

2
26j



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

**ESTUDIO DE LOS FACTORES QUE INTERVIENEN EN
LA INTEGRACION DE NIÑOS MINUSVALIDOS A
ESCUELAS PRIMARIAS REGULARES**

TESIS PROFESIONAL

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL**

PRESENTA

PATRICIA ARIZMENDI SHO

**ESCUELA NACIONAL
DE TRABAJO SOCIAL
TESIS Y EXAMENES
PROFESIONALES**

MEXICO. D. F.

1987



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

| CAP. | | PAG. |
|-------|---|------|
| | INTRODUCCION | 1 |
| 1 | INVALIDEZ Y REHABILITACION EN MEXICO | 6 |
| 1.1 | Antecedentes Generales | 6 |
| 1.2 | Antecedentes y Situación Actual en nuestro país | 8 |
| 1.3 | Conceptualización de invalidez y rehabilitación | 13 |
| 1.3.1 | Definición de conceptos | 13 |
| 1.3.2 | Corriente tradicional | 15 |
| 1.3.3 | Reconceptualización de los términos | 17 |
| 1.4 | Tipos de escuela | 21 |
| 1.5 | La Educación como parte de la Rehabilitación del minusválido | 30 |
| 2 | LA EDUCACION EN MEXICO | 31 |
| 2.1 | Cocepto y fines de la Educación | 31 |
| 2.2 | Modalidades de la educación elemental en México | 33 |
| 2.2.1 | Educación Regular o General | 34 |
| 2.2.2 | Educación Especial | 36 |
| 3 | INTEGRACION SOCIAL DEL MINUSVALIDO | 45 |
| 3.1 | Concepto de Integración Social | 45 |
| 3.2 | Factores que intervienen en la Integración Social del minusválido | 49 |
| 3.2.1 | Factores sociales | 49 |
| 3.2.2 | Factores psicológicos | 55 |

CAP.

PAG.

| | | |
|-----|---|-----|
| 4 | ESTUDIO EXPLORATORIO DE LOS FACTORES SOCIALES QUE INFLUYEN EN LOS PROBLEMAS DE INTEGRACION DE LOS NIÑOS MINUSVALIDOS A ESCUELAS PRIMARIAS REGULARES | 62 |
| 4.1 | Planeación de la investigación | 62 |
| 4.2 | Ejecución | 68 |
| 4.3 | Análisis e interpretación de resultados | 69 |
| 5. | PROPUESTA: | |
| | PLAN DE TRABAJO. LA INTERVENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL PROCESO DE INTEGRACION ESCOLAR DEL MENOR MINUSVALIDO | 105 |
| 5.1 | Programa: Promoción de la Integración escolar del minusválido con participación de la familia | 116 |
| 5.2 | Proyecto: Valoración integral del minusválido | 125 |
| 5.3 | Proyecto: Promoción de la incorporación a la escuela primaria regular | 129 |
| 5.4 | Proyecto: Supervisión y evaluación del proceso de integración escolar del minusválido .. | 133 |
| | CONCLUSIONES | 140 |
| | SUGERENCIAS | 147 |
| | ANEXOS | 149 |
| | A. Operacionalización de las Hipótesis | 150 |
| | B. Cuestionario | 152 |
| | C. Relación de alumnos que se encuentran incorporados a escuelas primarias regulares .. | 159 |
| | BIBLIOGRAFIA | 162 |

INTRODUCCION

Cuando algún miembro de una sociedad no responde a las expectativas que de él se tienen (ya sea biológica, psicológica o socialmente) se le rechaza, en mayor o menor grado, dependiendo de cuánto se ha desviado de dicha expectativa; rechazo por el cual se le niegan derechos que puede y debe gozar todo ser humano, para garantizar su supervivencia, desarrollo y convivencia con los demás miembros de la sociedad, impidiéndole así tener la misma oportunidad que todos de satisfacer sus necesidades, ya sea biológicas, económicas, afectivas, de relación, etc.

En este caso se encuentran los huérfanos, los ancianos, los mendigos, los alcohólicos, los farmacodependientes y los minusválidos, entre otros. El presente estudio se avocará únicamente al caso de los minusválidos, quienes son seres que física o mentalmente no responden al patrón de normalidad de una sociedad, debido a la carencia, deformidad o deficiencia de alguna parte de su organismo.

Es bien sabido que el individuo, desde que nace y a lo largo de todo su desarrollo, tiene acceso a grupos primarios y secundarios que conforman una sociedad y que brindan oportunidades de desenvolvimiento y satisfacción de necesidades al individuo que pertenece a ellos. En el interior de dichos grupos pueden presentarse actitudes de aceptación, indiferencia o rechazo hacia el individuo incapacitado, dependiendo de sus valores y creencias; actitudes que en su momento permitirán la integración o aislamiento de este sujeto.

El primer grupo -primario- con el que tiene contacto el individuo es la familia, la cual se encarga de iniciar la formación de todos y cada uno de sus miembros, la inculcación de valores. También se considera que el núcleo escolar es uno de los más importantes en la aportación de experiencias y conocimientos al individuo, y como grupo relevante para propiciar la integración de todos sus miembros, por lo que se torna importante saber cómo llega a desenvolverse un minusválido dentro de la escuela, y cuán aceptado o rechazado es; pues la etapa escolar es decisiva para el posterior desenvolvimiento del individuo en los otros

grupos que conforman la sociedad, como son los grupos recreativos y laborales, entre otros.

En la etapa escolar llega a ser de suma importancia la intervención de la familia, ya que depende de ella, en primer lugar, incorporar al menor a la escuela, y en segundo lugar, elegir una escuela de educación especial o una escuela de educación regular o general; ya que cada una de ellas aportará una experiencia muy distinta a sus integrantes, debido a los objetivos que la conforman.

Es la escuela regular la que se considera brinda al individuo la más extensa gama de experiencias, ya que no se dirige a nadie que posea características especiales, mientras que aquella que ofrece atención especializada restringirá tales experiencias, al estar conformada por alumnos con ciertas características, provocando que se cree un mundo ficticio dirigido especialmente a ellos, y que en el momento de abandonar este ambiente protegido pueda serles más difícil convivir, y por lo tanto integrarse con aquellos que lo rodean.

De esta manera, el motivo fundamental de esta investigación es el conocer, describir y analizar los factores que intervienen en la integración del niño minusválido al núcleo escolar y al mismo tiempo ver cómo se desenvuelve dentro de la escuela regular, así como determinar las limitaciones que presenta en sus relaciones con los demás miembros de la escuela y el apoyo (si es que existe) que recibe para permanecer dentro de ella, tanto por parte de la familia como de las autoridades escola---

res.

Este estudio tendrá como universo de trabajo a menores _ afectados en el sistema neuromusculoesquelético y en la visión.

En el primer capítulo de este trabajo se plantean algunos _ antecedentes de la invalidez y la rehabilitación; las diferen-tes concepciones que de éstas se tienen y aspectos generales de los padecimientos invalidantes más comunes.

El segundo capítulo se avoca al conocimiento de la educa- ción elemental en México en sus modalidades de educación regu- lar y educación especial, tratando de plantear las ventajas y _ desventajas que presentan para la integración de los niños mi- nusválidos al núcleo escolar.

En el tercer capítulo se hace un esfuerzo por definir lo _ que se entiende por "Integración Social" y se hace referencia a algunos factores sociales y psicológicos determinantes en la in- teracción del individuo y que son relevantes en el proceso de _ integración al ámbito educativo institucionalizado.

Ya en el cuarto capítulo se hace el planteamiento metodoló- gico de la investigación y se presentan conclusiones de los re- sultados obtenidos en la encuesta, para en el capítulo quinto _ elaborar un plan que proponga acciones que propicien la integra- ción del minusválido a la escuela primaria regular.

Es necesario aclarar que en un primer momento este trabajo de investigación se planteó como un estudio explicativo; sin em- bargo, debido a la magnitud de la muestra (que resultó pequeña) ha quedado únicamente como un estudio exploratorio.

Por último he de mencionar los motivos que me movieron para realizar este estudio los cuales consisten en el hecho de que al tener mi experiencia profesional en este campo (el de la rehabilitación) me he dado cuenta que los esfuerzos existentes por incorporar al menor minusválido a la escuela primaria regular, no son suficientes, pero sí dignos de ser tomados en cuenta y fomentarlos, para que dentro de un tiempo no muy lejano se de la apertura en las escuelas regulares para la aceptación de personas con alteraciones invalidantes sin la necesidad de hacer la promoción desde un centro especializado.

Al mismo tiempo, me he percatado que la bibliografía existente en referencia a la educación del minusválido en un ámbito regular es escasa, y que es importante que se hagan estudios sobre el desenvolvimiento de estos menores que fundamenten positivamente el esfuerzo que se hace por integrarlos a la escuela regular.

Es mi deseo que realmente esta Tesis se convierta en una aportación tanto para la profesión de Trabajo Social como para el campo de la rehabilitación y la educación.

CAPITULO 1

INVALIDEZ Y REHABILITACION EN MEXICO

1.1 ANTECEDENTES GENERALES:

La invalidez ha sido concebida, a través de las diferentes épocas históricas, de manera diversa, y cada concepción ha intentado explicarla y darle distintas soluciones.

La variación que ha existido en ellas puede apreciarse en las actitudes y acciones que se manifiestan al interior de cada sociedad, y que van, desde el abandono del individuo para que _

él, con el empleo de sus propios recursos sobreviva o muera; _ hasta la adoración de los individuos con algún defecto o deficiencia física, ya que son actitudes regidas por concepciones mágicas, religiosas, bélicas o de utilidad al grupo social.

En base a lo anterior, las medidas de solución a la invalidez han estado dadas acorde a la concepción que de ella se tenga, siendo éstas las que determinan su destrucción o su atención.

Los primeros esfuerzos llevados a cabo por algún grupo organizado para la atención de las personas incapacitadas los realizaron los clérigos, al albergar en sus monasterios a diversos tipos de individuos con alguna disfunción en su organismo; y con el paso del tiempo y como consecuencia de las diversas problemáticas sociales imperantes, fue convirtiéndose en preocupación del Estado la atención de los individuos marginados, entre ellos los pobres y los inválidos. Sin embargo, esta atención fue proporcionada en su mayoría a nivel benéfico, en donde la única preocupación era la sobrevivencia del sujeto, dejando de lado su atención médica y su rehabilitación.

Es hasta el siglo pasado en que surge la preocupación por atender al inválido en el terreno médico y educativo, teniendo lugar, desde entonces, todos los avances que existen en el campo de la rehabilitación.

1.2 ANTECEDENTES Y SITUACION ACTUAL EN NUESTRO PAIS.

Con respecto a nuestro país, durante la época precortesiana, al igual que en otras civilizaciones occidentales, al inválido se le dejaba a su propia suerte, o bien, al no encontrar explicación sobre su mal, cuando se trataba de deficiencias de nacimiento o por enfermedad, se les asignaba una explicación mágica, con lo cual se les llegaba a adorar. En otras culturas algún defecto era símbolo de belleza física.

Con la conquista de México, y a consecuencia de las guerras y la introducción de enfermedades infecciosas por los españoles, como la viruela, surgieron numerosos grupos de indígenas inválidos, ya sea por amputaciones o ceguera, que eran atendidos únicamente por los frailes, ya que el gobierno de la colonia no se preocupaba en lo más mínimo por ellos. En esta época se creó el Hospital de San Hipólito, destinado a atender exclusivamente a enfermos mentales. (1)

Puede decirse que en este periodo el avance en la atención hacia este tipo de personas fué mínima, ya que así como surgieron, fueron desapareciendo distintos hospitales destinados a su cuidado, debido a la falta de apoyo gubernamental.

Durante la época del México Independiente los sucesos fueron similares, ya que no había una atención institucionalizada

(1) Alvarez Amézquita, José. Historia de la Salubridad y de la Asistencia en México. Tomo III, México, S.S.A., 1960, p. 307.

de los incapacitados, sino que era el Clero quien se dedicaba a atender este tipo de problemas. A pesar de los lisiados que dejó la guerra de Independencia, el periodo que comprende desde su consumación hasta la época de la Reforma (1821 - 1861), no existe ningún indicador de que se atendieran a este tipo de personas.

No fue sino hasta el gobierno de Don Benito Juárez en que se decretó la creación de una escuela para sordomudos. Hasta entonces, la atención a los inválidos, aunque fuera sólo en un área (la educativa) empezó a ser preocupación del Estado. Fue también durante la época juarista en que se creó la Escuela para Ciegos, algunos años después. (2)

Sin embargo, no fue sino hasta después de la Revolución en que comenzaron a crearse instituciones y programas de salud con atención a toda la población, como resultado de los logros constitucionales, integrándose en el año de 1928 al entonces Departamento de Salud Pública, las Escuelas para sordomudos y ciegos. Para 1937, con la creación de la Escuela Granja para enfermos mentales de Tlalpan, se aborda por primera vez la rehabilitación profesional, buscando mediante la enseñanza de trabajos adecuados, incorporar a la vida productiva a los inválidos mentales. En 1943, con la creación del Hospital Infantil de México, se inició la preparación de personal dedicado a la rehabilitación de los incapacitados.

(2) Ibidem. p. 350

Iniciándose la década de los cincuenta hubo un brote epidémico de poliomielitis, siendo el Hospital Infantil insuficiente para su atención, por lo que se justificó la creación del Centro de Rehabilitación Francisco P. Miranda.

Una acción importante después de todo esto, fue la creación de la Dirección General de Rehabilitación, dependiente de la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia, en el año de 1953, durante el Gobierno del Lic. Adolfo Ruiz Cortínez, con el fin de incorporar a los incapacitados a la vida activa, social y económica del país. La Dirección de Rehabilitación se integró con los distintos establecimientos que ya existían dedicados a la atención a diversos tipos de personas incapacitadas, encargándose así de normar sus acciones.

En julio de 1960, durante el Gobierno del Lic. Adolfo López Mateos, se inauguró el Instituto Mexicano de Rehabilitación bajo patrocinio privado. Este Instituto fue una de las pocas instituciones que efectuó lo que se conoce como Rehabilitación Integral, debido a que impartía adiestramiento laboral para los incapacitados, para después incorporarlos a centros de trabajo; al mismo tiempo que se llevó a cabo la preparación de personal especialista en terapia física y ocupacional. Sin embargo, en el año de 1981 dejó de funcionar, cerrándose así una importante fuente de atención y trabajo para minusválidos, además de haber sido una gran institución rehabilitatoria. (3)

(3) Ibidem. p. 378

Desde la creación de la Dirección General de Rehabilitación, han abierto sus puertas infinidad de centros de atención a este tipo de personas, ya sea pertenecientes al sector público, privado o social; con atención a diversos tipos de padecimientos y regidos por diferentes objetivos, tales como rehabilitar físicamente, capacitar para el trabajo, proporcionar atención psicológica, ocupación del tiempo libre, etc.; objetivos que han procurado proporcionar al minusválido bases para su inserción a la sociedad, al lograr su autosuficiencia.

Actualmente, dentro del Sector Salud, se llevan a cabo diferentes acciones rehabilitatorias, según los objetivos de cada una de las instituciones que conforman dicho sector.

El Instituto Mexicano del Seguro Social (I.M.S.S.) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (I.S.S.S.T.E.), por ejemplo, atienden a población específica, que es la que se encuentra asegurada por laborar en el sector empresarial o estatal respectivamente. La atención que las diferentes unidades rehabilitatorias que estos institutos proporcionan se conforma por la llamada "Medicina Física" y la Terapia Ocupacional básicamente, y en menor grado por atención psicológica. Esto se debe principalmente a que la atención está dirigida sobre todo a la población trabajadora y se ocupan de los problemas derivados del trabajo, como son los accidentes o enfermedades laborales.

Aún cuando la población afiliada a estas Instituciones es grande, no se puede decir que sea mayoritaria, quedando sin pro

tección un sin fin de personas de escasos recursos y que no cuentan con un empleo estable. Para ellos están destinados los servicios que proporciona la Secretaría de Salud y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (D.I.F.). La primera se encarga de proporcionar atención rehabilitatoria a nivel intrahospitalario, ocupándose de las intervenciones quirúrgicas, mientras que la segunda proporciona servicios de carácter extrahospitalario, siendo ambos organismos los que poseen los recursos materiales y humanos para atender a todo tipo de padecimientos. A ellos se suman las acciones de la Secretaría de Educación Pública (S.E.P.) quien tiene la competencia para la atención de los deficientes mentales educables.

Una de las últimas acciones relevantes referentes al campo de la Rehabilitación ha sido la desaparición de la Dirección General de Rehabilitación, y de la asignación de las funciones que le competían a nivel rehabilitación extrahospitalaria y asistenciales al D.I.F., por Decreto Presidencial en Diciembre de 1982.

Para finalizar, es conveniente aclarar que a pesar de los esfuerzos que hacen los sectores público, social y privado para atender el problema de la invalidez, aún queda mucha población desatendida, ya sea por el desconocimiento de los familiares para su oportuna y adecuada atención, por falta de recursos económicos o bien, porque no existen las instituciones que puedan dedicarse a ciertos casos, sobre todo los que tienen una manifestación severa.

1.3 CONCEPTUALIZACION DE INVALIDEZ Y REHABILITACION.

1.3.1 DEFINICION DE CONCEPTOS.

Antes de hablar de las corrientes que se han establecido _ con respecto a la concepción de la Invalidez y la Rehabilita--- ción, se hace necesario aclarar estos conceptos.

Invalidez:

La Ley General de Salud define a la invalidez como la limi tación en la capacidad de una persona para realizar por sí mis ma actividades necesarias para su desempeño físico, mental, so cial, ocupacional y económico como consecuencia de una insufi-- ciencia somática, psicológica o social. (4)

Por su parte, en el Programa Nacional de Rehabilitación se define a la invalidez como "la reducción funcional del indivi-- duo para desempeñar las actividades cotidianas en forma útil e independiente como consecuencia de una deficiencia permanente _ física, mental y/o social". (5)

Puede notarse que el elemento distintivo para definir a la invalidez es la limitación permanente que sufre el individuo pa ra desempeñar aquellas actividades necesarias para su propio de sempeño y que genéricamente se engloban en actividades de cuida

(4) Ley General de Salud. Diario Oficial, Febrero 7, 1984. Títu lo Noveno, Capítulo Unico, Artículo 173.

(5) S.S.A. Programa Nacional de Rehabilitación, 1973, p. 12.

do personal, de deambulaci3n y transporte, comunicaci3n, recreaci3n, educaci3n, trabajo y relaciones interpersonales, debido a alteraciones somáticas o mentales.

Este término se equipara con el de incapacidad física, la cual es considerada como "una disfunci3n orgánica, ya sea congénita o adquirida, del individuo, que lo limita en su desarrollo psicosocial" (6). A su vez, se considera que el individuo que sea capaz de desempeñar sus actividades de la vida diaria, teniendo alguna lesi3n física, pero sin ningún desajuste psicológico, sólo será un lisiado. (7)

Rehabilitaci3n:

Es la soluci3n que se ha dado al problema de la invalidez y que consiste en la "aplicaci3n coordinada de un conjunto de medidas médicas, psicológicas, educativas y ocupacionales, encaminadas a la adaptaci3n o readaptaci3n del minusválido con el objeto de que alcance la mayor proporci3n posible de capacidad funcional en el sector social y productivo" (8). Así mismo, la Rehabilitaci3n incluye un conjunto de procedimientos y tratamientos destinados a colocar al individuo incapacitado en la barrera mínima de su incapacidad y en el límite máximo de sus posibilidades, de tal manera que puedan ser útiles a ellos mis---

- (7) O.M.S. Study on legislative and administrative aspects of Rehabilitation of the disabled in selected countries. N.Y. 1964.
- (8) D.I.F. Norma Técnica de Rehabilitaci3n Extrahospitalaria. 1986, p. 25

mos, a su familia y a la sociedad. (9)

Existe la opinión que en cuanto a Rehabilitación hay dos _ definiciones generalmente aceptadas; una, de apreciación pura-- mente médica, que considera la rehabilitación como el empleo de todas las armas médicas que pueden favorecer la recuperación. _ Estas medidas pertenecen, sobre todo, al campo de la medicina _ física y se emplean como un suplemento del tratamiento médico y quirúrgico utilizado por el médico.

Existe otra posición más ampliamente concebida y aceptada _ por todos aquellos profesionales que están orientados a tratar _ personas con déficit físico. La Rehabilitación, según su defi-- nición, es la restauración del inválido hasta sus máximos lími-- tes posibles dentro del área física, mental, social, vocacional y económica.

Fue por encontrar las necesidades de este gran número de _ personas físicamente disminuidas, restringidas en sus capacida-- des de trabajo y en sus oportunidades de empleo, por lo que se _ desarrolló este concepto amplio, y lo que da origen a las dos _ corrientes que existen dentro de la Rehabilitación.

1.3.2 CORRIENTE TRADICIONAL.

Una vez definidos los elementos básicos, puede decirse que

(9) O.M.S. Op. cit. p. 75

la concepción tradicional de la rehabilitación ha considerado al término invalidez como un sinónimo de secuela o de incapacidad física, la cual consiste en la manifestación orgánica de la limitación del sujeto.

Al hacer esta equiparación, se presenta la situación en que la rehabilitación sólo se proporciona a nivel médico, tratando de rescatar las capacidades residuales del individuo, para lograr su desenvolvimiento e interacción con la sociedad. Desde este punto de vista, no han importado mucho las repercusiones que llega a tener la limitación orgánica en las esferas psicológica y social del incapacitado, prestándose servicios para ello únicamente como un apoyo, pero no dándoles la importancia que merecen.

No puede negarse el valor de la medicina física, a través de medidas de terapia física, terapia ocupacional, intervenciones quirúrgicas; ya que es parte decisiva para iniciar el proceso rehabilitatorio, pero no es lo único, sino que hay que conjugarlo con la intervención de otras acciones que conforman al individuo en otras áreas de su ser.

La Rehabilitación, guiada bajo el enfoque médico, se ha preocupado por mejorar la funcionalidad orgánica del individuo, proporcionar terapia ocupacional y en algunas ocasiones adiestrar al individuo en ciertas actividades que lo ayuden a reincorporarse a su empleo o que lo preparen para incorporarse al mercado laboral, aunque no siempre ésta preparación responde a las necesidades del individuo ni conducen a un empleo estable.

Esta atención se centra únicamente en la atención al individuo, olvidando las repercusiones emocionales que la lesión pueda tener en él, sus repercusiones familiares e inclusive los valores culturales de la sociedad a la que pertenece, dentro de los cuales se manifiestan prejuicios y actitudes negativas para la aceptación del minusválido dentro del grupo; prejuicios que se demuestran en la percepción estética, productiva o afectiva del incapacitado, que no le permiten a éste participar en actividades que resulten útiles para sí mismo y para otros, aún cuando se encuentre rehabilitado físicamente.

1.3.3 RECONCEPTUALIZACION DE LOS TERMINOS.

Aunque ya desde que surgió la Dirección General de Rehabilitación de la S.S.A. en el año de 1951, se ha manejado el término Rehabilitación Integral (que es parte medular de la nueva concepción y que guía el enfoque de esta área), las medidas que han sido tomadas no fueron efectivas para lograr dicho tipo de rehabilitación, y por ende la Integración Social del individuo incapacitado, no ha sido conseguida.

En la actualidad se busca rescatar el concepto de Rehabilitación Integral, sustentando al mismo tiempo, que la invalidez es una alteración a nivel de la interacción del individuo con su medio, como resultado de la incapacidad. Se manifiesta por la desventaja del sujeto para desempeñarse satisfactoriamente

en su ambiente, configurando un estado de dependencia. Así, se concibe a la invalidez como resultante de un proceso social y no meramente médico.

Este nuevo enfoque sostiene que el proceso invalidante tiene como base la estructuración de una secuela en el área física del individuo, pero que al consolidarse dicha estructuración, y al tener el sujeto la necesidad de interactuar con la sociedad, es ésta quien limita la oportunidad de actuación y desarrollo del individuo; por lo que debe contemplarse la atención del sujeto en su relación social, ya que ésta condiciona que él satisfaga o no sus necesidades (tanto de supervivencia como de relación) y el grado en que llegue a satisfacerlas.

Desde este punto de vista, las medidas que deben tomarse para propiciar la rehabilitación del minusválido, no sólo deben estar encaminadas al tratamiento del área física, sino también a su esfera psicológica e incidir en el núcleo social, para promover la integración del individuo. Para ello es necesario que el sujeto sea valorado en forma integral, por un equipo profesional multidisciplinario, conformado por médicos especialistas en rehabilitación, psicólogos, trabajadores sociales, pedagogos y cualquier otro que sea necesario; que establezca un diagnóstico y un plan de tratamiento en cada una de las áreas en que se encuentra afectado, para incidir en todas y cada una de ellas, estableciendo prioridades de acción.

