



Universidad Nacional Autónoma de México

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES IZTACALA



U.N.A.M. CAMPUS
IZTACALA

**PREVENCIÓN DEL RETARDO EN EL DESARROLLO
PSICOLÓGICO: DISEÑO DE UN PROGRAMA
INSTITUCIONAL COMUNITARIO.**

001
31921
V3
1986-4

T E S I S

Que para obtener el título de:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P r e s e n t a :

María del Carmen Vázquez Vélez

México, D. F.

1986



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS .

Al Señor:

Por haberme permitido alcanzar, mi meta propuesta.

A mis padres: Enf. Carmen Vélez A. e Ing. Rubén Vazquez C.,
por haberme proporcionado los medios para lograr mi objetivo.

A mis Hermanas:

Lic. Irene Vázquez V.

C.P. Ma. de los Angeles Vázquez V.

A mi esposo, por la paciencia e incentivo para la culminación de este trabajo.

Dr. Joel Sánchez Alor.

A mis sinodales de tesis, por su incondicionada colaboración para la realización del trabajo.

Lic. Alma Patricia Aduna Mondragón.

Maestro Javier Gutiérrez.

Lic. Andrés Mares Miramontes.

A mis maestros, por transmitirme sus conocimientos, en especial a:

Profa. Ma. Dolores Pérez Becerra.

Psic. Rocio Hernández Pozo.

Maestro Emilio Ribes Iñesta.

A todos mis compañeros y amigos, que compartieron conmigo momentos tristes y alegres de mi vida estudiantil.

Dra. Ma. Cruz Tiro Sánchez,

Psic. Judith Bolaños Díaz .

Dra. Amparo Bastida Varela

Dra. Norma Fragoso González.

C. P. Fernando Escandón Rendón

Dr. Raúl Zavala Castañeda.

Psic. Isabel Robledo Bautista

Psic. Georgina Rojas Guadarrama

Psic. Esther Franco Ubando

Psic. Gloria Bravo Carmona

Psic. Juana del Carmen Aragón Bisuett

Psic. Francisco E. Cervantes Islas.

Ing. Norberto Ornelas Inclán.

I N D I C E .

RESUMEN	IZT. 1000568	pag. 1
CAPITULO I		2
ANALISIS HISTORICO DEL RETARDO EN EL DESARROLLO		
1.1. A NIVEL MUNDIAL		2
1.2. A NIVEL NACIONAL (México)		17
1.2.1. DESCRIPCION DE LOS SERVICIOS INSTITUCIONALES QUE SE PRESTAN A LOS RETARDADOS EN MEXICO		20
CAPITULO II		24
CAUSAS DEL RETARDO EN EL DESARROLLO		
2.1. CAUSAS BIOLOGICAS		24
2.1.1. PRENATALES		24
2.1.2. PERINATALES		26
2.1.3. POSNATALES		27
2.2. CAUSAS AMBIENTALES		27
2.3. PREVALENCIA DEL RETARDO EN EL DESARROLLO		31
2.3.1. MAGNITUD DEL RETARDO A NIVEL MUNDIAL		32
2.3.2. TIPO DE INVAJIDEZ, SU IMPORTANCIA EN EL MUNDO Y EN LA REPUBLICA MEXICANA		33
2.3.3. DISTRIBUCION DEL NUMERO DE CASOS DEL RETARDO EN EL DESARROLLO DESDE 1967 HASTA 1982.		34
2.3.4. MATRICULA GENERAL DE CASOS REGISTRADOS, NUMERO Y PORCENTAJE DE CASOS ATENDIDOS.		35
2.3.5. MATRICULA DE DISTRIBUCION DE LA ASIGNACION DE RECURSOS HUMANOS AL SISTEMA DE EDUCACION ESPECIAL		35

2.3.6. MATRICULA DE ASIGNACION DE PRESUPUESTOS - ANUALES PARA LA DIRECCION GENERAL DE EDUCACION ESPECIAL.	35
CAPITULO III	36
REPERCUSIONES DEL RETARDO EN EL DESARROLLO PSICOLÓGICO.	
3.1. SOCIALES	36
3.2. ECONOMICAS	38
3.3. EDUCATIVAS	38
CAPITULO IV	41
REVISIÓN DE LAS CONDICIONES TEÓRICAS SOBRE LA PREVENCIÓN DEL RETARDO	
4.1. EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO Y EL ENTRENAMIENTO MULTIDISCIPLINARIO COMO MEDIOS FACILITADORES PARA EL LOGRO DE LA PREVENCIÓN DEL RETARDO.	54
CAPITULO V	59
PROGRAMA PREVENTIVO INSTITUCIONAL COMUNITARIO.	
- DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA PREVENTIVO INSTITUCIONAL COMUNITARIO.	62
- PARTE OPERATIVA DEL PROGRAMA PREVENTIVO INSTITUCIONAL COMUNITARIO.	71
- CRITERIOS DE EVALUACIÓN PARA CADA UNA DE LAS FASES DEL PROGRAMA PREVENTIVO.	77
- CRITERIOS DE EVALUACIÓN PARA LA PARTE OPERATIVA DEL PROGRAMA PREVENTIVO INSTITUCIONAL COMUNITARIO.	79
A N E X O S	
TABLA 1	80
TABLA 2	81
TABLA 3	82
TABLA 4	83
TABLA 5	84
TABLA 6	85

FIGURA 1	86
FIGURA 2	87
APENDICE 1	88
APENDICE 2	90
APENDICE 3	93
APENDICE 4	94
APENDICE 5	99
CUADRO 1	100
CONCLUSIONES	102
BIBLIOGRAFIA	110

R E S U M E N

El presente trabajo tiene como objetivo presentar el diseño de un programa preventivo para el retardo en el desarrollo. Para tal fin, fue necesario hacer un análisis histórico del trato que se daba a los sujetos retardados y de los conceptos que se tenían sobre el retardo; posteriormente se hace la descripción de las causas que dan origen al mismo y la forma como se ha determinado su ocurrencia.

Adicionalmente, se mencionan también las diferentes estrategias de intervención que los estudiosos de esta área han propuesto para detener o aminorar su incidencia, mismas que dieron fundamentos para la elaboración de este programa preventivo institucional-comunitario. Dicho programa está estructurado de la siguiente manera: en la primera parte se muestra la metodología a seguir para alcanzar su objetivo y en la segunda, la forma como puede operarse para implementarlo.

Asimismo, el presente trabajo pretende proporcionar, sintetizar y organizar la intervención para el tratamiento de los problemas del retardo en el desarrollo, esperando que las instituciones de educación especial vean en la implementación del mismo, otra forma de enfrentarse al problema a través de las ventajas que ofrece para la población y para las instituciones de salud.

CAPITULO I

ANALISIS HISTORICO DEL RETARDO EN EL DESARROLLO

1.1. A NIVEL MUNDIAL

Hasta 1800, el retardo en el desarrollo conductual no había sido tratado científicamente ni se había hecho nada por dar a los retardados algún tratamiento o educación especial.

Los estudiosos de este tiempo no distinguían a los retardados de aquellos que eran ciegos, sordos, paralíticos, etc., y en muchas de las ocasiones los etiquetaban como "tontos", - "idiotas", etc. (Ingalls, 1982).

Se indica que a través de la historia, las actitudes hacia los retardados había sido el reflejo de diferentes consideraciones sociales y de cierta gente o cultura dada (Ullman y Krassner, 1976).

A continuación se presenta una revisión histórica del retardo tomando en cuenta las consideraciones de los autores: Gearheart y Litton, (1975) e Ingalls, (1982).

ETAPA DE LA SUPERSTICION

En la antigua Roma, se pretendía acabar con los retardados severos cuando estos eran niños. En la edad medieval los utilizaban como bufones, es decir, eran empleados para diversión de la nobleza. En otros lugares se creía que estas personas estaban más cerca de Dios y por ello se les trataba con cierto respeto. Otros grupos, en especial los protestantes, creían que los sujetos retardados estaban poseídos por el demonio. En algunas otras ocasiones estos individuos se convertían en

citado en Varner, 86.

en objeto de cacería de brujas y de otras formas de persecución. No obstante, en la mayoría de los casos, eran tolerados ya que sus familias les proporcionaban lo necesario y los empleaban en tareas sencillas, pero en ningún momento se emplearon medidas para su atención.

ETAPA DE LAS INSTITUCIONES.

A fines del siglo XVIII y principios del XIX en Europa Occidental y Estados Unidos se abolieron algunas injusticias y se establecieron instituciones para el tratamiento de los retardados como consecuencia de la preocupación por aquellas personas hasta entonces descuidadas (ciegos, retardados, etc.) En Suiza, se inició dicho tratamiento con Gegenbich, quien propuso varias formas de retardo y sostuvo que este problema pertenecía exclusivamente al campo de la Medicina (Ribes, 1976).

Por otra parte, Itard, de nacionalidad francesa y Seguin* y Home - ambos norteamericanos -, fueron los pioneros en sus países natales logrando demostrar que un trato humano y una educación especial podrían capacitar a los retardados más allá de lo que la gente podía considerar factible.

* Las principales aportaciones de Seguin fueron:

- a) Establecimiento de instituciones para retardados en Estados Unidos.
- b) Adecuación de técnicas para la educación de niños retardados (hoy en día algunas de ellas se siguen utilizando).
- c) Establecimiento del primer grupo de profesionistas - familiarizados con el retardo (American Association of Mental Deficiency) y su afiliación a la revista de investigación "American Journal of Mental Deficiency".

Además de ellos, hubieron otros que a la vez iniciaron un movimiento social que pretendía dar un mejor trato a los individuos retardados, a través del establecimiento de escuelas de capacitación. Siendo la primera institución de este tipo la del mismo Home en Massachussetts, después Nueva York siguió el ejemplo. Se estableció una escuela experimental en Alabama, llamada "State Asylum for Idiots". Y diez años más tarde se construyeron escuelas en Pensylvania, Ohio y Connecticut. Teniéndose hasta 1898 veinticuatro instituciones cuyas metas eran educar y curar (Krasnner, 1969), (mencionado en Ingalls, 1982).

Sin embargo, los programas desarrollados tuvieron que girar sus objetivos por dos causas:

1. Creció el número de niños con este tipo de problema llegando a ser imposible la atención individual.
2. No se pudieron cumplir los objetivos planteados, ya que uno de los principales era el de "curar" y de esta manera todo aquél que llegaba a ese lugar, debía permanecer para siempre en el mismo; convirtiéndose así las instituciones de educación especial en centros de cuidado permanente.

Eugenesia y Darwinismo Social.

En la misma época que Home y Seguin demostraban que un trato humano y una educación especial podían favorecer a los retardados, se detectaron cambios en las ciencias que tendrían posteriormente efectos significativos en las actitudes de las

gentes,) por ejemplo, Charles Darwin en 1859 publicó su libro sobre la teoría de la evolución por selección natural, en -- donde sostenía que al evolucionar las especies sólo sobrevivirían aquellas que eran más resistentes a la adversidad de la vida que las débiles. U partir de esto, mucha gente consideraba que el tratamiento a favor de los pobres, de los débiles, de los enfermos o retardados resultaría destructivo para la especie y además contrario a la evolución de la misma por lo que consecuentemente deberían desaparecer.

No obstante, a fines del siglo XIX y principios del XX se realizaron estudios para demostrar que el retardo era ca racterístico de ciertas familias, ya que estaba relacionado con males sociales como: alcoholismo, drogadicción, prostitución, etc., un ejemplo de ello fue el estudio realizado - por Goddard (1912) titulado "The Kallikak Family".

Además en esta época se presentó la eugenesia o cría se lectiva encabezada por Galton, Goddard y otros; cuyo objetivo era mejorar la especie humana a través de no permitir que se reprodujeran los individuos de baja inteligencia y de fomentar entre los individuos de grandes capacidades el tener más hijos.) Se propusieron varias alternativas aunque las únicas que se vieron cristalizadas fueron:

1. Aislamiento de los retardados durante sus años de reproducción.

2. Esterilización de los retardados.

Para 1926, veintitrés estados tenían leyes de esterilización y un año más tarde, la Suprema Corte de los Estados Unidos sostenía su legalidad. Aunque para 1958, la práctica de la esterilización había disminuído notablemente, se registraron 31,000 sujetos retardados. Esta situación reflejaba bastante bien las actitudes que prevalecían en ese tiempo.

Comienzo del estudio científico del retardo

Fue obvio que los avances de las ciencias se vieran reflejados en los tratamientos aplicados a los retardados. --- Siendo quizá el acontecimiento más importante el hecho de que a mediados del siglo XIX, se reconociera que el retardo no era lo mismo que enfermedad mental. Se concibió entonces al retardo ya no como una condición unitaria y simple, sino como el agrupamiento de una diversidad de factores que daban origen a los diferentes niveles de retardo. Pero quizá lo que provocó más problemas fue la gran variedad de terminología empleada ya que ocasionó confusión en la identificación del retardo.)

El primer intento por clasificar a los retardados, teniendo como base el tipo de causas, fue manifestado en el libro de Williams Ireland "On Idiocy and Imbecility" publicado en 1877; presentándose así, doce subdivisiones según la etiología

(Ingalls, 1982). Pero fue a principios del siglo XX que Binet (mencionado en Sarason y Doris, 1969), diseñó la primera prueba para diagnosticar al retardado aunque su prueba ocasionó dificultades al clasificar a la gente. En las primeras décadas de este siglo no se detectaron progresos notables en el trato que se daba a los retardados, excepto en el establecimiento de clases especiales. Fue aproximadamente hasta 1870, que en Alemania se establecieron las primeras clases especiales cuyo propósito era que los alumnos regresaran a sus clases regulares (Baumeister y Butterfield, 1970), (mencionados en Georheart y Litton, 1975).

ETAPA DE LAS CLASES ESPECIALES EN ESCUELAS PUBLICAS

Aproximadamente a mediados de 1870, las ciudades de Nueva York y Cleveland iniciaron el establecimiento de clases para niños con problema (Davies, 1959). Sin embargo, no fue hasta 1896 que se establecieron clases especiales dentro del sistema de escuelas públicas en los Estados Unidos, satisfaciéndose así, de alguna manera, las necesidades de este tipo de personas.

Grace M. Bochine fue una de las primeras investigadoras que publicó programas de educación especial aplicables en escuelas públicas (1), en donde se describían algunos procedimientos de educación especial y se trataban algunas cuestiones tales como:

(1) Sus publicaciones se difundieron en lo que ahora es la American Journal of Mental Deficiency.

- a) La calidad de las clases especiales impartidas.
- b) La probabilidad de que la mejoría de los niños en las clases trajese cambios estables.
- c) La necesidad de aislar a este tipo de sujetos con el fin de evitar su reproducción.
- d) El estigma del establecimiento de las clases especiales y los problemas familiares.

Estas clases y otras similares fueron establecidas después de 1915 involucrando estudiantes con problemas y con inteligencia subnormal. En ese año el estado de Nueva Jersey fue el primero en ofrecer un programa de capacitación para maestros de personas retardadas. No obstante, el número de clases aumentó muy lentamente y hasta la década de los cincuenta, la mayoría de las comunidades no contaban con, ni podían ofrecer ningún tipo de educación especial. Como consecuencia del desarrollo de estas clases especiales:

1. Aumentó el número de niños por atender.
2. Se observó que el costo instruccional por cada niño en las clases especiales era considerablemente alto, en comparación con las clases normales, por ser éstas más extensas.
3. Se presentaron dificultades administrativas en la organización de las clases especiales para los retardados, especialmente en los distritos escolares pequeños y rurales.

4. En las etapas iniciales del desarrollo de las clases de educación especial no era común que éstas se establecieran a nivel elemental debido a:
 - que la academia para los retardados no iba más allá del 3°. o 4°. grado, y
 - que muchos sistemas escolares no proporcionaban o desconocían los programas necesarios para adolescentes retardados.
5. El establecimiento de grupos familiares, entre los años 1940 y 1950, afectó al mismo tiempo el desarrollo de las clases especiales en las escuelas públicas siendo esto más notorio en el área de entrenamiento.

Durante ese tiempo, al retardado se le consideraba principalmente como un problema de internamiento más que una responsabilidad comunitaria. A los niños retardados que llegaban a internarse, se les colocaba en clases regulares en donde recibían muy poca atención, lo cual orillaba a que las abandonaran por no poder cumplir con los criterios establecidos - (Ingalls, 1982).

ETAPA DE LA LEGALIZACION

Durante los años 30's ocurrieron cambios en la política y en la investigación psicológica que producían a su vez cambios graduales y profundos en las actitudes que la sociedad tendría en el futuro hacia sus miembros incapacitados.

No fue sino hasta después de la segunda guerra mundial - cuando se detectaron estos cambios, por ejemplo, en Estados Unidos se formó la National Association for Retarded Children* (NARC)* en 1950, cuyo propósito era organizar casas - cuna, guarderías, clases especiales, programas recreativos y talleres supervisados. Esto permitió que los padres participaran más activamente en el desarrollo de dichas actividades. Como consecuencia de ello se incrementaron las clases especiales en las escuelas públicas.

La mayoría de los estados federativos en esa época promulgaron leyes que imponían a los distritos escolares la obligación de proporcionar educación especial a todo aquel que lo necesitara, destinando fondos para facilitar estos proyectos.

Hasta principios de la década de los 60's, el gobierno de los Estados Unidos no había tenido intervención en la programación pública a favor de los retardados; siendo costeados los programas por los mismos estados. No obstante, el presidente Kennedy tenía un especial interés en este problema, -- por lo que nombró un comité especial llamado "President's Panel on Mental Retardation" al que le encargó un programa para tratar al retardo. Este documento fue de suma importancia, ya que dió una visión clara hacia los retardados. En él se hacía hincapié en que las comunidades locales debían intervenir en la ejecución del mismo, mas que encomendar la solución a instituciones estatales. Con el apoyo del presidente -

*Posteriormente conocida como la National Association for Retarded Citizens.

