

34
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

IZTACALA

**INTEGRACION DE LOS PADRES AL
PROCESO TERAPEUTICO EN
EDUCACION ESPECIAL**

REPORTE DE TRABAJO

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA**

P R E S E N T A N

**MARISELA DURAN MARQUEZ
M. PATRICIA RODRIGUEZ ORTIZ**

DICTAMINADOR ASESOR:

**MTRO. J. VIDAL VARGAS SOLIS
LIC. MA. LUISA GONZALEZ OLIVARES
LIC. FRANCISCA BEJAR NAVA**



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.

RESUMEN:

Este reporte nos adentra al tema de la deficiencia mental; primero mediante un bosquejo histórico de como ha sido definida y tratada la deficiencia mental, en segundo lugar se hace una revisión de su etiología e índice de población así como las instituciones que la tratan.

Se aborda la problemática de la población de deficientes mentales que no tienen acceso a una escuela y se propone una alternativa... La formación de una Asociación Civil, se hace una descripción de como es que funciona el centro, explicando las funciones del psicólogo dentro de la institución. También se exponen resultados de un año de trabajo con padres y alumnos. Proponemos una alternativa de trabajo con padres originada a partir de la experiencia de un año.

Se finaliza con un análisis crítico tanto de los resultados obtenidos como de los errores cometidos, nombrando las ventajas y desventajas de la formación de una Asociación Civil, por último se sugiere se continúe el trabajo con padres iniciado por nosotras.

TRABAJOS CON
FALLA DE ORGANIZACIÓN

I N D I C E

Agradecimientos	
Presentación	I
Introducción	II
Justificación	XI

PRIMERA PARTE

LA EDUCACION ESPECIAL EN MEXICO

CAPITULO I	ANTECEDENTES HISTORICOS	1
CAPITULO II	LA EDUCACION ESPECIAL EN LA ACTUALIDAD	14
E)	Etiología General	15
b)	Descripción Clínica de los Niveles de Deficiencia Mental	19
c)	Índice de Población en México	36
CAPITULO III	AREAS DE COMPORTAMIENTO	40

SEGUNDA PARTE

ASOCIACION DE PADRES EN PRO DE PERSONAS

DEFICIENTES MENTALES A.C.

CAPITULO I	FORMACION DE LA ESCUELA DE EDUCACION ESPECIAL ECATEPEC (E.E.E.E.)	49
	Funciones de la Escuela de Educación Especial Ecatepec	56
a)	Actividades con personas deficientes mentales	61
b)	Actividades con padres de familia	64
c)	Trabajo conjunto a padres y niño	67
CAPITULO II	TRABAJO PSICOLOGICO EN LA E.E.E.E.	72
a)	Trabajo con alumnos deficientes	72
b)	Trabajo con padres	85

CAPITULO III	PRESENTACION DE DATOS Y RESULTADOS	... 115
CAPITULO IV	ANALISIS CRITICO DEL TRABAJO PSICOLOGICO REALIZADO EN LA E.E.E.E. 128
CAPITULO V	ALTERNATIVA METODOLOGICA 128
	ORIGINADA A PARTIR DE NUESTRA EXPERIENCIA EN LA E.E.E.E.	

Propuesta de un curso a padres de
 personas con deficiencia mental,
 con el objeto de sensibilizar y
 concientizar a los mismos en cuanto
 a la aceptación del hijo deficiente
 mental, a fin de integrar a la familia.

CONCLUSIONES	144
BIBLIOGRAFIA GENERAL	150
ANEXOS		

P R E S E N T A C I O N

El presente escrito tiene como finalidad exponer de una manera general, el producto del trabajo realizado a lo largo de doce meses en la Asociación de Padres en Pro de Personas Deficientes Mentales A. C., Escuela de Educación Especial Ecatepec, (E.E.E.E.).

Este reporte consta de 2 partes; La primera se refiere al aspecto teórico de la educación, profundizando en el área de Educación Especial y Rehabilitación, haciendo resaltar la participación del psicólogo en ésta. La segunda parte se refiere básicamente a la descripción de las funciones desarrolladas dentro de la institución en cuestión; como última parte se presenta la estructura final del reporte de trabajo.

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

Mucho se ha dicho acerca de la importancia de la educación en la sociedad, tal ha sido el interés e importancia, que es abordado por diferentes disciplinas teóricas, como son; Filosofía, Antropología, Sociología, Pedagogía y Psicología entre otras.

La Educación es un proceso histórico dado, mediante el cual el individuo aprende patrones de comportamiento culturales, ideológicos e intelectuales partiendo de la sociedad en que se desarrolla. Representa una plataforma fundamental para la preservación y producción de las relaciones sociales constituidas, es un espacio de consideración y reflexión, promueve la conciencia crítica y la transformación del hombre y por lo tanto de su medio.
(Tirado, 1985)

El interés de este reporte es analizar los aportes de la Psicología a la educación en el ámbito escolar.

La Psicología aporta al área educativa teorías de aprendizaje de las cuales se desprenden técnicas y métodos encaminados al logro de un mayor rendimiento escolar y todo lo que esto implica.

El aprendizaje es definitivo como un comportamiento debido a la experiencia dirigida a la solución de problemas,

III

(Tirado, 1983) un proceso por el cual el individuo sufre cambios en el comportamiento, modifica su desempeño, reorganiza las estructuras de su pensamiento, descubre nuevas maneras de actuar, nuevas ideas de información. (Aruda, 1982)

Otro de los aspectos que ha favorecido la Psicología a la educación es en cuanto a la medición, ya que nos ofrece un considerable número de herramientas que nos permite medir y cuantificar aspectos como inteligencia, socialización, personalidad y repertorios conductuales.

Es importante aclarar que la medición en Psicología no es con el fin de asignar una cantidad o dar un número, sino con el objeto de jerarquizar o clasificar la unidad de medida, (conducta).

Una de las limitaciones con que se enfrenta la medición psicológica es el aspecto situacional del sujeto (cansancio, motivación, comprensión de instrucciones) que se deben considerar para incrementar la validez de la evaluación. Otra limitante es la interpretación que se le da a los datos obtenidos, porque ésta se mezcla muchas veces con la ideología del evaluador.

Por otra parte la investigación y experimentación psicológica ha aportado avances a la educación puesto que es

IV

por ésta que han surgido técnicas y métodos que permiten la solución de problemas que mejoran el nivel de aprovechamiento escolar.

Los principios obtenidos a través de la experimentación son aplicados en el salón de clases no solo para incrementar el nivel de aprovechamiento intelectual, sino también para dar soluciones a situaciones en que la conducta del individuo está obstruyendo su buen desarrollo.

Una de las teorías psicológicas que abordan el tema es la conductista, la cual tiene como objetivo la explicación y/o modificación de la conducta; sus principios se han aplicado en el campo educativo, clínico, social, educación especial y rehabilitación, etc..

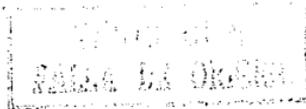
Sus principios básicos más usados son el reforzamiento y el castigo, de los cuales se derivan varias técnicas tales como: reforzamiento natural y condicionado, moldeamiento, encadenamiento, control de estímulo discriminativo, generalización, discriminación, extinción, castigo, tiempo fuera, costo de respuestas, estímulo instigador, estímulo de preparación, imitación.

Ahora bien, el psicólogo participa en el ámbito escolar elaborando la programación de contingencias de reforzamiento:

- Programación de material estímulo.
- Arreglo de contingencias al programa de materias formales y conducta moral (programas invisibles).
- En el jardín de niños el psicólogo ayuda a facilitar la adaptación debido al drástico cambio de ambiente (casa-escuela).
- Trabajo conjunto con consejeros, maestros y padres de familia para eliminar conductas problema (asesoría activa)
- Asistencia a maestros en cuanto a manejo de grupo y programación de materias.
- Adiestramiento y capacitación a personal auxiliar de maestros.

Hasta aquí se ha hablado del papel que juega la Psicología en el área de educación en general (visto desde el enfoque conductista).

El trabajo del psicólogo y los aspectos de la Psicología han contribuido favorablemente al trabajo e investigación en el área de Educación Especial y Rehabilitación, esta área se dedica a tratar los problemas de las personas llamadas " excepcionales, atípicas o especiales " dentro de este rango podemos encontrar casos muy variados como son: deficiencia mental, ceguera, sordera,



problemas de aprendizaje, lenguaje, coordinación psicomotora y otros.

La deficiencia mental es un trastorno permanente de la persona producido en los momentos iniciales de la maduración psicosomática y que se traduce en un déficit en todas o alguna de las regiones intelectuales por una alteración de las estructuras orgánicas y por una perturbación de la vida instintiva, volitiva y afectiva que conduce a una actitud frente a los problemas y situaciones de la vida que le dificultan el rendimiento de un trabajo útil y de una adecuada vida familiar y social. (Pérez, 1984)

En términos generales puede llamarse deficiente mental tanto a la persona que tiene dificultades para el aprendizaje de conducta académica, como al que no se vale por sí mismo para cubrir las necesidades más elementales como son el auto-cuidado y la seguridad personal.

Especificando, llamamos deficiente mental a la persona que su intelecto se encuentra por debajo del nivel normal presentando dificultades en su aprendizaje y/o madurez social.

En el área de Educación Especial se plantea como punto importante la clasificación de los niveles de deficiencia mental. Algunos teóricos toman como base de clasificación la

medida de la inteligencia (C.I.), partiendo del rango que se considera normal 90-110, aunque es muy importante aclarar que esta medida es relativa por lo que algunos estudiosos del tema no la consideran, dadas las implicaciones subjetivas que esto conlleva.

No obstante diversos autores concuerdan en afirmar que no basta el coeficiente intelectual para definir y clasificar al retardo, se requiere además una evaluación del grado de adaptación del individuo a su medio ambiente físico y social. (Galindo,1980)

La evaluación realizada para clasificar el nivel de deficiencia de cada niño dentro de la institución en cuestión no se ha basado en pruebas de personalidad ni de inteligencia, más bien en la detección de déficits o excesos de las diferentes áreas de su repertorio conductual.

" Desde el punto de vista conductual, desarrollado a partir de autores como Bijou (1975) y Ribes (1976), el desarrollo psicológico debe ser entendido como la adquisición sucesiva por parte del individuo de nuevos repertorios conductuales cada vez más complejas cualitativa y cuantitativamente en función de factores orgánicos, físicos y sociales. De ahí que Bijou haya sugerido el concepto de retardo en el desarrollo para sustituir el de

retardo mental de la Psicología tradicional y explicar los déficits de la conducta infantil." (Galindo,1984)

A partir de estos planteamientos se ha aplicado el concepto de retardo en el desarrollo para explicar todos los casos de excepcionalidad de la Psicología tradicional: mental, física, sensorial y social(aunque la excepcionalidad social, como se entiende tradicionalmente,es un tema de mucha controversia y del cual no hablaremos).

El concepto de retardo en el desarrollo hace énfasis en la conducta como objeto de estudio y no en entidades hipotéticas como la mente, el intelecto o procesos internos inferidos a partir de la conducta misma, sin embargo en el presente reporte utilizaremos el término de deficiencia mental por el hecho de que la razón social de la Institución en cuestión, así lo refiere (Asociación de Padres en Pro de Personas Deficientes Mentales A.C.), no obstante nuestra concepción teórica del tema concuerda totalmente con el concepto de retardo en el desarrollo.

Las áreas abarcadas para el estudio y tratamiento del desarrollo psicológico de un individuo con retardo, se dividen con fines de análisis y son:

REPERTORIOS BASICOS

Se refiere a aquellas conductas que como su nombre lo dice son básicas para el aprendizaje de conductas simples y complejas: atención imitación y seguimiento de instrucciones.

HIGIENE Y AUTOCUIDADO

Comprende conductas relacionadas con el cuidado y arreglo personal del sujeto: hábitos alimenticios, vestirse, peinarse, lavarse, controlar esfínteres.

ELIMINACION DE CONDUCTAS PROBLEMA

Aquellas conductas inadecuadas que interfieren con el aprendizaje por ejemplo: conductas de autoestimulación, autodestrucción, berrinches, hiperactividad, agresión.

LENGUAJE

Esta área se divide en: lenguaje receptivo; la capacidad del niño para conocer el medio ambiente físico y social que le rodea. Lenguaje expresivo; la capacidad del niño para expresar el conocimiento que tiene a cerca de sí mismo, de su medio, el vocabulario que maneja tanto en coherencia lógica como en fluencia. Articulación; emisión correcta de los diferentes fonemas.

SOCIALIZACION

X

Es el área que lo habilita en las conductas que le permiten adaptarse y responder con las reglas adecuadas a los diferentes ambientes sociales: familiar y escolar.

AREA ACADEMICA

Las conductas académicas se refieren a todas aquellas formas de comportamiento que estan ligadas a objetivos educacionales como leer, escribir, calcular ,etc.

AREA MOTRIZ

Se refiere a conductas encaminadas al refinamiento del control muscular, incremento de movilidad corporal y establecimiento de conductas como: caminar, sentarse, brincar, agarrar objetos pequeños recortar.(motriz fina y gruesa).

Sin embargo el trabajo psicológico en el área de Educación Especial no se limita al deficiente mental, sino que incluye a la familia y más concretamente a los padres. Es bien sabido que el hecho de tener un hijo con retardo en el desarrollo es un impacto muy fuerte para cualquier persona, seguido por la depresión y muy frecuentemente por complejo de culpabilidad, rechazo familiar y demás problemas que atrae en la dinámica intrafamiliar, de ahí que se haga necesaria la concientización paralela a la preparación de sus hijos deficientes, sensibilizándoles acerca de la

TESIS CON
YALLA DE ORIGEN

importancia de su colaboración en la educación y tratamiento de su hijo. Haciéndoles comprender la diferencia que existe entre una educación especial y la educación tradicional o normal. Enfatizando en la aceptación e integración del hijo deficiente mental.

Ahora bien, la participación del psicólogo dentro del área de Educación Especial contempla la:

- Evaluación del repertorio conductual del sujeto y su medio.
- Diseño y aplicación de programas de rehabilitación de acuerdo con las características individuales del afectado.
- Investigación encaminada a evaluar los factores que determinan el comportamiento, los diferentes instrumentos de medición, las condiciones para llevar a efecto una tecnología y las aportaciones de otras disciplinas al campo de la Psicología.
- Entrenamiento a padres a fin de agilizar la evolución del desarrollo del niño deficiente.

J U S T I F I C A C I O N

El retardo en el desarrollo es un problema cuya etiología es variada, encontrándose aspectos sociales, conductuales y biológicos que interactúan entre sí. Aunque se puede hablar que las condiciones sociales tienen un papel importante en la ocurrencia de éste. Podemos citar como ejemplos: la desnutrición, el alcoholismo, la prostitución, etc., que propician una mayor incidencia.

En México, el índice de casos de personas con retardo en el desarrollo (según datos de 1963) es del 3% de la población total, lo que representa 2 millones de personas si se considera a la población total de 65 millones de habitantes, esta cantidad no incluye casos de impedimentos físicos o sensoriales (ceguera, sordera, déficits motores), que conforman cerca del 1.6% de la población total. Como se puede apreciar este índice es muy alto, el problema se agudiza si consideramos que el mayor número de estos casos ocurre en estratos socio-económicos muy bajos. (Velasquez, 1989)

En la actualidad los problemas de desempleo, desnutrición, analfabetismo y crisis económica, hacen menos posible la atención y ayuda que el Estado pudiera tener hacia la población que requiere Educación Especial.

Aún bajo este negro panorama la Secretaría de Educación Pública (S.E.P.) tiene bajo su responsabilidad las Escuelas de Educación Especial que atienden un porcentaje de la población con problemas de deficiencia mental, sin embargo esta medida es insuficiente dado que son pocos los centros para abarcar a toda la población. Por lo tanto, el grupo (reducido) atendido por estos centros es seleccionado de acuerdo al grado de " educabilidad " que el niño presente, el coeficiente intelectual y las habilidades que le permitan un grado considerable de autosuficiencia.

Ante esta medida queda fuera un alto porcentaje de la población con retardo que requiere estos servicios. Es por esto que se hace necesaria la creación de escuelas de Educación Especial particulares, aunque el costo de esta educación es alto dado que participan en ella profesionales especializados: psicólogos, terapeutas de lenguaje, trabajadores sociales, médicos; y lógicamente la más afectada es la población de bajos recursos económicos, puesto que no pueden sufragar estos gastos.

Frente a esta problemática surge la creación de Asociaciones de Padres que se han organizado para formar centros escolares que atienden las necesidades de sus hijos.

El trabajo en este centro escolar implica la vinculación de los padres, los niños y los profesionales en

TEJIS CON
FALLA DE ORIGEN

el tratamiento del retardo en el desarrollo, uno de los objetivos principales del programa de trabajo es involucrar activamente a los padres, para que sean ellos los encargados del tratamiento de sus hijos. Los padres constituyen la fuente de los estímulos provocadores y reforzadores que producen y mantienen las conductas deseables e indeseables. Por lo tanto un procedimiento lógico para la modificación de conducta del niño implica el cambio de la conducta de los padres.

La participación de los padres en el tratamiento permite la concientización y adaptación del problema, la adquisición de información teórica que puede ser transmitida a familiares y vecinos, formando así una medida de prevención del retardo.

Por otro lado esta intervención del psicólogo puede ser más valiosa colaborando con otros profesionistas para lograr avances más significativos y romper viejos problemas que se habían venido presentando, como por ejemplo la falta de información de las metas y logros de los niños con retardo, por parte de médicos y maestros.

Este trabajo multidisciplinario representa una forma de obtener resultados más rápidos, eficaces y duraderos.

El objetivo principal que se persigue es enseñarle al individuo con retardo las habilidades que le permitan lograr su independencia, autosuficiencia física, social y económica, así como una mayor adaptación al medio que lo rodea.

ANALISIS DE PUESTO Y RESUMEN
DE LAS ACTIVIDADES DESEMPEÑADAS
EN LA ESCUELA DE EDUCACION
ESPECIAL ECATEPEC.

" ASOCIACION DE PADRES EN PRO DE PERSONAS DEFICIENTES
MENTALES A. C. "

El trabajo psicológico desempeñado en esta institución abarca dos ámbitos que son: el que se refiere al trabajo directo con los niños deficientes mentales, y el realizado con los padres de los mismos.

Nuestra participación en el trabajo directo con los niños deficientes incidía en las áreas de evaluación, planeación, programación y tratamiento.

EVALUACION

En el área de evaluación las funciones son las siguientes:

Entrevistar, evaluar y registrar para recabar la

información necesaria a fin de realizar un reporte de diagnóstico.

- Realizar una evaluación a mediados y al final del periodo escolar.

PLANEACION Y PROGRAMACION

- Planteamientos de objetivos generales y específicos de

cada una de las áreas de rehabilitación.

- Realización de los programas de tratamiento, tomando en cuenta características individuales y grupales.
- Revisión de material bibliográfico para la realización de los programas.

TRATAMIENTO

- Aplicación de las técnicas de modificación de conducta

para la enseñanza-aprendizaje de los objetivos planteados en el programa.

- Registro de objetivos alcanzados a lo largo del tratamiento.
- Llevar a cabo la generalización y seguimiento de los objetivos alcanzados en el salón de clases hacia otros ámbitos: familiares y sociales.

Referente al trabajo con los padres realizamos las siguientes actividades:

- Organización elaboración y realización de programas de apoyo emocional y socialización (campamentos, visitas a: museos, centros recreativos, culturales).
- Organización y elaboración del programa de " Entrenamiento a Padres en Técnicas de Modificación de Conducta ".
- Organización de festejos cívicos y sociales de acuerdo al calendario escolar.