Las actividades rehabilitatorias que se lleven a cabo dentro de cada una de estas esferas tienen el fin de rescatar las

potencialidades residuales del incapacitado, lograr la aceptación de sí mismo, de los demás y por los demás, proporcionándole bases para lograr su inserción al área educativa o laboral, actuando de acuerdo a características tales como el sexo, la edad, nivel socioeconómico y cultural, etc.

Para este efecto, la Organización Mundial de la Salud definió a la Rehabilitación con enfoque social como "la parte del proceso rehabilitatorio que persigue la integración o reintegración de un inválido a la sociedad, ayudándolo a ajustarse a las demandas familiares, comunales y ocupacionales, reduciendo las barreras económicas y sociales que impiden el proceso de rehabilitación total e integral" (10). De esta manera ambas partes colaboran en el proceso de integración.

Al respecto, Rufina Ballesteros sostiene que la Rehabilitación Social "tiene por objeto ubicar al individuo en su medio social, a través de su capacidad de producir, y lograr que su grupo social lo acepte como un ser activo más, capaz de relacionarse con el prójimo sin ningún problema" (11); es decir, que se contemplan medidas dirigidas a incorporar al sujeto incapacitado a la familia y a la comunidad, y a obtener la colaboración de éstos en el proceso rehabilitatorio.

Por su parte, la Rehabilitación Integral, que va de la mano con la Social, va a conducir a la integración social cuando

(10) O.M.S. Op. cit., p. 54.

(11) Ballesteros, Rufina. Tesis: Importancia del T.S. en el problema del desempleo y subempleo de la población inválida en México. México, E.N.T.S. - U.N.A.M., 1981.

el individuo minusválido alcance la satisfacción de sus necesidades y demandas, tanto a nivel familiar como comunal y ocupacional.

Ahora bien, cualquier actitud que presente la sociedad hacia el inválido se presentará dependiendo del nivel sociocultural de cada país, ya que no todos tienen el mismo grado de información acerca del problema; los mismos recursos institucionales para atenderlos, la preparación de la gente también es importante en la modificación de su percepción, y por lo tanto, de sus actitudes hacia el incapacitado.

Poco a poco se han hecho intentos de modificar ciertos conceptos que al ser empleados muestran la predisposición hacia el sujeto de atención. Así, en 1981, considerado como el "Año Internacional del Inválido", se propuso y aceptó el cambio de término inválido al de minusválido, queriendo con ello desaparecer el sentimiento despectivo y proporcionarle al individuo un poco de más valor, ya que con el primer término se desvaloriza al sujeto. Sin embargo, lo que importa al final no es el empleo de una palabra determinada, sino el significado que se le proporcione, dependiendo de la preparación cultural y aceptación que de él se tenga. Por ello, diferentes insituciones, que trabajan con minusválidos en busca de diferentes fines, como son: un reconocimiento para él o que no sea sujeto de rechazo, emplean diferentes términos, según sus objetivos, como son: incapacitado, discapacitado, disminuído físico, inválido, minusválido, persona con necesidades especiales, limitado físico; términos

que finalmente se refieren al mismo tipo de persona.

1.4 TIPOS DE SECUELA.

Una vez aclarado y aceptado que la invalidez tiene una estructuración social en base a una disfunción orgánica, se hará mención de los diferentes tipos de secuelas o alteraciones invalidantes que existen.

Las deficiencias, alteraciones o incapacidades pueden ubicarse en cuatro áreas básicamente, y en cada una de ellas se presentan diferentes clasificaciones; manifestándose cada una de ellas según el grado de alteración de manera leve, moderada o severa.

Cada tipo de secuela requiere de una atención especializada, y a su vez, cada una de ellas es percibida de manera diferente por la sociedad, aceptando o rechazando a las personas que las padecen en base a patrones estéticos, principalmente.

Los padecimientos invalidantes que para fines de la presente investigación son los que se han tomado en cuenta (aclarando que no son los únicos que existen, y que tratan de abordarse de una manera muy sencilla, desde una perspectiva no médica, con el fin sólo de saber identificarlos) son los siguientes:

.) Sistema neuro-músculo-esquelético:

- Parálisis cerebral.
- Poliomielitis.

- Parálisis diversas.

.) Visión:

- Ceguera.
- Debilidad visual.

.) Intelecto:

- Deficiencia mental.
- Trastornos del aprendizaje.

.) Comunicación Humana:

- Anacusia (sordera).
- Hipoacusia (debilidad auditiva).
- Trastornos del lenguaje.

A continuación se presenta, a través de cuadros sencillos, una explicación de las diferentes secuelas, que indica el área que se encuentra afectada, el tipo de secuela, una pequeña definición acerca de la alteración, sus principales características y algunas observaciones pertinentes e importantes; con el fin de conocer un poco las diferentes manifestaciones que pueden presentarse en un individuo.

Se hace necesario aclarar que los cuadros presentados intentan ser un acercamiento accesible, tratando de eliminar la terminología médica, que además de no competir con la profesión no se conoce profundamente y maneja adecuadamente, lo que en un momento puede llevar a la confusión.

**CUADRO DESCRIPTIVO DE LA PARÁLISIS CEREBRAL
(SISTEMA NEURO-MUSCULO-ESQUELETICO)**

| DEFINICION | CARACTERISTICAS | OBSERVACIONES |
|--|--|---|
| <p>Enfermedad neuro-- muscular que afecta al sistema ner- vioso central. Obe- dece a lesión del cerebro.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Espasticidad. - Atetosis: <ul style="list-style-type: none"> . Tensión, . Sin tensión, . Distorfia, . Temblor. - Rigidez - Ataxia. - Temblor. - Atonía (rara). - Parálisis parcial o total del cuerpo. - Falta de coordinación mo- tora o visomotora. - Dificultades en la visión audición y/o lenguaje. - En ocasiones se conjuga con retraso mental. | <p>La Parálisis Cerebral puede agruparse en tres catego- rías:</p> <p>a) Forma espástica: Afecta al desarrollo y la movilidad de uno o varios miembros, según la grave- dad de la lesión.</p> <p>b) Forma atetósica: Se caracteriza por movi- mientos involuntarios len- tos o por sacudidas que aumentan con la tensión emocional y desaparecen durante el sueño.</p> <p>c) Forma atáxica: Presenta debilidad muscu- lar, incoordinación de mo- vimientos y temblores.</p> |

FUENTE: Gufa Médica (Consejos Prácticos). Tomo X, p. 2060, México, Salvat, 1984.
Enciclopedia Familiar de la Medicina y la Salud. Tomo II, p. 608, Estados
Unidos, H.S. Stutman, Co. Inc., 1964.

CUADRO DESCRIPTIVO DE LA POLIOMIELITIS
(SISTEMA NEURO-MUSCULO-ESQUELETICO)

| DEFINICION | CARACTERISTICAS | OBSERVACIONES |
|--|--|---|
| <p>Inflamación de las células de la materia gris de la médula espinal. Es una infección de origen viral.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Es un virus que afecta a las células de la cuerda espinal, cerebro y otros tejidos nerviosos, produciendo parálisis parcial o completa de diversos músculos. - Delgadez en las extremidades afectadas. - Falta de estímulos nerviosos de la parte afectada. - Acortamiento del miembro cuando la parálisis se presenta en la época de desarrollo, ya que el hueso deja de crecer. | <p>La poliomiелitis puede presentarse en alguna de las tres formas siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Poliomiелitis abortiva: Sus síntomas pasan desapercibidos y pueden ser tales como malestar estomacal, resfriado o dolor muscular. b) Poliomiелitis no paralítica: Sólo se presenta parálisis temporal de los brazos y piernas. c) Poliomiелitis paralítica: Presenta fiebre, intensos dolores musculares, vómitos, debilidad o parálisis parcial o completa de algunos músculos causando daño permanente o siendo mortal si se involucran los músculos respiratorios. |

FUENTE: Gua Médica (Consejos prácticos). Tomo IX, p. 205, México, Salvat, 1985.
Enciclopedia Familiar de la Medicina y la Salud, Tomo II, p. 608, Estados Unidos, H.S. Stutman Co. Inc., 1964.

**CUADRO DESCRIPTIVO DE LAS PARALISIS
(SISTEMA NEURO-MUSCULO-ESQUELETICO)**

| DEFINICION | CARACTERISTICAS | OBSERVACIONES |
|---|--|--|
| <p>Pérdida temporal o permanente de la función, sensación o movimiento voluntario de los músculos, originada generalmente por lesión de los nervios o destrucción de las células nerviosas que controlan la función de los músculos o tejido muscular afectado.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Impotencia funcional de los músculos. - Alteraciones de la sensibilidad. - Aumento o disminución del tono muscular. - Trastorno de reflejos. - La localización y extensión de la parálisis depende del lugar donde se asienta la lesión y cada una de las formas de parálisis tiene síntomas propios que las hacen diferentes de las demás, como: <ul style="list-style-type: none"> . Desfasamiento sensitivo - motor. . Alteración del esquema corporal. . Trastornos de la percepción vertical. . Trastornos posturales. . Trastornos del lenguaje. | <p>La parálisis puede presentarse bajo diferentes tipos, según sea el lugar donde se ubique la lesión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuadriplejía: parálisis de brazos y piernas. - Hemiplejía: Parálisis de un lado del cuerpo. - Diplejía: parálisis bilateral de partes similares en cada lado del cuerpo. - Monoplejía: parálisis de un solo brazo o de un músculo o grupo de músculos (sólo un miembro del cuerpo). - Paraplejía: parálisis de ambas extremidades inferiores. |

FUENTE: Guía Médica (Consejos Prácticos). Tomo X, p. 2054, México, Salvat, 1984.
Enciclopedia Familiar de la Medicina y la Salud, Tomo II, p. 564-565, Estados Unidos, H.S. Stutman Co. Inc., 1964.

CUADRO DESCRIPTIVO DE LAS ALTERACIONES VISUALES
(AREA DE LA VISION)

| DEFINICION | CARACTERISTICAS | OBSERVACIONES |
|--|--|---------------|
| <p>Ceguera: Es la privación o pérdida total de la vista.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Puede haber ausencia total de la percepción de la luz. - En ocasiones se puede percibir algo de luz, pero en este caso no se discriminan personas de los objetos. | |
| <p>Debilidad visual: Es la insuficiencia de visión que incapacita a la persona para realizar alguna actividad que precise el uso de la visión.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Visión de 20/20 metros. - Requiere ver a una distancia de 10 a 20 cms. y con mucho esfuerzo, aún cuando utilice apoyos visuales (como anteojos) - En ocasiones sólo alcanzan a distinguir formas, sombras o algunos colores fuertes. | |

FUENTE: Guía Médica (Consejos Prácticos), Tomo II, p. 472, México, Salvat, 1984.

CUADRO DESCRIPTIVO DE LA DEFICIENCIA MENTAL
(AREA DEL INTELLECTO)

| DEFINICION | CARACTERISTICAS | OBSERVACIONES |
|---|--|---|
| <p>Insuficiencia intelectual duradera que la mayor parte de las veces se revela como irreversible, y que pone al sujeto en estado de inferioridad en relación a su entorno.</p> | <p>Se presenta una disminución significativa y permanente en el proceso cognoscitivo, acompañada de alteraciones de la conducta adaptativa.</p> <p>El retrasado mental cursa con un retraso en todos sus niveles:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Motor, - Psíquico adaptativo - Oral, - Perceptivo, - Visual. | <p>De acuerdo a la escala de Terman-Merrill se tiene deficiencia mental cuando el C.I. está por debajo de 70.</p> |

FUENTE: Diccionario de Psicología, México, Orbis, 1986, p. 277.

CUADRO DESCRIPTIVO DE LAS ALTERACIONES AUDITIVAS Y DEL LENGUAJE
(AREA DE LA COMUNICACION HUMANA)

| DEFINICION | CARACTERISTICAS | OBSERVACIONES |
|---|---|---|
| <p>Anacusia (sordera) Trastorno Auditivo total o grave, que da como consecuencia la pérdida total de la audición</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Incapacidad para escuchar cualquier tipo de sonidos. - La comunicación por medio del lenguaje y la audición es imposible. | <p>La sordera conlleva a la mudéz o incapacidad de articular palabras, debido al hecho de no haberlas escuchado con anterioridad.</p> |
| <p>Hipoacusia (debilidad auditiva): Trastorno auditivo en el que se pierde sensibilidad, imposibilitando escuchar claramente.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Se requiere de que la persona que se dirige al afectado hable con un tono alto. - Se puede corregir la pérdida auditiva con el uso de un auxiliar. | |

FUENTE: Hallowell, Davis y S. Richard Sirverman. Audición y Sordera, 2a. ed., México, Ed. La Prensa Médica Mexicana, p. 111.

CUADRO DESCRIPTIVO DE LOS TRASTORNOS DEL LENGUAJE
(AREA DE LA COMUNICACION HUMANA)

| DEFINICION | CARACTERISTICAS | OBSERVACIONES |
|---|--|---|
| <p>Son las diferentes alteraciones en el habla que interfieren en la facultad de emitir sonidos articulados para expresar el pensamiento.</p> | <p>Dependiendo del problema es la característica que se presenta:</p> <p>a) Afasia: pérdida o disminución del habla como producto de una afección orgánica causada por lesión en la corteza cerebral.</p> <p>b) Tartamudez: defecto espasmódico del habla, resultante en una súbita detención y flujo de palabras o repetición rápida de una o varias consonantes con las cuales la persona tiene dificultad.</p> <p>c) Tartajco: consiste en pronunciar con premura y de manera imperfecta.</p> <p>d) Dislalia: alteración en el aprendizaje del lenguaje hablado que ocasiona defectos en la pronunciación de los sonidos.</p> | <p>Los trastornos del lenguaje pueden estar asociados a problemas auditivos, alteraciones de los órganos que participan en la articulación del lenguaje hablado, como labios, lengua, dientes, paladar y fosas nasales; o bien, aparecen ligados a trastornos tales como la deficiencia mental, la parálisis cerebral o factores psicológicos (emocionales) si no es que a afectaciones de la corteza cerebral, producto de algún traumatismo o enfermedad.</p> |

FUENTE: Hallowell, Davis y S. Richard Sirverman. Audición y Sordera. 2a. ed., México, Ed. La Prensa Médica Mexicana, 1985, 702 p.

1.5 LA EDUCACION COMO PARTE DE LA REHABILITACION DEL
MINUSVALIDO.

El fin del proceso rehabilitatorio es lograr la Integración social del minusválido, integración que se logra cuando el individuo logra participar en los diferentes ámbitos y actividades sociales de acuerdo a su etapa de desarrollo, permitiéndole satisfacer sus necesidades socioeconómicas y afectivas, al poder llevar una vida autosuficiente y tener la oportunidad de formar su propia vida.

En un menor de edad lo ideal es propiciar su integración a la sociedad incorporándolo al proceso educativo, el cual le da la oportunidad de socializarse y formarse académicamente, cumpliendo en esta etapa con el rol que le corresponde.

Al respecto de la educación, se dice que es "un factor que se considera en todas las fases de la rehabilitación, tanto del adulto como del niño". Esto se debe a que sólo si el individuo posee educación podrá con mayor facilidad desenvolverse socialmente y desempeñar posteriormente alguna actividad laboral estable que le permita ser independiente económicamente.

En el caso del niño incapacitado, debe buscarse que su desarrollo integral sea lo más normal posible, por lo que deberá buscarse incorporarlo a la educación básica regular y no negarle esta oportunidad de desarrollo dejándolo sin estudiar o colocándolo dentro de un ambiente especializado cuando realmente no lo amerita, limitándole sus experiencias.

CAPITULO 2
LA EDUCACION EN MEXICO

2.1 CONCEPTO Y FINES DE LA EDUCACION.

La escuela es considerada como una de las instituciones importantes como transmisora de los valores de determinada cultura y medio de socialización e interacción para aquel que asiste a ella.

La educación que en la escuela se imparte es un proceso permanente que contribuye al desarrollo del individuo y a la

transformación de la sociedad, es el factor determinante para la adquisición de conocimientos y para formar al hombre de manera que tenga sentido de solidaridad social. (12)

Puede decirse que la educación también es el medio de que dispone el hombre para desarrollar su capacidad creativa y su naturaleza social. (13)

Durkheim dice al respecto que el objeto de la educación es "suscitar y desarrollar en el niño un cierto número de estados físicos, intelectuales y morales que exigen de él tanto la sociedad política en su conjunto, como el medio ambiente específico al que está especialmente destinado" (14). Mientras que, para Bravo Ahuja, el fin principal de la educación es la integración del hombre dentro del mundo que lo rodea.

Analizando lo anteriormente expuesto, puede notarse que la educación tiene un carácter formativo en el individuo, mas dicha formación está encaminada a crear un cierto prototipo de sujeto que responda a los valores, tradiciones, creencias de una sociedad determinada, lo cual va a llevar al individuo a socializarse e integrarse al grupo al que pertenece.

"La educación tiene que hacer del hombre un individuo consciente de su dignidad de persona, responsable y libre ante sí mismo y de su necesidad intrínseca de ser con otros, principio

(12) Ley Federal de Educación, México, 1980.

(13) Bravo Ahuja, Víctor. La problemática educativa de México en el marco internacional, México, SEP, 1970, (Col. SEP 70's, N° 161), p. 7

(14) Durkheim, Emile. Educación y Sociedad, México, Península, 1975, p. 53.

medular de toda sociedad". (15)

Para tal efecto, el individuo debe ser sujeto de una Educación Integral, y para que se convierta en tal, la educación debe constituir un sistema que abarque los campos, niveles e instituciones de todo orden que propicien el desarrollo permanente del hombre, cualesquiera que sean su edad, sexo y condición física y social, a fin de que logre su plenitud como ser humano.

Es lógico pensar, que el no acceso al sistema educativo _ institucionalizado de una sociedad, limitará al individuo en su proceso de formación, socialización e integración, marginándolo de todo beneficio que proporciona una sociedad a los individuos que la conforman.

2.2 MODALIDADES DE LA EDUCACION ELEMENTAL EN MEXICO.

Existe respecto al mínimo en educación, un marco jurídico _ claro. El artículo 3° Constitucional, así como la Ley Federal _ de Educación, establecen la obligatoriedad de la Educación Primaria o su equivalente para todos los mexicanos. Sin embargo, _ esta educación no puede ser, de ninguna manera, la misma para _ toda la población, debido a que sus integrantes presentan características, ya sea personales o de situación ante el grupo al _ que pertenece, que ameritan que la atención sea de diferentes _

(15) Bravo Ahuja. Op. cit., p. 7 a 12.

tipos y modalidades.

A este respecto, encontramos que el Artículo 15 de la Ley Federal de Educación nos dice que "El sistema educativo nacional comprende los tipos elemental, medio y superior, en sus modalidades escolar y extraescolar ... El sistema educativo nacional, comprende, además, la educación especial o la de cualquier otro tipo y modalidad que se imparta de acuerdo a las necesidades educativas de la población y las características parituculares de los grupos que la integran".

Desde este punto de vista, se hará referencia a la educación elemental en sus diferentes modalidades: regular o general y especial, ya que de ella se derivará el objeto de estudio de la presente investigación. Para ello es necesario aclarar que la educación elemental comprende lo que es la educación primaria únicamente.

2.2.1 EDUCACION REGULAR O GENERAL.

Se identifica como "Educación Regular o General" (ambos términos resultan adecuados) a aquella modalidad de la educación a la que puede tener acceso todo tipo de población, que se rige bajo los preceptos de los programas generales de educación y que es impartida con las técnicas pedagógicas comunes, no requiriendo, además, de apoyo de ningún otro tipo de profesionistas, que no sea el maestro normalista.

Con la educación primaria se busca, más que con ninguna otra, la formación integral del individuo, la cual le permitirá tener conciencia social y que él mismo se convierta en agente de su propio desenvolvimiento, y el de la sociedad a la que pertenece. De ahí el carácter formativo, más que informativo, que posee la educación primaria.

Según el Dictamen de la Sección Permanente de Planes de Estudio, Programas y Métodos de Enseñanza Primaria de 1973, los objetivos de la Educación Primaria son:

- a) Encauzar el desenvolvimiento integral de todas las potencialidades que configuran una personalidad armónicamente constituida desde el punto de vista físico, intelectual, emocional y de adaptación social.
- b) Encauzar el desarrollo psicológico (de los educandos) hacia la formación de un pensamiento objetivo y científico basándose en la realización de experiencias vitales que conduzcan a un proceso de elaboración y redescubrimiento de los conocimientos y verdades científicas.
- c) Favorecer en el alumno, en su constante relación con el maestro, la práctica de hábitos democráticos.
- d) Propiciar la conservación de las tradiciones y valores de la cultura nacional, y en la localidad, y desarrollar una sólida conciencia de convivencia armónica en la comunidad universal, mostrando una amplia disposición para recibir las aportaciones de todas las corrientes del pensamiento científico.

- e) Formar una actitud de cambio de conciencia en los niños, para que éstos no sean resistentes sino flexibles ante los cambios que se produzcan en la sociedad, en las ciencias y en la cultura, y para que, además, llegado el momento participan con conocimiento y responsabilidad en la transformación que habrá de configurar la sociedad del futuro.

2.2.2. EDUCACION ESPECIAL.

Antecedentes de la Educación Especial en México.

La primera iniciativa para brindar atención educativa a personas con requerimientos especiales (como los llama la Secretaría de Educación Pública) o minusválidos (dentro del área de la rehabilitación), corresponde a Don Benito Juárez, quien en 1867 fundó la Escuela Nacional de Sordos y en 1870 la Escuela Nacional de Ciegos. Ambas acciones se mantuvieron como las más relevantes en este campo hasta el año de 1914, en el cual el Dr. José de Jesús González, precursor de la educación para deficientes mentales, organizó la primera escuela para débiles mentales. Para antes de 1927 comenzaron a funcionar grupos de capacitación y experimentación pedagógica para atención de deficientes mentales en la U.N.A.M.

En 1935 el Dr. Roberto Solís Quiroga, que fuera promotor de la Educación Especial en México y América, planteó la necesidad de institucionalizar la educación especial en nuestro país.

Como resultado de esta iniciativa, se incluyó en la Ley Orgánica de Educación un apartado referente a la protección de los débiles mentales por parte del Estado. El mismo año se creó el Instituto Médico Pedagógico en Parque Lira, para atender a niños con dicho problema. En 1937 se fundaron la Clínica de la Conducta y Ortolalia.

Para 1943 abrió sus puertas la Escuela de Formación Docente para maestros en educación especial, que contó inicialmente con las carreras de maestros especialistas en educación de débiles mentales y menores infractores. Dos años más tarde se agregaron las carreras de maestros especialistas en educación de ciegos y sordomudos.

En 1954 se creó la Dirección de Rehabilitación y en 1955 se agregó a la escuela de Especialización la carrera de especialista en el tratamiento de lesionados del aparato locomotor. En 1959 se creó la Oficina de Coordinación de Educación Especial, dependiente de la Dirección General de Educación Superior e Investigaciones Científicas.

La larga secuencia de esfuerzos por consolidar un sistema educativo para las personas incapacitadas o inválidas alcanzó su culminación con el decreto de fecha 18 de Diciembre de 1970 por el cual se ordena la creación de la Dirección General de Educación Especial, dependiente de la Secretaría de Educación Pública.

Para 1976 surgieron los primeros grupos integrados y los Centros de Rehabilitación y Educación Especial (CREE) en los

Estados. (16)

Concepto y fines de la Educación Especial:

En base a los antecedentes dados, ya se puede decir que la Educación Especial "tiene como sujeto a las personas con necesidades especiales, cualquiera que sea su problemática. No difiere esencialmente de la educación regular, sino que comparte sus fines generales y sus principios y en algunos casos, requiere el concurso de profesionistas de otras disciplinas ... ya que en muchas ocasiones la alternativa meramente educacional es rebasada y se encuentran problemas ubicados en el campo de la medicina y la psicología". (17)

Según la naturaleza y grado de los problemas de sus alumnos, comprende objetivos específicos, programas adicionales o complementarios individualizados, que pueden ser aplicados con carácter transitorio o más o menos permanente. (18)

El sistema educativo tiene como propósito el lograr un tipo de hombre que responda a los valores culturales de la sociedad en que participa, por esto, además de cumplir con el fin general de la educación, que se encuentra planteado en el Artículo 3º Constitucional. que indica que "La educación que imparte el Estado'Federación, Estado-Municipio, tenderá a desarrollar

(16) SEP-DGEE. La Educación Especial en México. México, S.E.P., 1980, p. 4 a 10.

