que proporciona la Confederación, es muy útil pues ahí se encuentra agrupado bastante material escrito sobre la deficiencia mental, no solamente en español, sino en varios idiomas y se actualiza constantemente. La bibliografía sirve para los trabajadores de la Confederación, para los padres o familiares que se interesen por conocer algo más acerca del tema y se encuentra abierta también para cualquier persona ajena a la institución.



**INSTITUCION No. 9**

Escuela dependiente de la S.E.P. pero que actúa en forma tripartita, esto es, con ayuda del Municipio, de la Secretaría de Educación Pública y de los padres de familia. - El Municipio donó el terreno, la S.E.P. se hizo cargo de los gastos de construcción y paga el sueldo de los profesores -- que imparten clase, y los padres de los alumnos que asisten al plantel aportan una cuota mensual que puede ser desde --- 25.00 hasta 600.00 pesos y que es utilizada para la compra - y el mantenimiento del equipo con el que cuenta la escuela.

La cuota asignada a los padres se determina al efec---- tuarse un estudio socioeconómico y se aceptan también los -- donativos de quienes deseen hacerlos en efectivo o en espe-- cie.

El horario de servicio de la Escuela de Educación Espe-- cial es de 8:00 a 14:00 hrs. De 8:00 a 12:00 hrs. los alum-- nos asisten a sus clases regulares y de 12:00 a 14:00 hrs. a las clases de taller, por las tardes la instalación funciona como Centro Psicopedagógico.

La persona responsable de la institución es la directo-- ra, quien tiene la licenciatura en Educación Especial para - personas con Deficiencia Mental, y es egresada de la Normal de Especialización.

El servicio que se brinda es educativo a nivel de:

- intervención temprana
- preescolar especial
- primaria especial
- talleres intensivos
- ubicación de alumnos en Centros de Capacitación
- y servicio de un Centro de Capacitación en Cocina.

La escuela es mixta y se atiende a personas con deficiencia mental comprobada de acuerdo al diagnóstico psicológico, neurológico y pedagógico y se admiten desde los 6 meses, para que reciban servicio de intervención temprana, hasta los 16 años que es la edad a la que algunos alumnos egresan. Para taller intensivo se reciben alumnos desde los 16 años y actualmente asiste un muchacho que cuenta con 24 años de edad. No asisten personas con alguna patología en especial pues se atiende a niños con síndrome de Down, P.C.I., daño cerebral irreversible, microcefalia, etc.

Los requisitos para inscribirse en la escuela son:

- presentar un estudio neurológico donde conste que son deficientes mentales
- tener entre 4 1/2 y 13 años de edad
- acta de nacimiento con una copia
- cuatro fotografías
- someterse a un diagnóstico psicológico donde se aplican las pruebas de Terman-Merrill, W.I.S.C.-R. Mexicano, Interpretación de la Figura Humana según Bender y Koppitz y para ser admitidos deben obtener un C.I. mínimo de 35 y máximo de 70 pues arriba de este número

sólo necesitan ayuda de apoyo no educación especial por completo.

La escuela cuenta con salones de clase con cupo mínimo para 18 alumnos y máximo para 24, con baño integrado, áreas verdes, salón de usos múltiples, zona de recreación, minihogares -que son instalaciones con recámara, baño y cocina para adiestrar a los niños en las actividades ordinarias del hogar y en general para autocuidado-, cuatro talleres, -uno de cerrajería, otro de palettería, y los otros dos de belleza y carpintería-, un centro de capacitación en cocina, las oficinas de la dirección con dos cubículos y cámara de Gesell y - consultorio médico.

Los miembros del personal son profesoras especialistas en deficiencia mental, psicólogos, pedagogos, terapistas de lenguaje, trabajadoras sociales, maestros de adiestramiento para talleres, un médico general que asiste una vez a la semana, niñeras y personal de intendencia.

Para evaluar a los alumnos se utilizan las pruebas antes mencionadas y se acepta a los deficientes mentales leves y moderados, es decir, aquellos cuyo C.I. va de 70 a 50 y de 50 a 35 respectivamente y para avanzar de grado escolar se efectúan exámenes según el criterio de la D.G.E.E.

Mensualmente se imparten pláticas de orientación a los padres y se les permite pasar a observar a sus hijos en su salón de clases para que conozcan las dinámicas de grupo que se utilizan y el tratamiento que se les da.

La metodología que se utiliza para la educación de los deficientes mentales se basa en Piaget, en la escuela argentina, española y francesa.

La guía curricular de educación especial marca cuatro áreas que son:

- independencia personal y protección a la salud
- comunicación
- socialización e información del entorno físico y social
- ocupación

y según el grado escolar varía el porcentaje de cada una de ellas.

Los grados escolares son:

- intervención temprana
- 1<sup>o</sup> y 2<sup>o</sup> de preescolar especial y la edad de los niños es de 4 a 7 años
- 1<sup>o</sup> y 2<sup>o</sup> de primaria especial de 7 a 9 años
- 3<sup>o</sup> y 4<sup>o</sup> de primaria especial de 10 a 13 años
- 5<sup>o</sup> y 6<sup>o</sup> de primaria especial de 11 a 16 años

y la guía curricular incluye también un perfil del egresado.

En 1<sup>o</sup> y 2<sup>o</sup> años de preescolar se pretende que los niños logren independencia personal y protección a la salud de tal manera que el mayor porcentaje recaerá sobre esta área.

En 1<sup>o</sup> y 2<sup>o</sup> de primaria especial, que también es común -

para todos los alumnos, se descubre quién podrá aprender a leer y escribir y quién no.

Las personas que sí aprenderán pasan a 3<sup>o</sup> y 4<sup>o</sup> donde se trabaja con ejercicios de lectura y escritura, es decir, comunicación, socialización e información del entorno físico y social que tienen un porcentaje más alto de atención y tiempo y los alumnos de 4<sup>o</sup> año ya asisten a clase de taller.

Quienes no pudieron aprender a leer y escribir pasan de 2<sup>o</sup> a 5<sup>o</sup> año reubicados, esto es, se les enseña un tipo de lectura que llaman "lectura de seguridad", y que consiste en saber distinguir por medio de dibujos o señales convencionales el baño de las mujeres del baño de los hombres, dónde dice - peligro, etc., y también tiene más peso porcentual el área de ocupación, los chicos se inician en taller.

Las personas que si pudieron aprender a leer y escribir cursaron 3<sup>o</sup> y 4<sup>o</sup> y pasan a 5<sup>o</sup> "A" y 6<sup>o</sup> donde el peso de las áreas recae sobre socialización e información del entorno físico y social y el área de ocupación que propone las siguientes actividades:

- cuidado y cría de animales
- limpieza del hogar
- mantenimiento del edificio escolar
- actividades en el restaurante o cafetería escolar
- lavado y planchado de ropa.

Continúan asistiendo a talleres, y si acreditan el 6<sup>o</sup> - año se les proporciona un certificado y se les remite a los Centros de Capacitación.

La edad en que los niños cursan cada año es variable -- puesto que cada cual lleva su propio ritmo de trabajo y de avance y algunos pasan de 2 a 3 años en cada grado escolar.

Se visitaron algunas instalaciones de la escuela, como las de intervención temprana, que cuentan con un salón con mesas y sillas para jardín de niños y una mesa de exploración. La guía curricular de educación especial aclara que los niños, a quienes se les haya diagnosticado desde el nacimiento o desde los primeros días de su vida la patología que provoca su deficiencia mental, deben asistir a tratamiento cuando tengan un mes de edad, pero aquí los aceptan desde los 6 meses. En dicha guía curricular se explica la manera como ayudar a esos niños en varias áreas, principalmente para que aprendan a caminar e intenten hablar o comprender el lenguaje hablado y se les explica también, a quienes los atienden, cómo colocarlos para realizar con ellos los ejercicios de sus miembros para fortalecer sus músculos con el fin de que aprendan a caminar.

En el servicio de intervención temprana se forman grupos de niños de acuerdo a su patología, a sus características y a su edad cronológica, basándose en el criterio de que tengan las mismas necesidades, pues los ejercicios para un bebé no son los mismos que debe realizar un niño de 4 años y lo que se pretende es formar grupos homogéneos. Los niños reciben su clase de intervención temprana durante una hora diaria y se atienden chicos con síndrome de Down, P.C.I., daño cerebral irreversible, etc., y el tratamiento dura desde los 6 meses hasta los 4 años, que es la edad necesaria --

para ingresar a preescolar especial, pero algunos de ellos -- no asisten a este servicio, quizá porque los padres están -- acostumbrados a que desde los 4 años se inicia la atención -- educativa de sus hijos y el tiempo anterior a esta edad de-- ben ser atendidos únicamente por sus madres.

Un segundo salón que se visitó fue el del grupo de preescolar especial donde asisten 18 alumnos de los cuales 5 -- padecen síndrome de Down y, según comentó la profesora que -- es psicóloga, es muy característico encontrar a estos chicos en este nivel pues es difícil que alcancen grados más avan-- zados.

El salón de clase cuenta con mesabanco para cada uno de los alumnos, pizarrón y escritorio para la profesora, además de baño integrado, y por ambos lados existen ventanas de pa-- red a pared y de media barda a techo.

Se pudo observar que algunos alumnos se movían de un -- lugar a otro y no atendían a la clase y la profesora comentó que son niños hiperquinéticos, mientras que otros, por exce-- so de medicamentos, casi no rinden pues están adormilados, -- pero que el médico de la S.E.P. no puede cambiarlos pues el neurólogo se los ha recetado. Lo que puede hacer, solamen-- te, es hablar con los padres para convencerlos de que lleven a su hijo con el especialista.

Se tuvo oportunidad de observar a los alumnos de 1<sup>o</sup> y 2<sup>o</sup> de primaria especial donde, según dice su profesora, algunos presentan dislexia y problemas de lenguaje por lo cual los -- chicos elaboran, según sus posibilidades, un código de acuer

do con ella para darse a entender. En este grado se descubre a los niños con buen pronóstico para aprender a leer y escribir. Quienes sí pueden aprender pasan a 3<sup>o</sup> y 4<sup>o</sup>; y quienes no, pasan a 5<sup>o</sup> donde se les enseña un oficio.

En este grupo se encontró a una niña con microcefalia - quien es diestra, recorta con tijeras y empieza a conocer -- las letras. Sus compañeros y ella habían adherido en una -- hoja de su cuaderno una fotografía, tomada de una revista, - de hombre o mujer según su propio sexo y en la parte inferior debían colocar su nombre hecho con sopa de letras, tanto ma - yúsculas como minúsculas, y ella las buscaba pero no escogía las correctas ni las acomodaba en el orden adecuado. Su --- lenguaje es entrecortado y sí entiende instrucciones sencill- llas.

En el transcurso de un momento, en el que su profesora tuvo que salir del salón, uno de los niños del grupo se co- mió las sopas crudas que le habían colocado en su mesabanco para realizar las actividades.

Se visitó el 3er. año que es donde se ejercita a los ni- ños en lectura y escritura por medio de ubicación temporo-es- pacial en la hoja del cuaderno, trazo y copiado de enuncia- dos, tanto de su mismo cuaderno como del pizarrón y se utili- za, según comentó la profesora, el método analítico-electri- co, el análisis estructural global con visualización de pla- nas y dictado, pero a composición casi ningún alumno llega.

A este grupo asisten 22 niños, también de ambos sexos. Y un dato importante que la profesora hizo notar fue el he- cho de que aquellos que padecen síndrome de Down son muy po-



cos los que alcanzan este nivel educativo, también comentó - que los chicos pasan de 2 a 3 años en cada grado y que para quienes no aprendieron a leer y escribir existe la opción de cursar el 5<sup>o</sup> año donde se les proporciona una ayuda llamada "lectura de seguridad". De 12:00 a 14:00 hrs. los alumnos - asisten a taller y permanecen un corto tiempo en cada uno de ellos para que más adelante puedan escoger el que más les -- guste, o bien, para el cual son más capaces y tienen facul-- tades con el fin de que tal oficio les sirva como prepara--- ción para cuando ingresen a los Centros de Capacitación.

Al grupo 5<sup>o</sup> "A" ingresan quienes sí aprendieron a leer y escribir y practicaron durante los cursos anteriores; ahora se les brindan conocimientos de la vida social, por ejemplo, se platica con ellos acerca de que el país organizó los Juegos Olímpicos en el año de 1968, se les enseña a honrar a la bandera y los elementos necesarios para convivir social-- mente con otras personas. Si acreditan el 6<sup>o</sup> año se les --- otorga su certificado y pueden ingresar entonces a los Cen-- tros de Capacitación. Uno de ellos se encuentra en Villa de las Flores, pero casi nadie asiste ahí pues se encuentra --- alejado y el costo del pasaje es elevado ya que los padres - llegan a pagar cerca de 2000.00 (dos mil pesos) de transporte según comenta la profesora de este nivel.

Al grupo de 5<sup>o</sup> año acuden aquellos alumnos que por su - bajo C.I. solamente aprendieron a comportarse en la sociedad de manera aceptable pero que por lo regular dependen, en --- gran parte, de otras personas pues los traen y los recogen -

de la escuela mientras que otros muchachos más avanzados poseen la independencia necesaria para transportarse sin compañía, según dijo su profesora.

También comentó que en este grado escolar se les enseña a los alumnos algún tipo de habilidades manuales por medio de ejercicios visomotores y aprenden algún oficio al asistir al taller, la "lectura de seguridad" también se les enseña en este grado.

Ella dice que en este nivel escolar si pueden encontrar se niños con síndrome de Down, que todos toman su descanso al mismo tiempo, comen su almuerzo y juegan, así conviven con sus compañeros y de 12:00 a 14:00 hrs. toman su clase de taller o adiestramiento.

El taller de cerrajería se encuentra en un salón con mesabancos y el maestro maneja una máquina especial para hacer llaves. El dice que todos los alumnos deben pasar por todos los talleres pero que por lo regular son varones los que se quedan aquí. Que él, al igual que los otros maestros de talleres, deben proporcionar a la directora un reporte de las actividades que realizaron cada uno de los niños pero que, además de eso, se toma en cuenta la propia elección del muchacho para aceptarlo.

Los peligros que corren los alumnos en este taller, de acuerdo a lo aclarado por el profesor, es que se introduzca en sus ojos alguna rebaba del material con el que se elaboran las llaves o que al enchufar la máquina reciban alguna descarga eléctrica por lo que se tiene cuidado y se procura que el C.I. de quienes ingresan no sea muy bajo.

El material que se les pide es mínimo pues se trata de que gasten lo menos posible. Algunos egresados ya trabajan en este oficio pero no como empleados sino que sus propios padres les han comprado la máquina para que se desenvuelvan independientemente ya que, algunas veces, los patronos no -- desean hacerse cargo de empleados que tengan los problemas -- que presentan los muchachos de estas escuelas, como hiper--- quinesis, convulsiones, torpeza de movimientos, problemas de lenguaje, etc.

Otro de los talleres es el de paletería pero ahora, por falta de material adecuado, se trabaja en forma casera. Se han elaborado congeladas de frutas y los mismos niños que -- las hacen, las consumen; sin embargo, se pretende que las -- vendan en la cooperativa de la escuela.

Se pide a los alumnos que traigan azúcar y fruta y se -- pela, se parte, se muele, etc., y se procura que los cuchii-- llos no estén muy filosos para que no se lastimen. Al igual que en los otros talleres, los alumnos asisten 10 hrs. a la semana.

En el taller de belleza permanecen únicamente las ni--- ñas, el principal objetivo es que obtengan independencia en el arreglo personal y que desarrollen sus habilidades manua-- les y destrezas para que les sirvan de preparación cuando -- ingresen a los Centros de Capacitación.

Las niñas traen sus muñecas o pelucas para practicar -- con ellas, también traen rizos y rizadoros para el cabello, peine, etc., y se dedican a cortarlo y a teñirlo, a cortar -

la cutícula de las uñas, a pintarlas, etc., es decir, va aumentando el grado de dificultad de las actividades, y mientras algunas alumnas solamente aprenderán a poner la toalla y a separar los mechones de cabello, otras podrán utilizar tijeras y productos químicos.

Por último, se visitó el taller de carpintería donde los alumnos ya han elaborado varios productos como lámparas, servilleteros, tablas para picar verduras, etc. El material que utilizan, como por ejemplo las máquinas, lo proporciona la escuela, mientras que la materia prima, o sea la madera, la donan los padres de los alumnos o algunas compañías para las cuales esas tablas son desecho.

El maestro del taller informó que algunos egresados ya se encuentran trabajando en carpintería pero principalmente pertenecientes a algún familiar porque casi nadie desea contratar a deficientes mentales ni hacerse responsable de ellos.

Los peligros que corren los muchachos al asistir a este taller es que pueden lastimarse con las tijeras, con la caladora eléctrica, con el serrucho, etc., pero se toman precauciones para que no sucedan accidentes y se procura que aquellos que sufren convulsiones no manejen aparatos o utensilios peligrosos.

Se informó también que antes existía en esta escuela el taller de cocina pero que ahora ha pasado a ser Centro de Capacitación en Cocina y que pronto llegará un maestro de panadería.

Son pocas las instituciones que, como ésta, fueron construidas para ser escuelas de personas deficientes mentales, ya que cuentan con las instalaciones adecuadas para atender a los alumnos y proporcionar un servicio completo, pues la mayoría de las escuelas particulares son casas habitación -- adaptadas para este fin.

También cuentan con personal capacitado y con métodos y técnicas adecuados a los alumnos, además, los contenidos --- académicos pretenden ser utilitarios, es decir, enseñar a -- los muchachos algo práctico, algo que les sirva para su vida y su trato con los miembros de la sociedad.

Como puede observarse el servicio es de lo más completo pues se proporciona desde intervención temprana hasta capacitación para un oficio. Sin embargo, no todas las personas deficientes mentales tienen acceso a los servicios que proporciona la S.E.P. en su D.G.E.E. pues se requiere, para ingresar a las escuelas oficiales, un C.I. de 35 en adelante y se podría decir que son bastantes las personas que no alcanzan tal nivel. Además se maneja el concepto de que se les -- rechaza porque son ineducables y se piensa que ya no se puede hacer nada por ellos, de tal manera que se les niegan los servicios y no se les ayuda.

Otro requisito para la admisión es que los aspirantes -- no sean mayores de 13 años de edad y algunos padres, de los que han mantenido recluidos a sus hijos deficientes mentales en sus hogares por ignorancia, los llevan cuando cuentan con 14 ó 15 años, o más, y ya no es posible que los reciban en -- las escuelas oficiales. Una alternativa para los padres podría ser inscribir a sus hijos en escuelas particulares don-

de los requisitos no son tan estrictos, pero existen quienes no cuentan con recursos económicos suficientes para utilizar tal servicio.

Por otra parte, en la S.E.P. no se permite que un profesor atienda únicamente a un alumno, de tal manera que se reúne a los chicos tratando de formar grupos homogéneos. Pero es difícil que la profesora, que atiende a 18 ó 22 niños, pueda brindarle atención personal a cada uno y esa es una de las razones por las cuales los muchachos permanecen de 2 a 3 años en un mismo nivel ya que no avanzan como podrían hacerlo si se trabajara individualmente con ellos.

Al agruparlos en los salones de preescolar y primaria de educación especial se les da un trato igual, es decir, con los mismos métodos y técnicas, a los niños con síndrome de Down, con microcefalia, etc., aún sabiendo que sus necesidades son distintas y que requieren un trato diferente.

Con respecto a lo que comenta la directora, acerca de que los padres desconocen los servicios a que tienen derecho sus hijos deficientes mentales, como la ayuda especializada que se les proporciona desde los 6 meses de edad, se hace evidente su desorientación ya que inscriben a sus niños, en la escuela, a los 4 años y no antes. Esto se debe a que no existe un contacto entre quienes atienden al bebé en los centros de salud y entre quienes proporcionan el servicio de intervención temprana en las escuelas de educación especial.

El poco contacto entre los médicos especialistas y la institución escolar también se manifiesta en el hecho de que

las dosis de medicamento excesivas, o la carencia de ellas, repercute desfavorablemente en los alumnos pues no rinden -- como podrían hacerlo si la dosis fuera la adecuada. El error radica en que separan los servicios en vez de proporcionarlos de manera integral, ya que el sujeto no presenta sus necesidades intelectuales, físicas o emocionales alejadas unas de otras, y es por eso que fallan, porque unos proporcionan un servicio y sus indicaciones se contradicen, o interfieren, con las que da el otro especialista y al no ponerse de acuerdo ni trabajar en coordinación se dificulta la labor y se perjudica al sujeto.

Por lo peligroso y difícil que suelen ser las actividades que se enseñan en los talleres escolares, algunos chicos deficientes mentales no son admitidos en ellos. Pero esa -- solución, para evitarles problemas, no es la mejor ni la más justa, porque el muchacho se siente mal y piensa que no sirve para nada. Sin embargo se puede usar, en los talleres, -- el método de trabajo en cadena que consiste en que un grupo de alumnos realicen en conjunto una actividad y cada uno conozca y sepa efectuar una parte de ella, así participará en la obra y se sentirá útil.

Pero en algunos casos de nada sirve la capacitación --- pues en el taller escolar no se cuenta con el material necesario para aprender un oficio y cuando los alumnos egresan -- no conocen las herramientas ni las máquinas para realizarlo. Y en otros casos, aún cuando los alumnos asisten a los centros de capacitación, que son más completos y especializados, los patronos no desean emplearlos en sus empresas. La labor

de la S.E.P. termina con la preparación para el trabajo, de tal manera que no se compromete a colocar a sus egresados en alguna industria, y la Confederación Mexicana de Asociaciones en Pro del Deficiente Mental, A. C. tiene razón al reclamar que a cierta edad dejan desprotegidos a los muchachos. Es por eso que establece convenios con empresas para que los empleen, o bien, abre talleres protegidos que son fuente de trabajo para estas personas y para algunos un ingreso importante en su economía, ya que no todos los familiares cuentan con recursos para sostenerlos.



## INSTITUCION No. 10

Se trata de una institución particular independiente de la S.E.P. y por lo tanto de la D.G.E.E. cuyo horario de servicio es de 8:00 a 16:00 hrs., pero también hay alumnas semi-internas e internas.

La persona responsable de la escuela es la directora, - quien es religiosa, y los servicios que se ofrecen son educativos, como preescolar y primaria, pero solamente se llega a tercer nivel porque la inteligencia de las niñas no da para más, y capacitación para el trabajo que se imparte en los talleres; además se incluye la alimentación de las niñas y - la estancia de las internas y semi-internas.

La escuela atiende solamente a niñas con deficiencia -- mental leve o ligera y media, pero no se admiten niñas de -- custodia. Están inscritas 80 alumnas y sus edades van desde 3 ó 4 años hasta 20 ó más y de varios padecimientos como --- síndrome de Down, microcefalia, etc.

Para admitirlas se pide que caminen y en cuanto a la -- edad de egreso no existe límite.

La institución cuenta con dos pisos donde hay comedor, dormitorios, sala para ver la televisión, salones de clase, gimnasio, baños completos, patio de juegos, oficinas y ta--- lleres.

Los integrantes del personal son: un psicólogo, dos o tres pedagogos, terapeuta de lenguaje, terapeuta ocupacional, educadora especializada y la directora y las maestras de taller que son religiosas. Al neurólogo, dentista y optometrista deben consultarlo fuera de aquí.

Existe un patronato que cita al resto de los padres de las niñas deficientes mentales a juntas en la Confederación Mexicana de Asociaciones en Pro del Deficiente Mental porque esta escuela es confederada pero pocos son los que asisten, según comentó la directora del plantel.

La atención educativa es casi individual porque las alumnas presentan deficiencias diferentes entre sí, pero algunas veces es posible formar grupos de 2 ó 3 niñas.

Las niñas asisten a la institución uniformadas. Son cinco los grupos y en cada uno de ellos la profesora atiende de doce a quince alumnas pero se forman subgrupos de 2 ó 3 niñas que llevan un ritmo de trabajo parecido. Se acomodan en mesas alrededor del salón y además cuentan con un pizarrón y escritorio.

Todas las alumnas asisten a taller pero realizan actividades diferentes según sus habilidades. En el taller se bordan carpetas, manteles para mesas y manteles individuales, trapos de cocina y trapos para tomar los objetos calientes. Se llenan cajas de cerillos "comodines" y se forran de papel crayones grandes y gruesos para, posteriormente, introdu---

cirlos en sus cajas. Hacen carpetas de punto de cruz y las monjas les ayudan cosiendo en las máquinas lo que sea necesario para terminar adecuadamente sus trabajos. Toda la producción la venden las religiosas ya sea a los padres de las niñas, en bazares, etc.

Como se había mencionado, el servicio que da la escuela a las niñas externas es alimentación y transporte escolar, a las semi-internas alimentos y estancia de lunes a viernes y las internas reciben alimentos y estancia, pero ellas no abandonan la institución los fines de semana, sino que se van a sus hogares únicamente en las vacaciones escolares.

Respecto a la niña que padece microcefalia, la directora informó que, de pequeña sufrió desnutrición, que además de deficiente mental también es débil visual y que ya se le llevó con el optometrista para que le proporcionara ayuda óptica consistente en anteojos. Su educación en la escuela es lo más individual posible pues se basa en las características y en las necesidades de cada una de ellas.

Sus instalaciones son adecuadas a las necesidades pues esta escuela fue creada para ser internado. El personal también es el adecuado pues está capacitado para atender a las chicas deficientes mentales que requieren educación especial.

Las ventajas de esta escuela de educación especial particular, como de otras de esta especie y que no están incor-

poradas a la S.E.P., son: que pueden ser flexibles en los -- criterios tanto de admisión como de egreso de los alumnos y eso representa una ventaja para los padres de chicos defi-- cientes mentales rechazados de las escuelas oficiales. Otra ventaja que tienen al no estar incorporadas a la S.E.P. es -- que la atención de las alumnas casi es individual a diferen-- cia del criterio oficial. Y la última es que aquí sí se les enseña a las niñas un oficio aunque tal vez ellas no lo ne-- cesiten tanto como los casos que provienen de recursos más -- modestos. Sin embargo, siempre es necesario que las perso-- nas se sientan útiles y se valgan por sí mismas en la medida de lo posible. Aquí toman en cuenta las habilidades indi-- viduales de las niñas, pues en los talleres algunas reali-- zan las actividades más sencillas y otras las más complica-- das, de tal manera que todas participan según su capacidad.

## INSTITUCION No. 11

Escuela de educación especial particular dependiente de la S.E.P. que da servicio matutino y vespertino y medio internado.

La persona responsable es la directora que es profesora en educación especial y los servicios que presta esta institución, según dijo ella, son: preescolar, primaria especial, talleres de capacitación inicial, escuela para padres y alimentación a los alumnos de medio internado.

Se atiende a personas deficientes mentales únicamente, no se acepta a quienes presentan doble atipicidad, como ciegos, sordos, débiles visuales, etc., aunque gran parte de los alumnos presentan problemas motores y de lenguaje. La escuela es mixta y se atiende a los niños desde los 3 ó 4 años con límite de edad de 22, como es el caso de un alumno que asiste por las tardes. Los inscritos deben ser deficientes mentales entrenables o educables, y no se acepta a profundos, pues ellos necesitan una institución de custodia y no de tipo educativo como ésta. Aquí asisten alumnos con diferentes patologías, como niños con síndrome de Down, entre otros.

Los requisitos para ingresar, como ya se dijo, es que sean deficientes mentales entrenables o educables y que cumplan; esta actividad por lo regular la adquieren entre los 3 y los 4 años de edad.