Lo señalado anteriormente sirve como base para el desarrollo de otro de los objetivos de este proyecto: Analizar cualitativa y cuantitativamente los logros de los programas de Apoyo Emocional y de " Entrenamiento a Padres en Técnicas de Modificación de Conducta

Nada puedes enseñarle a un hombre; sólo puedes ayudarlo a que lo descubra dentro de sí mismo.

GALILEO

A N T E C E D E N T E S H I S T O R I C O S .

Este capítulo expondrá brevemente los cambios que se han venido suscitando respecto al trato que da la sociedad a las personas deficientes mentales desde la época antigua hasta nuestros días.

Los primeros datos que se tienen se remontan a la época antigua donde los atípicos eran considerados monstruos y como tal los martirizaban y torturaban.

El siguiente dato corresponde a la edad media, donde se les ridiculizaba y eran considerados como idiotas, los reyes los tomaban como pasatiempo para divertirse; es claro advertir y notar que en ese tiempo las creencias e ideas acerca de leyendas, dioses y castigos era muy natural por lo que a los atípicos se les consideraba como resultado o parte de esas historias; estaban muy lejos de considerar que el atípico era una "persona" y como tal sentía y pensaba.

En esta época lo que tenía mayor importancia, era el trabajo, por tanto el dinero y por lo consiguiente el poder, así por ejemplo: una familia entre más hijos tenía más productiva resultaba, dado que tenía más manos para trabajar; entonces la persona atípica era más improductivo y

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

además una carga económica y moral, representaba una ofensa a la familia por lo que se le eliminaba.

Posteriormente, la Iglesia al considerarlos como poseídos por demonios los torturaban, sin embargo al pensar que no los podían matar porque iba en contra de las reglas de la religión, se penso en recluirlos en un sitio alejado de los poblados para que no estuvieran mezclados con la gente "normal", para esto se construyeron los monasterios donde son encerrados; es importante hacer notar que en éste tiempo no se veía diferencia entre el psicótico, esquizofrénico y el atípico, por lo tanto eran recluidos juntos. Ningun grupo social lo consideraba un ser humano y por lo tanto no se interesaban en su atención y progreso, incluso era rechazado por la misma familia.

En el siglo XVI, en el año de 1550 para ser exactos, Pedro Ponce de León se interésa por el aprendizaje de los sordos y creó un método de oralización. Se podría decir que este es el inicio de lo que sería la Educación Especial aunque en éste caso no sean los sordos propiamente deficientes mentales, sin embargo se inicio lo que llevaría posteriormente al estudio de éstos.

Dos siglos después Jean Itardi casualmente encontró a un niño en estado semi-salvaje, lo llevo a su casa y lo empezo a "adiestrar", despues de 5 años de adiestramiento

agudizó su oído, adquirió conductas de socialización y memoria.

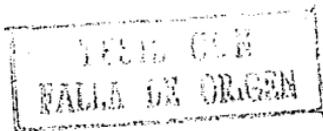
Esta experiencia hizo despertar la idea, (aunque no con mucha fuerza) de una intervención de la mano del hombre (adiestramiento) podría tener logros en estas personas.

En este mismo siglo Edward Seguin marca un cambio considerable en la historia del deficiente mental, creó un método de rehabilitación motora para el desarrollo muscular y adiestramiento de los sentidos; trabajó año y medio con un niño deficiente mental y logró muchos progresos en el desarrollo de sus sentidos, memoria y lenguaje, con ésto demostró que son susceptibles de aprender.

Es en 1837, cuando se les asigna el término de "Idiotas" con fines de clasificación en el área médica; Y en varios países del mundo se abren escuelas para "Idiotas".

En México, en el año de 1867, Benito Juárez, entonces presidente de la Republica, funda la Escuela Nacional de Sordo-Mudos y en 1870 la Escuela para Ciegos.

En este tiempo, el interés por la atención y cuidados al atípico se había despertado en grupos sociales, como los intelectuales y profesores particulares.



Pero aún no despertaba el interés científico para investigar y prevenir el problema, por lo tanto la ayuda institucional que se podría recibir era nula, en el caso de México Benito Juárez inicio el apoyo a la Educación Especial con los ciegos y sordos, pero éste interés quedo parado o congelado dado que es hasta principios del siglo XX cuando se retoma el interés por el atípico. Probablemente esto se debio a causas políticas durante el gobierno de Porfirio Díaz dado que el interés primordial de esa época era la industrialización y hacia allí se encaminaron todas sus acciones; Posteriormente viene la Revolución Mexicana y una serie de problemas económico-político y sociales que vive el país en esa época, lo que desvía la atención totalmente de la Educación Especial.

Es al inicio del siglo XX cuando se definen en México programas apegados al método científico y la escuela primaria se hace obligatoria, al asistir todos los niños (o casi todos) a la escuela se empiezan a notar a los niños menos dotados y se dan clases especiales paralelas a la educación normal. Así mismo el término "Idiotas" se cambia por el de retrasado mental, actualmente se le conoce como deficiente mental.

Es el Dr. José de Jesús Gonzáles (científico) el primero que se dedica al estudio del deficiente mental en

México, por lo que organiza la primera escuela para débiles mentales en la Ciudad de León Guanajuato en 1914.

Años después en 1921 en la Ciudad de México se reunió el primer Congreso Mexicano del niño, es aquí donde el Dr. Santamaría se refirió a la necesidad de orientar sobre bases científicas la higiene escolar y la educación de los niños deficientes y anormales de diversos tipos mentales y físicos. Se planteó las clases anexas especiales en escuelas exclusivas o institucionales de internados bajo el cuidado de maestros especializados.

En el período de 1919 a 1927 se fundan 2 escuelas de orientación para varones y mujeres y en la Universidad Autónoma de México se forman grupos de capacitación e investigación pedagógica para atención del deficiente mental.

En Guadalajara Jalisco, el profesor Salvador M. Lima autor del libro " Los niños moral y materialmente abandonados", funda una escuela para niños débiles mentales.

Por otra parte en 1924, el Dr. Santamaría inicia la clasificación de alumnos en algunas primarias, mediante el estudio y la adaptación de pruebas de inteligencia.

En 1929 el Dr. José de Jesús Gonzáles, planteó la necesidad de crear una escuela modelo en la Ciudad de México, la cual se fundó en 1932 y lleva su nombre.

Durante el año de 1930, algunos estudios muestran la influencia del ambiente en donde se desarrollan los niños así como el factor hereditario, ambos son determinantes y muy importantes en la educación del niño. Es en este tiempo que se muestra un cambio social, en la actitud de las personas que rodean al deficiente mental, se empieza a concientizar a los familiares de no aislar a la persona con este problema. Por otra parte se encontraron con la necesidad de implantar técnicas educativas actualizadas, por lo cual se creó el Depto. de Psicopedagogía e Higiene Escolar así mismo un pequeño centro de investigación de los problemas de aprendizaje en niños de primaria.

Un hecho relevante fué el intitucionalizar la educación especial en nuestro país, fué el Dr. Roberto Salinas Quiroga quien planteó al ministro de Educación Pública, tal necesidad en el año de 1935.

Este cambio no solo quedo a nivel de los alumnos, sino tambien vino a dar un giro al profesorado de México, ya que en 1936 se funda el Instituto Nacional Psicopedagógico. Y mas tarde en 1937 abre sus puertas la clínica de la Conducta y Ortolalia.

Así mismo en 1941 el Lic. Octavio Vejar Vazquez accede a las peticiones del Dr. Solís Quiroga para la creación de una escuela de Especialización de maestros en Educación Especial. En diciembre del mismo año se envió a la cámara legislativa el proyecto de Reforma de la Ley Orgánica de Educación, la cual es aprobada y entra en vigencia al año siguiente.

El 7 de Junio de 1943 empieza a funcionar la escuela para maestros especialistas en Educación Especial en el Instituto Médico Pedagógico.

Con carácter experimental se instalaron 2 grupos diferenciales en la escuela Anexa a la Normal de Maestros en 1942, dos años más tarde este número se incrementó a 10 grupos experimentales instalados en diferentes escuelas primarias del Distrito Federal, las cuales desafortunadamente desaparecieron en 1945.

Poco a poco la Educación Especial va teniendo mayor importancia y en 1954 se creó la Dirección General de Rehabilitación.

En cuanto a las carreras relacionadas con Educación Especial, estas van en aumento, en 1955 se agrega a la Escuela de Especialización la carrera de Especialista en el tratamiento de los lesionados del aparato locomotor.

Es así que tanto carreras como instituciones para deficientes se extienden, no solo en la capital sino también en diferentes Estados de la República: En Oaxaca se funda la escuela de Educación Especial en 1958, también en las Ciudades de Mérida, Saltillo, Culiacan, Tampico, Colima, Hermosillo y Monterrey, comienzan a fundarse a iniciativa de los maestros egresados de la Normal de Especialización.

Manuel López Davila oficial mayor de la S.E.P. interesado en la educación especial creó en 1959 la oficina de Coordinación de Educación Especial de la Dirección General de Educación Superior.

En este mismo año la profesora Odalmira Mayagoitia, propone la atención temprana del deficiente mental.

Por otro lado, la fundación de escuelas sigue en aumento, en 1960 se fundan las primarias de perfeccionamiento 1 y 2, y al año siguiente las 3 y 4. En 1962 se inaugura la escuela para niños con problemas de aprendizaje en Cordoba Ver. bajo la dirección de la maestra Rosa María Gonzáles, en este mismo año se inician las actividades en la escuela mixta de adolescentes, los cuales son separados en 1963 al crearse la escuela de adolescentes mujeres.

En 1964, el interés va más allá de los niños con deficiencia leve o moderado ya que se crean los centros para recibir a aquellos casos que no fueron aceptados en las escuelas de perfeccionamiento por sus características.

En 1966, se crean dos escuelas más, una en Santa Cruz Meyehualco y la otra en Sn. Sebastian Tecoloxtitlán, durante los 7 años en que la profesora Mayagoitia estuvo al frente de las Coordinaciones de Educación Especial, logra la apertura de 10 escuelas en el D.F. y 12 en el interior del país Monterrey, Aguascalientes, Puebla, Tampico, Córdoba, Saltillo, Colima, Mérida, Culiacan, Hermosillo, Chihuahua y San Luis Potosí.

En septiembre de 1966 la profesora Mayagoitia se hace cargo de la dirección de la Escuela Normal de Especialización, realizó una reforma en los planes y programas de esa institución.

Es en 1967 cuando se tienen datos de la Iglesia en relación al deficiente mental, cuando el Santo Padre Pablo VI dirige una carta al primer congreso de la Asociación Internacional, para el estudio científico de la deficiencia mental; donde se postularon "Los derechos del Deficiente Mental" su condición de SER HUMANO disminuido y sobre todo los insoslayables deberes de la sociedad hacia ellos y el

reclamo de un trato justo y de una legislación protectora para ellos.

En 1968, los conceptos se ratificaron y ampliaron en la "Declaración de los Derechos Generales y Especiales de los Retrasados Mentales" establecidos en 7 artículos.

Como podemos ver las condiciones del D.M. son cada vez más favorables puesto que ya no son rechazados por la totalidad de la población sino por el contrario se busca una mayor integración tanto familiar como social, al hacer de ellos personas socialmente activas y productivas.

Por otro lado, el número y calidad de las escuelas tanto para niños deficientes como para los profesores de los mismos, sigue en aumento, se funda la Asociación Mexicana de Especialización de Dislexia en 1972, y el profesor Jesús Valdez instituye la carrera técnica en problemas de aprendizaje.

En el período 1970-76 se empezó a experimentar los primeros grupos integrados en Distrito Federal y Monterrey, aparecen los primeros centros de Rehabilitación y Educación Especial (CREE) así como las primeras coordinaciones.

Hasta aquí hemos visto como es que ha ido en evolución el concepto y tratamiento del D.M. por el Estado, sus

esfuerzos han dado frutos sin embargo, son insuficientes para dar atención a toda la población con problemas de deficiencia mental y aprendizaje. La SEP da educación a la población con un C.I. que le permita ser " educable y entrenable"sin embargo un grupo numeroso de deficientes mentales de los llamados"severos o profundos" quedan fuera de estos centros si bien porque no hay cupo ó porque no cumple los requisitos de admision ó el lugar de ubicación es muy muy lejano. En el caso de los centros particulares, el limitante mayor (para que el niño asista a la escuela) es el factor económico, dado que resultan inaccesibles para las clases bajas.

Ante esta problemática surge como solución la idea de formar una escuela donde se le diera atención a todo aquel niño D.M. que lo solicite y de acuerdo a sus recursos económicos y no importando las características de su deficiencia, una escuela donde el padre este presente y si así lo desea , que sea capacitado. Es entonces cuando surge la idea de formar una confederación que agrupará a las asociaciones de padres de familia con hijos deficientes mentales de toda la República y al año siguiente queda constituida la Confederación Mexicana de Asociaciones en Pro- del Deficiente Mental.

C O N C L U S I O N E S

Como podemos ver el trato a las personas deficientes mentales dió un cambio realmente favorable a partir del siglo XVIII ya no eran tratados como monstruos ni poseídos y ya no se les ridiculizaba abiertamente.

Poco a poco se concientiza a la gente de que son personas como todas las demás susceptibles de aprender y sentir como todo el mundo, este interés empieza por particulares y despues por médicos, científicos, profesores etc. Se les va dando un lugar en la escuela, en la familia y en la sociedad.

Se crean primeramente clases aisladas para ellos, las cuales con el tiempo adquieren importancia hasta el punto de crear escuelas para D.M. ; y la Dirección de Educación Especial, de la SEP.

En relación al profesorado, las universidades dan cavidad a nuevas especialidades relacionadas con la Educación Especial.

Hoy en día no solo se ve el interés en la educación del D.M.; sino que contempla la educación al padre, (propiciando su concientización) y más aún concientizando a toda la sociedad de que la persona deficiente tiene los mismos derechos y debéres que los demás, que es un ser activo y por

lo mismo productivo capaz de trabajar en diversas actividades.

Como podemos ver la Iglesia también tomó partido ya que por medio de ésta se postulan los derechos del deficiente mental.

La ONU también proclama los derechos del deficiente mental establecidos en 7 artículos y como un logro más podemos citar el hecho de que en 1982 fué declarado a nivel mundial el año del "DEFICIENTE MENTAL".

Actualmente, ha ido creciendo la importancia que se le da al deficiente mental ; abarcando las áreas familiar, escolar y profesional.

Se ha alentado la investigación encaminada a identificar las causas que originan este problema a fin de encontrar formas de prevenirlas. Es por ello que en el siguiente capítulo se estudiará la etiología de cada problema en especial, Sordera, Síndrome de Down, Parálisis Cerebral etc.

C A P I T U L O I I

LA EDUCACION ESPECIAL EN MEXICO EN LA ACTUALIDAD

Revisando la literatura existente al respecto, hemos encontrado, que las definiciones que se han hecho sobre la deficiencia mental coinciden al postular que es una inadaptación al medio ambiente familiar como resultado de lesiones orgánicas a nivel corteza cerebral; repercutiendo en todas las áreas de desarrollo (afectiva, social, emocional y física) y el grado de afección o daño dependerá de la gravedad de éste y de la edad a la cual se inicie el tratamiento de rehabilitación en el niño.

En la actualidad mucho se ha hablado acerca de la definición o término que se usa para referirse a la deficiencia mental. Así por ejemplo, se le ha llamado Amencia, Oligofrenia, Excepcionalidad, Atipicidad, Subnormalidad mental, Debilidad Mental y Retraso Mental; los dos primeros términos han sido descartados, los dos siguientes no son muy deseados por su ambigüedad. En Modificación de Conducta se le refiere como Retardo en el desarrollo porque una o varias de sus habilidades conductuales se encuentran menos desarrolladas de lo que corresponde a una persona normal (Guevará, 1984). Ahora bien, el término Deficiencia Mental es usado indistintamente por la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) como en otras instituciones que

tienen como objeto de estudio al deficiente mental. Por lo cual en este trabajo utilizaremos el término Deficiente Mental(D.M.) dado que en ningun momento interfiere con el objetivo de éste reporte, además de ser el término utilizado en la Institución a la que se refiere el presente trabajo.

La lesion o daño orgánico que altera al sistema nervioso y neurológico del individuo es "irreversible" , es decir , el deficiente mental lo será hasta que muera. Sin embargo la deficiencia mental no es una enfermedad y por lo tanto no hay cura, sin embargo los factores ambientales tienen mucho que ver para que el niño D.M. pueda adaptarse a su medio ambiente en mayor o menor grado. Es decir que la deficiencia mental está en relación directa con los factores del medio ambiente en que se desenvuelva el niño.

Así como los factores factores del medio ambiente son importantes en el niño D.M. para su tratamiento, también es importante el estudio de la etiología, dado que la mayoría de los casos de deficiencia mental tienen asociación con un problema biológico comprobable, ya sea a nivel genético, neurológico, nutricional o sensorio-motriz.

a.- Etiología General.

Con fines preventivos se ha hecho un riguroso estudio de las causas de la deficiencia mental, se han encontrado

alrededor de 200 (Moreno,1971), pero aún así no es posible determinar con exactitud la causa o causas directas de las mismas; No obstante los diferentes estudiosos del tema las agrupan o clasifican de diferentes maneras. Trataremos de dar un cuadro resumido que exponga en general las clasificaciones más comunes en el campo de la deficiencia mental.

Causas Endógenas .- Son las que provienen del interior del organismo y son las menos frecuentes.

HERENCIA - Si bien es cierto que la deficiencia mental no se hereda como tal, si se hereda la predisposición a ella a base de una serie de genes que condicionan al individuo para que pueda adquirirla. (Luxenburger, genetólogo alemán. (citado en Palacios,1968)

ALTERACIONES

CROMOSOMICAS - Síndrome de Down, Síndrome de Klinefelter, Síndrome de Turner.

CAUSAS INDIFERENCIADAS O ACLINICAS.- Se les conoce también con el término de residuales o de origen "desconocido", en los que participan factores genéticos múltiples que al coincidir

varios de ellos producen el trastorno.

Causas Exógenas- Proviene del exterior del organismo.

INFECCION - Dentro del útero es una causa probable, la rubeóla en la madre; Durante los primeros 3 meses de embarazo, la toxoplasmosis infecciosa por vía placentaria, como la sífilis en la que la madre infectada puede transmitirla al feto.

En la actualidad es raro que se presenten casos debido a las dos últimas causas.

TRAUMATISMOS - Intrauterino: Hemorragia uterina, maniobras instrumentales fallidas para provocar un aborto. Durante el parto: Anoxia Cerebral, Hemorragia Cerebral, Nacimiento prematuro. Sin embargo, estudios recientes indican que el 50% que muestran lesión por traumatismo durante el parto, no son deficientes mentales.

CAUSAS METABOLICAS.- Hipo-tiroidismo, Fenilcetonuria, Galactosemia, alteraciones de la glandula pituitaria.

FACTORES EMOCIONALES Y SOCIALES.- Desnutrición, Shoks emocionales, pobreza afectiva maltrato, un ambiente pobre en cuanto a la estimulación y motivación.

OTROS FACTORES- El Alcoholismo, aunque al no haber alguna comprobación se descarta.

Toxicos:

envenenamiento por plomo, monóxido de carbono y otras sustancias químicas. rayos X, e incompatibilidad del factor RH.