Kennedy y del informe del Comité presidencial se promulgaron varias leyes que favorecían la asistencia federal a los re-- tardados, entre esas leyes se tenían: 1) Ley de servicios pa-- ra los retardados y para la construcción de Centros Comunita-- rios de Salud Mental, cuyos propósitos eran:

- a) Crear instalaciones para el diagnóstico y tratamiento.
- b) Capacitación y cuidado de retardados.
- c) Establecimiento de Centros de investigación del retar-- do.

2) la segunda Ley autorizaba la concesión de dinero a los - estados para la planeación en favor de los retardados; 3) Ley de la educación elemental y secundaria (1965); 4) Ley de ser-- vicios para incapacitados en su desarrollo y reconstrucción - de instalaciones (1970), la cual permitió aumentar el presu-- puesto destinado a la construcción de inmuebles.

La década de los 70's se caracterizó, por un gran número de fallos judiciales entre los cuales se encontraba el de que cualquier persona retardada tenía los mismos derechos que - - cualquier ciudadano (1971).

En 1975 se aprobó la Ley de educación para todos los ni-- ños incapacitados cuyo objetivo era proporcionar educación y capacitación, inclusive para aquellos a quienes se les consi-- deraba retardados severos.)

ETAPA DE LA NORMALIZACION

Esta etapa se refiere a la conscientización adecuada sobre los tratamientos y servicios proporcionados a los retardados. El objetivo primordial de ésta, fue el de convertir - la vida de la persona retardada en una vida semejante a la - de cualquier otro sujeto "normal" en cuanto fuese posible. - Esto de alguna manera significaba un cambio en la política - que se venía manejando años atrás, en donde se insistía en - comparar o separar a los retardados del resto del grupo de - personas a través de instituciones. Mientras que ahora se -- pretende que, el retardado se desenvuelva en su medio ambiente familiar o comunal donde su estilo de vida se asemeje más al de los otros. Por otra parte, también se quiere que en -- las escuelas públicas los retardados se integren a las clases normales con niños de su misma edad donde se les proporcio-nen clases especiales. Estos dos propósitos representan un - marcado cambio de perspectiva, en donde se deja de hacer hincapié en las diferencias y se da por supuesto que el niño retardado es en realidad un individuo no muy diferente de los demás, a los que se les considera como normales.

Estos cambios en las actitudes y en el desarrollo científico de ésta se vieron reflejados más sistemáticamente en las definiciones proporcionadas por los diferentes autores estudiosos del retardo.

Hay que considerar en primera instancia que el desarrollo de una definición general satisfactoria no se ha logrado.

Esto es debido a que tradicionalmente, se ha con-
siderado al retardo como un problema unidimensional, siendo
analizado desde las perspectivas médica, psicológica, educati-
va, social y económica siempre en forma unilateral, sin inten-
tar conjuntar los esfuerzos de estas disciplinas para lle-
gar a la elaboración de una definición satisfactoria. Así, en
en esta parte, únicamente se hará una exposición general de -
diversas definiciones, con el fin de tener una visión de lo -
que ha comprendido el concepto de retardo.

Comúnmente, el retardo es considerado como un deterioro en
el funcionamiento intelectual. También se le toma como un de-
sarrollo incompleto o como un estado de incompetencia social
o intelectual. Usualmente, estos términos se refieren a la --
conducta, un ejemplo de ello es la definición de Cameron y -
Margaret (1951), que consideraban al retardo como el comporta-
miento que es más apropiado para niveles más tempranos de la
vida de un individuo" (mencionados en Bijou y Baer, 1977).

Por otra parte, Anastasi (1964) señala que "la deficiencia
mental representa el nivel inferior de la distribución de la -
inteligencia". Esta autora menciona que la mayor parte de las -
definiciones de deficiencia mental hacen hincapié en la etiolo-
gía o en la inadaptación social.

El término retraso mental ha sido descrito como un estado -
de detención o desarrollo incompleto de la mente y como un dé-
ficit intelectual presente desde el nacimiento (Walton, 1971,-
Fredgold y Dobby, 1963, mencionados en Shepard, 1978).

30 *su parte* *Bijou (1977) considera que*

Bijou (1966), fue quien afirmó que un individuo retardado es "aquel que tiene un repertorio limitado de conductas formadas o moldeadas por eventos que constituyen su historia".- En su definición, él enfatiza la conducta observable (mencionado en Berdine y Blackhurst, 1975).

Bijou (1977) considera el concepto de desarrollo

Años después, afinando su definición (Bijou, 1977) modificó algunos de sus aspectos y la consideró como una desviación en el desarrollo psicológico; por lo cual, él dice que debe emplearse el término "desarrollo retardado" en vez de el de "retardado mental". Para reafirmar esto, él señala que el desarrollo se da a través de la acción de condiciones biológicas, sociales y físicas que se desvían de lo normal en grados extremos y mientras más extremas sean las condiciones, más retardado será el desarrollo.

En relación a la naturaleza del retardo, este autor menciona que comúnmente el retardo se ha considerado como un deterioro en el funcionamiento intelectual y que también se le toma como un desarrollo incompleto o como un estado de incompetencia social o intelectual.

Vaughan (1975), señala que el retraso mental, tal como esta denominación se emplea, desde un punto de vista diagnóstico representa "un menoscabo de la inteligencia desde el comienzo de la vida y un desarrollo mental insuficiente a lo largo de todo un período de crecimiento manifiesto de una maduración lenta o incompleta, disminución de la aptitud para

aprender y mala adaptación social".

Algunos autores mencionan que la Asociación Americana de la Deficiencia Mental, define al retardo como "todo -- funcionamiento intelectual por debajo del promedio general -- que se origina durante el período de desarrollo asociado con la alteración de la conducta adaptativa". (Ullman y Krassner 1975; Solomon y Patch, 1976).

Ullman y Krassner (1975) establecen también que los tres factores más importantes que deben tomarse en cuenta para definir al retardo son:

- *la duración del defecto.
- *el coeficiente intelectual
- *el ajuste social.

Además Solomon (en Solomon y Patch, 1976) también presenta las definiciones de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), que son las siguientes: 1) la debida a causas ambientales sin alteración del Sistema Nervioso Central (retardo mental) y 2) - la debida a padecimientos del Sistema Nervioso Central (deficiencia mental).

Ribes (1976) define al retardo ^{en el desarrollo} como un "déficit conductual en un momento determinado de la historia de un sujeto", Señala ^{considera} que para que se pueda explicar el retardo en el desarrollo, es necesario tomar en cuenta los factores biológicos permanentes, los estados biológicos transitorios, la historia previa de reforzamiento y la acción de variables del ambiente sobre la -- conducta del sujeto. (199. 24)

Algunos autores tales como Neisworth y Smith (1978) han sostenido que las definiciones de Bijou (1977) y Ribes (1976) consideradas como conductuales, no han dado una visión clara de qué es "un repertorio limitado", ni cuáles son los límites para considerar a una persona retardada o no.

No obstante a lo antes sustentado por estos autores, se considera que la definición proporcionada por Ribes (1976) acerca del retardo en el desarrollo puede ajustarse a las condiciones y al contexto para el que se propone el presente programa de prevención, ya que una definición de tal naturaleza permite:

1. Conocer los elementos que deben tomarse en cuenta para evaluar y medir la ocurrencia de la conducta del individuo por estudiar, por ejemplo, una línea base.
2. Conocer los criterios a establecer en las conductas del sujeto.
3. Saber la metodología a seguir para el establecimiento y/o supresión de conductas en el individuo y
4. Evaluar simultánea y sistemáticamente si los cambios notados en la conducta son atribuibles al proceso de aplicación.

Partiendo de lo anterior, esta definición ofrece un punto de partida más concreto y objetivo, lo que no presentan las definiciones tradicionales, ya que caen en percepciones

individuales o muchas veces subjetivas.

1.2. (A NIVEL NACIONAL (México).

Aproximadamente en 1914, el retardado empezó a recibir atención educativa a través de la escuela para retardados fundada en León, Guanajuato, por el Dr. José de Jesús González.

Posteriormente, en 1935, el Dr. Roberto Solís Quiroga planteó la necesidad de institucionalizar la Educación Especial en nuestro país. Como resultado de esa iniciativa se incluyó en la Ley Orgánica de Educación, un aparato referente a la protección del retardado por parte del estado.

Las modificaciones hechas a la Ley Orgánica de Educación en 1943, originó el establecimiento de la carrera de Maestro especialista en educación para retardados.

A comienzos de 1959, se creó la Oficina de Coordinación de Educación Especial dependiente de la Dirección General de Educación Superior e Investigación Científica quedando a cargo de la Profesora Odalmira Mayagoitia, quien se avocó a la atención temprana de los niños retardados (Educación Especial, 1982).

Por otra parte, se han estado llevando a cabo estudios especiales para conocer más de cerca las causas que originan el retardo en México, tales como: aspectos genéticos (Lisker, de los Cobos, Arrieta), la prematuridad y el retardo (Jurado-García), enfermedades congénitas del corazón y el retardo —

(Lindoro, Grabioto, Birch), efectos de la desnutrición en el desarrollo psicológico (Crabioto, Delicardie) y a la vez se están preparando programas de investigación en el hospital del Niño del D.I.F. (Desarrollo Integral de la familia) para conocer los aspectos del ambiente en relación con el retardo (autores mencionados en Velasco y Trejo, 1974).

Por otro lado, se preparan encuestas para conocer la magnitud del problema del retardo y su correlación con algunas malformaciones congénitas, como el labio leporino y paladar hendido (Serrano, Bribiesca, Cano) (en Velasco y Trejo, 1974).

Para hacer frente a este problema, el país cuenta actualmente con un número aproximado de 80 instituciones federales, estatales y privadas que incluyen grupos integrados, escuelas de educación especial para retardados, talleres protegidos, internados, asilos y un hospital infantil (se desconoce el total de camas) para cubrir la demanda de niños retardados.)

La atención de estos niños se presta principalmente a través de servicios de consulta externa (1), la mayoría de los cuales se encuentran en el Distrito Federal incluyendo: la Clínica de la Conducta (S.E.P.), tres departamentos de higiene mental en hospitales infantiles, un servicio de Pediatría en el Instituto Nacional de Neurología, un Hospital Psiquiátrico Infantil y aproximadamente 25 clínicas de Salud Mental de distintas dependencias gubernamentales como el Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, la Secretaría

(1) Servicio de consulta externa: se refiere a que el paciente no permanece internado en la escuela u hospital, sino que acude periódicamente a recibir atención al centro de salud.

de Salud (antes S.S.A.) y centros privados.

Asimismo se encuentran los centros de educación especial y rehabilitación (C.E.E.R.), nombre que recibe cada una de las instituciones dependientes de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala (E.N.E.P.I.) y que se establecieron en 1977 para ofrecer a la comunidad los servicios de rehabilitación para niños retardados y familiarizar a los estudiantes en el área de trabajo que posteriormente ejercerán.

Estos centros funcionan en diversas instalaciones proporcionadas por las diferentes entidades gubernamentales. El sistema de cada uno de ellos depende en gran medida de las características propias de cada lugar, no obstante, existe una serie de lineamientos generales que regulan su funcionamiento. Los C.E.E.R.'s tienen fundamentalmente dos objetivos:

1. Poner a los estudiantes de la carrera de Psicología en contacto con la realidad social, dotándolos de herramientas necesarias para resolver los problemas de rehabilitación que han de enfrentar en la comunidad.
2. Proporcionar a la comunidad un servicio de asistencia especial, destinado principalmente a la rehabilitación de niños que sufren de retardo en el desarrollo (Galindo, Bernal, Hinojosa, Galguera, Taracena y Padilla, 1980).

1.2.1. DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS INSTITUCIONALES QUE SE PRESTAN A LOS RETARDADOS EN MEXICO.

Los servicios de educación especial se clasifican en dos grandes grupos, según el tipo de atención que se brinda a los sujetos con necesidades especiales.

El primer grupo abarca a sujetos cuya necesidad de educación es fundamental para su integración y normalización. Las áreas aquí comprendidas son: retardo en el desarrollo (deficiencia mental), trastornos visuales y auditivos e impedimentos neuromotores.

El segundo grupo incluye a aquellos sujetos cuya necesidad de atención es transitoria y complementaria su evaluación pedagógica normal. En este grupo se encuentran las áreas de problemas de aprendizaje y lenguaje y de trastornos de la conducta.

AREA DE RETARDO EN EL DESARROLLO PSICOLOGICO.

La Dirección General de Educación Especial ha adoptado la siguiente definición de retardo en el desarrollo:

"Un sujeto se considera deficiente mental cuando presenta una disminución significativa y permanente en el proceso cognoscitivo, acompañada de alteraciones de la conducta adaptativa".

Después de la aplicación de un diagnóstico, se clasifican a los sujetos en términos de coeficiente intelectual:

Leve	50 - 70
Moderado	35 - 50
Severo	20 - 35
Profundo	0 - 20

y se toman en cuenta las alteraciones orgánicas que pudieron determinar los componentes del cociente intelectual.

Se diagnostica como retardados leves sólo a aquellos individuos que presentan algún problema orgánico. El diagnóstico se realiza en las coordinaciones y en los centros de diagnóstico o en las propias escuelas de educación especial.

En estas escuelas se atiende en horarios similares a los de la escuela común y mediante técnicas específicas a grupos reducidos según el grado de retardo y de edad cronológica.

Si se trata de retardo leve, aplican un tratamiento pedagógico que integra con técnicas individualizadas y socializadoras, las siguientes áreas curriculares:

- * Independencia personal y protección de la salud
- * Comunicación
- * Socialización e información del entorno físico y social
- * Ocupación.

Los objetivos de estos programas son la integración del retardado leve a la escuela común, por tanto, el acento se pone en los contenidos académicos del curriculum expuesto. Siguiendo la línea de integración del retardado leve, la Dirección General de Educación Especial tiene proyectado canalizar a estos sujetos directamente a la escuela común, donde funcionarán en grupos integrados con apoyo de los centros psicopedagógicos.

Cuando se trata de retardados moderado y leve, se aplica estimulación temprana y tratamiento pedagógico que integran las áreas curriculares que se imparten a los retardados leves, pero poniendo el énfasis, esta vez, en los contenidos que contri-
buyen a la creación de hábitos de trabajo y desarrollo de habilidades manuales.

La secuencia del proceso escolar es de cuatro etapas. -- Las tres primeras tienen una duración máxima de dos años y la cuarta hasta de tres años, en los casos que así lo requieren. La primera corresponde al nivel preescolar y las restantes a los grados de primero a sexto del nivel básico de educación -- especial.

Las dos primeras etapas son comunes a todos los alumnos, pasan a la tercera aquellos que por sus capacidades pueden -- ascender a aprendizajes más complejos.

Los otros pasarán directamente a la cuarta etapa para in-
tensificar su entrenamiento prelaboral, completando esta acti-
vidad con lecto-escritura a nivel socioutilitario.

Cumpliendo este proceso escolar, los alumnos son canalizados a los centros de capacitación para el trabajo y/o indus-
trias protegidas.

De alguna manera la Universidad Nacional Autónoma de México, como institución educativa y formativa de futuros profe-
sionistas ha tratado de avocarse a los problemas sociales, --

médicos, educativos, etc., que tiene el país, con el fin de actualizar y familiarizar a sus estudiantes en las áreas problema de su profesión y que futuramente serán su campo de trabajo. Es por eso, que en ciertas ocasiones ha puesto a disposición del público en general diversas instalaciones para su atención, así tenemos que, para los casos que requieren de educación especial y rehabilitación ha establecido los C.E.E.R.'s cuyos objetivos particulares son:

- a) Participación directa en el diseño y aplicación de programas de rehabilitación.
- b) Entrenamiento a terceros (familiares, maestros o para profesionales) en el diseño y aplicación de los programas y
- c) Proporcionar a quien lo solicite la asesoría necesaria para diseñar y aplicar esos programas (Galindo y Cols. 1980).

A través de estos servicios se ha querido atender y solucionar el número de casos de retardados existentes en nuestro país, cifras que en un capítulo posterior serán mencionadas y analizadas.

CAPITULO II

CAUSAS DEL RETARDO EN EL DESARROLLO

2.1 CAUSAS BIOLÓGICAS

La clasificación etiológica que expondré a continuación comprende sólo las causas más importantes que originan aproximadamente el 25% de los casos de retardo. Los sujetos que padecen trastornos biológicos son, generalmente, los que sufren retardos más graves y por lo regular pueden ser reconocidos fácilmente por el médico en los primeros años de vida del individuo. Algunos niños con estas afecciones tienen otras manifestaciones de deficiencias o alteraciones del Sistema Nervioso Central, como: impedimentos motores, crisis epilépticas, defectos sensoriales y/o incapacidad para aprender, etc.

El continuo crecimiento y desarrollo fetales de la época neonatal se ven interferidos por influencias sociales y culturales a las cuales se agregan factores ecológicos, metabólicos y fisiológicos intra y extrauterinos que se agravan por la tensión prenatal y neonatal (peri y posnatal) elevándose la mortalidad en forma importante (Rodríguez, 1979 y Cytren & Lourie, 1978).

La deficiencia mental grave como ya se dijo, se puede detectar con frecuencia en el momento del nacimiento o en la temprana infancia, indicando que en diversas clases de retardo mental intervienen factores prenatales, perinatales y posnatales (Leukel, 1978).