Las instalaciones con que cuenta la escuela son: salones de clase, comedor para dar servicio a los alumnos inscritos con el plan de medio internado, taller, patio de juegos, sanitarios y oficinas de la dirección.

El personal consta de profesoras de educación especial en deficiencia mental, médico general y trabajadora social.

A los padres se les orienta mediante lo que se llama -- escuela para padres, donde se pretende que lleguen a conocer mejor a sus hijos para que puedan ayudarlos.

La escuela se encuentra instalada en una casa habitación adaptada para tal fin; la construcción data de los años cuarentas y se pudo observar a algunos alumnos del turno matutino, quienes no asisten uniformados y que después de tomar su almuerzo, durante el tiempo de descanso, se lavan los --- dientes bajo la vigilancia de sus profesoras. El resto de - los muchachos se encontraban en sus salones de clase pero no fue posible observar su trabajo.

La presente escuela depende de la S.E.P. por lo tanto - concuerda con sus lineamientos, lleva a cabo sus programas y cuenta con personal capacitado, pero no posee instalaciones adecuadas pues al ser ésta originalmente una casa habitación las recámaras, que se utilizan como salones de clase, no tienen la iluminación ni la ventilación necesarias para el número de alumnos que las ocupan.

## INSTITUCION No. 12

Se trata de una institución particular incorporada a la S.E.P. Aquí se da servicio de 8:00 a 12:00 hrs. para los -- alumnos externos y de 8:00 a 16:00 hrs. para quienes son medio internos y se incluyen sus alimentos.

La persona responsable de la institución es el director, quien es profesor de educación especial en deficiencia mental egresado de la Normal de Especialización y que se encuentra estudiando psicoanálisis.

Se ofrece servicio educativo, terapéutico y médico y se atiende en general a niños minusválidos, es decir, atípicos, desde los 3 hasta los 18 años, que es la edad del mayor de -- los muchachos que asisten por el momento.

Los requisitos para la admisión a la escuela es que tengan de 3 años en adelante y los mayores de 18 años deben --- presentar un examen.

El instituto cuenta con salones de clase, cubículos, -- taller, áreas de recreo y chapoteadero y los integrantes del personal son 3 psicólogas, 3 profesoras de educación especial, un psiquiatra y el director.

Se evalúa a los alumnos bajo el criterio del examen --- psicométrico común y a los padres se les aplica psicoanálisis porque, según dijo el profesor, "Ellos les hacen daño a sus

hijos".

Al preguntarle cuál era la metodología de la institución, dijo: "Es el sistema de psicoanálisis porque todo el personal que labora aquí debe someterse a él para que sepan quiénes son y qué quieren y así ayuden a los alumnos y no los perjudiquen. Y para los alumnos no hay nada mejor que dejarlos ser ellos mismos porque eso es bello, es lo hermoso, que sean felices y que si lo desean trabajen, así crearán. No se les obliga a nada porque eso es agredirlos."

La institución se encuentra en una casa habitación adaptada como escuela, se encuentra a las faldas de un cerro y la construcción está hecha sobre distintos niveles.

A la entrada se encuentran dos kioscos, con ventanales, que se utilizan como salones de clase, la sala se utiliza como dirección y en ella hay un escritorio, entre otros muebles de oficina y, sobre él se encontraban los siguientes libros:

- La educación imposible
- Así nació el informe Hite
- El juego como expresión simbólica
- El loco
- Summerhill
- Sinceridad sexual.

En la planta alta se encuentran las recámaras que son utilizadas como salones de clase y de ahí bajó una alumna a quien el profesor le indicó que ya era hora de que uno de --



sus compañeros tomara su pastilla y que se la llevara con un vaso con agua.

Se tuvo oportunidad de observar el comedor que se encuentra un nivel más arriba de la dirección, por la parte externa de ella, y en él se encontraba un fregadero y una estufa de azulejos, refrigerador, 7 mesas para 4 personas cada una, con mantel cuadriculado color rojo y blanco, una cubierta de plástico transparente y un florero en cada una de ellas y -- las sillas eran de madera y mimbre. Por la ventana del comedor se pudo ver el chapoteadero que se encuentra en el --- jardín.

Los alumnos visten uniformados, algunos llegan por su propio pie, a otros los van a dejar en automóvil y el resto de ellos son traídos hasta aquí por el transporte escolar, del cual se vieron 3 camiones estacionados fuera del inmueble.

Al entrar y ver los kioscos que sirven de salones de -- clase se observó a un niño recostado en el piso, boca abajo, pegando bolitas de papel de colores sobre una hoja blanca, -- los demás alumnos haciendo la misma actividad pero en sus -- asientos y la profesora se encontraba al frente de ellos.

Se le preguntó al profesor si entre su personal pensaba incluir algún pedagogo, a lo cual contestó:

- "No, para qué, si para eso están el psicólogo y el -- maestro".

Y al preguntarle si se dejaba, a los alumnos, trabajo para la casa, dijo:

- "No, porque aquí si quieren trabajar trabajan y si no, pues no, así es que ¿cómo les vamos a dejar trabajo para la casa?".

Al pedirle su autorización para observar cómo trabajaban las profesoras con sus alumnos dijo que no valía la pena, porque se iba a ver lo que se quería ver y no la realidad.

Desafortunadamente algunas autoridades de las escuelas no se muestran accesibles a los visitantes, como sucedió en el presente caso, es por esa razón que no se pudo visitar el resto de esta institución y no se observó a los alumnos trabajando en sus grupos.

Instituto particular incorporado a la S.E.P., que atiende a personas deficientes mentales profundas, conocidas como personas de custodia, de los cuales algunos van a sus hogares los fines de semana y otros permanecen en la institución pues se da servicio permanente ya que este inmueble no cierra por vacaciones.

La persona responsable de este lugar es un neurólogo -- quien ha escrito varios libros sobre deficiencia mental.

Como se decía, el servicio que se brinda es de custodia para personas deficientes mentales profundas con todo lo que esto implica como alimentación, estancia, tratamiento y cuidados médicos y para quienes no son tan severos, educación.

Se atienden a personas deficientes mentales rechazadas de escuelas de educación especial oficiales y particulares, por presentar C.I. muy bajo, desde bebés hasta adultos y de ambos sexos.

Los requisitos para la admisión no existen pues no hay límite de edad para ingresar ni límite de C.I., no se requiere que hablen, que controlen esfínteres, etc., como sucede en otras instituciones porque las personas deficientes mentales profundas difícilmente pueden adquirir todas esas habilidades, según dijo el director de la institución.

Las instalaciones con que cuenta el instituto son las - oficinas de la dirección, habitaciones para los internos y - los cuidadores, baños completos, comedor, patios y salones - de clase.

El personal que integra este centro es: el neurólogo -- quien es el director, una profesora de educación especial en deficiencia mental, una cuidadora externa y cuatro o cinco - cuidadores internos, que son o fueron alumnos de la institu- ción y que no se encuentran muy retrasados, y cocineros.

La principal función del instituto es la custodia de -- los deficientes mentales profundos, como ya se había dicho, por lo cual no existen criterios ni tipos de evaluación pues quienes reciben clase casi no avanzan, según las palabras de su profesora. Igualmente, no existe una metodología deter-- minada pues ella intenta enseñarle a cada alumno lo que su - capacidad le permite asimilar.

Se orienta a los padres cuando ellos lo piden, de mane- ra individual, y si lo desean pueden venir por sus hijos los fines de semana o simplemente visitarlos aquí cuantas veces quieran.

El instituto se encuentra en una instalación hecha pre- cisamente para internado de personas deficientes mentales, - construido casi en su totalidad de piedra, a lo que el direc- tor comentó que la hizo así pues nunca falta alguien que le proporcione cerillos a los deficientes mentales quienes sin

saber las consecuencias de sus actos pueden prender fuego al internado.

La construcción se encuentra en distintos niveles, de tal manera que las oficinas de la dirección están arriba, -- bajando unas escaleras hay tres cuartos, independientes unos de otros, donde viven algunos cuidadores y en medio de esas construcciones un patio con árboles rodeados por jardineras de piedra. Al final de este patio existe una reja cerrada -- con candado, entrando y en ese mismo nivel, al fondo pueden verse los lavaderos y hacia abajo dos patios divididos por -- bardas de 5 metros de altura, aproximadamente, también en -- ese nivel hay sanitarios y se vieron las habitaciones de los alumnos. Bajando las escaleras se llega al patio de los deficientes mentales más retrasados y a un salón de clases, se tuvo que regresar por el mismo camino para salir de ahí pues es el único acceso. Por otras escaleras se bajó al otro patio, el de los alumnos cuya deficiencia mental no es tan severa, ahí también cuentan con un salón de clases y a un lado está un jardín que sirve para poner la ropa al sol.

En otro nivel más bajo, se informó que estaba el comedor, pero no fue posible llegar hasta ahí.

Los alumnos deficientes mentales más retrasados no hablan ni entienden instrucciones sencillas, no responden a su nombre, no caminan, no controlan esfínteres, ni saben comer solos y únicamente se encuentran recostados sobre sus camas. Quienes si caminan, bajan al patio y se sientan o se recues-

tan sobre el piso. Sin embargo hay algunos más avanzados -- que entienden instrucciones muy sencillas y responden cuando se les llama por su nombre, aunque no hablan se dan a entender por señas y permanecen en su salón de clases bajo la observación de su cuidadora quien dio toda esta información.

En el otro patio se encuentran los deficientes mentales que entienden instrucciones sencillas, responden a su nombre y hablan un poco. Ellos suben y bajan escaleras sin mayor problema a diferencia de los alumnos antes descritos. Su -- profesora intenta enseñarles a dibujar bolitas en su cuaderno, unos juegan con piezas para armar y otros más hojean revistas con ilustraciones a color.

Los más avanzados pueden salir de los pabellones, ir -- por encargos o acompañar a la esposa del doctor a comprar lo necesario para la comida de los internos.

La cuidadora externa atiende a los deficientes mentales profundos y les da la medicina a quienes se las ha recetado el doctor.

Son pocas las instituciones que prestan servicio de custodia a deficientes mentales, de los llamados profundos, y -- las razones pueden ser que esto implica una gran responsabilidad, que se necesitan instalaciones adecuadas y personal -- que atienda a los internos. La presente institución da este servicio porque cuenta con el inmueble apropiado, ya que fue construido para tal fin y también con la persona responsable,

o sea el director, quien es un especialista en el área y posee los conocimientos y la experiencia que se requieren para ello, pues es neurólogo y ha escrito varios libros acerca de la deficiencia mental.

Este tipo de instituciones de custodia suelen ser la -- solución de los problemas de algunos padres, de deficientes mentales profundos, que no saben cuidar ni atender a su hijo y en este lugar pueden atenderlo, alimentarlo, cuidarlo, man tenerlo bajo la observación constante del neurólogo y los pa dres, si lo desean, pueden visitar aquí al muchacho o llevár selo a su hogar los fines de semana o durante las vacaciones.

## INSTITUCION No. 14

Es un taller protegido dependiente de la Confederación Mexicana de Asociaciones en Pro del Deficiente Mental, A. C. Se trabaja de 8:30 a 14:00 hrs. pues los muchachos deficientes mentales no soportan poner atención durante mucho tiempo a alguna actividad.

La persona responsable del taller es una psicóloga y en él se elaboran jergas y franelas y se otorga una compensación a manera de salario a los trabajadores.

Se aceptan personas deficientes mentales, remitidas de algún Centro de Capacitación, cuyo C.I. no sea muy bajo, de ambos sexos y ahora asisten desde 20 a 45 años de edad.

Se requiere que sean deficientes mentales mayores de 18 años, que caminen, que tengan manera de llegar aquí, que sean autosuficientes, que coman solos, controlen esfínteres y se cuiden ellos mismos.

Se cuenta con un salón grande, uno pequeño y un baño. En el salón grande se encuentra una mesa de corte, dos máquinas de coser de uso doméstico, es decir, que no son industriales, un escritorio, un archivero, anaqueles, una mesa redonda y sillas.

Son 16 los trabajadores deficientes mentales que integran el taller, además de la psicóloga que se encuentra en--



cargada de vigilar la producción. Ella dice que se mantiene en contacto con los padres de las personas deficientes mentales con el fin de que se involucren en la actividad que realizan sus hijos.

El taller protegido se encuentra dentro de las instalaciones de la Confederación. A la entrada se encuentra una mesa de corte, donde se localizan 4 muchachas trabajando, -- ellas son deficientes mentales de distintas edades cronológicas. Más adelante se ve a un muchacho que está sentado, -- frente a una mesa, tallando madera; siguiendo de frente pero del lado izquierdo se encuentran dos máquinas de coser, y a la derecha un escritorio, un archivero y un anaquel con material para trabajar como son hilos, tijeras, tela, etc., y al fondo una mesa circular con varias sillas en las cuales -- se encuentran sentados varones y mujeres y otros más se encuentran de rodillas sobre el piso empaquetando periódicos.

La psicóloga comentó que existe diferencia entre taller e industria protegida porque para esta última se requieren -- más habilidades pues lo que se elabora es más complicado y -- también se necesita un grado mayor de capacidad de adaptación ya que se convive con personas "normales".

Para llegar aquí, de los 16 trabajadores, solamente 2 -- llegan solos y a los demás los acompañan y vienen a recogerlos sus padres o sus familiares.

Dijo también que el taller o la industria protegida es

la etapa final de la rehabilitación del sujeto después de -- haber recibido educación especial en la escuela y de recibir alguna capacitación en un centro dedicado a tal actividad.

En este taller se requieren habilidades que van desde -- bajas hasta altas, como las que se necesitan para controlar y manejar una máquina de coser. Y el objetivo tanto de este como de todos los talleres protegidos es producir algo que -- se pueda vender en el mercado a precio común, es decir, que no porque los hayan hecho los deficientes mentales se incremente su costo.

La psicóloga comentó que en este momento el taller se -- encuentra en etapa de autosuficiencia y que aún recibe un -- pequeño subsidio de la Confederación y de algunos padres.

Como ya se había mencionado, en este taller se elaboran jergas y franelas y el proceso se divide en 3 grados. El -- 1er. grado consiste en manejar las máquinas de coser y en-- cargarse de todo lo referente a ellas como es cuidarlas y -- limpiarlas. El 2o. grado consiste en cortar la tela y la -- dificultad es manejar objetos cortantes como las tijeras sin hacerse daño. Y para el 3er. grado se pretende que los tra-- bajadores rayen la tela. Sin embargo algunos no son capaces de alcanzar el 3er. grado y ahora se encuentran lijando ma-- dera para hacer artesanías y existe el proyecto de aceptar -- maquila en general.

Las actividades que se realizan aquí no son únicamente

de trabajo sino también de convivencia, por ejemplo, se hace una fiesta mensual para quien cumpla años y los trabajadores toman su desayuno de 12:00 a 12:30 incluyendo un descanso en las labores. Además se realizan actividades de gimnasia y académicas también.

Efectivamente, la etapa final de la rehabilitación es capacitar a la persona deficiente mental para que realice algún trabajo y sea autosuficiente y se sienta bien por ser útil a la sociedad, pero son pocos los que se ocupan de colocar a los deficientes mentales en algún trabajo o que se los ofrecen afrontando los problemas que ellos traen consigo. Y como ya se había dicho, la Confederación Mexicana de Asociaciones en Pro del Deficiente Mental se preocupa por los muchachos una vez que han terminado su capacitación y busca donde colocarlos, ya sea en alguna industria o empresa con la cual tenga convenio o abriendo talleres protegidos para emplearlos.

Aquí, en este taller protegido, se aplica el método de trabajo en cadena, en el cual todos los deficientes mentales participan en la actividad, cada cual según sus habilidades, para obtener un producto final. Así no se excluye a nadie y si se da la oportunidad a todos de que se sientan útiles.

## 5.2 PLAN DE MODIFICACION DE CONDUCTA EN EDUCACION ESPECIAL - APLICADO A DOS NIÑOS CON MICROCEFALIA.

De las instituciones que se visitaron algunas sí contaban, entre sus alumnos, a personas con microcefalia y otros no, sin embargo, estas últimas también autorizaron visitar sus instalaciones y conocer sus métodos de trabajo, pues --- aseguraban que a todos los deficientes mentales se les puede dar el mismo tratamiento independientemente de su patología.

Al conocer varios métodos que se aplican en las escuelas de educación especial que se visitaron, se optó por el de Modificación de Conducta pues en él se da atención individual y sus programas son muchos y muy variados. Se dice que se optó por él porque en una de las escuelas visitadas se presentó la oportunidad de dar tratamiento a dos niños --- con microcefalia y de entre varios métodos se prefirió ese --- por ser el más completo y adecuado para estas personas deficientes mentales.

Como ya se había dicho se localizaron ocho casos de niños con microcefalia en la zona metropolitana y de ellos, --- seis se expusieron en el capítulo cuatro y, dos se expondrán aquí de una manera más amplia. La causa es que se les dio --- tratamiento durante seis meses con el método antes mencionado y los resultados que se obtuvieron fueron satisfactorios y se pretende ilustrarlos en las páginas siguientes.

Primeramente, al igual que se hizo con los seis casos -

anteriores, se darán los datos antropométricos del sujeto, - después su diagnóstico, se hablará de la situación en que se encontraba cuando ingresó a la escuela en la que asiste actualmente y cómo actuaba en el momento en que se tuvo acceso al caso, su situación familiar y económica y, posteriormente, del tratamiento que se le aplicó y del avance que se logró, así como lo que quedó pendiente.

## CASO 7

Sexo: femenino

Edad: 14 años, 2 meses

Peso: 32 kg

Estatura: 139 cm

Perímetro cefálico: 7 D.S. por debajo de lo normal para su peso y su talla.

Estructura familiar: La familia consta del padre, la madrastra, una hermana mayor ya casada, otra hermana que estudia y además se encarga de cuidar a la chica con microcefalia, dos hermanos, uno que estudia medicina y otro menor que tiene 16 años de edad, aproximadamente, y la más pequeña que es la niña del presente caso. Se trata de una familia con recursos económicos en la que el padre trabaja en una aseguradora y tiene la posibilidad de costearle los estudios a sus hijos que deseen hacerlo.

Motricidad: Su profesora comentó que la motricidad gruesa y fina de la niña son adecuadas.

Lenguaje: En el nivel de comprensión su lenguaje es correcto ya que la chica si entiende instrucciones y contesta a las preguntas que se le formulan de manera coherente, pero su lenguaje expresivo si se encuentra afectado pues su pronunciación casi no se entiende.

Historia médica: El diagnóstico del neurólogo aclara que la chica es deficiente mental por su padecimiento que es microcefalia. Por el momento ella no se encuentra sujeta a algún tratamiento médico.

Historia escolar: La chica asiste a una escuela de edu-

cación especial, particular, a la que ingresó a los cuatro años de edad. Así no evalúan a los alumnos mediante las pruebas psicométricas tradicionales ni siguen los lineamientos respecto al límite de C.I. para permitirles el ingreso a ella. Sin embargo, una de las psicólogas que labora en la institución declaró que la niña está considerada como deficiente mental media, pues cuenta con los repertorios básicos, cuida de su persona hasta cierto límite y se inicia en actividades académicas. Actualmente le enseñan las letras y el sonido de las mismas cuando se unen en sílabas y, según dijo su profesora, para la niña ya no será un problema aprender a escribir puesto que ha superado la etapa de motricidad fina que es necesaria para realizar tal actividad.

Desarrollo socio-emocional: Respecto al carácter de la niña, su profesora dijo que, la podría describir como una chica sociable pero inestable emocionalmente, tal vez porque es muy sensible, pues de un momento a otro cambia su actitud ya que va de la alegría a la agresividad o a la tristeza y algunas veces al llanto. Que es cariñosa, cooperativa, amistosa y le gusta cuidar a sus compañeros más pequeños.

Conclusiones y recomendaciones: Se desconocen datos acerca de los antecedentes familiares respecto a esta patología, así como datos del embarazo y del parto, debido a que la madre murió cuando sus hijos eran pequeños y es poco lo que el padre puede informar acerca del tema. Se sabe que ella es la menor de cinco hermanos, que el padre se casó por segunda ocasión y, al parecer, la relación no es agradable especialmente para la niña que, con frecuencia, llega al colegio llorando y diciendo que su madrastra la golpeó, etc.,

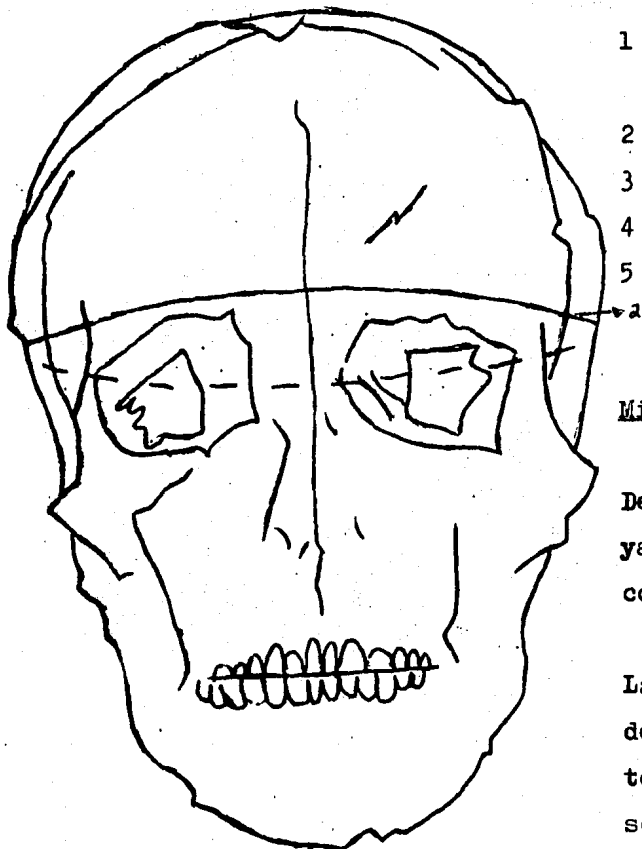
pero las profesoras no saben si es cierto lo que dice pues - por lo regular no la comprenden muy bien. Sin embargo, la - trabajadora doméstica, que es quien lleva a la niña al colegio y se encarga de cuidarla cuando su hermana se va a estudiar, comentó en la entrevista que se le realizó que la niña y la señora no se llevan bien, que con frecuencia la maltrata, le dice malas palabras o la imita en forma de burla porque no sabe hablar bien y la chica al ver a la esposa de su padre se pone nerviosa y llora.

A continuación se presentarán las medidas que demuestran la microcefalia de la chica y, posteriormente, su tratamiento.



## CASO 7

- 1 Edad cronológica: 14 años y 2 meses
- 2 Perímetro cefálico: 430mm
- 3 Estatura corporal: 139 cm
- 4 Peso corporal: 32 000 g
- 5 Perímetro torácico: 630mm



## DIAGNOSTICO

Microcefalia

Nivel intelectual:

Deficiencia mental media, ya que sí presenta las conductas básicas.

Nivel educativo:

La ubican con los niños deficientes mentales intermedios porque sí presenta repertorios básicos, se cuida sola hasta cierto punto y se inicia en conocimientos académicos.

La niña tiene la estatura de una chica de 10 1/2 años, el peso de 10 años y el perímetro torácico de 9 años. El -- perímetro cefálico para 10 años es de 52.2 cm., con D.S. de -- 1.3 cm. y como el suyo es de 43 cm. presenta 7 D.S. por debajo de lo normal para su peso y estatura.

En el centro educativo al que asiste la niña permitieron que se trabajara con ella durante 6 meses, de tal manera que se comenzó a dar el tratamiento desde el mes de noviembre de 1984 y se terminó en el mes de mayo de 1985.

Las indicaciones para el tratamiento de rehabilitación se encuentran claramente explicadas en el libro de Modificación de Conducta en la Educación Especial, al cual se remite al lector interesado en el tema, pero para fines de esta investigación se mencionará brevemente cuáles fueron los pasos que se siguieron para llevar a cabo el tratamiento.

El primer paso fue familiarizarse con la alumna de tal manera que cuando se le formularan algunas preguntas ella -- respondiera sin timidez o miedo y que cuando se le pidiera -- que realizara alguna acción la hiciera, es decir, que estuviera acostumbrada a trabajar con el entrenador o evaluador.

El siguiente paso fue la observación, tanto en el salón de clase como en el patio de juegos, para descubrir si la -- alumna presentaba alguna conducta inadecuada, o viciada, que entorpeciera el desarrollo adecuado de su tratamiento. En -- el caso de la observación de la alumna en el salón de clases, fue posible auxiliarse de una breve entrevista realizada a -- la profesora del grupo, para que ella describiera el comportamiento de la niña en algunas ocasiones o situaciones que -- se hayan presentado o se den en la actualidad y que no haya sido posible observar durante las sesiones de visita.

Posteriormente se pasó a la aplicación de las pruebas -- de diagnóstico, procurando que las sesiones duraran media -- hora diaria y que se realizaran en el mismo horario.

Se efectuó una entrevista que va dirigida a los padres o a la persona encargada de cuidar a la niña, que en este -- caso fue quien contestó las preguntas; todo esto se hizo con el fin de aumentar la información del caso, de conocer la -- situación y la relación familiar, así como la conducta de la -- chica en el hogar tanto adecuada como inadecuada, el trata-- miento médico al cual está sometida y, sobre todo, para sa-- ber si los familiares se encontraban dispuestos a cooperar -- en la rehabilitación de la alumna, pues en este plan se in-- cluye a padres y a hermanos como elementos fundamentales del tratamiento.

Al iniciarse el tratamiento existieron tres puntos im-- portantes que se tomaron en cuenta:

- se identificaron las conductas problemáticas y una -- vez encontradas se pasó a eliminarlas si entorpecían el de-- sarrollo del tratamiento.

- se eligieron los programas según su urgencia e impor-- tancia y según las posibilidades reales de tiempo, espacio, disposición, etc.

- y, por último, se localizó el reforzador adecuado pa-- ra la alumna pues llegó a necesitarse como un medio para ob-- tener respuestas.

Una vez iniciado el programa, se siguieron los pasos de

preevaluación, entrenamiento, desvanecimiento y evaluación final. Estos consisten en evaluar la serie de conductas que se requiere que la niña posea, enseñárselas en caso de que no las sepa, entrenarla y, por último, evaluarla al final del programa para pasar al siguiente en el que se aumentará el grado de dificultad.

Al mismo tiempo que se aplicó el tratamiento se llevó un control de respuestas tanto de las correctas como de las incorrectas, de los avances y de los resultados los cuales se representaron gráficamente con el fin de mostrarlos de una manera más evidente y fácil de comprender.

Durante las 3 sesiones que se destinaron a familiarizarse con la alumna y, que a su vez, se utilizaron para que ella se familiarizara con la evaluadora así como con el nuevo salón de clases, se aprovecharon también para observar su comportamiento en el patio de juegos y en su salón con el fin de identificar alguna conducta que fuera problemática, viciada o inadecuada y se preguntó a su profesora acerca de la forma de ser de la niña.

El comportamiento de la chica en el patio de juegos no presenta problemas pues ella corre, salta y juega al igual que sus compañeros y su conducta no es agresiva. Pero en el salón de clases la niña interrumpe constantemente su labor y la de sus compañeros para decir: "Ya lo hice, lo hice. ¿Ya ves cómo si puedo?" gritando, riendo y tirando del suéter del compañero de al lado para que voltee a ver su trabajo, y

en caso de que no logre la atención que desea, le quita el lápiz o el cuaderno, o cualquier otro material con el que se encuentre trabajando en ese momento el chico, para que no -- tenga más remedio que mirar lo que ella le muestra.

