

320825

61  
29



**UNIVERSIDAD DEL VALLE DE MEXICO**

**PLANTEL TLALPAN  
ESCUELA DE PSICOLOGIA  
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**ACTITUDES FAMILIARES HACIA EL  
DEFICIENTE MENTAL**

**T E S I S**

PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

**VICTORIA LETICIA SIERRA JUAREZ**

ASESOR DE TESIS:

**LIC. ARTURO ROSAS ESQUIVEL**



MEXICO, D. F.

1993

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



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 está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

## INDICE

INTRODUCCION	PAGINA
<b>I LA DEFICIENCIA MENTAL</b>	<b>1</b>
1.1 ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA	8
1.2 ACTITUD HACIA EL DEFICIENTE MENTAL	
<b>II ASPECTOS CLINICOS DE LA OLIGOFRENIA</b>	<b>22</b>
2.1 DEFINICION DEL CONCEPTO	23
2.2 CLASIFICACION Y CUADRO CLINICO	25
2.3 ETIOLOGIA	27
2.3.1 CAUSAS DE ACCION DIRECTA	27
2.3.2 CAUSAS DE ACCION POR MECANISMOS DE ORDEN CRONOLOGICO	28
2.4 LA FAMILIA Y EL HIJO DEFICIENTE MENTAL	33
2.4.1 CRISIS FAMILAR	37
2.4.2 CRISIS SOCIAL	41
2.5 LA RELACION FRATERNAL Y EL DEFICIENTE MENTAL	41
<b>III METODOLOGIA</b>	
3.1 PROBLEMA	47
3.2 OBJETIVOS GENERALES	47
3.3 OBJETIVOS ESPECIFICAS	47

3.4	HIPOTESIS	48
3.5	VARIABLE	50
3.6	DISEÑO DE LA INVESTIGACION	51
3.7	DEFINICION DE LA MUESTRA	51
3.8	DEFINICION DEL INSTRUMENTO	52
3.9	ESCENARIO	54
3.10	PROCEDIMIENTO	54
3.11	ANALISIS ESTADÍSTICO DE LOS RESULTADOS	55

#### IV RESULTADOS

4.1	POBLACION GENERAL	58
4.1.2	EDAD DE LA MUESTRA	60
4.1.3	ESTADO CIVIL	61
4.1.4	ESCOLARIDAD DE LA MUESTRA	62
4.2	CONSISTENCIA DEL INSTRUMENTO	
	SOSA Y SABRE	64
4.3	DIFERENCIAS ENTRE LAS ACTITUDES	
	HACIA EL DEFICIENTE MENTAL	
	DEL INSTRUMENTO SOSA Y SABRE	74
4.4	CONCLUSIONES Y DISCUSIONES	74
4.4.1	ACTITUDES PRESENTADAS HACIA	
	EL DEFICIENTE MENTAL DE ACUERDO	
	AL SEXO	74
4.4.2	ACTITUDES PRESENTADAS HACIA EL	
	DEFICIENTE MENTAL DE ACUERDO	
	A LA EDAD	76

<b>4.4.3</b>	<b>ACTITUDES PRESENTADAS HACIA</b>	
	<b>EL DEFICIENTE MENTAL DE</b>	
	<b>ACUERDO A LA ESCOLARIDAD</b>	<b>79</b>

**V SUGERENCIAS**

<b>ANEXO I</b>	<b>101</b>
<b>ANEXO II</b>	<b>87</b>
<b>ANEXO III</b>	<b>98</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>103</b>

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

Es de suponer que el retraso mental bajo sus diversas formas existe desde la aparición del hombre sobre la tierra.

Estadísticamente hablando tres de cada cien niños nacidos en USA y en la Gran Bretaña son diagnosticados como mentalmente retrasados en algún momento de su vida. De 20 a 25% de ellos van a padecer un retraso tan grave que su estado podría diagnosticarse al nacer o durante la infancia, ubicándose dentro de la afección de retrasados mentales profundos. Con respecto a la población mundial se calcula que cada 20 minutos nace una persona con este padecimiento.

El retraso mental o discapacidad mental es uno de los daños más invalidantes de todos los trastornos de la infancia ya sea por los problemas que este acarrea a la familia, a la sociedad y a la persona que lo padece, constituyendo , además un problema sumamente costoso por la tensión que demanda.

La invalidez puede presentarse en diferentes momentos de la vida y hacerse evidente en diferentes edades. En algunos casos las personas nacen con invalidez (parálisis cerebral,

retraso mental) y en otros la adquieren después a causa de accidentes o enfermedades. Generalmente el Síndrome de Down o la presencia de cualquier deformidad física se le reconoce en el momento del nacimiento del niño, pero en muchos casos se vuelve evidente la deficiencia cuando el niño no se desarrolla conforme a los estándares de la normalidad.

En resumen el retraso mental es un padecimiento en donde el funcionamiento intelectual general de un individuo se encuentra por de bajo del promedio junto con deficiencias en el desenvolvimiento y en la adaptación, que son manifiestos en la primera etapa del desarrollo.

Es importante para diagnosticar a una persona con retraso mental, que se cuide que minimamente se cumpla con tres criterios :

1) que por lo menos se presente dos deficiencias y que el estándar se encuentre por debajo de la norma aceptada para los grupos de su edad, esto es, que el sujeto presente una capacidad intelectual por debajo de la que se espera a su edad.

2) que su adaptación sea menor en comparación a la de sus compañeros de su edad.

3) Que tanto el inciso 1 y 2 se manifiesten en el periodo de concepción, y gestación o bien durante el desarrollo y hasta la edad 18 años.

Dentro de lo que es el retraso mental, existen diferentes niveles de deficiencia que han sido clasificados de acuerdo a su dimensión y gravedad.

Claro está que existen sujetos que necesitan ayuda y protección durante toda su vida ante lo evidente de su deficiencia, pero hay otros que aún siendo diagnosticados en un nivel de retraso leve no son identificados e incluso pueden alcanzar niveles de estudios superiores. Y llegado el caso, la sociedad justificara sus discapacidades atribuyéndolas a cuestiones de carácter y de costumbres o bien, los marginaran como enfermos mentales.

Si consideramos a la familia como una unidad básica de la sociedad, y que está se encuentra integrada por un grupo de personas que actúan en compañía. Y en la que sus actividades surgen de experiencias pasadas o presentes influenciadas por sus integrantes y por la cultura en que viven, el nacimiento de un deficiente mental acarreará una serie de problemas de índole psicológico.



Los efectos psicológicos de cada uno de los miembros de la familia variará de acuerdo a factores externos tales como el momento en que se conozca la afección, las circunstancias que envuelven el hecho, así como las reacciones y actitudes de cada uno familiares que pueden influir y perturbar la dinámica familiar.

Así pues mientras que algunos familiares trataran de aceptar y procurar una vida más adecuada al deficiente mental, otros lo consideran una desgracia en sus vidas y tienden a rechazarlo y aún más a recluirlo.

Es evidente que el nacimiento de un niño con discapacidad mental afectara tanto a los padres como a los hermanos del recién nacido , independientemente de que sea aceptado o rechazado.

Como psicólogos resulta imperioso no sólo atender a los niños con algún tipo de deficiencia mental, sino también a los padres , hermanos y demás familiares, ya que son ellos los que estarán más directamente conectadas con el problema y con el trabajo que deberán realizar para cuidarlo.

En la medida que se brinde atención y apoyo psicológico a la familia, podremos decir que se estará orientando a que el deficiente mental tenga un nivel de vida más digno y una vida familiar más sana y armónica , que se vera reflejada en la más grande familia, que es la sociedad.

El presente trabajo nace como producto del interés e inquietud de conocer sobre lo que le sucede y siente un individuo que tiene un hermano con deficiencia mental, de manera que esto permita elaborar programas de atención psicológica y brindar terapias de ayuda.

De ahí que este estudio se oriente a identificar las actitudes que tienen los hermanos de un deficiente mental y en específico los hermanos de los que asisten al Centro de Educación Especial de la Universidad del Valle de México, Plantel Tlalpan.

Inicialmente, se presenta una revisión histórica del concepto de deficiencia mental. En seguida se dan a conocer aspectos conceptuales sobre las actitudes y se citan investigaciones realizadas con familias de deficientes mentales tanto en el extranjero como en México.

También se describen los aspectos clínicos de la oligofrenia, definición del concepto, clasificación y cuadro clínico. A continuación se citan las etapas por las que cursan las familias ante el nacimiento de un niño que padece deficiencia mental y las etapas que cursan los hermanos de estos.

Por último se presenta la metodología utilizada en este estudio que implica la aplicación de un instrumento que evalúa las actitudes hacia la integración de personas con deficiencia mental. Los resultados se analizarán estadísticamente comparándose los datos obtenidos de acuerdo a la variante sexo edad y escolaridad .

Es importante hacer notar que son muy escasas las investigaciones relacionadas al respecto y que por ello resulta una invitación a prestar atención a este problema tanto en la investigación como en el servicio profesional

## LA DEFICIENCIA MENTAL

## I LA DEFICIENCIA MENTAL

### 1.1 ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA DEFICIENCIA MENTAL

El rechazo como una reacción primitiva del hombre se puede observar ante lo extraño, lo desconocido e incluso a lo simplemente diferente, lo encontramos en la xenofobia, racismo y en el horror que inspiran los enfermos cuyas manifestaciones patológicas son evidentes. Un ejemplo de este rechazo lo observamos en la Edad Media en la cual a los leprosos se les aislaba por contagio, se creía que era por culpa del pecado por lo que se encontraban así, eran expulsados de la Iglesia, pero confiados a Dios con el que se creía que hablaban directamente. El temor, la ambivalencia y rechazo eran evidentes, más tarde éste aislamiento se dio en otras personas con anomalías a las que se les recluía en hospitales. (41) (38)

Para el año de 1791, Fodire explica su teoría sobre los sujetos con anomalías, mencionando que: "Estos sujetos no se encuentran así por culpa del pecado sino que son pobres de espíritu, esto es, que carecen de alma". En realidad el pensamiento de éste autor representa el sentir de la época sobre los deficientes. (41) (38)

Independientemente de las ideas que se tuvieran de las personas con anormalidades se comienza a crear hospitales para ellos, ya sea por rechazo o por cuidado. En estos hospitales se albergaba a todo tipo de sujeto. En Francia en el año de 1778 se crea el mayor de ellos con 8000 personas entre las que se encontraban, vagabundos, viejos, prostitutas, delincuentes, poseídos por el diablo, locos e idiotas. Los cuales eran atendidos con los mínimos cuidados médicos y de higiene por lo que se convirtieron en focos de infección social y moral. (41) (38)

En la época de Napoleón (1811), la gente consideraba que las personas con deficiencia mental (llamados cretinos en esos tiempos) eran sujetos en los que recaía la ira de DIOS por culpa de los pecados. Se creía que si estos eran llevados a otros sitios fuera del pueblo, la gente que lo habitaba tendría grandes calamidades que los idiotas ya no podían absorber, a esta teoría se le conoce como "La teoría del idiota pararrayos". (41) (38)

A partir de 1840, Morel crea "La Teoría de la degeneración", en la que expone que en ciertas familias se presenta de generación en generación una degradación progresiva del ser humano. Esto es, en la primera generación se encuentran sujetos desequilibrados, más tarde sus hijos llegan a

perversiones. En la otra generación se presentan los efectos de una tendencia a la locura, así como deterioro intelectual y por último se llegará al fondo de la degeneración y al atraso. Esta teoría fue ampliamente aceptada por los especialistas de la época. Y es a través de Manan y Dupré se sostuvo durante mucho tiempo el marco que la psiquiatría utilizaba para explicar los trastornos y deficiencias mentales, denominándola como "Teoría de estigmas de degeneración". (41) (38)

Logdon Down en el año de 1866, asigna por primera vez el término "mongolismo" inspirado por el aspecto asiático que presentan las personas que lo padecen. Este aspecto lo ligó a una teoría llamada "Degeneración racial" según la cuál, las razas se han jerarquizado desde la más primitiva a la más evolucionada (la blanca). Por lo tanto, dice el autor que un mongólico es una persona que, por accidente, regresa a las características morfológicas de la raza más primitiva.