2.1.1. PRENATALES

Se definen como son todas aquellas causas que influyen durante

la gestación del feto hasta su nacimiento, por ejemplo tenemos;

A. Antecedentes materno-obstétricos:

- a) Edad de la madre: *que se refiere a las gestaciones físicas de la madre durante el embarazo* menos de 20 años o más de 35 años.
- b) Talla; 1.50 metros, peso muy bajo o muy alto.
- c) Desnutrición: anemia
- d) Problemas cardíacos.
- e) Intervalo entre embarazos menor de un año.
- f) Multípara después del 5° embarazo.
- g) Embarazo múltiple.
- h) Utero infantil
- i) Madre infectada, cardiópata, toxémica, drogadicta, diabética, etc.

B. Infecciones maternas y fetales

- a) Sífilis
- b) Rubéola
- c) Toxoplasmosis

Factores que de alguna manera pueden impedir que el cerebro se -- desarrolle normalmente y dan lugar a que el niño presente retardo en el desarrollo.

Si bien el sistema nervioso parece ser menos susceptible a - lesiones antes del nacimiento que después del mismo, está sujeto a traumas, a pesar de la protección que le ofrece el medio en que se encuentra y del estadio precoz de su desarrollo.

Entre la sangre del embrión y de la madre se verifican inter cambios por medio de la placenta en cuanto a sustancias nutriti - vas y de desecho, una malnutrición extrema por parte de la madre

o bien la presencia de toxinas pueden, por tanto, afectar al sistema nervioso del embrión en vías de desarrollo si no son efectivamente neutralizadas por los mecanismos de la madre. Un ejemplo corriente es el sarampión. El abuso de rayos X pueden causar efectos en los núcleos celulares del feto (mutaciones) dando lugar a anomalías del desarrollo del sistema nervioso (congénitos) -- (Leukel, 1978).

C. Determinantes genéticos

Muchas deficiencias mentales se hallan basadas ciertamente en factores hereditarios como el caso del mongolismo, que está -- causado por un cromosoma añadido en el tejido germinal de un progenitor, cromosoma que ha sido identificado como 21 (Rodríguez, - 1979).

2.1.2. PERINATALES

Las perinatales son aquellas causas que influyen durante el período de parto. Este período comprende desde los primeros dolores de trabajo de parto en la madre hasta el nacimiento del niño. (Traumatismos en el parto, lesiones óseas y musculares.) Los daños mecánicos del cerebro del feto tienen lugar por lo general durante el parto. Además de que la madre puede sufrir durante el embarazo lesiones internas causadas por accidentes que pueden dañar al cerebro del niño antes de nacer. Cuando es necesario el uso de instrumentos para ayudar a la madre a expulsar al feto durante el parto, puede dañarse el cerebro del niño debido a que el médico no siempre puede colocarlo adecuadamente o bien aplica una presión

excesiva al blando cráneo del niño. De ello resultan hemorragias o lesiones mecánicas en el cerebro. Durante un parto largo o difícil puede enrollarse el cordón umbilical o bien, el niño puede tardar en respirar inmediatamente después del nacimiento privando al cerebro del oxígeno durante un período lo suficientemente largo como para que resulten asfixiadas células cerebrales. Todos estos factores afectan al cerebro más que a otros tejidos y, por otra parte, las células cerebrales no pueden reemplazarse a sí mismas para superar los efectos de tales lesiones (Rodríguez, 1979 y Leukel, 1978).

2.1.3. POSNATALES

Esta etapa comprende desde el nacimiento del niño hasta su primera infancia (7 años). Entre las causas que pueden ocasionar el retardo dentro de este rubro se puede encontrar: (traumas, accidentes vasculares, hemorragias, intoxicaciones, infecciones celulares (meningitis), que en el caso de no haber una detección y tratamientos tempranos propicia la manifestación del retardo) (Rodríguez, 1979).

2.2 CAUSAS AMBIENTALES

Estas interacciones se dan a través de la acción de condiciones y situaciones biológicas, físicas y culturales que están dentro de los límites situacionales en los que se desarrolla el individuo. Considerando que el individuo es esencialmente social, cabe enfatizar la importancia de examinar cuidadosamente las concep

(Ver causas secundarias)

ciones preliminares referentes al "control" que ejerce el medio sobre el comportamiento de cualquier organismo y, por ende, en el sujeto que manifiesta algún tipo de retardo en el desarrollo.

(Las causas ambientales incluyen: condiciones inadecuadas de la vivienda, la falta de estimulación sensorial, carencia de la oportunidad de ejercicio, ausencia de factores necesarios para el crecimiento y desarrollo corporales, dificultades para el mantenimiento de la salud, una inadecuada protección contra el daño físico y/o afectivo de parte de los miembros significativos de la familia y de los compañeros o superiores de la escuela y del trabajo, así como la influencia que ejercen las costumbres y los valores de la cultura o la estructura social en la vida de un individuo.)

Con el fin de que queden más claros estos factores, se irán explicando aquellos más relevantes y cuya influencia es determinante en el retardo psicológico. Por ejemplo, durante la primera infancia y la niñez, la ausencia o un deficiente cuidado por parte de los padres puede ocasionar varios grados de retardo, mismos que se manifiestan al no poder desarrollar el niño las conductas propias de su edad cronológica (Lenneberg, 1967).

Por eso, (la privación ambiental determina en gran parte el éxito o fracaso del desarrollo de un sujeto, así como su incorporación a la sociedad.) Aquellos niños cuya socialización no incluye -----

experiencias que les permitan operar directamente sobre el medio que les rodea, difícilmente se incorporan a una sociedad y por lo tanto, los patrones conductuales que presentan no serán aceptados por esta sociedad, de tal forma que aumentarán las deficiencias y -

(*) Ver el texto Mental Pág 28.

el grado de retardo. (Mc. Keachie y Doyle, 1973).

Por otra parte, estudios comparativos con grupo piloto (Reese- y Lipsitt, 1975) sugieren que no es solamente la privación ambiental general, sino factores que están íntimamente ligados con el evento - de desnutrición severa en la infancia temprana, los que contribuyen a la baja ejecución intelectual y de aprendizaje.

Además, la influencia de las relaciones interpersonales entre cada individuo y las personas con las que convive establecen límites en el desempeño de los roles sociales. Las relaciones interpersonales (1) se experimentan en combinación con personas significativas que son foco de continuas vinculaciones sociales. Para poder entender mejor éste punto es necesario partir del núcleo familiar, el cual es el primer contacto que el individuo tiene en sus relaciones interpersonales, en donde él inicia un intercambio afectivo a la -- vez que desempeña su primer papel como miembro de una sociedad, la cual influirá en su desarrollo escolar y posteriormente en su desarrollo laboral.

Las consecuencias naturales de una actitud o conducta inadecuada de los padres, como figuras básicas en la formación de la personalidad del niño pueden orillarlos a situaciones conflictivas durante su desarrollo físico y/o conductual. Así encontramos que algunas situaciones problemáticas en las relaciones padres-hijos, dependen básicamente de la incomprensión o del manejo inadecuado en la vida

(1) relaciones interpersonales o habilidades sociales: se define como "aquellas conductas en las que las personas significativas perciben, respetan y tratan de satisfacer las necesidades de otro sujeto, estando de acuerdo con sus respectivos roles sociales" (Campos, 1978).

diaria por parte de aquellos, por ejemplo: padres indiferentes, tolerantes, intransigentes, etc.

Además, de la relación padre-hijo debe estimarse que la educación es fundamental en el desarrollo del niño considerando que educación no es sólo instrucción, o sea, adquisición de conocimientos por el niño, sino el establecimiento y fomento de conductas dentro de su repertorio, las cuales le permitirán desarrollarse de manera adecuada tanto en su casa como en la comunidad. De alguna forma, la falta de conocimiento de los elementos que forman parte del aprendizaje, es lo que ocasiona un número elevado de niños que se encuentran en abandono parcial o total, permanente o transitorio, físico y psicológico.

A la vez, la sociedad afecta al individuo indirectamente en sus formas de conducta al determinar sus metas y el medio ambiente que lo rodea. Es por eso, que a medida que el niño va creciendo dentro de una determinada sociedad, el proceso de aprendizaje le establece repertorios sociales, verbales, etc., que tendrán lugar a través de la influencia de los padres, maestros y otros agentes culturales.

De las consideraciones anteriores se desprende que el retardo puede ser el resultado de causas: biológicas y/o ambientales que afectan el comportamiento del individuo tanto dentro de la familia, como dentro de la sociedad. En ciertos casos estos factores son decisivos, por ejemplo: en aquellos sujetos donde el retardo fue determinado por causas biológicas y que por la influencia de factores ambientales se hizo más grave o en aquellos otros, que

no fueron afectados directamente en su desarrollo por los factores biológicos, pero que debido a la influencia tan marcada de los factores ambientales, éste se manifestó en ellos ocasionando con esto conflictos entre la familia y el individuo al desconocer el motivo y al reflejarse en sus relaciones familiares y sociales.

A partir de ello, podemos concluir junto con Bijou (1977) que las condiciones sociales, biológicas y físicas se interrelacionan y se combinan para determinar el curso del cambio en la conducta, ya sea progresivo o regresivo.

Es por eso, que para que el diseño de un programa preventivo logre su efectividad, es preciso tener presentes causas que originan el retardo en el desarrollo, para lograr así un cambio en la actitud de los profesionistas y familiares de los sujetos retardados evitando de esta manera que el problema se presente o se agrave.

2.3. PREVALENCIA DEL RETARDO EN EL DESARROLLO.

Por razones tanto teóricas como prácticas es muy importante tener conocimiento del número de retardados que existen en la población general. Esta proporción, llamada prevalencia generalmente se expresa en forma de número de personas retardadas por cada mil individuos de la población que se trate.

A pesar de esto, no es fácil determinar esa prevalencia. No obstante, se ha seguido el método ordinario de hacer encuestas en clínicas y en otras agencias similares, pero estas instituciones no han proporcionado datos confiables acerca del número de retardados, ya que hay casos que no llegan a regis-

trarse en las mismas, quedando como única opción las escuelas, porque se supone que los sistemas escolares poseen una lista relativamente completa de los niños en edad escolar. Sin embargo, en estos sistemas se presentan dificultades en cuanto a la definición y medición que se utilizan para considerar a estos niños como retardados o no, ya que algunas personas pueden ser consideradas por algún tiempo como retardadas y -- después no. Por lo que es mejor, identificar los déficits conductuales (Neisworth y Smith, 1973), que etiquetar a una persona como retardada.

Así, tenemos que la Organización Mundial de la Salud -- (O.M.S.) ha utilizado la definición de la Asociación Americana de Deficiencia Mental (A.A.M.D.) para obtener la prevalencia del número de personas con necesidades de educación especial en el mundo (Confr. tabla 1 y figura 1) , definición -- que es válida y empleada en nuestro país a nivel institucional (clínicas, hospitales y centros educativos).

Según un estudio realizado por la O.M.S., alrededor de un -- 10.8% de la población mundial posee necesidades de educación especial. Estos porcentajes son aplicables a nuestro país, -- de acuerdo con investigaciones de la Secretaría de Educación Pública (1981).

2.2:1. MAGNITUD DEL RETARDO A NIVEL MUNDIAL.

Dentro de los tipos de inválidez (confr. tabla 1) reportados en 1978 por la O.M.S., se puede observar que sólo tres de ellos registran porcentajes altos , éstos, de acuerdo con su orden de importancia, son los siguientes:

- * problemas de lenguaje
- * deficiencia mental
- * problemas de aprendizaje

2.2.2. TIPO DE INVALIDEZ. SU IMPORTANCIA EN EL MUNDO Y EN LA REPUBLICA MEXICANA.

En este punto, nos enfocaremos a comparar la distribución de la población por tipo de invalidez, tanto en el mundo como en la República Mexicana.

En la tabla 2, podemos observar que los porcentajes se -- distribuyen en forma parecida en ambas poblaciones, la única - diferencia es que en los últimos tres tipos, cambió el orden de - importancia dentro de la clasificación de invalidez para la -- República Mexicana (sordos e hipoacúsicos, ciegos o débiles vi suales y problemas neuromotores), aunque esta diferencia no es muy significativa. Esto indica que los tipos de invalidez, tan to a nivel mundial como particular, son similares en cuanto a distribución.

Al diferenciar los porcentajes totales, tanto a nivel mun dial como a nivel particular encontramos que el primero es ma yor (10.8%) en el relación con el segundo (4.8%). Sin embargo, esto no quiere decir que los tipos de atipicidad dejen de te-- ner importancia para nuestro país, por el contrario juegan un papel destacado dentro de la problemática nacional.

2.2.3. DISTRIBUCION DEL NUMERO DE CASOS DE RETARDO EN EL DESARROLLO DESDE 1967 HASTA 1982.

Observando la Tabla 3, encontramos que en 1967 se presentaron 1'230,000 casos (Secretaría de Educación Pública) y en 1973 se registraron 1'593,000 (Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1973; Ibarra y Cols. 1973), observándose un incremento promedio de 60,600 casos por año. Mientras que entre los años 1973 a 1976 decrecieron a 493, 835 casos. A partir de ese año, hasta la actualidad, el número se ha incrementado de 15,000 a 20,000 casos por año.

2.2.4. MATRICULA GENERAL DE CASOS REGISTRADOS, NUMERO Y PORCENTAJE DE CASOS ATENDIDOS.

En la Tabla 4 se puede notar que, en promedio, sólo el 1.7% de los retardados recibe alguna forma de atención mientras que el resto no la tiene en absoluto. Tómese en cuenta que estos datos son únicamente de los casos reportados por las instituciones ya que no se ha hecho un estudio minucioso en la República Mexicana para constatar el número de casos existentes en la misma. Estos porcentajes y cifras permiten de alguna manera dar una visión general de la situación reinante en nuestro país sobre el retardo en el desarrollo, mostrando que, aunque las instituciones registren la aparición de casos, el porcentaje total de la población no recibe las atenciones requeridas en forma adecuada, por lo que esta situación exige que se propongan algunas alternativas de solución. Este problema puede atacarse por medio de

las instituciones, pero a través del diseño y elaboración de programas en los que se planteen, medios o medidas para detener o evitar la presencia de casos de retardo.

2.2.5. MATRICULA DE DISTRIBUCION DE LA ASIGNACION DE RECURSOS HUMANOS AL SISTEMA DE EDUCACION ESPECIAL.

La Tabla 5 muestra los equipos que integran los equipos humanos de las instituciones de educación especial. En ella aparece, a la vez, el personal que los forma. Es conveniente señalar que, no obstante que se cuenta con el personal adecuado para atender a la población retardada, éste no se ha organizado en equipos, para la elaboración de programas que no sean nada más de "cura", sino en los cuales se plasmen o propongan otras formas de prevenir el problema antes de que se presente, retomando datos de los casos que se trataron para ponerlos de ejemplo.

2.2.6. MATRICULA DE ASIGNACION DE PRESUPUESTOS ANUALES PARA LA DIRECCION GENERAL DE EDUCACION ESPECIAL.

En la Tabla 6, se muestra el presupuesto destinado a la educación especial en diferentes años.

Aunque se ha incrementado el presupuesto, el cual es de 35.93 pesos (moneda nacional) por persona, éste no ha alcanzado para atender la demanda de los sujetos que tienen necesidades de educación especial; ya que sólo se ha podido cubrir los gastos de la gente que es aceptada en las instituciones.

C A P I T U L O I I I

REPERCUSIONES DEL RETARDO EN EL DESARROLLO PSICOLOGICO.

⟨ Una vez que se presenta el problema de retardo producido por causas biológicas y/o ambientales, la familia del retardado tiene dificultades para saber como tratar y a quien acudir a solicitar la atención adecuada en estos casos, de tal forma que al evolucionar el retardo, su tratamiento es más costoso y más prolongado, dando por resultado que la integración del retardado a la sociedad sea más tardía. ⟩

En este capítulo se hará una revisión de las repercusiones del retardo en el desarrollo en diferentes áreas: Sociales, Económicas y Educativas.

3.1. SOCIALES

Nivel individual

⟨ Las repercusiones de tipo individual se dan en términos de la falta de integración del sujeto a su familia, que después se ven reflejadas en la sociedad y en el ambiente en el que se desenvuelve el individuo. Además, se ve limitado en el desarrollo de sus funciones básicas humanas (biológicas, psicológicas y sociales), por tener escasas posibilidades de realizarse como persona al ser rechazado por lo miembros de los diferentes grupos a los que pertenece: familiares, de juego, sociales, escolares y, en algunos casos, en los laborales. ⟩ Se ha encontrado en estudios que: "en comparación con individuos juzgados anteriormente como "normales" y a quienes se utilizó como control, las

personas que en un tiempo fueron consideradas como retarda - das tienen una tasa ligeramente superior de divorcios y fe - chorías y en cierta medida niveles de ocupación inferiores, - con bajos estándares de vida, por consiguiente, no logran . - éxitos espectaculares, aunque no sería justo considerarlos - como fracasados o incapacitados para enfrentarse a las exi - gencias de la vida civil" (Reese y Lipsitt. 1975).

Nivel familiar.