Los factores ambientales y emocionales tienen gran importancia, ya que son la causa de un alto porcentaje de deficiencia mental aquí en México.

"Una lesión cerebral no necesariamente causa un daño emocional; un daño emocional si puede causar una lesión cerebral."

Todas las causas que se mencionaron pueden actuar solas o en interacción lesionando o afectando el cerebro en menor o mayor grado de intensidad.

A continuación presentaremos diferentes casos de Deficiencia Mental, dando su definición, su etiología, características físicas y conductuales.

b.- Descripción Clínica de los Niveles de Deficiencia Mental

SINDROME DE DOWN

Existen 4 tipos de anomalías autosómicas, estas son: el mongolismo, Trisomía 18, Trisomía del grupo D (Trisomía 13) y Síndrome del maullido (cri du chat).

Leujene y Turpin 1959 (citado en Carmona, 1983), comprobaron que el niño con síndrome de Down tiene 47 cromosomas (lo normal es 46) siendo el extra un pequeño cromosoma acrocéntrico considerado hoy de modo convencional como el vigésimo primero

Definición.- La antigua denominación de mongolismo hace referencia a cierto sello oriental de la fisonomía causado por los pliegues epicánticos que dan a los ojos un aspecto de oblicuidad. Al no constituir éste un nombre apropiado se le sustituyó gradualmente con el de Síndrome de Down (Trisomía 21). El paciente con este síndrome presenta 47 cromosomas, con 22 pares cromosómicos y un par sexual,

sólo que el par 21 presenta una traslocación, notandose 3 cromosomas en lugar de 2. El 95% de los casos presentan esta Trisomía. (fig.1)

Alrededor del 4% de los pacientes presentan la traslocación del brazo largo del cromosoma 21 con un cromosoma D (14 o 15) o bien con otro G (21 o 22). (fig. 2)

Alrededor del 1% de los pacientes con Síndrome de Down, son de tipo mozaico con una mezcla de células de 46 cromosomas y otro de 47, éstos son más inteligentes que los de trisomía habitual, pero a la vez ofrecen el mayor riesgo de engendrar hijos con Síndrome de Down si alguna o todas las células reproductoras muestran un cromosoma adicional.

Figura 1 Trisomía del Cariotipo 21

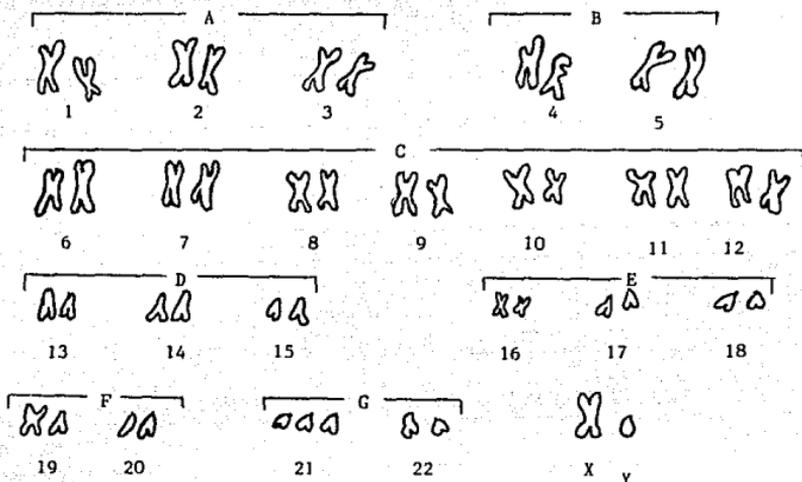
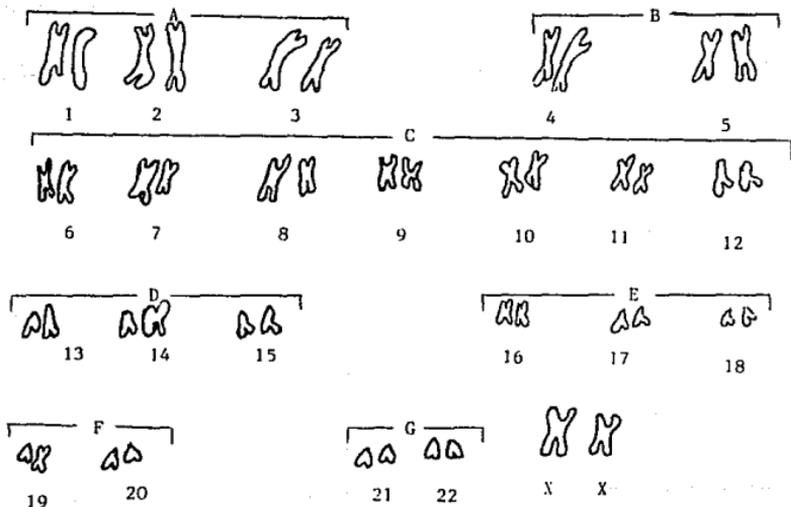


Figura 2 Cariotipo de Síndrome de Down por Traslocación



Características físicas y conductuales.- En las características físicas se encuentran las siguientes: Hipotonía: es a menudo el primer grado de anormalidad y se refiere al bajo tono de la piel o flacidez; la cabeza es braquicefálica, con el occipucio plano (aplanada en la parte posterior); los ojos muestran pliegues epicánticos, manchas de Brushfield (iris moteado), cavidad buco-ojival pequeña; la lengua es prominente, arrugada y alta en ella la fisura central; la nariz muestra una depresión física en el puente nasal; las manos son cortas y anchas, con un solo pliegue palmar (pliegue de los simios) y clinodactilia (encurvamiento del dedo meñique), disposición característica de la piel con un triradio distal y axial y otras peculiaridades; en los pies se observa un espacio ancho entre el dedo gordo y el segundo dedo con un surco que se extiende hacia atrás a lo largo de la superficie plana. Disposición característica en la dermis en el área del dedo gordo; otro órgano muy importante, el corazón, en aproximadamente el 35% de los casos se presentan anomalías cardíacas; y la talla es inferior a la normal. (Thompson, 1976)

En las características conductuales se encuentran las siguientes; la imitación que en los niños "normales" desaparece en la primera infancia, en los niños con Síndrome de Down desaparece casi a los 8 o 10 años aproximadamente. Otra característica particular que es su impotencia intelectual les impide cambiar rápidamente de una actividad

a otra. Además muestran gran gusto por la música y la pintura y sobre todo poseen un sentido especial al afecto materno.

En lo referente al desarrollo motor presentan las características de hiper-flexibilidad y nistagmus (movimientos involuntarios constantes del glóbulo ocular). Con respecto al lenguaje, el desarrollo de éste es muy lento dado que estos niños tienen habilidades para la mímica se valen de ello para expresar todo lo que quieren y desean, no viendo utilidad del lenguaje. Otros aspectos que limitan el desarrollo del lenguaje es la hipotonía, que afecta los órganos fono-articuladores, así mismo se presentan trastornos que también alteran el lenguaje como son; la obstrucción nasal, respiración oral, cavidad buco-ocular pequeña y lengua demasiado grande. (Carmona,1983)

Etiología: Soló se ha encontrado que el problema de Síndrome de Down se dá mas frecuentemente cuando la madre tiene más de 36 años,aunque se puede presentar a cualquier edad.

AUTISMO

Definición.- Trastorno psíquico en el que el sujeto pierde contacto con la realidad y se encierra en sí mismo. Suele manifestarse en la infancia, y es también uno de los síntomas fundamentales de la esquizofrenia.

El niño autista parece vivir en un mundo propio, por ejemplo si se hace caer un objeto cerca de él, ni siquiera se da cuenta, además no tiene relación con las personas que lo rodean, cuya presencia no parece advertir. Desarrolla sólo algunas formas limitadas de comportamiento y una especie de apego emotivo a algunos juguetes. Alterna períodos de intensa actividad física, llegando incluso a hacerse daño. Se irrita con cualquier cambio en el medio ambiente que lo rodea.

Para el niño normal su madre es el centro del universo; el niño autista en cambio, llega hasta el punto de no darse cuenta de su existencia.

Uno de los primeros síntomas de la enfermedad consiste en el hecho de que a pesar de que su oído es normal, el niño no responde a los padres cuando le hablan; no sonríe ni responde a sus tentativas de entablar contacto con él; el niño puede hacer una serie de señales para hacer conocer sus deseos, pero sin mencionar palabras.

El término de Autismo fue empleado por primera vez por Eugenio Bleuler en 1906, y lo aplicó a una alteración del pensamiento psicótico, que consiste en referirse a sí mismo cualquier acontecimiento. Observo además otra característica de los pacientes con autismo; evitación de la alteración social. (Polaino 1982)

Este término fue bien recibido por los especialistas, una prueba de esto es que en 1943 Kanner lo empleaba para referirse a un síndrome infantil. El concepto de Autismo fué evolucionando, aunque algunos autores se referían a éste síndrome con otros nombres, por ejemplo; Laurette Bender (1947) con el de esquizofrénia infantil; B. Rank (1949) con desarrollo atípico del yo; M. Mohler (1952) como psicosis simbiótica. (Polaino, 1982).

Características Conductuales

Hasta los 79 se consideraban 2 síntomas en el diagnóstico del autismo:

1.- Soledad extrema o dificultad para desarrollar conductas de interacción social.

2.- Insistencia en mantener rígidamente invariables los estímulos ambientales. Poco a poco fueron agregandose otros síntomas a estos dos:

3.- Falta de contacto ocular (Lingerber, 1962)

4.- Retraso intelectual (Lovaas, 1965)

5.- Retraso en el lenguaje y disminución en la comprensión, ecolalia. (Rutter y Lockger, 1967)

6.- Alteración de la psicomotricidad y percepción (Ornitz y Ritvo, 1968)

7.- Elevación del umbral de sensibilidad en situaciones de peligro.

8.- Muecas abundantes.

9.- Hiper-actividad

10.- Risas estereotipadas

11.- No responde a estímulos familiares

12.- Resistencia al aprendizaje. (citado en Polaino, 1982)

De 1970 a la fecha han aumentado las investigaciones acerca del autismo. Se incorporaron técnicas neurofisiológicas y de modificación de conducta al diagnóstico y tratamiento del niño autista.

Además de los síntomas antes descritos, también se han descubierto algunas habilidades de los autistas:

- a) Gran memoria visual y musical.
- b) Habilidades para el cálculo y tareas mecánicas.
- c) Talento artístico.
- d) Capacidad para el dibujo.

Clasificación del autismo según Coleman, 1978 (citado en Polaino, 1982). Clasificación 1.- Síndrome primario de

autismo infantil de Kaner. Clasificación 2.- Síndrome de Esquizofrenia infantil, al que se asocian síntomas autistas. Con etiología en transtornos metabólicos. Clasificación 3.- Autismo asociado a lesiones neurológicas.

Hoy en día las características mas representativas del autismo son:

- Dificultad de relacionarse con otros niños, no ejecutan conductas sociales normales.
- Sordera ficticia.
- Resistencia al aprendizaje.
- Ningún miedo a peligros reales.
- Resistencia a los cambios.
- Comunicación por medio de gestos, ausencia de lenguaje. (característica esencial).
- Risas estereotipadas.
- Falta de afectuosidad, mostrando preferencia a estar solo.
- Actividad física exagerada (diferente a Hiperactividad)
- Falta de contacto en la mirada.
- Apego inadecuado a los objetos.
- Le atraen los objetos redondos de manera especial.
- Juegos excéntricos persistentes.
- Independencia. (Sandoz, 1985)

Etiología: Se ha identificado que una madre esquizofrénica, provoca que el niño sea autista. Kalman (1956), encontró que en un 70 % de los casos son gemelos manocigóticos y un 7% en gemelos dicigotos. Klinckel, por otra parte encontró que si los cromosomas sexuales son XXY (síndrome de Turner X) se presenta el autismo. (citado en Polaino,1982)

PROBLEMAS MOTORES

PARALISIS CEREBRAL

Definición.- La Parálisis Cerebral Infantil ha sido definida como un disturbio no progresivo de la postura, causado por un daño en el cerebro. Puede tener etiología prenatal, perinatal y postnatal Bleck 1970, (citado en Guevara,1983).

El daño que causa La Parálisis Cerebral Infantil puede estar localizado en el cerebelo, en las haces piramidales, o en los ganglios basales, lo que resulta es un disturbio que afecta la postura y otras áreas importantes como el lenguaje, la audición, la vision, los movimientos y diversas áreas del desarrollo conductual del sujeto paralítico cerebral, (por supuesto en directa relación con el tipo de daño y la extensión del mismo). Guevara y Lara, 1974 (citado en Guevara,1983).

Características físicas.

Una de las principales características de una persona con parálisis cerebral es, como ya se dijo, el disturbio de la postura, no teniendo control sobre sus movimientos, estos mismos le limitan su capacidad de atención, de comunicación, de traslación, en la educación y en el trabajo.

Características Conductuales

Las repercusiones de la invalidez física se dan en 4 niveles

- A) Repercusiones individuales, que son la falta de integración a la sociedad y la limitación para desarrollar habilidades básicas de autocuidado.
- B) Repercusiones familiares, como la inadaptación del paralítico cerebral al núcleo familiar; en lo social y en lo económico el invalido se convierte en una pesada carga para su familia, tanto en lo económico como en lo laboral por los cuidados especiales que éste se requiere: esta situación puede prolongarse durante toda su vida, lo que impide el desarrollo de toda la familia en las áreas educacional, social, cultural, laboral y económica.
- C) Repertorios sociales.- se presenta cuando los sujetos no son sometidos a rehabilitación y pasan a engrosar

los grupos marginados de analfabetas, mendigos, desempleados y sub-empleados.

D) Repercusiones económicas, a nivel nacional se extienden cada vez más, pues los paralíticos cerebrales no solo dejan de producir bienes necesarios para el desarrollo del país, sino que una parte del presupuesto nacional es ocupada en centros de rehabilitación y atención especializada de estos sujetos.

Etiología .- Como se dijo inicialmente, La Etiología de La Parálisis Cerebral Infantil es muy variada, pero se pueden dividir en 3 grupos: Prenatal.- Que son las que ocurren antes del nacimiento del niño; Las Perinatales.- Son las que ocurren durante el parto; Las postnatales.- Que como su nombre lo indica suceden después del parto. Las causas que se mencionen pueden actuar solas o en conjunto, lesionando en mayor o menor grado el cerebro del pequeño.

PRENATAL - Tomar algún medicamento en las primeras semanas de embarazo.

- Exposición a Rayos X durante el embarazo.
- Cuando los padres tienen tipos de sangre incompatibles.
- Cuando el feto tiene el cordón umbilical enredado

en el cuello y sufre asfixia.

- Por un traumatismo prenatal o exposición a descargas eléctricas.
- Cuando la madre tiene más de 34 años y es su primer embarazo.

PERINATAL - Cuando se prolonga el parto y sufre anoxia.

- Mala utilización de forceps.
- Cesarea mal llevada (descompensación de la presión atmosférica).

POSTNATAL - Traumatismo

- Encefalitis
- Infecciones Cerebrales.
- Envenenamiento.
- Fiebres altas (mal tratadas)
- Anestesia mal aplicada (al realizarle alguna intervención quirúrgica).

PROBLEMAS DE APRENDIZAJE

Siempre han existido niños con dificultades para el aprendizaje, producidas por trastornos mínimos en el cerebro.

Johnson y Myclobust (citado en Tarnopol, 1976), han sugerido el término de dificultades neurológicas en el aprendizaje, para distinguir a los niños con problemas de aprendizaje.

Se ha definido como una disfunción cerebral mínima con inteligencia normal, pero con problemas específicos para el aprendizaje (casi siempre académicos).

Los educadores o padres de familia a menudo encuentran que la inclusión de la palabra cerebral en la designación de paciente produce desconcierto. Muchas personas creen que cualquier lesión cerebral implica una incapacidad irreversible para el aprendizaje, y la connotación de disfunción cerebral, puede tener muchas ramificaciones negativas para el público. Como lo tienen los términos "loco", "tuberculoso" "sifilítico", por lo tanto muchos educadores y padres prefieren una designación más natural como la de Dificultades para el Aprendizaje o Problemas en el Aprendizaje.

Entre más temprano es el diagnóstico de un niño con problemas de aprendizaje mejor es el pronóstico.

Características.

El niño con dificultades en el aprendizaje, tiene problemas en los procesos perceptuales, integrativos o expresivos que obstruyen gradualmente la eficiencia en el aprendizaje, además desarrolla hábitos incorrectos que se refuerzan con el uso y que después deben extirparse para ser sustituidos por los hábitos correctos. Como resultado de sus

fracasos en el aprendizaje el niño desarrolla una imagen pobre de sí mismo, produciendo frustraciones que generan angustia y conflictos emocionales que a su vez reducen la probabilidad de aprendizaje.

Las áreas en las que repercuten los problemas de aprendizaje, son las siguientes:

- A) Disturbios de la percepción visual.
- B) Problemas motores del equilibrio y la lateralidad.
- C) Disturbios en la percepción auditiva.
- D) Y en la formación de conceptos.

Etiología.- Se habla de 8 causas generales, las cuales se dividen en: Socio-psicológicas, que son las que se refieren a los factores externos, como lo es el medio en que se desarrolla el niño y falta de atención por falta de sus padres principalmente; y las Psicofisiológicas, se refieren principalmente a factores internos como podría ser alguna lesión cerebral.

- SOCIOPSIKOLOGICAS**
- 1-Defectos en la enseñanza.
 - 2- Deficiencia en los estímulos educativos durante los primeros 6 años de vida.
 - 3- Falta de motivación ambiental.
 - 4- Falta de Motivación debido a factores emocionales.

- PSICOFISIOLÓGICAS**
- 5- Debilidad general debido a deficiencias en la nutrición o enfermedad crónica.
 - 6- Defectos graves de la vista y el oído
 - 7- Retardo mental
 - 8- Lesión cerebral.

OTROS SUJETOS

A estos "otros sujetos" a los que nos referimos se clasifican en:

- a) Los sujetos con problemas de lenguaje, que presentan dificultades para comprender el lenguaje de otros o para expresarse por medio del mismo.
- b) Sujetos con incapacidades físicas cuyo problema impide su integración al sistema educativo normal.
- c) Los sujetos superdotados, que presentan características intelectuales superiores a lo normal.

Etiología de los problemas del habla.

Orgánicas, causadas por un daño neurológico o estructural, o cuando el daño afecta el control de los músculos que se usan en la articulación (Disartría), otro

daño puede ser el paladar hendido, labio leporino, deformidad de la boca, laringe o lengua y sujetos con frenillo.

Funcionales, causadas por factores Psicológicos o del medio ambiente, como son los problemas de articulación, de la voz, de tartamudeo y problemas de lenguaje en general.

Etiología de incapacidades físicas.

Las causas de las diferentes incapacidades físicas son por lo general de tipo orgánico como la invalidez por Poliomiелitis, o las personas con Espina Bífida, o que padecen de crisis epilépticas, por citar algunos de ellos. Su etiología es muy variada según el caso.

Etiología de los sujetos superdotados.

Los superdotados son personas con una capacidad cognocitiva, y creativa superior a lo normal, con una magnitud que puede colocar al niño aparte de la mayoría de los de su edad. Sus logros académicos son excepcionales, poseen una creatividad no usual y un talento especial. Sus logros en ciertas actividades es incluso más alto que cualquier criterio de sobresaliente.