(17) SEP-DGEE. Bases para una política de Educación Especial en México. 1980, p. 15 - 16.

(18) Ibidem. p. 16

armónicamente todas las facultades del ser humano y fomentará en él, a la vez, el amor a la patria y la conciencia de solidaridad internacional, en la independencia y en la justicia", sin importar que el sujeto presente ciertas limitaciones físicas o mentales, la educación especial no puede alejarse del contexto social en que estas personas viven, para lo cual, tienen los siguientes fines específicos:

1. Capacitar al individuo con requerimientos de educación especial, para realizarse como una persona autónoma, posibilitando su integración y participación en su medio social.
2. Actuar sobre el individuo, desde su nacimiento hasta la vida adulta para que pueda disfrutar de una vida plena, asumiendo responsabilidades sociales de acuerdo con sus capacidades.
3. Aplicar programas adicionales para desarrollar, corregir o compensar las deficiencias o alteraciones específicas que los afectan.
4. Elaborar guías curriculares para la independencia personal, la comunicación, la socialización, el trabajo y el tiempo libre.
5. Incentivar la aceptación de las personas con requerimientos de educación especial, por parte del medio social, haciendo progresivamente vigentes los principios de 'normalización' e 'integración'.

Si estos objetivos son logrados, el alumno encontrará todas las posibilidades para poder llevar una vida normal, sin li

mitaciones, más que las que su padecimiento le marque. Ahora bien, estos objetivos pueden lograrse de diferentes maneras, ya que los servicios de educación especial se clasifican en dos grandes grupos, según el tipo de atención que se presta a los sujetos con necesidades especiales.

El primero, que corresponde a los servicios escolarizados, abarca a personas cuya necesidad de educación especial es fundamental para su integración. En este tipo de escuelas el niño asiste todo el día y recibe el tipo de terapia que necesite. Las áreas aquí comprendidas son: deficiencia mental, trastornos visuales y auditivos e impedimentos motores.

El segundo tipo incluye a aquellas personas cuya necesidad de atención es transitoria y complementaria, para su evolución pedagógica normal. Aquí se encuentran incluidas las áreas de problemas de aprendizaje y lenguaje, y trastornos de conducta.

Los criterios pedagógicos en que se basa la educación especial en nuestro país consisten en descubrir el potencial del niño para programarle su educación, teniendo en cuenta mucho más sus posibilidades que sus limitaciones.

Por otro lado, la Educación Especial busca también la Integración del niño a la escuela, aunque claro está que no todos los alumnos pueden ser integrados dentro de un aula de educación regular. Existen algunos que presentan serias perturbaciones emocionales, con conductas hiperactivas o antisociales, otros con deficiencias corporales, sensoriales o mentales graves o con alteraciones múltiples que requieren cuidado y aten--

ción intensiva y continua de su salud física y psicoafectiva. _
Para cada caso debe elegirse el medio que ofrezca los estímulos
más ricos y apropiados para su desarrollo y educación.

Puede decirse que la impartición de la educación especial _
ha pasado por tres etapas, que no obstante los avances existen-
tes, aún sigue presentando; las cuales son:

a) Escuelas de concurrencia diaria, con una orientación más es-
colar, además de su enfoque terapéutico (médico) y una pobla-
ción más homogénea. Tal es el caso de la escuela que se en-
cuentra ubicada en el Centro de Rehabilitación de Zapata, _
perteneciente al D.I.F., para niños con problemas del apara-
to locomotor; y el Instituto Nacional de Rehabilitación de _
Niños Ciegos y Débiles Visuales, también perteneciente al _
D.I.F. Este tipo de escuelas crean ambientes artificiales, _
instituciones educativas e inclusive medios especiales para
ellos. Con el objeto de preparar a los niños para una inte-
gración futura en la sociedad, se les aisla durante varios _
años de las instituciones naturales reduciéndoles la oportu-
nidad de convivir con otros niños de su edad y con diferen-
tes características.

Sin embargo, no puede negarse el beneficio que proporciona _
este tipo de escuelas, ya que gran parte de los escolares mi-
nusválidos posee características físicas, psicológicas o so-
ciales que requieren un tratamiento multidisciplinario antes
de incorporarse con la gente 'normal', tratamiento que puede
ser simultáneo a una educación especial, en la que se impar-

ten bases académicas especiales para cada tipo de padecimiento, que después les permitirán integrarse, sin ningún problema, a cualquier opción educativa o laboral.

- b) Las clases especiales dentro de escuelas regulares, que rompen con la orientación segregacionista predominante, pero no siempre se puede evitar el peligro del aislamiento dentro de la propia escuela, formando los alumnos del grupo especial - su propio círculo. Un ejemplo de ello es la formación de Grupos Integrados, los cuales están conformados por los alumnos repetidores del primer año, y que se encuentran recibiendo atención multidisciplinaria por parte de un maestro especialista, psicólogos, trabajadores sociales y terapeutas.
- c) La atención de los niños con necesidades especiales dentro de los grupos regulares, dependiendo de las características de estos grupos, de las características de los niños a integrar y de los recursos disponibles. Así se pueden presentar las siguientes opciones:
- Atención en el aula regular, con ayuda periódica de un maestro auxiliar, el cual preste su asistencia directa o colabore con el profesor transmitiéndole estrategias y técnicas adicionales; y asesorando al alumno para que no se atra-se en sus clases. Esto es llevado a cabo por parte del Instituto de Rehabilitación de Niños Ciegos, en el Departamento de Integración Social, que ha establecido el Programa de Integración de niños ciegos y débiles visuales a escuelas regulares, una vez que una junta formada por personal especiali-

zado de diferentes disciplinas acuerda que el niño está ya preparado para enfrentarse a un ambiente normal. Una vez incorporado, el menor es asesorado constantemente, tanto en el aspecto didáctico como en sus relaciones personales y problemas psicológicos que se lleguen a presentar durante su estancia en la escuela a la cual se ha incorporado.

- Atención en el aula regular, con asistencia pedagógica o terapéutica en turnos opuestos o alternos, como es el caso de las Clínicas Psicopedagógicas, que atienden trastornos del aprendizaje, conducta y lenguaje básicamente, apoyando al estudiante en sus estudios, sin necesidad de abandonar la clase regular.

Este último punto de vista, que busca la integración del minusválido al ambiente escolar regular, encuentra sustento en los siguientes puntos:

.- El incapacitado se puede adaptar a la comunidad.

.- La comunidad tiene la obligación de reconocer la existencia del minusválido.

.- La segregación en instituciones o ambientes especiales facilita su entrenamiento, pero dificulta su integración social, porque no lo expone a las condiciones naturales y hace que la comunidad ignore su existencia.

.- Muchos de los problemas del minusválido son resultado del trato que recibe de quienes lo rodean y no de su propia deficiencia.

.- No se puede organizar un sistema educativo para ellos, ca

paz de satisfacer sus demandas, debido a las características so
cioeconómicas de nuestro país, que se ve limitado para crear _
la infraestructura y el personal docente especializado y neces
ario que cubra sus necesidades.

Es por lo anteriormente expuesto que debe considerarse co-
mo una opción bastante importante la asistencia del minusválido
al aula regular.

CAPITULO 3 INTEGRACION SOCIAL DEL MINUSVALIDO

3.1 CONCEPTO DE INTEGRACION SOCIAL.

El fin último de la Rehabilitación y de la Educación Especial, como se ha mencionado, es lograr la "Integración Social" del minusválido; integración que le permita interactuar con la mayor normalidad posible en su medio ambiente, de acuerdo a su etapa de desarrollo. Para ello, se ha estructurado un concepto de lo que se considera debe ser dicha Integración, para fines

de esta investigación. Así, se puede decir que se entiende por "Integración Social" al hecho de que un individuo, sea cual sea su caracterización física, mental o social, tenga las mismas _ oportunidades que los demás miembros de su comunidad, de participar en las actividades necesarias para satisfacer sus necesidades biológicas y psicosociales, para permitirle su desarrollo _ social y como ser humano.

Como puede verse, este concepto puede aplicarse a todo tipo de individuos y no sólo a los minusválidos. Al ser aceptado implica reconocer que todos los sujetos de este estudio, sin importar el tipo y severidad de su secuela, tienen derecho a vivir, a ser educados, a gozar de comodidades y ser apoyados en _ un medio en el cual existan el mínimo de restricciones en las _ libertades sobre la dignidad humana.

Este principio de Integración social propuesto, bien puede aplicarse en cualquier etapa del desarrollo de la vida del individuo, ya sea desde pequeño en sus fases de desarrollo intrafamiliar, preescolar, escolar, hasta llegar a lograr su inserción en el campo laboral.

Pues bien, es la educación, en cualquiera de sus tipos y modalidades, un factor sumamente importante, considerado en todas las fases de la rehabilitación, tanto del adulto como del _ menor, al igual que un factor importante para promover la Integración del minusválido a la sociedad.

Es ella -la educación-, después de la influencia familiar, la que va a proporcionar bases al escolar para que adquiera las

pautas culturales del grupo al que pertenece y responda a ellas de tal manera que se logre su aceptación, además de iniciar la socialización del individuo.

La Integración Social del niño puede iniciarse a través de la inserción al sistema educativo, ya sea dentro de la modalidad de educación regular o dentro de la educación especial.

Los padres de familia tienden a ingresar al minusválido al sistema de educación especial, con el fin de que reciban las atenciones necesarias y especializadas que requieren. Esto no significa que sea la mejor acción, pues en ciertos casos, lo más adecuado para que el menor logre su integración, es interactuar en un medio lo más normal posible, lo que va a lograr asistiendo a una escuela de educación regular, siempre y cuando el tipo y severidad de su escuela le permita desenvolverse sin el requerimiento de atención especial.

Ahora bien, uno de los fines de la Educación Especial en México para aquellos que por sus características tienen necesidad de insertarse a este sistema consiste, como se mencionó en el capítulo anterior, en "incentivar la aceptación de las personas con requerimientos de educación especial, por parte del medio social, haciendo progresivamente vigentes los principios de normalización e integración". (19)

La Normalización, según la considera la Dirección General

de Educación Especial, de la Secretaría de Educación Pública, es un principio que recalca la importancia para las personas con requerimientos de Educación Especial, de vivir en condiciones 'normales', tanto como sea posible, ya que desde tiempos muy remotos, y aún en la actualidad, estas personas han sido rechazadas, segregadas, o por lo menos, tratadas de manera diferente, tanto dentro de su propia familia como dentro del medio que los rodea. Como no se les ha permitido desarrollar la capacidad de responder a las exigencias de una sociedad que les pide más de lo que pueden dar, al no comprender la situación en la que se encuentran, son excluidos de su medio y por eso ven afectada su necesidad de pertenencia, propia del ser humano. El rechazo, la exclusión del grupo, a su vez, es causa de su inseguridad social y psicológica, que afecta de manera negativa a su realización mediante los logros obtenidos en su relación con el mundo. Por esto, la 'normalización' puede medirse por el grado de aceptación que muestra el medio social.

Puede observarse que los principios de "Integración Social" y "Normalización" (el primero propuesto por la rehabilitación integral y el segundo por la educación especial), son similares, pues persiguen el mismo fin: lograr la aceptación del minusválido por parte del medio en que se desenvuelve, para permitirle hacer su vida al igual que los demás miembros de la sociedad; con los mismos derechos y obligaciones; es decir, las mismas oportunidades de realización.

3.2 FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA INTEGRACION SOCIAL DEL MINUSVALIDO.

Existen infinidad de factores, tanto sociales como psicoológicos que coadyuvan a que un minusválido se encuentre integrado a la sociedad a la que pertenece. En la medida en que alguno de estos factores no responda a las necesidades del minusválido, o éste no pueda ajustarse a ellos, la "Integración Social" se verá alterada, creando actitudes de rechazo, indiferencia o sobreprotección hacia él. Por ello puede decirse que la invalidez tiene repercusiones tanto en el área psicológica del individuo, como en el área socioeconómica.

3.2.1 FACTORES SOCIALES.

Dentro de los factores sociales que intervienen en la Integración Social, podemos ubicar a todas aquellas variables externas al individuo que llegan a afectar sus actitudes y oportunidades de interacción con su medio, y que constituyen su ámbito socioeconómico.

En la medida que todo individuo se va desarrollando, tiene acceso a diferentes grupos como son: la familia, la escuela, los grupos recreativos, culturales y laborales, que conforman el medio ambiente que le brinda infinidad de experiencias. En dichos grupos pueden presentarse actitudes de aceptación o de

rechazo hacia el minusválido, por parte de los demás integrantes, actitudes que propiciarán su integración o aislamiento, _ respectivamente.

Los factores sociales que intervienen en la promoción de _ la Integración son los siguientes:

a) Familia: La familia es el primer grupo donde se desenvuelve el individuo y ella tiene una gran influencia en las actitudes que tenga el sujeto con respecto a sí mismo, a los demás y _ al entorno que lo rodea, ya que dependiendo del nivel cultural _ de ella y de la aceptación del problema invalidante, la familia puede inculcar sentimientos y actitudes positivas o negativas _ en el minusválido. La existencia de éste en el núcleo familiar a su vez, puede llegar a modificar la dinámica de este grupo, _ llegando inclusive a provocar la desintegración familiar. Todo ello debido a la falta de preparación para comprender, atender _ y aceptar a un ser que no cubre con las expectativas que la familia tiene de él, y que puede sentir, en un momento, que el mi nusválido se ha convertido en una carga económica, debido a los gastos que implica la atención rehabilitatoria. Es este grupo _ primario el que llega a orientar o influir la vida del incapacitado, pues si lo acepta y lo impulsa dentro de su proceso rehabilitatorio, podrá insertarlo posteriormente en el sistema educativo -a su debido tiempo- para llegar al final de cierta preparación a desarrollarse dentro de un ambiente laboral, según _ sus necesidades y aptitudes. Al contrario, si lo margina debido a su falta de información, provocándole prejuicios y rechazo

abierto, el mismo minusválido no podrá abrirse puertas para salir adelante. Estos niños, al encontrarse aislados, generalmente no alcanzan a desarrollar una madurez y seguridad en sí mismos, ya que estos elementos surgen cuando el individuo se siente amado y cuidado; y al contrario, la familia sólo les transmite sentimientos de dependencia y frustración. A este respecto, Charlotte Towle dice que "cuando la necesidad de amor del niño se ve frustrada de una u otra manera, esto es, cuando sus padres -o familiares- le demuestran falta de cariño, ya sea descuidándolo abiertamente o disfrazando su sentimiento con una conducta sobreprotectora, se pone en grave peligro la obtención de actitudes racionales y de un desarrollo maduro". (20)

b) Escuela: La escuela viene a convertirse en la institución reforzadora de lo aprendido por el sujeto en el seno familiar, además de inculcar otro tipo de sentimientos y actitudes, y terminar de moldear al alumno para su adecuada inserción a la sociedad, al introducirlo a los hábitos, costumbres y valores que ella tiene y que espera que todo miembro posea. Se considera también que es en el ámbito escolar donde se inicia el proceso de socialización del infante fuera de la familia. "Si las necesidades del niño han sido satisfechas dentro de la familia, de tal manera que se hay procurado que su desarrollo sea lo más normal posible, al llegar a la edad escolar dependerá menos

(20) Towle, Charlotte. El T.S. y las necesidades humanas básicas, 5a. reimp., México, La Prensa Médica Mexicana, 1984, p. 45.

emocionalmente de su familia, creándose en él la necesidad de _
desarrollar su autosuficiencia". (21)

Por otro lado, la experiencia previa que tenga el escolar _
minusválido dentro de su familia, le permitirá o no tener una _
interacción adecuada con los integrantes del medio escolar.

Dentro de la escuela encuentran especial importancia para _
la aceptación del alumno, los compañeros de clases y la acepta-
ción, comprensión y paciencia del profesor para poder integrar _
a cada uno de sus alumnos a las actividades escolares.

Aquí el maestro del infante tiene que asumir la responsabi-
lidad de ayudar al niño a formarse una opinión de sí mismo, y _
de los demás, pues la eficiencia del niño como individuo que _
participa en el proceso de aprendizaje se reduce o acrecienta _
según su autoaceptación. (22)

Dentro de este nuevo grupo, su actitud y su físico pueden _
hacer de él un blanco de agresiones -incluida la burla- por par-
te de los compañeros, o su hostilidad puede llevarlo a enfren-
tar situaciones conflictivas que al final lo conduzcan al aisla-
miento.

Es por ello que el profesor debe saber canalizar las acti-
tudes presentadas y convertirse en un medio sensibilizador de _
los problemas del infante, con el fin de que los compañeros co-
nozcan y lo acepten. Debe estar preparado para saber afrontar _

(21) Ibidem. p. 46

(22) Gillham, Helen. *Cómo ayudar a los niños a aceptarse a sí mismos y a aceptar a los demás.* México, Ed. Paidós, 1966, p. 66

los incidentes desagradables que se puedan presentar durante el proceso de aceptación del niño minusválido a los demás y viceversa.

Debe tomarse en cuenta que dependiendo de todas estas actitudes, el menor decidirá (o a veces la familia) si continúa o no dentro del núcleo escolar, lo que a la larga le otorgará o robará oportunidades de ser autosuficiente económicamente al contar con determinada preparación que lo posibilite para conseguir un empleo, cuando su situación lo amerite.

c) Comunidad: La comunidad, entendida como el ámbito en el que interactúa el individuo fuera del grupo familiar, escolar o laboral, y que brinda oportunidades tales como el esparcimiento, también llega a presentar (por parte de sus integrantes) actitudes hacia el sujeto minusválido que pueden ser de rechazo, aceptación o indiferencia. Para que el individuo pueda interactuar con su comunidad, es necesario que las personas interactuantes se perciban mutuamente. Dentro de las relaciones sociales se llegan a percibir las características de las personas. Estas características toman un matiz positivo o negativo según las pautas culturales -que incluyen los patrones estéticos y los prejuicios- y los intereses de los miembros.

Los prejuicios son actitudes condicionadas que no llegarán a permitir la aceptación del minusválido y que se presentan por la falta de información sobre el problema de la invalidez, llegando a rechazar al incapacitado por su presencia física, con

lo que se le cierran las oportunidades de interrelación.

d) Trabajo: Se considera que la actividad productiva es el último escalón para lograr la integración social del minusválido, ya que éste la permite autosatisfacer sus necesidades (individuales y de interacción). Cuando un individuo no participa en el proceso productivo del país, en este caso, como consecuencia de una enfermedad o impedimento físico, se le llega a marginar de la actividad que le traerá beneficios y satisfactores que la sociedad le proporciona.

"La integración del minusválido a su medio social a través del trabajo, se ve limitada por una serie de factores que van desde la resistencia de la sociedad para aceptar a éste como trabajador hasta las condiciones económicas del país". (23)

El minusválido, al mismo tiempo, tiene varias desventajas para insertarse en el aparato productivo, ya que los empresarios llegan a considerar que este tipo de personas, al tener alguna disfunción orgánica no tienen el mismo nivel productivo que una persona en condiciones normales, por lo que se otorga la preferencia a éstos últimos, sin siquiera permitir a aquel que demuestre de lo que es capaz.

Esto origina que al no tener la oportunidad de satisfacer sus necesidades, el minusválido tenga que recurrir a los servi-

(23) D.I.F. Subdirección de Rehabilitación. Marco de Referencia del Departamento de Capacitación de minusválidos para el trabajo. 1984. Inédito.

cios institucionales de Asistencia Social, o bien vivir de la _
beneficiencia o la caridad, creando así a un ser limitado, no _
sólo en su aspecto físico, sino en su desarrollo social, lo que
origina la desintegración social.

3.2.2 FACTORES PSICOLOGICOS.

Los factores psicológicos son aquellos inherentes al niño
válido, que actúan su actuación dentro del grupo, en base a la _
percepción de sí mismo. Estos factores pueden ser:

a) Autoaceptación: La autoaceptación se genera en el niño a _
través de tres dimensiones: En primer lugar, de la imagen que _
el niño tiene de sí mismo en ese momento en particular. Esta _
imagen proviene en gran parte de la que se ha formado dentro de
su familia, la cual puede funcionar armónicamente o no, estimu-
lando al infante a presentar determinadas actitudes hacia sí _
mismo. En segundo lugar, se encuentra la opinión que el niño tie-
ne de sí mismo en relación con los demás. La forma en que con-
sidera la opinión que tienen los demás afecta la opinión de sí _
mismo. En tercer lugar, se encuentra la imagen de sí mismo tal
como desearía que fuera, a sabiendas de conocer su situación _
real ante los demás niños, poniendo en juego sus ideales, valo-
res y esperanzas. La imagen que el niño se forme de sí mismo _
en relación a las tres dimensiones anteriores permite a su vez _

la aceptación o rechazo de los demás. (24)

En este proceso de interacción con otros individuos, el niño comienza a reconocer que los demás reaccionan ante él de cierta manera, y él empieza a reaccionar ante sus propias acciones y cualidades personales tal como lo espera de otros. Aprende a concebirse a sí mismo como poseedor de las características que son percibidas por otros.

Así se puede decir que el niño, para elaborar un concepto de sí mismo, debe percibir de qué manera lo juzgan las otras personas que lo rodean; y a su vez, compara ese juicio reflejo de sí mismo con alguna norma en relación con el modo en que debería comportarse y las características que debería tener.

De tal forma, si el niño se da cuenta que es rechazado por ser diferente físicamente a los demás niños, elaborará un concepto pobre de sí mismo, y creará sentimientos de culpabilidad e inferioridad, que a lo largo de su posterior desarrollo en la sociedad, va a influir en actitudes de inseguridad e inestabilidad emocional, al no haber satisfecho las necesidades sociales anteriormente.

Gillham, dice que "los individuos hallan gratificante la interacción con personas que satisfagan sus necesidades y coinciden con sus actitudes y estructura de valores, y en particular con su concepto de sí mismos" (25), lo que nos lleva a po-

(24) Gillham, Helen. Op. cit. p. 57

(25) Ibidem. p. 67

der decir que en cierto momento, los niños desfavorecidos pueden carecer de autoestima, por la influencia de las actitudes de sus compañeros hacia él.

b) Relación con los demás: Este punto está estrechamente ligado con el anterior, pues dependiendo de la concepción que el niño minusválido tenga de sí mismo y de su autoestima, es como va a permitir que se establezca la relación con los demás.

En el ámbito escolar, el niño comienza a desarrollar o reforzar ciertos deseos o necesidades que habían surgido desde su estancia únicamente en el núcleo familiar, para relacionarse con el prójimo. Ellos consisten en:

- Tener una respuesta emocional (positiva) por parte de los compañeros.
- Tener seguridad en sí mismos y en el ambiente que los rodea.
- Adquirir nuevas experiencias.
- Ser reconocido y aceptado por los demás. (26)

En la medida que el niño satisfaga dichos deseos, irá integrándose al grupo, adquirirá autoestima y se formará una imagen de sí mismo que proyectará a los demás.

Los sentimientos de los niños, su personalidad, sus percepciones, lenguaje, moral, van con ellos a todas partes. Quizá mucho de ello no se exprese verbalmente, pero se refleja en sus conductas, las cuales propician o limitan la interacción con el

medio circundante. Los niños frecuentemente se ven coartados para aceptar a los demás o para ser aceptados por ellos a causa de los prejuicios y de las opiniones parciales y estereotipadas expresadas o reflejadas en las acciones de cada uno de ellos.

(27)

A su vez, estos factores influyen en la formación, interacción e interacción del minusválido, presentan importantes repercusiones, tanto a nivel individual como a la misma sociedad, y de los cuales se hará una breve mención.:

- Repercusiones individuales: "La personalidad del inválido se ve afectada por la falta de reconocimiento del grupo hacia él, lo que origina insatisfacción por la necesidad que tiene de pertenecer y sentirse aceptado por el grupo sin lograrlo; las escasas posibilidades de autorrealización y por la inseguridad permanente, lo que no le permite mantener el equilibrio anterior de sus fuerzas emocionales, así como tampoco el equilibrio de sus relaciones armónicas con el ambiente. Frena al individuo en su desarrollo educacional y laboral". (28)

- Repercusiones sociales: Los inválidos no sujetos a ningún tipo de rehabilitación pasan a engrosar en su mayoría a los grupos marginados de analfabetas, desempleados y subempleados, mendigos, alcohólicos y delincuentes que acrecentan los problemas sociales preexistentes determinados por otras circunstan-

(27) Gillham. Op. cit. p. 65

(28) Programa Nacional de Rehabilitación. Op. cit. p. 17

cias. (29)

De lo anteriormente expuesto, puede uno darse cuenta que la aceptación que tiene el minusválido de sí mismo, su seguridad y la forma en que se relaciona con el medio ambiente están influidos principalmente por la formación que le proporciona la familia, al aceptarlo tal como es, apoyarlo en su proceso rehabilitatorio e impulsarlo en su desarrollo como una persona común.