Esta teoría no tuvo mucha resonancia, sino hasta 1924 cuando Crookhank escribe un libro con esta idea titulándolo "Los mongoles entre nosotros", el cual provocó que se difundiera la teoría y fuera aceptada con gran éxito en el campo de la medicina. (41)(38)

Mientras que por un lado existía el temor al enfermo o al deficiente mental (que eran nombrados como cretino, mongólico, idiota o loco) por el otro, se comenzaba a observar cierto interés por ellos. La valoración o la importancia se fundamentaba en la creencia de que tenían el privilegio de escapar de las presiones y de la razón. Esto es, que ellos podrían decir y percibir más de lo que al hombre razonable se le permitía o la sociedad se lo permitiese. Bajo este supuesto se creía que eran capaces de hacer predicciones, y en ocasiones en vez de ser rechazados eran sumamente aceptados y divinizados. Curiosamente esta ignorancia otorgó a los débiles mentales la oportunidad de asistir a escuelas. Así, entre 1880 y 1910 aparecieron las primeras instituciones de educación especial. Encontrándose Alemania en la cabeza en 1905 que ya contaba 503 clases especiales que agrupaban cerca de 12000 niños deficientes mentales. (41) (38)

En 1907 en Estados Unidos se crea una ley cuya aceptación fue sumamente importante, debido a que se autorizaba la esterilización de los imbéciles, idiotas y violentos. No tardó mucho en propagarse y para 1926, veintitrés estados de la Unión Americana adoptaron la ley, así como algunas naciones europeas. En aquella época se consideraba que la sociedad estaba en peligro de los deficientes mentales y había que protegerla. (41) (38)



Al parecer en 1912 se da un retroceso ideológico sobre la deficiencia mental. Fernald pronuncia en una conferencia titulada "La carga de la deficiencia mental", que la Deficiencia Mental es sinónimo de impotencia humana y una de las mayores fuentes de miseria y degradación de la humanidad asociada con la prostitución, nacimientos ilegítimos y enfermedades sociales complejas. (41) (38)

Sin embargo Goddard (1912) publica un estudio genealógico de dos familias de los U.S.A. mediante el cual explica el carácter estrictamente hereditario de la deficiencia mental. (41) (38)

La literatura Científica publicó entre 1930 y 1950 lo que se llamó "Las quejas de los médicos", en donde se pone de manifiesto el pesimismo y el desaliento de los especialistas ante la incurabilidad de la deficiencia mental. Los médicos señalaban que: "No se puede llegar a una carrera profesional con el deficiente mental, ya que no será científica, ni válida". Tal vez por este desaliento se consignan de nuevo a los deficientes en asilos, que tenían un poco de cuartel, un poco de prisión y muy poco de escuela. (41) (38)

Después de la Segunda Guerra Mundial la concepción que se tenía sobre el factor hereditario que era determinante en un individuo para que fuese deficiente mental al parecer ya no tiene importancia, se toma en cuenta otros factores como: el medio ambiente, los factores psicosociológicos o bien, las relaciones madre-hijo. (41) (38)

Sin embargo, en la actualidad la ambivalencia subsiste y condena. La valoración, el rechazo y la protección continúan derivándose en manera contradictoria y ligada de las mismas raíces culturales y de las mismas posiciones afectivas. La proyección sobre el rechazo y la responsabilidad de sentirlo provoca su condena moral, a partir de que se afirma y concibe al deficiente mental como un individuo, un ser humano que se rechaza, un segundo mecanismo se superpone a este primero, ya que la tendencia al rechazo se culpabiliza. Así se desarrollan por "formación racional", conductas de amor y de protección y que tanto más se afirmen permite mejor luchar contra la repulsión, la condena y el rechazo que moralmente resultan imposibles de asumir. (43)

De lo anterior se puede resumir la evolución histórica de las actitudes hacia el deficiente mental de la siguiente manera :

- 1) Antes de 1800 el problema no existe científicamente.

2) De 1800 a 1870 se dan los primeros ensayos terapéuticos y educativos aunque con ciertas restricciones

3) De 1870 a 1930,1940 se tiñe de ciertos momentos de temor y rechazo

4) A partir de la Segunda Guerra Mundial se da un planteamiento más realista y optimista (Zazzo 1983). (41)(38)

De acuerdo a organismos tales como la Confederación Mexicana en Pro de los Deficientes Mentales y la Asociación Americana de Deficiencia Mental hoy en día surge una actitud más positiva hacia el deficiente mental. De hecho se han creado instituciones que se dedican a brindar atención como casas de ayuda o talleres protegidos en diversos países dando oportunidad educativa y laboral con el propósito de facilitarles dentro de sus limitaciones la posibilidad de una vida independiente. (12) (15)

## 1.2 ACTITUD HACIA EL DEFICIENTE MENTAL

En el presente estudio se pretende conocer las actitudes familiares hacia el deficiente mental , motivo por el cual se considera de importante definir lo que es una actitud.

La ambigüedad que presenta este concepto, ha hecho que se formulen gran cantidad de definiciones y que aún hoy en día no exista un acuerdo generalizado para aceptar una sola de ellas.

No obstante, en este trabajo se ha retomado una definición que por sencilla y clara parece ser la más apta y precisa:

"Una actitud es una organización relativamente duradera de creencias en torno a un objeto o situación que predispone a reaccionar preferentemente de una manera determinada "

En este sentido Rokeach, M. (1978), define una creencia como una proposición simple que puede ser, consciente o inconsciente e inferida de lo que una persona dice o hace. El contenido de una creencia descubre un objeto o situación como verdadero o falso, permite valorarlo como bueno o malo y recomienda un determinado curso de acción como deseable o indeseable. Pudiendo darse estos tres elementos a la vez o individualmente.

Toda creencia que forma parte de una actitud consta de tres componentes: 1) cognitivo, que es el conocimiento que tiene una persona acerca de lo verdadero y lo falso, bueno o

malo, deseable o indeseable; 2) afectivo, la creencia es capaz de despertar afectos de intensidad variable que se centran en el objeto de dicha creencia o en otros objetos que toman una posición positiva o negativa con respecto al primero y 3) conductual, la creencia al ser una predisposición de respuesta de umbral variable debe de conducir algún tipo de acción cuando es activada convenientemente y ésta conducta está determinada por el contenido de la creencia .

Es necesario decir que es difícil aislar y manipular un componente de la creencia independientemente de los otros dos.

El objeto de una actitud puede ser concreto o abstracto: una persona, un grupo o una institución, o bien, un problema debatido, en el caso de una actitud hacia una situación específica en torno a la cual una persona organiza un grupo de creencias interrelacionadas acerca de cómo comportarse.

Los términos predisposición a reaccionar o responder de tal forma, suponen que una respuesta puede ser tanto una expresión verbal como una no verbal. Las repuestas se manifiestan en una persona cuando son debidamente activadas, por ejemplo una persona racista no presentará la misma

respuesta si se sube a un camión donde hay un negro que si tiene que atender en un restaurante a esa misma persona.(35)

Los estudios o investigaciones que se han realizado sobre las actitudes hacia el deficiente mental en el ámbito familiar son muy escasas y la mayoría de estos se han llevado a cabo en los Estados Unidos de Norte América. Los temas que se han observado con mayor frecuencia están relacionados con la actitud que presentan los padres o la sociedad hacia el deficiente mental, pero en muy pocas ocasiones se han realizado investigaciones sobre las actitudes que tienen los hermanos, lo cual es motivo de estudio del presente trabajo. A continuación se citan algunas de estas investigaciones que en cuanto a sus resultados aportan mayor información.

Tizard, Grand 1961 y Joan Mc Michael 1971 (citados por Sosa y Sabre 1987) realizaron encuestas de carácter general en familias con niños minusválidos que incluían preguntas sobre los hermanos. De acuerdo a los resultados obtenidos llegando a la conclusión de que los hermanos tienen problemas claramente relacionados con el impacto de la minusvalía sobre la familia y que un gran número de hermanos están perturbados emocionalmente por este aspecto.(38)

Baran (1979) presenta una la investigación publicada en la revista "Mental Retardation", en donde a través de una serie de programas de televisión se pretende influir en el criterio de los padres para que valoren de manera más positiva a sus hijos retrasados mentales. Para ello, se elaboraron cuatro programas de media hora cada uno y en el que actuaban personas con retraso mental. La muestra fue escogida al azar de una localidad de Ohio, integrada por 121 madres, 10 padres, 5 padres adoptivos y 33 familiares diferentes. Cada diada fue enlistada de acuerdo por los rasgos de los padres y sometida a diferentes condiciones de observación de los programas televisivos.

Los resultados revelaron que el grupo que observó los programas presentó cambios favorables en las actitudes hacia el deficiente mental, los padres consideraban a sus hijos más capaces en cuanto a su conducta y habilidades. Mientras que en el grupo que no vio los programas, no cambio la actitud hacia sus hijos.(4)

Por otro lado Breslau en 1982 en el "Journal of Abnormal Child Psychology", publicó una investigación con respecto a los hermanos del deficiente mental con la finalidad de identificar los efectos que causa el orden de nacimiento y la diferencia de edades entre el deficiente mental y sus hermanos sanos. Para ello se llevó a cabo una comparación de 237 hermanos de deficientes mentales entre 3 y 18 años del

estado de Ohio con 248 hermanos entre 3 y 18 años de la ciudad de Cleveland de familias "sanas" escogidos al azar. Las madres contestaron un cuestionario sobre conducta autoaplicable que incluía preguntas del medio familiar y del medio social. Además contestaron el inventario de desarrollo Conger, que mide el funcionamiento psicológico del niño de los 6 a los 18 años de edad. Los grupos fueron divididos en tres, de acuerdo a la edad:

1.-latencia de 6 a 9 años , 2.- preadolescencia de 10 a 13 años y 3.- adolescencia de 14 a 18 años. Se encontró que el tipo de incapacidad, el grado de deficiencia, así como el sexo y la interacción de ambos, tuvieron efectos psicológicos importantes en los hermanos sanos.(8)

Byrne y Cunningham (1985) efectuaron una revisión literaria de investigaciones que se han llevado a cabo en torno a la familia del deficiente mental. Entre ellos se encuentra:

a)Gath (1968) compara hermanos de niños con Síndrome de Down y hermanos con niños normales en base a una escala de conducta complementada por padres y maestros. Se observó un alto índice de desordenes antisociales en los hermanos mayores del grupo Down debido posiblemente a que estos son más vulnerables por los cuidados y responsabilidades extras que adquieren.

b)Grossman en 1972 trabajo con hermanos adultos del niño incapacitado y encontró que el 45% de estos hermanos



habían sido beneficiados por las experiencias extras con el incapacitado.

Este beneficio incluye un incremento concerniente al altruismo y tolerancia a otros.

c) En 1971 Miller desarrolló una investigación donde se expresaban las actitudes del hermano(a) hacia el niño incapacitado. Se observó que los padres son menos tolerantes a las expresiones displacenteras y de enojo tomadas hacia el hermano incapacitado que hacia los otros miembros de la familia

d) Mc Conachie y Damb (1981) trabajaron con diez niños de edad escolar y que eran hermanos mayores del deficiente mental, así como con otros diez niños que eran el grupo control. No encontraron diferencias en conflictos, malestares, cantidad de trabajo y ayuda a su hermano. (6)

En 1987 Newberry y Parish publicaron en la Revista de Psicología Social una investigación acerca de las actitudes tomadas hacia un niño mentalmente incapacitado a través de la sociedad.

En este estudio participaron 225 niños y 251 niñas con edades entre 8 y 11 años que formaban parte de un grupo de boy scouts. La mitad de estos niños fueron asignados a convivir

seis semanas con los deficientes, mentales durante un ciclo escolar de clases. Mientras que la otra mitad de niños formó el grupo control que no tuvo ninguna convivencia con los deficientes. A ambos grupos se les asignó aleatoriamente y les fue administrado antes y después de seis meses el test Personal Attribute Inventory for children (Parish, Taylor 1978, 1979). Los resultados revelaron que se adoptaron actitudes más positivas y favorables en el grupo de tratamiento que en el grupo control. (31)

En un estudio realizado por Gath y Gumley (1987) participaron 183 niños (de 5 años de edad) con retraso mental y los hermanos más cercanos en edad. Se pretendía observar si los problemas en el hermano normal eran causados por el deficiente mental. El procedimiento consistió en la observación directa de lo que acontecía en cada una de las casas, en lo referente a las relaciones maritales, los costos médicos, los días de trabajo, experiencia en la convivencia diaria etc. A los padres y maestros se les administró la escala de Rotter, la escala AAMD y la Additional Behaviour Checklist. Los maestros contestaron la escala Rotter B2 y un cuestionario sobre logros. Se observó que los padres como se suponía tienen más expectativas hacia los hermanos sanos que hacia el deficiente mental o al hijo Down. El niño retrasado mental es más cuidado y controlado que su hermano enfocándose esto solo en tareas fuera de la casa. Por lo tanto es muy significativo para el

deficiente mental y para su hermano un buen ambiente familiar positivo. (20)

Mc. Hale y Gamble (1969) desarrollaron una investigación acerca de las relaciones existentes entre los hermanos de niños con incapacidad y niños sin incapacidad.

Participaron 64 niños entre 8 y 11 años así como las madres de cada uno con sus respectivas hermanas o hermanos; de los cuales 32 eran sujetos retrasados mentales y 32 eran sujetos sin retraso. El procedimiento comprendió de dos fases:

a) Intervención en el hogar. Se le administró a los niños una serie de pruebas para evaluar sentimientos de depresión, de ansiedad, relaciones, conducta adaptativa y competencia. A las madres se les entrevistó y se les aplicó el SIB.

b) Intervención telefónicas. Se realizaba por teléfono preguntas a la madre y al niño, las respuestas se colocaron en diversas clasificaciones de convivencia.

En ambos grupos se encontró que los hermanos realizaban juntos más de cinco actividades, en un promedio de dos y media horas. Se observó que la madre era más agresiva hacia el deficiente mental que hacia los demás hijos y los hermanos asumían más cuidados directamente relacionados con el

deficiente mental. En los niños con hermano incapacitado se observó más claramente un ajuste pobre en comparación con aquellos que tenían hermanos sanos. En las hermanas del deficiente mental se encontró depresión y en los hermanos predominó la competencia, mayor agresividad, síntomas como conducta punitiva y ansiedad.(29)

En nuestro país los estudios relacionados en cuanto a las actitudes hacia el deficiente mental en el ambiente familiar son realmente muy pocos y al parecer son casi nulos aquellos estudios sobre actitudes que tienen los miembros de la familia hacia su hermano que padece deficiencia mental. Además de que la mayoría de estos estudios son reportadas en trabajos de tesis a nivel licenciatura. A continuación cito las investigaciones que por sus resultados son útiles para el presente estudio.