C.- INDICE DE POBLACION EN MEXICO

Al investigar el número de adultos y niños que padecen deficiencia mental, nos encontramos con aspectos importantes, como el hecho de que el D.M. es marginado por la familia y la sociedad, considerado como un ser no productivo (económicamente hablando). Aparentemente el número de la población con D.M. ha ido aumentando con el paso del tiempo, sin embargo no es así; En épocas pasadas el D.M. (principalmente el superficial) con su fuerza física, se situaba dentro del grupo productor, aunque su producción fuera baja en calidad. Hoy en día no ocurre lo mismo ya que el D.M. es más notado por las fallas en su actividad económica.

Además anteriormente la mortalidad del grupo de D.M. era mucho mayor que el grupo de no deficientes, y por lo tanto desaparecían del cuadro social; Hoy la prolongación de la vida y los cuidados médicos, están dando oportunidad a que cada vez un número mayor de D.M. sobrevivan.

La mayoría de los D.M. se encuentran recluidos en sus hogares por lo que se hace difícil el cálculo aproximado o exacto. El porcentaje del que se tienen datos es de los que asisten a escuelas, que están en centros de rehabilitación, en orfanatorios e incluso en psiquiátricos, desgraciadamente

son muy pocos, ésto no quiere decir que el número de D.M. sea disminuído, sino que no se encuentran en los datos estadísticos. Así tenemos la siguiente tabla del número de internos en las escuelas especiales. (Palacios,1968).

Los datos de la tabla 1 están dados en porcentajes de mil.Tabla 1

PAIS	D.M. QUE ACUDEN A ESCUELAS ESPECIALES
DINAMARCA	1.06 por cada mil hab. habi
INGLATERRA	.97 " "
SUECIA	.85
CANADA	.70
U. S. A.	.70
ESCOCIA	.58
SUIZA	.51
FRANCIA	.21
JAPON	.01
MEXICO	.015

Sin embargo un estudio de campo mostró una cantidad mucho mayor de deficientes mentales. En 1958 Tedgold (citado en Palacios,1968), encontró que la proporción era entre 4 y 6 casos por cada mil habitantes, siguiendo este dato, México tendría con su población de 41'000,000 de habitantes un promedio de 152'000 a 228'000 deficientes en el año de 1965.

Hasta el año de 1991 México contaba con una población de 81'269 485 habitantes, y se calcula que la tasa de retardo asciende a 243 808 esté es aproximadamente el 3% de la población total, sin contar los diferentes casos de impedimentos físicos y sensoriales, que conforman el 1.6% de la población (130,000) (SEP,1991).

Otro factor importante que se encontro fué el hecho de que el numero de deficientes mentales va a estar en función de los medios que se utilizan para detectarla, así tenemos que en los niños pequeños los medios de detección son difíciles y poco seguros por eso la cifra de deficientes de 0 a 4 años es muy pequeña, no así en la adolescencia que es donde se tiene localizado el mayor numero de deficientes mentales; porque es en esta edad donde es más facil detectarla (por sus fallas e inhabilidades). En el caso del deficiente mental adulto, estos son recluidos en el hogar y "desaparecen de la circulación social, o si su deficiencia es limítrofe se adaptan facilmente al proceso laboral y son imperceptibles ante los demás. (tabla 2)

TABLA 2

Porcentaje en miles de las personas deficientes en relación a su edad.

EDADES	PORCENTAJE EN MIL
0 a 4 años	1.2 por c/mil hab.
4 a 9 años	15.5

10 a 14 años	25.6
15 a 19 años	10.8
20 a 29 años	8.4
30 a 39 años	5.7
40 a 49 años	5.4
50 a 59 años	4.9

La deficiencia mental (su incidencia) nada tiene que ver con la edad que muestra la tabla anterior, son sólo los artificios de la técnica de investigación usada.

Descubrir la cifra de deficientes mentales sabiendo que existen limitantes para detectarla oportuna y eficazmente, es realmente difícil.

La mejor prueba para decidir si hay deficiencia o no es la vida y la conducta del individuo para dar respuesta a los diferentes problemas y situaciones que se le presenten, y su inteligencia va a estar en función de la cantidad de problemas que el deficiente mental resuelva: tratase de su vida laboral, personal, social y/o familiar. En la medida que sea más independiente y autosuficiente, en esa medida su "inteligencia ira creciendo".

"L O N O R M A L E S U N T R A T O N O R M A L"

CAPITULO III

AREAS DE COMPORTAMIENTO

Todo ser humano (normal o deficiente) esta constituido por 3 factores que lo conforman y son Biológico, Psicológico y Social. El aspecto biológico abarca el equipo orgánico que constituye nuestro cuerpo; piel, huesos, articulaciones, musculos y los organos de los sentidos entre otros; Y todas las funciones que éstos realizan como son locomocion, respiración, digestión, circulación etc.

El aspecto Psicológico; se refiere a la relación que existe entre el individuo y el medio ambiente, y la interiorización de la información recibida; actitudes, razgos de personalidad, pensamientos.

Y el aspecto social se refiere a la interacción que existe entre dos o más personas en diferentes contextos; familiar, escolar, comunitario, religioso, político y laboral; asimilando las actitudes, costumbres, ideas y respetando las reglas que tienen cada uno de estos grupos.

Independientemente de los tipos de deficiencia mental citados en el capítulo anterior ; el tratamiento estará encaminado a dar respuestas a las necesidades que el

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

deficiente mental requiere para adaptarse al medio ambiente en que se desarrolla.

El grupo de niños con deficiencia mental en nuestra población no solo es diverso en etiología del problema, sino también por el tipo de conductas de cada caso.

Así mientras la deficiencia de uno puede radicar en el lenguaje, la del otro puede radicar en el desarrollo psicomotor. Es evidente que el concepto de deficiente mental tiene importantes implicaciones para el diagnóstico y el tratamiento del mismo.

El diagnóstico o evaluación conductual y emocional del caso debe ser funcional en tanto que permita averiguar en que grado esta el deficiente en desventaja para vivir en el medio físico, cultural y social en que se encuentra.

Esta evaluación estará encaminada a recabar información que abarque los aspectos Biológico, Psicológico y Social, por lo que se plantea necesario el trabajo multidisciplinario (Médico, Neurólogo, Terapeuta físico, Psicólogo, Trabajador Social,) para que ésta sea lo mas completa posible. Sin embargo, el diagnóstico en sí no determina si una persona es retardada o no, es el medio social en tanto que establece normas de comportamiento a seguir para cada edad. (Galindo, 1985). El diagnóstico nos

señala las líneas que debe seguir el tratamiento, nos muestra el punto de partida del proceso de rehabilitación, es también el punto de comparación o retroalimentación para saber los adelantos o fallas del tratamiento y por último, nos señala en que momento dar por terminado una fase del programa y pasar a otra más compleja. La rehabilitación se concentra en la enseñanza de lo que el sujeto debió de haber aprendido según su edad. Es posible que el deficiente mental carezca de conductas adaptativas (atención, lenguaje, cuidado personal, etc.) o que posea conductas que perturben o que interfieran con su proceso de adaptación (hiper-actividad, agresividad, auto-estimulación etc.)

Por lo tanto se debe hacer un análisis de cada una de las deficiencias conductuales; este análisis busca determinar en que condiciones se da o no se da la conducta (s).

Obviamente, a menudo se encuentra que los factores biológicos (lesiones, limitaciones sensoriales, motrices etc.) son de suma importancia para interferir con el proceso de aprendizaje; en este caso se busca la posibilidad de compensar de algún modo la deficiencia, mediante entrenamientos intensivos o el uso de materiales y aparatos de apoyo o ambas cosas, pero nunca se considerará que el sujeto este incapacitado definitivamente.

Una vez que se ha resaltado la importancia del diagnóstico con fines de análisis del caso, y guía para el tratamiento a seguir, se hace indispensable la división en áreas de comportamiento, para tener un mayor control en la terapia a realizar y en los resultados por obtener.

Ahora bien, todo lo que existe hasta la fecha sobre técnicas de intervención para diferentes tipos de educandos que requieren educación especial, son derivadas de corrientes como (Conductismo, Psicoanálisis, Neurofisiología, etc.) y aunque cada una de estas producen beneficios considerables, es importante no basarse solo en una de ellas, ya que por ejemplo: si a un niño se le atiende solo el aspecto conductual (externo) se está descuidando el aspecto emocional que también va a formar parte del proceso del proceso de su educación. Es por esto que este trabajo, plantea una forma de abordar el problema abarcando además de los aspectos Biológico, Psicológico y Social, la inclusión de los padres dentro del proceso de educación del deficiente mental además del apoyo emocional que se les dé; partiendo del hecho de que si los padres están bien emocionalmente los niños también lo estarán.

Como primer punto tenemos el aspecto Biológico en el cual se le dará información al sistema nervioso central (cerebro) por medio de los 5 sentidos (vista, olfato, oído, tacto y gusto,) y por el movimiento, esta información que

por un lado es más fácil de procesar por el niño deficiente mental, contribuirá a la maduración de las partes no dañadas del cerebro.

En segundo lugar, abarcando el aspecto Psicológico, se considerarán los repertorios conductuales fundamentales llamados repertorios básicos y son los que han de establecerse primero, si el niño carece de ellos, en seguida vienen en orden de importancia los repertorios sociales y de adaptación y por último los académicos y laborales.

a) Conductas problemáticas o perturbadoras.- son aquellas conductas que por su elevada frecuencia o por su falta de propiedad interfieren con el proceso de aprendizaje del niño especial y dificultan la adquisición del comportamiento deseado. Ejemplos de conductas problema son: auto-estimulación, auto-destrucción, hiper-agresividad, agresividad, etc.

b) Area de repertorios básicos.- Se establecen conductas tales como atención, discriminación, imitación y seguimiento de instrucciones las cuales son pre-requisito para cualquier otro aprendizaje.

c) Area motriz.- se refiere al movimiento, y son las habilidades dígito-manuales, coordinación viso-motriz, viso-espacial (motriz fina) necesarias para la escritura, manualidades y actividades de la vida cotidiana. Es motriz gruesa cuando se refiere a movimientos que implican el uso

de todas las partes del cuerpo (caminar, correr, coordinación de diferentes partes del cuerpo, equilibrio, agilidad etc.)

d) Area de cuidado personal.- se refiere a aquellos patrones de conducta necesarios para la higiene y cuidado personal que lleven al niño especial a lograr una independencia personal respecto de necesidades básicas como es el comer, asearse, transportarse, cuidarse evitando peligros. Se han de establecer habilidades de hábitos alimenticios y de aseo personal.

e) Area de comunicación y lenguaje.- Se refiere a las habilidades del niño para conocerse a sí mismo, conocer el medio ambiente que le rodea (físico y social) entender y expresar este conocimiento, expresar necesidades y deseos, referir experiencias, historias y hacer abstracciones de estas experiencias (pensamiento). Se divide en lenguaje receptivo.- que es la capacidad para entender el lenguaje del otro; y lenguaje expresivo.- a la habilidad para expresar el conocimiento del mundo que le rodea teniendo una coherencia y secuencia lógica, un vocabulario amplio y el uso de reglas gramaticales; articulación.- la reproducción correcta de sonidos palabras, frases y oraciones.

f) Area de conducta social.- Se refiere a aquellas conductas que el niño necesita para integrarse a uno o varios grupos o situaciones sociales ; como es la participación en actividades de grupo o de 2 o más personas (adultos, niños) cooperación, seguimiento de pautas

sociales, relacionarse espontáneamente con otras personas, saludar, contestar saludo, despedirse, asear su lugar de trabajo etc.

g) Area de académicas.- Se trabaja en el establecimiento de habilidades cognitivas pre-currentes para el aprendizaje de la lecto-escritura (en el caso de que tengan la capacidad para hacerlo) y el cálculo. Se adquieren habilidades viso-espaciales que le permitan al niño especial estar ubicado en espacio y en tiempo. Todas las habilidades de esta área deben estar relacionadas básicamente con los repertorios de supervivencia del individuo.

Ahora bien, el tratamiento que se le va a dar estará en relación al grado de deficiencia que se tenga (leve, medio, moderado y profundo). Así por ejemplo si se trató de deficiencia mental leve, el tratamiento pedagógico abarcaría las siguientes áreas:

- a).- Independencia personal.
- b).- Comunicación
- c).- Socialización e información del entorno físico y social
- d).- Ocupacional, laboral y/o académico.

Y por supuesto no se descartan las diferencias individuales, las cuales estarán presentes en todo momento para la elaboración de su tratamiento.

El objetivo es la integración del deficiente mental leve en la escuela común por lo tanto se pone mayor énfasis en el aspecto académico.

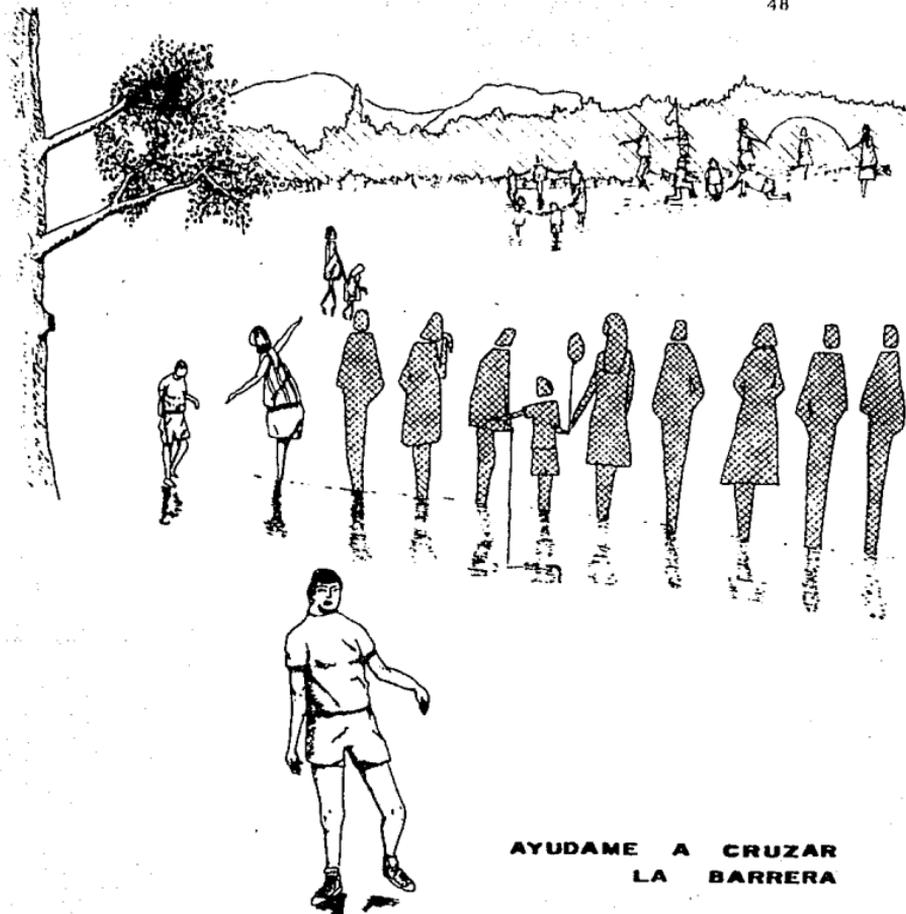
Cuando se tratá de deficientes moderados y leves se aplica estimulación temprana (neurofisiología) y un tratamiento pedagógico, que lo lleve a la integración familiar y social, se pone más interés en la creación de hábitos de trabajo y desarrollo de habilidades manuales.

El tratamiento que se lleva a cabo es:

- a).- Estimulación temprana.
- b).- Pre-escolar.
- c).- Nivel básico. (primaria)
- d).- Solo aquellos que su capacidad pueda acceder a aprendizajes más complejos.
- e).- Entrenamiento pre-laboral con lecto-escritura y aritmética a nivel socio utilitario.

En casos de deficiencia mental profunda.- el tratamiento estará encaminado a 1).- terapias de estimulación sensorial y movimiento; y 2).- repertorios de auto-cuidado en sus formas más esenciales.

Esta información, que por un lado es más fácil de procesar por el niño especial, contribuirá a la maduración de las partes no dañadas del cerebro.



*Si me tocas suave y dulcemente,
si me miras y me sonríes,
si me escuchas algunas veces antes de hablar tú
yo creceré, creceré de verdad.*

49

BRADLEY S E G U N D A P A R T E

CAPITULO I

FORMACION DE LA ESCUELA DE EDUCACION ESPECIAL ECATEPEC

(E. E. E. E.)

Cuando una pareja tiene un hijo con deficiencia mental a cualquier nivel, su primer reacción es hacer caso omiso del problema algunos buscan la ayuda y hasta se podría decir la solución en varios médicos esperando que alguno los aliente diciendoles que el niño no tiene ningun problema. Desafortunadamente existen algunos médicos (excepto los especialistas) que desconocen en profundidad todo lo que implica la deficiencia mental, y a veces la información que se da no satisface las necesidades de los padres, por lo que acuden a curanderos, "brujos", hierberos, buscando una solución "mágica o maravillosa", sin lograr su propósito.

Finalmente, si encuentran a un buen médico que les apoye y les haga comprender la lesión que su hijo tiene, ofreciendoles un diagnóstico certero y en ocasiones canalizandolo a una institución especializada, los padres se enfrentan a un nuevo problema, el sentirse culpable de la situación o buscar un culpable en el cual descargar su aflicción. Investigan entre las familias de ambos antecedentes hereditarios. Cualquier situación que se relacione con esto es motivo de discusion en la pareja.

Si la pareja y la familia no se encuentra unida en esta situación poco a poco se va dando la desintegración familiar o la desintegración del matrimonio. Es muy común ver a madres solas que han sido abandonadas por el esposo al conocer esta situación de su hijo. aunque es importante resaltar que la desintegración de la pareja o de la familia, no es consecuencia de la deficiencia mental del hijo recién llegado, sino el malestar de esto ya existía desde antes del nacimiento del pequeño con deficiencia mental.

Después de conocer el diagnóstico dado por el médico, algunos se apoyan en un terapeuta físico, de lenguaje, o dado el caso y según sus posibilidades económicas someten a su hijo a técnicas sofisticadas y costosas, pero estas solo son aprovechadas cuando el niño tiene deficiencia mental leve y no así cuando la deficiencia mental es severa o profunda. De estos últimos la gran mayoría termina llevando a su hijo a un centro de educación especial, después de buscar cupo en varias escuelas.

Aquí se encuentra con algunos obstáculos como son: el centro de educación especial se encuentra retirado de su hogar y no cuenta con medios para desplazarse; algunos son demasiado costosos para las posibilidades de los padres; no hay cupo en el centro de educación especial o piden muchos requisitos que a veces el niño no los cumple (por ejemplo, que su coeficiente intelectual sea casi normal, que controle

esfínteres, que no convulsione y que no tenga problemas de conducta, entre otros).

Ante este panorama los padres actúan de diferentes formas, algunos se dan por vencidos y deciden no buscar más dejando al pequeño en casa sin asistencia profesional. Otros concluyen en internarlos en alguna institución o darlos en adopción y así poder librarse del problema que para ellos representa, aunque en realidad se forma en ellos un sentimiento de culpa por haber abandonado a su hijo. Por suerte existe otro grupo de padres, los cuales buscan soluciones ante esta situación. Ellos necesitan un centro en el cual sus hijos sean aceptados sin condiciones, sin poner como pretexto su nivel intelectual, su control de esfínteres, etc. Es de este grupo de padres que nos ocuparemos en el presente reporte.