Cuando la profesora del grupo le ordena que guarde silencio o que se comporte bien, y lo hace con voz alta, la -- niña llora y lo mismo sucede cuando alguno de sus compañeros hace comentarios acerca de que no le gusta el trabajo que -- ella realizó, que está mal hecho, etc.

Las veces que la profesora se ve en la necesidad de --- abandonar el salón de clases por un momento, la niña discute con sus compañeros, los regaña porque hablan o se levantan -- de su asiento, les "saca la lengua" y cuando regresa la profesora los acusa con ella.

También comenta que la niña se distrae fácilmente pues siempre está pendiente de quien entra o sale del salón y de lo que hacen o dicen sus compañeros. Que su estado de ánimo no es constante ya que algunas veces llega contenta a la escuela y sin motivo aparente llora y dice que su madrastra la golpeó, pero que ella no entiende bien lo que dice la niña -- pues no habla claramente y, comenta también que, algunas veces se enoja y se desespera porque no comprenden su lenguaje.

De los datos anteriores se pudo rescatar la siguiente -- información que fue importante pero no definitiva, pues se -- complementó con las pruebas de diagnóstico y la entrevista a

la cuidadora:

- la niña es insegura y necesita que la apoyen constantemente con atención y comentarios favorables
- tiene problemas familiares, especialmente por la ausencia de la madre a quien no suplen ni las hermanas ni la madrastra
- otro problema es su lenguaje, pues al no darse a entender se enoja y se desespera y termina llorando. Este aspecto se había mencionado ya al hablar de los berrinches que presentaban algunos niños deficientes mentales, al ser el único medio para expresar su inconformidad, pues su corto lenguaje no les daba la oportunidad de comunicarse verbalmente
- le cuesta trabajo prestar atención y conservarla por algún tiempo en la actividad que realiza.

Más adelante se le aplicaron las pruebas de diagnóstico siguiendo las instrucciones que se establecen en este plan y que se explicarán brevemente:

Formular la pregunta u ordenar que realice cierta actividad con voz clara y repetirla en caso necesario.

Esperar cinco segundos para formularla nuevamente o esperar más tiempo en caso de que haga el intento de responder.

No preguntar más de dos veces pues no se trata de rogarle.

Anotar las respuestas correctas o una señal de aprobación, o bien, la respuesta incorrecta, en caso de que así la haya contestado. Marcar como respuesta mala en caso de que no haya contestado, aun cuando se haya visto en otra ocasión

que si la sabe, pues lo importante es que responda cuando se le formule la orden o la pregunta.

Cumplir diariamente con el horario establecido, y no -- suspender a menos que sea estrictamente necesario, pues lo -- que se intenta es instituir una disciplina de trabajo.

Es importante hacer notar que los resultados de las --- pruebas de diagnóstico no se utilizan para clasificar al --- alumno en algún nivel de deficiencia mental, o para que se -- integre a algún grupo, sino que sirven como base para ini---ciar el tratamiento y decidir con cuál área se comenzará por ser la más urgente.

En la evaluación de diagnóstico se toman en cuenta 3 -- áreas importantes:

Conductas básicas

Habilidades sociales y de adaptación

Conductas académicas

#### CONDUCTAS BASICAS

Atención - a objetos próximos

- a objetos distantes

- al evaluador

Imitación

Seguimiento de instrucciones

#### HABILIDADES SOCIALES Y DE ADAPTACION

Conducta motora gruesa - locomoción

- coordinación y fuerza





## COMUNICACION

## HABILIDADES INTERPERSONALES

## CONDUCTAS PROBLEMATICAS

Autoestimulación física

Hiperactividad

Molestar o interrumpir a otros

Agresión física o verbal

Berrinches

Autodestrucción

Como ya se había dicho, son tres áreas las que se evalúan en las pruebas de diagnóstico: conductas básicas, habilidades sociales y de adaptación y, por último, conductas académicas. Si el niño obtiene menos del 80% de aciertos se dará tratamiento en el área en que falle pero también se tomarán en cuenta los resultados de la entrevista con los padres.

## CONDUCTAS BASICAS

A partir de esta sección se anotan las respuestas de la niña y/o el número de aciertos que obtuvo.

## ATENCIÓN

## 1. Atención a objetos próximos

- a) Señálense, tocándolas, cuatro partes diferentes de la mesa donde se está trabajando. (Instrucción: "mira --- aquí")

**4 aciertos**

- b) Señálense, tocándolos, cuatro diferentes objetos que se hallen sobre la mesa. (Instrucción: "mira esto") --

- una pluma - un cuaderno - una bolsa - una regla

**4 aciertos**

c) Señálense, tocándolas, cuatro partes de la cara del --  
evaluador. (Instrucción: "mira aquí")

- oreja - nariz - boca - ojo

**4 aciertos**

2. Atención a objetos distantes

Señálense, con el dedo, diez objetos que se hallen en el  
cuarto, variando la posición de éstos con respecto al su-  
jeto: izquierda, derecha, arriba, abajo, atrás, adelante.

- barda - sillón - cortina - báscula - mesa  
- árbol - foco - pared - espejo - cortinero

**10 aciertos**

3. Atención al evaluador

Se llamó a la niña por su nombre en tres ocasiones.

**3 aciertos**

#### IMITACION

Conductas para imitar

Instrucción: "haz lo que yo voy a hacer"

- |  |    |
|--|----|
| 1. levantar el brazo izquierdo hacia arriba  | Si |
| 2. levantar el brazo derecho hacia arriba    | Si |
| 3. levantar ambos brazos hacia arriba        | Si |
| 4. levantar el brazo izquierdo hacia un lado | No |
| 5. levantar el brazo derecho hacia un lado   | No |
| 6. levantar ambos brazos hacia los lados     | Si |
| 7. sentarse                                  | Si |
| 8. pararse                                   | Si |
| 9. aplaudir                                  | Si |
| 10. tocarse la cabeza con la mano            | Si |

- |   |    |
|---|----|
| 11. tocarse la nariz con la mano derecha  | No |
| 12. tocarse la oreja con la mano derecha  | Si |
| 13. tocarse la boca con la mano derecha   | No |
| 14. tocarse el hombro con la mano derecha | No |
| 15. tocarse la pierna con la mano derecha | No |

**9 aciertos**

SEGUIMIENTO DE INSTRUCCIONES

- |  |    |
|--|----|
| 1. vete para allá (señalándole algún lugar)                  | Si |
| 2. abre la puerta  | Si |
| 3. trae eso (cualquier cosa)                                 | Si |
| 4. deja eso (cualquier objeto)                               | Si |
| 5. ven aquí  | Si |
| 6. sientate aquí   | Si |
| 7. mira allí (señalándole cualquier lugar)                   | Si |
| 8. abre la boca  | Si |
| 9. no te muevas  | Si |
| 10. toma el lápiz  | Si |
| 11. párate   | Si |
| 12. cierra la puerta   | Si |
| 13. agáchate   | Si |
| 14. no (refiriéndose a cualquier acción que esté realizando) | No |

**13 aciertos**

Se dice que las anteriores conductas son básicas porque le sirven al sujeto para poder aprender; esto es, para aprender algo, lo primero que necesita es poner atención a lo que se le dice, a lo que se le muestra o cuando se le llama; una vez que está atento, se le enseña lo que se desea que aprenda y se le pide que lo imite; y cuando lo sepa, que

lo realice con sólo pedirselo.

## HABILIDADES SOCIALES Y DE ADAPTACION

### CONDUCTA MOTORA GRUESA

#### Locomoción

- |   |    |
|---|----|
| 1. rodar sobre sí mismo                     | Si |
| 2. arrastrarse en cierta dirección          | Si |
| 3. gatear con manos y rodillas              | Si |
| 4. caminar con apoyo de alguien             | Si |
| 5. caminar solo                             | Si |
| 6. caminar para atrás                       | Si |
| 7. subir una escalera sin alternar los pies | Si |
| 8. bajar una escalera sin alternar los pies | Si |
| 9. subir alternando los pies                | Si |
| 10. bajar alternando los pies               | Si |

#### 10 aciertos

#### Coordinación y fuerza

- |  |    |
|--|----|
| 1. sentarse y dejar las manos libre                      | Si |
| 2. bajar una escalera cargando un objeto con ambas manos | Si |
| 3. transportar un líquido dos metros sin derramarlo      | No |
| 4. acarrear una silla                                    | Si |

#### 3 aciertos

#### Equilibrio

- |  |    |
|--|----|
| 1. tener la cabeza erecta al estar sentado             | Si |
| 2. estar parado con apoyo                              | Si |
| 3. estar parado solo                                   | Si |
| 4. estar parado en un pie con ayuda                    | Si |
| 5. estar parado de puntas durante un segundo           | Si |
| 6. estar parado en un pie sin ayuda durante 3 segundos | Si |

7. caminar hacia adelante en línea recta, juntando el talón de un pie con la punta del otro No
8. caminar hacia atrás de la misma forma que en el reactivo anterior No
9. estar parado en un pie sin ayuda durante 15 segundos No
10. estar parado de puntas durante 10 segundos con los ojos cerrados No

**6 aciertos**

CONDUCTA MOTORA FINA

1. rodar una pelota Si
2. tocarse la nariz con el dedo índice Si
3. alcanzar los objetos con ambas manos Si
4. alcanzar los objetos con una mano Si
5. cambiar un objeto de una mano a otra Si
6. tomar los objetos sin utilizar las palmas, únicamente con los dedos Si
7. desenvolver un dulce Si
8. recortar figuras de papel No
9. tomar un objeto con una mano, utilizando únicamente los dedos Si

**8 aciertos**

IMITACION VOCAL (ECOICAS)

Palabras per imitar

- |         |    |          |    |               |    |
|---------|----|----------|----|---------------|----|
| 1. mamá | Si | 6. casa  | No | 11. verde     | No |
| 2. papá | Si | 7. leche | No | 12. amarillo  | No |
| 3. pan  | Si | 8. coche | No | 13. la mesa   | No |
| 4. Meme | Si | 9. José  | No | 14. la muñeca | No |
| 5. Pepe | No | 10. rojo | No | 15. el niño   | No |

**4 aciertos**

Ya se dijo que si la niña es capaz de imitar puede --- aprender lo que se le enseñe.

### FONEMAS EN TACTOS

Presentar los siguientes objetos

1. herrador	Si	8. moneda	Si	15. mesa	Si
2. bolsa	Si	9. hoja de papel	Si	16. pluma	Si
3. plátano	No	10. silla	Si	17. pelota	Si
4. mano	No	11. libro	Si	18. cuaderno	Si
5. billete	Si	12. puerta	Si	19. zapato	Si
6. ventana	Si	13. bote	No	20. lápiz	No
7. llaves	Si	14. goma de borrar	Si	21. reloj	No

16 aciertos, pues supo el nombre de ese número de objetos respecto a los 21 que se le mostraron. (Puede ser que su -- vocabulario sea corto porque no le hayan enseñado el nombre de los objetos que la rodean.)

### FONEMAS EN INTRAVERTIBALES

1. ¿Cómo te llamas?: Dijo su nombre
2. ¿Cómo se llama tu mamá?: Está en el cielo
3. ¿Cómo se llama tu papá?: Dijo el nombre de su padre
4. ¿Quién te trajo aquí?: Mi papá
5. (Señalándolo) ¿Qué te gusta más, el gis o el dulce?: El dulce
6. ¿Por qué te gusta más el dulce?: Porque sí
7. ¿Tienes juguetes?: No ¿Cuáles?: Sólo una bolsa chiquita
8. ¿Cuáles juguetes te gustan?: Muchos
9. ¿Quién te compra dulces?: Nadie, tú y dijo también el -- nombre de sus hermanos ¿Cuáles te gustan más?: Chocolate
10. ¿Qué quieres hacer ahora?: La "s" ¿Por qué?: Porque sí.

Aquí se pretendía conocer si la niña comprendía las --- preguntas que se le formulaban y, efectivamente, se comprobó que si las entendía pues sus respuestas eran coherentes aunque no muy claras ya que su pronunciación era incorrecta. -- Al hablar se ayudaba con movimientos de las manos, gestos, - etc. **10 aciertos**

#### ARTICULACION

1. mamá	Si	11. pece	Si	21. abre	No
2. pepe	Si	12. lala	Si	22. costra	No
3. baba	No	13. sol	Si	23. este	Si
4. ose	Si	14. nene	Si	24. asee	No
5. dedo	No	15. río	No	25. Tito	Si
6. mu	Si	16. perro	No	26. nife	Si
7. fee	No	17. are	Si	27. blanda	No
8. gato	No	18. ir	Si	28. change	No
9. Juan	Si	19. tres	No	29. concha	Si
10. casa	No	20. cere	No	30. cedro	No

**14 aciertos**

#### CONDUCTAS ACADEMICAS

##### DISCRIMINACION DE COLORES

1. naranja 2. amarilla 3. rosa 4. verde 5. azul

**5 aciertos**

##### TACTOS COMPLEJOS

1. Tactos de posición

a) arriba de la bolsa

c) fuera de la bolsa

b) dentro de la bolsa

d) bajo la bolsa

**0 aciertos**

## 2. Tactos de tamaño

Con tres cubos de diferentes tamaños se le preguntó a la niña: ¿Cuál de los dos es más grande? ¿Cuál de los dos es -- más pequeño? ¿Cuál de los tres es el más grande?, etc.

Número de reactivos: 6. Obtuvo 5 aciertos.

## TEXTUALES

1. mamá No 2. pipa No 3. oso Si 4. Lalo No 5. roja No  
6. llave No 7. gato No 8. silla No 9. queso No 10. dedo No

1 acierto

Aquí se pretende conocer qué tanto lee la niña. Se aplicó esta prueba porque la profesora dijo que la niña podía -- contestarla ya que en su grupo se estaba enseñando a leer y escribir.

Es necesario aclarar que las pruebas pueden ser tomadas -- fielmente de los programas de rehabilitación existentes en -- la ENEP Iztacala o elaborar las propias. En este caso sola -- mente se omitieron algunos reactivos por no ser posible lle -- varlos a efecto, pues la flexibilidad de este plan lo permi -- te.

## Resultado de las pruebas de diagnóstico:

## CONDUCTAS BÁSICAS

Atención - a objetos próximos	100%	} 100%
- a objetos distantes	100%	
- al evaluador	100%	
Imitación	60%	
Seguimiento de instrucciones	93%	

## HABILIDADES SOCIALES Y DE ADAPTACION

Conducta motora gruesa - locomoción	100%	} 78%
- coordinación y fuerza	75%	



	- equilibrio	60%	┌
Conducta motora fina		89%	
Imitación vocal (ecoicas)		27%	
Fonemas en tectos		76%	
Fonemas en intraverbales		100%	
Articulación		47%	
CONDUCTAS ACADÉMICAS			
Discriminación de colores		100%	
Tactos complejos - posición		0%	] 41%
- tamaño		82%	
Textuales		10%	

También es oportuno repetir que estos porcentajes no -- tienen la finalidad de clasificar al alumno sino de conocer las áreas afectadas y saber cuál es el punto de partida para la rehabilitación.

Quien contestó el cuestionario, de la entrevista con -- los padres o cuidadores, fue la trabajadora doméstica de la casa donde vive la niña pues, por lo regular, la familia no hace caso de asistir a las juntas. La sirvienta trae a la -- niña a la escuela y su hermano la recoge a las 3 ó 4 de la -- tarde, es decir, que la niña come en la escuela. La sirvienta tiene un año trabajando en esa casa y es quien atiende a la niña cuando su hermana, la que es soltera y aún vive con la familia, se va a la escuela. Sin embargo, hacen falta -- datos de antecedentes familiares, medicamentos, tratamiento, etc., que la sirvienta no pudo proporcionar pero que, incluso, las hermanas mayores desconocen pues la madre murió cuando

do eran pequeños.

Los miembros de la familia son: el padre, la madrastra, una hermana casada, la segunda hija que estudia y tiene 20 años, el hermano que estudia medicina, otro hermano que tiene 16 años y la niña que es la más pequeña.

## CUIDADO PERSONAL

### I VESTIMENTA

1. Ponerse la blusa. No (casi nunca la dejan que se vista sola porque se pone la ropa al revés, con los botones para atrás).
2. Ponerse los pantalones. No (rara vez se los pone sola, pero se los pone al revés).
3. Ponerse la falda. No (casi nunca usa falda)
4. Ponerse el suéter. Si
5. Ponerse los pantalones con peto. No (no sabe).
6. Ponerse vestidos. No (no sabe).
7. Abrochar botones. No
8. Abrochar botones de la espalda. No (no puede)
9. Manejar cierres automáticos (cremallera). No
10. Amarrar los cordones de los zapatos. No (no sabe).
11. Cerrar hebillas. No (no sabe).
12. Colocarse el cinturón. No
13. Ponerse los zapatos. No
14. Ponerse las sandalias. No
15. Ponerse botas. No
16. Ponerse calcetines (medias). Si
17. Ponerse ropa interior. No (su hermana la viste y la ba-

Ha en la regadera).

18. Ponerse pijamas. Si

19. Ponerse abrigo. Si

**4 aciertos**

## II ASEO

1. Cuidado de los dientes:

- |                                  |    |
|----------------------------------|----|
| a) cepillarse                    | No |
| b) manejar el cepillo de dientes | No |
| c) usar dentrífico               | No |

**0 aciertos**

2. Cuidado de las uñas:

- |            |    |
|------------|----|
| a) limpiar | No |
| b) limar   | No |
| c) cortar  | No |

**0 aciertos**

3. Lavado de las manos y de la cara:

- |                 |    |
|-----------------|----|
| a) en lavamanos | Si |
| b) con toalla   | Si |
| c) con jabón    | Si |

**3 aciertos**

4. Senarse la nariz:

- |            |    |
|------------|----|
| a) soplar  | Si |
| b) limpiar | Si |

**2 aciertos**

## III HABILIDADES PARA COMER

1. Manejo de utensilios:

- |                  |                                      |
|------------------|--------------------------------------|
| a) usar cuchara  | Si                                   |
| b) usar tenedor  | No                                   |
| c) usar cuchillo | No (los mayores le cortan su comida) |

- d) usar tazas Si
- e) usar vasos Si
- f) usar platos Si

4 aciertos

2. Conductas inadecuadas en la mesa:
- a) comer con las manos No
  - b) tirar la comida No
  - c) escupir la comida No (a veces cuando se enoja).
  - d) derramar el agua del vaso con frecuencia Si

3 conductas aceptables y una conducta inadecuada

3. Limpiar la mesa No (como es la niña de la casa y para -- eso hay sirvientes no lo hace).
4. Poner la mesa No
5. Limpiar los platos No

#### IV CONTROL DE ESFINTERES

- 1. Va al baño sin ayuda cuando es necesario Si
- 2. Avisar cuando tiene que ir al baño para que la ayude una persona mayor Si
- 3. Defeca sin quitarse antes la ropa con frecuencia No
- 4. Controla la orina durante el día Si
- 5. Controla la orina durante la noche Si

5 aciertos

#### V TAREAS Y RESPONSABILIDADES GENERALES

- 1. Limpiar líquidos No
- 2. Hacer la cama No
- 3. Colgar la ropa en:
  - a) ganchos No
  - b) closets o roperos No

4. Limpiar los zapatos:
- a) cepillar No
  - b) pintar No
  - c) limpiar No
5. Poner los juguetes en su lugar No (los deja tirados).
6. Responder a la puerta:
- a) usar la perilla Si
  - b) correr cerrojos No (ni sabe abrir con llave).
  - c) tomar el mensaje y llamar a la persona correspondiente Si
7. Reportar accidentes No
8. Ir por mandados No
9. Decir la hora No
10. Responder a las luces del semáforo No

**2 aciertos**

#### VI SEGURIDAD CORPORAL

1. ¿Se pasea por el patio o espacios parecidos bajo el cuidado de un adulto? Si (en la escuela porque en la casa no la dejan).
2. ¿Se pasea por el patio sin ser vigilada; durante periodos cortos? Si (en la escuela porque en la casa no la dejan salir).
3. ¿Evita comer tierra del jardín o de las macetas? Si, si lo evita.
4. ¿Informa con gestos y/o vocalizaciones a los adultos, de algún peligro? No, no avisa.
5. ¿Busca a algún adulto cuando se acerca un animal que no conoce? No, no sabe avisar.
6. ¿Reporta al adulto cualquier daño en su persona? Si

7. Mantiene objetos extraños alejados de sus ojos, óídos y -  
nariz? Si
8. ¿Evita enchufes eléctricos? Si
9. ¿Juega dentro de los límites de un parque sin reja, bajo  
el cuidado de un adulto? No, no la dejan salir.
10. ¿Juega dentro de los límites de un parque sin reja, sin  
ser vigilada? No la dejan salir.
11. ¿Se acerca o se aleja de los columpios con cuidado? No  
hay columpios en la casa y no la dejan salir a los par--  
ques.
12. ¿Evita probar o ingerir sustancias de envases que no --  
conoce? Si, si los evita, no se los toma.
13. ¿Se mantiene alejada del fuego? Si
14. ¿Maneja las tijeras sin hacerse daño? No la dejan que -  
las tome.
15. ¿Busca a la persona adulta más cercana cuando se le ----  
acerca algún extraño? Si, no se va con cualquier perso-  
na.
16. ¿Recoge vidrios rotos sin hacerse daño? No, no le per--  
miten que los toque.
17. ¿Enciende fósforos sin hacerse daño? No, no sabe ni la  
dejan.
18. ¿Desenchufa cordones eléctricos por el tapón? No, los -  
jala por el cordón.

**9 aciertos**

#### COMUNICACION

1. Contestar el teléfono No
2. Dar mensajes No

3. Responder preguntas:
- a) por gestos Si
  - b) en forma verbal Si
  - c) en forma escrita No
4. Seguir instrucciones:
- a) nuevas instrucciones No
  - b) conocidas Si
5. Hablar con adultos:
- a) familiares No, no la dejan hablar con nadie.
  - b) amigos No
  - c) desconocidos No
6. ¿Sabe su nombre, dirección y número de teléfono? Su nombre si, pero su dirección y su teléfono no.
7. ¿Tiene algún problema de lenguaje? ¿Cuál es?:
- a) tartamudez
  - b) articulación
  - c) usar muletas
  - d) lentitud
  - e) otros

La sirvienta no supo contestar pero por observaciones que se hicieron a la niña se pudo ver que su problema era de articulación, con los sonidos: p, d, c, l, r, m, a, u, e y algunos más.

#### HABILIDADES INTERPERSONALES

1. ¿Presta sus juguetes y los comparte con otros niños, permitiéndoles usarlos y jugar separadamente de ellos? No - juega con amiguitos porque no tiene.
2. ¿Pide prestados los juguetes de otros niños y los regresa

a solicitud del dueño? No juega con niños, con nadie.

3. ¿Juega con otros niños?:

- a) con uno o dos niños No (pero en la escuela sí)  
 b) con tres o más niños No, no tiene amiguitos por la --  
 casa.

4. ¿Es capaz de ayudar a otros?:

- a) ofreciendo una ayuda mientras juegan No  
 b) interrumpiendo sus propias actividades para ayudar a -  
 otros niños No

5. ¿Pide de comer? ¿Cómo? No, sólo va cuando la llaman, y -  
 de vez en cuando pide tortillas.

6. ¿Pide ayuda para hacer las cosas? ¿Cómo? No, no pide ---  
 ayuda.

7. ¿Responde cuando la regañan? ¿Cómo? Sí, contesta, se eno-  
 ja y dice muchas cosas como groserías, pero no se sabe --  
 donde las oye o quién se las enseña.

8. ¿Pide las cosas cuando las quiere? ¿Cómo? Sí, pero sólo  
 las señala.

9. ¿Avisa cuando siente dolor? ¿Cómo? Le dice a su papá, me  
 duele el estómago o la cabeza, pero apenas se le entiende.

**3 aciertos**

#### CONDUCTAS PROBLEMATICAS

1. AUTOESTIMULACION FISICA

- a) cabecear Si, si cabecea, cuando está nerviosa, cuando  
 está sola o con la señora (su madrastra).  
 b) rascarse excesivamente No  
 c) manerismos motores No  
 d) repetición continua del mismo sonido No



e) balanceo Sí, todos los días, cuando va a comer o cuando está en la recámara.

## 2. HIPERACTIVIDAD

- a) saltos continuos sin motivo aparente No  
 b) movimiento excesivo (rápido y frecuente) No

## 3. MOLESTAR O INTERRUMPIR A OTROS

- a) escupir No  
 b) dar empujones Sí, a sus hermanos y a la sirvienta  
 c) imitar Sí  
 d) quitar objetos Sí

## 4. AGRASION FISICA O VERBAL

- a) golpear a otros Sí  
 b) tirar objetos Sí, se los quita y los arroja lejos.  
 c) dar patadas a otros Sí  
 d) morder No  
 e) lanzar gritos insultantes Sí

## 5. BARRINCHES

- a) patadas Sí  
 b) lloriqueos Sí, además se enoja tanto que les pega a las cosas, por eso se corta las manos.

## 6. AUTODESTRUCCION

- a) morderse No  
 b) golpearse Sí  
 c) rascarse hasta sangrar No

## ATENCION MEDICA

1. ¿Está la niña bajo algún tratamiento médico? (La sirvienta no sabe, pero al parecer no es así porque a la escuela nunca lleva medicamentos ni se sabe que los tome en la ca

sa.

2. ¿Toma actualmente algún medicamento? No

Resultados de la entrevista:

CUIDADO PERSONAL

Vestimenta 21%

Aseo 45%

Habilidades para comer 54%

Control de esfínteres 100%

Tareas y responsabilidades generales 13%

Seguridad corporal 50%

COMUNICACION 27%

HABILIDADES INTERPERSONALES 27%

CONDUCTAS PROBLEMATICAS

Autoestimulación física 40%

Hiperactividad 0%

Molestar o interrumpir a otros 75%

Agresión física o verbal 80%

Berrinches 100%

Autodestrucción 33%

De acuerdo a los resultados de la entrevista se pudo -- concluir que:

La niña es dependiente en las actividades de autocuida-- do porque una de las hermanas la ha acostumbrado a ayudarla en el cuidado de su persona y en cuanto a las actividades -- del hogar, la niña es inútil porque en su casa, como en al-- gunas otras pertenecientes a familias con recursos económi-- cos, les inculcan la idea de que existen actividades que so--

lamente pueden realizar los sirvientes y no las señoritas de la casa. Y sin embargo no se dan cuenta del daño que le están causando a la niña porque la hermana no estará siempre a su lado para atenderla y porque tal vez, por su deficiencia mental, la niña solamente pueda aprender a realizar actividades sencillas, entre ellas, algunas de las que se hacen en el hogar.

Se relaciona mínimamente con otras personas pues la --- mantiene recluida en la casa y no le permiten tratar con -- otras personas que no sean los integrantes de la familia directa, la sirvienta y los compañeros y profesores de la escuela a la que asiste.

Presenta conductas problemáticas en el hogar.

Su comunicación verbal no le es satisfactoria a la niña.

Una vez que se obtuvieron los resultados tanto de las - pruebas de diagnóstico como de la entrevista a la cuidadora, llegó el momento de elegir el programa que se llevaría a cabo tomando en cuenta las posibilidades reales de tiempo, espacio y disposición.