Dicha formación será reforzada, cambiada o alterada en la medida que el minusválido va interactuando con otros ambientes, principalmente en la escuela, en donde pasa gran parte del día, y gran parte de su vida (cuando tiene la oportunidad de cursar los diferentes niveles educativos).

La relación que existe entre el ambiente familiar y escolar, influye notoriamente en la integración del minusválido al núcleo escolar, afectando (ya sea positiva o negativamente) la interacción entre el minusválido y el medio que lo rodea.

Por eso es importante, dentro de cualquier medio que este sujeto se desenvuelva siendo todavía un infante, que exista una persona que pueda orientar o guiar las actitudes de los demás hacia él, con el fin de evitar agresiones mutuas, actitudes de sobreprotección y manipulación por parte de los compañeros y el minusválido respectivamente, aislamiento o rechazo, y otros tipos de comportamiento que puedan distorsionar las relaciones,

impidiendo al minusválido recibir un trato justo e igualitario, como los demás, y por tanto impidiendo su desarrollo normal.

Por último y como conclusión a este capítulo, se puede decir que se considerará a un menor minusválido integrado al núcleo escolar cuando:

a) Participe en todas las actividades escolares (cívicas, recreativas, culturales, académicas y deportivas) que su escuela le permita.

b) Proporcione a quienes lo rodean un trato acorde a su carácter y al trato que recibe por parte de los demás.

c) El grupo lo incorpore a las actividades que realiza y la interacción con los demás sea favorable.

d) Su aprovechamiento escolar esté de acuerdo a su capacidad intelectual, aptitudes y habilidades, sin verse interferido por su escuela.

e) Cuenten con el apoyo familiar para su incorporación, estancia y desarrollo en una escuela de educación regular.

f) El profesor acepte y proporcione un trato igualitario, tomando en cuenta sus limitaciones; y no existan impedimentos pedagógicos para impartirle la clase, sin tener que proporcionársela en forma individualizada.

A todo esto se resume que "el grado de integración social del minusválido está íntimamente relacionado con las habilidades que éste pueda desarrollar para poder interactuar adecuadamente con su medio ambiente".

Ahora bien, la promoción de la Integración Social del minusválido se convierte en punto de interés para varias disciplinas, incluyendo al Trabajo Social. Esta profesión bien puede desarrollar y desempeñar actividades diversas encaminadas a propiciar la integración de este tipo de individuos a los diferentes grupos sociales a los que puede tener acceso.

Las funciones que puede desempeñar el profesionalista en Trabajo Social van desde la investigación, la planeación, la orientación y sensibilización a la sociedad acerca de esta problemática, hasta la supervisión al minusválido en su desenvolvimiento en el grupo en el que se encuentre.

Si bien no queda en el Trabajador Social toda la responsabilidad de la promoción de la Integración Social del minusválido, sí es muy importante su intervención y colaboración con un equipo multidisciplinario para determinar el grado de desarrollo físico, sociopsicológico y cultural del sujeto; para proponer planes de tratamiento y acciones encaminadas a alcanzar la integración buscada.

CAPITULO 4

ESTUDIO EXPLORATORIO DE LOS FACTORES SOCIALES QUE INFLUYEN EN LOS PROBLEMAS DE INTEGRACION DE LOS NIÑOS MINUSVALIDOS A ESCUELAS PRIMARIAS REGULARES

4.1 PLANEACION DE LA INVESTIGACION.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El presente estudio tiene como finalidad lograr identificar en qué medida pueden integrarse los niños minusválidos que padecen secuelas en el sistema neuromúsculoesquelético y en la visión, dentro de una escuela primaria regular, y determinar

qué factores influyen en dicha integración.

OBJETIVO GENERAL:

"Identificar si el niño minusválido inscrito en una escuela primaria regular se encuentra realmente integrado en su contexto".

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Conocer qué factores (y de qué forma) influyen para que el niño minusválido sea considerado como integrado al núcleo escolar.

- Identificar las dificultades que les presentan a los menores minusválidos en su proceso de integración a la escuela regular.

ESTABLECIMIENTO DE LIMITES:

a) Unidades de observación: Para poder llegar a conocer estos objetivos, han sido elegidos como sujetos de estudio los niños que presentan limitaciones en el sistema neuromusculoesquelético o en la visión, y han quedado excluidos aquellos menores con padecimientos en el área de la comunicación humana o del intelecto. Esta justificación se proporciona debido a que se in-

tenta conocer el desarrollo de los menores minusválidos, pero no todos pueden ser sujetos de estudio, y las razones de exclusión de las áreas mencionadas se fundamentan en lo siguiente:

1) Los niños que padecen Deficiencia Mental requieren forzadamente de una atención especializada, sobre todo en los casos moderados o severos, ya que su coeficiente intelectual no les permite llevar el ritmo de aprendizaje que un alumno con capacidad intelectual normal o limítrofe; lo que provocará que al estar insertos en el sistema regular, quedaran rezagados, sin ninguna posibilidad de desarrollar sus habilidades y potencialidades, y careciendo de atención en áreas específicas.

Con referencia a los niños con problemas de aprendizaje, la Dirección General de Educación Especial promueve su incorporación al sistema de Grupos Integrados (en el caso de los niños repetidores del primer año), en donde se les brinda una atención multidisciplinaria a su problema, para posteriormente reintegrarlos al aula común; o bien, reciben atención simultánea de apoyo en los Centros Psicopedagógicos, según sea el problema del menor, lo que no implica que el niño se aparte del núcleo escolar.

2) Los trastornos de la audición también fueron excluidos del estudio debido a que se requieren auxiliares y técnicas didácticas especiales para poder impartir la enseñanza a los niños sordomudos.

El problema de aprendizaje en este tipo de población se vuelve muy complejo, debido a que su nivel de abstracción de

los conceptos de aquello que los rodea se ve modificado, por no ceder alterado; no permitiéndole a los menores llegar a comprender situaciones complejas, y no porque sean 'tontos', sino porque el lenguaje oral, como es bien sabido, permite desarrollar la comprensión, y por lo tanto, para ellos es difícil captar y comprender ciertas ideas.

Existen grupos de sordos e hipoacúsicos que una vez recibida su atención rehabilitatoria quedan insertados en grupos especiales dentro de escuelas regulares. Sin embargo, no puede hablarse propiamente de integración (como se consideró en el capítulo anterior), sino únicamente de incorporación a la escuela regular, ya que los menores siguen contando con la atención de personal especializado y técnicas pedagógicas especiales. Por otro lado, su convivencia con los demás niños se ve limitada, debido a la dificultad en la intercomunicación, y como es obvio las personas tienden a agruparse con la gente más cercana y afín, por lo que no dejarán de existir subgrupos de menores con limitaciones en la comunicación.

3) Ahora bien, los menores que tienen afectado el aparato locomotor o el de la visión, no necesariamente se encuentran afectados en el intelecto, es decir, su comprensión; lo que les da la posibilidad de estudiar dentro del sistema de enseñanza normal, teniendo sólo como limitante aquellas que su escuela presenta.

Aún cuando los niños con problemas de la visión (ciegos y débiles visuales) requieren de técnicas didácticas especiales

ra completar su aprendizaje, una vez que han recibido su atención rehabilitatoria pueden ingresar a un curso regular. Tal es el caso de los niños ciegos y débiles visuales cuya incorporación a una escuela regular ha sido promovida por el Instituto Nacional para la Rehabilitación de Niños Ciegos, proporcionandoles apoyo externo al maestro del grupo, al igual que al propio minusválido, por parte de maestros especialistas, con el fin de facilitar el proceso de enseñanza y asesorar la integración del limitado visual.

Por su parte, los menores con problemas del aparato locomotor no requieren, para su enseñanza, de técnicas especiales, ya que los principales sentidos empleados en el proceso de enseñanza-aprendizaje no se encuentran afectados; por ello, su integración a una escuela regular puede darse sin necesidad de haber estado dentro de un sistema de educación especial, y en los casos de secuelas leves, en muchas ocasiones ni siquiera es necesario haber recibido atención rehabilitatoria.

b) Límites temporales: El estudio se elaborará con niños minusválidos que se encuentran integrados a las escuelas regulares de 1980 a la fecha, y que estén incorporados durante el año lectivo 1985 - 1986.

c) Límites espaciales: La investigación se llevará a cabo en escuelas primarias regulares del Distrito Federal y área metropolitana en las cuales estén incorporados minusválidos; para lo cual se obtendrán los datos en el Centro de Rehabilitación de Zapata y en el Instituto Nacional para la Rehabilitación de

Niños Ciegos y Débiles Visuales (ambos dependientes del DIF), con el fin de simplificar su búsqueda.

d) Características de la muestra: En base a lo anteriormente mencionado, la población que forme parte de la muestra deberá cubrir las siguientes características:

- Encontrarse afectada en el sistema neuromusculo-esquelético o en la visión.
- Estar incorporado a una escuela primaria regular.
- Que la escuela se encuentre ubicada en el Distrito Federal o en el Area Metropolitana.

HIPOTESIS:

I. El apoyo que reciba el menor minusválido por parte de los diferentes elementos de los factores sociales que intervienen en su vida determinará el proceso de integración escolar del niño.

II. Las diferentes limitaciones físicas que presentan los minusválidos ocasionan que la integración a la escuela regular presente mayores dificultades para aquellos que se encuentren afectados en la visión.

NOTA: La Operacionalización de las Hipótesis y el Formato del instrumento de Recopilación de Información se encuentran en el Anexo.

4.2 EJECUCION:

Para realizar el estudio de los menores se tomó en cuenta a la población total con que cuentan las escuelas de Educación Especial del Centro de Rehabilitación de Zapata y del Instituto de Niños Ciegos, y que han sido integrados a escuelas regulares

La muestra constó de 44 casos, de los cuales 31 se encontraban afectados en el aparato locomotor y 13 en la visión. Esta población estudiada tal vez resulta escasa, debido a la joven iniciación de los programas de incorporación de minusválidos a escuelas regulares por parte de los diferentes centros de rehabilitación; ya que el Centro de Zapata implantó apenas hace dos años su sistema, mientras que el Instituto de Niños Ciegos ha trabajado con esta orientación desde 1979. Sin embargo, por las características de los menores, dentro de su desarrollo en la escuela de educación especial, sólo un número limitado de minusválidos ha sido incorporado, debido a los parámetros que toman las instituciones responsables de su integración para poder llevarla a cabo.

Cabe aclarar que esta muestra no es de tipo representativo sino que únicamente tiene un carácter ilustrativo y demostrativo, debido a su magnitud.

Al mismo tiempo, la muestra inicial se redujo sólo a 39 casos, a consecuencia que dos de ellos (con problemas visuales) fueron retirados del aula regular, ya que a opinión de las autoridades, no lograron adaptarse a sus compañeros, presentando

conductas de aislamiento o agresividad; y porque a su vez, los mismos profesores manifestaban su incapacidad para impartir la clase sin aislarlos, por lo que ambos casos fueron remitidos nuevamente a la escuela de educación especial. Como coincidencia, ambos casos se encontraban incorporados a escuelas particulares, siendo que el restante de los casos, incorporados a escuelas oficiales no han presentado problema alguno.

Otros dos menores (con padecimientos en el área motora) actualmente radican en provincia, y uno más, por su edad, se incorporó al Sistema de Educación para adultos, razón por la que en total se descartaron cinco casos de la muestra original.

4.3 ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS.

A continuación se presentan los cuadros en los que se concentran los resultados de la investigación, con su respectivo análisis.

CUADRO N° 1
TIPO DE SECUELA POR SEXO

| SEXO SECUELA | Mascu- lino | Feme- nino | TOTAL |
|------------------------------|----------------|---------------|----------------|
| Neuromusculo- esquelético | 16 (41.02) | 12 (30.77) | 28 (71.79) |
| Visión | 5 (12.82) | 6 (15.38) | 11 (28.21) |
| TOTAL | 21 (53.85) | 18 (46.15) | 39 (100.00) |

La población que conformó la muestra de la investigación sumó un total de 39 casos (100%), y aunque se considera una muestra muy pequeña, esta población era la que cumplía con las características deseadas para poder ser estudiada, como son, el padecer alguna alteración en el sistema neuromusculoesquelético o en la visión, estar incorporados a una escuela primaria regular y vivir en el Distrito Federal o Area Metropolitana. Las secuelas que padecen los menores son variadas, por ejemplo: poliomielitis, alteraciones óseas, parálisis cerebral, ceguera o debilidad visual, sin embargo, se prefirió categorizar a las limitaciones por área afectada, con el fin de hacer más práctico su manejo.

FUENTE: Encuesta realizada en Escuelas Primarias del Area Metropolitana. Abril-Junio de 1986.

CUADRO N° 2
RELACION ENTRE LA EDAD DEL MINUSVALIDO
Y GRADO ESCOLAR EN EL QUE SE ENCUENTRA

| GRADO \ EDAD | 1°-2° | 3°-4° | 5°-6° | TOTAL |
|--------------|--------------|---------------|---------------|----------------|
| 7 a 9 años | 9 (23.08) | 1 (2.56) | 0 (0.00) | 10 (25.64) |
| 10 a 12 años | 0 (0.00) | 16 (41.03) | 8 (20.51) | 24 (61.54) |
| 13 a 15 años | 0 (0.00) | 0 (0.00) | 5 (12.82) | 5 (12.82) |
| TOTAL | 9 (23.08) | 17 (43.59) | 13 (33.33) | 39 (100.00) |

Las edades de los menores integrados fluctúan entre los 7 y 15 años, predominando la categoría de 10 a 12 años, los cuales no necesariamente se encuentran en el grado escolar acorde a su edad, sino que algunos están atrasados en sus estudios, ya sea por haber perdido el año escolar, por repetirlo o por haberse incorporado al sistema educativo después de la edad que le correspondía. No obstante una vez incorporados al centro educativo regular, no se han presentado tropiezos que impliquen la pérdida del año escolar.

FUENTE: Encuesta realizada en Escuelas Primarias del Distrito Federal y Area Metropolitana. Abril-Junio de 1986.

CUADRO N° 3
TIEMPO DE INCORPORACION DEL MINUSVALIDO
A LA ESCUELA PRIMARIA REGULAR

| TIEMPO | N° | % |
|------------|----|--------|
| 1 a 2 años | 32 | 82.05 |
| 3 a 4 años | 6 | 15.38 |
| 5 a 6 años | 1 | 2.57 |
| TOTAL | 39 | 100.00 |

La mayoría de los menores incorporados a escuelas primarias regulares (82.05%) llevan menos de dos años integrados a este sistema educativo, debido a que el intento de promover su integración en este tipo de escuelas por parte de las escuelas de educación especial y las instituciones de rehabilitación es muy reciente. Por otro lado, sólo se decide la incorporación del minusválido una vez que un equipo multidisciplinario ha evaluado que el menor se encuentra preparado, tanto física como psicológicamente (y en algunos casos académicamente), para enfrentarse a las situaciones que se puedan presentar en un ambiente normal. Por ello, no todos los minusválidos que se encuentran en un centro de rehabilitación y/o educación especial son derivados a la escuela regular, ni se incorporan directamente al primer grado, sino al que le corresponde, de acuerdo a la preparación escolar recibida con anterioridad.

FUENTE: Encuesta realizada en Escuelas Primarias del Area Metropolitana. Abril-Junio de 1986.

CUADRO N° 4
ACTITUD DE LA FAMILIA ANTE LA ESTANCIA
DEL MINUSVALIDO EN LA ESCUELA PRIMARIA REGULAR

| ACTITUD | N° | % |
|----------------|----|--------|
| Apoyo | 24 | 61.54 |
| Indiferencia | 8 | 20.51 |
| Desorientación | 4 | 10.26 |
| Sobreprotec. | 3 | 7.69 |
| TOTAL | 39 | 100.00 |

La mayor parte de los padres de familia han brindado su apoyo a sus hijos, con el fin de que se integren a un ambiente normal y puedan tener las mismas oportunidades de desarrollo que las demás personas; apoyo que, en opinión del profesor se manifiesta cuando los padres asisten a la escuela para conocer el desenvolvimiento de sus hijos, al asesorarlos en casa en la realización de sus tareas y orientarlo con el fin de que no se sienta diferente ni se menosprecie con respecto a sus compañeros. La indiferencia a su vez se nota cuando el padre no asiste a la escuela aún cuando se le solicite y no tenga alguna justificación válida. La sobreprotección, por su lado, implica que los padres exigen algún trato especial para su hijo y justifiquen todas sus acciones aún cuando impliquen un incumplimiento en la escuela. Ahora bien, la desorientación que tienen los padres con respecto a la estancia de su hijo en la escuela subsiste aún cuando en el centro de rehabilitación un equipo multidisciplinario ha sensibilizado tanto a familiares como al minusválido para su mejor estancia en la escuela.

FUENTE: Encuesta realizada en Escuelas Primarias del Área Metropolitana y Distrito Federal. Abril-Junio de 1986.

CUADRO N° 5
OPINION QUE TIENE EL MINUSVALIDO DE SI MISMO
DE ACUERDO A SU SECUELA

| SECUELA \ OPINION | N.M.E. | Visión | TOTAL |
|---------------------|---------------|---------------|----------------|
| Naturalidad | 21 (53.85) | 9 (23.08) | 30 (76.93) |
| Subestimación | 4 (10.25) | 2 (5.13) | 6 (15.38) |
| Explota su problema | 3 (7.69) | 0 (0.0) | 3 (7.69) |
| TOTAL | 28 (71.79) | 11 (28.21) | 39 (100.00) |

Los profesores de los menores minusválidos han buscado un acercamiento con él, lo que les permite conocer la opinión que tiene de sí mismo, ayudarlo a adaptarse al grupo y crearle seguridad y confianza. Esta opinión es muy variada, sin embargo, la mayoría de los menores, sin importar el tipo de secuela que padezcan, se aceptan tal como son, se ven con naturalidad y aunque físicamente se saben diferentes a sus compañeros, no se sienten diferentes a ellos, tratando de actuar lo mejor posible según su secuela se lo permita. Un número inferior se subestima en sus capacidades, lo que les provoca inseguridad en sí mismos. Unos cuantos al estar concientes de su problema intentan obtener los mayores beneficios, explotando su secuela.

FUENTE: Encuesta realizada en Escuelas Primarias del Area Metropolitana y Distrito Federal. Abril-Junio 1986.

CUADRO N° 6
FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CONCEPCION
QUE TIENE EL MINUSVALIDO DE SI MISMO

| FACTORES | N° | % |
|-----------------------------|----|--------|
| Ambiente Familiar | 17 | 43.59 |
| Ambiente Familiar y escolar | 17 | 43.59 |
| Apoyo de toda la gente | 4 | 10.26 |
| Ambiente Escolar | 1 | 2.56 |
| TOTAL | 39 | 100.00 |

Según manifiesta el profesor, el ambiente familiar es muy importante para que el minusválido se forme la concepción que tiene de sí mismo, al igual que con este ambiente interactúe el ambiente escolar o el apoyo que tenga de la gente que lo rodea. Según como sean tratados en cada uno de los ambientes en que el minusválido se desenvuelve, éste se formará una concepción de sí mismo favorable o desfavorable y su autoestima será alta o baja, siendo muy importante que reciba el mismo trato en cada uno de los mencionados ámbitos.

FUENTE: Encuesta realizada en Escuelas Primarias del Distrito Federal y Area Metropolitana. Abril-Junio de 1986.

CUADRO N° 7
CON QUIEN SE RELACIONA EL MINUSVALIDO
EN LA ESCUELA

| RELACION | N° | % |
|-----------------------------|----|--------|
| Con todos | 27 | 69.24 |
| Sólo con determinadas pers. | 9 | 23.08 |
| Sólo con el maestro | 1 | 2.56 |
| Sólo con sus compañeros | 1 | 2.56 |
| Con nadie | 1 | 2.56 |
| TOTAL | 39 | 100.00 |

Los alumnos minusválidos en su mayoría conviven con todas las personas que los rodean en la escuela (compañeros y maestros), no aislándose. Una menor parte convive sólo con determinadas personas, ya que no todos los compañeros son de su agrado, o bien sólo se relacionan con los compañeros más cercanos. Es una cantidad mínima de minusválidos la que se aísla, reduciendo su convivencia.

FUENTE: Encuesta realizada en Escuelas Primarias del Distrito Federal y Area Metropolitana. Abril-Junio de 1986.

CUADRO N° 8
RELACION ESTABLECIDA ENTRE EL MINUSVALIDO
Y SUS COMPAÑEROS

| COMPAÑERO MINUSVAL. | Amis- tosa | Agre- siva | Indife- rente | Sobre-- protec. | TOTAL |
|------------------------|---------------|---------------|------------------|--------------------|----------------|
| Amistosa | 28 (71.80) | 0 (0.0) | 1 (2.56) | 0 (0.0) | 29 (74.36) |
| Indiferente | 1 (2.56) | 1 (2.56) | 2 (5.13) | 0 (0.0) | 4 (10.26) |
| Agresiva | 1 (2.56) | 2 (5.13) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 3 (7.69) |
| Manipulativa | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 1 (2.56) | 2 (5.13) | 3 (7.69) |
| TOTAL | 30 (76.92) | 3 (7.69) | 4 (10.26) | 2 (5.13) | 39 (100.00) |

Las tres cuartas partes de los minusválidos objeto de estudio llevan una relación cordial con sus compañeros, en la cual la secuela no influye en el trato que proporcionan y reciben de sus compañeros. Se puede decir que el trato que dan es proporcional al que reciben, ya que si el minusválido se muestra agresivo, indiferente o manipulador es correspondido con actitudes similares por parte de sus compañeros.

FUENTE: Encuesta realizada en Escuelas Primarias del Distrito Federal y Area Metropolitana. Abril-Junio de 1986.

CUADRO N° 9
PARTICIPACION DEL MINUSVALIDO EN CLASE
POR TIPO DE SECUELA

| SECUELA PARTICIPACION | N.M.E. | Visión | TOTAL |
|--------------------------|---------------|---------------|----------------|
| Siempre | 12 (30.77) | 8 (20.52) | 20 (51.29) |
| A veces | 13 (33.33) | 3 (7.69) | 16 (41.02) |
| Nunca | 3 (7.69) | 0 (0.0) | 3 (7.69) |
| TOTAL | 28 (71.79) | 11 (28.21) | 39 (100.00) |

La mitad de los minusválidos participan en todas las actividades escolares posibles, como son: la intervención en clase en las materias teóricas, en educación física, en actividades cívicas y recreativas, sin importar su secuela; no presentando limitaciones debido a ella o bien pudiéndolas superar. Esta participación se da de manera espontánea y entusiasta por parte de los menores.

Un porcentaje considerable interviene esporádicamente en las diferentes actividades escolares, debido a su incapacidad, a su falta de seguridad para desenvolverse, o bien a la falta de incapacidad intelectual, según sea el caso, que les permita participar activamente. Esta participación sólo se da si el profesor la solicita.

FUENTE: Encuesta realizada en Escuelas Primarias del Distrito Federal y Area Metropolitana, Abril-Junio de 1986.

CUADRO N° 10
DESENVOLVIMIENTO DEL MINUSVALIDO
EN SUS ACTIVIDADES DENTRO DE LA ESCUELA

| DESENVOLVIMIENTO. | N° | % |
|---------------------------------|----|--------|
| Con independen. | 25 | 64.11 |
| Con dependencia en algunas act. | 13 | 33.33 |
| Con dependencia total | 1 | 2.56 |
| TOTAL | 39 | 100.00 |

La mayor parte de los menores minusválidos no requieren de ayuda de los demás para llevar a cabo sus actividades dentro de la escuela ya que se desenvuelven con total independenciam, no encontrando limitación alguna ocasionada por su secuela. Otros necesitan ayudas específicas, como las que forman parte del desplazamiento, subir y bajar escaleras, dictados del pizarrón (para los invidentes). En ciertos casos, realmente se requiere de dicha ayuda, pero en otros, los minusválidos llegan a manejar a sus compañeros, con el fin de tenerlos cerca, utilizándolos en lo que éstos les puedan y quieran ayudar, que además, en la mayoría de los casos, siempre encuentran disposición por parte de los demás.