Ochoa y Rodríguez (1981) investigaron la existencia de actitudes negativas en la familias ante sus hijos coeficientes mentales. La muestra fue integrada por 50 familias que tenían un hijo deficiente mental entre los 13 y los 19 años de edad y que asistían al Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación SAA y al Centro de Capacitación para el trabajo de la SEP. Se utilizó como instrumentos para identificar las actitudes de la familia hacia el deficiente mental, una entrevista clínica psicológicos.

Los autores encontraron como existen actitudes negativas de la familia y que la mayoría de éstas son debidas al aspecto físico, provocándoles repulsión y rechazo. Aunado al hecho de que la mayoría de éstas familias son desorganizadas, es decir los miembros no desempeñan el rol que les corresponde. También se encontró desintegración familiar, en cada familia faltaba uno o más miembros y por lo general, presentaban problemas económicos. (31)

En 1967 la Profesora Esperanza Torres realizó su trabajo de tesis sobre el niño deficiente mental en el ambiente familiar. Este estudio fue realizado en el Instituto Médico Pedagógico del Estado de Sonora con un total de 25 alumnos.

El instrumento que se utilizó fue un cuestionario referente a la capacidad intelectual del niño, en el cual también se encontraba una ficha de identificación que incluía la historia del padecimiento así como la actitud actual de la familia ante el deficiente mental. Este cuestionario fue contestado por las madres durante una visita domiciliaria. Los resultados revelaron que la presencia de un hijo deficiente mental causa trastornos en la familia, (padres, hermanos y demás familiares). Los hermanos del deficiente mental también

están sujetos a los sentimientos que abrigan los padres. De ahí que se haya encontrado que un total de 105 hermanos de los deficientes mentales presentan problemas de orden psicológico y social. Entre los más frecuentes están los celos por agresión en el 25% de los casos, menores de tres años y sin comprensión en un 19%, vagabundeo en el 11%, indiferencia en el 9%, actitud normal 6% y otros 30%. (40)

Antunez y Reyes realizaron (1980) una tesis en la cual pretendían averiguar qué es lo que esperan del deficiente mental sus familiares.

Trabajaron con tres grupos, uno lo conformaba el grupo piloto; el otro era el grupo experimental que estaba integrado por una muestra de padres de niños deficientes mentales superficiales (que tenían un C.I. 59-70, de ambos sexos y cuya edad estaba comprendida entre los 7 y 11 años) que asistían a la escuela de Educación Especial No 1. El tercer grupo era el central, que estaba formado por padres de niños con capacidad normal (cuya edad fluctuaba entre 7 y 11 años, de ambos sexo). Los padres que integraban los grupos tenían un nivel económico médico.

Los instrumentos que se utilizaron fueron :1) frases incompletas con 17 reactivos de Sack y Levy, 2) un cuestionario

de opción múltiple ,3)escala de actitudes. Se observó que los deficientes mentales tuvieron la misma educación de sus hermanos en un 40% de las familias y que en un 85% de las familias se da una descripción positiva del hijo deficiente. Así mismo tendían a expresar el futuro de sus hijos dentro de sus posibilidades en un 90%.(2)

Sosa y Sabre en 1987 presentaron una tesis sobre las actitudes hacia la integración de personas con deficiencia mental, mediante el estudio de tres grupos de padres diferentes, que suman un total de 164 sujetos de nivel socioeconómico medio. 1) 55 padres con hijos deficientes mentales que son llevados a la escuela especial PHDME, 2) 54 padres de hijos con deficiencia mental que son llevados a escuelas con grupos integrados PHDMI, y 3) 55 padres de hijos no deficientes mentales que son llevados a escuelas regulares PHNDR .

Los escenarios donde se realizaron los estudios fueron tres: 1.- la escuela para deficientes mentales 2.- la escuela para personas sin impedimentos y 3.- las escuelas normales con grupos integrados de deficientes mentales. Este fue un estudio de trabajo de campo sin tratamiento experimental.

Los autores elaboraron una escala de actitudes para medir las actitudes hacia lo acertado, conveniente o equivoco que es pensar en la integración de personas con deficiencia mental.

Se comprobó que las actitudes hacia la integración de personas con deficiencia mental es diferente en cada grupo de padres. Los padres de hijos deficientes en escuelas integradas presentan una actitud más positiva hacia la integración laboral, académica y familiar de estos, pero una más negativa hacia la integración comunitaria. Los padres de hijos sin deficiencia presentaron una actitud más positiva en la integración de ellos en la comunidad, una actitud más pobre y mayor rechazo en el concepto que tienen de sus capacidades y observan características más negativas en el deficiente mental . Los padres de hijos con deficiencia en escuelas especiales sólo obtuvieron puntuación positiva en las capacidades del deficiente mental. (37)



## **II ASPECTOS CLINICOS DE LA OLIGOFRENIA**

## II ASPECTOS CLINICOS DE LA OLIGOPRENIA

### 2.1 Definición del concepto

Las diferentes disciplinas que estudian a la deficiencia mental como la psicología, la medicina, la pedagogía y otras, la definen desde el punto de vista del estudio que les atañe, por lo que en ocasiones los conceptos varían de aspectos totalmente médicos a circunstancias sociales y psicológicas y aún así se dan de una manera incompleta. El concepto que se tiene hoy en día de la deficiencia mental no es muy claro, la mayoría de las definiciones difieren entre sí, lo cual ha provocando confusión y un inadecuado trato a las personas que la padecen. A continuación se citan los conceptos más semejantes y completos que definen con mayor claridad a la deficiencia mental.

Hace más de 30 años la Asociación Americana de Deficiencia Mental (AAMD) adoptó una definición de la deficiencia mental modificada por el Dra. Ion W. Cid y respaldada por varios expertos, siendo publicada en 1964, la cual dice así: "La Deficiencia Mental se refiere al funcionamiento intelectual significativamente subnormal que se manifiesta en el periodo de desarrollo y esta caracterizada por una inadecuada conducta de adaptación". (15)

De igual manera la Dra. Harvey A. Stevens considera a la eficiencia mental como: "Una afección resultado del cociente significativamente bajo del funcionamiento intelectual, simultáneo a carencias en la conducta adaptativa (es el grado de eficacia con que el individuo cumple los patrones de independencia personal y de responsabilidad social correspondientes a su edad o grupo cultural) y que se manifiesta en el periodo del crecimiento". (15)

Las dos definiciones anteriores coinciden con la definición utilizada por la Asociación Americana de Deficiencia Mental en 1979. Donde el retraso mental se refiere a: "Un funcionamiento intelectual general situado por debajo de la media (CI inferior a 70 ) y que coincide con un déficit de comportamiento adaptativo manifestándose durante el periodo evolutivo". (18)

Bajo este contexto, es importante señalar que para dar un diagnóstico (Dx) de deficiencia mental hay que cuidar que se cumpla lo siguiente:

1.- Que por lo menos se presente dos deficiencias y que el estándar se encuentre por debajo de la norma adaptada por el grupo de su edad (la Escala de Binet con un C.I. de 68 ó la Escala de Weschler con un C.I. de 70)

2.- Que la adaptación sea menor a la de sus compañeros de su edad

3.- Que tanto el inciso 1 y 2 se manifiesten en el periodo de concepción, o bien durante el desarrollo y hasta la edad de 18 años, provocando problemas en la conducta adaptativa.  
(15)(24)

## 2.2 Clasificación y cuadro clínico

Se ha modificado la terminología con la que se denominaba a las personas que presentaban deficiencia mental, dejándose de utilizar los adjetivos de idiota, imbecil o estúpido que resultaban peyorativos. De igual manera se olvidó los términos que hacían referencia a la causa de la deficiencia mental como hereditaria, secundaria o enfermedad orgánica. Ahora, la clasificación se basa en el nivel del funcionamiento de cada individuo o grado de afección.(36)

Hoy en día se han sustituido las diferentes clasificaciones de la deficiencia mental por la que cita la Asociación Americana de Deficiencia Mental.

- a) Deficiencia mental leve, CI de 55 a 69.
- b) Deficiencia mental moderada, CI de 40 a 54.
- c) Deficiencia mental grave, CI de 25 a 39.

d) Deficiencia mental profunda, CI inferior a 25.

(16)

a) Deficiencia mental leve

Categoría pedagógica de educable, sujetos que desarrollan durante la niñez actividades sociales con un mínimo de deterioro sensomotor, en ocasiones son difíciles de detectar. En la adolescencia son capaces de llegar a niveles escolares medio y superior, además de poder ejercer. Siempre serán personas que necesiten de una asistencia u orientación ante el estrés social y económico o no serán capaces de resolverlo, más o menos pueden llevar una vida independiente y adaptarse a su medio, pero siempre con supervisión.

b) Deficiencia mental moderada

Equivale a la categoría de modificable. En el grado escolar son capaces de comunicarse y establecer relaciones sociales. Mediante entrenamiento profesional y supervisión pueden cuidarse a sí mismos, sólo pueden viajar en forma independiente a lugares que le son familiares. En la adolescencia suelen tener dificultades por no poder reconocer las normas sociales. De adultos trabajan en talleres protegidos con estrecha supervisión y orientación, de la misma forma que en las situaciones de estrés.

c) Deficiencia mental grave

Durante niños presentan un desarrollo motor pobre y una experiencia mínima de lenguaje. Si son entrenados desarrollan hábitos de higiene básicos, pueden realizar mínimas tareas sencillas y con estrecha vigilancia.

d) Deficiencia mental profunda

Capacidad mínima de funcionamiento sensoriomotriz requieren una supervisión constante para su desarrollo. (41)

### 2.3 Etiología

La acción de clasificar a las personas como deficientes mentales no las hace ser un grupo homogéneo aunque compartan características asociadas a una baja capacidad intelectual e inadecuada adaptación al medio ambiente. La causa de la deficiencia mental varía de una persona a otra y el grado de afección también. (38)

Tomando en cuenta los mecanismos de la deficiencia mental se puede clasificar a la etiología en dos grandes grupos:

#### 1 CAUSAS DE ACCIÓN DIRECTA .

A) Factores de origen genético y metabólico

B) Factores de origen infeccioso y parasitario

C) Factores de origen tóxico:

- a) Exógeno
- b) Endógeno
- D) Factores de orden traumático
- E) Factores de orden ambiental.

**2 CAUSAS DE ACCIÓN POR MECANISMOS  
DE ORDEN CRONOLÓGICO**

A.-Causas preconcepcionales

B.-Causas concepcionales

C.-causas postconcepcionales:

- a) Causa prenatal
- b) Causa perinatal
- c) Causa posnatal
- d) Causa ambiental

**1 CAUSAS DE ACCIÓN DIRECTA**

A) Factores de orden genético y metabólico

Forman parte en el mismo momento de la concepción y producen defectos y aberraciones cromosómicas y por otro lado, errores en el metabolismo.

B) Factores de orden infeccioso y parasitario

Gran número de microorganismos como virus, y parásitos, tienen gran influencia sobre el sistema nervioso central, dando lugar a nuevas y numerosas enfermedades que atacan a este durante la vida intrauterina produciendo un padecimiento congénito en la gestación y lesiones en el encéfalo del feto.

#### C) Factores de origen tóxico

Las intoxicaciones dañan al sistema nervioso central y en particular al encéfalo del feto generando deficiencia mental. La intoxicación puede ser de origen exógeno y endógeno. Entre las primeras se puede señalar el tabaco, el alcohol, las drogas, los enervantes, las sales de desecho industrial (plomo, mercurio, óxido de carbono), medicamentos por prescripciones inadecuadas o dosis excesivas. En cuanto a la intoxicación endógena puede darse por diabetes, intoxicación alimenticia (lactantes, productos tóxicos) que producen cólera infantil o desequilibrio electrolítico y causan lesión en el encéfalo del feto. También podemos mencionar la intoxicación del medio ambiente.

#### D) Factores de origen traumático

Dentro de estos factores se encuentran los agentes externos y de orden psicológico. Los primeros actúan más frecuentemente durante el nacimiento (fórceps, anestesia general a la madre en el parto, anorexia etc.), en los primeros años por accidentes traumáticos. Los segundos se observan más frecuentemente en el estado de la madre durante los tres primeros meses de embarazo (por ejemplo, un trauma psíquico acompañado de trastornos



psicosomáticos que puede provocar baja presión arterial en la madre por lo que daña el cerebro del feto).

E) Factores de origen ambiental .

El medio ambiente actúa positiva o negativamente en el niño para integrar su personalidad.

## 2 CAUSAS DE ACCIÓN POR MECANISMOS DE ORDEN CRONOLOGICO

A) Causas preconceptionales. Antes de la concepción la deficiencia mental es el resultado de modificaciones y transformaciones anormales que sufre el material genético y desordenes metabólicos de proteínas, glúcidos y lípidos, en la misma forma que se ha observado que el LSD ingerido por los padres antes de la concepción produce anomalías cromosómicas.

El cretinismo, algunas formas de obesidad como el Síndrome de Proder Will (obesidad, corta estatura, anomalías morfológicas y deficiencia mental, trastornos glandulares y anomalías en los genes sexuales), así como la sífilis, pueden originar una deficiencia mental de tipo neuronal; y el alcoholismo como agente agresor de los genes.

En relación a la patología se señala cierta fragilidad en el cerebro, según la cuál puede ser una causa fetal, neonatal, infecciosa o traumática, que no deje secuela alguna o si acaso muy ligera, pero un ataque posterior inofensivo pueda desencadenar una lesión cerebral con deficiencia mental.

La ecología también puede a la larga modificar algunas situaciones genéticas, como han sido las carencias alimenticias, nutricionales, familiares y ancestrales que han modificado las estructuras genéticas.