Por su gravedad, el primer programa en el que se pensó fue en el de comunicación, pues tanto en la escuela como en el hogar se notaba la falta que le hacía a la niña encontrar una manera de expresarse adecuadamente. Otro programa que se tomó en cuenta fue el de eliminación de conductas problemáticas en el hogar y en la escuela pero por la poca disposición por parte de los familiares para cooperar en la rehabilitación de la niña se decidió eliminar únicamente las ---

conductas inadecuadas que se presentaban en la escuela. Tales conductas inadecuadas se relacionaban con los problemas de comunicación de la chica por lo que se incluyó en uno --- mismo a los dos programas, tanto de eliminación de conductas problemáticas como de comunicación.

Los programas de comunicación que se efectuaron fueron tres:

Imitación vocal (ecóicas)

Fonemas en tautos

Articulación

Tratamiento

Programa: Imitación vocal (ecóicas)

Fase: I Preevaluación

Hora inicial: 10:05      Hora final: 10:10

Enero 8 de 1985

Lista de estímulos

("repite lo que yo diga")

- |          |          |           |            |              |
|----------|----------|-----------|------------|--------------|
| 1. mamá  | 2. pan   | 3. papá   | 4. leche   | 5. memo      |
| 6. Pepe  | 7. coche | 8. José   | 9. casa    | 10. dado     |
| 11. mesa | 12. niño | 13. verde | 14. taza   | 15. rojo     |
| 16. Lupe | 17. Lalo | 18. sol   | 19. muñeca | 20. amarillo |

**20 aciertos**

El fin de esta preevaluación es saber si la niña responde a la instrucción de imitar un sonido porque esta actitud es fundamental para avanzar ya que si no es capaz de repetir

difícilmente se logrará que aprenda a hablar correctamente. Aquí no se toma en cuenta si falla en la articulación sino - el intento por repetir, lo más fielmente que sea posible, el sonido que se le da como estímulo. Si la niña hubiera fallado en algunos reactivos se hubiera pasado a las fases siguientes que son la instigación y el desvanecimiento, esto es, -- ayudarla a que intente pronunciar la palabra y, posterior--- mente, disminuir esa ayuda hasta que ella logre hacerlo sola. Pero como ella obtuvo el 100% en este programa ya no fue necesario continuar con las otras fases y se pasó al siguiente.

En fonemas en tectos, se le presentaron a la niña objetos y se le preguntó cuál era el nombre de cada uno de ellos. En total fueron 9 listas con 10 objetos cada una. Primero - se preevaluó la primera lista. Como la niña no obtuvo todos los reactivos, se pasó a la fase de instigación que consiste en decir el nombre para que se lo aprenda y lo repita y más adelante, en la última fase que es desvanecimiento y que consistió en ayudarla cada vez menos dejándola a ella sola para que contestara ante el estímulo que era presentarle el objeto. Una vez que se aprendió el nombre de los primeros 10 -- objetos se pasó a la lista número dos y el procedimiento fue el mismo hasta que se logró que la niña supiera el nombre de 90 objetos de su medio ambiente.

A continuación se muestran las 9 listas que se elaboraron con objetos del medio ambiente de la niña y que fue fácil conseguir. Para otros objetos no tan accesibles se mos-

traron dibujos de libros. (El plan recomienda que se investigue, con anterioridad, si los niños reconocen objetos dibujados en libros).

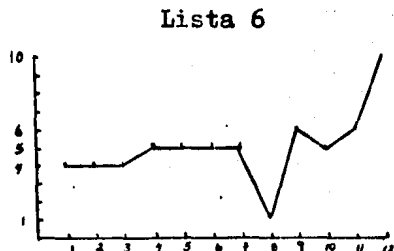
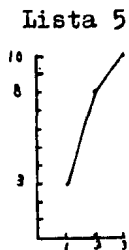
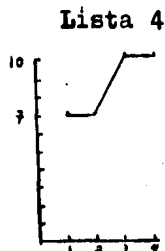
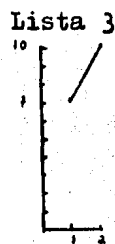
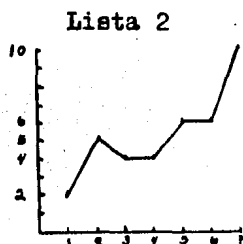
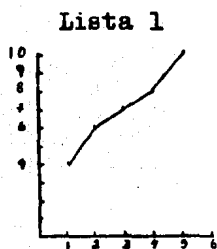
Lista 1	Lista 2	Lista 3	Lista 4	Lista 5
1. casa	1. arcilla	1. dinero	1. sandwich	1. camisa
2. puerta	2. pez	2. goma	2. tenis	2. regalo
3. ventana	3. mariposa	3. llave	3. vela	3. gato
4. chimenea	4. burbuja	4. bolsa	4. manzana	4. conejo
5. limón	5. payaso	5. espejo	5. pastel	5. gallo
6. arete	6. rata	6. libro	6. pato	6. camión
7. uvas	7. crayón	7. globo	7. niña	7. guitarra
8. pera	8. estrella	8. pluma	8. señor	8. sombrero
9. cuaderno	9. dado	9. plátano	9. niño	9. árbol
10. círculo	10. flor	10. anillo	10. señora	10. tren

Lista 6	Lista 7	Lista 8	Lista 9
1. campana	1. pollo	1. calcetín	1. elote
2. martillo	2. lancha	2. televisión	2. perro
3. gusano	3. escalera	3. cámara	3. hueso
4. tortuga	4. lentes	4. vestido	4. barco
5. grillo	5. mesa	5. zapato	5. avión
6. caracol	6. paraguas	6. pantalón	6. huevo
7. hongo	7. tijeras	7. helado	7. refresco
8. pelota	8. mano	8. foca	8. refrigerador
9. lámpara	9. guante	9. zanahoria	9. vaso
10. taza	10. queso	10. piña	10. salero

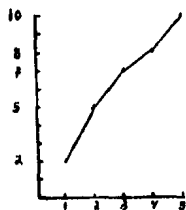
Finalmente se pasó a la fase IV que es seguimiento, es-

to es, después que domina los nombres de los objetos se preguntan cada 15 días para comprobar que los recuerda.

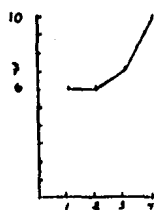
Para representar de manera más clara su avance en estos programas se presentan las siguientes gráficas. En las cuales la línea vertical indica el número de respuestas correctas y la horizontal se refiere al número de sesiones que fueron -- necesarias para que la niña recordara el nombre de los diez objetos que se le presentaron.



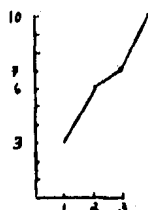
**Lista 7**



**Lista 8**



**Lista 9**



Una vez que se cubrió el programa de fonemas en tautos se pasó al de articulación el cual cuenta con once fases. -- el tratamiento en el programa de articulación consiste en -- trabajar con un fonema problemático, en este caso se inició con el fonema /d/ y el proceso que se sigue es practicar con palabras que lo contengan al principio, entre vocales y antes y después de consonantes.

Programa: Articulación

Fase: I Detección (fonema /d/)

Hora inicial 9:56      Hora final 10:04

Enero 18 de 1985

<u>Al principio de palabra</u>		<u>entre vocales</u>	
Modelo	Respuesta	Modelo	Respuesta
1. Das	dal	1. Hada	lada
2. Daba	naba	2. Pida	dida
3. Dama	nama	3. Pude	tude
4. Diré	deré	4. Suda	luda
5. Debe	<u>debe</u>	5. Modo	momo
6. Duro	ruro	6. Mudo	memo
7. Dice	<u>dice</u>	7. Seda	seta
8. Dale	nale	8. Soda	sota
9. Dile	<u>dile</u>	9. Lado	daró
10. Doma	nona	10. Nada	nara
11. Deja	<u>deja</u>		
12. Doy	dos		
13. Duda	dura		



<u>Antes de consonante</u>		<u>Después de consonante</u>	
Modelo	Respuesta	Modelo	Respuesta
1. Advierto	laleta	1. Manda	mala
2. Madre	made	2. Vende	mete
3. Admite	mamito	3. Gorda	goda
4. Pedro	pero	4. Sordo	soto
5. Drama	rama	5. Arde	made
6. Adjunto	ajuto	6. Mundo	mumo
		7. Balde	bade
		8. Soldado	dado
		9. Magda	mage

Estas listas van aumentando de grado de dificultad y -- al observarse que la niña tuvo problemas desde la lista más sencilla, que fue la del uso del fonema /d/ al inicio de la palabra, se elaboraron cinco listas de ocho reactivos cada una, correspondientes a la fase II Preevaluación con los fonemas problemáticos.

Se aplicó a la niña la fase III que es la Discriminación auditiva. Aquí se le presentó una lista de fonemas como ra, pa, sa, etc., entre ellos se incluían los problemáticos, y se le pidió que cuando escuchara /da/ diera un golpe en la mesa, lo mismo se hizo con /de/, /di/, /do/ y /du/ pero como obtuvo menos del 80% de respuestas correctas se pasó a la -- fase IV que es el entrenamiento de discriminación auditiva. Posteriormente se pasó a la fase siguiente, fase V, llamada Prueba de control motor donde se enseñó a la niña cómo colocar la lengua, cómo respirar y cómo exhalar, etc., para que se produjera el sonido /d/. Se pasó a la fase VI que es el

enfrentamiento en control motor y a la fase VII, Moldeamiento. Aquí se decía la palabra y la niña la repetía pues ya sabía colocar la lengua para pronunciar el fonema y se trabajó, en esta fase, con las listas de palabras que se habían elaborado en la fase II del presente programa.

Fonema /d/ al inicio de palabra

/da/	/de/	/di/	/do/	/du/
1. dado	1. debo	1. dibujo	1. dobla	1. duque
2. date	2. dedo	2. dice	2. doctor	2. ducha
3. dama	3. deja	3. diez	3. dolor	3. dudo
4. dany	4. dele	4. diente	4. domar	4. dulla
5. daba	5. deme	5. difícil	5. donas	5. duna
6. daga	6. detén	6. diga	6. doña	6. duplo
7. dalo	7. devuelve	7. dile	7. dorado	7. dure
8. daré	8. devolver	8. dinero	8. dote	8. duval

Igual que en casos anteriores, si domina los reactivos de la lista se pasa a la siguiente.

En seguida se presentará un ejemplo de cómo se graficaron las respuestas. (Por comodidad se agruparon las palabras). Se le decía a la niña una palabra y ella la repetía, después la siguiente y así sucesivamente hasta llegar a la palabra final del grupo, registrándose las respuestas correctas e incorrectas. Se hacía esto durante 10 ocasiones y al finalizar se daba por terminada una sesión. Se continuó trabajando así durante 12 sesiones que se tomaron como límite y en las cuales se notaban los avances de la niña pues en las

últimas ocasiones obtuvo el 100% de respuestas correctas. -- Posteriormente se anotaron los porcentajes de respuestas correctas en una tabla para utilizarla más adelante en las gráficas de las respuestas.

7.	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	dalo
8.	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	daré
9.	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	debo
10.	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	dado

Enero 29 de 1985 9:45 a 9:50 sesión (1)

7.	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	dalo
8.	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	daré
9.	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	debo
10.	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	dado

Febrero 7 de 1985 9:40 a 9:45 sesión (12)

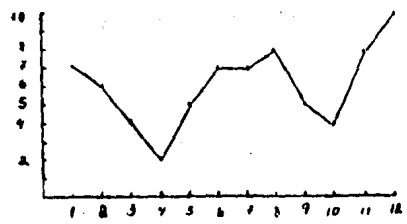
7.	70%	60	40	20	50	70	70	80	50	40	80	100%	dalo
8.	90%	50	0	30	50	70	90	80	50	60	90	100%	daré
9.	90%	50	20	40	50	60	80	70	80	30	60	100%	debo
10.	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100%	dado

(1)

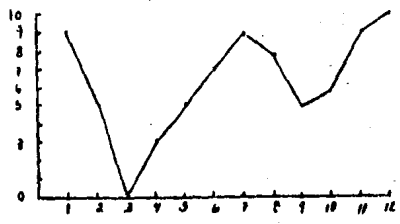
número de sesiones

(12)

7. dalo.

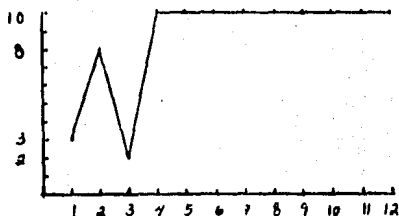


8. daré.

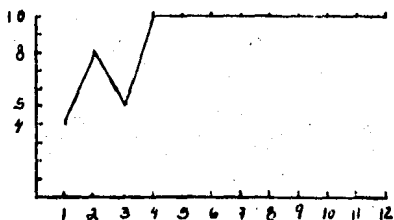


Gráficas de las palabras que se inician con el fonema -  
/da/ :

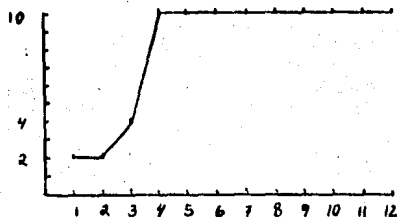
1. dado



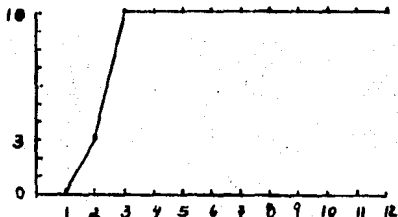
2. date



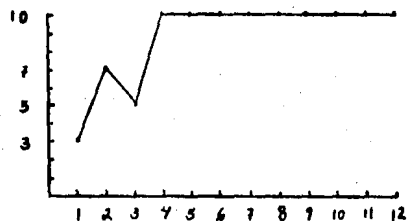
3. dama



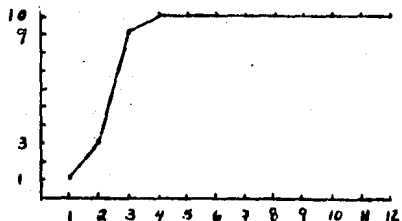
4. dany



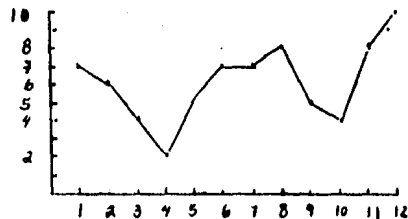
5. daba



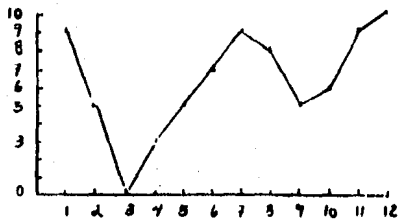
6. daga



7. dalo

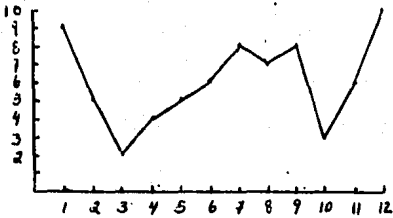


8. daré

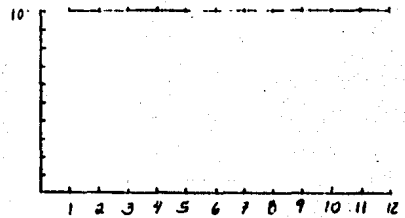


Gráficas de las palabras que se inician con el fonema -  
/de/ :

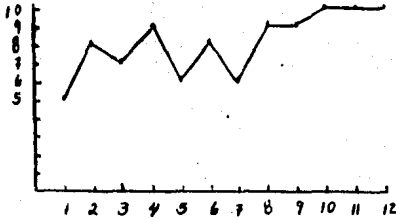
9. debo



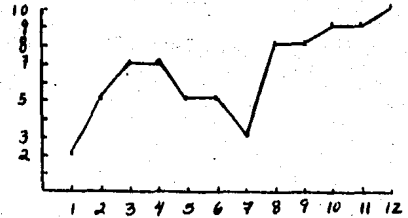
10. dedo



11. deja



12. dele



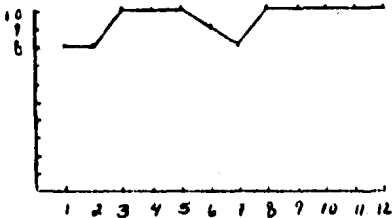
13. deme



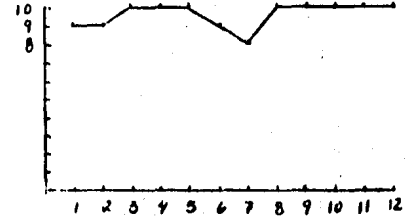
14. deten



15. devuelve

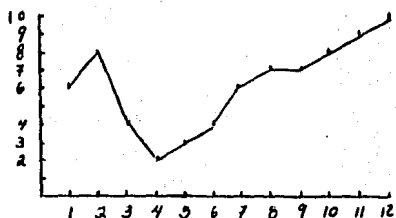


16. devolver

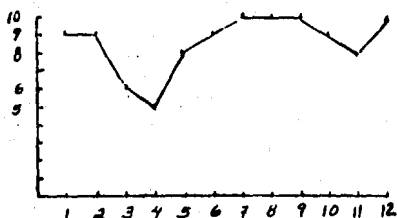


Gráficas de las palabras que se inician con el fonema -  
/di/ :

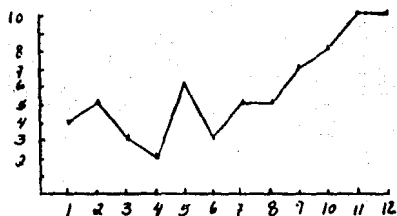
17. dibujo



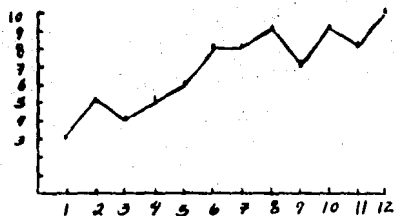
18. dice



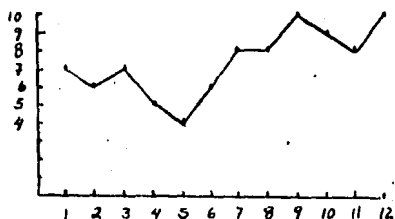
19. diez



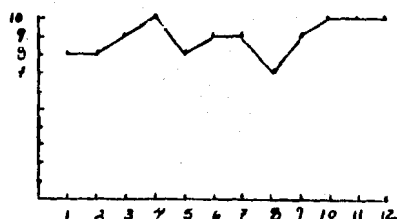
20. dientes



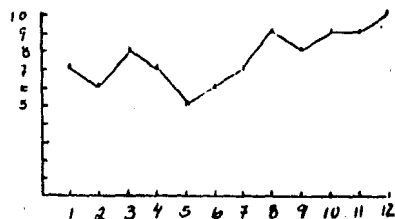
21. difícil



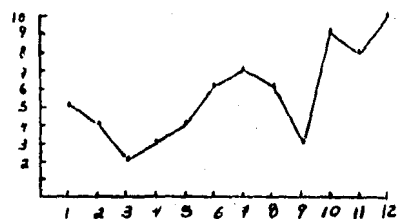
22. diga



23. dile

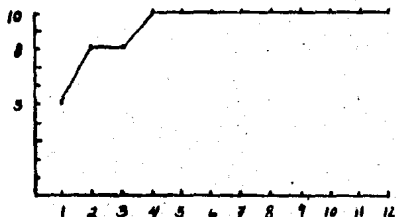


24. dinero

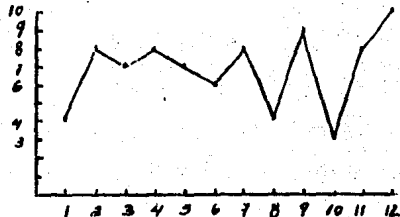


Gráficas de las palabras que se inician con el fonema - /do/ :

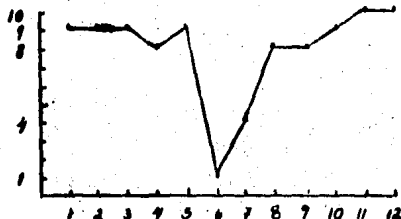
25. dobla



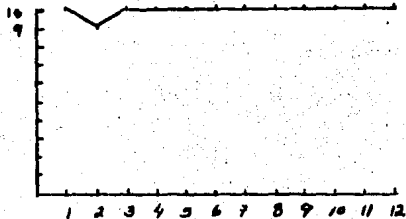
26. doctor



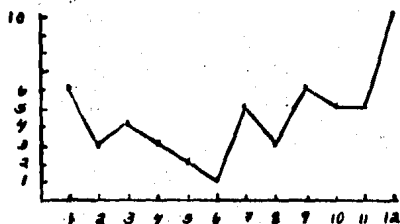
27. dolor



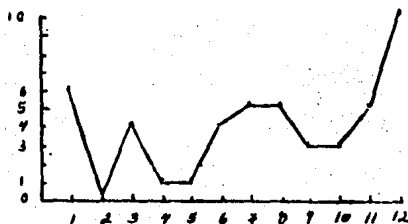
28. domar



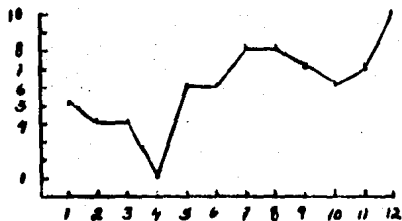
29. donas



30. doña



31. dora

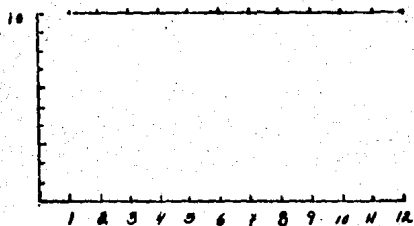


32. dote

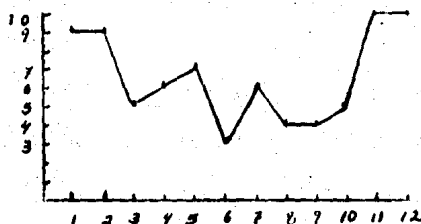


Gráficas de las palabras que se inician con el fonema - /du/ :

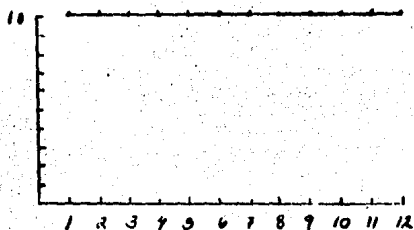
33. duque



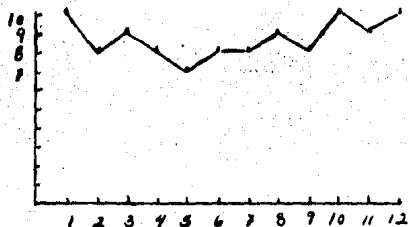
34. ducha



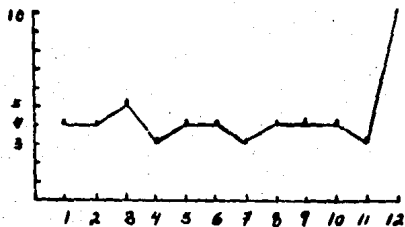
35. dudo



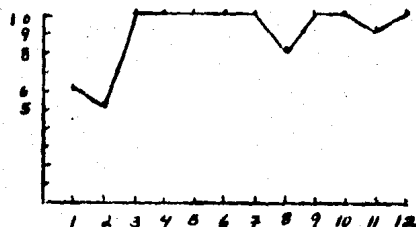
36. dulla



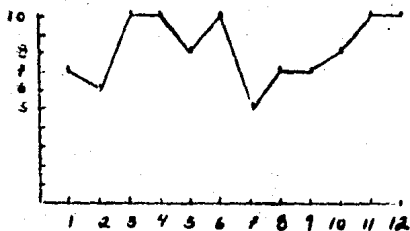
37. duna



38. duelo



39. dure



40. duval





Se pasó a la fase VIII llamada Fonemas en tactos, donde se le presentaron a la niña una serie de diez objetos, cuya pronunciación se iniciaba con el fonema problemático. Se trabajó durante 62 sesiones en Instigación, es decir, ayudando a la niña a decir el nombre de los objetos, y 154 sesiones en Desvanecimiento, esto es, ir disminuyendo la ayuda de tal manera que recordara el nombre de los objetos y lo pronunciara adecuadamente.

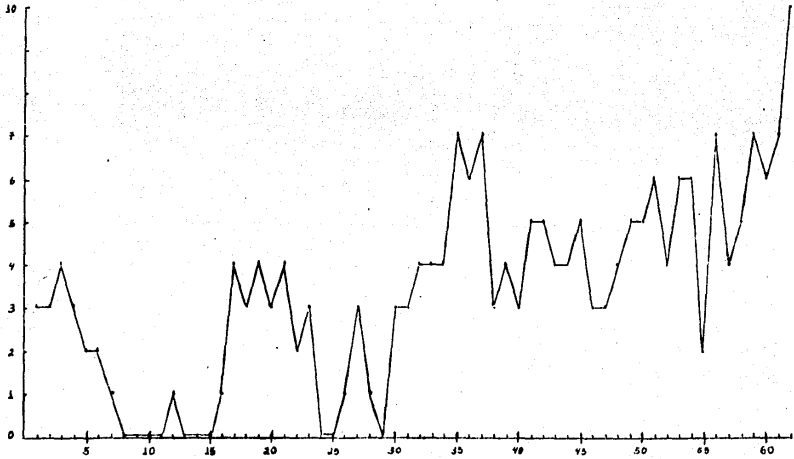
Lista de objetos presentados a la niña:

1. dado
2. dedo (de la mano)
3. derecha (mano derecha)
4. dibujo
5. diente (señalando un diente de la boca del evaluador)
6. dinero (mostrándole alguna moneda)
7. diurex (se le mostraba un rollo de cinta adhesiva)
8. doblada (hoja de papel doblada en varias partes)
9. dorado (mostrándole un papel dorado)
10. dulce

A continuación se presentarán de manera clara los resultados de las sesiones. Primeramente se hará con Instigación y posteriormente con Desvanecimiento. Este programa se llevó a cabo del 22 de febrero de 1984 al 26 de abril de 1985 durante 30 minutos diariamente.

En la gráfica de Instigación, el eje vertical representa el número de respuestas correctas y el eje horizontal el número de sesiones, que en este caso fueron 62.

· Investigación



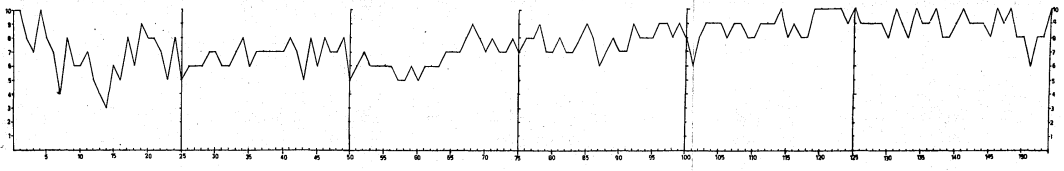
En las sesiones de la fase VIII, Fonemas en tautos, la niña trabajaba durante 30 minutos y después deseaba conversar acerca de lo que le había ocurrido durante el día, de -- tal manera que una vez terminada la sesión se le escuchaba -- platicar y eso le gustaba.

Es importante mencionar que durante el tiempo que la -- niña conversaba no se le hacía ningún tipo de corrección --- respecto a su pronunciación como lo indican las instruccio--- nes del Plan de Modificación de Conducta.

También se debe hacer notar que, durante esta fase, se mostraba a la niña un dulce y ella lo pedía para comérselo. Es por eso que cuando terminaba la sesión se le entregaba, -- sin embargo, ella continuaba platicando de lo que le ocurría en su casa y en la escuela. Pero una vez que se terminó esta fase y que ya no se le mostró el dulce no lo pidió más, -- porque para ella no era importante ya que su reforzador fue tener la atención de alguien que la escuchara.