Ellos unieron sus esfuerzos formando un grupo homogéneo que les permitiera alcanzar sus metas comunes; donde se diera primordialmente atención a sus hijos y también a ellos. Estos padres lograron estructurar la Confederación Mexicana en Pro del Deficiente Mental A.C. Está es una asociación civil, no lucrativa, fundada en 1978 por iniciativa de un grupo de padres de familia preocupados por la urgente necesidad de crear servicios para las personas adolescentes y adultas con deficiencia mental y orientar a otras familias que tienen el mismo problema en su hogar. En

México hay más de 3 millones de ciudadanos que padecen deficiencia mental en sus diferentes grados. (Ceja, 1983)

La Confederación tiene varios objetivos fundamentales:

- Sensibilizar a la sociedad sobre los problemas del deficiente mental, mediante la información, haciéndoles partícipes en su solución.
- Promover la investigación sobre todos los aspectos involucrado en ella.
- Pugnar por la especialización de los profesionistas dedicados al estudio de la deficiencia mental para obtener mejores resultados.
- Luchar por una legislación que vele por los derechos del deficiente mental como persona.
- Lograr su integración social por medio de su capacitación laboral.
- Fundar residencias y casas hogar.

En estos años se han fundado: 2 talleres protegidos; Programa de canalización de casos; Apoyo emocional a padres; Administración del Tiempo libre; Registro de Localización y Beneficios y un Centro de Información. Así mismo se han celebrado dos semanas del deficiente mental y 4 Encuentros Nacionales de Padres. Se han establecido convenios de apoyo con el IMSS, ISSSTE, CREA, LOCATEL, CRUZ ROJA y UNAM. Nacimos con 7 Asociaciones hoy somos 130. (Ceja, 1983)

La Liga Internacional de Asociaciones en Pro del eficiente Mental es la única organización que representa a los 40 millones de personas con deficiencia mental en todo el mundo, a sus familiares y a los que trabajan con ellas. Iniciada en 1960 por un pequeño grupo de asociaciones nacionales de padres, la Liga incluye en la actualidad 113 asociaciones de 76 países de los 5 continentes. Algunas de ellas solo están constituidas por un reducido número de miembros, que se reúnen de vez en cuando para apoyarse mutuamente e intentan conseguir un mayor reconocimiento y mayores servicios para sus hijos. Otros cuentan con más de 50000 miembros. Algunas asociaciones proporcionan servicios, en ocasiones con ayuda de fondos públicos, en otras, con fondos que ellas mismas consiguen, y frecuentemente con muy pocos fondos. Todas intentan constantemente trabajar para mejorar los servicios y las actitudes sociales respecto a las personas con deficiencia.

La liga prepara informes de conferencias y simposios, así como de las actividades específicas desarrollada por ella. (Ceja,1983)

También distribuye informes preparados por otros interesados en el tema, los cuales se difunden en folletos,, revistas y Encuentros Nacionales de Padres.

En el Encuentro de Padres de 1986, un grupo de padres de una escuela particular asistieron a èste, ellos se encontraban presionados por los gastos excesivos que iban en aumento, tanto en colegiaturas, uniformes, material didáctico, transporte, ademàs del despotismo y malos tratos del personal administrativo y directivo. Ante èste panorama y despuès de asistir al Encuentro Nacional de Padres, donde se motivaron con el apoyo que encontraron en Confederación Nacional, para la creación de su propia escuela, iniciando sus primeras clases en la casa de uno de ellos, contrataron a una Psicóloga e iniciaron así sus primeras terapias.

Poco a poco fuè aumentando en número de alumnos, ante èsto hubo la necesidad de crear una mesa directiva, formada por los mismos padres; quedando con las siguientes funciones: Presidente, Tesorero, Secretaria, un vocal por grupo etc. Esta division no se hizó con el fin de establecer jerarquias sino de organizar las funciones. Posteriormente se registró ante notario èste grupo quedando como Asociación Civil.

¿Porque una Asociación Civil?

Porque era la única forma de proteger sus derechos y que estos fueran reconocidos ante terceros, al estar dotados de una personalidad jurídica propia. Es así que al legislarse ante notario la Asociación funge con el nombre de

Asociación de Padres en Pro de las Personas Deficientes Mentales A.C. de Ecatepec. conocida en la comunidad como Escuela de Educación Especial Ecatepec. (EEEE)

En estas fechas las clases ya no se daban en la casa de uno de los padres, sino que optaron por rentar una casa y además ya no era suficiente la asistencia de una Psicóloga y contrataron a otra y a un Pedagogo, los cuales se encargaban de todas las funciones de inscripción, evaluación, planeación, programación, tratamiento y post-evaluación de cada niño, así como la elaboración de expedientes, depuración de los mismos, organización de horarios, elaboración de listas de asistencia, además de trabajar con padres en el apoyo emocional y en el curso de "Entrenamiento a padres en Técnicas de modificación de conducta".

Los padres se encargaban del aspecto financiero cobrando las cuotas mensuales, además de realizar kermess, rifas, charreadas, bailes etc. (apoyados por un grupo de rotarios) con el fin de obtener los recursos económicos necesarios para solventar los gastos de la E.E.E.E.

En los primeros meses de 1989 la Asociación logró uno de sus objetivos más importantes, la donación de un terreno por parte del Municipio de Ecatepec, la cual a partir de esta fecha fungió como Escuela de Educación Especial, contando con 60 alumnos, 2 Psicóloga, 1 Pedagogo 3 maestras

voluntarias que ayudaban al profesor que lo requería en casos especiales. Teniendo cada uno un grupo homogéneo al cual puede brindarle mayor atención y así su aprovechamiento es mejor.

En el año de 1992, se le agregó el nombre de Paul Harris, en honor de uno de los fundadores del grupo de Rotarios de Xalostoc, quienes dieron gran apoyo económico para la construcción del edificio escolar de la E.E.E.E. ésta brinda tanto a los padres como a los niños diferentes servicios, apoyándolos en su desarrollo independencia y superación personal, ofreciendo un ambiente familiar y cordial, las funciones que ésta realiza serán tratadas mas a fondo a continuación.

FUNCIONES DE LA ESCUELA DE EDUCACION ESPECIAL ECATEPEC

La Escuela de Educación Especial Ecatepec E.E.E.E. dá apoyo a cualquier niño o joven que tenga deficiencia mental, sea cual sea el nivel de ésta o su etiología. El objetivo principal como hemos mencionado es la integración del deficiente mental a la familia y al medio social que lo rodea; Para lograr ésta integración es necesario capacitar al deficiente mental en las habilidades que le permitan lograr su independencia personal.

Para alcanzar este objetivo observamos en la práctica profesional, que los padres juegan un papel importante en este proceso. Algunos investigadores en esta área han observado el papel fundamental que juegan los padres en la educación del hijo con deficiencia mental por lo que concibieron la idea de informar y capacitar a los mismos acerca del tema y de las técnicas de tratamiento que llevan sus hijos en la escuela. Acerca de esto Williams, 1959 en (citado en Canales,1989). Demostró que los padres son capaces de aplicar los principios del aprendizaje después de haber recibido un adiestramiento.

Los padres son los componentes más influyentes del medio ambiente natural, controlan tanto las conductas respondientes como las operantes de sus hijos, Bandura, 1961 en (citado en Canales,1989).

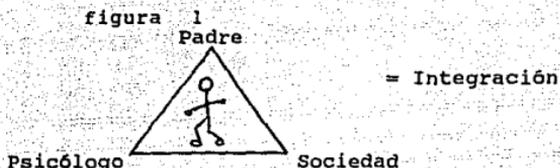
Por otro lado Grossberg 1964, en (citado en Canales,1989) menciona que los padres constituyen la fuente de los estímulos provocadores y reforzadores que producen y mantienen las conductas indeseables y por lo tanto un procedimiento lógico para la modificación de la conducta indeseable del niño implica el cambio en la conducta de los padres.

Patterson y Bijou, 1966 en (Canales,1989) realizaron un estudio en donde se mejoró la relación entre padres e hijos, con el padre desarrollando un papel terapéutico.

Al pretender la integración del deficiente mental a la sociedad se contempla la idea de un trabajo conjunto en el que participan activamente padres, niño y psicólogo. Por lo tanto el trabajo realizado es una integración de estas partes que dá como resultado la educación y al mismo tiempo la integración del deficiente mental a la sociedad, (fig. 1)

Al integrar a la familia en la educación del deficiente mental se va a lograr estrechar y modificar la relación, padre----madre----hijo en caso de que esta sea inadecuada. Al aprender la madre el trabajo que su hijo realizó en la escuela, ella va a generalizar este trabajo en la casa logrando mejores resultados en la terapia, y al mismo tiempo al estar inmersa en la rehabilitación de su hijo aprende a valorar los pequeños logros que éste va alcanzando, propiciando así la aceptación de tener un hijo con deficiencia mental.

Otro de los beneficios del trabajo con los padres es que el niño recibe una terapia más individualizada, aprovechando al máximo el tiempo que el niño permanece en la escuela.



Por otra parte en la E.E.E.E. se promueve la desprofesionalización al capacitar a los padres de familia en el trabajo terapéutico realizado en la institución, de no ser así los gastos originados por el trabajo especializado que se necesita para la población de la escuela, saldrían del presupuesto escolar. Al respecto Bijou y Ribes 1979 (citado en Canales, 1989) nos dicen que un método para solucionar el problema de la carencia de personal profesional consiste en contratar "paraprofesionales voluntarios". El paraprofesional es alguien que tiene un grado, un certificado o una licencia profesional. Los programas de entrenamiento a paraprofesionales deben tener esclarecidas las necesidades de la comunidad a la que van dirigidas.

El trabajo que se realizó en la E.E.E.E. con el niño deficiente mental es una educación en el amplio sentido de la palabra que implica la adquisición de habilidades que lo capacitan para llevar una vida "normal" en la medida de sus posibilidades y que es muy diferente a "entrenar".

TRIS CCN
FALLA DE ORIGEN

Todo esto se pretende alcanzar mediante las actividades de tipo recreativo, cultural y educativo con padres y alumnos deficientes mentales.

Otro de los objetivos de la institución es capacitar a los padres para que de manera mediata puedan educar directamente a sus hijos en forma individual o en grupo. Desarrollando y aplicando un curso de "Entrenamiento a Padres en Técnicas de Modificación de Conducta" el cual se expondrá posteriormente.

Los programas aplicados en la E.E.E.E. están basados en su mayoría en los utilizados en la Clínica Universitaria de Salud Integral (CUSI) del área de Educación Especial y Rehabilitación, algunos de los programas son:

- Repertorios Básicos; atención, imitación, discriminación seguimiento de instrucciones.
- Cuidado personal: control de esfínteres, lavarse, peinarse, comer, etc.
- Lenguaje : expresivo, receptivo y articulación.
- Conducta social: juego, cooperación, interacción física y verbal.
- Eliminación de conductas perturbadoras: hiperactividad, auto-estimulación, agresión y berrinches.
- Coordinación Motriz fina y gruesa.
- Hábilitades pre-académicas; lecto-escritura y cálculo

matemático.

Las técnicas utilizadas para la implementación de los programas son: Reforzamiento positivo, moldeamiento, modelamiento, tiempo fuera, castigo, sobrecorrección, entre otras.

El programa de "Entrenamiento a Padres en Técnicas de Modificación de Conducta", contiene la información teórica descrita en términos cotidianos, insistiendo en la práctica de éstos para que ellos las utilizaran en cualquier ámbito social con el fin de lograr mejores resultados en el trabajo con sus hijos.

A continuación se describirán los servicios que presta la institución a las personas con deficiencia mental y a sus padres.

a) Actividades con personas deficientes mentales.

Cuando un niño y sus padres tocan las puertas de esta institución, son atendidos primeramente por 2 padres de familia de la mesa directiva, los cuales los reciben muy amablemente y les informan como funciona la escuela haciéndoles notar que no sólo es una Escuela de Educación Especial, sino que es una asociación de padres y todo lo que

esto implica, explicándoles cual sería la participación que esperan de ellos al formar parte de la Asociación.

Uno de los puntos que tratan en primera instancia es el reglamento interno de la institución donde se les dá a conocer sus derechos y obligaciones, Además de tratar los objetivos que se pretenden.

Una de las razones por la que son atendidos por primera vez por padres de la asociación, es porque éstos cuentan con la experiencia de tener un hijo con deficiencia mental, propiciando que al hablar de las vivencias propias, los "nuevos padres" se sientan identificados con la situación favoreciendo la motivación de éstos para integrarse a la asociación.

A diferencia de las escuelas gubernamentales, (en las que está decide si acepta o no la inscripción del deficiente mental) en esta Asociación son los "nuevos padres " los que deciden si su hijo ingresa o no a la institución.

Una vez inscrito se les canaliza con una de las Psicologas para realizar su evaluación, la cual implica una entrevista a los padres para recabar toda la información posible acerca de los antecedentes médicos y psicológicos, con el fin de determinar la etiología de la deficiencia mental. Tambien se analizan las relaciones de pareja, de

padres a hijos y entre hermanos; En lo correspondiente al niño deficiente mental se realiza en varias sesiones la evaluación detallada de cada una de las áreas conductuales. Los resultados obtenidos ayudarán a asignar al niño en el grupo que le corresponde de acuerdo a sus habilidades y conocimientos.

Otra actividad que se realiza con los niños es dentro del área de socialización donde se celebran los días festivos y cumpleaños de cada niño, cantando las mañanitas, bailando y jugando.

b) Actividades con padres de familia

Como se mencionó anteriormente, la colaboración de los padres en este centro es primordial ellos participan activamente en la mayoría de las funciones. Organizadamente realizan el aseo de la escuela y áreas circundantes así como la reparación del mobiliario dañado por el uso o el paso del tiempo, proveen el material necesario para llevar a cabo estas actividades.

Esta actividad aparentemente tan simple propiciaba el que cada padre participante se sintiera más integrado al grupo, sensibilizándose y teniendo un cambio de actitud más positiva hacia la escuela.

Otro tipo de actividades, eran encaminadas al aspecto financiero. Se formaban comisiones encargadas de:

- Solicitar donativos a clubs, Instituciones, Empresas o particulares.
- Organizar eventos para recaudar fondos; Kermess,

Rifas

Bazares, charreadas y ventas de garage. Toda la población de padres con familiares y amistades participaban en estos eventos.

- Recibir la cooperación mensual que cada padre aportaba y de acuerdo a sus ingresos económicos
- Llevar los libros contables con la asesoría de un profesional.

- Realizar los pagos de renta, telefono, luz, sueldos etc.
- Participaban en los eventos culturales escolares y extraescolares (bailables, Encuentros Nacionales de Padres y cursos de Entrenamiento a Padres.

Asistían y participaban una vez por semana a las juntas de apoyo emocional organizadas y coordinadas por Psicólogos de este centro, tratando de responder a la problemática que se da en las relaciones familiares de la población en general. El objetivo de estas juntas es la sensibilización o cambio de actitud encaminadas a la aceptación del hijo con deficiencia mental para facilitar su integración al ambiente familiar y posteriormente al ambiente social.

En estas juntas los padres se reunían con el fin de compartir experiencias de su papel como padres de un niño deficiente mental, ayudando con sus comentarios a los nuevos padres y sugiriendo actitudes (basadas en su experiencia) acerca del proceso de aceptación del hijo deficiente mental. (vease mas detalladamente cap. 2, inciso b,2a.parte). Un estudio similar lo realizó E. Khubler, 1986 donde reunió a un grupo de padres que se enfrentaron a una situación dolorosa, la muerte de sus hijos, ya sea por muerte repentina, por enfermedad y una larga agonía. Los padres hablaban acerca de sus sentimientos. Este libro ofrece la oportunidad de

adquirir cierto grado de comprensión sobre el sufrimiento de un padre ante una noticia que le cause un impacto emocional.

" A través de las experiencias personales narradas en este libro por distintos padres, la Dra, Kubler abarca todos los procesos emocionales por los que atraviesan los padres al perder un hijo. Las reacciones de los padres que son descritas detalladamente por la autora, pueden ser distintas a pesar de que las circunstancias de la muerte sean las mismas o similares". Kubler,1986)

En otro tipo de sesiones, el grupo de padres, leía material sugerido por nosotros y posteriormente se comentaba, discutía y reflexionaba.

c) Trabajo conjunto a padres y niños

El trabajo con padres y niños es otro de los aspectos importantes en esta institución (una de las bases de la integración del padre de familia al proceso terapèutico en la rehabilitación de su hijo deficiente mental). Ya que el padre al trabajar con su hijo se va a esforzar, se cansará y conocerá de su hijo sus habilidades y limitaciones procurando alcanzar los objetivos establecidos, a veces llegará a desesperarse pero en esa medida apreciará los pequeños logros que vaya obteniendo su hijo. En otras palabras va a ser capaz de "integrarse a la vida de su hijo". La experiencia nos ha permitido comprobar que a partir del trabajo conjunto padre-madre-hijo, el proceso de aceptación es más corto y fácil de lograr, el dolor ante tal situación es menor, hay un cambio de actitudes de negativas a positivas, no sólo en la pareja sino también en los hermanos. Y es la pareja o en determinado casa uno de ellos los que van integrando a la familia (abuelos, tíos, primos) en la educación y rehabilitación del deficiente mental.

Barbaranne, 1988 nos dice que "La unidad de la familia no está limitada al núcleo familiar de la madre, el padre y los hijos; no se encuentra cerrada al resto del mundo. Es probable que la abuelita, un tío o una tía viva con la familia. También ellos sienten que tienen una función en el

futuro del niño. Estos familiares pueden representar una ayuda o un obstaculo....

Tambièn los amigos nos proporcionan el apoyo que necesitamos día tras día. A un amigo podemos contarle lo que sentimos y èl será afable; le podemos confiar nuestros temores y èl entenderá. A un amigo podemos decirle cosas que no le decimos a nadie más. Los amigos con su amor y comprension, hacen más faciles los problemas a los que tenemos que enfrentarnos. Ellos tienen hijos y comprenden, a veces no completamente, pero por lo menos lo intentan" (Barbaranne, 1988).

Es por esta razon que se involucra a la familia y se forman grupos de amigos, en este caso los mismos padres, ya que han vivido las mismas experiencias como lo mencionamos anteriormente.

En este centro se realizan 3 tipos de actividades donde participan padres e hijos:

1.- Actividades recreativas.- En donde se dá al mismo tiempo la diversion, el aprendizaje y la creatividad.

El tiempo libre para un deficiente mental adquiere una importancia muy grande porque es justamente su oportunidad de integrarse a la sociedad, de desarrollar su lenguaje y otras habilidades. Es la entrada a un mundo del que ya no es mas un sujeto pasivo, sino que puede tomar desiciones, tener la iniciativa y ser el autèntico protagonista de su vida.

Esto claro permite que su personalidad evolucione, sólo necesita que se le dé una oportunidad, con un poco de iniciativa, organización y participación. Es por esto que surgen los siguientes eventos:

- Campamentos.- se realizan para propiciar la convivencia entre los alumnos y sus padres, los lugares son diferentes Estados de la República, éstos son financiados por el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y tienen una duración de 6 días y 5 noches. las actividades llevadas a cabo son: Juegos de playa, deportes, teatro y concursos que promueven la creatividad de padres, niños y profesores, dinámicas de integración familiar, paseos para conocer los lugares turísticos e históricos de la zona.

- Visitas al Zoológico.- Estas visitas se hacen con toda la escuela o por grupos, programándose el día y las actividades a realizar, como observar a los animales, comer y jugar en grupos familiares. Ya estando en la escuela se comentan las experiencias del paseo.