#### B) Causas concepacionales

Actúan en el momento de la concepción, en ese momento cualquier trastorno psicossomático, sea una malformación o alteración genital del hombre y muy particularmente de la mujer o la acción de diversos factores morbosos, pueden modificar la constitución biopsíquica de los genes y hasta los procesos fundamentales del material genético durante la meiosis donde se origina una deficiencia mental. También puede atribuirse a alteraciones en las células germinales de los padres, anomalías del testículo o del ovario (inmadurez, envejecimiento), carencias alimenticias, de nutrientes, de proteínicos, de vitaminas y de minerales pueden dar lugar a la deficiencia mental .

#### C) Causas postconcepacionales

Estas se dividen en:

##### a) Causas prenatales

Los elementos etiológicos de la deficiencia mental que obran durante la vida intrauterina "in útero" pueden afectar a la madre y al producto, como lo son:

1.- Infecciones y parásitos durante los tres primeros meses de embarazo, enfermedades de tipo viral (sarampión, rubéola), sífilis, traspaso de la placenta durante los cuatro meses.

2.- Acción tóxica de dos tipos: Endógena (uremia, diabetes), exógena (óxido de carbono, plomo y mercurio), alcoholismo o quinina erróneamente utilizada para abortar, radioterapia pélvica, medicamentos, drogas y anticonceptivos en el inicio del embarazo.

3.- Incompatibilidad sanguínea: Formación de anticuerpos maternos y de aglutininas.

4.- Por acción traumática: En el útero en general y provocado por tentativas de aborto mediante instrumentos.

5.- Por otras condiciones patógenas: Trastornos metabólicos y endócrinos, la edad de la madre y la inadecuada nutrición fetal.

#### b) Causas perinatales

En el momento del parto por traumatismo obstétrico o circunstancias adversas en el nacimiento, lesión cefálica con desnutrición neuronal de trastornos funcionales vegetativos o de anomalías eléctricas cuya existencia daña la integridad cerebral, causas que entorpecen el aparato de oxígeno (drogas, analgésicos, anestésicos), anomalías en el cordón umbilical, degeneraciones en la placenta, hemorragias, desprendimiento prematuro de la placenta.

#### c) Causas postnatales

De cero a siete años de edad (primera y segunda infancia), infecciones, tóxicos, causas traumáticas y ambientales, meningitis, encefalitis, meningo encefalitis aguda de origen viral, complicaciones neuronales, neumonía crónica tuberculosa, fiebre eruptiva y traumatismos craneanos. (32)

#### d) Causas ambientales

Complicaciones en el parto (baja calidad de patrones culturales), la madre influye más o menos en las complicaciones obstetricas. (32)

### 2.4 LA FAMILIA Y EL HIJO DEFICIENTE MENTAL

Se han realizado algunos estudios sobre la familia del deficiente mental y las reacciones que esta tiene ante su nacimiento, así como las etapas por las que cursan tanto los padres como los hermanos frente al diagnóstico (Dx) de retraso mental y ante lo que representa para cada uno convivir con él. Algunos autores describen varias etapas basándose en la observación directa de sus pacientes. A continuación se cita dicha información.

Es importante antes que nada tomar en cuenta lo que Baran (1979) expone sobre el núcleo familiar, para después entender lo que sucede en una familia donde existe un miembro que padece deficiencia mental.

Así se tiene que Baran considera que la familia se crea y se compone de dos generaciones, cada una con necesidades, prerrogativas y obligaciones. Los padres creados en diferentes familias procuran unirse y dar origen a una nueva familia moldeándose, esta nueva familia satisface las necesidades de ambos y complementa su personalidad en una relación estable.(4)

La familia al establecerse debe continuar cambiando en las generaciones posteriores de acuerdo a las situaciones y obstáculos que se le presente, ya que de no ser así se suscitarán problemas y conflictos que afecten a cada uno de sus miembros. (36)

Según Ingalls (1990) en una familia que espera un bebe se presenta la idealización, es decir los padres imaginan al niño de acuerdo a sus frustraciones y deseos. En el seno de la estructura familiar aún antes de venir al mundo el feto ya tiene su sitio; convirtiéndose este en un sujeto sexuado (niño o niña) según lo prefieran la madre y del padre, de igual manera se le asignará en la mayoría de los casos un nombre con el cual se va a identificar con los demás y que le da la

jerarquía de sujeto, integrándolo a la sociedad con todos sus privilegios, derechos y obligaciones. (35)

El nacimiento de un hijo trae consigo un paso muy importante, lleno de responsabilidades es el continuador, sucesor, guía y esperanza, así como la satisfacción del deseo, pero si es deficiente mental. ¿En dónde queda el amor y el orgullo?.(25)

El niño deficiente mental es un obstáculo que afecta a toda la familia, cada miembro deberá entonces encontrar una solución propia para esta situación, aunque cada individuo se verá afectado por la actitud que adopten los demás. (5)

Los problemas que originan el deficiente mental en la familia son diversos y tienden a variar de acuerdo al grado de retraso mental del niño, sus impedimentos físicos y emocionales, valores, necesidades, intereses y circunstancias de los demás miembros de la familia. (34)

En una familia con un miembro que padece deficiencia mental se suscitan problemas como desacuerdos, discusiones, así como relaciones inestables, que en determinado momento perjudican

las relaciones padres-hijos ocasionando por consiguiente problemas emocionales en sus integrantes. (21)(23)

Se consideran como situaciones desfavorables en las relaciones de una familia con un hijo deficiente mental las siguientes:

a) En las familias con un miembro invalido, se dan manifestaciones que pueden provocar tensiones y angustias, como puede ser los celos, las comparaciones desagradables etc. Esto repercute en el hermano "sano" en su desarrollo personal y emocional .

b) Ante el nacimiento de un niño deficiente mental es probable el divorcio o la simple separación y desajuste de la pareja. Las familias completas que viven en desacuerdo y falta de comunicación son muy perjudiciales y los matrimonios y parejas reconstruidas no asimilan este cambio.

c) Las familias incompletas provocan carencias sobre todo de tipo emocional. (11)

Baldero y colaboradores (1968), mencionan en el libro "La sexualidad del deficiente mental", que el desequilibrio en la familia se consigue cuando entra en ésta un niño incapacitado que es igual a un miembro fantasma o sea "no existe", "no responde". Todas las comunicaciones e interacciones están mezcladas, por lo que se convierte en una familia de disminuidos al igual que el hijo, ya que consideran al

disminuido como un niño eterno porque sus ciclos normales (caminar, ir a la escuela, la adolescencia etc.) no se dan como en los demás hijos, no dando la familia la oportunidad al deficiente mental de progresar. El niño incapacitado actúa como factor de no cambio en las etapas familiares. (3)

Los problemas que origina la presencia de un retardado en el hogar son diversos y tienden a cambiar en ocasiones de acuerdo al grado de deficiencia mental, sus impedimentos físicos y emocionales, necesidades e intereses de la familia, así como la manera en que se dio el diagnóstico. (38)

La normalización de la situación en la familia depende en muchos casos de tres pilares:

- 1.- La potencialidad de aprendizaje del niño incapacitado.
- 2.- La adaptación del niño .
- 3.- La Estructura psicodinámica de la familia. (4)

Las respuestas típicas en la familia del niño incapacitado o niño deficiente mental, citadas por varios autores son muy semejantes, es por ello que son resumidas a continuación en crisis familiar y crisis social.

#### 2.4.1 CRISIS FAMILIAR

- 1.- Los padres no aceptan el diagnóstico



Suelen esperar a que su hijo mejore sin tomar en cuenta al médico, en otras ocasiones se da un peregrinar de clínica en clínica buscando una solución mágica o consejo. Se comienzan a culpar o se busca una justificación. Existe un deseo inconsciente de relegar la carga. (11)

## 2.- Las expectativas normales

Los padres esperaban un hijo normal, se habían formado una idea o imagen de un hijo sano, pero el niño nace deficiente y estos se deprimen ya que existe una diferencia importante entre la imagen y la realidad. En este momento los padres se encuentran sin recursos para superarlo aunque sea al menos temporalmente.

a) La realización creativa: existe en ellos la necesidad de crear algo bueno, "los hace sentir que se reproducen a sí mismos" ya sea en forma positiva como es en el caso de un hijo normal o negativa como es en el caso de un hijo deficiente.

b) La descendencia: Un hijo deficiente puede acabar con este orgullo y cerrar definitivamente la posibilidad de prolongar una línea familiar.

c) La crisis: se da cuando los padres se enfrentan a una dificultad y no disponen de suficientes recursos y medios directos para controlar el conflicto. La situación exige una adaptación instantánea que suele ser muy dolorosa por ello tratan de encontrar un modo de defensa.

d) La conmoción y rechazo: la conmoción es la primera reacción ante la noticia, es el aturdimiento o defensa

primitiva contra el dolor que paraliza, y da a la mente tiempo para elaborar un sistema más adecuado. Es precisamente en este momento en forma paradójica que el niño necesita más ayuda y los padres no se la pueden dar. El rechazo más activo y duradero "es la negativa a aceptar la realidad".

e) El ajuste: se da cuando se afrontan sentimientos tales como: pena, tristeza crónica, ansiedad, temor y horror que pueden contagiar a los demás hijos provocando efectos considerables. (5) (6) (29) (39) (40)

### 3.- Angustia en la madre.

a) La madre sufre una gran herida en la autoestima, siente que "no pueda concebir un hijo sano" (herida narcisista) .

b) La madre no puede identificarse con el hijo (su prolongación) dada su deficiencia.

c) La madre no puede llorar ante el nacimiento (no se lo permite ya que sería sentir lastima por el niño).

d) Existe relación entre la madre y el hijo con un trasfondo de muerte, se presenta un disfraz de amor, con una indiferencia negada y un rechazo consciente.

e) No se rompe el vínculo en el nacimiento, el niño queda unido a ella pero "no lo siente suyo" aunque "no puede ser más que suyo" (por ello no puede odiarlo, ni aceptarlo)

### 4.- El padre

Observa el dolor de la madre pero no puede ayudarla. Se angustia y se derrumban sus expectativas de virilidad.

#### 5.- Los abuelos

Ven que sus hijos no pudieron tener hijos sanos como ellos y se cuestionan. (4)

#### 6.- La culpa

Se observa en los padres ya que consideran que la deformidad es por castigo divino, provocando problemas personales como es la ambivalencia hacia las relaciones sexuales y hacia la pareja.

#### 7.- La vergüenza

En la que sufren los padres ante como se "clasifique o etiquete" al niño.

#### 8.- La sobreprotección

Es un rechazo encubierto que se presenta por culpa o miedo a sentimientos hostiles.

#### 9.- El rechazo absoluto

Ya sea por vergüenza, resentimiento y horror está presente.

#### 10.- Otros sentimientos

El dolor aumenta, se observa la desesperación, el sentimiento de inutilidad, síntomas psicológicos como el

insomnio, así como la falta de apetito, la confusión que es acompañada de la ignorancia, la represión y diversos sentimientos negativos. (3) (6) (12) (28) (29) (39) (40)

#### 2.4.2 C R I S I S S O C I A L .

La sociedad también tiene una reacción de angustia, aunque clama por los derechos del hombre. No puede evitar sentir a este ser como estorbo. Si hubiera nacido muerto toda la sociedad acompañaría a los padres en su dolor, pero como es deficiente mental la sociedad se compadece, se aleja y los rechaza. (4)

#### 2.5 LA RELACION FRATERNAL Y EL DEFICIENTE MENTAL.

La relación que existe entre el deficiente mental y sus hermanos aún no se ha investigado por completo, muy a pesar de ser un punto de suma importancia. Existen hermanos de deficientes mentales que presentan problemas emocionales, psicológicos y de conducta pero que han sido olvidados tanto por sus familiares como por los investigadores prestando solo atención a los padres y al hijo deficiente. No obstante se han realizado algunos seguimientos sobre las etapas o facetas por las que pasa el hermano del deficiente mental. Algunos autores definen los pasos más importantes que han observado en sus pacientes, que a continuación se citan.

Shakespeare (1981) describe los efectos sobre los hermanos que causa el deficiente mental de la siguiente manera:

a) Culpa: el niño siente culpa de que su hermano sea deficiente ya que él pidió a sus padres tener otro hermano.

b) Celos: siente celos ante el hermano ya que es el consentido al que se le presta toda la atención. Además, se afirma que la mayoría de los hermanos del inválido no resultan muy afectados por la presencia de este, el número de hermanos afectados varía de un estudio a otro dependiendo del criterio utilizado. (37)

Kew (1978) mediante observaciones que realizó de casos en su clínicas sobre perturbaciones en los hermanos de deficientes mentales, encontró que el indicador más sobresaliente que se observa en los hermanos de personas que padecen deficiencia mental es llamar la atención del entorno en que los rodea.

El hermano sano es descuidado ya sea porque se presente demasiada preocupación hacia el deficiente mental o por cuestiones prácticas y médicas de las necesidades de éste. El hermano busca llamar la atención aún en forma negativa, esto lo hace para confirmar una relación estable de amor y que todavía hay alguien que se preocupa por él.

Por ello pueden presentar un comportamiento destructivo cuando los padres están con el deficiente pretendiendo expresar

celos y comunicar a los padres una necesidad no satisfecha, tratando de controlarlos. De igual manera se puede observar en él una dependencia excesiva que le permite cierto control de los padres y de la situación. Las rabietas, los ataques y berrinches pueden ser constantes, siéndole prácticos porque desvían la atención de la madre hacia él.