En la gráfica de Desvanecimiento se muestran los resultados de las 154 sesiones que se llevaron a cabo de acuerdo con la presentación de los diez objetos que se le mostraban a la niña y cuyos nombres empezaban con /da/, /de/, /di/, -- /do/, y /du/ que fueron los fonemas problemáticos. Como se puede observar en la gráfica que aparece en la página si---- guiente, el eje vertical representa el número de respuestas correctas, o sea, diez divisiones y el eje horizontal muestra el número de sesiones, que en este caso fueron 154.

DESINNECHIATO



Una vez cubierta esta fase, se pasó a la número IX llamada Fonemas en intraverbales. Aquí se le hicieron once --- preguntas a la niña y cada respuesta se iniciaba con el fonema problemático. Esta fase se trabajó del 26 de abril de 1985 al 22 de mayo del mismo año.

Programa: Articulación

Fase: IX Fonemas en intraverbales

Hora inicial: 9:20 Hora final: 9:40

Viernes 26 de abril

1. ¿Qué les pasa a los niños cuando comen basura o papeles?  
Les hace daño.
2. ¿A dónde te llevan cuando te duele una muela o un diente?  
Al dentista.
3. En la mañana tomas leche y pan, ese es tu ... Desayuno.
4. ¿Cuántos dedos tienes en las dos manos? Diez
5. Cuando llegas a la escuela por la mañana saludas diciendo  
... Buenos días.
6. ¿Decir diurex es fácil o difícil? Difícil.
7. ¿Cuándo son las nueve de la noche es hora de ...? Dormir.
8. ¿Cuántos pies tienes? Dos.
9. ¿Cuándo te golpeas con algo, qué sientes? Dolor.
10. ¿Cuándo te enfermas te llevan al ...? Doctor.
11. ¿Cómo se pone el pan cuando tiene varios días? Duro.

Se evaluó a la niña en esta nueva fase y como presentaba mala pronunciación del fonema /d/ se pasó a Instigación - durante 78 sesiones, en las cuales la evaluación de las pa--

labras fue la siguiente:

1. daño: naño, danañio, da-naño, año, da-año, da-daño,  
daño.
2. dentista: edista, entista, etista, nenista, -----  
dedista, detista, denista, den-dista.
3. desayuno: nanuno, nanauno, nenununo, denanuno, ----  
denuno, deyuno, denununo, denauno, eauno,  
deanuno.
4. diez: dié, diez.
5. días: ías, eías, eafas, lías, de-ías, de-eías, ----  
di-ías, dis-días, di-eías, di-días, dí-as, --  
d-ías, días.
6. difícil: efifis, efsi, ifici, ridisi, edijisi, ----  
dirisi, di-ísi, deiso, disisi, divisio, --  
didiso, dificio, didisi, deidisi, -----  
di-disisi, didisil.
7. dormir: omir, amir, nomí, tomí, lomí, do-nomí, ----  
do-nomí, d-nomí, do-omí, do-domí, dormir.
8. dos: los, dos.
9. dolor: olor, loló, lolor, aló, d-noló, do-lololó, -  
do-aló, daló, do-oló, d-loló, doró, dodó, --  
d-oló, doló.
10. doctor: totor, dotó, tototó, do-totó, n-totó, ----  
d-notó, do-dotó, do-tó, doctón, dotor, ---  
doctó.
11. duro: luro, ruro, nuro, du-luro, dulo, du-duro, --  
duro.

Al plantearle las preguntas a la niña ella no repetía - únicamente la palabra que era la respuesta correcta sino que algunas veces agregaba otras pues entendía perfectamente lo que se le preguntaba. Para citar algunos ejemplos se mencionará que cuando se le preguntaba ¿qué les pasa a los niños - cuando comen basura o papel? ella, además de responder que - les hacía daño, también decía que les dolía el estómago. -- Cuando respondía a la pregunta número 3 no solamente decía - "desayuno", sino que agregaba el nombre de los alimentos que había tomado esa mañana. Y cuando se le preguntaba, ¿cuántos dedos tienes en las dos manos? ella contestaba que diez, pero además decía que tenía un diez de calificación en su cuaderno.

El tiempo que los estudiantes de psicología dan tratamiento es por semestre, al finalizar se anotan los resultados y el semestre siguiente, si se desea, se puede continuar con el mismo programa o se puede empezar desde más atrás, -- según lo considere conveniente el actual evaluador y entrenador. De tal manera que, en este caso, se cumplió el límite - de tiempo que se había fijado y que fue de seis meses así -- que no fue posible continuar con el tratamiento pues faltó - perfeccionar la pronunciación de estas respuestas, la evaluación final y el seguimiento, que consiste en preguntarle las palabras quince días después para saber si las recuerda y -- las pronuncia adecuadamente. Sin embargo, los resultados que se obtuvieron fueron bastante satisfactorios puesto que:

- Disminuyeron las conductas problemáticas de la niña -
- que en su mayoría eran provocadas por sus problemas -

familiares y de comunicación.

- Disminuyó el número de veces que lloraba y se deprimía pues ahora encontró otra manera de expresar sus sentimientos.
- Se instituyó en ella la disciplina de trabajar 30 minutos diariamente y permanecer atenta durante ese tiempo.
- No fue necesario utilizar un reforzador material como, por ejemplo, un dulce (éste únicamente se le proporcionó durante las sesiones de la fase VIII Fonemas en tactos porque uno de los objetos que se le presentaba era ese y ella lo pedía para comérselo, pero cuando se pasó a otra fase, y no lo vio, no lo pidió más) pues la niña prefirió que una vez terminada la sesión del día, se le escuchara hablar de sus amiguitos o de lo que había hecho el día anterior, etc.
- Disminuyeron las tensiones entre ella y su madrastra pues al mejorar su articulación, y con ello su comunicación, cuando la señora la maltrataba ella podía decirsele a su padre y hermanos y ahora sí la entendían por lo que su madrastra tuvo mayor precaución al tratar con ella.
- Se logró que la articulación de la niña mejorara, que conociera los nombres de más objetos que se encontraban a su alrededor y comprendiera mejor lo que se hablaba con ella. Todos estos programas lograron su meta, que era socializar a la niña y adaptarla mejor a su medio ambiente.



## CASO 8

**Sexo:** masculino

**Edad:** 7 años, 10 meses

**Peso:** 16 kg

**Estatura:** 109 cm

**Perímetro cefálico:** 7 D.S. por debajo de lo normal para su peso y estatura.

**Estructura familiar:** La familia está compuesta por los padres, una hija y un hijo. El padre es empleado bancario y la madre se dedica al hogar; la hija mayor cuenta, aproximadamente, con 10 años y el otro hijo es el pequeño que padece microcefalia.

**Motricidad:** Su profesora comenta que la motricidad gruesa del niño no es muy buena pues no coordina adecuadamente los movimientos, al caminar arrastra los pies y cuando corre parece que se va a caer pues inclina su cuerpo hacia adelante apoyándose sobre la punta de los pies. No es capaz de saltar alternando los pies, levanta un brazo en vez del otro, igualmente se confunde con las piernas, cuando trata de mover el cuello mueve también el tronco y no puede seguir el ritmo de los movimientos como se le pide. También considera su profesora que la motricidad fina del niño no es muy buena pues no toma el lápiz adecuadamente, no sigue las líneas punteadas que se le marcan en su cuaderno y cuando se le pide que dibuje puntos dibuja círculos pequeños, etc.

**Lenguaje:** Su lenguaje se encuentra alterado en ambos niveles, esto es, en el de comprensión y en el de expresión oral. Su profesora comenta que el niño si entiende indica--

ciones sencillas pero cuando se le formula alguna pregunta no contesta, quizá la repita completamente o sólo repita el final y cuando se le pide que imite una palabra lo hace de tal manera que es poco lo que se le entiende, o bien, tan sólo repite el final de ella.

Historia médica: El neurólogo le diagnosticó deficiencia mental por microcefalia y la madre declara que de pequeño su hijo fue sometido a una operación que no sirvió para nada.

Historia escolar: La madre dice que desde los 3 años -- hasta los 5 el niño recibió tratamiento en el D.I.P., pero que posteriormente lo inscribió en este centro educativo -- donde lleva casi 3 años y ha obtenido buenos resultados, según su apreciación. Como se había dicho, en esta escuela no se evalúa a los niños de acuerdo a las pruebas psicométricas tradicionales, sin embargo, una de las psicólogas informa -- que el niño es considerado como deficiente mental medio porque entiende instrucciones, camina, come solo, etc. Actualmente su profesora le enseña a recoger los colores, a contar del uno al cinco y le marca ejercicios de motricidad fina en su cuaderno.

Desarrollo socio-emocional: Su profesora declara que es un niño sociable, que pocas veces es agresivo y que algunas ocasiones, al no encontrar otra manera para expresar su negativa o resistencia hacia algo, presenta berrinches y rebelión por medio de gritos y forcejeos.

Conclusiones y recomendaciones: La profesora dice que el niño es distraído, que no responde cuando se le llama por su nombre, y que le cuesta mucho trabajo poner atención, que

tiene mala memoria y que no avisa para ir al baño. Por tal motivo ella debe enviarlo 3 ó 4 veces durante la mañana desabrochándole, incluso, el pantalón pues no sabe hacer ni eso y en ocasiones lo ensucia. Y dice también que los padres no cooperan pues cuando el niño se encuentra en su casa le llevan al baño ellos, pero no hacen ningún esfuerzo por entrenarlo para que avise. El grupo familiar si acepta al niño e intenta tratar a los dos hijos de igual manera. La madre declara que los niños se llevan bien, que casi no pelean y que juegan muy poco porque al niño únicamente le gusta lanzar la pelota.

En la página siguiente se mostrarán las medidas que confirman la microcefalia diagnosticada al niño y, más adelante, su tratamiento.

## CASO 8

1. Edad cronológica: 7 años y 10 meses
2. Perímetro cefálico: 400 mm
3. Estatura: 109 cm
4. Peso corporal: 16 000 g
5. Perímetro torácico: 540 mm

## DIAGNOSTICO

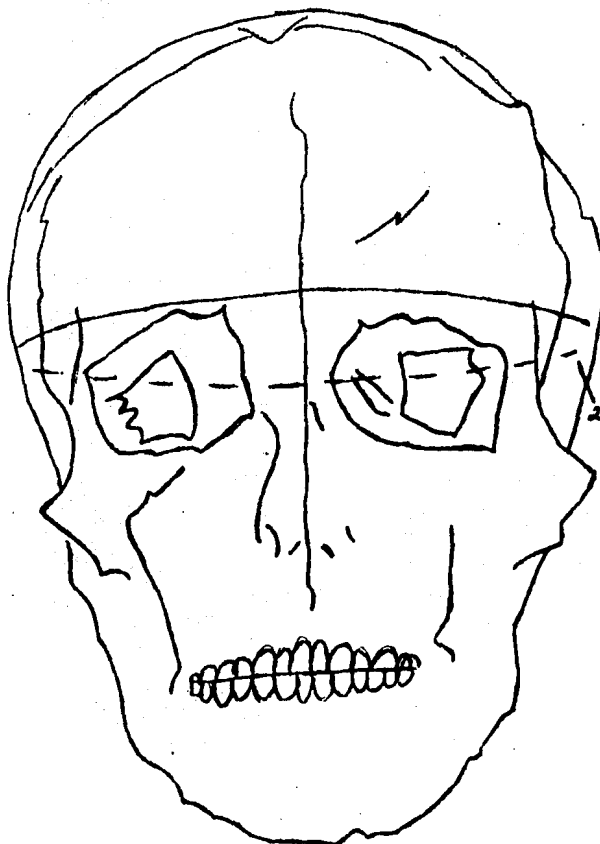
Microcefalia

## Nivel intelectual:

Deficiente mental medio, porque entiende instrucciones, camina, come solo, etc.

## Nivel educativo:

Se trabaja en su motricidad fina para que aprenda a escribir.



El chico tiene la estatura de un niño de 5 1/2 años, el peso de 4 años y el perímetro torácico de 4 años. De tales medidas fue posible obtener una edad promedio que fue de, -- aproximadamente, 4 1/2 y que se comparó con la medida de su perímetro cefálico. Para 4 1/2 años de edad el chico debería presentar un perímetro cefálico de 50.7 cm aproximadamente con D.S. de 1.5 cm pero presentó 40 cm lo cual confirma que padece microcefalia pues posee 7 D.S. por debajo de lo normal para su peso y estatura.

Como ya se había mencionado en el caso número 7, en el centro educativo al que asisten estos dos niños si permitieron que se trabajara con ellos. De tal manera que se inició el tratamiento desde el mes de noviembre de 1984 al mes de mayo de 1985 y se trabajó un promedio de 30 minutos en cada sesión con el método de Modificación de Conducta en Educación Especial.

El primer paso que se dio en este tratamiento fue el de visitar al niño en su salón de clases, para familiarizarse con él, esto se hizo durante tres sesiones consecutivas.

El siguiente paso fue la observación de su comportamiento, tanto en el salón de clases como en el patio de juegos, para descubrir si existía alguna conducta viciada o inadecuada que alterara el tratamiento. Para completar esta información se pidió la ayuda de la profesora del grupo para que describiera las conductas del niño que no había sido posible observar durante los tres días de visitas a su salón.

Más adelante se realizó la evaluación diagnóstica que constó de pruebas en tres áreas: conductas básicas, habilidades sociales y de adaptación y conductas académicas. Tal diagnóstico se complementó con los datos obtenidos en la entrevista con los padres para saber si existían conductas inadecuadas en el hogar y que fuera necesario erradicar para poder iniciar o seguir adelante con su tratamiento y sobre todo para saber si los padres se encontraban dispuestos a participar en él.

Al iniciarse el tratamiento del chico contaba con 7 -- años 10 meses de edad cronológica y había permanecido en esta escuela 3 años aproximadamente.

Antes de aplicar las pruebas de diagnóstico se observó al niño en su salón de clases y se obtuvieron datos de su -- comportamiento con sus compañeros y su actitud ante el trabajo escolar, se le observó también en el patio de juegos -- para detectar algunas conductas problemáticas.

Unicamente se encuentran cuatro niños en el salón de -- clases, incluyendo al chico de este caso, cada uno de ellos tiene su mesa propia para trabajar independientemente de los otros compañeros. Se le observó trabajando con su profesora la cual le presentaba cubos de colores y le preguntaba qué -- color era, a lo que él contestaba "acul" y "jojo" en vez de azul y rojo.

Más adelante su profesora le presentó un cubo y le dijo "uno", entonces el niño repitió "uno" y así hasta llegar a -- cinco, después le pidió que él solo dijera el número de los cubos que le presentaba y sí los dijo.

También le pidió que en su cuaderno siguiera líneas que ella había trazado, pero el niño no lo logró; le pidió en--- tonces que dibujara puntos en su cuaderno, pero dibujó cir-- culos pequeños. La profesora dice que estos ejercicios son -- para su coordinación fina y para que se ubique en el espacio de la hoja para cuando aprenda a escribir.

Le pidió que se levantara y que imitara los movimientos corporales que ella hacía, brincaba y contaba sus tiempos, - pero él lo hacía arrítmicamente y alternando los pies, a diferencia de la profesora que lo hacía con los dos pies juntos. Otros ejercicios los hacía con el brazo o con la pierna contraria, o si era necesario mover el cuello o la cabeza, él movía el tronco.

La profesora comentó que el niño es distraído, que lo llama varias veces por su nombre y no responde y cuando le está enseñando algo le cuesta mucho trabajo poner atención. También considera que su memoria no es muy buena puesto que lo que se le enseña durante los cinco días de la semana, al regresar el lunes a la escuela ya lo ha olvidado. También comenta que no avisa cuando necesita ir al baño por lo cual lo envía 3 ó 4 veces en el tiempo que se encuentra ahí, pero tiene que desabrocharle el pantalón porque como no sabe hacer eso ensucia la ropa. Ella dice que en su casa no cooperan pues lo llevan al baño como si todavía fuera un niño --- chiquito y que así nunca va a aprender a ser independiente. Y que tal vez en su casa le tengan paciencia pero que en la escuela no es posible consentir ese tipo de conductas.

Se observó al niño en el patio de juegos y se vio que corre, brinca y juega con sus compañeros, pero al correr se inclina hacia adelante y se apoya sobre las puntas de los --- pies, también se nota que no guarda el equilibrio y que al caminar arrastra los pies.

De los datos anteriores se pudo rescatar la siguiente - información, que fue importante para elegir el programa ---- ideal para el niño, pero que no fue definitiva pues aún faltaban los datos extraídos de las pruebas de diagnóstico y de la entrevista a los padres:

- no avisa cuando necesita ir al baño, así que la profesora lo envía 3 ó 4 veces durante el tiempo que pasa con ella en el salón de clases y considera que es demasiado dependiente pues no sabe ni desabrocharse los pantalones.

- aún es torpe en su motricidad fina la cual es fundamental para aprender a escribir.

- le cuesta trabajo poner atención y su memoria no es muy buena, lo cual dificulta su aprendizaje pues las dos --- conductas, atención y memoria, son necesarias para ello.

- su lenguaje expresivo no es adecuado, aunque por ahora a él le es suficiente con el código que posee.

- tiene problemas de equilibrio, posturales, al caminar, etc., pues aún no controla bien sus movimientos.

Es importante recordar que en el plan de Modificación - de Conducta en Educación Especial la evaluación diagnóstica no se usa para clasificar al sujeto sino para designar el o los programas de su tratamiento.

En las pruebas de diagnóstico se evaluaron las tres --- áreas que son: conductas básicas, habilidades sociales y de adaptación y conductas académicas.



## CONDUCTAS BASICAS

## ATENCIÓN

## 1. Atención a objetos próximos

- a) Señálense, tocándolas, cuatro partes diferentes de la mesa o del mueble sobre el que se esté trabajando. ---  
(Instrucción: "mira aquí")

**4 aciertos**

- b) Señálense, tocándolos, cuatro diferentes objetos que se hallen sobre la mesa. (Instrucción: "mira esto")  
- una pluma - un cuaderno - una bolsa - una regla

**4 aciertos**

- c) Señálense, tocándolas, cuatro partes de la cara del -- evaluador. (instrucción "mira aquí")  
- oreja - nariz - boca - ojo

**4 aciertos**

## 2. Atención a objetos distantes

Señálense, con el dedo, diez objetos que se hallen en el cuarto, variando la posición de éstos con respecto al sujeto: izquierda, derecha, arriba, abajo, atrás, adelante.

- ventana - pizarrón - cubeta - planta - suelo  
- tabla - silla - muñeco - mesa - árbol

**10 aciertos**

## 3. Atención al evaluador

Se llamó al chico tres veces por su nombre y las tres veces respondió volteando hacia donde se le hablaba.

**3 aciertos**

## IMITACION

Conductas por imitar

Instrucción: "haz lo que yo haga"

1. levantar el brazo izquierdo hacia arriba	No
2. levantar el brazo derecho hacia arriba	Si
3. levantar ambos brazos hacia arriba	Si
4. levantar el brazo izquierdo hacia un lado	No
5. levantar el brazo derecho hacia un lado	No
6. levantar ambos brazos hacia los lados	Si
7. sentarse	Si
8. pararse	Si
9. aplaudir	Si
10. tocarse la cabeza con la mano	Si
11. tocarse la nariz con la mano derecha	Si
12. tocarse la oreja con la mano derecha	Si
13. tocarse la boca con la mano derecha	Si
14. tocarse el hombro con la mano derecha	Si
15. tocarse la pierna con la mano derecha	Si

**12 aciertos**

## SEGUIMIENTO DE INSTRUCCIONES

1. vete a allá	No
2. abre la puerta	Si
3. trae ese (una corcholata)	Si
4. deja eso	Si
5. ven aquí	Si
6. sientate aquí	Si
7. mira allí	Si
8. abre la boca	Si
9. no te muevas	Si

- |  |    |
|--|----|
| 10. toma el lápiz  | Si |
| 11. párate   | Si |
| 12. cierra la puerta   | Si |
| 13. agáchate   | Si |
| 14. no (refiriéndose a cualquier acción que esté realizando) | Si |

**13 aciertos**

Para aprender se necesitan 3 conductas que son básicas, primero poner atención a lo que se le enseña, después imitar la conducta y por último realizarla sin tener un modelo de - donde copiarla, simplemente recordando.

**HABILIDADES SOCIALES Y DE ADAPTACION**

**CONDUCTA MOTORA GRUESA**

**Locomoción**

- |   |    |
|---|----|
| 1. redar sobre sí mismo                     | Si |
| 2. arrastrarse en cierta dirección          | Si |
| 3. gatear con manos y rodillas              | Si |
| 4. caminar con apoyo de alguien             | Si |
| 5. caminar solo                             | Si |
| 6. caminar para atrás                       | Si |
| 7. subir una escalera sin alternar los pies | Si |
| 8. bajar una escalera sin alternar los pies | Si |
| 9. subir alternando los pies                | Si |
| 10. bajar alternando los pies               | Si |

**10 aciertos**

**Coordinación y fuerza**

- |  |    |
|--|----|
| 1. sentarse y dejar las manos libres                     | Si |
| 2. bajar una escalera cargando un objeto con ambas manos | No |

3. transportar un líquido dos metros sin derramarlo No  
 4. acarrear una silla Si

**2 aciertos**

Equilibrio

1. tener la cabeza erecta al estar sentado Si  
 2. estar parado con apoyo Si  
 3. estar parado solo Si  
 4. estar parado en un pie con ayuda Si  
 5. estar parado de puntas durante un segundo Si  
 6. estar parado en un pie sin ayuda durante 3 segundos No  
 7. caminar hacia adelante en línea recta, juntando el talón de un pie con la punta del otro No  
 8. caminar hacia atrás de la misma forma que en el reactivo anterior No  
 9. estar parado en un pie sin ayuda durante 15 segundos No  
 10. estar parado de puntas durante 10 segundos con los ojos cerrados No

**5 aciertos**

CONDUCTA MOTORA FINA

1. rodar una pelota Si  
 2. tocarse la nariz con el dedo índice Si  
 3. alcanzar los objetos con ambas manos Si  
 4. alcanzar los objetos con una mano Si  
 5. cambiar un objeto de una mano a otra Si  
 6. tomar los objetos con los dedos sin utilizar las palmas Si  
 7. tomar un objeto con una sola mano, utilizando únicamente los dedos Si  
 8. desenvolver un dulce No

9. recortar figuras de papel

No

**7 aciertos**

### IMITACION VOCAL (ECOICAS)

Palabras por imitar

- |         |    |          |    |               |    |
|---------|----|----------|----|---------------|----|
| 1. mamá | Si | 6. casa  | No | 11. verde     | No |
| 2. papá | Si | 7. leche | No | 12. amarillo  | No |
| 3. pan  | No | 8. coche | No | 13. la mesa   | No |
| 4. Memo | No | 9. José  | No | 14. la muñeca | No |
| 5. Pepe | Si | 10. rojo | No | 15. el niño   | No |

**3 aciertos**

### FONEMAS EN TACTOS

Presentar los siguientes objetos

- |            |    |             |    |           |    |           |    |
|------------|----|-------------|----|-----------|----|-----------|----|
| 1. llaves  | Si | 5. peleta   | Si | 9. papel  | No | 13. fler  | Si |
| 2. tijeras | Si | 6. moneda   | Si | 10. reloj | Si | 14. lápiz | Si |
| 3. pluma   | No | 7. cuaderno | Si | 11. mesa  | No | 15. libro | No |
| 4. bolsa   | Si | 8. silla    | Si | 12. goma  | No | 16. bote  | No |

**10 aciertos**

### FONEMAS EN INTRAVERBALS

1. ¿Cómo te llamas?: No contestó
2. ¿Cómo se llama tu mamá?: No contestó
3. ¿Cómo se llama tu papá?: Papá
4. ¿Quién te trajo aquí?: Papi
5. ¿Tienes juguetes? ¿Cuáles?: No contestó
6. ¿Cuáles juguetes te gustan más?: No contestó
7. ¿Quién te compra dulces? ¿Cuáles te gustan más?: No contestó
8. ¿Qué quieres hacer ahora? ¿Por qué?: No contestó

**2 aciertos**

No se evaluó articulación por el bajo rendimiento en --

las pruebas anteriores.

### CONDUCTAS ACADEMICAS

#### DISCRIMINACION DE COLORES

1. verde	Si	5. rosa	Si	9. anaranjado	Ne
2. azul	Ne	6. verde	Si	10. rosa	Ne
3. amarillo	Si	7. azul	Si		
4. anaranjado	Ne	8. amarillo	Si		

**6 aciertos**

#### TACTOS COMPLEJOS

##### 1. Tactos de posición

a) arriba de la bolsa	Ne	c) fuera de la bolsa	Ne
b) dentro de la bolsa	Ne	d) bajo la bolsa	Ne

**0 aciertos**

##### 2. Tactos de tamaño

Con tres cubos de diferentes tamaños se le preguntó al niño ¿Cuál de estos dos es más grande? ¿Cuál de los dos es más pequeño? ¿Cuál de los tres es el más grande? ¿Cuál de los tres es el más pequeño?, etc.

Número de reactivos: 10      Obtuve **2 aciertos**

#### TEXTUALES

Ne se evaluó porque el niño aún no sabe leer.

#### Resultado de las pruebas de diagnóstico:

##### CONDUCTAS BASICAS

Atención - a objetos próximos	100%	}	100%
- a objetos distantes	100%		
- al evaluador	100%		
Imitación	80%		

Seguimiento de instrucciones

93%

## HABILIDADES SOCIALES Y DE ADAPTACION

Conducta motora gruesa - locomoción	100%	} 67%
- coordinación y fuerza	50%	
- equilibrio	50%	

Conducta motora fina 67%

Imitación vocal ecoicas 20%

Fonemas en tautos 62%

Fonemas en intraverbales 25%

## CONDUCTAS ACADÉMICAS

Discriminación de colores 60%

Tautos complejos - posición	0%	} 10%
- tamaño	20%	

Estos porcentajes no tienen la finalidad de clasificar sino de conocer las áreas afectadas y saber cuál es el punto de partida para la rehabilitación.

Después de tres ocasiones en que se quedó de acuerdo -- con el padre del niño para que respondiera a esta entrevista, y a las cuales no acudió, decidió que la madre sería la más indicada para responder a ella y dos veces se esperó que asistiera la señora a la cita. La segunda ocasión dijo que tenía prisa porque había junta en la escuela de su otra hija y que si prefería cambiar la cita para otro día, pero en vista de la informalidad y del poco interés de los padres se optó por aceptar el poco tiempo con el que contaba la madre del chico para realizar esta parte de su evaluación.