Las repercusiones a nivel familiar se manifiestan en el rechazo del individuo por parte de los miembros de su familia, y en algunos casos por el ocultamiento del problema a los fa - miliares, amigos o vecinos, por el temor al que dirán, o por la lástima que pueda acarrear el conocimiento del caso. El - saber que un hijo ha nacido con retardo, en la mayoría de - los casos, provoca disputas entre los padres del afectado, al atribuirse uno al otro la causa del problema; algunos de - ellos evaden la responsabilidad del niño o abandonan el ho - gar, siendo el padre quien por lo regular escapa de la situación. Y si por el contrario, no sucede esto, los miembros de la fa - milia y los padres tratan de sobreprotegerlos, o bien, sólo les de - jan hacer tareas sencillas. En la mayoría de los casos, la res - ponsabilidad de tratarlo se le deja al médico y de educarlo y atenderlo a la madre, aunque el padre aporta el dinero ne - cesario para tal fin. >

3.2. ECONOMICAS

El retardado se convierte en una carga económica para su familia, por los cuidados especiales que requiere tanto en su tratamiento como en su cura, por otra parte, cuando el sujeto es retardado moderado y está en posibilidades de insertarse en el aparato productivo, se ve limitado por condiciones de desempleo o subempleo, por no estar preparado para realizar las labores que se le piden y tiene que acudir, en última instancia, a la mendicidad o a la delincuencia creando con esto conflictos en la familia porque a veces aporta dinero y otras no.

También para el país es una carga económica, porque si el sostener centros educativos para niños "normales" es difícil, ya que cada año escolar aumenta el número de niños de nuevo ingreso, lo es más el costear centros de educación especial para personas que de antemano se sabe que su educación, tratamiento e incorporación al sector productivo serán parcializados o nulos, situación que difiere para aquellos, que al finalizar su educación podrán incorporarse completamente al sector productivo.

El presupuesto destinado sólo para la educación del 1,7% de la población retardada es, en cada caso, de 35.93 pesos (moneda nacional),

3.3. EDUCATIVAS

Las repercusiones educativas se manifiestan en mayor grado cuando el niño retardado asiste a la escuela de educación

Los métodos de exploración
o pruebas al diagnóstico del Retardo
en el desarrollo son (def. N. pag. 40)



U.N.A.M. CAMPUS
IZTACALA

- 39 -

básica, y es rechazado porque es más lento para realizar las actividades que se le asignan o porque sus patrones de conducta no son aceptados por los demás trayendo como consecuencia grupos marginados de analfabetas (Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1977).

IZT. 1000568

Los niños retardados llegan a la edad escolar sin poseer ni siquiera la experiencia, ni la aptitud necesaria para una instrucción metódica. En general se encuentran por debajo del nivel de su edad en cuanto al desarrollo del lenguaje y la capacidad para el pensamiento abstracto necesario para poder progresar en la escuela. Rinden poco y esto ocasiona problemas en el individuo. La ansiedad, la escasa motivación, la falta de oportunidad y de cursos escolares estimulantes orillan al vagabundeo y predisponen a la delincuencia. Cuando son jóvenes, muchos de ellos no tienen trabajo. Este gran grupo cuya carencia cultural y psicológica les impide sencillamente actuar de manera adecuada en la clase media de la sociedad constituye el mayor porcentaje de los que se les considera retardados (Vaughan, 1975).

Las experiencias personales y sociales de los niños retardados son limitadas, porque los niños con los que conviven no los eligen como amigos y los rechazan a menudo por presentar pautas de conducta antisocial, como "nos molestan", es "peleonero", "le replica al maestro" etc. (Baldwin, 1958).



U.N.A.M. CAMPUS
IZTACALA

Dados los antecedentes hogareños y la poca aceptación de los retardados, se ha encontrado en ellos desajustes emocionales (Garder, 1966). Al respecto, Chazan (1964) encontró que un grupo de alumnos "emocionalmente subnormales", manifestaba hacia los adultos más depresión y hostilidad, inhibiciones y síntomas de tensión emocional que un grupo control.

Los retardados son más sobresalientes inadecuadamente durante la primaria. Estudios de seguimiento de individuos clasificados como ligeramente retardados durante la niñez son casi unánimes en mostrar que la mayoría logra un ajuste preescolar adecuado, aunque de bajo rendimiento (Charles, 1953; Hegge, 1944; Jastack y Whiteman, 1957; Mench, 1944; Skeels, 1966, mencionados en Reese y Lepsitt, 1975).

[Las repercusiones sociales, económicas y educativas] presentadas [son el reflejo en forma general de la situación que vive el retardado en nuestro país, misma que se puede confrontar con los datos aportados por las diferentes instituciones gubernamentales.] (Esto se pudo observar en las figuras y gráficas que anteriormente fueron descritas).

para la... la provisión de... (al...)

C A P I T U L O I V

REVISIÓN DE LAS CONDICIONES TEÓRICAS SOBRE LA PREVENCIÓN DEL RETARDO.

Los estudiosos de la conducta han dirigido su atención a las necesidades específicas de los niños y han desarrollado e investigado técnicas para cubrir esas necesidades a través de las dependencias gubernamentales (como por ejemplo, la Secretaría de Educación Pública), sin olvidar las posibilidades de prevenir los desórdenes conductuales que dan origen a las mismas (Ollendick y Cerny, 1981).

Es común encontrar que los profesionistas relacionados con el problema del retardo han desarrollado ^{en mayor número de} más alternativas de solución para aquellos casos que ya se han manifestado, que para aquellas situaciones que futuramente pueden dar origen al retardo. Una razón con la que se puede justificar esta situación puede ser, que las alternativas planteadas para los primeros casos son más específicas que para los segundos; los resultados de los tratamientos en ambos casos y en muchas de las ocasiones pueden darse a largo plazo, ocasionando que el problema se agrave numéricamente hablando y que el presupuesto destinado para la Educación Especial en México se asigne ^{límite} única y exclusivamente al fomento de programas de "cura" y rehabilitación para los casos ya manifestados y no al fomento de programas de prevención (1) de situaciones futuras que pueden originar el retardo en el desarrollo. Sin embargo, es conveniente mencionar que ni aún con todas

(1) ^{Entendido como} Prevención: conjunto de medidas y programas que tienen la finalidad de mejorar las condiciones que provocan un problema (Ibarra y cols, 1973). ^(Bicop - pag 15)

las instituciones existentes se atiende a la totalidad de la población, dando de esta manera solamente una solución parcializada y poco práctica al problema.

Probablemente, lo más correcto sea que a partir de los casos ya existentes se planteen medidas preventivas para evitar nuevamente la presentación de casos similares.

Las alternativas planteadas se han dado dentro de la prevención a diferentes niveles:

PREVENCION PRIMARIA: definida como "evitar o impedir la ocurrencia o la presentación de nuevos casos de retardo en el desarrollo por medio de la eliminación de las circunstancias que lo ocasionan antes de que éstas vuelvan a aparecer".

PREVENCION SECUNDARIA: entendida como la "reducción de la incapacidad debida a un trastorno manifestado en el individuo".

PREVENCION TERCIARIA: considerada como la "transmisión de información sistematizada apegada a la realidad de la comunidad"

Al respecto, Jensen (1970) propuso cuatro tipos de programas de prevención primaria dirigidos principalmente a:

- a) niños cuyas conductas son apropiadas pero que corren el riesgo de desarrollar problemas conductuales. Por ejemplo, niños cuyos padres son esquizofrénicos, depresivos o antisociales (Garney, 1971; Robinson, 1966, en Del Castillo, 1983).
- b) prevención de problemas específicos tales como: fobia a la escuela, conductas de adicción, retardo en el desarrollo, etc. Dentro de estos problemas se toman en cuenta las condiciones anteriores y consecuentes de las conductas.

- c) al establecimiento y fomento de las capacidades adaptativas en modalidades afectivas (reconocimiento afectivo, sensibilidad), cognoscitivas (habilidades de solución de problemas), conductuales (habilidades de interacción social). El énfasis de estos programas está en el desarrollo y fortalecimiento de habilidades de salud.
- d) a proporcionar a los niños las experiencias que le faciliten su desarrollo en situaciones determinadas y específicas, por ejemplo: la asistencia por primera vez a la escuela.

Dicho autor menciona que pueden emplearse los principios del aprendizaje clásico, operante y vicario para el desarrollo de estos programas en la prevención primaria, así como para la secundaria y terciaria (véanse los trabajos de Patterson, 1971; Sirbu, Cotler y Jason, 1978; Matese, Shorr y Jason, 1981, mencionados en Del Castillo, 1983).

< Por otra parte, se ha encontrado que los procedimientos cognoscitivos y de modelamiento han sido útiles como estrategias de prevención primaria (por ejemplo: películas, cortes comerciales, etc.).

Una de las metas principales de cualquier persona relacionada con la problemática que presenta el retardo, además de "curar", ha de ser la de tratar de impedir en lo posible su presentación.

Por su parte, Galindo (1981) concibe dos formas de prevención:

- * evitar la ocurrencia del retardo
- * evitar la agudeza del retardo

y manifiesta que, para alcanzar el primer objetivo habría que hacer un cambio total en la infraestructura del país, lo cual invo-

lucraría cambios sociales, políticos, económicos, etc., lo cual no está en manos de los psicólogos únicamente, aunque su aportación dentro del nivel científico y social podría ser:

- 1) crear programas educativos (sobre aspectos de la crianza, higiene, profilaxis, por ejemplo) para ser aplicados masivamente y sobre todo en comunidades marginadas
- 2) difundir masivamente sus conocimientos sobre las causas sociales del retardo para hacer conciencia en la comunidad
- 3) colaborar con otros especialistas en ambas tareas.

En todos los casos, la investigación y la publicidad de los resultados son de primordial importancia.

El mismo autor menciona que se han estado efectuando investigaciones sobre los efectos de la marginidad en el desarrollo psicológico y sobre programas educativos para el cambio de hábitos higiénicos. Dichos programas están en sus etapas iniciales pero son muy valiosos ya que contribuyen en gran medida dentro de la prevención.

Por otro lado, plantea Galindo que para evitar la agudeza del retardo en el desarrollo es necesario intervenir en la educación del retardado lo más temprano posible, de tal manera que se impida el efecto creciente y en cadena que se produce al alterarse uno de los factores que inciden en el desarrollo.

También en este caso la prevención rebasa el ámbito de los psicólogos, sólo que su participación es más clara y definida ya que es la de crear e investigar:

- 1) Programas de rehabilitación eficaces.
- 2) Programas de rehabilitación susceptibles de aplicar se masivamente.
- 3) Estrategias de intervención masiva. }

Ribes (1975) parte de la clasificación de los retardados para plantear sus alternativas de prevención. Su clasificación involucra un diagnóstico de tipo conductual que establece dos formas de retardo:

RETARDO GENERALIZADO: Que se caracteriza por abarcar - repertorios amplios y numerosos.

RETARDO ESPECIFICO: Que se concentra sólo en uno o dos tipos de conductas. Ejemplo: las llamadas dificultades de aprendizaje.

Es evidente que, desde el punto de vista del tratamiento como de la prevención se requieran de estrategias diferentes.

Por ejemplo, el retardo generalizado que involucra un número más amplio de conductas (p. ej. autismo), requiere para su prevención, estrategias de intervención más completas en las que las diversas disciplinas relacionadas con el mismo tienen un papel primordial en su resolución.

En el caso del retardo específico la tarea preventiva se confunde con la tarea correctiva aunque incluye la preparación y adiestramiento de paraprofesionales en el diseño de ambientes o programas protéticos a nivel especial.

Las posibilidades de prevenir el retardo son limitadas por el número de factores que intervienen en su determinación y que en muchas ocasiones son difíciles de controlar, por ejemplo: los

factores biológicos (anatómicos, fisiológicos, genéticos, etc.), desencadenantes del retardo. De igual manera sucede con los factores sociales (económicos, ambientales, familiares, etc.), que aunque son fáciles de identificar son poco susceptibles al cambio y a la alteración, por vincularse a aspectos de una estructura social establecida donde cualquier cambio en una de sus partes involucra hacer cambios en las otras, lo cual rebasa los límites de cualquier profesión o actividad dirigida a la salud o educación.

No obstante, se puede encontrar la manera de transmitir información precisa y amplia de los desencadenantes del retardo y de la manera de prevenirlos (principalmente en las mujeres embarazadas y en los primeros meses de vida del niño).

La Psicología, una de las disciplinas más relacionadas con el retardo plantea como posibilidades:

- la detección temprana, como una de las estrategias de intervención más factibles, la cual consiste en entrenar a los padres sobre la manera de detectar o identificar excesos o déficits en el desarrollo del niño.
- la prevención de los aspectos ambientales, por ser susceptibles de modificación, estando muchas veces más a nuestro alcance los cambios por los cuales se puede originar una transformación en su manifestación; situación que es un poco -- más difícil pero no imposible de cambiar una vez que se ha presentado el problema, siempre y cuando se dé información y orientación acerca de las diferentes medidas preventivas que se pueden llevar a cabo dependiendo del caso todo esto ayudaría a prevenir el retardo biológico.

Los determinantes ambientales más importantes del retardo son:

- a) la carencia de reforzadores positivos
- b) el reforzamiento de conductas indeseables
- c) el empleo inadecuado de estimulación aversiva (Ribes, 1976).

La tarea preventiva en estos casos es la programación de ambientes que eviten la presencia de los factores antes mencionados de modo que, aún cuando en el caso del retardo generalizado -- existan factores biológicos involucrados, sea factible la detección de los mismos y su compensación inmediata a través del diseño de sistemas - protéticos adecuados.

Es así que desde el punto de vista conductual, la prevención del retardo abarca dos grandes grupos de tareas:

1. El diseño de ambientes institucionales, educativos y de trabajo y
2. El adiestramiento extendido a un gran número de paraprofesionales y no profesionales de la ciencia del comportamiento (médicos, enfermeras, profesores, padres de familia, etc.).

Además de estas alternativas, Ribes (1976) plantea:

- a) Implementación de programas educativos en las escuelas tales como: pláticas, conferencias, proyecciones sobre origen, causas y medidas preventivas del retardo en el desarrollo.
- b) Cambios en las pláticas nutricionales, de salud y educación comunitaria.
- c) El mejoramiento de patrones de productividad y consumo.

El autor dice que las soluciones se pueden implementar con la participación de los diferentes profesionistas y científicos relacionados con el problema, al elaborar programas donde se contemplen prácticas, habilidades, técnicas y procesos de -- evaluación.

Por otra parte, Deisher (1977) propone que la educación para prevenir accidentes y costumbres puede repercutir posteriormente en el desarrollo del niño.

Además de la Psicología, la Medicina se ha avocado a la tarea de la prevención, aportando medidas preventivas desde el punto de vista biológico, como ejemplo de esto tenemos:

- la preparación de niños, jóvenes y adultos mediante la educación para una paternidad responsable.
- los cuidados prenatales que puedan corregir o compensar algunas alteraciones en el desarrollo del feto o del lactante.
- mejoramiento de los cuidados durante el trabajo de parto y periodo neonatal (Vaughan, 1975).

Algunas otras medidas preventivas aportadas están representadas en el cuadro 1 .

LA PREVENCIÓN POR MEDIO DEL DESARROLLO DE PROGRAMAS COMUNITARIOS.

Ribes (1975), dice que la tarea preventiva debe concebirse como una acción comunitaria en gran escala, dirigida a la detección y prótesis sistemática de los diversos grados y problemas de retardo en el desarrollo. El examina a groso modo los problemas que pueden presentarse en el desarrollo de programas preventivos

en las distintas áreas de la comunidad principalmente: instituciones especiales, escuelas y familias.

INSTITUCIONES ESPECIALES

Este investigador sostiene también, que las instituciones pueden clasificarse de acuerdo al grado de retardo: generalizado o específico. Entre las instituciones dedicadas al trato del retardo generalizado se tienen escuelas de educación especial, hospitales y talleres ocupacionales y para el trato del retardo específico están las escuelas especiales que atienden deficiencias particulares (ejemplo: conductas académicas o cognoscitivas). En todas estas instituciones los programas están dirigidos a la corrección de deficiencias en destrezas para vivir independientemente, en conducta social, en conducta afectiva y en conductas de autodirección y autocontrol, incluyendo igualmente el tratamiento para excesos de conductas perturbadoras, reacciones sociales, etc. (Gardner, 1971, mencionado en Ribes, 1975), -- donde los niños están bajo el control institucional y su detección ofrece algunas dificultades. En esta situación lo más correcto sería examinar cuidadosamente el tratamiento y la generalización de sus efectos al ambiente familiar y social de los individuos retardados. Además de elaborar programas correctivos, se considera importante la detección oportuna del retardo, misma que se podría efectuar en las escuelas elementales, en situaciones laborales o familiares con la finalidad de detectar en el momento preciso el déficit o exceso, para darle posteriormente un trato adecuado.

La detección debe ser realizada por los maestros, padres -

de familia o personal de supervisión laboral, lo cual requiere de programas especiales para adiestrar a este tipo de paraprofesionales y no profesionales en la evaluación efectiva de deficiencias conductuales específicas.

Tanto en las escuelas especiales como en las escuelas de educación básica y en la familia es importante considerar dos aspectos:

Primero. La importancia de atacar oportunamente problemas específicos del retardo antes de que éstos puedan generalizarse por las interacciones inadecuadas que se establecen entre el sujeto y el ambiente en las áreas de comportamiento cognoscitivo, social y afectivo. De ahí la justificación del por qué se plantea la detección temprana como estrategia de intervención y,

Segundo. La necesidad de dirigir programas a los padres de familia, maestros, supervisores laborales, etc., para que al detectar formas específicas del retardo, no lo oculten o actúen indebidamente.

INSTITUCIONES EDUCATIVAS

El enfoque preventivo adecuado para las escuelas elementales es señalar que el medio más propicio de identificación del retardo requiere no sólo del adiestramiento de los maestros para detectarlo oportuna y objetivamente, sino de proveerles también de la tecnología mínima para procurar su corrección simultánea. En estas situaciones existen dos tipos de atención para retardados:

- 1) Salones especiales para atender niños retardados con el objeto de reintegrarlos posteriormente a salones de

clases normales. Esta opción no siempre ha logrado resultados satisfactorios por el hecho de que estas situaciones mantienen la presencia del problema más que solucionarlo.