Los dolores de tipo psicossomático se presentan ya que el niño desarrolla su propia minusvalía (compite con el deficiente el cariño de los padres). Puede llegar a existir pequeños hurtos o promiscuidad debido a que la atención no siempre se busca en los padres que se la negaron, sino que puede ser que en la vida adulta aparezca en diferentes variedades de relaciones, aunque no se evidencia conexión directa con esta última. (28)

Por otro lado las estadísticas señalan que en un 15% aproximadamente existe identificación en los hijos sanos con las actitudes de los padres hacia el deficiente mental. Paulino Castells (19 ) considera que "todo este problema depende de los padres". (11)

No obstante el hermano se involucra y dedica mayor tiempo al deficiente mental, los diferentes niveles de estrés que le provoca varían de acuerdo al grado o nivel de enfermedad, del tamaño de la familia, de las diferencias étnicas y religiosas así como los diferentes roles que tienen los miembros.

Los hermanos tienen un cambio forzado ante la situación del hermano deficiente mental, de ahí que sea de suma importancia que en la familia se definan los roles intrafamiliares, ya que la mayoría de las veces estos gira al rededor del deficiente, si no se tiene cuidado puede recaer responsabilidades extras en los hermanos llegando a afectar en gran forma el desarrollo de su personalidad. (8)

La relación padre e hijo normal se ve afectada por la relación de la familia con el deficiente, los padres no le prestan atención y lo castigan severamente ante los comentarios y actitudes negativas hacia el hermano deficiente mental provocando una fuerte carencia afectiva. O bien, puede suceder que se le presente demasiada atención y se le exija niveles altísimos de educación y desarrollo ya que de esta manera se estará tratando de compensar la deficiencia del hermano. En ocasiones una hermana "angelito" que se da en un gran número de familia, se encargará totalmente del cuidado del deficiente, recayendo en ella la responsabilidad del problema familiar. (14)

El niño sano comienza a rivalizar desde el momento del nacimiento del hermano deficiente mental, pues si apenas tiene un sentimiento de alegría que compartir no lo podrá manifestar además, no entenderá el exceso de atención que le brinda. El hermano minusválido tiende a obscurecer los privilegios del

hermano mayor. "EL niño deficiente nunca aprenderá" el hermano sano no podrá descargar su agresividad ni verbalmente ni en el juego , así que este lo canaliza en conductas disfrazadas o dirigidas hacia otras personas. (28)

Por lo anterior se puede concluir que el deficiente mental produce en la familia cambios que se pueden resumir en dos niveles:

1.- La relación entre padres e hijos

Esta se ve afectada ya que por parte de los padres existe el exceso de atención en el niño incapacitado y descuido en el hermano sano, evidentemente esto afecta los roles familiares provocando que se obtengan responsabilidades que no corresponden.

2- La relación entre el deficiente mental y sus hermanos.

El hermano sano no disfruta de los mismos derechos y obligaciones que tendría con un hermano sano, estos es, la relación no puede llevarse normalmente, la incapacidad del deficiente mental la obstaculiza. (32)



### III METODOLOGIA

### III METODOLOGIA.

#### 3.1 PROBLEMA .

1.- ¿ Existen actitudes de rechazo hacia los deficientes mentales que asiste al Centro de Educación Especial de la Universidad del Valle de México, Plantel Tlalpan por parte de sus hermanos ?.

#### 3.2 Objetivo general.

Identificar las actitudes hacia los deficientes mentales por parte de sus hermanos.

Identificar si existen diferencias en las actitudes de los hermanos hacia los deficientes mentales en cuanto al sexo, edad y escolaridad.

#### 3.3 Objetivos específicos.

Identificar las actitudes negativas y positivas hacia el deficiente mental por parte de sus hermanos.

Identificar las actitudes negativas y positivas hacia el deficiente mental en cuanto al sexo, edad y escolaridad por parte de sus hermanos.

Identificar las actitudes negativas y positivas hacia el deficiente mental en el área familiar, académica, comunitaria y laboral por parte de sus hermanos.

#### 3.4 HIPOTESIS.

H1 Las personas con hermanos deficientes mentales presentan actitudes de rechazo hacia ellos.

H01 Las personas con hermanos deficientes mentales no presentan actitudes de rechazo hacia ellos.

H2 Los hombres presentan con mayor frecuencia actitudes negativas hacia su hermano deficiente mental que las mujeres.

H02 Los hombres no presentan con mayor frecuencia actitudes negativas hacia su hermano deficiente mental que las mujeres.

H3 Las mujeres presentan con mayor frecuencia actitudes negativas hacia su hermano deficiente mental que los hombres.

Ho3 Las mujeres no presentan con mayor frecuencia actitudes negativas hacia su hermano deficiente mental que los hombres.

H4 Las personas con menor edad presentan con más frecuencia actitudes negativas hacia su hermano deficiente mental que las personas con mayor edad.

Ho4 Las personas con menor edad no presentan con más frecuencia actitudes negativas hacia su hermano deficiente mental que las personas con mayor edad.

H5 Las personas con mayor edad presentan con más frecuencia actitudes negativas hacia su hermano deficiente mental que las personas con menor edad.

Ho5 Las personas con mayor edad no presentan con más frecuencia actitudes negativas hacia su hermano deficiente mental que las personas con menor edad.

H6 Las personas con menor escolaridad presentan con más frecuencia actitudes negativas hacia su hermano deficiente mental que las personas con mayor escolaridad.

Ho6 Las personas con menor escolaridad no presentan con más frecuencia actitudes negativas hacia su hermano deficiente mental que las personas con mayor escolaridad.

H7 Las personas con mayor escolaridad presentan con más frecuencia actitudes negativas hacia su hermano deficiente mental que las personas con menor escolaridad.

Ho7 Las personas con mayor escolaridad no presentan con más frecuencia actitudes negativas hacia su hermano deficiente mental que las personas con menor escolaridad.

### 3.5 VARIABLES

#### Variable criterio ( o variable dependiente )

Las actitudes negativas y positivas que presentan las personas hacia el hermano deficiente mental.

#### Variable predictora (o variable independiente)

El sexo, la edad y la escolaridad de los hermanos del deficiente mental

### 3.6 DISEÑO DE INVESTIGACION

#### El diseño ex-post-facto .

"Es una investigación empírica sistemática en la que el científico no tiene control directo de las variables independientes porque sus manifestaciones ya han ocurrido o porque son inherentes, no manipulantes. Se hacen inferencias sobre las relaciones de ellas, sin intervención directa o a partir de la valoración concomitante de las variables independientes y dependientes". (28)

Este diseño es el mas útil para la presente investigación ya que es imposible tener control sobre la deficiencia mental por que esta es una variable que ya ha ocurrido. En este caso se tomará como X la variable independiente mientras que Y será designada como la variable dependiente.

### 3.7 DEFINICION DE LA MUESTRA

La muestra se constituyó por 27 sujetos que aceptaron participar en el estudio, de ambos sexos entre los 13 y 40 años de edad, cuya característica en común es que tienen un hermano deficiente mental que asiste al CENTRO DE EDUCACION ESPECIAL DE LA UNIVERSIDAD DEL VALLE DE MEXICO. No se hicieron restricciones en cuanto al nivel socioeconómico, religión,

raza, profesión, grado de educación escolar ni el estado civil de los hermanos.

Fueron excluidos aquellos hermanos que presentaban en algún problema o trastorno mental.

### **3.8 INSTRUMENTO**

Para fines de la investigación se utilizó una ficha de identificación, en donde se solicitaba a los participantes del estudio que indicaran su edad, el sexo, su nivel de estudios, su estado civil, su ocupación, el número de hermanos, el lugar que ocupa entre sus hermanos y con que familiares vivía en su casa. A diferencia del estudio de Sosa y Sabre (1987) no se consideró el número de años de casados ni el número de hijos, debido a que el objetivo de éste trabajo es el de identificar las actitudes de las personas que tienen hermanos deficientes mentales y no de todos los miembros de la familia. (ANEXO 1)

El instrumento utilizado es una escala de actitudes elaborada por Sosa y Sabre (1987) que consta de dos partes:

La primera es un cuestionario tipo Lickert, conformado por 57 reactivos referentes a cuatro subescalas que evalúan las actitudes hacia la integración de los deficientes mentales en el área familiar, académica, comunitaria y laboral. (ANEXO 2)

La segunda parte del instrumento es una escala desarrollada con la técnica de diferencial semántico, que consta de adjetivos opuestos .

La escala cuenta con 15 adjetivos positivos y 15 negativos, a través de la cual se evalúa la opinión que se tiene hacia el deficiente mental. (ANEXO 3)

Este instrumento fue aplicado previamente en un estudio por los autores Sosa y Sabre (1987) a una muestra de 164 padres de familia mexicanos de nivel socioeconómico medio-alto.

Para obtener la validez y confiabilidad del instrumento, los autores analizaron los datos obtenidos de la aplicación de las escalas mediante el coeficiente Alpha de Cronbach y del análisis factorial.

De acuerdo a éste análisis, encontraron consistencia en las respuestas del sujeto con respecto a las items del instrumento.



### 3.9 ESCENARIO

La aplicación se realizó en el salón de usos múltiples del edificio G de La Universidad del Valle de México plantel Tlalpan, en donde asisten personas que padecen deficiencia mental a recibir educación especial.

### 3.10 PROCEDIMIENTO

Se solicitó la cooperación de las autoridades correspondientes para citar a los hermanos de las personas deficientes mentales y poder llevar a cabo la aplicación del instrumento de Sosa y Zabre (1987).

a) Se citó a setenta y cinco sujetos hermanos de las personas con deficiencia mental que asisten al CENTRO DE EDUCACION ESPECIAL DE LA UNIVERSIDAD DEL VALLE DE MEXICO PLANTEL TLALPAN, el día 15 de Mayo de 1992 a las 17 horas en la recepción de este centro, de las cuales sólo aceptaron participar 27.

b) La aplicación se llevó a cabo en el salón de usos múltiples ubicado en el mismo edificio.

c) Se instaló en el salón a las personas y se les entregó el cuestionario y lápiz.

d) Se les explicó a los sujetos que la información ahí vertida era totalmente confidencial, por lo que se les suplicaba que contestaran con la mayor sinceridad posible. Las instrucciones textuales fueron las siguientes:

"A continuación aparecen una serie de afirmaciones que se refieren a personas. Por favor responda que tan de acuerdo esta usted con lo que dice cada afirmación". (escala tipo Lickert)

"A continuación aparece una serie de conceptos que se le pide que califique de acuerdo a su forma de pensar. Debajo de cada uno de los conceptos se encuentra una escala en la que puede evaluar el concepto. La escala tiene dos adjetivos opuestos separados por cinco espacios. Usted debe de poner una cruz (X) en el espacio que mejor exprese lo que piensa". (escala de diferencial semántico)

### 3.11 ANALISIS ESTADISTICO DE LOS RESULTADOS .

De acuerdo a los datos obtenidos de la aplicación del instrumento se llevó a cabo un análisis estadístico de la siguiente manera:

En primera instancia se procedió a analizar los reactivos de la escala total del instrumento mediante la discriminación de cada uno de estos a través de un análisis de frecuencias.

Posteriormente, se obtuvo la consistencia interna del instrumento a través del análisis de confiabilidad Alfa de Chronbach tanto en la escalatipo Lickert como en la escala de diferencial semántico. Y para conocer las diferencias por sexo, edad y escolaridad, se aplicó el análisis de varianza (ANOVA).

#### **IV RESULTADOS**

**IV. RESULTADOS****4.1.1 Población general**

La muestra está constituida por 27 sujetos, 14 hombres (52%) y 13 mujeres (48%). Cuadro n1

**CUADRO N.1****DISTRIBUCION DE LA POBLACION EN GENERAL**

<b>SEXO</b>	<b>TOTAL DE SUJETOS</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>HOMBRES</b>	14	52 %
<b>MUJERES</b>	13	48 %
<b>TOTAL</b>	27	100

## 4.1.2 Edad de la muestra

La edad de la muestra se distribuye en un 22% (4 hombres 15 % y 2 mujeres 7.4 %) con 13 años de edad, con el 11.1 % (3 mujeres) de 15 años de edad y 41% (3 hombres 11.1 % y 8 mujeres 29.6 %) mayores de 19 años de edad. Cuadro n.2

CUADRO N.2

## DISTRIBUCION DE LA MUESTRA POR EDAD

EDAD EN AÑOS	SEXO		PORCENTAJE
	H	M	
13	4 (15 %)	2 (7.4 %)	22 %
14	3 (11 %)	1 (3.7 %)	15 %
15	0 (0 %)	3 (11 %)	11 %
17	2 (7.4 %)	1 (3.7 %)	11 %
19 O MAS	3 (11.1%)	8 (29.6%)	41 %

TOTALES      12    44.5 % + 15    55.5% = 27 = 100 %

## 4.3 Estado civil .

Se observa que el 93% (13 hombres 48 % y 12 mujeres 44 %) son solteros y un 7% (1 hombre 3.7 % y 1 mujer 3.7 %) son casados. Cuadro n.3

CUADRO N.3

DISTRIBUCION DE LA MUESTRA POR ESTADO CIVIL

E. CIVIL	SEXO		PORCENTAJE
	H	M	
Casados	1(3.7%)	1(3.7%)	7%
Solteros	13(48.1%)	12(44%)	93%

TOTALES 14(52%)+ 13 (48%)= 27 100%

## 4.1.4. Escolaridad de la muestra

El nivel de escolaridad de la muestra se observa en un 52% (8 hombres 30% y 5 mujeres 18%) de sujetos con nivel secundaria, el 15% (1 hombre 4% y 3 mujeres 11%) de sujetos con nivel escolar de preparatoria, el 26% (4 hombres 15% y 3 mujeres 11%) de sujetos con nivel universitario y el resto con educación equivalente a técnico y secretarial. Cuadro n.4

CUADRO N.4

DISTRIBUCION DE LA MUESTRA POR ESCOLARIDAD

NIVEL	SEXO		PORCENTAJE
	M	F	
Primavera	1 (3.7%)	0 (0%)	3.7%
Secundaria	8 (30%)	5 (18%)	49 %
Preparatoria	1 (4%)	3 (11%)	15 %
Universidad	4 (15%)	3 (11%)	26 %
Técnico	0 (0%)	2 (7%)	7%

TOTALES 14 (53%) + 13 (47%) = 27%



**4.2 CONFIABILIDAD DE CADA UNA DE LAS ESCALAS DEL  
INSTRUMENTO DE SOSA Y SABRE**

El análisis de confiabilidad obtenido a través de la prueba Alfa de Chronbach arrojó los valores alfa presentados en la tabla I, tanto en la prueba total como en cada una de las escalas.