- Visitas a parques de diversiones.- Estas solo se han realizado a Reino Aventura, y es patrocinado por la Confederación Mexicana en pro del Deficiente Mental. En el parque de diversiones se dá un tiempo para comer, divertirse en los juegos y después de estos o durante los mismos se realizan juegos de cooperación y competencia, donde se premia a los ganadores a veces con juguetes y otras con felicitaciones.

2.- Actividades culturales.- En éstas se promueve el conocimiento de algún tema en particular, por ejemplo: Aspectos sociales del lugar donde viven; aspectos naturales, como el conocimiento de los seres vivos; o aspectos tecnológicos, como son los avances de la ciencia y la tecnología. En ocasiones es necesario salir de la localidad (visita a la refresquera Coca Cola), en este caso las visitas son dirigidas por un guía del lugar, respetando las reglas del mismo y escuchando atentamente las explicaciones que nos van dando. Al final del recorrido se reúne el grupo y se hacen comentarios y conclusiones de las vivencias. Cuando no se salía de la localidad la visita también era dirigida, pero por personas de la escuela (maestros, psicólogas pedagogo).

3.- Actividades educativas.- En donde el padre se involucra directamente en la terapia de su hijo, de acuerdo a los objetivos que se deben alcanzar. - Apoyo a la terapia diaria.- las actividades aquí realizadas son las planeadas y programadas de acuerdo a la jerarquización de objetivos y dentro de los horarios establecidos para cada área de comportamiento; Repertorios básicos, autocuidado, eliminación de conductas problemáticas, lenguaje, socialización, académicas y motriz fina y gruesa. Aquí cada padre de familia trabaja con su hijo en las primeras terapias y después de lograr varios objetivos trabajará tanto con su hijo como con otro niño, contando con la

asesoría del psicólogo. Se les hace incapie en lo aprendido en el curso de "Entrenamiento a Padres en Técnicas de Modificación de Conducta".

En general al realizar estas actividades no sólo los padres tienen relación con los niños deficientes mentales, sino también personas de su vecindario y ajenas al mismo, quienes los tratan y a veces los conocen y principalmente comprenden que son miembros importantes de la sociedad, que necesitan ser queridos y aceptados por los demás dándose su integración a la sociedad.

CAPITULO II

TRABAJO PSICOLOGICO EN LA E.E.E.E.

a) Trabajo con alumnos deficientes

Los pasos y procedimientos específicos aplicables durante el proceso de modificación de conducta, deben seguirse cuidadosamente por maestros y/o padres, estos son:

- Seleccionar la conducta blanco.
- Recopilar y registrar información de línea base.
- Identificación de reforzadores adecuados.
- Implementar la intervención y hacer los registros de ésta.
- Realizar evaluaciones. (Walker,1987)

Las funciones profesionales básicas del Psicólogo.

1.- La detección de problemas que se refiere a la observación y medición de las carencias o excesos de un repertorio conductual.

2.- El desarrollo de programas de instrucción o modificación, destinados a producir los cambios conductuales necesarios.

3.- La rehabilitación entendida como superación de las deficiencias en repertorios conductuales.

4.- La investigación encaminada a evaluar los factores que determinan el comportamiento, los diferentes instrumentos de medición, las condiciones para llevar a

efecto una tecnología y las aportaciones de otras disciplinas al campo de la Psicología.

5.- La planeación y la prevención relacionadas con el diseño de ambiente y con la difusión de la tecnología entrenando ayudantes y paraprofesionales.

6.- Estructurar sistemas motivacionales, aplicando procedimientos como el manejo de contingencias, moldeamiento, modelamiento, juego y otras. Walker y Shea, 1987).

Una vez revisado los planteamientos anteriores y los cuales han justificado nuestro quehacer psicológico, dentro de la institución en cuestión. Procederemos a una descripción somera de nuestra labor. Se insiste mucho en una concientización y sensibilización del profesional en el trato con el deficiente mental. De su responsabilidad para hacer su trabajo encaminado al crecimiento tanto de él como de el niño deficiente mental.

Desde esta perspectiva el trabajo psicológico no solo va a ser de "escritorio" sino también en todas y cada una de las situaciones tan cotidianas en las que se desarrolla el niño, como es el cuarto de baño, la cocina, en la calle, en un parque, en su casa etc.

Nuestro quehacer Psicológico en esta institución es multifuncional a diferencia de otras escuelas de educación

especial;abarca las áreas de Psicología, Pedagogía, Administración, Intendencia etc. Esto sucede primero porque no hay el personal suficiente y en segundo porque estas actividades permiten al psicólogo concientizarse y valorar su quehacer en la transformación de la realidad del niño deficiente mental.

Basandonos en trabajos realizados en otras instituciones donde se utilizan diversos métodos terapèuticos para tratar a los niños deficientes mentales; se empezó a organizar el trabajo que se realizaría con ellos en este centro.

Se parte de la idea de que el deficiente mental no es un "conejiillo de indias" ni un sujeto expuesto al manipuleo de su persona dejando de lado sus derechos humanos, como es, un trato adecuado y efectivo por parte de su familia y profesonales que se relacionan con él; que no se le ofenda ni física ni verbalmente, derecho a una educación, a servicios mèdicos, a su participación dentro del nucleo familiar y social; es decir concebirlo como a un SER HUMANO con sentimientos y emociones.

El modelo educativo que empleamos en la E.E.E.E. esta basada en:

- Kinesiología.- que implica el movimiento como factor importante en la maduración del sistema central, así como la

información que llega a éste por medio de los 5 sentidos, oído, gusto, tacto, vista y olfato; que el niño con lesión cerebral es capaz de procesar, ayudándole a una estimulación, propiciando así el aprendizaje de las habilidades necesarias para su educación posterior.

- Análisis Conductual Aplicado.- en el cual se observa la adquisición gradual de repertorios conductuales cada vez más complejos que se da como consecuencia de la interacción entre el equipo biológico del individuo y las condiciones del medio ambiente, eliminando conductas problema y manteniendo las ya logradas.

- Juego.- Las actividades realizadas en el trabajo diario del niño podrían ser exhaustas, tediosas y monótonas, por lo que se motiva al niño a realizarlas por medio del juego, concursos, cantos, etc. Esto resulta en beneficio tanto del maestro, el niño deficiente mental y el padre, en tanto que es divertida y facilita la integración del grupo. Aunque a menudo el juego no es un comportamiento fácil para los niños deficientes. Juegan poco perdiendo así las posibilidades de desarrollo que el juego ofrece. Por otro lado es obvio que la rehabilitación y readaptación del deficiente mental ha de pasar por el juego ya que este forma parte de la vida diaria del niño. (Walker, 1987)

La evaluación la consideramos como la parte inicial del proceso educativo del deficiente mental.

Es considerada como un proceso en tanto que debe transcurrir en forma paralela al aprendizaje y no ser un acto esporádico.

La evaluación es un instrumento funcional que nos permite describir la o las conductas en términos objetivos, nos da información del momento y situaciones en que ocurre la conducta, nos describe el conocimiento general del niño, identificando sus habilidades y déficits conductuales y nos guía a la planeación del programa educativo. (Anexo 1)

Esta evaluación también nos permite priorizar las áreas problema parte fundamental en la planeación del programa, sin olvidar que este tipo de evaluación nos ayuda a seguir los cambios conductuales, permitiendo comparar al niño consigo mismo en distintos momentos a lo largo del programa. Parte muy importante de la evaluación es la entrevista que se realizó con los padres, ya que es fundamental que se tengan los antecedentes del desarrollo del deficiente mental además de la información que nos pueda proporcionar acerca de los síntomas que se han venido manifestando y como han cambiado a lo largo de su desarrollo. (Anexo 2)

Una vez concluida la entrevista se procede a trabajar con el niño, valorando cada una de las áreas de su desarrollo.

Un aspecto muy importante que se contempla desde la entrevista y la medición de los repertorios conductuales del deficiente mental es el aspecto emocional que nos brinda información acerca de su actitud hacia el mundo que lo rodea (agresividad, apatía, temor, introversión, extroversión, dependencia, berrinche, tendencia a la oposición, etc.) estos datos nos ayudan a definir las metas específicas para cada niño, y secuenciar las habilidades de manera adecuada.

La aplicación de estos materiales se hacen de manera individual y en sesiones de 1 o 2 horas aproximadamente. Se toma nota de cualquier detalle ya que èsta es muy importante para un análisis posterior.

Las situaciones de evaluación son en escenarios naturales, la mayor parte de ellos son sin los padres presentes, aunque en algunos casos se hace necesaria la presencia de la madre en especial, para observar el tipo de actitudes que se establecen entre ellos (indiferencia rechazo, sobre-protección, agresividad) los escenarios naturales son: cuarto de baño, cocina, patio, salón de clases, patio de juegos y la calle. Cabe señalar que el mismo formato de evaluación se utiliza durante y al final del ciclo escolar, èsto nos permite conocer los avances que se van logrando en cuanto a los objetivos establecidos previamente. Una vez que se finaliza la evaluación y se tienen datos en términos de porcentaje, y descripciones

objetivas se procede a la planeación y elaboración del programa de tratamiento.

La finalidad de planear y programar es jerarquizar metas a corto, mediano y largo plazo, con el objeto de facilitar tanto al terapèuta como al deficiente mental el establecimiento,, incremento, decremento o extinción de conductas innecesarias o necesarias para su óptimo desarrollo.

"Un sistema educativo se diseña con el propósito de que el alumno responda íntegramente a los valores culturales propios de la sociedad en que participa... Por èsto un diseño del sistema educativo para personas con necesidades especiales no puede alejarse del contexto social que le rodea y debe reflejar los patrones culturales de esa sociedad para facilitar su integración"(SEP,1984)

Teniendo en cuenta estas consideraciones, en la Secretaria de Educación Pública se proponen las siguientes áreas curriculares cuyos contenidos globalizan las necesidades vitales del sujeto con deficiencia cognocitiva y de adaptación.

- Independencia personal.
- Comunicación.
- Socialiación.
- Ocupación.

INDEPENDENCIA PERSONAL.- Esta área los repertorios encaminados a resolver problemas elementales como son: hábitos alimenticios, higiénicos y de presentación personal.

COMUNICACION.- El desarrollo progresivo de la integración del niño en su grupo social origina la necesidad de una comunicación cada vez mas amplia y objetiva que le permita expresarse y comprender los estímulos que recibe del medio. Por lo tanto el término de comunicación no solo se reduce al lenguaje verbal o escrito, sino que abarca la expresión artística, como en las dramatizaciones, manejo de títeres, escuchar cuentos, poesías, música, interpretar canciones, pintar, dibujar, modelar, etc. Todo lo anterior favorece el desarrollo representativo.

SOCIALIZACION.- Entendida como la interacción con el grupo social y la adopción de sus normas, en esta área se propicia también la habilidad para tomar decisiones, en diferentes ámbitos como el familiar, lo escolar y la sociedad en general. Además de intervenir en la eliminación de conductas desfavorables que interfieren con el aprendizaje.

OCUPACION.- Se le considera como ocupación al desarrollo de destrezas y habilidades encaminadas a establecer las condiciones necesarias para la formación

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

laboral, en esta área se desarrollan las habilidades motrices, (necesarias en su desarrollo físico) aplicables en actividades de cooperación con el grupo y en general de la vida diaria, es por ello que se plantean objetivos de ejecución individual y grupal, contemplándose aspectos de psicomotricidad fina y gruesa.

La planeación que utilizamos en este trabajo esta basado en las premisas anteriores, tomando en cuenta que las áreas que planteamos en el capítulo III primera parte (repertorios básicos, psicomotricidad, autocuidado, eliminación de conductas problemáticas, lenguaje, socialización y académicas) están contempladas en las primeras cuatro áreas descritas anteriormente, y las planteamos así con fines de flexibilidad la tarea pedagógica. Recalcando que todas las áreas estan intimamente relacionadas y no se trabaja individualmente con cada una, sino que es un todo y como tal se abarca en el plan escolar de trabajo. (anexo 3).

El programa educativo contempla el establecimiento de los objetivos generales, particulares y específicos encaminados a lograr una independencia personal y adaptación social, los programas se realizan en base a la planeación y tomando en cuenta las características del deficiente mental, consiste en la especificación de los pasos sucesivos y de

las operaciones que se utilizarán para alcanzar una conducta final.

El tratamiento conductual presupone la manipulación de procedimientos de modo tal que facilite y promueva; la adquisición de nuevas conductas, el aumento de la frecuencia de ocurrencia de las ya existentes, el decremento o eliminación de conductas objetables.

Los procedimientos que facilitan la adquisición de una conducta pueden ser: a) imitación: en que un adulto modelará la conducta que se desea promover con el objetivo de que sea imitada. La imitación debe ser seguida de reforzamiento. b) moldeamiento por aproximaciones sucesivas: aquí se refuerza toda conducta que se aproxime a la respuesta terminal deseada. c) estímulo de preparación; se presentan otras formas de estimulación, que propicia instrucciones más precisas para que se presente la conducta que debe ser reforzada. d) instigación física o verbal de la respuesta, y e) probación y exposición del reforzamiento.

Los procedimientos para eliminar una conducta indeseable pueden ser los siguientes: a) extinción; no debe prestarse la más mínima atención a la conducta del niño, e instruir a los compañeros para que las contingencias ambientales sean consistentes. b) tiempo fuera; se retira al niño de la situación donde se presenta la conducta

inadecuada, es importante identificar la relación que existe entre la conducta y la consecuencia. c) castigo; se lleva a cabo mediante la presentación de un elemento aversivo en el ambiente, también puede considerarse como la supresión de un elemento o actividad placentera. d) reforzamiento de respuestas incompatibles; se refuerza otra conducta distinta a la indeseable, para aumentar la probabilidad de la primera y disminuir la de la segunda.

Estos procedimientos pueden combinarse de diversas maneras con el fin de aumentar su efectividad, para conocer ésto es recomendable evaluar durante la aplicación del tratamiento con el fin de conocer si están siendo efectivos o no, esta evaluación debe hacerse en forma cualitativa y cuantitativa, el éxito se constata en la post-evaluación al analizar las medidas iniciales y las finales.

Es muy importante que al realizar un programa de intervención se tome en cuenta las características individuales y grupales ya que esto favorecerá la efectividad del mismo. La E.E.E.E., cuenta con una población de 30 alumnos, las edades de los mismos oscilan de los 3 a los 18 años, la etiología de la deficiencia mental es variada; Autismo, Síndrome de Down, Microcefalea y Parálisis Cerebral Infantil. Cabe señalar que 30 son del turno matutino y 30 del vespertino.

Con el fin de optimizar el trabajo, se ha homogeneizado la población formando 3 grupos con diferentes niveles de atención. En el nivel 1 que tiene por nombre "Grupo de Intervención Temprana", se encuentran inscritos 7 alumnos, las edades de ellos van de los 3 a los 8 años. La edad no tiene nada que ver para que pertenezcan a ese grupo sino son las habilidades con que cuenta las que lo identifican como miembro de ese nivel, por ejemplo todos ellos tienen como característica general no contar con las habilidades de autocuidado ni repertorios básicos, dependen totalmente de un adulto. Al nivel 2 se le ha llamado "Grupo Pre-escolar" lleva este nombre porque aquí intervienen actividades preparatorias a las académicas, los 11 alumnos de este grupo son parcialmente dependientes, pero necesitan la supervisión constante de un adulto, cuentan con las habilidades de independencia personal, repertorios básicos, comunicación socialización (no desarrolladas en su totalidad), las edades varían de los 6 a los 16 años. Por último tenemos al nivel 3 que es el grupo con mayor número de alumnos ha éste grupo se le ha nombrado "Grupo Primaria", porque en él se trabajan áreas de lecto-escritura y cálculo (entre otras) este grupo tiene la característica principal que los alumnos que aquí asisten cuentan con habilidades mas desarrolladas que los del grupo anterior. Las edades varían de los 8 a los 18 años.

Las características de cada grupo y en particular de cada alumno han sido previstas para desarrollar el

programa, ésto es de gran ayuda ya que favorece el tratamiento y optimiza los logros.

Con el fin de esclarecer lo anterior en el próximo capítulo se darán a conocer 3 casos diferentes de alumnos de los 3 grupos nombrados, presentando los datos generales, programas y resultados obtenidos en dichos casos.

Aunque nuestro objetivo principal es que el niño se integre a la familia y a la sociedad, adquiriendo habilidades que le permitan ser independiente, el trabajo de la E.E.E.E. no se limita al trato directo con el deficiente mental sino considera de gran importancia la integración del padre de familia en el proceso terapéutico de su hijo, es por eso que a continuación hablaremos de la labor realizada con los padres de familia de esta institución

b) Trabajo con padres

La llegada de un nuevo miembro a la familia siempre es motivo de cambios en la dinámica de la pareja y de los demás integrantes (si es que los hay), la expectativa de casi todas las parejas hacia su hijo es de que éste nazca sano y "normal" pero que sucede cuando los padres se enfrentan al nacimiento de un hijo con deficiencia mental?.....

Vergara, nos dice que las familias sintomáticas tienen como característica no ser una familia "normal" (de padre, madre, hijos "normales") y eso los hace crear una forma específica de vida, según sus recursos humanos y materiales y de acuerdo a sus experiencias e ideologías. "Son excepcionales por no ser como el prototipo normal de las otras familias de la sociedad".(Vergara,1988).

Cuando se trata de una familia en la que hay un miembro "anormal" que puede ser deficiente mental, enfermo crónico, drogadicto,alcoholico, infractor, neúrotico, etc, la dinámica familiar es difícil y el estado emocional de cada integrante es inestable.

Con frecuencia se llega a la desintegración familiar o a constantes conflictos, en ocasiones se da el divorcio o el abandono por parte de uno de los cónyuges, otras veces, algunos de los hijos o varios de ellos buscan la primera

oportunidad para irse de casa ya sea buscando trabajo en otra ciudad, casandose o simplemente permaneciendo el mayor tiempo fuera de casa. En estos grupos familiares no existe una buena comunicación, organización de roles y reglas y mucho menos armonía e integración familiares ideales.

Ingalls (1980) (citado en tesis Vergara,1988) menciona que los elementos necesarios para una integración familiar son: Comunicación, Establecimiento de roles, Flexibilidad en reglas y roles, renovación de las mismas de acuerdo con las edades e intereses de cada miembro de la familia, convivencia frecuente y armoniosa, respeto a las libertades de cada integrante, etc.

La noticia a los padres, de la deficiencia de su hijo, causa un impacto que no deja de ser severo y de efectos muy diversos. Dichos efectos se dan independientemente del tipo y grado de deficiencia mental que presente el hijo. Algunos estudiosos del tema han observado que el impacto de la noticia puede ser más crítico si el hijo deficiente mental es varon y menos crítico si es niña, tambien depende del lugar que el hijo con deficiencia mental ocupe en la familia, así tenemos que es mas doloroso cuando es el primógenito que cuando ocupa un segundo, tercer o cuarto lugar en la familia. Por lo general, los padres deciden no volver a tener familia después del nacimiento de su hijo deficiente mental.

Una de las conclusiones de lo hasta aquí expuesto, es el hecho de que tener un miembro en la familia con deficiencia mental, los hace vivir una situación desconocida y difícil, aunque es de suma importancia aclarar que el nacimiento de un hijo con deficiencia mental no provoca por sí la desintegración familiar.