- 2) La posibilidad de trabajar con niños que presentan deficiencias específicas en el salón de clases normal - (Phillips, 1973). Esta estrategia permite compensar el retardo sin marginar al individuo, encontrando como ventaja en esta opción, el bajo costo de operación aún cuando probablemente se requiera en un principio de personal con un índice de adiestramiento más riguroso del que es normal en estos casos. }

MEDIO FAMILIAR

El núcleo familiar es, indudablemente, el medio más propicio para detectar y prevenir tempranamente el retardo. Sin embargo, el incorporar a la familia como miembro de un equipo de salud y rehabilitación educativa requiere una labor más detallada de las actividades a realizar dentro del equipo de salud. }

PROBLEMAS QUE SE PLANTEAN EN LA PREVENCIÓN DEL RETARDO EN AMÉRICA LATINA

Al revisar cuidadosamente la prevención del retardo en América Latina, surgen dos factores importantes:

- a) La participación del psicólogo como especialista del comportamiento.
- b) La incorporación de los diversos sectores de la población en un programa de esta índole.

La tarea específica del psicólogo en la prevención del re-

tardo podría ser:

1. Diseño de una tecnología de evaluación y prótesis del retardo conductual y,
2. Adiestramiento a paraprofesionales de la Psicología en el empleo efectivo y riguroso de esta tecnología. Ambas tareas están relacionadas.

El diseño de una tecnología no puede ser ajeno a las circunstancias que determinan su aplicación. Por consiguiente, el desarrollo de técnicas de evaluación y prótesis conductual debe tomar en consideración no sólo a los sujetos a los que se dirige dicha tecnología, sino también a los paraprofesionales que van a emplearla. Los escasos datos disponibles sobre el entrenamiento de paraprofesionales y no profesionales en el empleo de técnicas de modificación de conducta a nivel masivo provienen fundamentalmente de los Estados Unidos y el Canadá (Ayllon y -- Wright, 1972, mencionados en Ribes, 1975). Muchos de los programas institucionales de rehabilitación implican altos costos de operación y constituyen más bien situaciones piloto demostrativas (Lent, 1968, en Ribes, 1975).

En el caso de nuestro país, deben tomarse en cuenta dos aspectos:

Primero, la necesidad de implementar sistemas de detección, prevención y cambio de bajo costo y acción amplia, lo que constituye un problema muy particular en lo que a diseño de tecnología se refiere.

Segundo, las características particulares de nuestra población, con bajos ingresos per cápita, altos índices de analfabetismo,

betismo, subempleo y baja remuneración, condiciones insalubres de vivienda, parlantes en ocasiones de solamente idiomas indígenas, etc. Es muy diferente tener que entrenar no profesionales de clase media urbana con tiempo libre disponible, que hacerlo con personas de bajos ingresos y educación escasa, con dedicación casi absoluta a tareas ocupacionales pobremente remuneradas. Aquí fallan los sistemas tradicionales de supervisión, de adiestramiento mediante manuales o de empleo eventual como asistentes de los paraprofesionales. No hay soluciones disponibles al presente para atacar estos problemas instructivos de nuestro país, y es conveniente plantearlos cuando menos para sentar las bases de su análisis y futura investigación (Ribes, 1975 y Ribes y cols. op. cit.).

En lo que respecta a la incorporación de los diversos sectores de la población a un problema de prevención, se presentan algunos inconvenientes tales como:

1. Ignorancia y/o desconocimiento del tipo de atención que deben recibir los niños en general durante su desarrollo físico y conductual.
2. Falta de información de las posibles causas que originan el retardo.
3. Desconocimiento de las estrategias de intervención a todos los niveles de prevención (primario, secundario y terciario), para tratar a este tipo de niños.
4. Carencia de programas preventivos donde se contemple la manera de utilizar o emplear en forma adecuada

da las estrategias de intervención planteadas por los diferentes profesionistas relacionados con el retardo.

4.1 EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO Y EL ENTRENAMIENTO MULTIDISCIPLINARIO COMO MEDIOS FACILITADORES PARA EL LOGRO DE LA PREVENCIÓN DEL RETARDO

Las diferentes estrategias de intervención planteadas por los estudiosos del retardo han tratado de dar nuevos aportes a la solución del problema. Sin embargo, éstas han quedado a nivel teórico dejando a un lado el propio desarrollo de las estrategias que vendrían a ser la parte más clara y precisa de demostrar cómo se pueden implementar y ver sus resultados. Ninguna de ellas ha contemplado como medios facilitadores la interdisciplinariedad y multidisciplinariedad en el desarrollo de su trabajo. No obstante que se han establecido grupos o equipos interdisciplinarios para resolver conjuntamente diversos problemas que --competen a los distintos miembros de los equipos, se ha caído en el error de no especificar la finalidad del grupo y de las funciones que deben desarrollar las distintas disciplinas relacionadas con los casos. Muchas de ellas durante su desarrollo particular han tratado de explicar los fenómenos utilizando un conocimiento limitado y lineal de éstos. A pesar del auge que algunas han alcanzado, se ha actuado con linealidad y con una visión pobre de los mismos observándose en muchas ocasiones que los problemas son abordados por algunas disciplinas y no por to

das a las que les competen. Un ejemplo de ello ha sido el problema del retardo en el desarrollo, en el cual están inmersas diferentes disciplinas y que tanto la Medicina como la Psicología -- han tratado de abordar desde su punto de vista particular, olvidándose, la mayoría de las veces, que existen a la vez otras -- causas que contribuyen al caso.

Es por eso que siguiendo la línea que plantea Mares (1984), se consideran como medios facilitadores la inter y multidisciplinariedad. La autora sostiene que a través del equipo interdisciplinario y un entrenamiento multidisciplinario se pueden alcanzar en un 100% los objetivos de muchos programas (en particular los de prevención).

Para poder comprender mejor las funciones y ventajas que se obtendrían por medio de ellos, empezaremos definiéndolos:

* Se entiende por interdisciplina "a la actividad científica en la cual diferentes disciplinas se integran para -- configurar orgánicamente un nuevo campo de acción y conocimiento. Esto implica la formulación de un nuevo objetivo teórico-práctico, así como la reintegración de conceptos, metodologías y técnicas de las disciplinas insertadas".

* Se entiende por multidisciplina "a la actividad donde diferentes disciplinas actúan a nivel práctico ante un mismo objeto, pero en diferentes niveles es decir, el quehacer de cada una de las disciplinas involucradas se dirige hacia aquellas características que le competen" (Ribes, 1980)

Al respecto, Mares (1984) sostiene que la inter y multidisciplinariedad que Ribes (1980) plantea, no debe ser excluyente una de la otra, ni debe entenderse como la fusión de las distintas disciplinas, ya que lo que debe significar es el conocimiento exacto de la responsabilidad general implicada en la colaboración de las diferentes disciplinas y en la integración de su trabajo, -- mismo que es plasmado más ampliamente durante su desarrollo cotidiano.

El trabajo de un equipo interdisciplinario dentro de cualquier problemática se debe entender como la reunión de los diferentes profesionistas involucrados con la misma, para vertir sus diferentes puntos de vista y llegar a acuerdos en cuanto:

1. Conocer el origen de la problemática.
2. Analizar qué tan determinantes son las causas que la originaron.
3. Analizar en qué porcentaje sus estrategias planteadas se han alcanzado y qué obstáculos lo han impedido.
4. Revisar si los objetivos han sido planteados adecuadamente de acuerdo a los problemas presentados.
5. Plantear cuáles pueden ser las posibles soluciones que se pueden aportar al contar con otros profesionistas conocedores también del caso.
6. Para que con todo esto se pueda reunir y configurar un nuevo campo de acción y conocimiento que involucre:
 - el planteamiento de un nuevo objeto teórico-práctico,

- formulación de nuevos objetivos,
- estructuración de metodologías y técnicas para tratar los casos y
- establecimiento de una nueva forma de diagnóstico (evaluación) que permita obtener resultados que sean útiles a todos los especialistas.

En cuanto a la finalidad que tendría el entrenamiento multidisciplinario como parte formativa de dicho equipo se tiene:

1. Especificar las funciones que cada uno de los profesionistas tiene dentro del equipo interdisciplinario.
2. Delimitar tanto la función que cada uno desempeña dentro del mismo, como la de los demás especialistas, sin tratar de abarcar las funciones de los otros o intervenir en su campo de trabajo.
3. Establecer cuáles son las limitantes y repercusiones de cada una de las disciplinas al estudiar los problemas que les --competen.
4. Dar a conocer el campo de trabajo de cada una de las disciplinas y la forma como se trabaja en ellas.

Las ventajas que ofrece la integración de estos elementos son las siguientes:

- a) Profesional: normar criterios de tratamiento, diagnóstico y prevención, no sólo desde un punto de vista particular, sino también grupal, lo cual repercutirá en beneficio de la comunidad y, por lo tanto, de la sociedad.
- b) Institucional: mejorar la calidad (eficacia y eficiencia) del servicio prestado por las instituciones en be-

neficio del público.

- c) Comunitario: Beneficiar a un sector más amplio de la población en cuanto a servicios y otras prestaciones a las que se tiene derecho. }

< El establecimiento de los equipos interdisciplinarios dentro del área de Educación Especial es necesario porque el retardo en el desarrollo es un problema que está integrado por una gran variedad de elementos que le interesan a distintas disciplinas.

Para la integración de los equipos interdisciplinarios en el área de la Educación Especial, sólo se elegirán a aquellos profesionistas que están más relacionados con la problemática del retardo en el desarrollo y, si es posible, se solicitará apoyo a otras disciplinas que estén indirectamente relacionadas con él pero que su participación permita dar una visión global y más integrativa a la solución de este problema. }

C A P I T U L O V

PROGRAMA PREVENTIVO INSTITUCIONAL COMUNITARIO

Durante el desarrollo de los capítulos anteriores, que tuvieron como fin dar una visión clara de la problemática del re tardo en el desarrollo, se pudo observar que las estrategias de intervención han venido cambiando durante el tiempo, algunas veces por la evolución de las ciencias y otras por la estructura social de los países en cada época. Sin embargo, algunas de estas estrategias han tenido que quedar a nivel teórico más que práctico, por no contar con los elementos necesarios para fomentarlas (recursos humanos, económicos, etc.), tal es el caso de las medidas preventivas planteadas que no se han implementado porque el presupuesto destinado para ese fin se ha encauzado exclusivamente a programas de rehabilitación.

En cuanto a los centros destinados para el implemento de programas rehabilitadores, estos han caído en el error de sólo establecer conductas, las cuales además, en muchas ocasiones, no son generalizables a otras situaciones, lo que provoca que las instituciones se vean más concurridas y sean insuficientes para atender la demanda que tienen diariamente, obligando así a los familiares de los individuos no atendidos a recurrir a otros lugares, donde muchas veces el costo que implica su tratamiento es elevado, porque requiere de uno o varios profesionales para su atención.

Esto, en gran medida, imposibilita a la familia de recursos económicos limitados a solicitar el servicio en instituciones privadas.

A partir de esta situación, ha surgido la necesidad de dar cabida a otras soluciones más viables tales como: la PREVENCIÓN, pero no como el planteamiento teórico de estrategias de intervención sino como la manera práctica de fomentarlas -- (descripción operativa).

✓ Habrá quienes sostengan que la elaboración y fomento de programas preventivos es muy costosa por el hecho de que involucra muchos elementos; pero si nos ponemos a pensar en lo que costaría en años posteriores la atención de estos retardados, observaríamos que la inversión que se realizaría en este momento sería menor que la que involucraría la atención de casos -- existentes, posteriormente.

Lo adecuado sería que, a partir de los elementos con que cuentan los centros de educación especial, se pudiesen elaborar programas preventivos, entre estos elementos tenemos:

- * Equipos interdisciplinarios: compuestos por médicos, trabajadoras sociales, terapeutas físicos, ocupacionales y del lenguaje y psicólogos. Se eligieron estos, por estar integrados de profesionistas conocedores de la problemática que da origen al retardo y porque pueden hacer aportaciones válidas para la elaboración de cualquier programa preventivo (esto quedará más justificado en el desarrollo mismo de esta estrategia de intervención).

- * Medios físicos: las instalaciones de los centros podrían emplearse para la difusión de los programas o para el entrenamiento de terceros (desprofesionalización), que servirían como mediadores de la información de los programas para la población en general.
- * Medios de difusión: pláticas, folletos, medios masivos de comunicación, los cuales se ajustarían al presupuesto destinado para el fomento de estos programas.

A través de estos elementos, se podrían elaborar nuevas formas de prevención que pudiesen llegar a un mayor número de personas que tuviesen o no familiares retardados y así lograr detener o prevenir la ocurrencia de nuevos casos. >

En conclusión, este Programa Preventivo Institucional Comunitario plantea una alternativa diferente en cuanto a la forma de integración de elementos en el diseño de nuevos programas preventivos aplicables, para lo cual se requiere del 100% de la participación de los miembros del equipo interdisciplinario en su elaboración, ejecución y difusión (esto estará sujeto, claro está, a los recursos económicos, físicos y de comunicación ya existentes en el momento de la elaboración del programa).

Durante la descripción del programa se especificarán las actividades y funciones que se llevarán a cabo para el logro del objetivo de este trabajo.

DESCRIPCION DEL PROGRAMA PREVENTIVO INSTITUCIONAL COMUNITARIO

OBJETIVO GENERAL: Al finalizar el entrenamiento multidisciplinario, los profesionistas integrantes del equipo interdisciplinario elaborarán y aplicarán programas preventivos.

CONDICIONES

Entrenamiento multidisciplinario
Elaboración de programas preventivos.

METODO

Sujetos: El médico, el trabajador social, los terapeutas: físico, ocupacional y del lenguaje y el psicólogo, los cuales constituirán al equipo multidisciplinario.

Instructor: La psicóloga que diseñó este programa indicará las actividades y funciones que se llevarán a cabo para alcanzar el objetivo.

Situación de trabajo: Cualquier centro de Educación Especial que cuente con los elementos (profesionistas, instalaciones y medios de difusión para fomentar el programa).

Materiales: Cuestionario de pre-evaluación (Apéndice 1).

Cuadro sinóptico de causas y medidas preventivas ---
(Apéndice 2).

Cuadro sobre medios de comunicación existentes que se pueden emplear para la difusión de programas preventivos (Apéndice 3).

-Pizarrón, gises, hojas y lápices.

Procedimiento:

I. Pre-evaluación.

Aplicación de un cuestionario (Apéndice I) para determinar cuáles son las precurrentes con las que cuentan los miembros del equipo interdisciplinario en cuanto a conocimiento sobre la problemática del retardo en el desarrollo.

Se darán instrucciones para que los profesionistas que integran el equipo elaboren un programa preventivo en forma individual, el cual deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- Definir con sus propias palabras, el objetivo que pretenderían alcanzar a través de su programa.
- Describir objetivamente la forma como lo llevarían a cabo.
- Mencionar cual sería su aportación profesional en la elaboración de programas preventivos.
- Indicar a quienes lo transmitirían y porque medios de difusión lo darían a conocer.

En el caso de que el 90% de los miembros del equipo no hayan contestado y desarrollado las actividades anteriores, se pasaría a la fase II. Pero en caso contrario de que el 90% desarrolle y conteste adecuadamente el cuestionario se pasará a la fase III.

II. Establecimiento de Precurrentes.

Conocimientos.

Por medio de una exposición, se transmitirá al equipo interdisciplinario la información sobre los siguientes elementos:

- a) definición, organización y selección (ejercicios).
- b) características conductuales y biológicas del retardo (se empleará la definición de Ribes, 1976).
- c) causas que originan el retardo en el desarrollo.
- d) medidas preventivas existentes para prevenir el retardo.
(para los puntos c y d consultar apéndice 2).
- e) medios de difusión que se pueden utilizar para dar a conocer las medidas preventivas (consultar apéndice 3).

Elaboración de programas.

Para llevar a cabo esta actividad es necesario, primero, --mencionar las funciones que cada uno de los miembros de equipo --deberán realizar para la elaboración de un programa preventivo, y después indicar cuáles son las partes que componen un programa.

Las funciones de los profesionistas son:

✓ Médico:

- a) Elaborar una lista de causas que originan el retardo -- en términos objetivos, indicando a la vez cuál o cuáles medidas preventivas pueden emplearse y cuál sería el -- momento oportuno para llevarlas a cabo.
- b) Presentar a la población, los hechos conocidos sobre el retardo psicológico, así como explicar en forma clara y precisa las posibilidades de ocurrencia del caso.

- c) Comunicar a la población cuáles son las posibilidades de que se presente un caso y hasta donde se les conoce.
- d) Especificará cuales serían las mínimas condiciones físicas para que un individuo se desarrolle adecuadamente (es decir, sea aceptado en las diferentes situaciones de interacción).
- e) Indicar la forma como debe prepararse físicamente al organismo para aprovechar las posibilidades y oportunidades que puedan ofrecerle los ambientes en los que se desenvolverá el individuo.

Psicólogo:

- * a) Presentar pautas de modificación de medio ambiente social y personal para que el individuo pueda aprender - los comportamientos apropiados, y logre ----- cambios positivos y duraderos de conducta que repercutan en su propio beneficio y de su medio ambiente social. En esta labor, los familiares, educadores y el propio afectado deberán ser asesorados por el psicólogo, donde la participación de ellos será eminentemente activa.
- * b) Señalará en qué consiste el entrenamiento a para-profesionales (maestros, familiares y otros) sobre la ejecución y aplicación de programas existentes.
- * c) Desprofesionalizar, basándose en la definición de Ribes y Talento (1978), que dice que la desprofesionalización es, " socializar el conocimiento profesional, ---

transfiriéndolo a sectores de la población marginados dando la posibilidad de acceder a él y emplearlo..."