**TABLA I**  
**CONFIABILIDAD DE CADA UNA DE LAS**  
**ESCALAS DEL INSTRUMENTO SOSA Y SABRE**

<b>Dimensiones</b>	<b>Numero de reactivos</b>	<b>Valor alfa</b>
<b>FAMILIAR</b>	13	.8827
<b>ACADEMICA</b>	14	.8097
<b>COMUNITARIA</b>	17	.8298
<b>LABORAL</b>	13	.8941
<b>ESCALA TOTAL</b>	57	.9389

Cabe señalar que fue necesario quitar reactivos debido a que su correlación con la dimensión correspondiente fue menor a .20 es decir que esos reactivos tenían menos del 20% de confiabilidad por lo que se considera muy baja.

A continuación se presentan los reactivos eliminados de cada una de las escalas:

#### Escala familiar

Reactivo 5 "Es bueno que las personas con deficiencia mental estudien en grupos integrados en escuelas normales".

Reactivo 34 "Es conveniente evitar que las personas con deficiencia mental ocupen plazas de trabajo en una fábrica".

#### Escala Académica

Reactivo 22 "Los padres de hijos con deficiencia mental se sienten culpables de lo que son sus hijos".

Reactivo 49 "Una persona con deficiencia mental a pesar de ser torpe puede realizar algunos trabajos sencillos".

#### Escala Comunitaria

Reactivo 42 "Pienso que la mayoría de la gente humilla a las personas con deficiencia mental".

#### Escala laboral

Reactivo 14 "Las personas con deficiencia mental son perezosas al realizar actividades laborales".

Reactivo 23 "Un vendedor atiende de la misma manera a una persona deficiente mental que a una persona normal cuando acude a comprar algo" .

Reactivo 31 "Me es indiferente que haya personas con deficiencia mental a los lugares a donde yo voy".

#### 4.3 DIFERENCIAS ENTRE LAS ACTITUDES HACIA EL DEFICIENTE MENTAL DEL INSTRUMENTO SOSA ZABRE.

El instrumento Sosa y Zabre se encuentra constituido por 72 reactivos, de los cuales 57 conforman la escala tipo Lickert con 4 dimensiones (familiar, académica, comunitaria, y laboral) y 15 reactivos dan lugar a una escala de diferencial semántico.

De acuerdo al análisis de varianza (Anova) aplicado a los datos del instrumento Sosa y Zabre , se observo en la escala tipo Lickert lo siguiente:

ESCALA TIPO LICKERT .

TABLA III

DIFERENCIAS DE MEDIAS POR SEXO

DIMENSION	HOMBRES	MUJERES
FAMILIAR	2.18	1.83
ACADEMICA	2.21	1.85
COMUNITARIA	2.29	2.02
LABORAL	2.21	1.91

TABLA IV

## DIFERENCIAS DE MEDIAS POR EDAD

DIMENSION	EDAD	EN	AÑOS	
	10 A 15	16 A 20	21 A 24	25 O MÁS
FAMILIAR	2.45	1.45	1.53	1.91
ACADEMICA	2.41	1.47	1.58	2.38
COMUNITARIA	2.39	1.71	1.91	2.56
LABORAL	2.48	1.72	1.36	2.15

TABLA V

## DIFERENCIAS ENTRE MEDIAS POR ESCOLARIDAD

DIMENSION	ESCOLARIDAD					
	1	2	3	4	5	6
FAMILIAR	2.73	2.42	1.64	1.18	1.64	1.44
ACADEMICA	2.92	2.39	2.00	1.42	1.47	1.58
COMUNITARIA	2.69	2.39	2.44	1.50	1.79	1.48
LABORAL	3.10	2.41	2.10	1.20	1.80	1.48

- 1) PRIMARIA
- 2) SECUNDARIA
- 3) SECRETARIADO
- 4) TECNICO
- 5) PREPARATORIA
- 6) LICENCIATURA

TABLA VI

## DIFERENCIA DE MEDIAS TOTALES

DIMENSION	TOTAL
FAMILIAR	2.02
ACADEMICA	2.05
COMUNITARIA	2.17
LABORAL	2.08

Las medias más altas obtenidas en cuanto al sexo de los sujetos, tanto en la escala familiar, académica, comunitaria y laboral de localizaron únicamente en los hombres.

De acuerdo a las edades, las escalas familiar y académica tuvieron la media más alta en aquellos sujetos entre los 10 y los 15 años de edad; mientras que la media más baja se localizó en sujetos de 16 a 20 años. En la escala laboral la media más alta se observó en sujetos entre los 10 y los 15 años de edad, la media más baja se localizó en sujetos entre 21 a 24 años. En cuanto a la escala comunitaria, se observó la media más alta en sujetos de 25 años en adelante y la media más baja en sujetos entre los 16 y 20 años de edad.

En cuanto a la escolaridad , cada una de las escalas (familiar, académica, comunitaria y laboral) mostró sus medias más altas en los sujetos con educación primaria, mientras que las medias más bajas se observaron en los sujetos con nivel de educación técnica.

La media más alta se localizó en la escala comunitaria, mientras que la más baja se observó en la escala familiar.

#### ESCALA DIFERENCIAL SEMANTICO

Respecto a la escala de DIFERENCIAL SEMANTICO, los resultados fueron los siguientes:

TABLA VII

## DIFERENCIAS DE MEDIAS POR SEXO

ADJETIVOSEXO	HOMBRE	MUJER
1. Agradable-desagradable	2.57	2.08
2. Tratable-intratable	2.43	2.46
3. Estudiosa-perezosa	2.93	2.85
4. Pacifica-agresiva	2.36	2.62
5. Realizada-frustrada	2.93	2.62
6. Buena-mala	2.00	1.85
7. Capaz-incapaz	2.57	2.38
8. Inteligente-inepta	2.71	2.46
9. Responsable-irresponsable	3.07	2.38
10. Eficiente-ineficiente	2.36	2.38
11. Deseable-indeseable	3.07	2.23
12. Trabajador-flojo	2.71	2.38
13. Activo-pasivo	3.07	2.38
14. Utíl-inútil	2.43	2.08
15. Independiente-dependiente	3.50	3.23

TABLA VIII  
DIFERENCIAS DE MEDIAS POR EDAD

ADJETIVO	EDAD			
	1	2	3	4
1. Agradable-desagradable	2.38	1.50	2.20	4.00
2. Tratable-intratable	2.31	2.17	2.80	3.00
3. Estudiosa-perezosa	2.92	2.50	3.20	3.00
4. Pacifica-agresiva	2.46	1.33	2.20	3.00
5. Realizada-frustrada	3.08	2.33	2.40	3.00
6. Buena-mala	2.23	1.33	1.20	3.00
7. Capaz-incapaz	2.77	1.83	2.00	3.33
8. Inteligente-inepto	3.15	1.67	1.80	3.33
9. Responsable-irresponsable	2.85	2.00	3.20	3.00
10. Eficiente-ineficiente	2.62	1.93	1.80	3.33
11. Deseable-indeseable	3.08	1.67	2.20	3.67
12. Trabajador-flojo	2.77	2.00	2.20	3.33
13. Activo-pasivo	2.92	2.17	2.60	3.33
14. Util-inútil	2.38	1.50	2.20	3.33
15. Independiente-dependiente	3.69	2.17	3.40	4.33

- 1) 10 a 15 años de edad.  
2) 16 a 20 años de edad.  
3) 21 a 24 años de edad.



4)25 años en adelante.

TABLA IX  
DIFERENCIA DE MEDIAS POR ESCOLARIDAD

ADJETIVO	ESCOLARIDAD					
	1	2	3	4	5	6
1. Agradable-desagradable	3.50	2.38	5.00	1.00	2.00	1.86
2. Tratable-intratable	3.50	2.31	2.00	3.00	2.33	2.43
3. Estudiosa-perezosa	3.50	2.95	2.00	3.00	3.10	2.56
4. Pacifica-agresiva	3.00	3.00	4.00	2.00	3.33	2.00
5. Realizada-frustrada	3.00	3.00	4.00	2.00	3.33	2.00
6. Buena-mala	3.00	2.23	3.00	1.00	2.00	1.00
7. Capaz-incapaz	2.50	2.77	3.00	1.00	2.00	2.00
8. Inteligente-inepta	3.50	3.15	3.00	1.00	1.33	2.00
9. Responsable-irresponsable	3.00	3.00	3.00	3.00	2.33	2.29
10. Eficiente-ineficiente	3.50	2.62	3.00	2.00	1.67	1.71
11. Laseable-indeseable	3.50	2.23	3.00	2.00	2.00	1.71
12. Trabajador-flojo	3.50	2.85	3.00	3.00	2.67	1.57
13. Activo-pasivo	3.50	3.00	3.00	1.00	2.33	2.43
14. Útil-inútil	3.50	2.38	3.00	3.00	1.67	1.71
15. Independiente-dependiente	4.50	3.62	4.00	3.00	3.00	2.71

1. Primaria., 2. Secundaria., 3. Secretariado., 4. Técnicos.,  
5. Preparatoria., 6. Licenciatura.

TABLA X

## DIFERENCIA DE MEDIAS TOTALES

ADJETIVO	TOTAL.
1. Agradable-desagradable	2.33
2. Tratable-intratable	2.44
3. Estudiosa-perezosa	2.89
4. Pacífica-agresiva	2.78
5. Realizada-frustrada	2.78
6. Buena-mala	1.93
7. Capaz-incapaz	2.48
8. Inteligente-inepta	2.59
9. Responsable-irresponsable	2.74
10. Eficiente-ineficiente	2.37
11. Deseable-Indeseable	2.67
12. Trabajador-flojo	2.56
13. Activo-pasivo	2.74I
14. Util-inútil	3.37
15. Independiente-dependiente	3.37

El análisis de varianza (ANOVA) aplicado a los datos de esta escala reveló lo siguiente:

Respecto a la edad, los sujetos de 25 años en adelante presentaron las medias más altas en los adjetivos: agradable, tratable, pacífico, bueno, capaz, inteligente, eficiente, deseable, trabajador, activo, útil e independiente; mientras que los sujetos entre los 21 y 25 años tuvieron su media más alta en los adjetivos estudioso y responsable. Solo los sujetos entre los 10 y los 15 años obtuvieron su media más alta en el adjetivo: realizado.

En cuanto al sexo de los sujetos de la muestra, los hombres presentaron sus medias más altas en los siguientes adjetivos: agradable, estudioso, realizado, bueno, capaz, inteligente, responsable, deseable, activo, útil e independiente; mientras que en las mujeres se observaron las medias más altas en los adjetivos: tratable, pacífico y eficiente.

Las medias más altas que mostraron los sujetos con escolaridad primaria se localizaron en los adjetivos tratable, estudioso, bueno, inteligente, responsable, eficiente, deseable, trabajador, activo, útil e independiente; mientras que los sujetos con nivel secretarial mostraron sus medias más altas en los adjetivos: agradable, pacífica, realizada, buena y responsable. Por otra parte los sujetos con educación profesional obtuvieron sus medias más altas en los adjetivos pacífico, realizado, bueno, responsable, deseable, trabajador e

independiente; en cuanto a los sujetos con educación técnica las medias más bajas se encontraron en los adjetivos agradable, pacífico, realizado, bueno, capaz, inteligente y activo. Como se puede observar los sujetos con nivel secretarial mostraron sus medias más bajas en los adjetivos tratable y estudioso. Por último, las medias más bajas de los sujetos con educación secundaria se observaron en los adjetivos eficiente y útil.

De todos los adjetivos de la escala de DIFERENCIAL SEMANTICO, se observó la media más alta en el adjetivo "independiente" mientras que la media más baja se encontró en el adjetivo "bueno".

#### 4.4 CONCLUSIONES Y DISCUSION

##### 4.4.1 Actitudes presentadas hacia el deficiente mental de acuerdo al sexo.

La actitud más positiva que se da hacia el deficiente mental de acuerdo al sexo, se observa en las mujeres, ellas en la mayoría de los casos se muestran en TOTAL ACUERDO y en ACUERDO, tanto en considerar la integración de su hermano deficiente mental en la familia, en la educación escolar, en el área laboral y en la comunidad (escala tipo Lickert) como en elegir adjetivos más positivos para definir a su hermano (escala de diferencial semántico).

En base a este resultado se rechaza la hipótesis n.3 en la cual se considera que las mujeres presentan con mayor frecuencia que los hombres actitudes negativas hacia el deficiente mental.