## CUIDADO PERSONAL

## I VESTIMENTA

1. Ponerse la camisa No
2. Ponerse el pantalón No
3. Ponerse el suéter No
4. Ponerse los pantalones con peto. No
5. Abrochar botones. No
6. Abrochar botones de la espalda. No
7. Manejar cierres automáticos. No
8. Anarrar los cordones de los zapatos. No
9. Cerrar hebillas. No
10. Colocarse el cinturón. No
11. Ponerse zapatos Si
12. Ponerse sandalias Si
13. Ponerse botas. No
14. Ponerse calcetines. No
15. Ponerse ropa interior. Si, bueno, solamente el calzon--  
cito.
16. Ponerse pijamas. No
17. Ponerse abrigo. Si

4 aciertos

## II ASEO

1. Cuidado de los dientes:
  - a) cepillarse Si
  - b) manejar el cepillo de dientes Si
  - c) usar dentrífico Si

3 aciertos

2. Cuidado de las uñas:
  - a) limpiar No



- b) limar No  
 c) cortar No

**0 aciertos**

3. Lavado de las manos y de la cara:

- a) en lavamanos Si  
 b) con toalla Si  
 c) con jabón Si

**3 aciertos**

4. Sonarse la nariz:

- a) soplar Si  
 b) limpiar Si

**2 aciertos**

III HABILIDADES PARA COMER

1. Manejo de utensilios:

- a) usar cuchara Si  
 b) usar tenedor Si  
 c) usar cuchillo No  
 d) usar tazas Si  
 e) usar vasos Si  
 f) usar platos Si

**5 aciertos**

2. Conductas inadecuadas en la mesa:

- a) comer con las manos No  
 b) tirar la comida No  
 c) escupir la comida No  
 d) derramar el agua del vaso con frecuencia. Si, de vez en cuando.

**3 conductas aceptables** y una inadecuada.

3. Limpiar la mesa.

Si

4. Poner la mesa. Si
5. Limpiar los platos. No, no se ha observado.

#### IV CONTROL DE ESPINTERES

1. Va al baño sin ayuda cuando es necesario. No, no va solo.
2. Avisa cuando tiene que ir al baño para que lo ayuden. Sí
3. Defeca sin quitarse antes la ropa, frecuentemente. Si, - porque para pipí sí me doy cuenta porque brinca pero para popó no se, no veo que brinque y se hace en la ropa. No avisa.
4. Controla la orina durante el día. No
5. Controla la orina durante la noche. Si, pues no se para en la noche ni moja las sábanas.

#### 2 aciertos

#### V TAREAS Y RESPONSABILIDADES GENERALES

1. Limpiar líquidos. Si
2. Hacer la cama. No
3. Colgar la ropa en:
  - a) ganchos No
  - b) closets o roperos No
4. Limpiar sus zapatos:
  - a) cepillar No
  - b) pintar No
  - c) limpiar Si, con un trapito los limpia.
5. Poner los juguetes en su lugar. Si
6. Responder a la puerta:
  - a) usar la perilla Si
  - b) correr cerrojos Si, pero no sabe dar vuelta a la llave.
  - c) tomar el mensaje o llamar a la persona correspondiente Si

7. Reportar accidentes. Si
8. Ir por mandados. No, no sale de la casa.
9. Decir la hora. No
10. Responder a las luces del semáforo. No

**7 aciertos**

#### VI SEGURIDAD CORPORAL

1. ¿Se pasea por el patio o espacios bajo el cuidado de un adulto? Si
2. ¿Se pasea por el patio sin ser vigilado, durante periodos cortos? Si
3. ¿Evita comer tierra del jardín o de las macetas? Si, si lo evita.
4. ¿Informa con gestos o vocalizaciones a los adultos de algún peligro? Sí, si avisa.
5. ¿Busca a un adulto cuando se acerca a un animal que no conoce? No, no tiene miedo a los animales. Es muy intrépido.
6. ¿Reporta al adulto cualquier daño en su persona? Si
7. ¿Mantiene objetos extraños alejados de sus ojos, oídos o nariz? Si
8. ¿Evita enchufes eléctricos? No, es que no sabe que son peligrosos, pero tampoco los busca.
9. ¿Juega dentro de los límites de un parque sin reja, bajo el cuidado de un adulto? Si
10. ¿Juega dentro de los límites de un parque sin reja, sin ser vigilado? No
11. ¿Se acerca o se aleja de los columpios con cuidado? No, no tiene cuidado.
12. ¿Evita probar o ingerir sustancias de envases que no co-

noce? No, no los evita, si los ve a su alcance se los - toma.

13. ¿Se mantiene alejado del fuego? Si
14. ¿Maneja las tijeras sin hacerse daño? Si
15. ¿Busca a la persona adulta más cercana cuando se le acerca algún extraño? No, más bien se va con extraños.
16. ¿Recoge vidrios rotos sin hacerse daño? No, no lo hemos dejado.
17. ¿Enciende fósforos sin hacerse daño? No
18. ¿Desenchufa cordones eléctricos por el tapón? Por el -- cordón.

### 9 aciertos

#### COMUNICACION

1. Contestar el teléfono Si
2. Dar mensajes. No
3. Responder preguntas:
  - a) por gestos Si
  - b) en forma verbal Si
  - c) en forma escrita No
4. Seguir instrucciones:
  - a) conocidas Si
  - b) nuevas instrucciones Si
5. Hablar con adultos:
  - a) familiares Si
  - b) amigos Si
  - c) desconocidos Si
6. ¿Sabe su nombre, dirección y número de teléfono? Solamente sabe su nombre.

7. ¿Tiene algún problema de lenguaje? ¿Cuál es?

- a) tartamudez
- b) articulación
- c) usar muletas
- d) lentitud
- e) otros (especificar). Dice sólo el final de las palabras. En terapia de lenguaje del D.I.F. no me lo aceptaban porque decían que era perder el tiempo. Desde que entré aquí ha mejorado, dice palabras cortas como mamá, papá. Ahora ya dice más cosas como, por ejemplo, papito, mami dame eso, etc.

#### HABILIDADES INTERPERSONALES

1. ¿Presta sus juguetes o los comparte con otros niños, permitiéndoles usarlos y jugar separadamente de ellos? Si
2. ¿Pide prestados los juguetes de otros niños y los regresa a solicitud del dueño? Si, bueno a veces, porque cuando son pelotas no las quiere regresar.
3. Juega con otros niños:
  - a) con uno o dos niños Si
  - b) con tres o más niños Si
4. ¿Es capaz de ayudar a otros?
  - a) ofreciendo su ayuda mientras juega Si
  - b) interrumpiendo su propia actividad para ayudar a otros niños Si
5. ¿Pide de comer? ¿Cómo? Si pide, dice el nombre de las cosas.
6. ¿Pide ayuda para hacer las cosas? ¿Cómo? Si, pero no las pide por favor.

7. ¿Responde cuándo lo regañan? ¿Cómo? Si responde, gritando, con berrinches y se lastima, se jala los cabellos.
8. ¿Llama a los demás para que le hagan algo que él no puede hacer? ¿Cómo? Si, pero no por favor, sólo pide las cosas.
9. ¿Pide las cosas cuando las quiere? ¿Cómo? Si, pero no por favor.
10. ¿Avisa cuando siente dolor? ¿Cómo? Si, señala la parte que le duele.

### CONDUCTAS PROBLEMATICAS

#### 1. AUTOESTIMULACION FISICA:

- |   |    |
|---|----|
| a) cabecear                             | No |
| b) rascarse excesivamente               | No |
| c) mamerismos motores                   | No |
| d) repetición continua del mismo sonido | No |
| e) balances                             | No |

#### 2. HIPERACTIVIDAD:

- |  |    |
|--|----|
| a) saltos continuos sin motive aparente. Si, siempre |    |
| b) movimiento excesivo (rápido o frecuente)          | No |

#### 3. MOLESTAR O INTERRUMPIR A OTROS:

- |                   |    |
|-------------------|----|
| a) escupir        | No |
| b) dar empujones  | Si |
| c) insultar       | No |
| d) quitar objetos | No |

#### 4. AGRISION FISICA O VERBAL:

- |  |    |
|--|----|
| a) golpear a otros                       | No |
| b) tirar objetos Si, cuando está enojado |    |
| c) dar patadas a otros                   | No |
| d) morder                                | No |

e) Lanzar gritos insultantes No, lo que pasa es que algunas veces dice groserías pero no para ofender ni --- cuando está enojado o peleando con otros, lo que pasa es que sus tíos le enseñan a decir groserías y él las dice no como insulto sino como gracia.

#### 5. BERRINCHES:

a) patadas No, se tira al piso, se jala los cabellos y se muerde.

b) lleriqueses Si

#### 6. AUTODESTRUCCION:

a) morderse Si

b) golpearse Si

c) rascarse hasta sangrar No

#### ATENCION MEDICA

1. ¿Está el niño bajo algún tratamiento médico? No

2. ¿Toma actualmente algún medicamento? No

3. ¿Podría obtener un informe del médico tratante? Solamente radiografías porque le operaron a los cinco meses de edad, pero esa operación no sirvió de nada. Lo llevamos hace como dos años con el neurólogo porque nos dijeron -- que el niño era hiperactivo, pero le dio un medicamento -- que le dejaba como ido y mejor se lo suspendimos, decía -- que era para tranquilizarlo.

4. ¿Hay algún otro miembro de la familia que presente el --- mismo problema? No

5. ¿Sabe si el niño tiene algún padecimiento nervioso? No -- se, sólo me dijeron que era hiperactivo y por eso le dieron medicamentos.

## GENERALIDADES

1. ¿Tiene en el hogar algún problema específico con el niño?  
No
2. ¿Cuál considera usted que sea el problema más grave del niño? Que se lastima y es berrinchudo.
3. ¿En dónde ocurre? En la casa, cuando no le dan lo que quiere, por ejemplo, dulces. En la escuela yo veo que se comporta diferente, aquí nada más le ordenan una vez y -- obedece, pero allá en la casa, si le digo que se suba las escaleras no quiere y lo jalo y no, hasta que mejor me lo llevo cargando. En casa ajena también hace berrinches.
  - a) en la casa Si
  - b) en la escuela No
  - c) en otros lugares. Cuando vamos de visita.
4. ¿Está usted dispuesta a participar en un programa cuyas metas sean enseñarle cosas nuevas a su hijo? Si

## Resultados de la entrevista:

## CUIDADO PERSONAL

Vestimenta 23%

Aseo 73%

Habilidades para comer 77%

Control de esfínteres 40%

Tareas y responsabilidades generales 47%

Seguridad corporal 50%

## COMUNICACION 66%

HABILIDADES INTERPERSONALES 75%

## CONDUCTUAL PROBLEMATICAS

Autoestimulación física 0%



Hiperactividad 100%

Molestar o interrumpir a otros 25%

Agresión física o verbal 20%

Berrinches 50%

Autodestrucción 66%

De acuerdo a los resultados de la entrevista se pudo -- concluir que:

El niño presenta problemas para vestirse y desvestirse, es decir, es dependiente en estos aspectos.

No controla la orina durante el día y como parte de éste lo pasa en la escuela bajo el cuidado de su profesora --- ella se muestra molesta por tener que atenderlo en ese sen-- tido.

Sabe realizar pocas actividades y casi no tiene responsabilidades pues sus padres lo sobreprotegen, pero además es inútil y dependiente porque todo se lo hacen o porque para - realizar ciertas actividades hay personas que se dedican a - eso, como son los sirvientes. Es irresponsable consigo mis- mo pues no se sabe cuidar ya que no distingue el peligro y - por lo tanto no le teme a casi nada.

Presenta problemas de lenguaje tanto a nivel compresio- vo como expresivo.

Presenta conductas problemáticas más frecuentemente en el hogar que en la escuela.

Como se puede observar, las conductas problemáticas --- aparecen con más frecuencia en el hogar pero, como no es po- sible asistir allá, se llevaron a cabo programas en la es---

cuela, donde no existen conductas viciadas o inadecuadas que interfieran en su tratamiento. Según se pudo observar, en los resultados de las pruebas de diagnóstico, el equilibrio del niño no es muy bueno al igual que su motricidad gruesa, pero en la misma escuela se le imparten clases de educación física donde se trabajan ya esos aspectos, por otra parte, sus conocimientos académicos eran atendidos por la profesora del grupo, así que se optó por trabajar con el chico en vestimenta, con la ropa con que asistía a la escuela, principalmente en abrochar y desabrochar broches del pantalón, subir y bajar cierres del pantalón, abotonar y desabotonar botones del suéter y ponérselo y quitárselo. Además de control de esfínteres, pues se consideraron los dos programas más urgentes.

Las sesiones del niño consistían en abotonar y desabotonar un suéter con cuatro botones de tamaño regular, ponérselo y quitárselo. Como estas actividades no le interesaron por sí mismas al chico fue necesario ofrecerle algo a cambio de que trabajara. Se buscaron varios tipos de reforzadores, unos de tipo social, como platicar con él de lo que le gustaba o jugar, etc., pero nada de esto le interesó así que se le ofreció un dulce en cada sesión y eso sí lo aceptó y lo motivó a trabajar. Así que otra actividad en las sesiones consistió en que el niño desarrollara su dulce. También se incluía ir al baño una vez durante cada sesión y se tomaron en cuenta las siguientes actividades: bajar el cierre del pantalón y subirlo, abrochar y desabrochar los botones del mismo, además de lavarse y secarse las manos y abrir el depósito del agua.

Lavarse y secarse las manos.

Total de sesiones: 18    Aciertos: 9



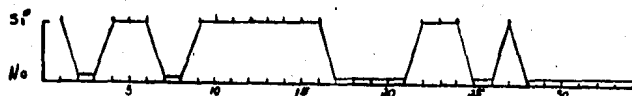
Soltar el agua del depósito.

Total de sesiones: 18    Aciertos: 4



Quitarse el suéter sin ayuda.

Total de sesiones: 34    Aciertos: 16



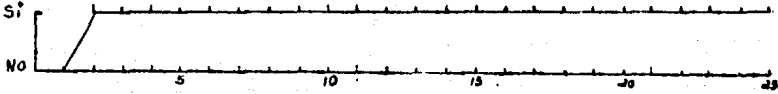
Ponerse el suéter sin ayuda.

Total de sesiones: 34    Aciertos: 2



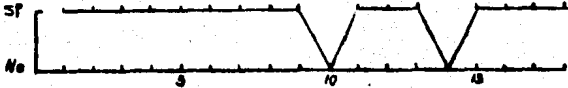
Desenvolver el dulce.

Total de sesiones: 25    Aciertos: 24



Bajar el cierre del pantalón.

Total de sesiones: 18    Aciertos: 16



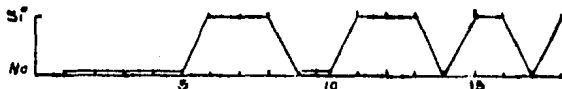
Subir el cierre del pantalón.

Total de sesiones: 18    Aciertos: 15



Desabrochar el broche del pantalón.

Total de sesiones: 18    Aciertos: 9



Abrochar el broche del pantalón.

Total de sesiones: 18    Aciertos: 0

Desabotonar el suéter sin ayuda.

Total de sesiones: 103

La gráfica se presenta en la página siguiente. Los cuatro números que aparecen en los costados representan los botones del suéter que el niño tenía que desabotonar y, como se puede observar, en varias ocasiones obtuvo las cuatro --- respuestas correctas. La línea horizontal representa las -- 103 sesiones en las que el niño tuvo la oportunidad de desabotonar el suéter.

Abotonar sin ayuda.

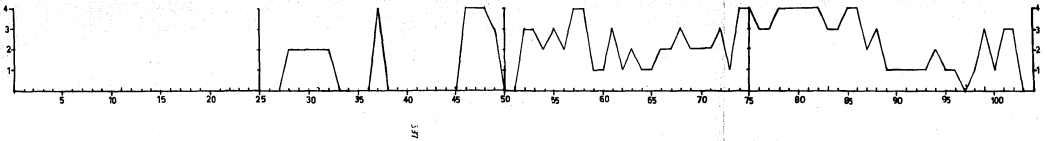
Total de sesiones: 103    Aciertos: 0

El número total de sesiones varió porque algunas veces el niño traía pantalón de deportes carente de broches o cierre, otras veces se encontraba cansado y se omitían algunos ejercicios. Respecto al dulce, las veces que se podía evitar dárselo se hacía para que trabajara por propia iniciativa y no por obtenerlo.

El número de sesiones fue menor comparativamente con la chica del caso anterior porque del total de sesiones faltó un número de veces equivalente al 15% aproximadamente.

Por motivos de tiempo, ya que se cumplieron los seis -- meses de trabajo, no fue posible continuar con el tratamien-

DESABOTONAR EL SUETER SIN AYUDA



3/7

to del niño, sin embargo, los resultados que se obtuvieron - fueron satisfactorios ya que:

- Se instituyó en el niño el hábito de trabajar 30 minutos diariamente y se consiguió que prestara atención durante ese tiempo.
- Se fue disminuyendo, poco a poco, el número de veces que se le entregaba el dulce para que el niño trabajara sin intereses externos.
- Se logró que la conducta de mojar los pantalones disminuyera, puesto que se le dio al niño un horario para ir al baño y se le enseñó a que se independizara en vestimenta, esto es, en bajar y subir el cierre del pantalón y en desabrocharlo.
- Mejoró su motricidad fina al abotonar y desabotonar botones, bajar y subir cierres y practicar desenvolviendo su dulce.
- Adquirió mayor independencia en vestimenta al quitarse y ponerse el suéter así como desabotonarlo. Todo esto influyó en la autonomía del niño que es el fin primordial del tratamiento, es decir, lograr que el alumno llegue a valerse por sí mismo en el mayor número de actividades que realice.
- Mejoró su relación con la profesora del grupo, que se había vuelto tirante porque el niño se comportaba como sus compañeros de menor edad o de menores posibilidades, ya que adquirió independencia para ir al baño.

## CONCLUSIONES

Algunas escuelas de educación especial, que se supone deberían aceptar el concepto de educación en su sentido amplio, se limitan a proporcionar instrucción académica hasta donde los alumnos sean capaces de aprovecharla y son pocas las que brindan un servicio completo, es decir, que atiendan a los sujetos desde pequeños, en intervención temprana, hasta adultos, en capacitación laboral, y son menos aún las que ayudan a los familiares de los deficientes mentales.

También son pocas, las instituciones que atienden a personas deficientes mentales llamadas de custodia ya que necesitan un número mayor de servicios y un cuidado más especializado que otros deficientes mentales, lo cual implica más problemas, por lo que quienes dan este servicio cobran precios que, algunas veces, los padres no pueden pagar.

Son contadas las instituciones que ofrecen tratamiento clínico, que es tan importante para la formación de una persona, pues no es suficiente la instrucción académica, más bien, deben tomarse en cuenta los aspectos de la personalidad del sujeto, sus problemas emocionales, sus relaciones familiares y con la gente que lo rodea.

Con respecto a los requisitos de admisión a las escuelas de educación especial, se puede asegurar que, son más flexibles las escuelas particulares que las oficiales y, de estas últimas, son aún más flexibles unas que otras, depen-



diendo del grado de deficiencia de los alumnos que acepten.

En las visitas a instituciones especializadas se pudo observar que las escuelas oficiales excluyen de sus servicios a las personas deficientes mentales con un C.I. menor de 35, a las que llaman deficientes mentales "profundos".

El criterio para aceptar a las personas depende del concepto y el uso que se le dé al diagnóstico. Para las escuelas oficiales, el diagnóstico consiste en una serie de pruebas psicométricas que miden el C.I. del sujeto y que se utilizan para colocarlo en cierto grupo, en caso de haber alcanzado el nivel necesario para ser admitido. Pero existe otro concepto y otra utilidad del diagnóstico que consiste en conocer, por medio de cuestionarios, entrevistas y observaciones, el punto de partida desde dónde iniciar el tratamiento de la persona.

Las escuelas oficiales argumentan que no admiten a los deficientes mentales cuyo C.I. sea bajo porque son ineducables, pero tal afirmación depende del concepto que tengan de la educación. Ya sea el concepto estricto en el cual se considera a la educación como sinónimo de instrucción y conocimientos académicos, o bien, si la consideran en su sentido amplio por el cual se entiende la formación integral de la persona. Es verdad que la D.G.E.E. admite en sus escuelas a quienes no sean capaces de caminar o que no cuiden de su persona ni se valgan por sí mismas pero siempre y cuando sean pequerías, pues a una edad más avanzada consideran que -

es imperdonable que no sepan realizar las conductas mencionadas con anterioridad. Sin embargo, ellos no se comprometen a enseñárselas cuando han rebasado la edad límite para ingresar a la primaria que sería de 7 años aproximadamente.

Según el método oficial tal vez estas personas son ineducables; pero según el Plan de Modificación de Conducta en Educación Especial, que se lleva a cabo en los Centros de Educación Especial y Rehabilitación con muy buenos resultados, hay esperanza pues todos, independientemente de su patología y de su C.I., son capaces de aprender algo en su beneficio.

Para quienes resultaron rechazados de las escuelas oficiales, les fueron cerradas las puertas de la educación especial y esto es injusto pues se le está negando la oportunidad de aprender a quien más la necesita. Es por esa razón que existen las escuelas particulares, pues son una solución al problema al que se enfrentan los padres de chicos deficientes mentales. Sin embargo, debe tomarse en cuenta que, no todas las familias cuentan con posibilidades económicas para hacer frente a ese tipo de gastos y que algunas de esas instituciones son un verdadero abuso por las tarifas que cobran. En tales casos, los Centros de Educación Especial y Rehabilitación son una alternativa ya que su servicio es gratuito.

Los objetivos que persiguen las escuelas de educación especial son variados, pues algunas pretenden ayudar al in-

dividuo integralmente y otras solamente entretenerlos mientras sus padres regresan del trabajo. Por tales razones, -- algunas si cuentan con un verdadero plan de estudios, con -- programas, personal especializado e instalaciones adecuadas y otras carecen de todo lo antes mencionado ya que, como se pudo observar en las visitas realizadas, algunas escuelas -- laboran en casas habitación y no cuentan con el personal especializado más necesario.

Claro está que no es sinónimo de buen servicio una colegiatura elevada, pues existe quien con pocos recursos da un buen servicio, como sucede en los C.E.E.R.; y quien por cobrar una cuota modesta da un mal servicio pues no cuenta con lo suficiente para contratar personal capacitado, de tal manera que solamente contrata nanas que cuiden a los niños. -- En cuanto a las que cobran una colegiatura alta, tienen mayores posibilidades de dar buen servicio pues pueden contar con personal capacitado y hay que reconocer que algunas si lo dan pero hay otras, que están en manos de charlatanes que cobran a los padres por transporte, alimentación, terapias y tratamientos extra-clase, uniformes, equipo de deportes, material didáctico, etc., que muchas veces dan mal servicio, -- en otras ocasiones no cumplen lo que prometen, o bien, exigen que los padres compren lo que se le pide al niño ahí --- mismo en la escuela, por eso se dice que para gente sin escrúpulos esas escuelas son un gran negocio.

El personal capacitado es fundamental para obtener buenos resultados con los alumnos y, como ya se dijo, algunas -

escuelas si cuentan con él y otras no. Así como algunas poseen las instalaciones necesarias para dar un buen servicio y otras no, porque se encuentran instaladas en casas habitación. Pero lo principal es contar con un plan, programas y métodos adecuados para educar a los muchachos. Existen algunas instituciones que dejan al niño deficiente mental en libertad de hacer lo que desee y cuando lo desee pero, según se pudo observar, algunos deficientes mentales no desean hacer nada, permanecen en el lugar donde se les ha dejado, o bien, lo que desean hacer no les conviene como, por ejemplo, comer la tierra de las macetas, salir corriendo de las instalaciones de la escuela, exponerse a peligros, etc. Además de que al no trabajar están perdiendo un tiempo precioso e irrecuperable. Pero si se les educa no es por molestarlos o agredirlos, por privarlos de su libertad para decidir si desean trabajar o no y cuándo desean hacerlo, sino para que aprendan a comportarse, para que sean aceptados por la sociedad y se integren a ella. Es común, en este tipo de instituciones, que con el pretexto de que los alumnos no aprenden o de que no hay que forzarlos a que hagan lo que no quieren hacer, se les da poca atención, o sea que los descuidan, de tal manera que casi no hay diferencia entre permanecer en sus hogares y asistir a la escuela por lo poco que avanzan. En lo que sí existe diferencia es en el aspecto económico -- pues se pueden ahorrar una suma de dinero considerable.

Se intenta que el sujeto aprenda lo que su capacidad le permita, para ello se le debe atender de manera individual -- con programas de acuerdo a sus necesidades y posibilidades y

a su ritmo de avance, como se hace en los C.E.E.R., y no --- agruparlo y enseñarle lo que necesitan aprender algunos compañeros pero que, por el momento, a él no le hace falta. -- También se le obliga a llevar el ritmo de avance de los otros muchachos y lo peor de todo es que tiene que compartir, durante las 4 horas de clase, a la profesora con otros 14 ó 15 niños lo cual repercute desfavorablemente en su avance.

Algunas veces, en las escuelas donde existen talleres, - para que los alumnos aprendan un oficio, se pretende que lo conozcan todo, que sean capaces de realizar el total de los pasos pero para quienes no pueden hacerlo, no todo está perdido pues, existe la alternativa del trabajo en cadena. Tal trabajo consiste en que un muchacho haga aquello que el otro no pueda hacer, de tal manera que todos participan, según -- sus posibilidades, y conocen el producto final.

La S.E.P. capacita a los alumnos en sus centros espe--- cializados pero no les consigue trabajo, aún cuando sabe que es difícil que alguien los contrate o que los padres tengan dinero para montarle su propio taller o negocio, así es que de poco sirven los conocimientos adquiridos. En cambio, la Confederación Mexicana de Asociaciones en Pro del Deficiente Mental si les consigue trabajo por medio de los convenios -- que tiene con distintas empresas o abre talleres protegidos para emplearlos.

La Confederación también atiende a los padres dándoles orientación acerca de los servicios que existen para sus hi-

jos deficientes mentales y da tratamiento clínico a los familiares que lo soliciten, pues existen casos extremos en -- que los padres prefieren pagar una institución para librarse del problema que representa su hijo, por lo menos por unas -- horas al día. También el plan de Modificación de Conducta -- en Educación Especial contempla esta posibilidad, por lo que ofrece a los padres cierta preparación para que acepten el -- problema, apoyen a su hijo y se hagan responsables de su rehabilitación.

Otro aspecto que contempla la Confederación es el tiempo libre de los deficientes mentales, pues no únicamente necesitan ayuda en el área intelectual, sino también necesitan diversión, cultura, etc., que muchas veces les es negada --- porque a la gente le molesta encontrar a esas personas en -- los cines, en los parques de diversiones, en las cafeterías, etc.

No fue posible encontrar en todas las instituciones visitadas un número considerable de personas con microcefalia aunque en cualquier escuela los reciben porque consideran -- que el tratamiento es igual para todos los deficientes mentales. Esto puede representar una ventaja pues todos tienen las mismas oportunidades pero puede ser una desventaja, ya -- que cada patología tiene sus características específicas y -- cada sujeto tiene sus propias necesidades. Un ejemplo de estas diferencias podría ser la atención de los niños con síndrome de Down respecto a los chicos con microcefalia. Los -- primeros prestan atención a cuanto sucede a su alrededor y --

memorizan las conductas para repetirlas más adelante, mientras que las personas con microcefalia no prestan atención con facilidad, tardan para comprender instrucciones y más aún para imitar conductas y obedecer indicaciones, de tal manera que lo más seguro es que los chicos con síndrome de Down avancen comparativamente más que los microcéfalos que se encuentren en su mismo grupo. Y es que a pesar de que la mayoría de las instituciones aseguran que dan atención individual, pocas lo cumplen, más bien, terminan por agruparlos aun cuando saben que es urgente la atención individual para ayudar a estas personas.

Algunos lugares donde se observó que los alumnos si recibían atención individual fueron los C.E.E.R., dependientes de la E.N.E.P. Iztacala que, aunque laboran con algunas deficiencias, son de lo más efectivo que se ha encontrado a diferencia de las escuelas oficiales y algunas particulares donde no permiten que un profesor trabaje con un alumno.