En base a esto, el psicólogo especificará en qué consiste la transmisión de ese conocimiento a otros individuos o sectores de la población para la difusión de programas preventivos, y así hacer más extensivos sus alcances.

Trabajador Social:

- a) Indicar cuáles son las condiciones económicas, sociales y culturales que afectan al individuo en su desarrollo general.
- b) Hacer una presentación de la situación prevaleciente en nuestra población que presentan retardo psicológico (tratando de ser objetivo en base a la situación real).
- c) Explicar las condiciones económicas, sociales y culturales mínimas que deben existir para que se dé un desarrollo psicológico adecuado.

Terapeutas: Físico, ocupacional y del lenguaje.

- a) Describir sus estrategias de intervención.
- b) Exponer a partir de sus experiencias con los pacientes, la problemática observada en la aplicación de los tratamientos.
- c) Indicar cuál sería la conducta apropiada que se espera de los familiares al estar aplicando el programa al individuo retardado.
- d) Sugerir la manera y la forma, en la que la familia de un indi

viduo podría detectar y tratar un problema similar, sin necesidad de solicitar atención especial.

Partes que integran la elaboración de un programa preventivo.

Por medio de una exposición, se explicará cuales son los -- elementos que se deberán tener presentes para la elaboración de un programa de prevención:

- descripción del objetivo, en términos operacionales, es -- decir, el objetivo transmitirá lo que se intenta realizar y alcanzar a través del programa.
- especificación de condiciones que se manejarán y evaluarán durante el desarrollo del -- programa.
- especificación de los sectores de la población, a quienes se dirigirá el programa:
 - * familiar
 - * educativo
 - * social
- mención de los recursos disponibles con los que se cuenta para fomentar el programa:
 - * económicos (dinero disponible)
 - * físicos (instalaciones)
 - * humanos (personas que lo implementarían)
 - * medios de difusión (instrumentos y/o equipos de -- apoyo existentes para dar a conocer los programas)

Estrategia de Procedimiento.

Aquí se describirán las actividades que se realizarán y la manera como se implementarán e integrarán los recursos económicos, físicos, humanos y de difusión con los que se cuentan.

Evaluación.

En esta parte, se sugerirán algunas forma de evaluación a través de las cuales se podrían detectar los cambios que pudiesen haber durante la aplicación del programa preventivo.

Presentación de Resultados.

Aquí, se sugerirán algunas maneras de representar los datos obtenidos en la evaluación y que pueden indicar los alcances -- del objetivo planteado.

III. Entrenamiento Multidisciplinario.

Situación Simulada:

El instructor seleccionará una de las medidas preventivas en las que esté involucrado solamente él y describirá todos los pasos que -- seguiría en la elaboración del programa, esto lo podrá hacer en forma verbal y escrita con ayuda del pizarrón y gis. Inmediatamente después elegirá a cualquier persona y le explicará en qué consiste su programa y la manera como él podría transmitirlo a -- otras gentes (familiares, vecinos, etc.), (Técnica de modeling).

En otro ejercicio invitará a gente conocedora sobre el diseño de programas quienes simularán ser algunos profesionistas del

IV. Post-evaluación.

Elaboración de programas:

Para efectuar esta etapa se consultará el Apéndice 2 y, en base a él, se irán desarrollando las siguientes actividades:

- a) Seleccionar aquellas medidas preventivas más factibles de acuerdo a la problemática de los casos que más se -- presentan en el centro de Educación Especial.
- b) Jerarquizar la elaboración de los programas en base a - su incidencia.
- c) Elaboración de los programas por aquellos profesionistas que estén más relacionados con la medida preventiva.

Conocimientos:

Se volverá a aplicar el cuestionario individual (Apéndice 1), para constatar los conocimientos adquiridos durante el establecimiento de precurrentes y el entrenamiento multidisciplinario.

PARTE OPERATIVA DEL PROGRAMA PREVENTIVO INSTITUCIONAL - COMUNITARIO.

Se pretende que este programa preventivo sea aplicado en los centros de educación especial dependientes de la Dirección General de Educación Especial (SEP) y en la Clínica Universitaria de Salud Integral (C.U.S.I.) de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales-Iztacala (E.N.E.P.I.).

Las actividades que se realizarán para la aprobación de su aplicación serán las siguientes:

- 1) Presentar el programa a la Coordinación de Psicología y/o a la Dirección General de Educación Especial para su autorización en la fase de aplicación.
- 2) En el caso de su autorización, detectar a los profesionistas que podrían intervenir en el equipo interdisciplinario y que pertenecen a los centros de educación especial. Posteriormente, se llevarán a cabo los pasos o trámites necesarios para la integración de los profesionistas con los que no se cuenta y que son necesarios -- dentro del equipo.
- 3) Una vez formado el equipo se les describirán las ventajas que se obtendrían a través de la interdisciplinariedad y multidisciplinariedad en la prevención del retardo en el desarrollo, entre las cuales tenemos:
 - a) abordar los problemas del retardo en el desarrollo de una manera más amplia, ya que se conocerían los puntos de vista dados por otros especialistas y la manera como se pudiesen atender en el momento oportu

no.

- b) manejo adecuado de medidas preventivas, tanto del -- concepto que se tiene de cada una de ellas, como de la forma de utilizarlas si se cuenta con los medios, o bien, canalizar a los pacientes al lugar correspon diente para que se les dé la atención.
 - c) una integración de todos los miembros del equipo in- terdisciplinario, para la elaboración de nuevos pro- gramas preventivos partiendo de los casos conocidos, para posteriormente difundirlos entre la gente.
- 4) Especificación de las funciones generales que cada uno de ellos realizará y lo que se espera de ellos. Estas funciones son las siguientes:
- Analizar el cuestionario institucional (apéndice 4), para posteriormente pasar a :
 - * La elaboración de programas preventivos que se im- partirán.
 - * La participación activa de cada uno de ellos en la elaboración de los mismos.
 - * La selección de los programas elaborados, jerarqui- zando aquellos que se fomentarán primero y los que les seguirán en orden de importancia (acuerdo en- tre los miembros).
 - * La designación de quien o quienes darán la capaci- tación o transmisión de los programas, y en qué ho- rario.

- * El establecimiento de asesorías, cuya finalidad sería proporcionar información más detallada de los programas impartidos.
 - * La aplicación comunitaria de los programas preventivos elegidos.
- 5) Lectura y análisis del programa preventivo institucional-comunitario, resultado del punto anterior, por parte del equipo.
- 6) Exposición de los beneficios que alcanzaría la población al tener acceso a programas preventivos. Entre ellos tenemos:
- * Detección temprana por parte de los padres del retardo en el niño.
 - * La atención inmediata del caso, una vez detectado y acudir a solicitar su tratamiento en el lugar adecuado.
 - * Menor costo que el que implicaría un programa individual o grupal para un sujeto retardado.
 - * Información integrada por todos los especialistas (equipo interdisciplinario) sobre las medidas preventivas y la manera de como solicitarlas.

Aplicación del programa preventivo institucional-comunitario.

Una vez que estuviesen elaborados los programas preventivos, se pasaría a la aplicación de los mismos, para tal fin se sugiere que:

- 1) En los centros de educación especial de la S.E.P. se organicen grupos de padres a quienes se les puede entrenar en la difusión de estos programas a nivel masivo.
- 2) En el caso de los centros dependientes de la Coordinación de Psicología, en especial la C.U.S.I. (E.N.F.P.I.), los cuales se establecieron para cumplir determinados objetivos, tales como: a) prestar servicio a la comunidad y b) entrenar y familiarizar a los alumnos en las áreas que después serán fuente de empleo. Se propone trabajar con los estudiantes de la siguiente manera:

El área educativa: Podría seleccionar aquellos programas que pudiesen difundirse entre la población que atienden, padres de familia, maestros y alumnos. Podría a la vez invitar a los alumnos de otras carreras que quisiesen participar en la difusión de los mismos en los distintos centros educativos donde se trabaja.

Organizaría y distribuiría las labores que se realizarían entre todos los estudiantes participantes en la difusión de los programas.

El área de educación especial: En esta área se podrían realizar las siguientes actividades:

1. Entrenar a los familiares en el manejo del programa que se le está aplicando al paciente, para que después ellos mismos lo implementen.
2. Dar a conocer a la comunidad que acude al servicio cuáles son las medidas preventivas de que se dispone para prevenir las causas

que pueden dar origen a los diferentes tipos de retardo y los lugares a los cuales se puede acudir a solicitarlas.

3. Entrenar a esta gente a ser portadora de la información antes mencionada para difundirla entre sus familiares y vecinos. Para efectuar estas actividades se llegaría a un acuerdo entre los alumnos y el profesorado en la distribución y ejecución de las mismas. También en esta área se podrá invitar a alumnos de carreras profesionales y subprofesionales relacionadas con el área a participar en el fomento de dicho programa preventivo.

El área social, en esta área se podría tener mayor participación en el fomento de programas preventivos, ya que se tiene un contacto inmediato con la gente de distintas comunidades, primordialmente marginadas, cuya problemática presenta distintos matices. Las actividades que se podrían realizar serían:

1. Integrar a un mayor número de profesionistas en la difusión de programas.
2. Formar grupos en los cuales se analice qué medidas preventivas podrían funcionar en la comunidad asignada y la manera en que se formarían nuevos frentes de entrada para difundirlas.
3. Dar información sobre los programas y los sitios a dónde se puede acudir a solicitar atención.
4. Entrenar a las personas que acuden a solicitar información a ser transmisoras de los programas preventivos.

Medios facilitadores para invitar a la población a participar dentro de los programas preventivos.

Estos medios facilitadores podrían ser: la información di

recta y la información indirecta.

INFORMACION DIRECTA:

Se invitaría a los sectores de la población a los diferentes frentes de entrada a escuchar y a participar, si así lo desean, en los programas preventivos que se impartirían en los mismos. La invitación se haría a través de propaganda que se repartiría en los frentes de entrada, o bien, se distribuiría entre la gente de las colonias cercanas. En esta información se les indicaría qué servicios se prestan y además que se contaría con un servicio continuo de asesorías establecido en los centros de educación especial.

Establecer a la vez módulos de información donde se atienda a todas aquellas personas que quieran una explicación más amplia de las funciones de estos centros y su ubicación.

INFORMACION INDIRECTA:

Transmisión de información por medio de folletos, revistas, carteles, etc., que ilustren la problemática del retardo en el desarrollo, en cuanto: causas, consecuencias y prevención. Proporcionando también información sobre la ubicación de los centros y sobre los servicios que prestan.

CRITERIOS DE EVALUACION PARA CADA UNA DE LAS FASES DEL PROGRAMA PREVENTIVO.

FASE I.

Pre-evaluación

El cuestionario que se aplicará indica en algunos reactivos el mínimo de respuestas a dar por el evaluado, en algunos otros, con que se den dos conceptos se considerará correcta la respuesta. Partiendo del número de respuestas correctas se obtendrá el porcentaje.

En cuanto a la elaboración del programa, el sujeto deberá cumplir con los siguientes requisitos: empleo de términos objetivos, es decir, que puedan observarse, cuantificarse y registrarse, evitando emplear términos subjetivos que imposibiliten esta tarea.

La evaluación de esta fase se sujetará al criterio del instructor del programa, ya que cada profesionista elaborará individualmente su programa, sólo cabe recordar, que deberán cumplir con lo antes estipulado.

FASE II

Establecimiento de precurrentes.

Conocimientos.

La evaluación de esta fase se hará de la siguiente manera:

Para los incisos a y b, el evaluado deberá hacer una descripción lo más exacta posible de lo que se pide, ya sea una conducta o una actividad (organizar o seleccionar), empleando términos objetivos.

Para los incisos c, d y e, el sujeto deberá mencionar un mínimo de siete requisitos en base a cada uno de los reactivos. De igual manera que en la fase anterior, se sumarán todas las respuestas correctas para obtener el porcentaje.

Elaboración del programa:

1. El profesionista deberá delimitar y mencionar en términos objetivos las funciones que desempeñará en la elaboración de un programa preventivo.
2. El especialista tendrá que mencionar los pasos que integra la elaboración de un programa, haciendo una descripción de cada uno de ellos.

FASE III

Entrenamiento multidisciplinario

Cada participante hará una autoevaluación, la cual consistirá en mencionar los errores que cometieron al participar en grupo en cuanto a las funciones que debieron desempeñar en la elaboración del programa elegido. También harán una descripción de cómo se sintieron y de sus actitudes al estar trabajando multidisciplinariamente. Esta autoevaluación se entregará en forma escrita.

Posteriormente, el instructor enlistará los problemas y las actitudes, positivas y negativas más frecuentemente presentados en las autoevaluaciones escritas y en base a ellos elaborará una conclusión, la cual será presentada al grupo de trabajo. Con esta conclusión se buscará determinar si el objetivo de este programa fue alcanzado, viéndose cristalizado este objetivo en la Fase IV del Programa.

CRITERIOS DE EVALUACION DE LA PARTE OPERATIVA DEL PROGRAMA

Se sugiere que se utilice el Apéndice No. 5 para registrar:

a) Medidas preventivas más solicitadas

b) Qué se solicitó de ellas

c) Quienes las solicitaron

IZT. 1000568

d) A través de qué medios se enteraron de ellas.

Estos criterios servirán como retroalimentación para corregir los programas implementados o para elaborar programas sobre medidas preventivas que no se habían considerado importantes.

Nota: En este Apéndice es indispensable anotar el nombre de la institución donde se llevó a cabo el registro, ya que los datos proporcionados por el mismo ayudarán a hacer un registro masivo que permitirá observar los efectos que tiene la información de los programas preventivos sobre la comunidad.



U.N.A.M. CAMPUS
IZTÁCALA

IZT.

TABLA 1

DISTRIBUCION DE PORCENTAJES DE LOS DISTINTOS TIPOS DE
SUJETOS CON NECESIDADES DE EDUCACION ESPECIAL.

T I P O	%
Ciegos y Débiles visuales	0.1
Sordos e Hipoacúsicos	0.6
Problemas de Lenguaje	3.0
Problemas Neuromotores	0.5
Deficiencia Mental	2.6
Problemas de Aprendizaje	2.5
Problemas de Conducta	1.5
T O T A L	10.8

FUENTE: La Organización Mundial de la Salud
(O.M.S.) Secretaría de Educación Pú-
blica (1981). Datos registrados en
1978.

TABLA 2

IMPORTANCIA POR PERIODOS DEL TIPO DE INVALIDEZ

TIPO DE INVALIDEZ	MUNDIAL (1978) Porcentaje	1973	1976	1978	MEX I C A	1980	MEX I C A N A	1982
A: Ciegos y débiles visuales	60.		50.	50.	50.	50.	50.	50.
B: Sordos e Hipoacú- sicos	50.		70.	70.	70.	70.	70.	70.
C: Problemas de Len- guaje	10.		10.	10.	10.	10.	10.	10.
D: Problemas Neuromo- tores	70.		60.	60.	60.	60.	60.	60.
E: Deficiencia Men-- tal	20.		20.	20.	20.	20.	20.	20.
F: Problemas de A--- prendizaje	30.		30.	30.	30.	30.	30.	30.
G: Problemas de Con- ducta	40.		40.	40.	40.	40.	40.	40.
PORCENTAJE DE LA PO- BLACION TOTAL.	10.8%		6 . 4 5 %	4 . 8 %				

FUENTE: Secretaría de Educación Pública, 1981. La Educación Espe-
cial en Cifras 1976-1982. Dirección General de Educación
Especial . Secretaría de Educación Pública, 1982.

TABLA 3

DISTRIBUCION DE LOS CASOS DE RETARDO EN DIFERENTES AÑOS.

AÑO	NUMERO DE CASOS.
1967	1,230,000
1973	1,593,600
1976	737,833
1977	759,224
1978	776,908
1979	794,869
1980	816,930
1981	824,367
1982	835,162

FUENTE: Dirección General de Rehabilitación.
Secretaría de Salubridad y Asisten--
cia, 1973.

"La Educación Especial en Cifras 19-
76-82." Dirección General de Educa---
ción Especial. Secretaría de Educa--
ción Pública, México, 1982.

TABLA 4

MATRICULA GENERAL DE CASOS REGISTRADOS, ALUMNOS ATENDIDOS, PORCENTAJE DE CASOS ATENDIDOS.

AÑO	CASOS REGISTRADOS	CASOS ATENDIDOS	PORCENTAJE DE CASOS ATENDIDOS
1976-77	759,224	7,919	1.05
1977-78	776,908	8,512	1.09
1978-79	794,869	11,159	1.4
1979-80	816,930	13,853	1.69
1980-81	824,367	19,452	2.35
1981-82	835,162	23,735	2.84

1.7%

FUENTE: Datos Generales de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y la D.E. de la S. I. y C., 1970-1974.

ler. Congreso Nacional sobre deficiencia -- mental "Memorias". Secretaría de Educación Pública. Dirección General de Educación Especial; México, 1981.

TABLA 5

DISTRIBUCION DE LA ASIGNACION DE RECURSOS HUMANOS AL SISTEMA DE EDUCACION ESPECIAL.

AÑO	DIRECTIVOS	DOCENTE (1)	INTERDISCIPLINARIOS (2)	ADMINISTRATIVOS
1977-78	219	1,793	660	813
1978-79	292	2,301	792	977
1979-80	376	2,954	1,194	1,322
1980-81	600	3,690	1,693	1,365

(1) Docentes: Especialistas en: Primaria, Adiestramiento, Educación Física y Música.