Entre los estudios relacionadas al respecto se encuentra el de Susan M. Mc. Hale (1989) en donde se investiga la actitud que presenta un grupo de niños hacia sus hermanos sanos y la actitud que presenta un grupo de niños hacia sus hermanos que padecen deficiencia mental. Este estudio reveló que en las hermanas del deficiente mental se observaba cierta depresión, mientras que en los hermanos predominaba la competencia hacia el hermano discapacitado, mayor agresividad, síntomas como conducta punitiva, ansiedad y en ciertas ocasiones depresión. (30)

Estos resultados pueden entenderse por la condición propia de ser mujer, que es otorgada por su misma estructura biológica que le permite ser más tolerante al dolor físico y por la educación que tradicionalmente se le viene impartiendo, mediante la cual se le prepara para ser más fuerte ante el sufrimiento y ante las situaciones angustiantes es por ello que adopta una actitud más positiva y en ocasiones altruista ante los problemas.

Por otro lado, puede ser posible que la mujer reprima sus sentimientos mostrando solo los que se esperan de ella en base a los aspectos ya mencionados.

Es muy importante considerar que tanto en los sujetos masculinos como en los femeninos existen variables de tipo clínico que pueden estar afectando las actitudes que estos presentan, tal es el caso de la ansiedad, aspecto que denotaron más los hombres durante la aplicación de la prueba ante las constantes preguntas acerca de los cuestionamientos de la misma.

Otro aspecto importante es la agresión, la depresión e inclusive algún tipo de trastorno mental en el hermano que no fuera reportado en el expediente del paciente.

#### **4.4.2 Actitudes presentadas hacia el deficiente mental de acuerdo a la edad**

Los sujetos de 16 a 24 años son los que presentaron la actitud más positiva de la muestra, se observan en TOTAL ACUERDO y en ocasiones de ACUERDO en las dos escalas (escala tipo Lickert y escala de diferencial semántico).

Las actitudes que se observan en este grupo, pueden resultar contradictorias a las que se esperan, ya que este rango resulta amplio en cuanto a las características y responsabilidades que se adquieren dentro de estas edades. Por lo que tal vez estas respuestas sean una identificación con las actitudes de los padres, de quienes se espera por el asesoramiento y atención que reciben del Centro de Educación Especial (U.V.M.) una visión más positiva de la deficiencia mental.

Los sujetos entre 10 y 15 años de edad son los que mostraron una actitud intermedia ya que están de ACUERDO y en pocas ocasiones INDIFERENTES, tanto en la escala tipo Lickert como en la escala de diferencial semántico.

Esta actitud puede ser dada por una identificación con los padres como en el grupo anterior o por consiguiente puede ser resultado de falta de información acerca de su propio hermano deficiente mental y su padecimiento.



La actitud más negativa de la muestra se observa en los sujetos de 25 años en adelante, estos se comportan INDIFERENTES y en DESACUERDO cuando eligen adjetivos para definir a su hermano deficiente mental (escala de diferencial semántico). Aunque por otro lado cuando consideran la integración de su hermano deficiente mental (escala tipo Lickert) toman una actitud muy positiva, mostrándose en ACUERDO y en TOTAL ACUERDO. La actitud negativa puede darnos a entender que los sujetos de mayor edad son más maduros que los sujetos de menor edad en sus juicios por la experiencia que van adquiriendo al paso de los años, la cual les permite tener una visión más amplia. Por otro lado las actitudes positivas pueden indicar respuestas idealizadas referentes a la integración del hermano.

Mediante estos resultados se acepta la hipótesis n.5 en donde se menciona que la actitud más negativa hacia el deficiente mental se presenta en las personas con mayor edad .

Dentro de la literatura se localiza solo una investigación relacionada, en donde se estudiaron a 476 niños(as) entre 8 y 11 años de edad divididos en dos grupos. El grupo de tratamiento, convivió durante un ciclo de clases con deficientes mentales y el grupo control no tuvo convivencia alguna. Los resultados revelan que los niños(as) del grupo de tratamiento adoptaron actitudes más positivas hacia el deficiente mental que los niños del grupo control. (30)

Como podemos observar en los resultados la convivencia con el deficiente mental es de suma importancia, hasta el grado de lograr actitudes más positivas y favorables hacia ellos. Por lo que se puede suponer, que éste factor permite a los sujetos una visión más amplia sobre la deficiencia mental y sobre las personas que la padecen. Factor que es importante considerar en el presente estudio.

#### **4.4.3 Actitudes presentadas hacia el deficiente mental de acuerdo a la escolaridad**

Las actitudes que presentan los sujetos están relacionadas en su mayoría de acuerdo al grado de escolaridad que cursan. Es decir, a menor escolaridad se observa actitud menos positiva, a mayor escolaridad se presenta actitud más positiva .

Por lo que los sujetos con nivel de educación primaria toman la actitud más negativa, mostrándose en la mayoría de los casos INDIFERENTES y en otras ocasiones de ACUERDO tanto en la escala Lickert como en la escala de diferencial semántico. Actitud que puede suponerse por el poco grado de conocimientos que se adquiere en este nivel y que influye negativamente en la visión que se tiene de los problemas sociales.

Los sujetos con nivel secundaria mejoran su actitud con respecto a los anteriores ya que ellos se mantienen en la mayoría de los casos de ACUERDO y en otros pocos INDIFERENTES tanto en considerar la integración de su hermano deficiente mental, como al elegir adjetivos que los definan. Este resultado se podría explicar bajo el supuesto que la adquisición de conocimientos que a este nivel les permite una mejor visión que los sujetos con nivel de educación más bajo.

Por otro lado es posible que esta actitud se de por una identificación de los hijos con los padres. Los cuales al ser asesorados por el Centro de Educación Especial (U.V.M) tengan una mejor visión de la deficiencia mental.

En el caso de los sujetos con educación secretarial toman actitudes diferentes de acuerdo a la escala. En la escala tipo Lickert se muestran de ACUERDO y de TOTAL DESACUERDO, mientras que en la escala de diferencial semántico son más negativos permaneciendo de ACUERDO, INDIFERENTES, en DESACUERDO y en TOTAL DESACUERDO. Esta ambivalencia en las respuestas se puede deber por un lado a la construcción misma de las escalas, que en determinado momento estén midiendo diferentes aspectos, por lo que al responder los sujetos presenten actitudes opuestas.

Por otro lado el factor ignorancia puede influir en los sujetos, ya que al responder sobre algo que no conocen entran en confusión dando así respuestas que en determinado momento se contradicen.

Los sujetos con educación técnica presentan una actitud más positiva que los grupos anteriores, ellos se muestran en ambas escalas con actitudes de TOTAL ACUERDO, de ACUERDO y en algunas pocas INDIFERENTES. Esta respuesta por una lado nos puede hablar del grado de madurez que tienen los sujetos que se deciden por este tipo de estudio, que en su mayoría son personas que desean trabajar de una manera más rápida, ya sea por su edad o por las responsabilidades que tienen.

Por otro lado, tal vez este tipo de educación los dota de cierta experiencia para afrontar de una mejor manera los problemas sociales.

Se observa a nivel preparatoria en los sujetos tanto en la escala tipo Lickert como en la de diferencial semántico actitudes de TOTAL ACUERDO y de ACUERDO, con muy pocas actitudes de INDIFERENCIA. Es importante considerar que aunque se espera que este grado de estudios dota de mayores conocimientos a los sujetos para mejorar su visión de los problemas sociales, por otro lado sus actitudes pueden ser afectadas negativamente por factores de índole psicológico que trae consigo la etapa de adolescencia por la que cursan.

Por último los sujetos con nivel licenciatura fueron los que presentaron las actitudes más positivas del total de la muestra, permaneciendo en TOTAL ACUERDO y en ACUERDO. Actitud que se esperaba por el grado de conocimientos y madurez que se adquiere en este nivel.

En base a estos resultados se acepta la hipótesis n.6, la cual menciona que las personas con menor escolaridad presentan actitudes negativas hacia el deficiente mental de manera más frecuente que las personas con mayor escolaridad.

En el presente estudio no se localizaron investigaciones relacionados al respecto que pudieran servir de referencia.

Es importante al observar estos resultados tomar en cuenta que existen factores de orden psicológico tales como la ansiedad, la depresión, la agresión, los trastornos físicos y mentales; de igual manera los factores sociales tales como la respuesta típica que espera la sociedad de ciertos grupos, los factores familiares como sería la respuesta de cada uno de los miembros ante el problema y la dinámica familiar que se da cuando existe un miembro deficiente mental, así como también la estructura psíquica de cada individuo. Todos estos factores contribuyen positiva o negativamente en la actitud que presenta un sujeto hacia su hermano deficiente mental.

V SUGERENCIAS

## V SUGERENCIAS

La presente investigación tuvo como propósito fundamental hacer notar la gran necesidad de atención profesional que requieren los hermanos "sanos" de familias con hijos deficientes mentales.

Como se puede observar las investigaciones relacionadas al respecto son muy escasas en otros países y casi nulas en México, pero no por ello dejan de ser importantes, la literatura insistentemente reafirma esta necesidad de investigación y la misma práctica profesional lo constata.



Las investigaciones relacionadas en cuanto a la deficiencia mental hoy en día están muy avanzadas y de igual manera la atención que se le brinda a la persona que la padece es muy atinada. Por otro lado, en la misma línea de servicio al deficiente mental se ha procurado prestar atención y asesoría a los padres con hijos deficientes, atención que ha ido mejorando y se ha reflejado en logros. Pero irónicamente aún no se le ha prestado atención al hermano sano de la familia del deficiente mental ya que son pocas las instituciones que se dediquen a ello. Observación que resulta importante si deseamos ayudar a la persona que padece deficiencia mental, porque no podemos olvidar que el hermano sano forma parte de la familia y por ello se ve afectado de igual forma por lo que suceda en ella.

Por estos motivos se remarca la necesidad de atención en los sujetos con hermanos que padecen deficiencia mental. Atención que merezca ser dada por todos los profesionales de la salud y que también puede considerarse como una de las prestaciones que el CENTRO DE EDUCACION ESPECIAL DE LA UNIVERSIDAD DEL VALLE DE MEXICO facilite como un servicio social a sus pacientes.

ANEXO II

INSTRUCCIONES .

A continuación aparecen una serie de afirmaciones que se refieren a personas con deficiencia mental . Por favor responda que tan de acuerdo esta usted con lo que dice cada afirmación .

Existen cinco respuestas posibles :

TA : Total Acuerdo

A : Acuerdo

I : Indiferente

D : Desacuerdo

TD : Total Desacuerdo .

Encierre en un circulo la letra que corresponda a la respuesta que mejor exprese lo que usted piensa .

No marque dos repuestas para una misma afirmación y conteste todas .

Este cuestionario es anónimo por lo cual le agradecemos sea sincero en sus respuestas .

Gracias por su colaboración.

1.- Una persona con deficiencia mental  
puede tener responsabilidades en  
su casa .....

TA	A	I	D	TD
----	---	---	---	----

2.- Son pocas las empresas dispuestas a emplear a personas con deficiencia mental.....

TA	A	I	D	TD
----	---	---	---	----

3.- Las personas con deficiencia mental pueden decidir por sí mismas aspectos de su arreglo personal.....

TA	A	I	D	TD
----	---	---	---	----

4.- Me agrada encontrar en los sitios a donde yo voy a personas con deficiencia mental solicitando servicios.....

TA	A	I	D	TD
----	---	---	---	----

5.- Es bueno que las personas con deficiencia mental estudien en grupos especiales integrados en escuelas normales.....

TA	A	I	D	TD
----	---	---	---	----

6.- Las personas con deficiencia mental tienen capacidad para realizar un oficio.....

TA	A	I	D	TD
----	---	---	---	----

7.- Las personas con deficiencia mental pueden llegar a contribuir al gasto de su casa.....

TA	A	I	D	TD
----	---	---	---	----

8.- Las personas con deficiencia mental son un problema para la sociedad...

TA	A	I	D	TD
----	---	---	---	----

9.- Considero que las personas con deficiencia mental tienen derecho a recibir educación escolar.....

TA	A	I	D	TD
----	---	---	---	----

10.- Es conveniente que las personas con deficiencia mental elijan a sus amigos de la escuela.....

TA	A	I	D	TD
----	---	---	---	----

11.- Yo no le daría trabajo a una persona con deficiencia mental.....

TA	A	I	D	TD
----	---	---	---	----

12.- Es inútil tratar de educar a una persona con deficiencia mental.....

TA	A	I	D	TD
----	---	---	---	----

13.- A una persona con deficiencia mental  
se le debe de tratar de igual forma  
que a otro miembro de la familia....

TA	A	I	D	TD
----	---	---	---	----

14.- Las personas con deficiencia mental  
son perezosas al realizar activida -  
des laborales.....

TA	A	I	D	TD
----	---	---	---	----

15.- Si tuviera que compartir mi oficina  
con un compañero deficiente mental ,  
renunciaria.....

TA	A	I	D	TD
----	---	---	---	----

16.- Es preferible que las personas con  
deficiencia mental vayan a una escuela  
y no a un internado.....

TA	A	I	D	TD
----	---	---	---	----

17.- Tener un hijo con deficiencia mental  
es un problema para toda la familia.

TA	A	I	D	TD
----	---	---	---	----

18.- Me es difícil iniciar una plática con personas con deficiencia mental.

TA	A	I	D	TD
----	---	---	---	----

19.- Pienso que la presencia de un hijo con deficiencia mental provoca distanciamiento en los padres.....

TA	A	I	D	TD
----	---	---	---	----

20.- Me es fácil convivir con niños con deficiencia mental.....

TA	A	I	D	TD
----	---	---	---	----

21.- Una persona con deficiencia mental es incapaz de realizar tareas escolares...