El tratamiento debe ser para las personas deficientes mentales y también para sus familiares y son pocas las instituciones que contemplan este aspecto, como la Confederación Mexicana de Asociaciones en Pro del Deficiente Mental que los apoya y orienta y el plan de Modificación de Conducta en Educación Especial que los ayuda a aceptar el problema.

De las instituciones visitadas son pocas las que cuentan, o han contado dentro de su personal, con pedagogos pero en gran parte esta situación depende de los egresados de la

carrera quienes deben darse a conocer, abrirse camino para que los acepten en el área de educación especial, por tal motivo deben prepararse adecuadamente y especializar sus conocimientos en el tema. Un ejemplo de la necesidad del pedagogo en esta área podría ser el contacto entre los centros de salud donde se detecta la deficiencia mental de los chicos y la intervención temprana que se da en las escuelas de educación especial, así como el contacto que se necesita entre los neurólogos y las profesoras para deficientes mentales pues pueden coordinar las labores en beneficio del sujeto.

De los ocho casos encontrados con microcefalia, en las instituciones que se visitaron, dos se investigaron ampliamente y se trabajó con ellos durante seis meses. Esos casos pertenecen a un chico de 8 años de edad y a una chica de 14 años, aproximadamente, que asisten a una escuela particular.

Se pudo observar que en ambos casos las familias cuentan con recursos económicos, por lo que sus expectativas acerca de la educación especial son similares, esto es, quieren que sus hijos aprendan a comportarse adecuadamente en el círculo social en el que se desenvuelven aunque no aprendan a ganarse la vida porque no lo necesitan. Por eso no les interesa tanto que los chicos sepan realizar labores propias del hogar, que son las más accesibles para ellos, o de cuidado de su persona, etc., pues piensan que existen actividades que únicamente le corresponde realizar a los sirvientes.



En cuanto a la aceptación hacia su hijo y el afecto que le brindan, las dos familias son diferentes. En el caso de la chica resulta ser un estorbo pues se avergüenzan de ella porque no sabe comportarse ante las visitas, etc. En el hogar existe poca unión y armonía pues, no sólo la chica deficiente mental sino todos sus hermanos también, se enfrentan al problema de tener una madrastra. La cual no puede darles el cariño, afecto y cuidado que les daría la madre.

En cambio en la familia del chico la aceptación se dió después de haber recurrido a una serie de lugares y personas para remediar la situación, lo cual no fue posible. Los padres declaran que quieren a sus dos hijos igual y que los niños no se pelean entre sí.

La chica presenta problemas en su lenguaje hablado y eso la desespera algunas veces y repercute en su conducta pues se comporta mal en la escuela y en su hogar, especialmente con su madrastra quien se burla de ella porque es "tontita".

La comunicación del niño es deficiente ya que a nivel de comprensión no es del todo satisfactoria y se puede decir que en el nivel expresivo el problema es más agudo puesto que habla poco, y aunque se da a entender, todavía presenta arranques de ira que son consecuencia de su incapacidad para expresar sus sentimientos, por lo que se considera innecesario e ineportuno intentar enseñarle a escribir pues él no ha alcanzado aún ese nivel de comunicación.

La socialización también es diferente en ambos casos, -

pues a la chica la mantienen encerrada porque se avergüenzan de ella, en cambio los familiares del chico si le permiten tratar con otros niños de su edad, con sus familiares, etc. Pero tiene problemas en su relación con la profesora pues en la escuela y el hogar hay costumbres que son diferentes y -- que desconciertan al niño, ya que mientras en el hogar le -- toleran la conducta de no avisar cuando necesita ir al baño en la escuela no es así, por lo que el niño se confunde -- porque lo que en un lugar es permitido en otro no y lo que -- une castiga el otro no lo hace.

En cuanto al aspecto emocional los casos son distintos pues la chica vive en una presión constante, en un ambiente -- hostil que la hace actuar siempre a la defensiva, agrediendo antes de ser agredida y esto provoca que ella se sienta de-- primida y nerviosa. Por su parte, el caso del chico es el -- extremo opuesto pues lo cuidan a tal grado que llegan a so-- breprotegerlo. Estas atenciones y cariño excesivo pedirían -- tener otra explicación, la que es común encontrar en casos -- de familias con hijos deficientes mentales, que se relaciona con la comodidad de los padres pues es más fácil para ellos realizar las actividades por el niño que enseñarle a hacer-- las.

Como se puede observar, aunque los dos chicos padecen -- microcefalia y presentan problemas en el área de habilidades sociales y de adaptación, pues el problema de comunicación -- de la chica y el de dependencia del chico afectan su adapta-- ción a la sociedad, su situación y sus necesidades son dife--

rentes por lo que la mejor opción para su educación es la -- enseñanza individual con programas específicos para cada caso respetando el ritmo de avance de cada uno de los niños.

Por ejemplo, el principal problema de la chica es la -- comunicación hablada, y los otros son consecuencia de él, es por esa razón que se optó por trabajar con ella en el pro-- grama de comunicación, de acuerdo al plan de Modificación de Conducta en Educación Especial.

Durante su tratamiento, que duró seis meses, la niña -- aprendió el nombre de, aproximadamente, 90 objetos de su entorno y al aumentar su vocabulario y ejercitar su pronunciación pudo darse a entender mejor que antes. Fue entonces -- cuando disminuyeron las ocasiones en que lloraba y su miedo e inseguridad ante su madrastra se redujeron también, pues -- ahora que si la comprendían podría denunciar que la maltra-- taba.

El principal problema del niño era la relación tirante que existía entre la profesora y él porque había contradic-- ciones en la forma de tratarlo en la escuela y en la casa, ya que ahí le toleraban que no avisara cuando necesitaba ir al baño pero ella no estaba dispuesta a consentir tal cen-- ducta en la escuela pues consideraba que era obligación de -- sus padres enseñarle a controlar esfínteres y que la escuela debería ocuparse únicamente de las cuestiones académicas como son: enseñarle el nombre de los colores, los números, a -- contar, a escribir, etc. Fue por eso que su programa se en-- focó a enseñarle a ser independiente en este sentido para -- evitarle mayores conflictos en la escuela. En cuanto a las conductas problemáticas que se presentaban en el hogar no se

intentó desaparecerlas puesto que no interferían en su programa de rehabilitación. Tales conductas inadecuadas y problemáticas aparecían en el hogar porque los padres le toleraban al niño malas conductas pensando, tal vez, que eso era tenerle paciencia.

Se considera que este método educativo es benéfico para los niños deficientes mentales con microcefalia pues necesitan atención individual y el plan de Modificación de Conducta los atiende de esta manera, además, acepta a personas con cualquier nivel de deficiencia y cuenta con programas tan -- específicos como sean necesarios.

Por lo regular se pretende educar a estos niños incluyéndolos en grupos donde se distraen fácilmente y donde cada uno de ellos lleva su propio ritmo de avance y tiene sus --- problemas y necesidades muy particulares y donde a la profesora no le es posible atenderlos en forma individual que, -- como se pudo comprobar, aunque sólo sea por media hora diaria, da buenos resultados por la organización y el control -- que se lleva de cada conducta del alumno.

En el caso particular de la niña, los resultados fueron satisfactorios, tal vez se hubiera avanzado igual con una -- terapia de lenguaje, pero en esta escuela, a la que asiste -- la niña, no cuentan con tal servicio y, además, en la terapia de lenguaje quizá únicamente se hubiera tomado en cuenta tal aspecto y no los problemas de personalidad de la niña, -

pues las pruebas y las entrevistas, así como la observación, permitieron ver el caso desde varios ángulos y al sujeto en forma integral.

El plan de Modificación de Conducta contempla la posibilidad de capacitar personal para rehabilitar a sujetos deficientes mentales y en este caso, con la lectura del libro, la observación de sesiones de tratamiento, la entrevista con algunos profesores y la resolución de dudas por parte de ellos, pudo llevarse a cabo. Además se contó, durante el desarrollo de los programas, con la asesoría de profesionistas experimentados en este plan, quienes cooperaron para que fuera posible obtener buenos resultados con estos dos chicos que necesitaban, como muchos otros deficientes mentales, de atención individual y especializada y de un programa adecuado a sus necesidades particulares.

## CONCLUSIONES FINALES

Quizá el tema de la deficiencia mental haya sido tratado en muchas ocasiones, sin embargo, no por ello deja de ser interesante y siempre novedoso pues brinda la oportunidad de aportar conceptos, técnicas, etc., que benefician a estas -- personas. Al ser un tema tan amplio, se prefirió limitarlo a una sola patología de la cual se ha escrito poco y es la microcefalia. Tal patología causa más problemas a quien la -- padece pues es evidente. Una vez tomada esta decisión, el -- propósito fue investigar respecto a estas personas, sus ca-- racterísticas, la educación que existe para ellas, quién la proporciona y evaluar si es la adecuada o no, de acuerdo a -- sus necesidades.

El primer paso consistió en aclarar, brevemente, qué se entiende por deficiencia mental con el fin de tener una base donde fundamentar posteriores informaciones que se utilizan en este trabajo. Se dijo que la deficiencia mental es un -- retraso de tipo orgánico, que presenta síntomas observables en el aspecto físico y de conducta y que puede ser reconocido y tratado en cualquier lugar y cultura existente. La --- principal característica de quienes la padecen es su bajo -- nivel intelectual, entendiendo por inteligencia el resultado del funcionamiento cerebral que el hombre utiliza para so--- brevivir y progresar en su cultura pues le sirve para solu-- cionar los problemas que se le presentan. En ella influyen factores que son internos y externos, esto es, su comporta-- miento inadecuado es el resultado del mal funcionamiento ce-

rebral de la persona, quien no es capaz de solucionar ni los problemas más sencillos y elementales para sobrevivir y ---- adaptarse a las situaciones que lo rodean. Por tales razones se hace una diferenciación entre quienes son reconocidos como retrasados en cualquier lugar, cultura y época, o sea los deficientes mentales, y quienes sí se adaptan a su medio ambiente pero al intentar ingresar a otra cultura fracasan y son vistos como retrasados. A ellos se les podría llamar -- retrasados socioculturales pues únicamente en tales circunstancias se hacen evidentes esos problemas.

Para medir la inteligencia se mencionaron dos corrientes que parecieron las más representativas, la psicométrica y la desarrollista. La primera pretende medir la inteligencia por medio de tests que poseen una carga cultural y la -- corriente desarrollista propone que existen conductas observables que son transculturales. En la corriente psicométrica, que se basa en el C.I. (Cociente Intelectual), existen -- distintos niveles que provocan confusión incluso entre quienes las manejan, mientras que para la corriente desarrollista el resultado de sus evaluaciones, o sea el C. D. (Cociente de Desarrollo), no tiene como finalidad clasificar puesto que es variable, es decir, no es definitivo. Se reconoce -- que es necesario hacer clasificaciones pues no se puede hablar de los deficientes mentales en general, ya que actúan -- de diferente manera. Existen aquellos que no se expresan -- verbalmente, no caminan ni comen solos y otros que sí hablan pero que no son capaces de aprender a leer y escribir. Sin embargo, se sabe que la clasificación generalmente es mal --

utilizada ya que en el afán de agrupar a la gente se cometen algunas injusticias pues, en ocasiones, la subestiman o la tratan de igual manera que otros casos que no tienen las mismas necesidades educativas.

Como ya se dijo, la inteligencia depende de factores internos y externos. En el caso de los deficientes mentales, su cerebro está dañado así que la ayuda externa es muy importante pues es la única con la que cuentan, y si se les niega el acceso a las instituciones educativas y a la ayuda especializada, por su bajo nivel intelectual, se les está condenando a permanecer sumidos en condiciones deplorables.

La detección de la deficiencia mental es importante y es fundamental que se haga a edad temprana pero por el temor, hasta cierto punto justificado, que tienen los padres de que se descubra el problema de su hijo y la sociedad no lo acepte prefieren esconderlo, minimizar el problema o negarlo. La verdadera utilidad del diagnóstico temprano es conocer el nivel desde el cual se partirá para iniciar el tratamiento del sujeto y no para cerrarle las puertas a la educación.

Algunas veces es posible detectar si el sujeto es deficiente mental por sus características físicas pero otras tendrá que esperarse a que comience a actuar para evaluarlo e iniciar su tratamiento. La mayoría de las veces las características físicas evidentes le acarrearán más problemas que beneficios pues, si bien es cierto que sirven para detectar a temprana edad la patología y dar inicio a su rehabilitación, también es cierto que será estigmatizado durante



toda su vida, ya que la gente no se encuentra preparada para vivir con él en la sociedad. Es por eso que se requiere la colaboración del pedagogo para orientar y enseñar a la gente a tratarlo como a cualquier otro ser humano y a comprender - sus necesidades pues, frecuentemente, sienten hacia él te--mor, lástima, miedo, rechazo, indiferencia, etc., y ante ta--les actitudes esa persona reaccionará negativamente tornán--dose agresiva, deprimida o apática como respuesta a los ata--ques de que es objeto.

La deficiencia mental se puede evitar si los padres to--man conciencia de la responsabilidad que tienen, al traer a un hijo al mundo, y se apegan a las indicaciones del médico; pero si aun sabiendo los riesgos que corren se atreven a de--sobedecerlo o a tener hijos cuando existen antecedentes de - esta patología, deben brindarle a ese ser inocente su com--prensión y apoyo y las oportunidades como a cualquier otro - ser humano. Pero algunas veces no únicamente padece defi--ciencia mental sino que ésta viene acompañada de otras ano--malías como ceguera, debilidad visual, sordera, hipoacusia, problemas del aparato locomotor, etc.

La información acerca de la deficiencia mental fue im--portante pues sirvió de base para comprender los capítulos - siguientes, como el de retraso sociocultural, ya que marcó - la diferencia entre éste y el retraso de tipo orgánico. Tam--bién sirvió para conocer sus características y entender me--jor los servicios que existen para personas con tal padeci--miento y, sobre todo, para el capítulo de microcefalia que -

es una de sus causas.

Más adelante se mencionó lo que es la Educación Especial, los planes que existen y los servicios que propone cada uno de ellos. Se aclaró que el sentido amplio de educación abarca la formación integral del sujeto, tomando en cuenta todos sus aspectos, para hacer de él un individuo con una personalidad autónoma e integrada a la sociedad. Y que dicha educación se adapta a las necesidades de la población que la solicita, por lo que aún cuando los fines de la educación especial y de la educación regular sean los mismos -- variarán los métodos y el personal, ya que en esta área se requiere capacitación en deficiencia mental. Al decir que se pretende hacer del sujeto una persona integrada a la sociedad se refiere a que participe en la vida como cualquier otro individuo y esto se logra mediante la oportunidad que se le otorgue de hacer lo que hacen los demás. Pero como sus problemas son distintos, a los del resto de la población, existe un grupo interdisciplinario que se encarga de ellos utilizando, de preferencia, un método educativo individualizado. Mas no debe confundirse el trato simplificado y las oportunidades de normalización con el descuido utilizando como pretexto la intención de no hacer diferencias entre él y las otras personas.

Son varios los planes que existen para rehabilitar a deficientes mentales, sin embargo, no todos pueden aplicarse aquí pues algunos van relacionados con la ideología y forma de vida de otro tipo de gente. Son tres los planes que pue-

den llevarse a cabo en México, porque fueron creados pensando en personas latinas y en sus posibilidades, de los cuales se aplican dos. Uno de ellos es el de las escuelas oficiales para deficientes mentales y de algunas particulares, las que están incorporadas a la S.E.P., y el otro es el que se utiliza en los Centros de Educación Especial y Rehabilitación y que se llama Plan de Modificación de Conducta en Educación Especial, el cual parece ser el más acertado y el más completo pues prepara a su propio personal y atiende a todos los casos obteniendo buenos resultados, incluso de aquellos sujetos que fueron rechazados de otras instituciones o servicios pues cuenta con tantos programas como conductas se desee que aprenda el sujeto.

Para lograr la integración del sujeto a la sociedad, se requiere un grupo interdisciplinario y un tratamiento que abarque todas las etapas de su vida que son: servicio médico, intervención temprana, conocimientos académicos, capacitación laboral, tratamiento clínico y capacitación de su propio personal. Claro que estos servicios varían según las instituciones, pero de nada sirven todos los esfuerzos por integrar a los deficientes mentales a la sociedad si la gente no los acepta. Es por eso que se considera oportuna la intervención del pedagogo para enseñar a la gente a vivir con ellos en el grupo social pues se dan casos en que después de haber recibido todo el tratamiento y tener algún oficio o capacitación laboral, nadie los contrata.

Como las causas de la deficiencia mental son tan varia-

das, se decidió limitar la investigación a una de ellas y se escogió a la microcefalia por ser una patología evidente y - que aumenta los problemas del sujeto quien es rechazado tanto por su deficiencia mental como por su apariencia física. Así que se habló de tal patología y de las personas que la padecen y se mencionó la situación en que se encuentran algunos chicos microcéfalos en la zona metropolitana.

La microcefalia es una patología evidente causada por la microencefalia y que provoca deficiencia mental por la detención del desarrollo cerebral y las malformaciones y alteraciones internas que trae consigo. El grado de deficiencia depende de lo dañado del cerebro, por lo que no se puede decir que todos los microcéfalos sean iguales ni que actúen de la misma forma, pues sus características diferirán de uno a otro. Sin embargo, se les puede considerar como un grupo para distinguirlos de otros como, por ejemplo, los de síndrome de Down que tienen sus propias características pues ellos, a diferencia de los chicos con microcefalia, prestan atención a todo aquello que pasa a su alrededor e imitan conductas con facilidad.

Las causas de la microcefalia pueden ser genéticas o adquiridas, la mayoría se debe a éstas últimas y se considera que la de peor pronóstico es la microcefalia genética, aunque todos los que padecen esta patología son deficientes mentales en mayor o menor grado dependiendo de lo atrofiado que esté su cerebro.

Se visitaron varias instituciones educativas de la zona metropolitana en busca de niños con microcefalia para conocer cuál era la atención que les brindaban, sin embargo se encontraron solamente ocho casos porque los padres no llevan a sus hijos a tratamiento sino que, prácticamente, los mantienen escondidos en sus hogares. Algunas veces no acuden a las instituciones encargadas de dar atención y servicio a los deficientes mentales porque se encuentran desorientados e ignoran si existen, pero otras veces aunada a la desorientación está la desolación pues los médicos que les dieron la noticia los alarmaron a tal grado que consideran que el caso de su hijo es irremediable. En ocasiones no los sacan del hogar para evitar los comentarios hirientes de gente ignorante. Pero sea cual sea la causa por la cual no atienden adecuada y oportunamente a su hijo es grave que lo recluyan en su casa pues el tiempo que están perdiendo es irrecuperable. Se considera que, en este sentido, la intervención del pedagogo es oportuna para orientar a los padres acerca de los servicios que existen para sus hijos y de lo importante que es atenderlos a tiempo. Otras veces se encuentran casos de padres rebeldes que no aceptan que su hijo necesita atención especial e insisten en inscribirlo en una escuela para niños normales perdiendo alarmantemente el tiempo. Y es triste notar que en ocasiones los niños no avanzan considerablemente porque su capacidad no da para más pero existen otros casos en que, aún con un buen pronóstico y posibilidades de avanzar no lo logren porque sus padres no los lleven al sitio adecuado.

Al intentar conocer los métodos educativos y los programas que había para ellos se encontró que en las escuelas los tratan como a cualquier otro deficiente mental. Esto es conveniente porque les dan las mismas oportunidades a todos pero no lo es tanto si se toma en cuenta que cada patología tiene sus características propias y cada persona es distinta a otra. Y al reunirlos pretenden que el grupo sea homogéneo para que todos lleven el mismo programa, pero esto es falso porque dentro de un mismo grupo puede haber tanta diversidad en la necesidad de programas como alumnos haya en él. Por otro lado, cada persona tiene su ritmo de avance particular, por eso es necesaria la atención individual.

Se encontraron pocas instituciones que ofrecen un servicio completo, desde intervención temprana hasta capacitación laboral, pues algunas solamente atienden el aspecto académico aún cuando reconocen que el sujeto necesita ayuda en todas las áreas. Algunas instituciones, como las oficiales, establecen un límite para la admisión que es de 16 años aproximadamente y cierto C.I. excluyendo a los de menos de 35 por considerarlos ineducables. Esto lo hacen de tal manera que dejan fuera a una población considerable que demanda servicios urgentemente. Para atender a tal demanda se crearon las escuelas particulares que atienden a deficientes mentales rechazados.

Dentro de las escuelas particulares se encontraron aquéllas que si cuentan con programas adecuados, personal capacitado, instalaciones, etc., y que, por lo tanto, dan un

buen servicio; en cambio, hay otras que carecen de todo lo antes mencionado, y que al ser manejadas por gente sin escrúpulos, lucran con la necesidad de los padres de chicos deficientes mentales. Sin embargo, no todos los padres cuentan con recursos económicos para inscribir a sus hijos en esas escuelas y encuentran en los Centros de Educación Especial y Rehabilitación una alternativa pues el servicio es eficiente y gratuito. En ellos se atiende a personas rechazadas de otras instituciones, incluso de escuelas particulares por su C.I. tan bajo y los rehabilitan con resultados satisfactorios puesto que modifican su conducta para que aprendan algo que les sea útil y el trato es individual.

Las instituciones que dan servicio completo, capacitan al alumno para la vida laboral pero de nada sirven los conocimientos del muchacho si la sociedad no se encuentra preparada para recibirlo y no lo emplea en sus empresas. La sociedad necesita educación para aprender a vivir y a tratar con los deficientes mentales y quien se la puede dar es el pedagogo. Respecto a las oportunidades de trabajo, solamente una institución se ocupa de eso y es la Confederación Mexicana de Asociaciones en Pro del Deficiente Mental pues establece convenios con empresas para colocar en ellas a los muchachos deficientes mentales o abre talleres protegidos para emplearlos. También se ocupa de organizar el tiempo libre de estas personas y de ayudar a sus padres.

Se observó que son pocas las instituciones que cuentan con pedagogos dentro de su personal aunque se vio la necesi-

cesidad de emplearlos en varias etapas de la rehabilitación de las personas deficientes mentales y sobre todo en la reeducación de la sociedad para prepararla a aceptarlos.

Como ya se dijo, se encontraron ocho casos de niños con microcefalia en la zona metropolitana. Todos ellos formaban parte, en sus escuelas, de algún grupo que pretendía ser homogéneo pero tenía necesidades, intereses y posibilidades -- diferentes y su avance era mínimo. Además requerían aten--- ción individual que no les era proporcionada debido a que la profesora debía atender a varios alumnos al mismo tiempo. No se niega que tanto las escuelas oficiales como las particu--- lares hacen un gran esfuerzo para ayudar a estas personas -- pero se opina que no es la adecuada para los niños con mi--- crocefalia que tienen necesidades diferentes a otros grupos de deficientes mentales y que cada uno de ellos requiere un programa diferente al del otro aún cuando ambos se encuen--- tren en el mismo nivel y padezcan la misma enfermedad. El -- método que pareció ser el más conveniente para estas perso--- nas fue el de Modificación de Conducta en Educación Especial y se tuvo oportunidad de aplicarlo a dos niños con microce--- falia que asistían a una escuela particular la cual se en--- contraba ubicada en una casa habitación y carecía de perso--- nal especializado por lo que permitieron tal intervención y dieron todo tipo de facilidades para ello. A esos dos chi--- cos se les dio atención individual durante media hora diaria en el transcurso de seis meses y se trabajó con programas de acuerdo a sus necesidades y posibilidades, obteniéndose re--- sultados satisfactorios.



Cuando se tomó el caso del niño, quien contaba con ocho años aproximadamente, le enseñaban ejercicios de motricidad fina, al igual que al resto de los alumnos del grupo, para que posteriormente aprendieran a escribir. En el grupo de la niña, que tenía catorce años aproximadamente, se trabajaba en escritura. Al realizar la observación, que es el primer paso para el tratamiento, se descubrieron otras necesidades individuales y más urgentes a las necesidades del grupo. El niño tenía problemas con su profesora porque dependía de ella para ir al baño y no sabía desabrocharse el pantalón, etc. Por otra parte, se descubrió que el problema más urgente de la chica era mejorar su comunicación hablada, la cual era defectuosa y le causaba conflictos ya que lloraba y se desesperaba porque no la entendían. Además, se angustiaba porque su madrastra la maltrataba, y aunque quería decírselo a su padre y hermanos o a su profesora, no podía porque casi nadie entendía su lenguaje. Con el niño se trabajó, principalmente, en vestimenta y con la chica en el programa de comunicación, en uno de los muchos fonemas en los que tenía problemas. Con este método se lograron avances que, con el método tradicional, difícilmente se consiguen en un plazo corto como ese y con sesiones de poca duración como las que se le daban a los niños. Pero para ello influyó el trato individual y el programa adecuado a sus necesidades.

El niño no solamente aprendió a quitarse el suéter sin ayuda y a desabotonarlo, a bajar y subir el cierre del pantalón, así como desabrocharse él mismo, que son conductas del área de cuidado personal específicamente en vestimenta,

sino que también aprendió a lavarse y secarse las manos, a -  
soltar el depósito del agua del baño y a desenvolver un dulce.  
Estas conductas pertenecen al área de cuidado personal  
en aseo y control de esfínteres, así como la motricidad fina  
que pertenece al área de habilidades sociales y de adapta---  
ción.

La chica aprendió el nombre de 90 objetos comunes en su  
medio ambiente y mejoró su pronunciación, sobre todo en el -  
fonema /d/ al inicio de palabra. Tales conductas pertenecen  
al área de habilidades sociales y de adaptación en fonemas -  
en tactos y en intraverbales así como en articulación, res---  
pectivamente. Estos programas le sirvieron para mejorar su  
comunicación y con ello adaptarse a su medio social.

La aplicación de los programas fue posible gracias a --  
que el plan de Modificación de Conducta capacita a su propio  
personal, por lo que hacen extensivos los métodos, fundamen-  
tos, etc., hacia los profesionales y paraprofesionales que -  
se interesen en la rehabilitación de estas personas, así co-  
mo hacia sus familiares, por medio de libros que tratan al -  
respecto. Además se interesan en que este plan se divulgue  
para beneficio de un número mayor de sujetos con requeri---  
mientos de educación especial. Es accesible, completo y ---  
funcional por lo cual fue escogido como el más adecuado para  
tratar a los niños deficientes mentales con microcefalia.

No se desconoce el esfuerzo que se ha hecho para llegar  
al lugar donde se encuentra la educación especial de los de-

ficientes mentales, pero aún falta mucho por hacer pues esto es un proceso y los especialistas en el área no deben conformarse con lo que han logrado, deben buscar nuevos caminos, seguir cooperando unos con otros e investigando para mejorar las condiciones de vida de estas personas.

Una alternativa que se propone es hacer, aquí en la E.N.E.P. Acatlán, algo parecido a lo que se realiza en la E.N.E.P. Iztacala. Es decir, abrir un centro de rehabilitación en educación especial, dando un servicio a la comunidad ya que se solucionaría un poco el problema de la falta de personal preparado para trabajar con estas personas y al mismo tiempo los alumnos de la carrera de Pedagogía aprovecharían tal experiencia pues pondrían en práctica sus conocimientos del área bajo la asesoría de sus profesores, lo cual garantizaría buenos resultados, además del servicio a la comunidad que se brindaría.

Para esto se necesita que los futuros pedagogos se preparen bien en las áreas de psicopedagogía en general y educación especial en particular, y que los planes de estudio de la carrera las contemplen con mayor profundidad, pues es un campo de acción muy amplio en el cual el egresado puede desarrollarse plenamente y dar ayuda a este tipo de personas que tanto se les ha descuidado.