(2) Interdisciplinarios: Psicólogo, Médico, Trabajador Social, Terapeutas de: Lenguaje, Ocupacional y Físico.

FUENTE: "La Educación Especial en Cifras" 1976-1982.
 Dirección General de Educación Especial. -
 Secretaría de Educación Pública; México, -
 1982. Mayo, D.F.

TABLA 6

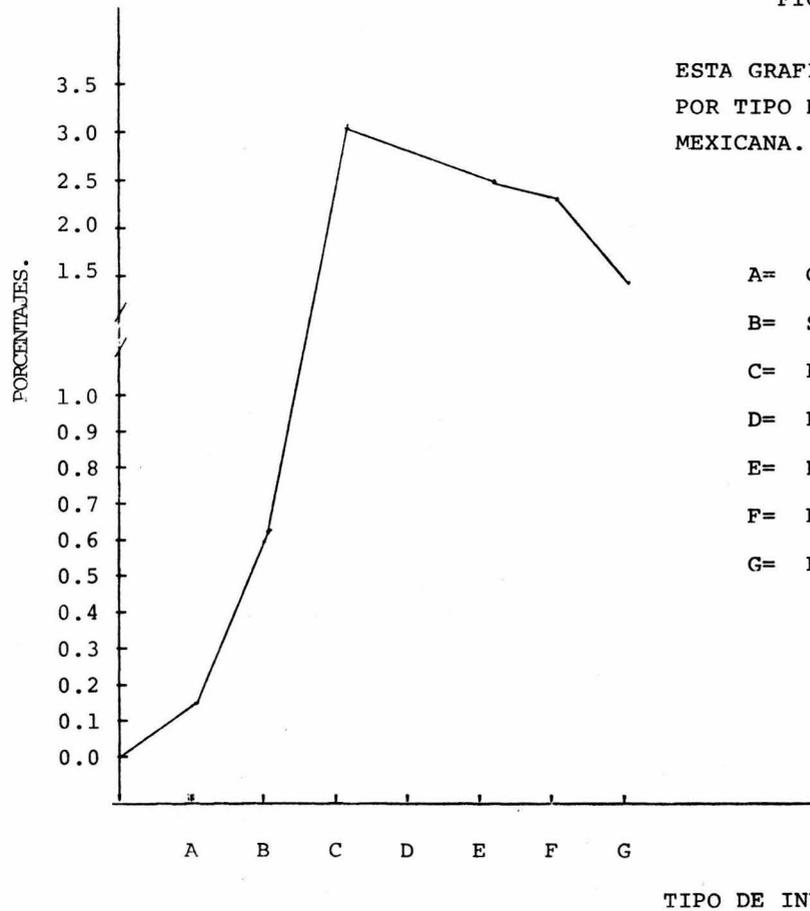
MATRICULA DE ASIGNACION DE PRESUPUESTOS ANUALES PARA LA DIRECCION GENERAL DE EDUCACION ESPECIAL.

AÑO	PRESUPUESTO	INCREMENTO ANUAL (%)
1978	108,603	---
1979	159,336	46.7
1980	290,638	82.4
1981	407,594	61.9
1982	852.890	56.0 Cifras en miles de pesos.

FUENTE: "La Educación Especial en Cifras" 1976-1982. Dirección General de Educación Especial. Secretaría de Educación Pública; México, 1982. Mayo, D.F.

FIGURA 1

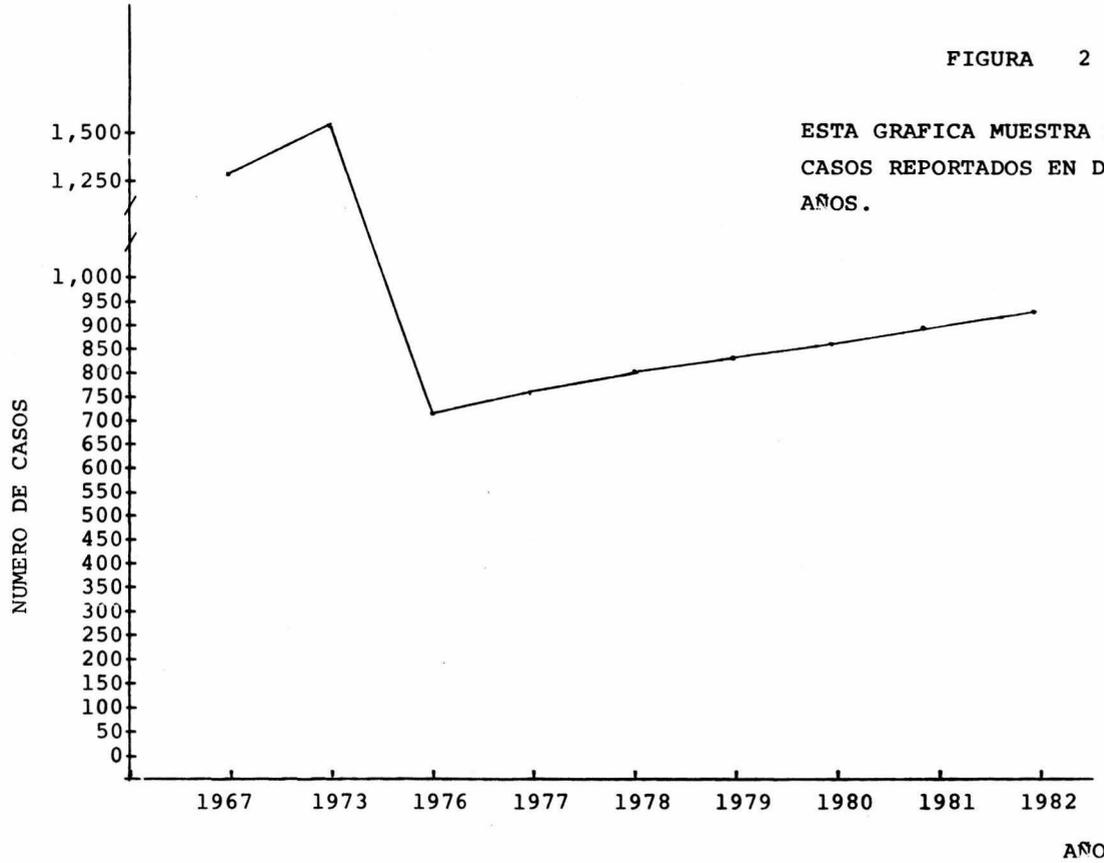
ESTA GRAFICA REPRESENTA LOS PORCENTAJES
POR TIPO DE INVALIDEZ EN LA REPUBLICA -
MEXICANA.



- A= CIEGOS Y DEBILES VISUALES
- B= SORDOS E HIPOACUSICOS
- C= PROBLEMAS DE LENGUAJE
- D= PROBLEMAS NEUROMOTORES
- E= DEFICIENCIA MENTAL
- F= PROBLEMAS DE APRENDIZAJE
- G= PROBLEMAS DE CONDUCTA.

FIGURA 2

ESTA GRAFICA MUESTRA EL NUMEROS
CASOS REPORTADOS EN DIFERENTES
AÑOS.



A P E N D I C E 1

CUESTIONARIO INDIVIDUAL

1. Describir al menos tres de las características biológicas y/o ambientales que dan origen al retardo en el desarrollo. _____

2. Mencione al menos veinte de las causas que originan el retardo en el desarrollo (biológico y/o ambientales). _____

3. Mencione los casos que más frecuentemente se presentan en el centro. _____

4. Anote las medidas preventivas que conoce usted (mínimo quince).

5. ¿Cuáles medidas preventivas sabe usted que se están implementando? _____

6. ¿Qué elementos considera usted que deben tomarse en cuenta para la elaboración de programas preventivos? _____

7. ¿Cree usted que un programa preventivo que contemple el empleo y el conocimiento acerca de medidas preventivas beneficie a la población? SI NO .¿Por qué? _____

8. ¿Considera usted que la implementación de programas preventivos sea muy costosa? SI NO ¿Por qué? _____

9. ¿Quiénes deben ser para usted, los que deben elaborar y difundir programas preventivos? _____

10. ¿Usted considera que, a través del equipo interdisciplinario, la elaboración de programas preventivos sería más completa? SI NO ¿Por qué? _____

A P E N D I C E 2

CUADRO SINOPTICO

CAUSAS BIOLÓGICAS

PRENATALES

Antecedentes materno-obstétricos

- Edad de la madre: menos de 20 ó más de 35 años.
- Talla: 1.50 metros, peso alto o bajo.
- Desnutrición: anemia.
- Débito cardíaco por parte de la madre.
- Intervalo entre embarazos menor de un año.
- Multifara después del 3° embarazo.
- Utero infantil.
- Embarazo múltiple.
- Madre infectada.

Infecciones maternas y fetales

- Sífilis.
- Rubeola.
- Toxoplasmosis.

Determinantes genéticos

- Trastornos del metabolismo.
- Enfermedades desmielinizantes.

MEDIDAS PREVENTIVAS

PRENATALES

- * Control prenatal.
- * Tratamientos específicos.
- * Amniocentesis.
- * Mejoramiento de las condiciones generales maternas.
- * Fichas de alto riesgo.
- * Control nutricional

- Anomalías craneales.
- Ectodermosis congénita.
- Anomalías cromosómicas.

Ictericia Nuclear.

Cretinismo.

Causas prenatales desconocidas.

PERINATALES.

Parto distócico rápido.

Reanimados al nacer.

Síndrome de insuficiencia respiratoria.

Uso de oxígeno a altas concentraciones.

Parto Séptico o ruptura de membrana.

Traumatismo en el parto.

POSNATALES

Antecedentes Neonatales.

- Hipoxia
- Infecciones cerebrales.
- Intoxicaciones.
- Accidentes Vasculares.
- Traumatismos cerebrales.
- Encefalopatía postinmunización.

PERINATALES.

- * Asistencia obstétrica óptima.
- * Terapia intensiva obstétrica.
- * Laboratorio especializado.
- * Pruebas de bienestar fetal.

POSNATALES.

- * Evaluación neonatal.
- * Eficiente atención neonatal.
- * Terapia intensiva.
- * Mejorar los retenes y asistencia al prematuro.
- * Ficha de alto riesgo.
- * Detección de errores innatos del metabolismo y endocrinopatías.

CAUSAS AMBIENTALES

Estimulación del desarrollo intelectual y afectivo de la persona con las personas que interactúa: familia, escuela y trabajo.

Estimulación Sensorial.

Vivienda.

Oportunidad de ejercicio.

Factores necesarios para el crecimiento y desarrollo -- corporales y mantenimiento de la salud.

Protección del daño físico.

Fatiga.

Drogas.

MEDIDAS PREVENTIVAS.

LACTANTES.

- * Programas de vacunación.
- * Servicios de Puericultura,
- * Programas nutricionales.
- * Clínica de desarrollo.
- * Servicios Pediátricos.
- * Servicios de Estimulación precoz.
- * Laboratorios Especializados.
- * Terapia Intensiva pediátrica.
- * Servicios de genéticas.

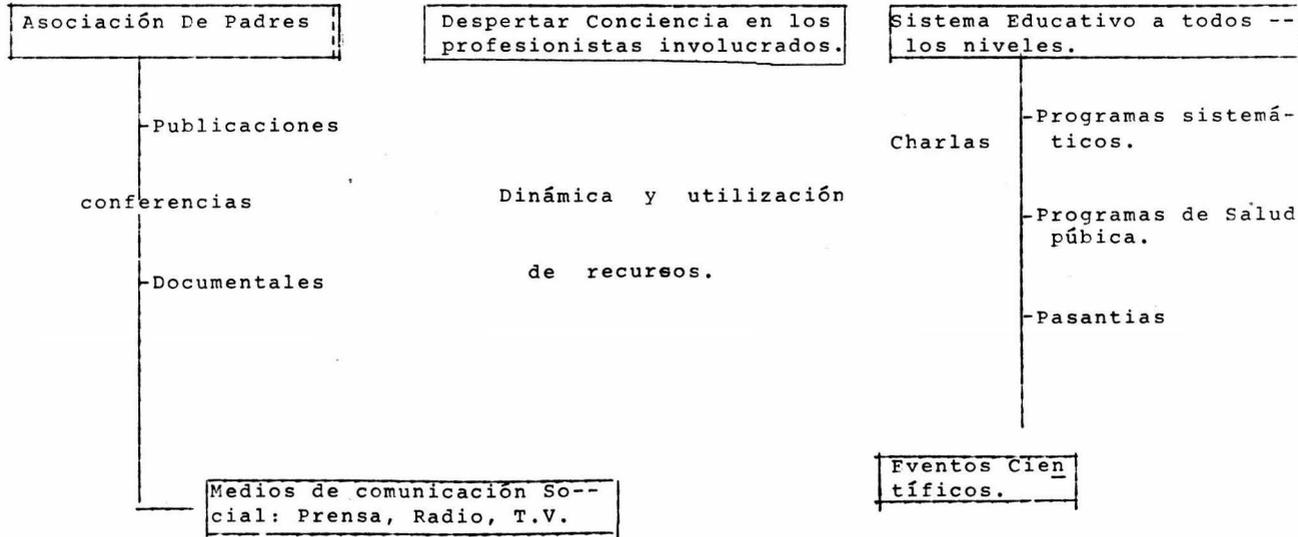
PRE-ESCOLAR Y ESCOLAR.

- * Servicios de higiene preescolar y escolar.
- * Detección de alteraciones.
- * Centros de información y -tratamiento toxicológico.
- * Accidentes.
- * Servicios de higiene mental.

PRECONCEPCIONALES.

- * Consejo y estudio genéticos.
- * Detección de portadores.
- * Examen prenupcial:
 - venéreas.
 - alto riesgo materno.
 - planificación familiar.

DIVULGACIÓN PREVENTIVA: DINAMICA Y UTILIZACION DE RECURSOS.



* Recomendación : Difundir en el público las medidas preventivas que los progenitores deben de adptar para reducir el riesgo del retardo.

FUENTE: Beçaim, A; Abadí, A. y Tavella, N. "Retardo Mental. Bases para un programa nacional ". Ediciones de la Comisión Permanente para la atención del retardo mental. Caracas, Venezuela, 1974.

A P E N D I C E 4

CUESTIONARIO INSTITUCIONAL

1. ¿ Qué tipo de atención se brinda en este centro?

- () Consulta Externa.
- () Hospitalización.
- () Tratamiento individual
- () Tratamiento grupal
- () Otros Cuáles

2. ¿ Tipo de diagnóstico utilizado?

- () Médico
- () Psicológico
- () Otro Cuáles

3. Tipo de selección que se hace de los pacientes para su ---
aceptación.

- () Problema específico *
- () Edad
- () Sexo
- () Programa específico **

* Problema específico: casos existentes, por ejemplo, autismo, mongolismo, etc.

** Programa específico: por ejemplo de lenguaje, habilidades sociales, de aritmética, etc.

4. Tipo de programas que se aplican en este centro.

() Entrenamiento individual

() Entrenamiento grupal

() Entrenamiento a para-profesionales

() Prevención

() Conferencias

() Otros Cuáles _____

5. Programas que se emplean en el entrenamiento individual.

a) _____

b) _____

c) _____

6. Programas que se emplean en el entrenamiento grupal.

a) _____

b) _____

c) _____

7. Programas utilizados en prevención.

a) _____

b) _____

c) _____

8. Programas de entrenamiento a para-profesionales.

a) _____

b) _____

c) _____

9. ¿Qué elementos se han tomado en cuenta en la elaboración de todos los programas?

- () Número de pacientes que asisten
- () Casos que se presentan
- () Condiciones y disponibilidad de las instalaciones
- () Disponibilidad del personal capacitado

10. ¿Cuánta gente asistió en este año a solicitar el servicio (dar un promedio mensual aproximado)?.

11. De la población atendida cuántos de ellos fueron canalizados a los siguientes servicios.

SERVICIO	PROMEDIO GENERAL
Consulta Externa	_____
Entrenamiento individual	_____
Entrenamiento grupal	_____
Entrenamiento a para- profesionales	_____
Otro	_____

12. ¿Quiénes diseñan los programas?

13. ¿Qué elementos se han tomado en cuenta para la elaboración de los programas preventivos?

- a) _____
- b) _____
- c) _____

14. ¿Qué objetivos se persiguen con los programas de prevención ?`

15. En qué proporción (%) se han alcanzado los objetivos planteados.

16. ¿Cuáles fueron los posibles factores que permitieron alcanzar ese porcentaje en los mismos?

17. ¿Qué medios son los más facilitadores para que la gente se entere de los servicios?

18. ¿Qué medios han utilizado para fomentar los programas o servicios que se imparten en el centro?

19. Distribución del presupuesto de la institución en el fomento de los siguientes programas:

PROGRAMA	PRESUPUESTO
Entrenamiento individual	<hr/>
Entrenamiento grupal	<hr/>
Entrenamiento a paraprofesionales	<hr/>

Programas de prevención

Consulta externa

Otros

A P E N D I C E 5

EVALUACION DEL PROGRAMA PREVENTIVO INSTITUCIONAL COMUNITARIO

INSTITUCION _____ UBICACION _____
 MES _____ AÑO _____

MEDIDAS PREVENTIVAS	Qué se solicitó		Quién la solicitó					A través de qué medio se enteró de ella								Sugerencias	
	1	2	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8		
PRENATALES																	
PERINATALES																	
POSTNATALES																	
PRE-ESCOLAR Y ESCOLAR																	
PRECONCEPCIONALES																	
T O T A L																	

CUADRO 1

PRE-NATALES.

Control Pre-natal
Tratamientos Específicos
Amniocentesis
Mejoramientos de las Condiciones Generales Maternas.
Ficha de alto riesgo.
Control Nutricional.