FUENTE: Encuesta realizada en Escuelas Primarias del Distrito Federal y Area Metropolitana. Abril-Junio de 1986.

CUADRO N° 11
 APROVECHAMIENTO ESCOLAR DEL MINUSVALIDO
 DE ACUERDO AL TIPO DE SECUELA

| SECUELA APROVECH. | N.M.E. | Visión | TOTAL |
|-------------------------------|---------------|---------------|----------------|
| Satisfactorio | 11 (28.21) | 8 (20.51) | 19 (48.72) |
| Medianamente Satisfactorio | 14 (35.89) | 3 (7.69) | 17 (43.59) |
| No Satisfactorio | 3 (7.69) | 0 (0.0) | 3 (7.69) |
| TOTAL | 28 (71.79) | 11 (28.21) | 39 (100.00) |

Se ha tomado en cuenta el aprovechamiento del minusválido de acuerdo a sus capacidades y al esfuerzo que realiza, más que a sus calificaciones, rindiendo lo que realmente puede rendir. Gran parte de los alumnos minusválidos tienen un aprovechamiento satisfactorio, llegando a ser, sobre todo en el caso de los invidentes, los alumnos más destacados del grupo. Una cantidad similar rinde medianamente y al igual que aquellos que no tienen un buen aprovechamiento, poseen problemas que interfieren en su rendimiento, de tipo emocional, familiar o de interacción en la escuela, lo que no les permite rendir adecuadamente.

FUENTE: Encuesta realizada en Escuelas Primarias del Distrito Federal y Area Metropolitana. Abril-Junio de 1986.

CUADRO N° 12
PROBLEMAS QUE INTERFIEREN EN EL
APROVECHAMIENTO DEL MINUSVALIDO

| PROBLEMAS | N° | % |
|------------------------------|----|--------|
| No hay Problema. | 23 | 58.97 |
| Económicos | 5 | 12.82 |
| Falta de atn. por la familia | 5 | 12.82 |
| Conducta por su secuela | 2 | 5.13 |
| Interacción Familiar | 2 | 5.13 |
| Desorientación para su atn. | 2 | 5.13 |
| TOTAL | 39 | 100.00 |

En las tres cuartas partes de la población estudiada no interfiere la secuela en el aprovechamiento del alumno minusválido. En aquellos que el problema invalidante sí llega a obstaculizar su aprovechamiento o su participación en las actividades escolares se encuentran los débiles visuales, que no se encuentran en posibilidades de conducirse normalmente, ya que su deambulaci6n disminuye y no todos llegan a utilizar los recursos didácticos que los auxilien en su proceso de aprendizaje. En el caso de los menores afectados en el aparato locomotor, su incapacidad les impide realizar actividades de educaci6n física, sólo en los casos más severos, pero no llegan a interferir en su rendimiento. Por otro lado hay problemas de índole familiar que repercuten en su falta de atenci6n, en alteraciones emocionales que provocan que el minusválido no cuente con todas las posibilidades para poder aprovechar adecuadamente.

FUENTE: Encuesta realizada en Escuelas Primarias del Distrito Federal y Area Metropolitana. Abril-Junio de 1986.

CUADRO N° 13
TRATO QUE DA EL PROFESOR AL MINUSVALIDO
EN RELACION A SUS COMPANEROS

| TRATO QUE DA EL PROFESOR. | N° | % |
|---------------------------|----|--------|
| Igual que a todos | 37 | 94.88 |
| Preferencial | 1 | 2.56 |
| Rechazo | 1 | 2.56 |
| TOTAL | 39 | 100.00 |

La mayor parte de los profesores manifiesta tratar al alumno mi
nusvalído igual que a todos los demás, aunque no deja de tomar
en cuenta sus limitaciones físicas, para hacer pequeñas conce--
siones necesarias, como son el permitir que los débiles visua--
les se acerquen al pizarrón o les dicten sus compañeros, a los
invidentes presentar exámenes orales o no participar en activi--
dades de educación física. Es una mínima parte de profesores
los que muestran preferencia o rechazo abierto hacia el alumno.
Esta actitud no la manifestaron ellos durante la entrevista, si
no que pudo ser observada durante su realización a través de
las acciones hacia ellos o bien de la forma de expresarse.
El hecho de que el profesor de el mismo trato a todos los alum--
nos, no significa que sea el adecuado, ya que hay maestros exa--
geradamente estrictos, pasivos, indiferentes, autoritarios,
etc.

FUENTE: Encuesta realizada
en Escuelas Primarias del
Distrito Federal y Area Me
tropolitana. Abril-Junio
de 1986.

CUADRO N° 14
SIGNIFICADO QUE TIENE PARA EL PROFESOR
LA PRESENCIA DEL MINUSVALIDO EN EL GRUPO

| SIGNIFICADO | N° | % |
|-----------------------------|----|--------|
| Lo toma como a los demás | 17 | 43.59 |
| Tomar conciencia de la sit. | 9 | 23.08 |
| Superación profesional | 8 | 20.51 |
| Problemas de integración | 4 | 10.26 |
| Problemas pedagógicos | 1 | 2.56 |
| TOTAL | 39 | 100.00 |

Para gran parte de los profesores no ha representado problema alguno el tener en su grupo a un alumno con alguna deficiencia o incapacidad, ya que cuentan con el apoyo tanto de los familiares como de maestros de la escuela de educación especial; por lo que los alumnos, tanto a nivel académico como de interacción no causan preocupaciones. Al contrario, han hecho que los profesores empiecen a reflexionar sobre este tipo de personas y estudien para saber cómo ayudar a salir adelante a estos niños en su quehacer profesional. Los pocos problemas manifestados son a nivel de interrelación, básicamente de agresividad hacia los compañeros o de aislamiento.

FUENTE: Encuesta realizada en Escuelas Primarias del Distrito Federal y Area Metropolitana. Abril-Junio de 1986.

CUADRO N° 15
FRECUENCIA EN LAS INASISTENCIAS
DEL MINUSVALIDO A LA ESCUELA

| INASISTENCIA | N° | % |
|----------------|----|--------|
| Nunca | 27 | 69.23 |
| Ocasionalmente | 9 | 23.08 |
| Frecuentemente | 3 | 7.69 |
| TOTAL | 39 | 100.00 |

En referencia a la inasistencia de los menores minusválidos a la escuela, aquellos que faltan ocasionalmente lo hacen para asistir a su tratamiento rehabilitatorio; sin embargo, también hay quienes no le dan la importancia necesaria a la asistencia a la escuela, quedándose en casa con el consentimiento de sus padres, sin causa justificada. Es de notarse que un alto porcentaje de menores no deja de asistir a clases.

FUENTE: Encuesta realizada en Escuelas Primarias del Distrito Federal y Area Metropolitana. Abril-Junio de 1986.

CUADRO N° 16
OPINION DEL PROFESOR CON RESPECTO A LA
ESTANCIA DEL MINUSVALIDO EN LA ESCUELA REGULAR

| OPINION | N° | % |
|---------------------------|----|--------|
| Es adecuada la estancia | 35 | 89.74 |
| Es inadecuada la estancia | 4 | 10.26 |
| TOTAL | 39 | 100.00 |

Aunque todos los profesores manifestaron ser accesibles para aceptar minusválidos en el salón de clases, una minoría opinó que la estancia específicamente del menor que se estudio, en ese momento y esa escuela era inadecuada, ya que de alguna u otra forma han tenido problemas con este tipo de alumnos, ya sea a nivel de relaciones interpersonales o bien en su aprovechamiento escolar, lo que en momentos llega a alterar la dinámica grupal y académica. Al mismo tiempo hacen saber que tanto el minusválido como sus familiares no se encuentran completamente sensibilizados acerca de lo que implica estar incorporado a un ambiente regular, por lo que no colaboran en el proceso de integración. Los profesores que opinaron que la estancia del minusválido es adecuada (que fueron la mayoría) lo hicieron basándose en que su integración les da la oportunidad de desenvolverse como un ser sin limitaciones y demostrar sus potencialidades, logrando que no se les margine. Al mismo tiempo consideran que debería abrirse la oportunidad de integración a todos los minusválidos.

FUENTE: Encuesta realizada en Escuelas Primarias del Distrito Federal y Area Metropolitana. Abril-Junio de 1986.

CUADRO N° 17
RELACION ENTRE EL RENDIMIENTO ESCOLAR
DEL MINUSVALIDO Y LA CONCEPCION
QUE TIENE DE SI MISMO

| REN- DIMIEN- TO OPINION | Satis- factor. | Median. Satis. | No Satisfac | TOTAL |
|----------------------------------|-------------------|-------------------|----------------|----------------|
| Naturalidad | 17 (43.59) | 13 (33.34) | 0 (0.0) | 30 (76.93) |
| Subestimación | 2 (5.13) | 3 (7.69) | 1 (2.56) | 6 (15.38) |
| Manipulación | 0 (0.0) | 1 (2.56) | 2 (5.13) | 3 (7.69) |
| TOTAL | 19 (48.72) | 17 (43.59) | 3 (7.69) | 39 (100.00) |

Del total de la población estudiada puede observarse que aque-
llos alumnos que se ven a sí mismos con naturalidad tienen un
rendimiento satisfactorio o medianamente satisfactorio, tenien-
do como punto en común el esfuerzo que hacen para estudiar y me-
jorar. Una mínima parte llega a subestimarse siendo variado el
reflejo que su autoconcepción tiene en el rendimiento escolar.
No puede decirse exactamente que el rendimiento esté directamen-
te relacionado con la concepción que tiene el minusválido de sí
mismo, aunque ésta última sí llega a ser un factor importante
para su aprovechamiento.

FUENTE: Encuesta realizada
en Escuelas Primarias del
Distrito Federal y Area Me-
tropolitana. Abril-Junio
de 1986.

CUADRO N° 18
RELACION ENTRE EL RENDIMIENTO ESCOLAR
DEL MINUSVALIDO Y LA ACTITUD DE SU FAMILIA

| ACTITUD \ RENDIMIENTO | Satis- factor. | Median. Satis. | No Satis. | TOTAL |
|-----------------------|-------------------|-------------------|--------------|----------------|
| Apoyo | 17 (43.59) | 7 (17.95) | 0 (0.0) | 24 (61.54) |
| Indiferencia | 1 (2.56) | 5 (12.92) | 2 (5.13) | 8 (20.52) |
| Desorientación | 0 (0.0) | 4 (10.26) | 0 (0.0) | 4 (10.26) |
| Sobreprotec. | 1 (2.56) | 1 (2.56) | 1 (2.56) | 3 (7.68) |
| TOTAL | 19 (48.72) | 17 (43.59) | 3 (7.69) | 39 (100.00) |

Puede uno darse cuenta que la actitud de la familia hacia el minusválido y su estancia en la escuela regular está estrechamente ligada con el rendimiento que éste tiene en la escuela, ya que los pocos que tienen un bajo rendimiento son tratados con indiferencia o sobreprotección, mientras que la mayoría de los que tienen un buen aprovechamiento cuentan con el apoyo familiar. Es aquí donde se hace patente la importancia de la colaboración de la familia en el proceso de integración del minusválido a la escuela regular, ya que su apoyo va a influir en el adecuado desenvolvimiento del menor.

FUENTE: Encuesta realizada en Escuelas Primarias del Distrito Federal y Area Metropolitana. Abril-Junio de 1986.

CUADRO N° 19
PARTICIPACION DEL MINUSVALIDO
EN CLASE Y SUS MOTIVOS

| PARTICIPACION MOTIVOS | Siempre | A veces | Nunca | TOTAL |
|------------------------------------|---------------|---------------|-------------|----------------|
| Le gusta y estudia para participar | 23 (50.97) | 0 (0.00) | 0 (0.00) | 23 (58.97) |
| No le gusta o le da pena | 0 (0.00) | 11 (28.21) | 0 (0.00) | 11 (28.21) |
| No participa porque se burlan | 0 (0.00) | 0 (0.00) | 2 (5.13) | 2 (5.13) |
| No siempre entien de la clase | 0 (0.00) | 3 (7.69) | 0 (0.00) | 3 (7.69) |
| TOTAL | 23 (58.97) | 14 (35.90) | 2 (5.13) | 39 (100.00) |

Tomando en cuenta la opinión del minusválido con respecto a su participación o falta de ella en clase, aquellos que siempre participan en las actividades escolares, ya sea académicas, cívicas o recreativas (entendiéndose que lo hacen por iniciativa propia y con una actitud entusiasta, si es que ésta puede calificarse), manifiestan que les agrada participar y que se dedican en su casa a prepararse para poder salir adelante y aprovechar la oportunidad que tienen de estar dentro de un ambiente escolar normal. Una cantidad importante deja de participar por factores diferentes como son el sentirse inseguro de su participación, no entender la clase y temor a las burlas, lo que en un momento repercute en su aprovechamiento y en su interacción con el grupo, ya que van aislándose.

FUENTE: Encuesta realizada en Escuelas Primarias del Distrito Federal y Area Metropolitana. Abril-Junio de 1986.

CUADRO N° 20
ACTIVIDADES DEL MINUSVALIDO EN EL RECREO

| ACTIVIDADES | N° | % |
|---------------|----|--------|
| Juega | 21 | 53.89 |
| Platica | 13 | 33.33 |
| Se queda solo | 5 | 12.82 |
| TOTAL | 39 | 100.00 |

Tomando la hora del recreo como un tiempo importante para determinar la convivencia del minusválido con sus compañeros, el grado de integración y su actitud dentro del ámbito escolar, es importante tomar la opinión del minusválido sobre como ocupa dicho tiempo. La mitad de los menores participa en juegos accesibles a ellos, en los que puede convivir con sus compañeros, distraerse y divertirse. En muchas ocasiones su escuela no es ningún impedimento para participar en juegos que requieren mucho esfuerzo, en otras participan en forma más limitada. Aquellos que se quedan platicando se debe a que su incapacidad no les permite participar en los juegos que ellos quisieran, sin embargo esto no implica un rechazo por parte de sus compañeros, ya que aquellos más cercanos se quedan con ellos conviviendo. La minoría que se queda sola lo hace ya sea por su carácter en el que se manifiesta timidez o bien porque son rechazados abiertamente por sus compañeros.

FUENTE: Encuesta realizada en Escuelas Primarias del Distrito Federal y Area Metropolitana. Abril-Junio de 1986.

CUADRO N° 21
TRATO QUE RECIBE EL MINUSVALIDO
POR PARTE DE SUS COMPANEROS

| OPINION | N° | % |
|------------------------------------|----|--------|
| Lo toman en cuenta y lo ayudan | 28 | 71.79 |
| Algunos lo tratan bien y otros mal | 8 | 20.52 |
| Se burlan de él | 2 | 5.13 |
| No le hacen caso | 1 | 2.56 |
| TOTAL | 39 | 100.00 |

El minusválido siente que es agradable al grupo, ya que es aceptado y recibe su apoyo para su desenvolvimiento dentro de él, así como para su aprovechamiento escolar; o bien, si no es tratado bien por todos sus compañeros, su estancia no es desagradable ya que le dan mayor importancia a los acontecimientos positivos y las relaciones favorables. Sólo una minoría es rechazada o aislada por el grupo, a causa principalmente que el minusválido, de una u otra forma, tampoco colabora en el proceso de su integración.

FUENTE: Encuesta realizada en Escuelas Primarias del Distrito Federal y Area Metropolitana. Abril-Junio de 1986.

CUADRO N° 22
TRATO QUE OPINA RECIBIR EL MINUSVALIDO
POR PARTE DEL PROFESOR

| TRATO | N° | % |
|----------------------|----|--------|
| Igual que a todos | 37 | 94.88 |
| Lo regaña mucho | 1 | 2.56 |
| No lo toma en cuenta | 1 | 2.56 |
| TOTAL | 39 | 100.00 |

Es importante tomar en cuenta la opinión del minusválido acerca del trato que siente que el profesor le proporciona. La mayoría de los menores manifiestan que sus profesores les dan el mismo trato que a todos sus compañeros, estando de acuerdo con su actitud, pues están concientes de no encontrarse en un ambiente regular para recibir concesiones, sino para desenvolverse con las mismas oportunidades y obligaciones que los demás. Sólo dos casos sienten que el profesor tiene un trato diferente hacia él y al mismo tiempo manifiestan su rechazo hacia el maestro como una manera de no sentirse mal por no ser aceptados.

FUENTE: Encuesta realizada en Escuelas Primarias del Distrito Federal y Area Metropolitana. Abril-Junio de 1986.

CUADRO N° 23
AYUDA QUE RECIBE EL MINUSVALIDO
POR PARTE DE SU FAMILIA
PARA REALIZAR SU TAREA

| APOYO | N° | % |
|---------|----|--------|
| Si | 23 | 58.97 |
| No | 9 | 23.08 |
| A veces | 7 | 17.95 |
| TOTAL | 39 | 100.00 |

Poco más de la mitad de los menores manifiesta que recibe ayuda por parte de algún miembro de su familia para la realización de sus tareas escolares, ya que consideran que sus familiares se preocupan mucho por ellos o bien solicitan la ayuda y se la proporcionan. Aquellos que no reciben ayuda argumentan no necesitarla, ya que tienen la capacidad para hacerlo solos o bien ya rebasaron la preparación de sus padres (que es muy baja) y éstos no pueden intervenir. Los que ocasionalmente reciben apoyo se debe a que no siempre sus familiares tienen disposición para asesorarlos, trabajan y no tienen tiempo para atenderlos o carecen de los conocimientos necesarios para ello.

FUENTE: Encuesta realizada en Escuelas Primarias del Distrito Federal y Area Metropolitana. Abril-Junio de 1986-

CUADRO N° 24
TRATO QUE RECIBE EL MINUSVALIDO
POR PARTE DE SU FAMILIA

| TRATO QUE DA LA FAMILIA | N° | % |
|-------------------------|----|--------|
| Igual que a todos | 32 | 82.06 |
| Lo consienten | 5 | 12.82 |
| Lo regañan mucho | 1 | 2.56 |
| No lo toman en cuenta | 1 | 2.56 |
| TOTAL | 39 | 100.00 |

Con respecto al trato que recibe por parte de su familia, la mayor parte de los menores minusválidos son tratados igual que los demás miembros, dándoseles las mismas obligaciones y teniendo los mismos derechos. Algunos reciben un trato preferencial, del cual están concientes, el cual se les da ya sea por las limitaciones que tienen o bien por ocupar un lugar importante dentro de la familia (es decir, ser el hijo mayor o el menor). Hay una minoría que se sabe rechazada o ignorada, mas no por todos los miembros de la familia, sino por uno solo, que puede ser el padre o la madre, nunca los hermanos, que sin embargo, les afecta bastante emocionalmente y en su relación dentro del grupo familiar y escolar.

FUENTE: Encuesta realizada en Escuelas Primarias del Distrito Federal y Area Metropolitana. Abril-Junio de 1986.

CUADRO N° 26
RELACION DEL MINUSVALIDO CON EL GRUPO
DE ACUERDO A LA OPINION QUE TIENEN DE EL

| RELACION OPINION | Buena | Regular | Mala | Indife- rente | TOTAL |
|---------------------|---------------|---------------|--------------|------------------|----------------|
| Es simpático | 18 (46.15) | 2 (5.13) | 1 (2.56) | 1 (2.56) | 22 (56.40) |
| Es muy serio | 2 (5.13) | 7 (17.95) | 3 (7.70) | 0 (0.00) | 12 (30.78) |
| Es solitario | 0 (0.00) | 1 (2.56) | 3 (7.70) | 0 (0.00) | 4 (10.26) |
| Es agresivo | 0 (0.00) | 0 (0.00) | 1 (2.56) | 0 (0.00) | 1 (2.56) |
| TOTAL | 20 (51.28) | 10 (25.64) | 8 (20.52) | 1 (2.56) | 39 (100.00) |

Más de la mitad de los compañeros del minusválido manifiestan una actitud de simpatía hacia él, en base a las actitudes que el menor presenta. Se puede deducir que la conducta que observa influye en que la relación con los compañeros sea de determinada manera, haciéndola directamente proporcional.

FUENTE: Encuesta realizada en Escuelas Primarias del Área Metropolitana y Distrito Federal. Abril-Junio de 1986.

CUADRO N° 27
MOTIVOS Y FRECUENCIA DE LA PARTICIPACION DEL
MINUSVALIDO EN LAS ACTIVIDADES CON SUS COMPAÑEROS

| MOTIVOS \ PARTIC. | Siempre | A veces | Nunca | TOTAL |
|-------------------------|---------------|---------------|--------------|----------------|
| Lo invitan a participar | 22 (56.41) | 0 (0.00) | 0 (0.00) | 22 (56.41) |
| Su secuela se li impide | 0 (0.00) | 10 (25.65) | 1 (2.56) | 11 (28.21) |
| No le gusta | 0 (0.00) | 3 (7.69) | 0 (0.00) | 3 (7.69) |
| No lo invitan | 0 (0.00) | 2 (5.13) | 1 (2.56) | 3 (7.69) |
| TOTAL | 22 (56.41) | 15 (38.47) | 2 (5.12) | 39 (100.00) |

En poco más de la mitad de los casos, el minusválido participa en todas las actividades organizadas dentro del grupo y aún dentro de la escuela, dejando ver los compañeros, que si participa es porque lo invitan debido a que su compañía les es agradable. Aquellos que no siempre intervienen en las actividades con sus compañeros, no lo hacen porque su limitación física no les permite participar en ciertas actividades que por su naturaleza exigen esfuerzo o habilidad que ellos no tienen. Sólo una minoría de los compañeros manifiesta un rechazo abierto hacia el minusválido al declarar que no lo invitan a participar, sobre todo en actividades recreativas, porque no es de su agrado.

FUENTE: Encuesta realizada en Escuelas Primarias del Distrito Federal y Area Metropolitana. Abril-Junio de 1986.

CUADRO N° 28
OPINION DE LA FAMILIA ANTE LA ESTANCIA
DEL MINUSVALIDO EN LA ESCUELA REGULAR

| OPINION | N° | % |
|-----------------------------------|----|--------|
| Le sirve para su desenvolvimiento | 23 | 58.97 |
| Está mejor que en la esc. esp. | 12 | 30.77 |
| Recibe mejor atn. en la esc. esp. | 4 | 10.26 |
| TOTAL | 39 | 100.00 |

La mayoría de los padres de familia están de acuerdo en que sus hijos se encuentren incorporados a la escuela regular, ya que este ambiente les proporciona la oportunidad de desenvolverse mejor que en un ambiente protegido y con atención especializada, ya que les proporciona una visión más adecuada de la realidad, además de las ventajas que implica, ya que por su ubicación geográfica (cercana al domicilio), de relaciones interpersonales y de una mayor convivencia familiar, les ofrece el estar integrados en el ambiente escolar regular. Por otro lado, se encuentran muy a gusto con el apoyo que ha recibido el menor por parte de los profesores y compañeros. El mínimo de población que prefiere la escuela especial se inclina a ella porque piensa que su hijo requiere atención especializada o porque al no haber logrado la aceptación que ellos deseaban en la escuela regular buscan seguir protegiéndolo para evitarle que se enfrente a algún problema.

FUENTE: Encuesta realizada en Escuelas Primarias del Distrito Federal y Area Metropolitana. Abril-Junio de 1986.

CUADRO N° 29
DIFICULTAD QUE ENCONTRO LA FAMILIA PARA
INCORPORAR AL MINUSVALIDO A LA PRIMARIA

| DIFICULTAD | N° | % |
|-------------|----|--------|
| No encontró | 30 | 76.92 |
| Sí encontró | 9 | 13.08 |
| TOTAL | 39 | 100.00 |

Las tres cuartas partes de las familias no encontraron dificultad para incorporar a sus hijos a las escuelas regulares que ellos eligieron (cercanas a su domicilio) y en las que se encuentran integrados actualmente, pudiendo hacer los trámites sin la ayuda del personal de la escuela especial o centro de rehabilitación. La cuarta parte restante, que sí encontró problemas, tuvo que recibir apoyo por parte del personal profesional de las escuelas especiales, para que expusieran el problema del menor y pudiera ser aceptado.

FUENTE: Encuesta realizada en Escuelas Primarias del Distrito Federal y Area Metropolitana. Abril-Junio de 1986.