Todos los padres de un niño deficiente mental reaccionan con una conmoción y tristeza profunda lo cual provoca en ellos lo que varios investigadores han llamado "crisis". Caplan (1961) (citado en Bejar, 1991) define esta crisis de la siguiente manera, " crisis es lo que sucede cuando una persona se enfrenta a una dificultad, a una amenaza de pérdida real, en la que no se dispone de suficientes recursos ni por consiguiente de un medio directo de controlar el conflicto."

Menolascino y Wolsfensbergen en 1967 citado en Bejar, 1991) identifican 3 razones por las que se presenta la crisis:

- 1.- Por lo inesperado.- el tener un hijo deficiente mental sin haberlo previsto destruyendo la ilusión de un hijo sano.
- 2.- Por los valores personales.- por que se tiene la idea generalizada de amar a un hijo sin importar sus características y porque considerarán que no

es un "objeto" digno de amar.

3.- Por la realidad. - Al percibir al niño deficiente mental dependiente de todos por toda su vida.

A todo esto se puede agregar el no saber que hacer en tal situación.

Ahora bien, la respuesta de los padres va desde la negación de la realidad hasta la aceptación, claro está que para que está se presente pueden transcurrir semanas, meses e incluso hasta años, y es posible que tal aceptación jamás se presente.

Uno de los factores que mas influyen en la aceptación del hijo deficiente mental y en el restablecimiento de la dinámica familiar es el apoyo psicológico.

En la E.E.E.E. no solo se proporciona a los padres un apoyo emocional, sino también se les involucra activamente en la terapia de su hijo, conviven con ellos dentro de la institución y fuera de ésta, para ello se realizan diferentes actividades; una de ellas son los campamentos; visitando diferentes Estados de la República.

Ademas asisten al curso de Entrenamiento a Padres donde se les proporcionan las bases en Técnicas de Modificación de Conducta, las cuales le ayudarán al tratamiento en casa.

También se les hace participes en la organización y realización de festejos (descrito ampliamente a lo largo de este reporte).

Estas actividades tienen la finalidad de apoyar al proceso de aceptación ya que éste no se da de la noche a la mañana o por cuestiones "mágicas" ni se presenta con tan solo proponerselo.

Para llegar a aceptar a un hijo deficiente mental es necesario invertir en ello mucho tiempo, dedicación, paciencia y principalmente amor.

Para ello, describiremos ampliamente los programas mencionados con anterioridad.

El programa de apoyo emocional viene a responder a las necesidades afectivas y de adaptación que requiere el ser padre de un niño especial, dado que pasa por una serie de conflictos emocionales que alteran su forma de vida.

La asociación EXITO en pro del deficiente mental A.C. es la primera en trabajar con los padres en los grupos de apoyo emocional obteniendo excelentes resultados, integración, cooperación, participación activa etc. Por lo cual nosotros retomamos ese trabajo para aplicarlo en la

E.E.E.E. Las reacciones más comunmente experimentadas por uno o ambos padres son las siguientes:

a).- Conmoción o aturdimiento.- se presenta porque la noticia es dada precipitadamente y por la discrepancia entre las expectativas y la realidad. Es en este momento cuando surge el cuestionamiento "porque tuvo que pasarme esto a mí".

b).- Negar la realidad del problema y hacer creer que su hijo esta bien, limitandolo por lo tanto a no darle acceso a una educación especial.

c).- Auto-compadecerse, olvidandose de la familia e incluso del hijo con deficiencia mental.

d).- Rechazo hacia el deficiente mental tomando actitudes hacia él de abandono y/o agresión.

e).- Buscar culpables de las causas de la deficiencia de su hijo, en las personas más cercanas, (pareja, padres, hermanos, doctores, etc.)

f).- Tener sentimientos de culpa, vergüenza o depresión, creando en el núcleo familiar un ambiente inestable e inapropiado para vivir.

g).- Se pueden dar pautas de dependencia mutua (sobrepotección) haciendo del deficiente mental una persona inútil, limitándolo en su desarrollo.

h).- pueden afrontar en forma realista el problema, tomando una actitud positiva dirigida a la rehabilitación y educación especial de su hijo.

Sin embargo los padres no son los únicos afectados, están también los hermanos del niño deficiente mental quienes frecuentemente toman la misma actitud que los padres adoptan ante el hijo deficiente mental; puede ser positiva o negativa, por una normal imitación; entre alguna de estas actitudes de los hermanos están:

- Revelarse ante la idea de tener que cuidar del hermano deficiente mental lo cual los limita para poder realizar otras actividades sólo o con sus amigos.

- En ocasiones sienten vergüenza por tener a un deficiente mental como miembro de la familia, evitando que sus amistades visiten sus casas o se enteren de la existencia del hermano deficiente mental.

- Temen a la posible burla, al morbo o al rechazo no sólo al deficiente mental sino también hacia ellos mismos.

Considerando todas estas reacciones en la familia y como pueden alterar su vida es que insistimos en la importancia que tiene el recibir un apoyo emocional. Al respecto, algunos estudiosos del tema como Lillie 1978, (citado en Bejar, 1991), menciona que la ayuda emocional se debe proporcionar a la familia a través de la ayuda profesional.

Estos deben hablar de sus temores y pensamientos con un experto interesado en sus problemas, que los escuchará con calma, simpatía y sobre todo no hará juicios.

Al hablar de sus experiencias y sentimientos se pretende lograr que:

- Disminuya la ansiedad producida por la confusión de sentimientos ambivalentes.

- Estimular y reforzar la unidad familiar.

- Identificar las necesidades emocionales y sociales de la familia, motivando la comunicación.

- Proporcionar el intercambio de información acerca del tema y sus implicaciones.

- Promover la participación de los padres, en el proceso de rehabilitación de su hijo.

Esté proceso de aceptación no se da de manera automática o por cuestión de tiempo, sino que es un proceso evolutivo a través de un ciertas etapas que menciona Ingalls, 1982 (citado en Bejar, 1991) y consta de 4 momentos:

- 1.- Los padres son capaces de aceptar y estar concientes de sus habilidades y recursos.

- 2.- Afrontan el retardo en forma realista siendo capaces de hablar del retardo sin sentirse avergonzados.

- 3.- Tratan de proporcionarle los diferentes servicios asistenciales sin curas milagrosas.

- 4.- Equilibran el trato entre su hijo especial y los demás miembros de la familia. (Bejar, 1991)

Hasta aquí hemos hablado de porque es importante el apoyo emocional" y los beneficios que nos puede dar. Las formas para poder llevarlo a cabo pueden ser variadas, sin embargo nos ocuparemos de 2; la forma de intervención por medio de la Educación y Psicoterapia.

Educación.- A través de ella se propicia la adquisición de conocimientos y el desarrollo de nuevas habilidades para solucionar conflictos, analizando la situación. Se establece una relación bidireccional entre el terapeuta y el paciente.

Psicoterapia.- Es una terapia de apoyo específicamente dirigida a los padres y familiares; puede ser llevada a cabo en forma individual y grupal, ser tolerante, dirigida, verbal o no verbal. Su premisa principal es la "Adaptación y bienestar emocional de cualquier persona, buscando la comprensión de sus propios problemas". Ingalls, 1982 (citado en Bejar Nava 1991).

De estas 2 formas de intervención, la Psicoterapia empleada a grupos identificados, por una característica en común (padres e hijos con deficiencia mental) ha mostrado ser eficaz; siendo éste tema uno de los puntos centrales de este reporte, el siguiente inciso esta dedicado a él.

En este trabajo proponemos una estrategia de trabajo más dinámica y vivencial, basada en la Psicoterapia, en donde cada integrante aporta algo de su experiencia y se enriquece con las vivencias de los demás, logrando que el conocimiento no quede solo a nivel teórico, sino que se incorpore a su cotidianidad.

Esta estrategia pretende incidir sobre los elementos más importantes de la dinámica familiar: Comunicación, Solución de problemas, Auto-estima, Sexualidad, Conocimiento Mutuo y Relaciones Familiares.

A continuación daremos una descripción del esquema de trabajo del curso de "Apoyo Emocional".

OBJETIVO GENERAL.- Implementar en los padres habilidades que contribuyan a la sensibilización o cambio de actitud encaminadas a la aceptación del hijo deficiente mental, para facilitar su integración al ambiente familiar y posteriormente al ambiente social.

POBLACION: 20 personas (en su mayoría eran mujeres) todos padres o madres de un hijo (a) con deficiencia mental sus edades oscilaban entre los 20 y 50 años, nivel socioeconómico, medio bajo; grado de estudios en promedio era de secundaria.

DURACION: 20 sesiones de aproximadamente 2 horas y media cada una, separadas por un lapso de una semana.

SITUACION: Salón amplio de 6 x 3 mts. Iluminado y ventilado.

PRIMERA SESION:

Tema "Dinámica de Rompehielo"

Objetivo específico.- Disminuir la tensión, establecer lazos de confianza, permitir el intercambio amigable entre los participantes del curso para detectar las afinidades emocionales entre los participantes.

SEGUNDA SESION:

Tema: "La Carta"

Objetivo específico.- Realizar una pre-evaluación, detectar las expectativas del grupo respecto al curso.

TERCERA SESION:

Tema: Dinámica "Preguntale a un experto"

Objetivo específico.- Recabar información acerca de los intereses del curso.

CUARTA SESION:

Tema: "Linea de Vida"

Objetivo específico.- plasmar y describir por medio de símbolos, colores, líneas, su vida y posteriormente lo comentará al grupo.

QUINTA SESION:

Tema: "La amistad"

Objetivo específico.- Mediante una actividad grupal, los participantes realizarán dibujos y opinarán sobre el concepto de "amistad".

SEXTA SESION

Tema: "Grupo "

Objetivo específico.- Al finalizar la sesión los participantes comentarán sobre el concepto de "Grupo".

SEPTIMA SESION

Tema: "Conociendote"

Objetivo específico.- al finalizar la sesión, los participantes hablarán de sus experiencias personales relacionadas al tema.

OCTAVA SESION

Tema: Comunicación

Objetivo específico.- Al finalizar la sesión los participantes detectarán las principales fallas en la comunicación y reconocerán un modelo de comunicación afectiva.

NOVENA SESION

Tema "Unidad"

Objetivo específico.- Al finalizar la sesión los participantes detectarán las ventajas y desventajas de la unidad en un grupo social.

DECIMA SESION

Tema: "Preguntas y respuestas"

Objetivo específico.- Al finalizar la sesión los participantes expresarán de manera escrita y anónima sus dudas comentarios y sugerencias.

DECIMA PRIMERA SESION

Tema: "El Lazarillo"

Objetivo específico.- Los participantes conocerán las formas de dependencia y sus consecuencias.

DECIMO SEGUNDA SESION

Tema: "Mandatos" Objetivo específico.- Al finalizar la sesión los participantes conocerán, comentaran y reflexionarán acerca del tema.

DECIMO TERCERA Y DECIMO CUARTA SESION

Tema: Dinámicas de "Resentimientos y Perdon".

Objetivo específico.- Al finalizar estas 2 sesiones los participantes comentarán sus experiencias personales relacionadas con el tema.

DECIMO QUINTA SESION

Tema: "Preguntas y Respuestas"

Objetivo específico.- Los participantes opinarán y sugerirán con libertad.

DECIMO SEXTA SESION

Tema: "Reencuentro"

Objetivo específico.- Los participantes comentarán sus experiencias personales relacionadas con el tema.

DECIMO SEPTIMA SESION

Tema: "Amor"

Objetivo específico.- Los participantes comentarán sus experiencias personales relacionadas con el tema.

DECIMO OCTAVA SESION

Tema: "Caricias"

Objetivo específico.- Al finalizar la sesión los participantes detectarán la importancia que tienen las muestras de afecto.

DECIMO NOVENA SESION

Tema: Dinámica de "Las Rosas"

Objetivo específico.- Sensibilizar y opinar acerca del tema.

VIGESIMA SESION

Tema: Evaluación

Objetivo específico.- Se aplicará el mismo cuestionario que en la segunda sesión.

La estructura, método y procedimiento de este curso se describirán y explicarán más detalladamente en el capítulo V. Hasta aquí solo se planteó de una manera somera el contenido a fin de dar solo un panorama general.

Mientras tanto seguiremos planteando las otras actividades con los padres de familia. Entre éstos tenemos a los programas de socialización en los cuales participaban tanto alumnos como padres.

El tratamiento en la E.E.E.E. no se limita al trabajo con alumnos y padres dentro del centro, sino también abarca actividades que propician la convivencia de ambos fuera de ésta, llevando a cabo diferentes actividades recreativas, culturales y educativas, en diversos escenarios como son; visitas a museos, zoológicos, parques y campamentos entre otros. Es del último del que nos ocuparemos en adelante.

Los campamentos han sido diseñados de tal forma que apoyen las diferentes actividades realizadas por los niños y padres en casa y en la escuela. En estos campamentos los

alumnos ponen en práctica los conocimientos obtenidos en las diferentes áreas de rehabilitación ya que en el programa intervienen actividades relacionadas con los repertorios básicos, auto-cuidado, motricidad (gruesa y fina), lenguaje, socialización, académicas y eliminación de conductas problemáticas.

En lo que respecta a los padres ellos tienen la oportunidad de convivir con su hijo y con otros niños fuera de la rutina del hogar, además de aprovechar la ocasión de ampliar sus conocimientos e intercambiar opiniones con otros en las reuniones que se tienen con todos los padres ya que 2 horas diarias son dedicadas a la realización de dinámicas en las que se exponen diferentes temas relacionados con la deficiencia mental.

Las actividades llevadas a cabo son; deportivas, juegos de playa, artísticas, en competencias y concursos, además de pasear para conocer los lugares típicos del sitio visitado (zonas turísticas, arqueológicas, acuarios, parques de diversiones).

Los campamentos se realizan 2 veces al año a diferentes lugares de la República Mexicana, las fechas son designadas por el DIF (Desarrollo Integral de la Familia), ya que ésta es la institución que nos patrocina, la estancia en los

albergues tiene una duración de 6 días y 5 noches, las cabañas son repartidas desde antes del viaje.

Los alumnos que se encuentran en el grupo de Intervención Temprana permanecen con sus padres o tutores que lo acompañan, los de los grupos de Pre-escolar y primaria se encuentran en diferentes cabañas que sus padres. Con el fin de apoyar su independencia personal los niños se encuentran en una cabaña y las niñas en otra, en cada cabaña habrá un psicólogo y por lo menos 2 padres de familia para apoyar en lo que se necesite. Cada alumno se encarga de su aseo personal, del aseo de su cama y en general de su cabaña, ellos deben recoger sus alimentos y utensilios para comer y llevarlos a la mesa, al terminar de comer se encargan del aseo del comedor.

En estas actividades también participan los padres de familia por equipos. Las salidas son en domingo para iniciar la semana, la mañana del lunes ya en los albergues del DIF. A continuación explicaremos el programa general del campamento realizado a *Ixtapa Zihuatanejo Guerrero*.

CAMPAMENTO IXTAPA ZIHUATANEJO

PROGRAMA GENERAL.

DOMINGO

14:00 Salida de la R.E.R.E. con destino Ixtapa Zihuatanejo. En el transcurso del camino se realizan diversos juegos de entretenimiento respetando las horas de comida y descanso.

DIA HORA	LUNES	MARTES	MIRCOLES	JUEVES	VIERNES
6:00	Llegada al albergue DIF	Cita en las canchas para realizar actividades de Psicometría grupal.			
7:00	Aseo personal y de su cabaña				
8:00	Desayuno y aseo del comedor				
9:00	Tiempo libre para preparar su ropa para salir de paseo				
10:00	Salida a la playa del campamento Actividades Caminar por la playa recolectar conchas, y andar.	Salida a la Ciudad de Zihuatanejo Conociendo el Mercado de Artesanías y el de comida.	Salida a la playa "La Ropa" Actividades Juego de Fútbol alumnos vs padres. otros juegan bolibol alumnos vs alumnos.	Salida a la playa "Las Gatas" Actividades Paseo en lancha. Concurso de figuras de arena por equipos de padres e hijos.	Salida al Mercado de la localidad Actividades Tiempo libre para comparar curiosidades y recuerdos para llevar a México.
12:30	Regreso al campamento				
13:00	Aseo personal				
14:00	Comida y aseo del comedor				
15:00	Tiempo libre para descansar o conocer las instalaciones.				
17:00	Elaboración de banderines (poner nombre a su cabaña) Dinámica de integración "Canasta de frutas"	ACTIVIDADES Dinámica de conocimiento personal "Ventana de Johnni" Dinámica de Autoestima "Caricías"	CON PADRES Dinámica de Reflexión "500 pesos" Dinámica de creatividad "Ballo de disfraces" con su hijo	Dramatización ¿Porque ami Toma: Deficiencia mental. Maraton con su hijo	Concurso "Carta a mi hijo" Premiación al banderín más original y a la cabaña más limpia.

DIA HORA	LUNES	MARTES	MIRCOLES	JUEVES	VIERNES
17:00	"Fiesta" Actividades psicométricas Trabajos de mesa con pintura digital, tema "El mar"	Canciones y juegos de grupo Imitación de artistas "Nombre de estrellas"	Rally "Ballo de disfraces" con sus papas	Concurso de Costales Maraton con sus papas	Caminata por la playa Premiación al banderín y a la cabaña más limpia.
19:00	Cena y aseo del comedor				
20:00	Tiempo para caminar por la mesa playa etc.				
21:00	Tiempo de retirarse a sus cabañas a dormir Preparar para abordar al cambio de regreso a México.				

Lo presentado anteriormente solo muestra el programa general que se realizó en el campamento a Ixtapa Zihuatanejo, no se describio cada uno de los programas por dos razones, la primera sería demasiado extenso describirlos detalladamente y no es objetivo de este reporte y la segunda es porque cada campamento que se realizó se aplicaban diferentes actividades según las condiciones del grupo de padres y alumnos que asistieran.

Otro de los trabajos en los que se involucra a los padres activamente es en el "Entrenamiento a Padres en Modificación de Conducta". El modelo de Modificación de conducta supone que toda la conducta humana (adaptativa o inadaptada) es consecuencia de la aplicación de las contingencias que pueden reforzar, mantener o eliminar. los procedimientos para aplicar la modificación de conducta requieren que se observe y se distinga la conducta que se desea modificar, se seleccionen los reforzadores apropiados, se diseñe una técnica de intervención basada en los principios de reforzamiento, y que se revise y se evalúe la efectividad del tratamiento.

Un programa de Modificación de conducta puede tener éxito en el establecimiento de ciertas conductas, pero si éstas no son reforzadas en el medio natural es muy probable que no se de la generalización, por lo tanto es muy importante considerar el medio ambiente familiar en el

diseño y aplicación del tratamiento para que éste tenga los resultados esperados.

Si tomamos en cuenta que el medio social es determinante en el desarrollo integral del niño deficiente mental se hace necesaria la intervención de la familia y de los padres. Una de las formas de involucrarlos activamente es por medio del asesoramiento y entrenamiento en técnicas de modificación de conducta para que den el tratò apropiado al deficiente mental propiciando a la vez que corrijan sus propias conductas y reorganicen su ambiente social, beneficiando las relaciones entre los miembros de la familia, además de generalizar y mantener los efectos del tratamiento, todo ésto se logra cuando los padres tienen las herramientas necesarias para mantener las conductas en el medio donde se desenvuelva su hijo.