PRE-CONCEPCIONALES.

Consejo y Estudio genéticos.
Detección Portadores.
Examen Prenupcial.
- Venéreas
- Alto riesgo Materno
Planificación Familiar.

PERI-NATALES

Asistencia Obstétrica Optima.
Terapia Intensiva Obstétrica.
Laboratorio Especializado.
Pruebas de Bienestar Fetal

PRE-ESCOLAR Y ESCOLAR

Servicios de Higiene Pre-escolar y Escolar.
- Detección de alteraciones neuro-sensoriales.
Centros de Información y tratamiento Toxicológico.
Accidentes.
Servicios de Higiene Mental.

NEO-NATAL.

Evaluación Neo-natal.
Eficiente Atención Neo-natal.
Terapia Intensiva.
Mejorar los retenes y Asistencia al Prematuro.
Ficha de alto riesgo.
Detección de errores innatos del metabolismo y endocrinopatías.

LACTANTES.

Programas de Vacunación	Programas de Estimulación --
Servicios de Puericultura.	Precoz.
Programas Nutricionales	Laboratorios Especializados.
Clínicas de Desarrollo.	Terapia Intensiva Pediátrica.
Servicios Pediátricos.	Servicios de Genética.

FUENTE: Bendaim, A.; Abadí, A. y Tavella, N. "Retardo Mental. Fases para un programa nacional". Ediciones de la Comisión Permanente para la atención del Retardo Mental. Caracas, Venezuela, 1974.

CLAVE PARA LLENAR EL APENDICE 5

QUE SE SOLICITO

1. Información
2. Tratamiento

QUIEN LA SOLICITO

1. Futura madre
2. Jóvenes
3. Parejas
4. Padres de familia
5. Otros

A TRAVES DE QUE MEDIOS SE ENTERO ELLA

1. Radio
2. Televisión
3. Periódico
4. Revistas
5. Folletos
6. Propaganda
7. Pláticas
8. Otros

CONCLUSIONES.

El presente trabajo tuvo por objetivo el diseño de un programa preventivo institucional comunitario, cuya meta a alcanzar era que después de un entrenamiento multidisciplinario impartido a miembros de equipos interdisciplinarios (existentes dentro de los centros de educación especial, o bien, establecidos posteriormente dentro de los centros donde no los hubiera), se elaborarán y aplicarán programas preventivos.

Para tal fin, fue necesario hacer un análisis histórico del retardo en el desarrollo en diferentes épocas. En él se describieron las distintas actitudes tomadas hacia los sujetos retardados, así como los conceptos que se manejaban sobre el caso. Como se pudo observar, éstas actitudes y conceptos estaban sujetos a las condiciones que prevalecían en cada época y sociedad. Claro está que había gente interesada en ayudar a los retardados, pero hubo otros que destinaron sitios para tenerlos aislados del resto de la comunidad. Quienes se interesaron en conocer de cerca el problema de retardo, quisieron encontrar formas de tratarlos y educarlos para posteriormente incorporarlos a la sociedad a la que pertenecían.

Dentro de los estudios realizados para conocer el origen del retardo, se encontró que el 25% de los casos detectados estaban dados por causas biológicas, muchas de ellas manifestadas antes o durante el nacimiento del niño; mientras que el otro --

75% estaba dado por causas ambientales presentes en el medio donde se desenvolvía el individuo.

Todas las personas interesadas en el problema buscaron tratamientos adecuados para rehabilitar a estos sujetos y hacerlos útiles. A partir de esto, se crearon diversas instituciones particulares subsidiadas por particulares. Posteriormente estas instituciones fueron absorbidas y sostenidas principalmente por el gobierno de algunos países. En nuestro país, en particular las instituciones dependientes de la Dirección General de Educación Especial (S.E.P.) y las instituciones dependientes de la Universidad Nacional Autónoma de México en especial las de la E.N. E.P. Iztacala ; han tenido como meta rehabilitar a todos aquellos sujetos con necesidades especiales. No obstante que la -- S.E.P. se ha preocupado por sostener los centros de educación especial, el presupuesto destinado para tal fin sólo ha alcanzado para atender al 1.7% de la población retardada. Esta situación se ha visto agudizada aun más porque:

1. anualmente se han agregados a la población total un promedio de 16,000 a 20,000 casos y
2. el dinero destinado a la educación especial, no ha alcanzado para solventar los gastos de los centros establecidos, viéndose encarecidas entonces las atenciones prestadas, e interferidas - la creación y fomento de medidas preventivas que pudiesen difundirse en las comunidades.

Asimismo, mediante este estudio se obtuvieron datos que -

sostienen que el problema se agudiza y que los estudiosos del caso están más preocupados por encontrar vías factibles para de tener o aminorar el número de casos que se están presentando. Ellos sostienen que lo correcto es prevenir su manifestación antes de que se presente, o bien, se dé una rehabilitación oportuna al sujeto.

Dentro de la investigación realizada en contramos que entre los más interesados en la labor preventiva del retardo en el desarrollo están los médicos, quienes consideran que la tarea preventiva es preparar a la población a través de programas que contemplen, por ejemplo:

- a) Control prenatal
- b) Examen prenupcial
- c) Mejoramiento de las condiciones generales maternas
- d) Servicio de Puericultura
- e) Servicios de higiene escolar y preescolar, etc.

Por otra parte tenemos también a los psicólogos, quienes consideran que los programas preventivos deberán contemplar:

- a) Entrenamiento a paraprofesionales en la corrección de conductas del retardado que no sean aceptadas por el grupo a que pertenece y
- b) en el desarrollo y fortalecimiento de habilidades de autocuidado.
- c) las experiencias que le permitan a los niños un desarrollo adecuado en situaciones específicas.

- d) la detección temprana del retardo en el desarrollo,
- e) la planeación de ambientes educativos más adecuados para el tratamiento de individuos con problemas de retardo,
- f) la información y orientación sobre medidas preventivas,
- g) entrenamiento general a paraprofesionales y no profesionales sobre medidas preventivas.

De una manera más específica, Ribes (1976), propone como posibles alternativas, los siguientes puntos:

- * programas educativos impartidos en las escuelas, tales como: conferencias, pláticas, proyecciones sobre el origen, causas y medidas preventivas del retardo en el desarrollo.
- * cambios en las prácticas nutricionales, de salud y educación comunitaria,
- * el mejoramiento de patrones de productividad y consumo.

Sin embargo, a pesar de que existen elementos para desarrollar proyectos, estos han tenido que quedar como meras tentativas, por el tipo de obstáculos encontrados para su implementación, entre los cuales tenemos:

- * costo elevado por el número de recursos (humanos, técnicos y materiales) que se necesitan para su elaboración, difusión y adaptación al tipo de población con que se desea trabajar.
- * las autoridades han dado mayor prioridad a tratamientos de rehabilitación y han puesto poco interés en el desarrollo de programas preventivos, creando así políticas internas en las mismas instituciones que interfieren con la labor preventiva.
- * carencia de mecanismos informativos para concientizar a la población sobre la problemática del retardo.

- * la escasa labor de los profesionistas relacionados con el retardo en la elaboración y difusión de las medidas preventivas.

La existencia de estos obstáculos han permitido encontrar en los programas de "cura" un medio más viable de solucionar la problemática del retardo, entre las ventajas que tienen éstos están:

- el costo que implica cualquiera de ellos es más bajo, ya que utilizan menor cantidad de recursos
- se elaboran paquetes de programas sin necesidad de tomar en cuenta a la población que se le aplica posteriormente
- la aplicación de este tipo de programas produce resultados más inmediatos, por lo que hay una mayor retroalimentación tanto para el terapeuta como para el paciente.

Esto, de alguna manera, ha justificado el por qué el presupuesto destinado para la educación especial se ha utilizado exclusivamente a los programas rehabilitadores y no para los programas preventivos.

Pero si volvemos a recapacitar sobre la situación que está viviendo actualmente la educación especial en nuestro país, nos podemos dar cuenta, por un lado, de que el retardo está aumentando cuantitativamente y, por el otro, que las alternativas aplicadas no han sido suficientes para resolver el problema.

Por lo anterior, consideramos difícil pedir que se dé auge a los programas preventivos en México, pero no impide ha-

cer un llamado a las autoridades que están al frente de esta labor y hacerles notar, que si el problema es mayúsculo ya en cifras, lo será aún más si no se previene oportunamente su manifestación futura. Los contras que hay para el fomento de los programas preventivos tienen mucho peso, por las situaciones que hasta el momento han impedido su realización, pero sabemos que a futuro presentarían las siguientes ventajas:

- ** llegar a grupos numerosos de personas sin necesidad de un contacto directo,
- ** entrenar a paraprofesionales en ser portadores y transmisores de programas preventivos,
- ** concientizar a la población, por medio de información sobre las causas que originan el retardo, la manera de detectarlas, así como los domicilios a los cuales se puede acudir a solicitar información o atención especial, mejorando con ello las condiciones de manejo y trato por parte de los miembros de las comunidades hacia los retardados, y
- ** atender oportunamente los casos que se presentan, sin esperar tanto tiempo para su tratamiento.

~~DX~~ Tenemos presente que la labor preventiva en la mayoría de los casos es ambiciosa y que requiere de paciencia y consistencia, las cuales rápidamente se pierden, pero creemos que si todos los que de alguna manera estamos relacionados con el retardo aportáramos un poco más de nuestro tiempo, conocimiento, etc., esta tarea sería menos infructuosa y más sustanciosa en cuanto a la integración de esfuerzos y resultados.

A partir de esto, nuestra preocupación fue presentar una op-

ción diferente dentro de la prevención, la cual fuese más operacional en su aplicación, ya que las fallas que encontramos en las otras alternativas fue que ninguna de ellas indicaba cómo llevarlas a cabo.

Es por eso, que la alternativa planteada contempla la integración de los recursos existentes dentro de los centros de educación especial para su implementación.

El primer recurso que se consideró importante para alcanzar el objetivo del programa fue el humano, el cual estará integrado por los miembros de los equipos interdisciplinarios que laboran en los centros de educación especial. Estos fueron elegidos por estar formados de los especialistas más conocedores del retardo y quienes pueden aportar argumentos válidos en la elaboración de programas preventivos. Este personal, aunque cuenta con los elementos necesarios para la elaboración del programa, requiere de un entrenamiento multidisciplinario previo, por el número de áreas involucradas en la problemática del retardo en el desarrollo. Dichos equipos deberán, posteriormente, elaborar e implementar programas preventivos. Dentro de la descripción del programa se menciona que también deberán jerarquizar los programas a fomentar en cada uno de sus centros de acuerdo a sus necesidades.

En cuanto a la utilización de recursos materiales y técnicos se emplearán aquellos que existan únicamente dentro de los centros, ajustándolos a los requisitos de cada programa.

El Programa Preventivo Institucional Comunitario fue planteado como una alternativa, para ser aplicado por las instituciones de educación especial a las comunidades. Sin embargo, la situación

actual de la Dirección General de Educación Especial y sus políticas internas, podrían interferir en el fomento del mismo, por lo cual se presentó una opción para que en el caso de que se encontrase cerrada esa puerta se pudiese aplicar el programa. Esta opción fue la C.U.S.I., en particular involucrando la par -----ticipación de la misma Universidad.

Con este programa se dió una aportación más en pro de los retardados y de los profesionistas interesados en esta área.

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

- 1.- Anastasi, A. Psicología Diferencial. Ed. Aguilar. Madrid, España, 1964.
2. Apostel, L., Berger, G., Briggs, A. y Michaud, G. Interdisciplinariedad: Problema de la enseñanza y de la investigación en la Universidad. Ed. A.N.U.I.E.S., México, 1979.
- 3.- Bayes, R. Psicología y Medicina. Ed. Fontanella. Barcelona, España, 1979.
- 4.- Bijou, S. W. Theory and research in mental development retardation. The Psychological Record, 1963, 95-110.
- 5.- Bijou, S.W. y Baer, D.M. Psicología del Desarrollo Infantil. Ed. Trillas. Vol. II, 248-262.
- 6.- Cytren, L. y Lourie, R.S. Retardo mental: causas, diagnóstico y prevención. Versión castellana, Ed. Paidós, 1978.
- 7.- Davies, S.T. The mentally retarded in society. New York, 1959 Columbia University Press.
- 8.- Deisher, R.W. El niño incapacitado intelectualmente. Cap. 26 Nueva Jersey, 1978, 196-200.
- 9.- Del Castillo del Valle, Rosa. Breve estudio acerca del retardo en el desarrollo: Definición, causas, diagnóstico, estrategias y técnicas de intervención y prevención del retardo. Tesis. ENEP. Iztacala, UNAM. 1983.
10. Dirección General de Educación Especial. La educación especial en México/8. Cuadernos SEP. México, 1982.
11. Edgerton, R. Retraso mental. Ediciones Morata. Madrid, España, 1980.
12. Galindo, E. y Taracena, E. La enseñanza práctica integrada al servicio de la comunidad en el área de Educación Especial y Rehabilitación. II Congreso Interamericano de Retardo Mental. Panamá, 1975.
13. Galindo, E. El concepto de retardo en el desarrollo y sus implicaciones para la enseñanza y el entrenamiento. Simposium Interamericano sobre dificultades en el desarrollo

- llo infantil. Bogotá, Colombia, 1980'
- 14.- El enfoque terapéutico de equipo. Lectura básica del área de educación especial y rehabilitación. Educación Especial y Rehabilitación IV. ENEP. Iztacala, UNAM.
 - 15.- Gearheart, B.R. y Litton, P.E. The trainable retarded. A foundation approach. Ed. Capitulo I, 1975
1-27
 - 16.- Guevara, Y. Tesis. ENEP.
Iztacala, UNAM. 1980:
 - 17.- Ibarra, G. Gallardo, G. y Rosales, R. El programa nacional de rehabilitación: Repercusiones económicas y sociales de la invalidez en México. Dirección General de Rehabilitación. Secretaría de Salubridad y Asistencia. México, 1973
5-33
 - 18.- Ingalls, R.P. Retraso Mental. La nueva perspectiva. Ed. El Manual Moderno S.A. México, 1982.
 - 19.- Jensen, A.R. Theory of Primary and Secondary retardation. Academic Press, New York Vol. 4 1970.
 - 20.- Leitenberg, H. Handbook of behavior modification and behavior therapy. Ed. Prentice Hall Inc. Englewood Cliffs. -- Nueva Jersey, 1976.
 - 21.- Lenneberg, E.H. Biological foundation of lenguaje. New --- York. Wiley, 1967.
 - 22.- Leukel, F. Introducción a la psicología fisiológica. Ed. - Herder. Barcelona, España. 1978, 634-675.
 - 23.- McKeachie, W.J. y Doyle, C.L. Psicología. E.U.A. Ed. Fondo Educativo Interamericano, S.A. 1973. Traducido del in--- glés.
 - 24.- Neisworth, J.T. y Smith, R.M. Modifying retarded behavior. Boston, Houghton, Mifflin, 1978.
 - 25.- Ollendick, T.H. y Cerny, J.A. Clinical of behavior thera--- py with children. New York. Londres Plenum Press, 1981.
 - 26.- Reese, H.W. y Lipsitt, L. Psicología experimental infantil. Ed. Trillas. México, 1975. Capitulo 14, 561-615.
 - 27.- Ribes, I.E. Prevention of development retardation in poor

- contries. Word Congress on future special education --
stirling. Escocia, 1973.
- 28.- Ribes, I.E. Algunas consideraciones sobre prevención del
retardo en el desarrollo. II Congreso Interamericano-
del retardo mental. Panamá, 1975.
- 29.- Ribes, I.E. Técnicas de modificación de conducta. Ed. Tri-
llas. México, 1976
- 30.- Ribes, I.E. La Interdisciplinariedad y Multidisciplinarie-
dad en la enseñanza de la psicología. Memorias de las III
Jornadas sobre problemas de enseñanza-aprendizaje en el
área de la salud. ENEP. Iztacala, UNAM. 1979.
- 31.- Sarason, S.B. y Doris, J. Psychological problems in mental
deficiency. (4a. Ed.) Ney York:Harper y Row, 1969.
- 32.- Secretaría de Educación Pública. Reporte anual de casos re-
gistrados. SEP. México, 1967.
- 33.- Secretaría de Salubridad y Asistencia. Repercusiones econó-
micas y sociales de la inválidez en México. Dirección Ge-
neral de Rehabilitación. México, 1973.
- 34.- Shepard, R.A. Fisioterapia en Pediatría. SALVAT, Editores -
S.A. México, 1978.
- 35.- Solomon, A. y Patch, B.D. Manual de psiquiatría. Ed. El Ma-
nual Moderno. México, 1976.
- 36.- Ulrich, R., Stachnik, T. y Mabry, J. Control de la Conducta
Humana. Modificación de conducta aplicada al campo de la
educación. Ed. Trillas, México, 1979. Cap. 7
- 37.- Velasco, A. J. M. y Dry, T. L. Programa de asistencia social
en relación con el retraso mental en México. ED/MD/16, Mé-
xico, 1979.
- 38.- Vaughan, McKay, N. Tratado de Pediatría. SALVAT Editores,
S.A. Tomo I, México, 1975.
- 39.-Willman, L.P. y Krasner, L. A psychological approach to ab-
normal behavior. Second Edition, Prentice Hall Inc. En-
glewood Cliffs, New Jersey, 1975.
- 40.- Wonderly, D.M. y Kupfersmid, J.H., Monkman, J., Deak, J.M.
y Rosenberg, S.T. Primary prevention school psychology:
Past, present and proposed future. Child Study Journal.
Vol. 9, No. 3, 1979, 163-179.