CUADRO N° 30
 APROVECHAMIENTO ESCOLAR DEL MINUSVALIDO
 Y FACTORES QUE INFLUYEN EN EL

| APROVECHA- MIEN FACTORES | Satis- factor. | Median. Satisf. | No Satisf. | TOTAL |
|------------------------------------|-------------------|--------------------|---------------|----------------|
| Se esfuerza | 15 (38.47) | 3 (7.69) | 0 (0.00) | 18 (46.16) |
| Es inteligente | 9 (23.08) | 0 (0.00) | 0 (0.00) | 9 (23.08) |
| Tiene problemas psicológicos | 1 (2.56) | 4 (10.26) | 0 (0.00) | 5 (12.82) |
| Lo rechazan en la escuela. | 1 (2.56) | 2 (5.13) | 1 (2.56) | 4 (10.25) |
| Existen proble- mas intrafamil. | 0 (0.00) | 2 (5.13) | 1 (2.56) | 3 (7.69) |
| TOTAL | 26 (66.67) | 11 (28.21) | 2 (5.12) | 39 (100.00) |

Más del 90% de las familias está a gusto con el rendimiento que llegan a tener sus hijos en la escuela, aún cuando no obtengan buenas calificaciones o no sean los más destacados del grupo, ya que por un lado, unos piensan que sus hijos son inteligentes o al menos hacen el esfuerzo por salir adelante, y que si no lo logran (tener un buen aprovechamiento) se debe a que en él influyen problemas de dinámica familiar, psicológicos, pero no ocasionados por padecer alguna alteración invalidante, o al rechazo que se les manifiesta en la escuela.

FUENTE: Encuesta realizada en Escuelas Primarias del Distrito Federal y Area Metropolitana. Abril-Junio de 1986.

CUADRO N° 31
ASISTENCIA DE LOS PADRES A LA ESCUELA

| ASISTENCIA | N° | % |
|--------------------------|----|--------|
| Sólo cuando es necesario | 24 | 61.54 |
| Constantemente | 15 | 38.46 |
| TOTAL | 39 | 100.00 |

Poco menos de la mitad de los padres de familia acude a la escuela en forma constante (aún cuando el profesor no solicite su presencia) para informarse acerca del desenvolvimiento de su hijo. El resto sólo acude cuando es necesario, y en muchas ocasiones no asisten los padres (debido a sus ocupaciones) sino que van tios, abuelos o hermanos mayores. Unos cuantos que pertenecen a esta categoría consideran que los menores se desenvuelven adecuadamente, que ya se encuentran integrados y no es necesario supervisarlos constantemente.

FUENTE: Encuesta realizada en Escuelas Primarias del Distrito Federal y Area Metropolitana. Abril-Junio de 1986.

CUADRO N° 32
AYUDA QUE DA LA FAMILIA AL MINUSVALIDO
PARA REALIZAR SUS TAREAS Y MOTIVOS

| AYUDA | Si | A veces | No | TOTAL |
|---------------------------------|---------------|---------------|--------------|----------------|
| RAZON | | | | |
| Les interesa su aprovechamiento | 14 (35.90) | 1 (2.57) | 0 (0.00) | 15 (38.47) |
| Lo necesita | 6 (15.38) | 4 (10.26) | 0 (0.00) | 10 (25.64) |
| El puede solo y sabe hacerlo | 1 (2.57) | 1 (2.57) | 4 (10.26) | 6 (15.38) |
| No hay quien le ayude | 0 (0.00) | 2 (5.13) | 3 (7.69) | 5 (12.82) |
| No saben como ayudarlo | 0 (0.00) | 2 (5.13) | 1 (2.57) | 3 (15.38) |
| TOTAL | 21 (53.85) | 10 (25.64) | 8 (20.51) | 39 (100.00) |

La mitad de los minusválidos recibe ayuda de su familia para realizar su tarea, ya que les preocupa que salgan adelante o es tan concientes de que necesitan ayuda, orientación o supervisión. Una cuarta parte recibe ayuda ocasionalmente, cuando realmente lo necesita, o bien porque no hay quien le ayude, ya que realmente no tienen tiempo para hacerlo o no cuentan con la preparación necesaria para asesorarlos.

FUENTE: Encuesta realizada en Escuelas Primarias del Distrito Federal y Area Metropolitana. Abril-Junio de 1986.

CUADRO N° 33
PARTICIPACION DEL MINUSVALIDO
EN LAS ACTIVIDADES DEL HOGAR

| PARTICIPA | SÍ | A veces | No | TOTAL |
|----------------------------------|---------------|---------------|--------------|----------------|
| Se le ha enseñado a cooperar | 22 (56.41) | 0 | 0 | 22 (56.41) |
| No se le permite por su problema | 0 (0.00) | 4 (10.26) | 4 (10.26) | 8 (20.52) |
| No puede realizar las | 0 (0.00) | 6 (15.38) | 0 (0.00) | 6 (15.38) |
| No le gusta o es flojo | 0 (0.00) | 2 (5.13) | 1 (2.56) | 3 (7.69) |
| TOTAL | 22 (56.41) | 12 (30.77) | 5 (12.82) | 39 (100.00) |

Poco más del 50% de los menores han sido enseñados a participar en las labores del hogar, pues la familia considera que no debe tener concesiones debido a su limitación, a excepción de las limitaciones que realmente presente por su incapacidad. Hay algunos menores que no cooperan debido a que por su problema físico no pueden realizar actividades domésticas o bien la familia les permite no participar si no lo desean. En aquellos que sí cooperan lo hacen en actividades accesibles y acordes a su incapacidad.

FUENTE: Encuesta realizada en Escuelas Primarias del Distrito Federal y Area Metropolitana. Abril-Junio de 1986.

CUADRO N° 34
DESEMPEÑO DEL MINUSVALIDO EN
SUS ACTIVIDADES EN EL HOGAR

| DESEMPEÑO EN EL HOGAR | N° | % |
|-------------------------------------|----|--------|
| Con independencia | 21 | 53.85 |
| Con dependencia en todas las activ. | 12 | 30.77 |
| Con dependencia en las AVDH | 6 | 15.38 |
| TOTAL | 39 | 100.00 |

Más del 50% de los menores han sido enseñados a desenvolverse totalmente independientes dentro del hogar (siempre y cuando la severidad de su secuela se lo permita), tanto para la toma de decisiones como para la realización de sus actividades de la vida diaria y del hogar (ADVH). Un 30% depende completamente de la orientación y ayuda que les proporciona la familia, no siempre porque se encuentren realmente incapacitados, sino porque están sobreprotegidos y no han aprendido a desenvolverse con seguridad y confianza en sí mismos. Sólo un 15% requiere realmente ayuda para realizar determinadas actividades cotidianas, como son el bañarse, sin embargo, si hay actividades en las que pueden desenvolverse independientemente lo hacen.

FUENTE: Encuesta realizada en Escuelas Primarias del Distrito Federal y Area Metropolitana. Abril-Junio de 1986.

CUADRO N° 35
RELACION DEL MINUSVALIDO
CON SUS VECINOS

| RELACION | N° | % |
|-------------------|----|--------|
| Convive con ellos | 21 | 53.85 |
| Sólo los saluda | 12 | 30.77 |
| No convive | 6 | 15.38 |
| TOTAL | 39 | 100.00 |

La mayoría de los minusválidos tiene contacto con la gente que los rodea, y que es ajena al ámbito familiar y escolar, es decir, se relaciona con sus vecinos, ya sea para jugar, platicar o realizar actividades comunes. Aquellos que no tienen ningún contacto con los vecinos son muy pequeños para que la familia aún le permita alejarse del hogar.

FUENTE: Encuesta realizada en Escuelas Primarias del Distrito Federal y Area Metropolitana. Abril-Junio de 1986.

CAPITULO 5
PROPUESTA
PLAN DE TRABAJO
LA INTERVENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL
EN EL PROCESO DE INTEGRACION ESCOLAR
DEL MENOR MINUSVALIDO

INTRODUCCION.

El presente plan se realiza partiendo de la premisa que _
sustenta que el minusválido se encuentra desintegrado de su am-
biente al no recibir la oportunidad para satisfacer sus necesi-
dades biológicas, psicológicas y sociales que le permiten su de-
sarrollo personal y social, necesidades que se manifiestan (en_

mayor o menor medida) de acuerdo a la etapa de desarrollo en la que se encuentra y al nivel sociocultural y económico al que pertenece.

La integración del minusválido, en este sentido, será obtenida sólo cuando la sociedad le ofrezca las oportunidades que necesita de participar en las actividades que le permitan satisfacer sus necesidades.

De acuerdo a su etapa de desarrollo, al menor minusválido le corresponde (cuando su situación física se lo permite) desempeñarse dentro del ámbito escolar. Si aunado a esto se suma el hecho de que la acción educativa forma parte del proceso de rehabilitación del minusválido, ya que ella le permite iniciar su proceso de socialización fuera de la familia; así como adquirir, reforzar o cambiar hábitos de conducta y valores, al igual que conocimientos, para que posteriormente y poco a poco, pueda desempeñar un rol determinado y responda a las expectativas que de él tienen aquellos que lo rodean, se hace importante que el menor incapacitado ingrese al proceso educativo, y que en la medida de sus posibilidades y limitaciones físicas se incorpore a una escuela regular, no confinándolo, como sucede en muchos casos, a una escuela de educación especial o bien quedándose sin estudiar.

Corresponde al Trabajador Social intervenir para propiciar la incorporación del minusválido a escuelas regulares. Para ello debe conocer:

a) Las actitudes que presentan los miembros de la familia

y con quien convive hacia el sujeto incapacitado.

b) La disposición de las dependencias escolares tanto gubernamentales como privadas para recibir a este tipo de personas.

c) La actitud del propio minusválido hacia sí mismo y su preparación para enfrentarse al ambiente escolar.

Este plan de trabajo está fundamentado en una investigación exploratoria realizada a menores minusválidos integrados a escuelas primarias regulares, por medio de la cual se detectó la siguiente problemática:

a) Existe un gran desconocimiento por parte de la población respecto al problema de la invalidez, habiendo una percepción estereotipada del mismo (en referencia al aspecto estético y funcional), lo que restringe su ingreso al ámbito escolar.

b) La familia forma parte importante del proceso rehabilitatorio y de integración del minusválido, y son sus actitudes de rechazo, indiferencia o sobreprotección las que van cimentando en el sujeto conductas agresivas y manipuladoras, así como sentimientos de autodevaluación e inseguridad en sí mismos para conducirse ante el grupo y falta de motivación que propicie su superación.

c) Las autoridades escolares muestran recelo (cuando no han tenido experiencia en el manejo de este tipo de sujetos) para aceptarlos en sus aulas, con razonamientos tales como el posible retraso en el aprendizaje tanto para el minusválido como para el resto del grupo si no se maneja bien o la posible pre-

sencia de problemas de interacción.

Con la ejecución de los programas que integran este Plan se pretende lograr la Integración Escolar del Minusválido con la participación del Trabajador Social, con acciones de orientación a las autoridades escolares, profesores y población escolar para que participe activa, consciente y positivamente en dicho proceso de integración, así como orientar a la familia para lograr su apoyo y mejorar la dinámica familiar, y atención al propio minusválido en los aspectos psicológicos y pedagógicos en que lo requiera.

Para ello, el Trabajador Social se hará cargo de elaborar y ejecutar programas de investigación, orientación y promoción de la integración escolar. En muchas ocasiones no será suficiente la intervención del Trabajador Social sino que requerirá la colaboración de maestros especialistas, psicólogos y otros profesionistas.

La evaluación del Plan se llevará a cabo por medio de la supervisión con instrumentos y actividades acordes a cada proyecto.

JUSTIFICACION.

Este Plan se elabora, en primer lugar, para responder a la exigencia del trabajo de Tesis, en el cual debe realizarse una propuesta de trabajo que coadyuve a la solución de la problemá-

tica detectada; y por medio del cual puedan aplicarse los conocimientos teóricos y la práctica adquirida durante la carrera, apoyándose en la experiencia profesional existente. Así mismo, se convierte en un modelo para la intervención del Trabajador Social en la ejecución del Plan.

Además, es importante promover la participación del Trabajador Social mediante una opción para su desempeño profesional que le permita ampliar sus actividades dentro de la institución haciendo trabajo extramuros y labor con los familiares, con la colaboración de un equipo multidisciplinario.

Su desempeño debe estar encaminado al logro del desarrollo del minusválido y adecuado desenvolvimiento en el ámbito escolar, de tal manera que aproveche su estancia en el núcleo escolar.

DIAGNOSTICO.

De acuerdo a los resultados obtenidos en el estudio exploratorio a niños minusválidos afectados en el aparato locomotor y en la visión e incorporados a escuelas primarias regulares para conocer los factores que intervienen en su proceso de integración, y la manera en que influyen, se detectaron los siguientes problemas:

- 1) La población desconoce el problema de la invalidez, situación que dificulta la aprobación de las autoridades para el

ingreso del minusválido al núcleo escolar.

2) Esta misma situación de desconocimiento ocasiona que el profesor no sepa que actitud tomar hacia el minusválido, cómo _ dirigir al grupo en su convivencia y en el aspecto académico, _ sin que la presencia del primero afecte a los demás o bien el _ grupo afecte al incapacitado.

3) La situación familiar influye de manera directa en las _ actitudes que tenga el minusválido en el núcleo escolar, así co _ mo en su aprovechamiento, convirtiéndose la familia en foco de _ atención importante.

4) La población en general desconoce la problemática de la invalidez, lo que no le permite comprender al minusválido ni _ darle la oportunidad de relacionarse.

De acuerdo a la problemática detectada se ha visto a su _ vez que la intervención del Trabajador Social ha sido limitada, quedando muchas funciones que la disciplina puede desempeñar en manos de otros profesionistas, ya que su capacidad ha sido subutilizada, limitándose sólo a meros trámites administrativos. _ Aunado a esto es de considerarse el hecho que dentro del área _ de la rehabilitación ha predominado la concepción médica, confi riéndose mayor importancia al tratamiento físico y dejando de _ lado la atención psicosocial. Actualmente se ha logrado que to _ das las profesiones diversifiquen sus funciones; específicamen _ te el Trabajo Social interviene en valoraciones multidisciplina _ rias (integrales), estableciendo el plan de tratamiento al mi-- _ nusválido, al igual que prioridades de atención.

PRONOSTICO.

Dentro de este Plan los grupos familiar y escolar son fundamentales en el proceso de rehabilitación e integración escolar del minusválido, para lo cual es necesario promover la participación activa de cada uno de ellos, de tal manera que cada grupo específico pueda hacer la aportación que le corresponde (de socialización, formación académica, maduración psicológica, etc.) dando la oportunidad al incapacitado de hacer uso y demostrar sus capacidades residuales y de satisfacer sus necesidades.

En caso de no propiciar que la situación actual del minusválido se modifique sólo se consigue que el problema prevalezca y aumente, pues a él se anexan problemas sociales tales como el analfabetismo, el desempleo, el subempleo, la mendicidad, alcoholismo y otros en los que caen los minusválidos no sujetos de rehabilitación, carentes de oportunidades de integración.

Por otro lado, si se considera al Trabajo Social como una profesión que ve por las relaciones sociales de los individuos dentro de un ámbito social, sobre todo cuando dichas relaciones están alteradas o deterioradas, ya sea por uno u otro elemento, que impide que se generen nuevas relaciones que mejoren las existentes o que el individuo pueda satisfacer sus necesidades de supervivencia y convivencia, su labor, respaldada institucionalmente, está dirigida a promover, tanto en el individuo como en los grupos de los cuales forma parte y la comunidad en gene-

ral, un cambio que le permita al sujeto integrarse socialmente al desarrollar sus capacidades residuales y poner en práctica sus conocimientos, que lo lleven a luchar por una forma mejor de vivir y por la satisfacción de sus necesidades.

POLITICAS.

1. Este Plan tomará como referencia las acciones realizadas por el Instituto Nacional para la Rehabilitación de Niños Ciegos y Débiles Visuales y el Centro de Rehabilitación, dependientes del D.I.F. en relación a la integración escolar del minusválido.

2. Se sujetará a las limitantes que se presenten en relación a las autoridades escolares de las primarias, falta de recursos humanos disponibles para la promoción y la supervisión de la integración escolar.

3. Coordinará acciones con el minusválido, se núcleo familiar y el escolar, para la promoción de la integración educativa.

4. Operará en un principio únicamente con población que se encuentre recibiendo atención rehabilitatoria en los centros de rehabilitación dependientes del D.I.F.

OBJETIVOS.

General:

Motivar la participación del Trabajador Social en la promoción de la Integración Social del minusválido a través de su incorporación a escuelas primarias regulares, contando con la colaboración de autoridades escolares, profesores, familiares y comunidad en general.

Específicos:

1. Implantar programas de trabajo para la promoción de la integración del minusválido a escuelas primarias regulares que contemplen la participación de la familia y el núcleo escolar.
2. Proporcionar a las autoridades y profesores de las escuelas primarias regulares la información necesaria sobre la invalidez, rehabilitación y la educación del minusválido en dicho ámbito.
3. Proporcionar a los padres de familia del minusválido orientación acerca del manejo, trato y educación del menor.
4. Promover en la comunidad que rodea al minusválido su aceptación como ser humano.

ELABORACION DE PROGRAMAS.

Para fines del presente Plan se elaborará el siguiente

programa de trabajo:

a) Promoción de la Integración Escolar del minusválido con participación de la familia.

EJECUCION.

Para la ejecución de este programa el Trabajador Social _ realizará actividades que lo lleven a coordinarse con los res-- ponsables de la integración escolar de las diferentes unidades_ de rehabilitación del D.I.F. y promoverá dicha integración ante las autoridades escolares. Así mismo, trabajará con el grupo _ familiar y el escolar para la sensibilización del problema de _ la invalidez y procurará su apoyo en el proceso de integración_ escolar.

LI'ITES.

Universo de Trabajo:

- Minusválidos con secuelas en el Sistema Neuromusculoes-- quelético o en la visión, y sus familiares.
- Autoridades, profesores y alumnos de las Escuelas Prima-- rias Regulares.

Tiempo:

El Plan de integración escolar tendrá la vigencia necesaria hasta lograr la sensibilización de la población en el problema de la invalidez.

Espacio:

El Plan se realizará con población que viva en el Distrito Federal y Area Metropolitana, en las escuelas primarias cercanas al domicilio del minusválido.

RECURSOS.

Humanos:

- Licenciado en Trabajo Social.
- Equipo de valoración multidisciplinario (médico especialista, psicólogo, pedagogo, maestro especialista).

Materiales:

- Material de papelería.
- Area física de trabajo.

Instituciones:

- Instituto Nacional para la Rehabilitación de Niños Ciegos y Débiles Visuales (D.I.F.).
- Centro de Rehabilitación (D.I.F.).

EVALUACION.

La evaluación del Plan se llevará a cabo al finalizar las evaluaciones planteadas en el programa y cada uno de los proyectos que lo integran.

5.1 PROGRAMA PROMOCION DE LA INTEGRACION ESCOLAR DEL MINUSVALIDO CON PARTICIPACION DE LA FAMILIA

JUSTIFICACION.

Generalmente, cuando un menor de edad, por alguna causa, se encuentra incapacitado para realizar sus actividades cotidianas, la posición que adoptan sus padres con respecto a su ingreso a la escuela se da en tres direcciones:

a) No lo insertan al proceso educativo, dejándolo sin oportunidad de preparación.

b) Lo incorporan a una escuela de educación especial (si tienen conocimiento que ella existe) desde un principio, con el fin de que ahí reciban atención especializada, en grupos minoritarios.

c) Lo incorporan desde un principio a la escuela regular.

Naturalmente, la toma de cualquiera de estas decisiones está basada en el tipo y severidad de alteración invalidante que padezca el minusválido, la situación socioeconómica de su familia, la información que ésta tenga del problema de la invalidez y, específicamente, de la comprensión y aceptación que tengan del propio incapacitado y su disposición para apoyarlo en su proceso de integración social y en su grado de rehabilitación.

La familia se convierte en eje principal en el proceso de rehabilitación, educación e integración, ya que dependiendo de las conductas que manifieste hacia el incapacitado, éste tendrá o no la capacidad psicológica de aceptarse a sí mismo, enfrentarse a su mundo, cumplir con responsabilidades y adquirir una formación tanto personal como académica.

Así es como se considera que el logro de la integración social del minusválido se da en su momento, con logros para su vida futura, desde su ingreso a la escuela, preferiblemente en un ambiente normal.

Pero el ingreso a la escuela no sólo implica su incorporación, sino que requiere atención al minusválido desde antes de propiciarlo, apoyo familiar, asesoría a profesores, orientación a compañeros y supervisión de su desenvolvimiento.

En todo este entorno que el Trabajo Social encuentra un vasto quehacer profesional, empleando sus conocimientos teóricos, y aplicando las mejores técnicas para el logro de la integración escolar del minusválido con la colaboración de su familia.

OBJETIVOS.

General:

Lograr la integración del niño minusválido al ámbito escolar regular.

Específicos:

1. Orientar al minusválido para que colabore en el proceso de su integración escolar.

2. Lograr la participación activa y positiva de la familia del minusválido en el proceso de integración del mismo a la escuela regular.

3. Orientar a la población escolar sobre el problema de la invalidez para propiciar la aceptación del minusválido.

POLITICAS.

El presente programa:

1. Procurará la incorporación del menor minusválido a escuelas primarias cercanas a su domicilio.

2. Incorporará a minusválidos que se encuentren recibiendo tratamiento rehabilitatorio en los centros de rehabilitación del D.I.F.

3. Incorporará minusválidos a las escuelas sólo una vez que lo haya determinado el equipo de valoración del centro de

rehabilitación.

4. Fomentará la participación de la familia en el proceso de integración del minusválido al núcleo escolar.

5. Incorporará a los minusválidos únicamente a escuelas _ primarias oficiales.

METAS.

1. Que por lo menos el 70% de los menores que tienen entre 6 y 12 años de edad con alteraciones invalidantes en el Sistema Neuromusculoesquelético o en la Visión que se encuentren _ recibiendo atención en el Centro de Rehabilitación y en el Instituto Nacional para la Rehabilitación de Niños Ciegos y Débiles Visuales respectivamente, se incorporen a la escuela primaria más cercana a su domicilio, una vez que el equipo de valoración lo haya determinado.

2. Que por lo menos el 80% de las familias sean orientadas por la Trabajadora Social para propiciar su entendimiento y colaboración en el proceso de integración escolar del minusválido.

3. Que por lo menos el 70% de la población escolar (autoridades, profesores y alumnos) sea orientada acerca del problema de la invalidez, promoviendo la aceptación del minusválido.

LIMITES.

Universo de trabajo:

- Minusválidos con alteraciones en el Sistema Neuromusculo esquelético o en la visión, de 6 a 12 años de edad, que no estén estudiando o se encuentren incorporados a una escuela de educación especial, y que estén recibiendo atención rehabilitatoria.

- Familiares de los minusválidos.

- Autoridades y profesores de las escuelas en donde se va a incorporar el minusválido.

- Población escolar del núcleo donde se haya insertado el minusválido.

Espacio:

Las labores de integración se llevarán a cabo en escuelas primarias regulares del Distrito Federal y Area Metropolitana cercanas al domicilio del menor minusválido.

Tiempo:

El programa tendrá carácter permanente, como alternativa a los pacientes que no está insertados en el proceso formal educativo.

PROYECTOS.

Los proyectos que conforman el programa son los siguientes:

1. Valoración integral del minusválido.
2. Promoción para la incorporación a la escuela.
3. Asesoría y supervisión del proceso de integración.

FUNCIONES Y RESPONSABLES.

FUNCIONES

RESPONSABLES

- | | |
|---|---|
| - Valorar el caso del minusválido, establecer el diagnóstico y plan de tratamiento. | - Equipo de valoración: . Médico especialista. . Lic. T.S. . Psicólogo. . Maestro especialista. |
| - Orientar a la familia en el manejo y trato del minusválido para la promoción de su apoyo en el ingreso y estancia en el núcleo escolar. | - Lic. T.S. |
| - Promover la integración del minusválido ante las autoridades de las escuelas seleccionadas. | - Lic. T.S. |
| - Supervisar el desarrollo del minusválido en el núcleo escolar y asesorar tanto a él como a familiares y profesores. | - Lic. T.S. - Maestro especialista - Psicólogo. |

RECURSOS.

Humanos:

- Médico especialista.
- Licenciado en Trabajo Social.
- Trabajador Social.
- Psicólogo.
- Maestro especialista.

Materiales:

- Cubículos para valoración.
- Material de papelería.

Instituciones:

- Instituto Nacional para la Rehabilitación de Niños Ciegos y Débiles Visuales (D.I.F.).
- Centro de Rehabilitación (D.I.F.).
- Escuelas Primarias Regualres (S.E.P.).