TA	A	I	D	TD
----	---	---	---	----

22.- Los padres de hijos con deficiencia mental se sienten culpables de lo que son sus hijos.....

TA	A	I	D	TD
----	---	---	---	----

23.- Un vendedor atiende de la misma manera a una persona con deficiencia mental que a una persona normal cuando acude a comprar algo...

TA	A	I	D	TD
----	---	---	---	----

24.- Los padres de hijos con deficiencia mental deberían de evitar que sus hijos salieran a la calle .....

TA	A	I	D	TD
----	---	---	---	----

25.- Los padres de hijos con deficiencia mental evitan llevar a sus hijos a reuniones sociales.....

TA	A	I	D	TD
----	---	---	---	----

26.- Una persona con deficiencia mental puede realizar con eficiencia algunas tareas laborales.....

TA	A	I	D	TD
----	---	---	---	----

27.- Una persona con deficiencia mental tiene capacidad para estudiar....

TA	A	I	D	TD
----	---	---	---	----

28.- Si yo tuviera una fábrica emplearía a personas con deficiencia mental

TA	A	I	D	TD
----	---	---	---	----

29.- Una persona con deficiencia mental puede compartir las actividades recreativas de su comunidad.....

TA	A	I	D	TD
----	---	---	---	----

30.- Una persona con deficiencia mental es capaz de elegir a sus amigos.....

TA	A	I	D	TD
----	---	---	---	----

31.- Me es indiferente que haya personas con deficiencia mental en los lugares a los que yo voy.....

TA	A	I	D	TD
----	---	---	---	----

32.- No es conveniente integrar a las personas con deficiencia mental a las escuelas para alumnos normales...

TA	A	I	D	TD
----	---	---	---	----

33.- Una persona con deficiencia mental puede realizar tareas escolares.....

TA	A	I	D	TD
----	---	---	---	----

34.- Es conveniente evitar que las personas con deficiencia mental ocupen plazas de trabajo en una fábrica.

TA	A	I	D	TD
----	---	---	---	----



35.- Las personas que más podrían con -  
tribuir al desarrollo integral de  
una persona con deficiencia mental  
son sus familiares.....

TA	A	I	D	TD
----	---	---	---	----

36.- Es conveniente que las personas con  
deficiencia mental sean sobreprote-  
gidas por sus padres.....

TA	A	I	D	TD
----	---	---	---	----

37.- Una persona con deficiencia mental  
puede realizar sola sus compras en  
tiendas de autoservicio.....

TA	A	I	D	TD
----	---	---	---	----

38.- A las personas con deficiencia mental  
se les debe de pagar menos por el tra-  
bajo que hacen.....

TA	A	I	D	TD
----	---	---	---	----

39.- Debería de estar prohibida la entrada  
a personas con deficiencia mental a  
lugares públicos.....

TA	A	I	D	TD
----	---	---	---	----

40.- La familia de una persona con deficiencia mental debe respetar las decisiones que este tome.....

TA	A	I	D	TD
----	---	---	---	----

41.- Pienso que las personas con deficiencia mental no deben de tener los mismos derechos legales que las personas no deficientes.....

TA	A	I	D	TD
----	---	---	---	----

42.- Pienso que la mayoría de la gente humilla a las personas con deficiencia mental.....

TA	A	I	D	TD
----	---	---	---	----

43.- Una persona con deficiencia mental difícilmente puede elegir a sus amigos..

TA	A	I	D	TD
----	---	---	---	----

44.- Pienso que es imposible que las personas con deficiencia mental anden solas por su comunidad.....

TA	A	I	D	TD
----	---	---	---	----

45.- Rechazo a una persona con deficiencia mental porque no se comporta normalmente.....

TA	A	I	D	TD
----	---	---	---	----

46.- Las personas con deficiencia mental son capaces de realizar algunas tareas laborales.....

TA	A	I	D	TD
----	---	---	---	----

47.- Las personas con deficiencia mental deben de estudiar en escuelas exclusivas para personas con deficiencia mental.....

TA	A	I	D	TD
----	---	---	---	----

48.- Considero que las personas con deficiencia mental son capaces de manejar herramientas de trabajo.....

TA	A	I	D	TD
----	---	---	---	----

49.- Una persona con deficiencia mental  
a pesar de ser torpe puede realizar  
algunos trabajos sencillos.....

TA	A	I	D	TD
----	---	---	---	----

50.- Dede de evitarse que las personas  
con deficiencia mental vivan en  
internados alejados de sus padres...

TA	A	I	D	TD
----	---	---	---	----

51.- Una familia con hijos normales debe  
evitar la relación con familiares  
donde hay un miembro con deficiencia  
mental.....

TA	A	I	D	TD
----	---	---	---	----

52.- Hay actividades recreativas que las  
personas con deficiencia menta pue-  
den compartir con personas normales.

TA	A	I	D	TD
----	---	---	---	----

53.- En las escuelas normales deberían  
tener grupos especiales integrados  
para personas con deficiencia mental.

TA	A	I	D	TD
----	---	---	---	----

- 54.- Las personas con deficiencia mental  
tienen necesidad de establecer rela-  
ciones de pareja como cualquier otra..

TA	A	I	D	TD
----	---	---	---	----

- 55.- Una persona con deficiencia mental  
causa muchos problemas en un trabajo.

TA	A	I	D	TD
----	---	---	---	----

- 56.- Las personas con deficiencia mental  
deberían de estar en internados.....

TA	A	I	D	TD
----	---	---	---	----

- 57.- En cualquier empresa o fábrica hay  
trabajos que puede desempeñar una -  
persona con deficiencia mental.....

TA	A	I	D	TD
----	---	---	---	----

### ANEXO III

#### INSTRUCCIONES

A continuación aparecen una serie de conceptos , que se le pide que califique de acuerdo a su forma de pensar. Debajo de cada uno de los conceptos se encuentra una escala en la que debe de evaluar el concepto .

La escala contiene dos adjetivos opuestos separados por cinco espacios :

BUENO    \_\_\_    \_\_\_    \_\_\_    \_\_\_    \_\_\_    MALO  
          A     B     C     D     E

Usted debe de poner una cruz (X) en el espacio que mejor exprese lo que piensa . Si coloco la cruz en :

- A : Muy bueno
- B : Poco bueno
- C : Ni bueno ni malo
- D : Poco malo
- E : Muy malo

Entre más cerca ponga la cruz del adjetivo , esta más de acuerdo con él . Coloque la cruz con cuidado para que no quede así:

BUENO    \_\_\_    \_\_\_    X    \_\_\_    \_\_\_    \_\_\_    MALO  
          A     B     C     D     E

Responda a cada escala por separado y no vuelva atrás una vez que haya marcado algo . Conteste tan rápido como sea posible.

Gracias.

#### UNA PERSONA CON DEFICIENCIA MENTAL ES

Desagradable	___	___	___	___	___	Agradable
Tratable	___	___	___	___	___	Intratable
Estudiosa	___	___	___	___	___	Perezosa
Agresiva	___	___	___	___	___	Pacífica

Frustrada	_____	Realizada
Mala	_____	Buena
Capaz	_____	Incapaz
Inteligente	_____	Inepta
Irresponsable	_____	Responsable
Eficiente	_____	Ineficiente
Deseable	_____	Indeseable
Flojo	_____	Trabajador
Pasivo	_____	Activo
Útil	_____	Inútil
Dependiente	_____	Independiente.

Gracias. \_\_\_\_\_

**ANEXO I**

**CUESTIONARIO .**

**DATOS PERSONALES**

Edad : \_\_\_\_\_

Sexo : \_\_\_\_\_

Escolaridad : \_\_\_\_\_

Ocupación : \_\_\_\_\_

Estado civil : \_\_\_\_\_

Número de hermanos : \_\_\_\_\_

Lugar que ocupo entre mis hermanos : \_\_\_\_\_

En mi casa vivo con los siguientes

familiares: \_\_\_\_\_



## BIBLIOGRAFÍA

1.- Ajsen, I. y Fishbein, (1980). Actitudes and predicting social behaviour understanding. E.U.

2.- Antúnez, B. y Reyes, (1980). La familia del niño deficiente mental.

Tesis de licenciatura.

Facultad de psicología. UNAM México.

3.- Baldero, J., Govingli y Valgimigli, (1988)

La sexualidad del deficiente mental. CEAC.

Barcelona España.

4.- Baran, S., (1979). Bief reports.

Mental retardation. Augst.,

pag.193-194 E.U.

5.- Barbarame, J., (1988). Un niño

especial en la familia. Trillas. México.

6.- Blacher, J., (1984). Sequential stages of parental adjustment to the birth of a child with handicaps: factor artifact ?.

Mental retardation . Apr., vol.22,n.2, pag.55-68. EU.

7.- Byrne, E. y Cunningham, (1985). The effects of mentally handicapped children on families - a conceptual review. Journal of child Psychology and psychiatry and allied disciplines. Nov., vol.26, n. 6, pag.847-861. Great Britain.

8.- Breslau, N., (1982). Siblings of disabled children. Birth order and age-spacing effects . Journal of abnormal child psychology vol.10, n.1, pag.85-96. E.U.

9.- Calderón, R., (1990). El niño con disfunción cerebral. Noriega Limusa. México.

10.- Castells, P., (1977). El subnormal y la familia , Colección Los Marginados . España.

11.- Confederación Mexicana de Asociaciones en Pro del Deficiente mental A.C.  
La familia y el deficiente mental.  
México.

12.- Confederación Mexicana de Asociaciones en Pro del Deficiente Mental. A.C. La educación del niño deficiente mental. México.

13.- Confederación Mexicana de Asociaciones en Pro del Deficiente mental. A.C. La familia como factor de integración social. México.

14.- Confederación Mexicana de Asociaciones en Pro del Deficiente mental. A.C.

Conclusiones de padres y profesionales,  
2º encuentro "Personas primero". México.

15.- Coronado, Dr. G., (1980). Tratado sobre clínica de la deficiencia mental. Compañía Editorial Contreras. S.A. México.

16.- Edmunson, K., (1985). "The discovery of siblings". Mental retardation. Apr., vol.23, n.2, pag.49-51. E.U.

17.- Edgerton, J., (1980). El retardo mental. Madrid.

18.- Ehrenwald, J., (1975). Neurosis de la familia. Siglo Veintiuno Editorial. México.

19.- Faw, T., (1986). Teoría y problemas de psicología del niño. Mc Graw Hill. México.

20.- Gath, A. y Gumley, D., (1987). Retarded child and their siblings. Journal of child psychology and psychiatry and allied disciplines. vol.26, n. 5, pag.715-729. Great Britain.

21.- Hallaham, D. y James, (1979). Introducción to special education. Exceptional children. pag.188-189. Universidad de Virginia .E.U.

22.- Hollander, E., (1982). Principios y métodos de psicología social. Amorortu editores. B. Aires Argentina.

23.- Huerta, A., (1981). Problemas de aprendizaje. Tesis de educación especial. Sep. México.

24.- Ingalls, R., (1988) . Retrasado mental una nueva perspectiva. Manual moderno. México.

25.- Ingalls, B , (1990) Psiquiatría Teoría del sujeto psicoanálisis Editoriaal Siglo XXI México.

- 26.-Jasso, I.,(1991). El niño Down mitos y realidades .Manual moderno.México.
- 27.- Kerlinger N.,(1987). Investigación del comportamiento. Interamericana, México.
- 28.- Kaw, S.,(1978). Los demás hermanos de la familia , minusvalía y crisis. España.
- 29.- McHale, S. y Gamble,(1989).  
Sibling relationships of children with disabled and nondisabled brothers and sisters.  
Develpmental Psychology . May.,vol.25,  
n°,pag. 421-429. E.U.
- 30.- Mussen, Conger y Kagan, (1985).  
Desarrollo de la personalidad del niño.  
Trillas. México..
- 31.- Newberry M. y Parish,(1987).Enchancement of attitudes toward handicapped children through social interactions. The Journal ofsocial psychology. vol.127,n°.1,  
pag.59-62. E.U.

32.- Ochoa, S. y Rodríguez, (1984).

Alteraciones sociales más frecuentes en la familia del adolescente deficiente mental Tesis de licenciatura .Facultad de Psicología. UNAM.

33.- Parish, T., Dyck y Kappes, (1979).

Stereotypes concerning normal and handicapped children. The journal of psychology.

May., vol.102, pag.63-70. E.U.

34.- Riega, E., (1984). Importancia del apoyo de la familia del niño con retraso mental en los programas de aprestamiento de educación especial. Revista Mexicana de Psicología, n.º 1. México.

35.- Roakeach, M, (1978) Naturaleza de los actitudes Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales Tomo I. p.14,22

36.-Salud Mental, (1985). Revisión de la literatura internacional, "Una familia sana".

Dic., vol.8, n.4. México.

37.- Shakespeare, R., (1981). La psicología de la invalidez. CECOSA. México.

38.- Sosa y Sabra, (1987). Actitudes hacia la integración de personas con deficiencia mental.

Tesis de licenciatura. Facultad de psicología.UNAM. México.

39.- Summers, F., (1980). Medición de actitudes.

Abril.México.

40.- Torres, E., (1967). El niño deficiente mental en el ambiente familiar. Tesis de licenciatura.

Escuela Nacional de Especialización.

México.

41.- Valdés M. (1988). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Masson.S.A.

México.

42.- Valdes, B., (1970). Boletín de pediatría y deficiencia mental. Jun.,14, vol.XIV, n°54. México.

43.- Zazzó, R., (1983). Los débiles mentales.

Fontanella. España.