El servicio que se daría en tal Centro no sería solamente trabajando directamente con los niños afectados y rehabilitándolos, sino que la función del pedagogo iría más

allá, ya que el servicio que necesitan las personas con mi--crocefalia, como los deficientes mentales en general y todas aquellas personas que requieren educación especial, debe ser permanente y completo. Esto es, el pedagogo puede:

- Concientizar a las personas que tienen los primeros - contactos con los niños deficientes mentales para que orienten adecuadamente a los padres ya que, se podría decir que, más del 50% de la rehabilitación de sus hijos depende de la intención que ellos tengan de que esto se logre. Por eso no es conveniente espantarlos o desanimarlos sino que se les -- deben dar esperanzas reales y remitirlos a los centros ade--cuados para que la rehabilitación se inicie a temprana edad, ya que un profesionista mal preparado puede perjudicar tanto como la falta de personal. Una buena alternativa sería, como se dijo, este centro que diera orientación en tal sentido.

- En él se puede capacitar también al personal que se - dedica a atender a los deficientes mentales, según el pro--blema específico que tengan, pues se pudo detectar en la in--vestigación que a todos les dan el mismo tratamiento y no de acuerdo a sus características y necesidades específicas.

- Se pueden orientar a los padres y familiares involu--crándolos en la rehabilitación de los niños, pues en gran -- parte sus avances dependen de ellos, del apoyo e interés que muestren por ellos. Al darles estrategias muy concretas y - apoyo en sus conflictos, podrán cooperar y ayudar para que - estos pequeños salgan adelante y sean personas que se sien--tan queridas y valiosas por los demás.

- Para ello, se sugiere trabajar en coordinación con la Confederación Mexicana de Asociaciones en Pro del Deficiente

mental, la cual ya apoya a los padres y los ayuda a solucionar los conflictos que les ocasiona tener un hijo deficiente mental. Sin embargo, esta Asociación requiere mayor difusión y apoyo por parte de instituciones educativas como la A.N.E.P., uniendo esfuerzos y optimizando recursos.

- Apoyar en la reeducación de la sociedad para que acepte a los deficientes mentales, pues de poco servirán los esfuerzos por integrarlos a la sociedad si ésta no los acepta y coopera en su rehabilitación con fuentes de trabajo.

- En la canalización de los egresados de los centros de capacitación para el trabajo en algunas empresas o talleres protegidos de tal manera que el deficiente mental consiga trabajo una vez terminada su preparación laboral.

- Al apoyar la coordinación del trabajo entre el personal especializado, como es el caso del neurólogo y las profesoras de la escuela de educación especial en beneficio del niño, pues a veces esa falta de comunicación repercute desfavorablemente en el aprendizaje del alumno, en la atención, etc., por su hiperactividad o su somnolencia.

- También puede coordinar el servicio médico con el de intervención temprana, ya que algunas veces los padres llevan a su hijo al médico pero creen que los servicios para los deficientes mentales se inician como los del resto de los chicos, es decir, hasta los cuatro años que es cuando ingresan al jardín de niños; y no es así, pues durante esos 4 años se puede dar el servicio de intervención temprana mejorando considerablemente la situación actual y futura del sujeto.

El trabajo de este centro se haría en combinación con la S.E.P., con el D.I.F., la Confederación Mexicana de Asociaciones en Pro del Deficiente Mental y todas las instituciones que atienden a estas personas. La E.N.E.P. Iztacala es una muestra de lo que se puede lograr cuando se desean hacer las cosas y prestar un servicio como éste que tanta falta hace en la comunidad. Valga entonces un reconocimiento a todas aquellas personas que, de alguna manera, se han preocupado por mejorar la atención del deficiente mental mexicano basándose en estudios que han hecho con los niños que atienden e interesando y capacitando personal que, se espera, ayude a mejorar estos servicios.

El pedagogo, por tanto, debe tomar este ejemplo, prepararse y adentrar en este campo educativo que ha descuidado tanto. No basta un simple curso para incursionar en problemas tan complejos como lo es la microcefalia, se requiere un contacto más directo y supervisado.

## GLOSARIO

- amencia.** Falta de inteligencia, idiotez, especialmente la --  
congénita.
- aminoaciduria.** Presencia de aminoácidos en la orina.
- anartria.** Sin articulación. Imposibilidad de articular dis--  
tintamente los sonidos; afasia motriz subcortical.
- anoxia.** Suministro insuficiente de oxígeno al cerebro.
- aparato.** Conjunto de partes que actúan de consumo para reali--  
zar una función. Conjunto de partes y órganos que rea--  
lizan las diversas funciones expresadas por estos tér--  
minos.
- área motora.** Las circunvoluciones frontal ascendente y pa--  
rietal ascendente, donde se cree que están situados los  
centros nerviosos del movimiento.
- atetosis.** Trastorno caracterizado por movimientos continuos  
involuntarios bastante lentos y extravagantes, de dedos  
y manos principalmente, debido por lo común a una le--  
sión del cuerpo estriado.
- atipia.** Estado o condición de no conformidad con un tipo. --  
Irregular.
- atrofia.** Disminución del volumen y peso de un órgano por de--  
fecto de nutrición. Degeneración de los tejidos sean --  
musculares o nerviosos.
- audición.** Acto de oír.
- audiometría.** Acto de medir la audición.
- caudal.** Relativo a la cabeza y a la cola, o al eje mayor del  
cuerpo.
- céfalo.** Forma prefija con la significación de cabeza.

- celular.** Relativo a la célula. Sustancia extraña en el proto plasma de la célula.
- cístico.** Perteneciente o relativo a una vejiga o quiste. Con ducto cístico.
- cito.** Forma prefija de célula.
- clástico.** Que produce o causa división en partes; separable en partes.
- cociente de inteligencia o cociente intelectual. (C.I.)** Medida de la inteligencia o del funcionamiento intelectual obtenida dividiendo la edad mental del sujeto, es decir, el nivel en el cual funciona una persona según la escala de Binet-Simon, entre su edad cronológica o real y multiplicada por cien.
- cognición.** Conocimiento, comprensión, razonamiento.
- consanguinidad.** Parentesco natural de individuos que descienden del mismo tronco.
- corio.** Forma prefija de membrana, piel, cuero.
- coriorretinitis.** Inflamación simultánea de la coroides y la retina.
- cortical.** Relativo a la corteza o de su naturaleza.
- corticocerebral.** Relativo a la corteza del cerebro.
- cráneo.** Conjunto de huesos que limitan la cavidad o caja craneal que contiene el encéfalo y lo protege.
- craneosinostosis.** Osificación prematura de las suturas craneales.
- cuadriplejía.** Parálisis de los cuatro miembros o extremidades; tetraplejía.
- deficiencia.** Defecto, imperfección o falta.
- deficitarios.** Deficiencia



**desviación.** Dirección viciosa o anormal de una parte u órgano.

**desviación estándar.** (D.S.) Medida utilizada en estadística que indica la diferencia entre la puntuación obtenida por el sujeto comparada con el promedio. Esto es, si el perímetro cefálico para varones de un mes es de 37.0 cm como promedio y hay una tolerancia de 1.2 cm hacia arriba o hacia abajo del promedio o de la media esto equivaldría a 1 D.S.

**diabetes.** Enfermedad caracterizada por la excesiva secreción de orina. **Diabetes mellitus.** Trastorno del metabolismo de los hidratos de carbono caracterizado por hiperglucemia, glucosuria, sed intensa, hiperorexia, adelgazamiento progresivo, afecciones de la piel de carácter gangrenoso a menudo, neuralgias, prurito, acidosis y coma, la enfermedad es crónica y ordinariamente era fatal antes del descubrimiento de la insulina.

**diplejía.** Parálisis que afecta partes iguales de cada lado del cuerpo; parálisis bilateral.

**diplejía espástica.** Enfermedad de Little. Parálisis espasmódica infantil que resulta de la falta de desarrollo del cordón piramidal.

**disartria.** Grado moderado de anartria. **Dislalia.** Impedimento para controlar los músculos de la articulación, causada probablemente por daño cerebral.

**dislalia.** Trastorno de expresión con anomalía de los órganos del lenguaje. **Disartria.**

**dislexia.** Alexia moderada o transitoria; especialmente, forma en que el paciente sólo lee bien las primeras pala--

bras y luego, sin trastorno visual, sin otra alteración se cansa, pudiendo continuar después de un intervalo -- más o menos largo. Incapacidad parcial tanto para leer como para comprender lo leído, sea en silencio o en voz alta.

**distal.** Remoto, periférico, más alejado del centro.

**ecléctico.** Individuo o escuela que profesa el eclecticismo, es decir, que escoge de cada sistema, teoría, método, -- etc., lo que cree mejor o verdadero. En los métodos de lectura y escritura el método ecléctico toma elementos de los dos, es decir, combina ejercicios de tipo foné-- tico y global en el mismo programa.

**egocéntrico.** Dícese de quien todas sus ideas convergen hacia sí mismo, especialmente del delirio en el que el enfermo se considera como centro de atención de todos los -- pensamientos de los demás.

**embriogénesis.** Desarrollo de tejidos y órganos embrionarios.

**encefalitis.** Inflamación del encéfalo que puede afectar des-- favorablemente al desarrollo mental.

**encéfalo.** Porción del sistema nervioso central contenido --- dentro del cráneo, que comprende el cerebelo, el puente de Varolio y la médula oblongada o bulbo.

**encefalomalacia.** Reblandecimiento del encéfalo.

**enfermedad de Down.** Mongolismo, idiocia mongólica causada -- por anomalía cromosómica y trisomía 21. Entre las -- características de quienes la padecen se encuentran ojos rasgados, estatura corta y tendencia a la obesidad.

**ependimitis.** Inflamación del epéndimo.

**epéndimo.** Membrana que tapiza los ventrículos del cerebro --

(epéndimo ventricular) y el conducto central de la médula espinal (epéndimo espinal).

**esfínter.** Músculo en forma de anillo que cierra un orificio natural.

**espasmo.** Contracción involuntaria persistente de un músculo o grupo muscular, algunos reservan el nombre de espasmo para la contracción tónica persistente de los músculos de fibra lisa.

**espasticidad.** Cualidad de espástico o espasmódico.

**estadio.** Período definido o fase en el desarrollo de una enfermedad. Período, dicho especialmente de los tres que se observan en cada acceso de fiebre intermitente.

**etiología.** Parte de la medicina que tiene por objeto el estudio de las causas de las enfermedades.

**étnico.** Relativo a la raza y a sus características.

**examen.** Indagación y observación de los sentidos, solos o -- auxiliados de instrumentos, de las cualidades y circunstancias que presenta una parte u órgano, con objeto --- diagnóstico especialmente.

**fenilalanina.** Aminoácido, -amino-fenil-propiónico, esencial en la nutrición humana.

**fenilcetonuria.** Metabolopatía hereditaria de la fenilalanina-aminoácido que es esencial en la nutrición caracterizada por la aparición de ácido fenilpirúvico- producto metabólico de la fenilalanina caracterizado por su - excreción de la deficiencia mental llamada oligofrenia. Puede aparecer en la orina. También produce desarrollo anormal del cerebro.

**fisioterapia.** Empleo de agentes físicos: luz, calor, aire, -

agua, ejercicios mecánicos, etc., en el tratamiento de las enfermedades.

**fonemas.** Cada sonido simple del lenguaje o letra, diptongo o sílaba.

**fonética.** Ciencia de los sonidos vocales.

**fonético.** Método sintético para la enseñanza de la lectura y la escritura. Se enseña primero el sonido de las letras después se aprenden las sílabas hasta llegar a la palabra, las frases y oraciones.

**fontanelas.** Espacio sin osificar en el cráneo del niño.

**glial.** Neurología.

**global.** Método analítico para enseñar a leer y escribir. --- Primero se enseña la palabra y su significado, es decir, palabras y oraciones con su significación, más adelante las sílabas y por último la letra.

**hemiplejía.** Parálisis de un lado del cuerpo.

**hiperactividad.** Actividad motora exagerada; sobreactividad; hiperkinesia que se considera inapropiada.

**hipoacusia.** Disminución de la sensibilidad auditiva.

**hipoglucemia.** Disminución de la cantidad de glucosa contenida en la sangre.

**hipoplasia.** Disminución de la actividad formadora o productora; desarrollo incompleto o defectuoso.

**hipotonía.** Tensión o tonicidad disminuida, especialmente de los músculos; tensión intraocular menor; hipotensión.

**idiotia.** Debilidad mental congénita manifestada por el grado más bajo de mentalidad.

**inclusión.** Penetración o contención de una cosa o parte dentro de otra.

- incontinencia.** Emisión involuntaria de material cuya excreción se halla sometida normalmente a la voluntad.
- incontinencia pigmentaria.** Anomalia caracterizada por manchas dérmicas irregulares dependientes del exceso de melanina con defectos oculares, dentarios y del pelo; ataca únicamente a las mujeres.
- inhibición.** Restricción o detención de la función de un órgano por estímulo de una parte lejana, por mediación nerviosa u hormonal. Detención o restricción de un proceso cualquiera.
- ínsula.** Lóbulo de la ínsula, isla de Reli; eminencia de la corteza cerebral oculta en el fondo de la cisura de Silvio, constituida por cuatro pequeñas circunvoluciones rectilíneas casi verticales.
- interacciones.** Relación existente entre dos elementos de un sistema debido a la cual la actividad de cada uno de ellos es determinada por la actividad del otro.
- intrínseco.** Intimo, esencial y exclusivo de una parte u órgano.
- liscencefalia.** Estado del cerebro liso sin circunvoluciones.
- locomoción.** Facultad de los seres animales de trasladarse de un lugar a otro.
- megalo.** Forma prefija de grande.
- metodología.** Conjunto de reglas que deben seguirse en el estudio de un arte o ciencia.
- microcefalia.** De cabeza pequeña. Asociado a deficiencia mental.
- microftalmía.** Pequeñez anormal de los ojos.
- microgiria.** Pequeñez o escaso desarrollo de las circunvolu--

ciones cerebrales.

**morfogénesis o morfogenia.** Evolución o desarrollo de la forma y estudio de las leyes que la rigen.

**motor.** Músculo, nervio o centro que produce movimiento.

**motricidad.** Incitación motriz; propiedad de los centros nerviosos de provocar la contracción muscular.

**mutismo.** Inhibición voluntaria del lenguaje en las psicosis.

**narcicismo.** Excitación sexual producida por la admiración -- y contemplación del propio cuerpo; automonosexualismo.

**nación.** Punto medio en la sutura frontonasal

**nistagmo.** Espasmo clónico de los músculos motores del globo ocular, que produce movimientos involuntarios de éste -- en varios sentidos.

**obliteradas.** Desaparición de la luz de un vaso o conducto -- por obstrucción o por adherencia de las paredes del -- mismo. Extirpación completa de una parte u órgano, quirúrgica o espontáneamente por una enfermedad.

**occipucio.** Porción posterior o inferior de la cabeza. Hueso occipital.

**onomatopeya.** Imitación del sonido de una cosa en el vocablo que se forma para significarla.

**opérculo.** Cubierta o tapadera; especialmente la porción del cerebro que rodea la cisura de Silvio y esconde la ínsula de Reil, dividida en cuatro porciones u opérculos.

**pancitopenia.** Escasez de todos los elementos celulares de la sangre.; anemia aplástica.

**patología.** Rama de la medicina que estudia las enfermedades y los trastornos que producen en el organismo; nosología.

**peri.** Forma prefija de alrededor.

**posnatal.** Que ocurre después del nacimiento.

**prosencefalo.** Porción anterior de la vesícula cerebral del embrión, de cuyo desarrollo se originan los hemisferios cerebrales, cuerpos estriados, lóbulos olfatorios, partes del tálamo y ventrículos tercero y laterales.

**próximo.** Inmediato, cercano.

**psicoanálisis.** Análisis de la mente. Método de tratamiento de algunas enfermedades mentales en el que el paciente proyecta sobre el psiquiatra los conflictos, actitudes y emociones que ha utilizado en forma reiterada y que proceden de experiencias pretéritas de la infancia. Fue ideada por Freud y se basa en las asociaciones libres de ideas que expresa el paciente suscitadas por una serie de términos expuestos por el analista. El método de las asociaciones libres permite comprender al paciente la conexión de sus problemas emocionales y las dificultades pasadas en su vida y facilita suprimir los conflictos internos, base del tratamiento. En esta teoría se considera que las motivaciones son la raíz de los problemas mentales y emocionales.

**psicometría.** Medición de la inteligencia o del tiempo invertido en las operaciones mentales.

**psicomotilidad.** Conjunto de efectos motores de la actividad psíquica.

**psicomotor.** Relativo a los efectos motores de la actividad psíquica.

**psicoterapia.** Tratamiento de las enfermedades, especialmente de las nerviosas, por la sugestión o persuasión y demás agentes psíquicos.

**roentgenografía.** Fotografía por los rayos Röntgen o X.

**segregación.** Separación, disociación y, en sentido amplio, - secreción. En genética, disociación del par de genes en el proceso de maduración.

**síndrome.** Cuadro o conjunto sintomático; serie de síntomas y signos que existen a un tiempo y definen clínicamente - un estado morboso determinado.

**somatometría.** Medición del cuerpo, especialmente en sus relaciones con la constitucionalística o biotipología.

**toxoplasmosis.** Infección con esporozoos de la especie toxoplasma. En los niños se caracteriza generalmente por encefalomielitis y en los adultos por una forma semejante a la fiebre maculosa de las montañas rocosas.

**trombo.** Coágulo sanguíneo en el interior de un vaso que permanece en el punto de su formación. Coágulos sanguíneos alrededor de una vena seccionada.

**trombosis.** Proceso de formación o desarrollo de un trombo.

**verbal.** Compuesto de palabras o que afecta al lenguaje.

**virus.** Cualquiera de los agentes infecciosos más pequeños -- que las formas corrientes de bacterias, algunas apenas visibles y otras invisibles con el microscopio ordinario, que pasan a través de los filtros. Se multiplican en el cuerpo animal pero no pueden ser cultivados en -- medios inertes sino que requieren células vivas. Son - causa de numerosas enfermedades.

**visomotor.** Se dice que es la capacidad del sujeto para relacionar los estímulos visuales y las respuestas motoras adecuadamente.

**W.A.I.S. wechsler Adult Intelligence Scale.** Escala wechsler



de Inteligencia para Adultos. Cuenta con once subtests. Seis en la escala verbal: información, comprensión, --- aritmética, semejanzas, repetición de dígitos y vocabulario. Y cinco en ejecución: símbolos, figuras incom--- pletas, diseño con cubos, ordenar imágenes y ensamblar objetos. Se aplica individualmente.

**W.I.S.C.** Wechsler Intelligence Scale Children. Escala Wechsler de Inteligencia para Niños. Cuenta con doce subtests. La escala verbal tiene seis: información, comprensión, aritmética, semejanzas, vocabulario y repetición de dígitos. La de ejecución: dibujos incompletos, ordenamiento de imágenes, diseño con cubos, ensamblaje de objetos y laberintos. Se aplica individualmente.

## BIBLIOGRAFIA

1. ADAMS, R. D. y V. Maurice: Principles of Neurology. ----  
U.S.A.: Mc Grow-Hill Book Company, 1981. 1094 -  
págs.
2. ANASTASI, A.: Psicología Diferencial. España: Aguilar, -  
Col. Psicología y Educación, 1977. 596 págs.
3. ANASTASI, A.: Tests Psicológicos. Madrid: Aguilar, 1978.  
660 págs.
4. BAKER, A. B.: Clinical Neurology. New York: Hoeber-Har--  
per Book, 1962. vol. 1, 563 págs.
5. BARNES, L. A.: Manual of Pediatric Physical Diagnosis.  
U.S.A.: Medical year book. Publisher Inc., Chi--  
cago, 1968. 283 págs.
6. BARNETT, H. L. y A. H. Einhor: Pediatrics. U.S.A.: Edu--  
cational Division/Meredith Corporation New York,  
1972. 2070 págs.
7. BARRAQUER, B. L.: Neurología Fundamental. Barcelona: To--  
ray S.A., 1968. 843 págs.
8. BELL, W. E. y W. F. Mc Cormick: Neurologic Infections in  
Children. Philadelphia: W. B. Saunders Company,  
1975. 456 págs.

9. BRAIN, R.: Enfermedades del Sistema Nervioso. Buenos Aires: Librería el Ateneo, 1955. 877 págs.
10. BURTON, B. K.: "Dominant Inheritance of Microcephaly --- with Short Stature." Clinical Genetics. vol. 20, No. 1. U.S.A., 1981. pp. 25-27.
11. CARDENAS, J.: Neurología. México: Francisco Méndez Oteo, 1959. 775 págs.
12. CARR, C. Ch. y J. D. Swartz: Retardo Mental. México: --- Trillas, Col. Biblioteca Técnica de Psicología, 1979. 270 págs.
13. CARRILLO, R.: Glasificación Sanitaria de los Enfermos -- Mentales. Buenos Aires: Eudeba Editorial Uni--- versitaria, 1974. 278 págs.
14. CARTER, C. H.: Retraso Mental en el Niño. Barcelona: --- JINS, Col. Pediatría, 1973. 307 págs.
15. CATEL, W.: Diagnóstico en Pediatría. T. I Huesos y Articulaciones. Barcelona: Salvat Editores, 1966. - 704 págs.
16. CLARKE, A. M. y A. D. B. Clarke: Mental Deficiency the - Changing Outlook. London: Methuen & Co. LTD, -- 1961. 513 págs.

17. COHEN, A. L.: Pediatría Práctica. Buenos Aires: Intermédica, 1969. 1175 págs.
18. CONFEDERACION Mexicana de Asociaciones en Pro del Deficiente Mental, A. C.: CONFE. México, febrero de 1984. 4 págs.
19. CORONADO, G.: La Educación y la Familia del Deficiente Mental. México: CECSA, 1981. 154 págs.
20. DEKABAN, A.: Neurology of Early Childhood. Baltimore: --- Co. Williams & Wilkins, 1970. 448 págs.
21. DIAZ, A. M. y otros: Formación Profesional y Empleo del Deficiente Psíquico. España: Editorial Gráficas Torroba, 1980. 143 págs.
22. DIRECCION General de Educación Especial: Bases para una Política de Educación Especial. México: SEP --- FONAPAS, 1981. 35 págs.
23. DIRECCION General de Educación Especial: Primer Congreso Nacional sobre Deficiencia Mental. Memoria. México: SEP, 1983. 387 págs.
24. EDGERTON, R.: Retraso Mental. Madrid: Morata S. A., Serie Bruner No. 12 Col. Psicología. El Desarrollo en el Niño, 1980. 169 págs.

25. ELLIS, R. W. B. y R. G. Mitchel: Disease in Infancy and Childhood. Edimburgo y Londres: E. y S. Livingstone, LTD, 1968. 687 págs.
26. ELLIS, N. E. y L. Cross: Planeamiento de Programas para la Estimulación Precoz de los Disminuidos. Buenos Aires: Las Paralelas, 1978. 186 págs.
27. ERICKSON, M.: Cómo es el Niño Retardado y Cómo Enseñarle. Argentina: Paidós, 1979. 143 págs.
28. FANCONI, G. y otros: Tratado de Pediatría. Madrid: Morata, 1955. 1045 págs.
29. FARMER, H. T. W.: Pediatric Neurology. New York: Harper & Rous Publisher, 1968. 690 págs.
30. GALINDO, E. y otros: Modificación de Conducta en la Educación Especial. Diagnóstico y Programas. México: Trillas, 1983. 322 págs.
31. GSELL, A. y C. Amatruda: Diagnóstico del Desarrollo Normal y Anormal del Niño. Método Clínico y Aplicaciones Prácticas. Buenos Aires: Paidós, 1979. 402 págs.
32. GREEN, M. M. D.: El Diagnóstico en Pediatría. Madrid: Alhambra, 1960. 482 págs.

33. GRINKER y B.: Neurología. U.S.A.: Thomas, 1949. 1138 ---  
págs.
34. HALLAS, H. Ch.: Asistencia y Educación del Subnormal. --  
Barcelona: Científico Médica, 1972. 326 págs.
35. HALLAS, H. Ch.: Cuidado y Educación del Subnormal. Bar--  
celona: Salvat Editores S. A., 1978. 301 págs.
36. HERNANDEZ, V. R. y otros: Manual de Pediatría. México: -  
Interamericana, 1980. 846 págs.
37. HOUSTON, M.: A Textbook of Neurology. Philadelphia: Lea  
& Febiger, 1963. 803 págs.
38. HUTCHINSON, J. H.: Problemas Prácticos en Pediatría. ---  
Barcelona: Toray S. A., 1969. 759 págs.
39. JELINEK, R. y otros: Directorio. Instituciones que ofre-  
cen servicio de Educación Especial dentro del -  
área metropolitana de la Cd. de México. México:  
UNAM, 1981. 156 págs.
40. KISSANE, J. M. y M. G. Smith: Pathology of Infancy and -  
Childhood. St. Louis: The C. V. Mosby Company,  
1967. 1082 págs.

41. KURTZ, A. B. y otros: "Ultrasound Criteria for in Utero Diagnosis of Microcephaly." Journal Clinical -- Ultrasound. vol. 8, No. 1. U.S.A., feb. 1980. - pp. 11-16
42. LAMM, M. D. y S. Stanley: Pediatrics Neurology. New ---- York: Appleton-Century Crofts inc., 1959. 495 - págs.
43. LAMOTE de Grignon, G.: Neurología Evolutiva. Barcelona: Salvat Editores S. A., 1980. 429 págs.
44. MOLINA de Costallat, D.: Psicomotricidad III. Educación Gestual. Buenos Aires: Losada, S. A., 1970. 102 págs.
45. NELSON, W. E.: Textbook of Pediatrics. Philadelphia: W. B. Saunders Company, 1964. 1636 págs.
46. OLECHNOWICZ, H.: La Integración Social de los Deficientes Mentales Severos y Profundos. Madrid: SEREM, 1979. 243 págs.
47. RAMOS, G. R.: "Somatometría Pediátrica." Archivos de Investigación Médica. vol. 6, suplemento 1. México: I.M.S.S., 1975. pp. 102-104, 114-116, 252-254

48. RAMOS, P. M.: Deficiencia Mental. México: B. M. Edito---  
res, 1968. 219 págs.
49. SALVAT Editores: Diccionario Terminológico de Ciencias -  
Médicas. Barcelona, 1980. 1073 págs.
50. SILVA y O. M. T.: Introducción al Estudio de la Educa---  
ción Especial. México: Artéknika, 1984. 189 ---  
págs.
51. TREGOLD, R. F. y K. Soddy: Retardo Mental. Buenos Aires:  
Médica Panamericana, 1974. 479 págs.
52. UNESCO: La Educación Especial. Salamanca: Ediciones Sí---  
gueme, Col. Pedagogía y Sociedad, No. 4, 1977.  
387 págs.
53. UNESCO: La Integración de la Enseñanza Técnica y Profe---  
sional en la Educación Especial. Paris: Publi---  
cada por la Organización de las Naciones Unidas  
para la Educación, la Ciencia y la Cultura, ---  
1977. 229 págs.
54. UNICEF: Curriculum de Estimulación Precoz. Guatemala: ---  
Piedra Santa, 1981. 154 págs.



55. WINTER, R. M. y otros: "Sindrome of Microcephaly, Microphthalmia, Cataracts, and Joint Contractures." Journal of Medical Genetics. vol. 18, No. 2. U.S.A., Abril 1981. pp. 129-133
56. ZAZZO, R.: Los Débiles Mentales. Barcelona: Fontanela, - 1973. 495 págs.