Financieros:

Los recursos financieros se asignarán cuando el plan esté aprobado, mientras tanto, en los proyectos se harán cálculos aproximados.

CONTROL.

Información:

Se hará a nivel ascendente hacia las autoridades de la institución de rehabilitación y a los Directores de las escuelas. Será horizontal entre el Trabajador social, los maestros especialistas y los profesores de las escuelas primarias. Se realizará en forma descendente hacia los familiares y compañeros del minusválido.

Contenido:

La información se hará en base a las actividades que se realicen con respecto de la incorporación del minusválido al ámbito escolar por parte del trabajador social, maestros especialistas y el demás equipo de valoración. Contendrá los progresos del minusválido dentro de la escuela y los obstáculos que se le presenten, además de las medidas resolutivas.

Supervisión:

Podrá ser directa o indirecta cuando el Trabajador Social se entreviste con el minusválido, sus familiares, sus profesores. También será interna o externa, dependiendo de si los antes mencionados acuden al Centro de Rehabilitación o el Trabajador Social acude a los domicilios particulares o escuelas.

La supervisión la llevará el Trabajador Social, con la participación del maestro especialista cuando así se requiera.

Ella se planteará según las necesidades de atención de cada minusválido, procurando llevarla a cabo al menos bimestralmente.

EVALUACION.

La evaluación de la integración del minusválido se realizará en base a los siguientes indicadores.

1. Relación minusválido - maestro.
2. Relación minusválido - compañero.
3. Relación minusválido - familia.
4. Rendimiento escolar del minusválido.
5. Participación en actividades escolares.

A su vez, esta evaluación se aplicará en tres momentos:

a) Inicial: a través de una valoración integral para determinar las condiciones en las que ingresa el minusválido a la escuela.

b) Parcial: producto de cada supervisión para determinar el desenvolvimiento del minusválido y plantear correcciones si se requieren.

c) Final: en la cual se indicará la suspensión de la supervisión y evaluaciones ya que se ha logrado el objetivo que consiste en integrar al minusválido a su núcleo escolar con el apoyo de su familia.

5.2 PROYECTO
VALORACION INTEGRAL DEL MINUSVALIDO

FUNDAMENTACION.

Es necesario practicar una valoración integral al minusválido en la que intervengan médicos especialistas, psicólogos, trabajadores sociales, para conocer cuál es su situación biopsicosocial y de ahí determinar un plan de tratamiento en el cual pueda ir incluida la opción del ingreso a la escuela (si es que aún no está en ella).

Esta valoración puede realizarse en el momento del ingreso al Centro de Rehabilitación o bien una vez que ha recibido atención rehabilitatoria practicar una revaloración, para conocer sus avances y plantear nuevas acciones.

OBJETIVO.

Determinar qué minusválido se encuentra en las posibilidades de incorporarse a la escuela regular.

METAS.

Que el 100% de los minusválidos que son sujetos de aten--

ción en el Centro de Rehabilitación y que se encuentre en edad escolar (entre 6 y 12 años) sea valorado integralmente (médica, psicológica y socialmente), para determinar su incorporación a la escuela primaria regular.

LOCALIZACION.

Las actividades que se lleven a cabo en este proyecto serán realizadas dentro del propio Centro de Rehabilitación, en las áreas de Valoración Médica, Psicológica y de Trabajo Social.

RECURSOS.

Humanos:

- 1 Médico especialista.
- 1 Psicólogo.
- 1 Lic. en Trabajo Social.

Materiales:

- Material de papelería y formatos de cédulas de valoración.
- Equipo médico y psicológico para valoración.
- Area destinada a la valoración y junta de valoración.

Instituciones:

- Instituto Nacional para la Rehabilitación de Niños Ciegos y Débiles Visuales (D.I.F.).
- Centro de Rehabilitación (D.I.F.).

Financieros:

Los recursos financieros serán asignados cuando el proyecto sea autorizado, sin embargo un cálculo aproximado del monto requerido únicamente como financiamiento para recursos humanos es de 13 millones de pesos anuales; elaborado el cálculo al 1° de junio de 1987.

ACTIVIDADES.

Las actividades a realizar como parte de este proyecto se presentan en el siguiente cuadro descriptivo.

DESCRIPCION DE ACTIVIDADES

| ACTIVIDADES | METODO | TECNICA | INSTRUMENTOS | RESPONSABLE |
|---|---------------|--|---|--|
| - Realizar valoración social al minusválido y a su familia. | T.S. de Casos | - Entrevista. - Visita domiciliaria. - Observación | - Cédula de valoración social. | Licenciada en Trabajo Social o Trabajadora Social. |
| - Realizar valoración médica. | Clinico | - Entrevista. - Exploración física. - Observación | - Cédula de valoración médica. - Equipo médico. | Médico especialista. |
| - Realizar valoración psicológica. | Clinico | - Entrevista. - Aplicación de tests. | - Baterías psicológicas. - Cédula de valoración psicológica. | Psicólogo |
| - Realizar junta de valoración integral | Analítico | - Reunión de trabajo. - Discusión del caso. | - Expediente del caso. - Hoja de valoración integral. | Lic. T.S. 6 T.S. Médico especialista Psicólogo. |

5.3 PROYECTO
PROMOCION PARA LA INCORPORACION A LA ESCUELA
PRIMARIA REGULAR

FUNDAMENTACION.

Una vez determinado que el minusválido está preparado para incorporarse a la escuela primaria regular, después de haber sido valorado por un equipo multidisciplinario y haber recibido la atención rehabilitatoria prescrita (si es que ameritó recibirla previamente) o estar obteniéndola; se debe iniciar formalmente la sensibilización al minusválido y a su familia, por parte de la Trabajadora Social, para la promoción de su incorporación a una escuela regular, planteándole los beneficios que esto conlleva y poder lograr su colaboración. Así mismo, la familia es quien debe dar el primer paso, eligiendo la escuela, cercana a su domicilio, a la que desee se integre el menor e iniciar los trámites de ingreso, para ir promoviendo su desempeño independiente y que no espere que la institución vaya a resolverle siempre sus problemas, dándose cuenta así de sus posibilidades de acción.

La familia deberá acudir ante las autoridades escolares a solicitar la inscripción del minusválido y posteriormente la trabajadora social establecerá coordinación con ellos para darles a conocer la problemática del menor y establecer visitas de supervisión y orientación.

OBJETIVO.

Orientar al minusválido, a su familia y a las autoridades escolares y profesores, para promover su colaboración positiva en el proceso de integración escolar del primero.

METAS.

1. Dar a conocer al 100% de los minusválidos considerados aptos para incorporarse a una escuela regular, y a sus familiares los beneficios que trae consigo dicha incorporación, para así lograr su colaboración en tal proceso.

2. Dar a conocer al 100% de las autoridades escolares y profesores que van a tener trato directo con el minusválido su problemática y orientarlos para conseguir su apoyo.

3. Que por los menos el 60% de los alumnos que rodean al minusválido en la escuela regular sean orientados sobre el problema de la invalidez.

LOCALIZACION.

Las actividades para este proyecto se llevarán a cabo tanto en el Centro de Rehabilitación como en la Escuela Primaria

Regular a la que sea incorporado.

RECURSOS.

Humanos:

1 Lic. en Trabajo Social.

Materiales:

Material de oficina.

Instituciones:

- Instituto Nacional para la Rehabilitación de Niños Ciegos y Débiles Visuales (D.I.F.).
- Centro de Rehabilitación (D.I.F.).
- Escuelas Primarias Regulares (S.E.P.).

Financieros:

El cálculo aproximado para gastos de recursos humanos únicamente asciende a 3,500.000.00 pesos.

ACTIVIDADES.

Las actividades que se llevarán a cabo en este proyecto se describen en el siguiente cuadro:

DESCRIPCION DE ACTIVIDADES

| ACTIVIDADES | METODO | TECNICA | INSTRUMENTOS | RESPONSABLE |
|--|---------------|---------------|-------------------------------|-------------|
| <p>- Explicar al minusválido y a su familia la razón por la que se le desea incorporar a la escuela regular (cercana a su domicilio) promoviendo que sean los propios familiares quienes elijan la escuela e inicien los trámites de ingreso.</p> | T.S. de Casos | - Entrevista. | - Expediente del minusválido. | Lic. T.S |
| <p>- Acudir a la escuela a la que va a incorporarse el minusválido una vez inscrito, para dar a conocer a las autoridades y profesor que le recibirá el caso del menor y orientarlos sobre el tipo de ayuda que pueden proporcionarle. Al mismo tiempo establecer los periodos de supervisión.</p> | T.S. de Grupo | - Entrevista. | - Expediente del minusválido. | Lic. T.S. |

5.4 PROYECTO
SUPERVISION Y EVALUACION DEL PROCESO
DE INTEGRACION ESCOLAR DEL MINUSVALIDO

FUNDAMENTACION.

Desde el momento que el minusválido ingresa a la escuela regular, requiere de supervisión por parte del personal del centro de rehabilitación del que proviene, con el fin de conocer cómo se ha dado su evolución académica, su proceso de socialización con su nuevo ambiente escolar, y las actitudes de la familia hacia él, para poder determinar la necesidad de algún tipo de asesoría o atención especializada y su frecuencia.

La supervisión es una función del Trabajador Social, sin embargo, para proporcionar la mencionada asesoría o atención especializada se requerirá en ocasiones de la intervención del maestro especialista, el psicólogo, el pedagogo, el propio trabajador social, y en casos muy específicos de otro tipo de profesionista, según el problema que esté manifestando el menor. Al mismo tiempo, la atención puede proporcionársele únicamente al minusválido, a sus familiares, a su profesor e inclusive a los compañeros, por lo que el Trabajador Social deberá supervisarlos constantemente, para lo cual se habrá establecido previamente una calendarización que podrá modificarse según las necesidades detectadas.

Dicha supervisión iniciará en el momento en que el menor

ingrese a la escuela y tendrá una periodicidad, la cual finalizará cuando el Trabajador Social lo determine, de acuerdo a la evaluación que realice en cada visita de supervisión, al considerar que el menor se encuentra integrado a su ambiente escolar y encuentra respuestas positivas tanto por parte del minusválido, sus familiares, los compañeros y profesores.

OBJETIVO.

Supervisar y evaluar el desarrollo del minusválido en el ámbito escolar para determinar sus necesidades de atención y proporcionarles la ayuda requerida, durante su proceso de integración al ambiente escolar.

METAS.

1. Que el 100% de los menores que padezcan alguna alteración visual reciba el material didáctico especial que requiere para su proceso de enseñanza-aprendizaje, el cual será obtenido del taller de fabricación de material del Instituto Nacional para la Rehabilitación de Niños Ciegos y Débiles Visuales.

2. Que por los menos al 75% de la población minusválida integrada a la escuela se le visite trimestralmente, para conocer su desenvolvimiento y requerimientos.

3. Que por lo menos el 70% de los minusválidos y sus familiares asistan al Centro de Rehabilitación periódicamente para establecer un seguimiento del caso y proporcionar la atención que se requiera.

LOCALIZACION.

Las actividades de este proyecto se llevarán a cabo en los Centros de Rehabilitación considerados como participantes, en las escuelas primarias en las cuales se encuentre integrado el minusválido y en su propio domicilio.

RECURSOS.

Humanos:

- 2 Trabajadoras Sociales.
- 2 Maestros especialistas.
- 2 Psicólogos.

Materiales:

- Material de Oficina.
- Area física para entrevistas, orientación y asesorías.

Instituciones:

- Instituto Nacional para la Rehabilitación de Niños Ciegos y Débiles Visuales (D.I.F.).
- Centro de Rehabilitación (D.I.F.).
- Escuelas Primarias Regulares (S.E.P.).

Financieros:

El cálculo aproximado para la erogación de recursos humanos es de 15 millones de pesos, de acuerdo al personal considerado dentro de este proyecto.

ACTIVIDADES.

Las actividades a desarrollar en el presente proyecto se mencionan en el siguiente cuadro.

CUADRO DE ACTIVIDADES

| ACTIVIDADES | METODO | TECNICAS | INSTRUMENTOS | RESPONSABLE |
|---|-----------------------------|--|--|----------------------------|
| <p>- Acudir periódicamente (según se haya de terminado en la Junta de Valoración y acordado con el profesor) a la escuela a la que se incorpore el menor, para conocer su desenvolvimiento y necesidades de atención.</p> | <p>Seguimiento de Caso.</p> | <p>- Visita de seguimiento - Observación</p> | <p>- Formato de informe de la visita a la escuela.</p> | <p>Trabajadora Social.</p> |
| <p>- Citar periódicamente a los padres del menor para establecer un seguimiento de su intervención en el proceso de integración escolar y dinámica familiar.</p> | <p>Seguimiento de Caso.</p> | <p>- Entrevista.</p> | <p>- Nota de seguimiento.</p> | <p>Trabajadora Social.</p> |

CUADRO DE ACTIVIDADES

| ACTIVIDADES | METODO | TECNICAS | INSTRUMENTOS | RESPONSABLE |
|---|--------------------------|---|--|--|
| - Programar e impartir asesorías individuales y grupales a los profesores que lo requieran y/o soliciten para orientarlos sobre la atención que deben proporcionar al minusválido. | Trabajo Social de Grupo. | - Entrevista. - Observación - Pláticas (individuales y grupales). | - Formato de seguimiento. | - Lic. T.S. - Maestro especialista. - Psicólogo. |
| - Impartir cursos de mejoramiento y apoyo académico al minusválido en el área que lo requiera. | Grupos. | - Capacitación | - Material didáctico que se requiera. | - Maestro especialista. - Psicólogo. |
| - Impartir pláticas a los profesores y alumnos de la escuela del minusválido para ampliar su información sobre la invalidez y fomentar su participación para solucionar el problema de desintegración del minusválido | Grupos. | - Pláticas. | - Carteles. - Audiovisual. - Folletos. - Pizarrón. - Rotafolios. | - Lic. T.S. - Psicólogo. |

CUADRO DE ACTIVIDADES

| ACTIVIDADES | METODO | TECNICAS | INSTRUMENTOS | RESPONSABLE |
|---|--------------------------|--|---|--|
| - Proporcionar al minusválido la atención psicológica, pedagógica y social que necesite cuando se esté afectando su integración escolar y familiar. | Trabajo Social de Casos. | - Terapias de apoyo. - Sesiones de trabajo. | | - Lic. T.S. - Psicólogo. - Maestro especialista. |
| - Elaborar informes de evaluación del seguimiento del caso, para registrar sus avances, limitaciones y necesidades. | Seguimiento de Caso. | - Supervisión. | - Notas de seguimiento. - Formato de evaluación. | - Lic. T.S. - Psicólogo. - Maestro especialista. |
| - Realizar una junta de trabajo en la que se evalué el caso y se determine su integración, dando por concluido su seguimiento. | Analítico | - Reunión de trabajo. | - Expediente del minusválido. | - Lic. T.S. - Psicólogo. - Maestro especialista. |

CONCLUSIONES

El problema de la invalidez ha sido visto bajo diferente óptica a través de distintas etapas históricas dentro de diversas sociedades, según la formación ideológica que predomina en cada una de ellas, lo que posibilita al incapacitado a desarrollarse tanto individual como socialmente, o bien lo limita y hasta llega a eliminarlo.

Esta problemática ha sido manejada bajo ideas mágicas, religiosas o de utilidad al grupo social, dando diferentes respuestas para su solución, pero no siendo tratados los indivi---

duos incapacitados desde una perspectiva médica. Fue hasta el Siglo pasado en que tanto a nivel mundial como nacional se ini-ció la atención por parte del gobierno a las personas con dis-tin-tos tipos de deficiencias, carencias, incapacidad; no impor-tan-do su origen. Esta atención ha ido evolucionando y ha crea-do polémica entre los sectores que brindan atención al incapaci-tado al cambiar su eje de atención. No puede negarse la rele-vancia del aspecto físico, ya que si el organismo presenta algu-na disfunción orgánica debe ser atendido primeramente para lo-grar rescatar las capacidades residuales del individuo, o bien, evitar el deterioro orgánico por falta de cuidado. Sin embargo entre ciertos sectores del área de la salud existe la idea gene-ralizada de que la atención al incapacitado termina ahí, aún cuando no se haya logrado la recuperación total (en muchos ca-sos imposible); dejando en el olvido que el sujeto, como ser hu-mano, está influido también por aspectos psicológicos y socia-les, y no solamente biológicos. Se deja que al terminar el tra-tamiento físico rehabilitatorio el individuo se enfrente por sí mismo a su realidad, sin tomar en cuenta que en muchos casos re-quiere de apoyo psicológico, orientación vocacional, rehabilita-ción profesional e inclusive una preparación a la sociedad para aminorar sus prejuicios y desconocimiento hacia el trato que se puede y debe brindar a este tipo de personas.

Ante esta situación, surge una corriente que plantea que el fin de la rehabilitación no debe ser el tratamiento físico, sino una atención integral en las esferas que conforman al indi-

viduo (física, psicológica y social), de tal manera que el minusválido pueda integrarse a la sociedad al poder serle permitido desempeñar el rol social que le corresponde de acuerdo a su edad, sin importar la lesión orgánica que presente. Así, la Rehabilitación Integral plantea que debe brindarse tratamiento al sujeto tomando en cuenta a cada una de las partes como importante, y no dejando de lado ni dándole importancia a una más que a otra.

Cuando la secuela se presenta en la infancia es necesario que el menor sea integrado a la escuela, para que tenga oportunidades de preparación educativa y propiciar así su socialización. El sistema escolarizado presenta dos modalidades: la educación regular y la educación especial. Fue el propósito de este trabajo estudiar cómo se da el proceso de inserción del menor minusválido afectado en el sistema neuromusculoesquelético o en la visión, dentro de una escuela primaria regular, ya que se considera que ésta es la que proporciona mejores y mayores oportunidades de integración a su medio ambiente, al no existir el proteccionismo que ocasiona el ambiente especializado.

Si bien no puede negarse la validez e importancia de la educación especial durante la preparación del minusválido, según el tipo y severidad de la alteración invalidante que padezca, ya que brinda elementos académicos y la preparación para poder enfrentarse a un ambiente en el cual no existe la atención especializada ni las ventajas de un ambiente adaptado a sus necesidades, no siempre se hace necesaria la educación especial

(para determinados casos) ya que desde un principio bien pueden estar insertos en un ambiente regular, por no requerir atención específica.

Por otro lado, es necesario recalcar que no debe entenderse al proceso de integración escolar como el simple hecho de la incorporación o inserción a la escuela, sino que la Integración se logrará al momento que el niño se encuentre adecuadamente socializado y pueda desenvolverse valiéndose por sí mismo y sea aceptado por las personas que lo rodean, recibiendo y aprovechando el mismo tipo de oportunidades para actuar, mientras que la incorporación únicamente indica su presencia dentro del núcleo escolar.

Una vez analizados e interpretados los cuadros de los resultados obtenidos en la investigación para conocer si realmente los menores se encuentran integrados, pueden plantearse las siguientes conclusiones:

a) La integración del individuo a su grupo social se da de acuerdo a la etapa de desarrollo (edad) en que se encuentra, ya que dicha etapa exige el cumplimiento de ciertos papeles para poder llegar a satisfacer sus necesidades. De tal manera que el menor debe asistir a la escuela y convivir con otros estudiantes para poder integrarse socialmente.

b) El proceso de integración social se da en la medida en que los elementos que participan en él, como son la familia (tanto en su situación socioeconómica y cultural, como en su dinámica familiar), los profesores (tanto en su disposición para

aceptar a este tipo de personas como en su preparación académica o información que posea), los compañeros, el propio minusválido, así como el personal multidisciplinario de las instituciones de rehabilitación o educación especial que los apoyan en su incorporación con fines de integración; interactúen en forma organizada, desempeñando cada uno la función que le corresponde para propiciar dicha integración.

c) La familia debe tener un contacto estrecho con el profesorado, con el fin de poder colaborar en la corrección de las deficiencias tanto académicas como conductuales del minusválido y éste encuentre apoyo en ambas partes.

d) En determinados casos se requiere el apoyo de personal especializado hacia el profesorado y los alumnos incapacitados, con el fin de facilitarles su integración escolar, al encontrar apoyo académico que les permita participar a los alumnos activamente dentro del grupo.

e) El profesorado de las escuelas regulares requiere de mayor información con respecto al problema de la invalidez, ya que ante su desconocimiento manifiestan temor de tratar con alumnos que padezcan alguna deficiencia, ocasionando que se cierren muchas oportunidades para este tipo de personas. Puede decirse que al existir mayor información será más viable integrar a menores minusválidos a las escuelas.

f) La familia es un elemento importante dentro de la integración escolar y promoción de autonomía del menor, ya que de acuerdo al apoyo que le brinden, del trato que le proporcionen

éste tendrá seguridad en sí mismo para enfrentarse a un nuevo ambiente y salir adelante; no importando el nivel socioeconómico y cultural de dicho núcleo.

g) Los alumnos incapacitados han encontrado gran apoyo por parte de los profesores de la educación primaria regular, para integrarse a ella, más no de las autoridades, quienes ante el desconocimiento del problema y la inexperiencia de haber manejado este tipo de casos, se niegan a brindarle alguna oportunidad para que demuestre sus capacidades. Ha tenido que ser el contacto con este tipo de personas el que mueva a los directivos a brindar alguna oportunidad, sin mostrar ningún recelo.

h) La situación económica y cultural de la familia del minusválido no se convierte en un factor que interfiera en la percepción que ella tiene del minusválido, y en la concepción de la ayuda que pueda proporcionarle, así como tampoco se ha convertido en un elemento determinante que impida que el menor sea sujeto de rehabilitación y se desarrolle dentro del núcleo escolar.

i) Los diversos elementos sociales que intervienen en el proceso de integración del minusválido a la sociedad, han sido estudiados sobre todo, desde el punto de vista de la interacción social, de las relaciones humanas, conociendo así el trato brindado al incapacitado, las actitudes que se le manifiestan al ser considerado como punto determinante en esta etapa, el hecho de la interacción personal.

j) Aún cuando los menores fueron aceptados casi sin difi-

cultad por parte de los profesores, es la población de alumnos afectados en la visión la que causa cierta duda -en un principio- para su aceptación, al no tener el profesor que lo va a recibir la idea de cómo puede darse su aprendizaje dentro de un área regular, pero en base a pláticas con el personal especializado y asesorías cuando son necesarias, esta duda se diluye.

k) En referencia a las Hipótesis planteadas, se ha comprobado que el apoyo que proporcionan cada uno de los factores sociales que intervienen en la vida del minusválido (su familia, sus profesores, sus compañeros, personal de la institución de rehabilitación y/o Educación Especial) es determinante para que el proceso de Integración Social, iniciado en el núcleo escolar se de satisfactoriamente, y aunque la falla o deficiencia de uno ellos no determina que la integración se vea interrumpida, sí llega a alterar dicho proceso, dificultándolo en mayor o menor grado.

Se descubre también, que una vez que han sido sujeto de rehabilitación, los menores afectados en la visión no encuentran dificultad alguna en el proceso de integración social, refiriéndose a él en su enseñanza, convivencia y aceptación, refutando la segunda hipótesis planteada.

SUGERENCIAS

1. Debe sensibilizarse a todas las Escuelas de Educación Regular a nivel básico para que acepten entre sus alumnos a menores minusválido sin necesidad de que éstos hayan recurrido en primera instancia a una escuela de educación especial, salvo en los casos que realmente lo requieran; y no limitarse únicamente a la promoción en las escuelas que se ubican cerca del domicilio del minusválido y a las cuales desean integrarlos.
2. Debe restringirse el ingreso de menores incapacitados a escuelas de educación especial, en base a una valoración inte

gral, que determine si realmente el menor requiere una atención especializada para poder propiciar su integración a la escuela regular.

c) Debe proporcionarse a los profesores mayor información acerca del problema de invalidez, para que enfrenten sin temor la problemática de un menor que padezca alguna alteración invalidante y posea los elementos necesarios para integrarlo al grupo escolar.

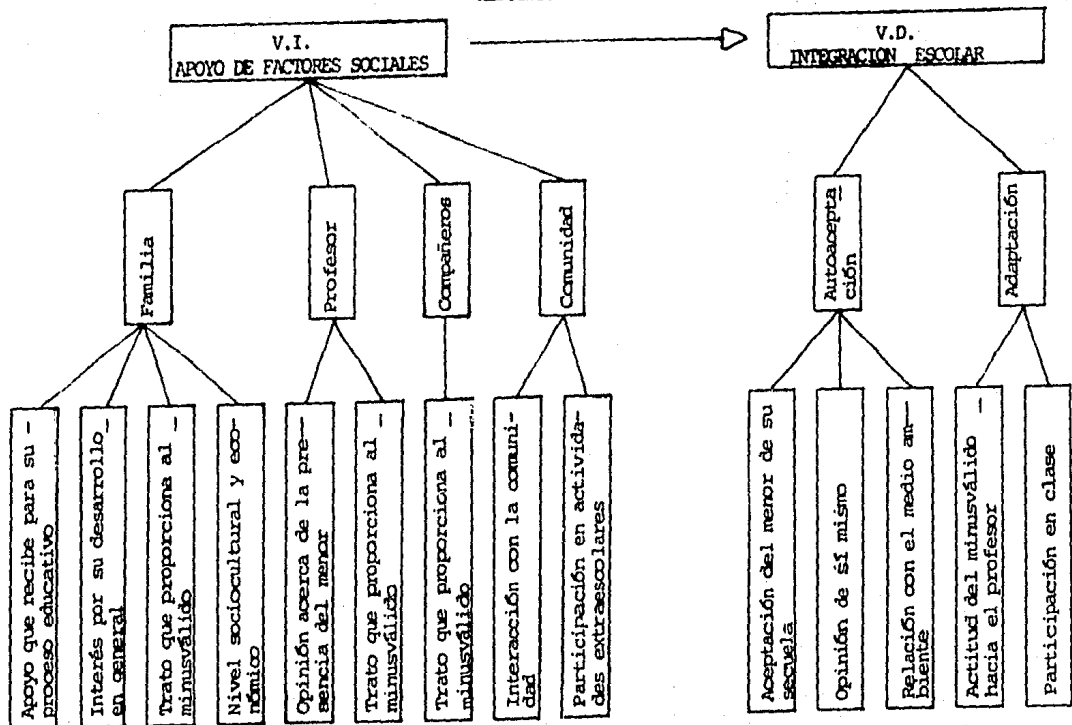
d) Es necesario hacer una promoción dirigida hacia la población en general de tal manera que se propicie el conocimiento de la invalidez, sus medidas de atención rehabilitatoria y de prevención, con el fin de cambiar la concepción que se tiene del minusválido, concepción estereotipada que lo limita en su desarrollo como ser humano.

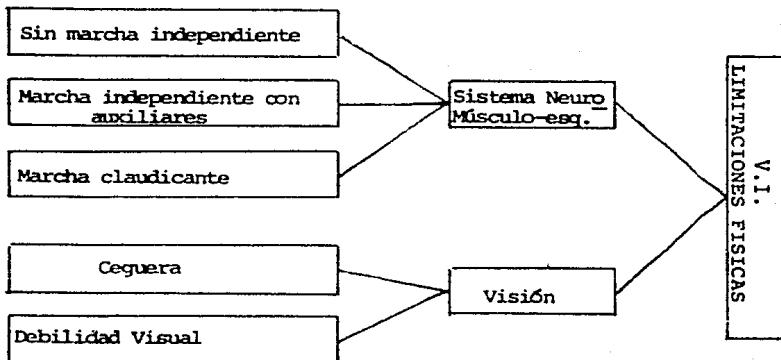
e) Debe promoverse entre los familiares del minusválido su pronta atención médica, psicológica y social, con lo que se le dará la oportunidad de desenvolverse como un ser humano normal. Además es necesario orientar a la familia para que comprenda la problemática, evitando así que se avergüence del incapacitado.

f) La labor rehabilitatoria y de integración no corresponde únicamente a una profesión, sino que es deber de todos los profesionistas que tengan contacto con un minusválido procurar realizar las acciones necesarias para lograr su mejoramiento, y no limitarse a actividades aisladas, que aunque ayudan un poco, no precisamente conducen a la integración del sujeto.

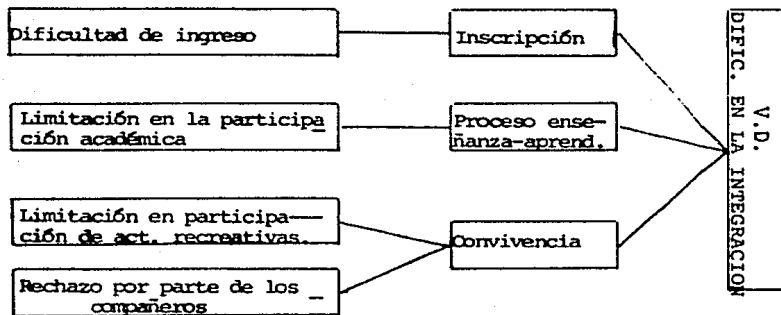
A N E X O S

ANEXO A
HIPOTESIS I





HIPOTESIS II



ANEXO B

CUESTIONARIO

El presente cuestionario tiene como finalidad conocer cómo se da la participación e interacción del niño minusválido dentro del sistema escolarizado regular; además de detectar los factores que interviene en su proceso de integración, a nivel intra y extraescolar.

DATOS GENERALES:

Nombre del alumno: _____

Domicilio: _____

Nombre de la Escuela: _____

Ubicación: _____

Edad: _____ Grado: _____ Turno: _____

Tipo de Secuela:

a) Visión:

a.1) Debilidad Visual ()

a.2) Ceguera ()

b) Neuro-músculo-esquelético:

b.1) Parálisis cerebral ()

b.2) Parálisis en una o varias extremidades ()

b.3) Deformidad, carencia o deficiencia de las extremidades o alguna parte del cuerpo ()

Tiempo que lleva el minusválido incorporado a la escuela

U - 1

PROFESOR:

1. Cree que la actitud de la familia hacia la estancia del menor dentro de la escuela es de: _____

a) Indiferencia ()

b) Sobreprotección ()

c) Apoyo ()

d) Desorientación ()

2. ¿Qué opinión tiene el menor de sí mismo?
 - a) Se subestima ()
 - b) Se ve con naturalidad ()
 - c) Explota su condición ()
3. ¿Cuáles piensa que son los factores que intervienen para que el niño tenga dicha opinión?
 - a) El ambiente familiar Únicamente ()
 - b) El ambiente escolar Únicamente ()
 - c) La interacción de ambos ambientes ()
 - d) El apoyo de la gente con quien convive ()
4. ¿Con quién se relaciona el minusválido en la escuela?
 - a) Con todos ()
 - b) Sólo con el maestro ()
 - c) Sólo con los compañeros ()
 - d) Con nadie ()
 - e) Sólo con determinadas personas ()
5. La relación del minusválido es:
 - a) Amistosa ()
 - b) Agresiva ()
 - c) Indiferente ()
 - d) De manipulación ()
6. La relación de los demás hacia el minusválido es:
 - a) Amistosa (lo integran a sus actividades) ()
 - b) Agresiva (Se burlan de él y/o lo rechazan) ()
 - c) Indiferente ()
 - d) De sobreprotección ()
7. ¿Participa el minusválido en las actividades escolares que su escuela le permite?
 - a) Siempre (por iniciativa propia y petición) ()
 - b) A veces (sólo cuando se le pide) ()
 - c) Nunca ()
8. ¿Cómo se desenvuelve el alumno en la realización de las actividades escolares?
 - a) Con independencia para todas sus actividades ()
 - b) Depende de alguien para realizar algunas actividades ()
 - c) Depende totalmente de quien lo rodea ()
9. Considera que el rendimiento escolar del menor es:
 - a) Satisfactorio ()
 - b) Medianamente satisfactorio ()
 - c) No satisfactorio ()
10. En caso de existir algún problema que interfiera en el aprovechamiento del alumno, de que tipo es:
 - a) Problemas de conducta a causa de su escuela ()
 - b) Problemas de interacción familiar ()
 - c) Problemas económicos en la familia ()
 - d) Falta de atención al menor en su familia ()
 - e) Desorientación de la familia para su cuidado ()
 - f) No existe problema alguno ()

12. El trato que le da al minusválido en relación a los demás alumnos es:
- a) Igual (lo más posible tomando en cuenta sus limitaciones) ()
 - b) Preferencial ()
 - c) De rechazo ()
13. La presencia del minusválido en el grupo ha representado para usted:
- a) Problemas pedagógicos para impartir la clase ()
 - b) Tomar conciencia de la situación de este tipo de personas ()
 - c) Superación para saber cómo ayudarlo ()
 - d) Problemas de interrelación para integrarlo al grupo ()
 - e) No ha representado problema alguno ()
14. ¿Acostumbra el minusválido a faltar a clases?:
- a) Frecuentemente ()
 - b) Ocasionalmente ()
 - c) No ()
15. Cree que la estancia del menor en este tipo de escuela es:
- a) Adecuada ()
 - b) Inadecuada ()
- Por qué _____

U - 2

COMPAÑERO:

1. Qué piensas de tu compañero?
- a) Es simpático ()
 - b) Es agresivo ()
 - c) Es muy solitario ()
 - d) Es serio ()
2. Cómo crees que le cae al grupo?
- a) Bien ()
 - b) Regular (a unos bien y a otros mal) ()
 - c) Les es indiferente ()
 - d) Mal ()
3. ¿Cómo trata tu maestro a tu compañero?
- a) Igual que a todos ()
 - b) Mejor que a todos ()
 - c) Mal ()
4. Participa tu compañero en las actividades de uds.?
- a) Siempre ()
 - b) A veces ()
 - c) Nunca ()

5. ¿Porqué no? ()
a) No le gusta o no quiere ()
b) No puede en algunas actividades debido a su problema ()
c) No lo invitamos ()
6. Cómo trata tu compañero al grupo? ()
a) Bien ()
b) Con indiferencia ()
c) Mal ()
d) A uno bien y a otros mal ()

U - 3

ALUMNO MINUSVALIDO:

1. Te gusta participar en clase? ()
a) Siempre ()
b) A veces (Sólo cuando el maestro lo solicita) ()
c) No ()
2. Por qué? ()
a) Porque me gusta y estudio para hacerlo ()
b) No me gusta o me da pena ()
c) Se burlan de mí si lo hago ()
d) No siempre entiendo la clase o no hago la tarea ()
3. Qué haces durante el recreo? ()
a) Juego con mis compañeros si puedo ()
b) Platico con mis compañeros ()
c) Platico con el maestro ()
d) Me quedo solo ()
4. Cómo te tratan tus compañeros? ()
a) Me tratan igual que a todos (me toman en cuenta) ()
b) Se burlan de mí ()
c) No me hacen caso ()
d) Algunos bien y otros mal. ()
5. Como es tu maestro contigo? ()
a) Me trata igual que a todos ()
b) Me regaña mucho ()
c) No me toma en cuenta ()
6. Te ayuda tu familia a realizar tus actividades escolares? ()
a) Sí ()
b) No ()
c) A veces ()
7. Cómo te tratan en tu casa? ()
a) Me regañan mucho ()
b) No me toman en cuenta ()
c) Me consienten ()
d) Igual que a todos ()

8. Te sientes diferentes a la demás gente?
a) Sí ()
b) No ()
Por qué _____
9. Has dejado de hacer algo que quieras hacer a causa de tu problema,
a) Sí ()
b) No ()
Qué _____
10. Te dedicas a alguna otra actividad fuera de la escuela y de tu casa?
a) Sí ()
b) No ()
A cual _____

U - 4
FAMILIA:

1. Qué opina de que el menor estudie dentro de un sistema escolarizado regular?
a) Le sirve para su desenvolvimiento adecuado ()
b) La escuela le ofrece mayores ventajas que la escuela especial. ()
c) La escuela regular no le ofrece ningún beneficio ()
2. Tuvo alguna dificultad para incorporar a su hijo a la escuela regular?
a) Sí ()
b) No ()
De qué tipo _____
3. Cómo trata el profesor al menor?
a) Lo ayuda (trato adecuado) ()
b) Lo rechaza ()
c) Con indiferencia ()
4. Cómo tratan los compañeros a su hijo?
a) Lo integran a sus actividades ()
b) Lo aíslan de sus actividades ()
c) Se burlan de él o lo ignoran ()
5. El aprovechamiento de su hijo es:
a) Satisfactorio ()
b) Medianamente satisfactorio ()
c) No satisfactorio ()

6. En su opinión, qué razones da para que exista este tipo de aprovechamiento?
 - a) Es inteligente ()
 - b) Se esfuerza mucho ()
 - c) Existen problemas intrafamiliares ()
 - d) Es rechazado en la escuela ()
 - e) Existencia de problemas conductuales. ()
7. Asisten por parte de la familia a la escuela para conocer el desenvolvimiento del menor?
 - a) Constantemente ()
 - b) Sólo cuando es necesario ()
 - c) Nunca ()
8. Le ayudan en sus tareas escolares cuando tiene dificultad para hacerlas?
 - a) Sí ()
 - b) No ()
 - c) A veces ()
9. Por qué,

 - a) Porque les interesa su aprovechamiento ()
 - b) Porque lo necesita ()
 - c) No hay quien le ayude ()
 - d) No saben como hacerlo ()
 - e) El puede sólo y sabe como hacerlo ()
10. Participa el minusválido en la realización de las actividades del hogar y la familia?
 - a) Sí ()
 - b) No ()
 - c) A veces ()
11. Por qué?
 - a) No le gusta hacerlo ()
 - b) No se le permite hacerlo (su problema no lo deja) ()
 - c) Se le ha enseñado a cooperar y participar ()
 - d) No puede realizarlas ()
12. Cómo se maneja el minusválido para la realización de sus actividades?
 - a) Con independencia en todas sus actividades ()
 - b) Depende de alguien en sus AVDH ()
 - c) Depende para realizar todas sus actividades ()
13. Cómo se lleva el minusválido con los vecinos?
 - a) Convive con ellos ()
 - b) No convive ()
 - c) Sólo los saluda ()

GUIA DE OBSERVACION

1. Actitud observada por parte del profesor hacia el alumno mi
nusválido

2. Actitud observada por parte del alumno en su interacción
con los compañeros y viceversa.

3. Actitud observada por parte de la familia hacia el menor.

4. Nivel socioeconómico y cultural detectado en la familia.

ANEXO C

RELACION DE ALUMNOS QUE SE ENCUENTRAN INCORPORADOS
A ESCUELAS PRIMARIAS REGULARES
(AÑO LECTIVO 1985-1986)

| CLAVE | EDAD | SEXO | SISTEMA AFECTADO | AREA DE RESIDENCIA | NOMBRE DE LA ESCUELA | GRADO |
|-------|------|------|------------------|----------------------------------|--------------------------------|-------|
| RHG | 7 | F | Visión | Ecatepec, Estado de México. | 'Ignacio Ramírez' | 1° |
| RDG | 8 | F | Visión | Cd. Satélite, Estado de México. | 'Montessori' | 1° |
| AVH | 8 | F | Visión | Ecatepec, Estado de México. | 'Carmen Serdán' | 2° |
| LAS | 8 | F | N.M.E. | Ecatepec, Estado de México. | 'Miguel Hidalgo y Costilla' | 2° |
| MMS | 8 | M | N.M.E. | Estado de México. | 'Adolfo López Mateos' | 2° |
| GGQ | 8 | M | Visión | Del. Benito Juárez | 'Pedro Romero de Terreros' | 2° |
| DCR | 9 | M | N.M.E. | Del. Gustavo A. Madero. | 'Defensores de Anáhuac' | 2° |
| JVH | 9 | M | N.M.E. | Del. Gustavo A. Madero. | 'Nepal' | 2° |
| RGS | 9 | F | N.M.E. | Nozahuacoyotl, Estado de México. | 'Elisa Acuña Rose te.' | 2° |
| AFO | 10 | F | N.M.E. | Lstado de México. | 'El Calmecac' | 3° |
| JHM | 10 | F | N.M.E. | Del. Magdalena Contreras. | 'Nabor Carrillo' | 3° |
| NSR | 10 | F | N.M.E. | Del. Cuauhtémoc. | 'Instituto Mexicano Concordia' | 3° |

| CLAVE | EDAD | SEXO | SISTEMA AFECTADO | AREA DE RESIDENCIA | NOMBRE DE LA ESCUELA | GRADO |
|-------|------|------|------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|-------|
| GGC | 9 | F | N.M.E. | Nezahualcoyotl, Estado de México. | 'Hermenegildo Galeana' | 3° |
| EGF | 11 | F | N.M.E. | Nezahualcoyotl, Estado de México. | 'Presidente Benito Juárez' | 3° |
| EPC | 11 | M | N.M.E. | Del. Benito Juárez | 'Miguel F. Martínez' | 3° |
| RNP | 12 | M | N.M.E. | Nezahualcoyotl, Estado de México. | 'Presidente Benito Juárez' | 3° |
| VTE | 12 | F | N.M.E. | Del. Alvaro Obregón. | '27 de Septiembre' | 3° |
| MGL | 10 | M | N.M.E. | Del. Xochimilco. | 'Somalia' | 4° |
| ETR | 10 | F | N.M.E. | DEL. Iztapalapa. | 'Centenario de la Rest. de la Rep.' | 4° |
| EAT | 10 | M | Visión | Atizapán, Estado de México. | 'José Ma. Morelos y Pavón' | 4° |
| MMP | 11 | F | N.M.E. | Del. Iztapalapa. | 'Centenario de la Rest. de la Rep.' | 4° |
| SRE | 11 | F | N.M.E. | Del. Iztapalapa. | 'Efraín Huerta' | 4° |
| JRB | 11 | M | N.M.E. | Estado de México. | 'Heriberto Enriquez Martínez' | 4° |
| MMM | 12 | M | N.M.E. | Ecatepec, Estado de México. | 'Benito Juárez' | 4° |
| RCM | 12 | M | N.M.E. | Del. Cuauhtémoc. | 'Guadalupe Moyal González' | 4° |
| ASZ | 13 | M | N.M.E. | Del. Gustavo A. Madero. | 'José López Chávez' | 4° |

| CLAVE | EDAD | SEXO | SISTEMA | AREA DE RESIDENCIA | NOMBRE DE LA ESCUELA | GRADO |
|-------|------|------|---------|-----------------------------------|----------------------------|-------|
| JRH | 10 | M | N.M.E. | Del. Iztapalapa. | 'Mtro. José Gpe. - Nájera' | 5° |
| RVM | 11 | M | N.M.E. | Estado de México. | 'Plan de Ayala' | 5° |
| GAV | 11 | F | N.M.E. | Nezahualcoyotl, Estado de México. | 'Independencia' | 5° |
| JDZ | 11 | M | N.M.E. | Nezahualcoyotl, Estado de México. | 'Cuauhtémoc' | 5° |
| EMS | 12 | M | N.M.E. | Tultepec, Estado de México. | 'Filiberto Díaz' | 5° |
| JGS | 12 | M | N.M.E. | Del. Iztapalapa. | 'Año de Juárez' | 5° |
| EAM | 12 | F | Visión | Del. Tláhuac. | 'Dr. Jaime Torres Bodet' | 5° |
| OVH | 12 | M | Visión | Alta Villa, Estado de México. | 'Benito Juárez' | 6° |
| FQV | 13 | M | Visión | Del. Miguel Hidalgo. | 'General Andrés Figueroa.' | 6° |
| CFN | 14 | F | Visión | Del. Gustavo A. Madero. | 'Salvador Allende' | 6° |
| GMG | 14 | M | Visión | Del. Cuauhtémoc. | 'Estado de Yucatán' | 6° |
| RPB | 15 | F | Visión | Del. Miguel Hidalgo. | 'Francisco Figueroa.' | 6° |
| CJE | 15 | M | N.M.E. | Ecatepec, Estado de México. | 'Alfredo del Mazo Vélaz' | 6° |

FUENTE: D.I.F. Instituto Nacional para la Rehabilitación de Niños Ciegos y Déb. Visuales.
D.I.F. Centro de Rehabilitación de Zapata.

BIBLIOGRAFIA

ABRUCH LINDER, MIGUEL.
(Compilador)

"Metodología de las Ciencias Sociales", México, U.N.A.M.-E.N.E.P. -
Acatlán, 1983.

ALVAREZ AMEZQUITA, JOSE.

"Historia de la Salubridad y la Asistencia en México", Tomo III, -
México, S.S.A., 1960, 891 p.

ANDER EGG, EZEQUIEL.

"El Trabajo Social como acción liberadora", Buenos Aires, Ed. Eco, 1974, (Cuadernos de T.S./9), 260 p

BAENA PAZ, GUILLERMI
NA.

"Instrumentos de investigación,
Manual para elaborar trabajos de
investigación y tesis profesiona-
les", 6a. ed., México, Editores
Mexicanos Unidos, 1981, 134 p.

BALLESTEROS GARCIA, _
RUFINA.

Tesis "Importancia del T.S. en el
problema del desempleo y subem-
pleo de la población inválida en
México", México, E.N.T.S.-U.N.A.M
1981.

BRAVO AHUJA, VICTOR.

"La problemática educativa de Mé-
xico en el marco internacional",
México, S.E.P., 1970. (Col. SEP -
70's N° 161) 138 p.

CAZARES HERNANDEZ, _
LAURA, et. al.

"Técnicas actuales de investiga-
ción documental", México, Ed. Tri-
llas, 1980, 162 p.

CONTRERAS DE WILHEIM,
YOLANDA.

"Trabajo Social de Grupos", 5a.ed.
México, Ed. Pax, 1984, 160 p.

COPLAMAR.

"Necesidades esenciales en México,
Situación y Perspectiva al año
2000: Educación", México, Ed. Si-
glo XXI, 1982, 190 p.

DAVISON, EVELYN H.

"Trabajo Social de Casos", Méxi-
co, Cía. Editorial Continental, -
1968, 152 p.

D.I.F. SUBDIRECCION _
DE REHABILITACION.

"Marco de referencia del Departam-
ento de Capacitación de minusvá-
lidos para el trabajo", 1984, Iné-
dito.

DUPONT OLIVEIRA, RE
NEE, et. al.

"Trabajo Social con grupos. Análi-
sis, enfoques, perspectivas". Bue-
nos Aires, Ed. Ecro, 1977. (Ana-
les: Hoy en el T.S. N° 2), 175 p.

- DURKHEIM, EMILE. "Educación y Sociología", México, Ed. Península, 1975.
- ENCICLOPEDIA FAMILIAR DE LA MEDICINA Y LA SALUD. Tomo I y II, Estados Unidos, H.S. Stutman Co., 1964.
- GALINDO, EDGAR. "Modificación de Conducta en la Educación Especial. (Diagnóstico y Programas)", México, Ed. Trillas, 1981, 320 p.
- GILLHAM, HELEN. "Cómo ayudar a los niños a aceptar se a sí mismos y a aceptar a los demás", México, Paidós, 1966, 110 p.
- GOMEZ PALACIO, MARGARITA, et. al. "Integración escolar de niños repetidores con problemas en el desarrollo", México, S.E.P.-D.G.E.E., 1984, 151 p.
- GUIA MEDICA. CONSEJOS PRACTICOS. México, Ed. Salvat, 1985. XII Tomos.
- HALLOWELL, DAVID Y S. RICHARD SIRVERMAN. "Audición y Sordera", 2a. ed., México, La Prensa Médica Mexicana, 1980, 879 p.
- HAMILTON, GORDON. "Teoría y Práctica. Trabajo Social de Casos". 2a. ed. México, La Prensa Médica Mexicana, 1984, 333 p.
- "Ley Federal de Educación", 1980.
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. "Study on legislative and administrative aspects of rehabilitation of the disabled in selected countries", N.Y., 1964.

- PARDINAS, FELIPE. "Metodología y técnicas de investigación en Ciencias Sociales", 24a. ed., México, Ed. Siglo XXI, 1981, 212 p.
- RECASENS SICHES. "Sociología". México, Ed. Porrúa, 1977, 871 p.
- ROJAS SORIANO, RAUL. "Guía para realizar Investigaciones sociales", 6 a. ed., México, U.N.A.M., 1981, 274 p.
- SAN MARTIN, HERNAN. "Salud y Enfermedad", México, La Prensa Médica Mexicana, 1981, 893 p.
- IBARRA, LUIS GUILLERMO, et. al. "Programa Nacional de Rehabilitación. Repercusiones Económicas y Sociales de la Invalidez en México", México, Dirección General de Rehabilitación, S.S.A., 1973, 50 p.
- S.E.P. DIRECCION GENERAL DE EDUCACION ESPECIAL. "Bases para una política de Educación Especial", México, D.G.E.E., 1984, 33 p.
- S.E.P. DIRECCION GENERAL DE EDUCACION ESPECIAL. "La Educación Especial en México", México, D.G.E.E., 1984, 35 p.
- TOWLE, CHARLOTTE. "El Trabajo Social y las Necesidades humanas básicas", 5a. reimp. México, La Prensa Médica Mexicana, 1984, 131 p.