Uno de los primeros trabajos que demostró la capacidad de los padres en la aplicación de técnicas de modificación de conducta (cuyos lineamientos se derivan del Análisis Experimental de la conducta) en el tratamiento de sus hijos, es el reportado por Williams en 1959 quien a través de instrucciones que daba a los padres para que éstos usaran adecuadamente la técnica de extinción, logró eliminar la conducta de berrinche. Con esto se demostró que los padres despues del adiestramiento, pueden formarse como

profesionales en Modificación de Conducta de sus hijos.
citado en (Canales 1989)

Un trabajo más reciente es el de Dunca, Heifets y Baker, 1982, quienes entrenaron a padres empleando los principios básicos de Modificación de conducta a través de la lectura de manuales. (citado en Bejar, 1991)

Otro trabajo sobre entrenamiento a padres es el de Cervera y Castillo 1984 (citado en Bejar, 1991) donde se utilizaron textos, modelamiento, juego de roles, conferencias, películas y audio cassettes, que muestran las técnicas de Modificación de Conducta y ejemplos de ellas.

Patterson y Gullion (1968), han ideado un breve texto programado para los padres de familia el cual presenta los principios operantes básicos en términos de influencia de éstos últimos en el comportamiento del niño. Se pide a los padres que completen el programa y que hagan una gráfica de los comportamientos problemáticos antes de que ellos y su niño reciban ayuda e intervención más directa de parte de un equipo profesional de investigación y tratamiento. Este enfoque facilita la generalización y el mantenimiento a largo plazo de la mejoría, ya que los padres cooperan en forma sistemática al fijar los comportamientos-meta- y llevar a cabo su cambio. (citado en Kanfer y Phillips, 1980).

Los padres son los reforzadores primarios más eficaces para la conducta de su hijo, porque constituyen el ambiente social principal de sus hijos, además por estar en contacto más continuo con ellos están en mejor posición de notar cualquier cambio en la conducta de éstos. Por lo que al proporcionarseles una serie de herramientas, pueden funcionar como terapeutas apoyados por la asesoría de un profesional.

Anzures 1978 (citado en Bejar, 1991) nos menciona 3 ventajas más del entrenamiento a padres:

- 1.- El tiempo de tratamiento disminuye considerablemente cuando se trabaja en la clínica y en la casa al mismo tiempo.
- 2.- El costo de tratamiento es mas bajo si se lleva a través de los padres.
- 3.- La actitud de los padres o demas personas que son entrenadas, es más objetiva y benéfica despues de haber participado en un entrenamiento.

Tomando en cuenta lo anterior se elaboró un curso llamado "Entrenamiento a Padres en Técnicas de Modificación de Conducta" teniendo como objetivos:

- 1.- Incrementar el conocimiento de los padres en técnicas de modificación de conductas.

2.- La adquisición de habilidades para aplicar técnicas de modificación de conductas en el manejo conductual de sus hijos.

POBLACION: 12 padres de familia (hombres y mujeres): con edades de 20 a 58 años.

MATERIAL: Folleto instructivo con la definición de las técnicas Modificación de Conducta. (Anexo 4).

Cuestionario utilizado como evaluación y post-evaluación (Anexo 5). Un salón amplio y gises.

DURACION: Los 2 primeros meses del ciclo escolar.

PROCEDIMIENTO: El entrenamiento se lleva a cabo en 4 fases: Fase I.- Evaluación y Post-evaluación; Fase II.- Aplicación de las técnicas; Fase III.- Análisis grupal y Fase IV.- Generalización.

Fase I Justificación y evaluación.

Esta fase tuvo 2 sesiones de una hora cada una, en la primera se realizó una junta en la que se les explico a los padres que se iniciaría un curso en técnicas de modificación de conducta para que ellos las utilizaran con sus hijos y así apoyar tanto en la escuela como en casa el trabajo

realizado por nosotras en la institución. En la segunda sesión se trabajó individualmente con cada uno de los padres inscritos y tuvo una duración de una hora con cada niño y sus padres en las que se pedía que ellos fungieran como terapeutas de su hijo, nosotras registrábamos si utilizaban las técnicas de modificación de conducta , las actividades que se les propusieron son; hacer que su hijo....

- Identifique el origen de un sonido.
- Imite la conducta de levantar un brazo.
- Lleve un mensaje a alguien que se encuentre en salón.
- Pegue 3 círculos de diferente tamaño en orden de mayor a menor.
- Haga el sonido que realiza cada animal al enseñarle las láminas de una vaca y de un borrego.
- También se les pidió contestarán el cuestionario de evaluación (anexo 5).

FASE II Entrenamiento y aplicación de las Técnicas

Esta fase se realizó en 2 niveles teórico y práctico.

El nivel teórico tuvo una duración de 10 sesiones diarias de una hora cada una en las cuales se realizaron las siguientes actividades:

- * Se les explico la importancia del que ellos conozcan y apliquen las técnicas de modificación de conducta.
- * Se les indico las diferentes actividades que deberían realizar.
- * Se analizo paso por paso el folleto que se les

proporcionó además de aclarar dudas del mismo.

El nivel práctico tuvo inicio una vez concluido el análisis del folleto, y tuvo una duración de 25 sesiones diarias; en este nivel cada padre trabajo con sus hijos 2 horas al día, ellos tenían la responsabilidad de realizar las actividades de la planeación del trabajo utilizando las técnicas estudiadas en el nivel teórico. Al finalizar cada sesión ellos tenían la oportunidad de hablar con la Psicóloga responsable del grupo donde se encontraba su hijo, para aclarar sus dudas en cuanto al trabajo con sus hijos.

FASE III Análisis Grupal y Post-evaluación.

Esta fase tuvo una duración de 5 sesiones diarias de 2 horas cada una. En la primera y segunda sesión se dió retroalimentación grupal en la cual los padres exponían sus dudas y se llevaron a cabo ejemplos en los que se debía utilizar cada técnica, para dar los ejemplos se utilizarón diferentes dinámicas, según las condiciones del grupo en ese momento, el tema y el número de integrantes. En las sesiones 3,4 y 5 se les informó que no habría retroalimentación y sin que ellos lo supieran se les fue evaluando si utilizaban o nó las técnicas aprendidas.

FASE IV Generalización

Esta fase tuvo una duración de 2 semanas en las cuales se hicieron visitas a la casa de cada uno de los padres

inscritos en el curso sin previo avisó, estando allí se observo las relaciones entre padre e hijo para conocer si aplicaban aún los principios del análisis conductual, antes de concluir la visita se le pidio al padre que tomo el curso contestara el cuestionario de post-evaluación. La duración de las visitas fué variada de una a tres horas aproximadamente.

Los resultados obtenidos al entrenar a los padres, en general han sido satisfactorios, ya que gracias a éstos se ha observado que las conductas aprendidas se siguen manteniendo, propiciando la generalización de dichas conductas a otros ambientes, la actitud de los padres hacia sus hijos cambia despues del entrenamiento favorablemente.

Otra actividad en la que intervienen los padres es en la elaboración y realización de festejos cívicos y/o sociales. Cuando los niños conocen las celebraciones cívicas, tradicionales y sociales de su país apoya el desarrollo de las áreas de independencia personal, comunicación, social y de ocupación (antes descritas) ya que al realizar estos festejos se planean actividades integradoras de las mismas, en lo que respecta a los padres, éstos tienen un contacto directo no solo con los niños, sino con los demás padres, ayudando al bienestar de la escuela y a la organización de estos festejos.

* Los cívicos se llevan a cabo los días:

16 de Septiembre (Independencia de México)

12 de Octubre (Descubrimiento de America)

20 de Noviembre (Revolución Mexicana)

21 de Marzo (natalicio de Benito Juárez)

La labor que en éstos días realizan es :

Planear y programar las siguientes actividades,
designando comisiones para:

& Adornar la Institución

& Encargado del sonido

& Responsable de la ceremonia

& Maestro de la ceremonia

& Encargada de la comida

& Responsable de recabar la cooperación económica.

Los festejos sociales se realizan los días:

31 de Octubre .- Colocación de la ofrenda del día de muertos
Las mamás colocan en el salón más grande de la escuela una mesa adornada con papel, flores y veladoras (apagadas), se pide a los niños que ellos mismos coloquen en la ofrenda, diversos alimentos como frutas, pan, chocolate, calaveras de dulce, agua, sal, mole, calabaza, etc. Días después se levanta la ofrenda y se reparte entre todos.

DICIEMBRE.- Posada; Las mamás se reparten el trabajo para cocinar el ponche y la cena que se dará, así como

vestir las piñatas, colocar el sonido para el baile y despues se lleva a cabo un intercambio de regalos en los que participan padres, hijos, maestras y psicólogas.

5 DE ENERO.- Carta a los Reyes, esté día los padres ayudan a los niños a escribir su carta, en el caso de los que no saben escribir recortan y pegan la imagen de lo que desean.pedir, despues todos en la explanada dejan ir su globo con la carta.

14 DE FEBRERO.- Día de San Valentin, los padres y niños se intercambian pequeños regalos realizados por ellos mismos en el area de ocupación. Las mamas se encargan de la organización del sorteo y del intercmbio.

21 DE MARZO.- Primavera, Este es un festejo cívico y social, primero se lleva cabo la ceremonia cívica y enseguida la premiación de la reina de la primavera , y el recorrido por la colonia donde los niños desfilan en su silla de ruedas, con sus carritos, triciclos y bicicletas adornados con flores y globos.

30 DE ABRIL.- Día del niño desde antes las mamas elaborán para sus hijos un regalo manual creativo y práctico. Planean juegos de competencias, concursos de baile o de imitadores de artistas, se les regalan dulces y juguetes, se hace un baile y un espectáculo con payasos.

10 DE MAYO.- Día de las madres , En este festejo solo trabajan las mamas de la mesa directiva, maestras, psicologas y voluntarias. Cada maestra prepara el número artistico con el que participará su grupo. Se forman comisiones para:

- Elaborar distintivos para todas la mamas.
- Adornar la escuela.
- Acomodar las sillas.
- Colocar el sonido.
- Guiar el programa del día.
- Preparación de la comida.

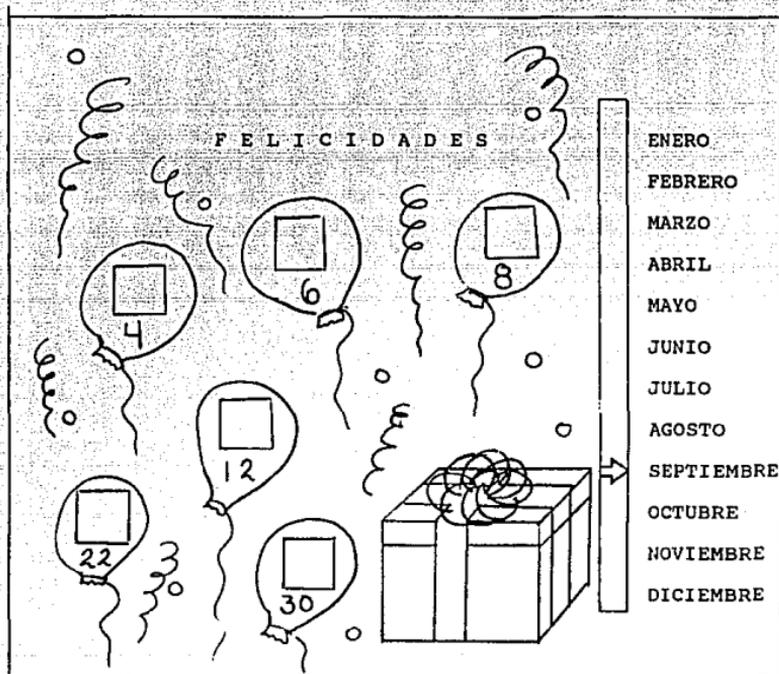
JUNIO.- Clausura del ciclo escolar. El último día de clases las mamas se organizan para hacer un desayuno o comida, se hace la ceremonia y un baile.

Otro festejo que se realizó una vez por mes es cuando los alumnos cumplen años, para ellos es facil identificar de quien es su cumpleaños, ya que a la entrada de la escuela se coloca un cuadro con las fotografías y los días del mes en que se festeja. (en un lugar visible para todos). (cuadro 1)

La fiesta se hace una sola vez al mes, ya que hay meses en los que cumplen años hasta 5 niños, por lo tanto se decidió que sería un solo día para festejarlos a todos juntos.

Cuadro

1



Hasta aquí hemos hablado de las diferentes actividades que se realizan con niños y padres, así como actividades donde participan conjuntamente, todas ellas han apoyado el desarrollo de la escuela como Institución, el desarrollo de las habilidades de cada área de rehabilitación de los niños y principalmente, han aumentado la motivación de los padres, poniendo más empeño en el trabajo diario con sus hijos fuera y dentro de la escuela ya que conocen las herramientas necesarias que lo ayudan al avance de sus hijos. En el

capítulo IV de Análisis crítico se verán más a fondo los resultados obtenidos a partir del trabajo con padres así como las barreras que se nos presentarán.

En lo referente al trabajo con niños se presentarán datos y programas que se aplicarán así como los resultados obtenidos en los mismos.

CAPITULO III

PRESENTACION DE DATOS Y RESULTADOS

Como se mencionó en el capítulo anterior, la población de niños está dividida en 3 grupos, Intervención Temprana, Pre-escolar y Primaria, cada grupo tiene su programa general y abarcan los objetivos que se alcanzarán durante el ciclo escolar. Los planes de trabajo están basados en la guía curricular que propone la Secretaria de Educación Pública para las escuelas de Educación Especial.

Los objetivos deben trabajarse estrechamente vinculados a las áreas de: Independencia Personal, Comunicación, Socialización y Ocupacional, para incidir en su desarrollo integral.

Por otro lado el programa general, no sería tan valido y eficaz sino se tomarán en cuenta las características individuales de cada niño en el trabajo diario, ya que aun cuando se forme al grupo lo más homogeneamente, no se alcanza al 100% esta homogeneidad.

La labor del Psicólogo y/o Pedagogo que trabaja con un grupo de niños, es la de adaptar el programa de trabajo a las condiciones humanas situacionales y materiales. Es decir el personal con que se cuenta, el clima del lugar, el espacio, el material, transporte y recursos económicos. Es

en este punto donde se propicia la creatividad del profesional para enriquecer su trabajo en el salón de clases.

A continuación se presentarán 3 casos de niños que pertenecen a cada uno de los grupos, se presentará solo un programa y no todos ya que consideramos que sería una información muy abundante y solo pretendemos dar una muestra del trabajo realizado.

CASO 1

Aldo es un niño de 3 años de edad, presenta Síndrome de Down, su mamá tiene 34 años y su papá 36 ocupa el segundo lugar en una familia de 4 hijos. Nunca había asistido a terapias de rehabilitación. Por sus características está inscrito en el grupo de Intervención Temprana, ya que no cuenta con habilidades de independencia personal y no completa los repertorios básicos. Se aplicó a lo largo del ciclo escolar el plan de trabajo del grupo de Intervención Temprana.

Aquí solo daremos a conocer el programa y los resultados del programa de Atención.

OBJETIVO ESPECIFICO.- al finalizar el programa el niño orientará su cara durante 3 segundos cuando se le presente el estímulo verbal (su nombre), en un 80% de las veces que se requiera.

Definición de la conducta que se va a registrar:

ATENCION: Que el niño oriente con un movimiento de cabeza hacia el adulto que emite el estímulo verbal (su nombre).

REPERTORIO DE ENTRADA: Que el niño vea y oiga además de tener menos de un 80% de respuestas de atención.

PROCEDIMIENTO: Se utilizó un diseño A-B-A Línea Base I, Tratamiento, Línea Base II.

FASE I LINEA BASE I En esta fase se registró la frecuencia de la conducta de atención, sin entregar reforzador. Tuvo una duración de 5 sesiones diarias de 30 minutos cada una. En esta fase se le presentó el estímulo verbal (su nombre) y se registró si cumplía o no la conducta de atención, cada estímulo se le presentó con un intervalo de 3 minutos cada uno.

FASE II TRATAMIENTO Tuvo una duración de 10 sesiones diarias de 30 minutos cada una, se utilizó un reforzador primario (alimento) con un programa de reforzamiento fijo continuo y las técnicas de instigación física y moldeamiento excepto en las sesiones 9 y 10. En las sesiones 1,3,5,7, se

usó instigación física. En las sesiones 2,4,6,8, se usó moldeamiento.

FASE III LINEA BASE II En esta fase se llevo a cabo la post-evaluación, con las mismas condiciones de la fase I

RESULTADOS: La gráfica 1.2 nos muestra que en la fase I Línea Base se obtuvo un promedio de 24% de respuestas correctas, por lo cual cubre el requisito de (menos de 80%), para poder pasar a la fase de tratamiento. En la fase de tratamiento el promedio de respuestas correctas aumento considerablemente con relación a la fase I ya que el promedio de respuestas fue de 83% en general, por lo tanto se cubrio el requisito de ejecución. Se observo que el promedio de respuestas correctas fué mayor cuando se utilizó la técnica de instigación física (82.5%), que cuando se utilizó la técnica de moldeamiento (77.5%). Las 2 últimas sesiones no se aplicó ninguna técnica, sin embargo se obtuvo un 90 y 100% de respuestas correctas respectivamente. Los resultados de la Línea Base II muestran un decremento de las respuestas correctas, teniendo como promedio un 66% notandose un menor número de respuestas correctas en la última sesión de esa fase.

Está nos muestra que las técnicas utilizadas en el tratamiento si fueron efectivas para alcanzar nuestro objetivo; sin embargo el decremento de las respuestas

correctas de la línea base II no fué tan bajo como la línea base I.

REGISTRO

1.1

S/Ev.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	x	/	x	x	/	x	x	/	x	x
2	x	x	x	/	x	x	x	x	x	/
3	x	/	/	x	x	/	x	x	/	x
4	x	x	x	x	/	x	x	x	x	x
5	x	x	x	x	x	x	/	x	/	x

Porcentaje. x no respondió

30%

20%

40%

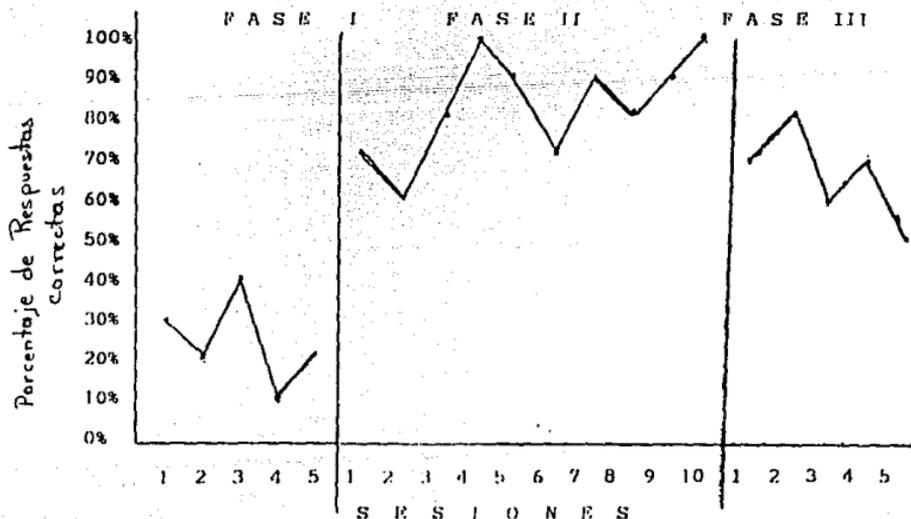
10%

20%

/ si respondió

GRAFICA

1.2



CASO 2

Alex es un niño de 16 años de edad, presenta retardo generalizado, es hijo del primer matrimonio del señor E. de 40 años de edad (viudo) y adoptivo por parte de madre de 30 años de edad, asiste a terapia de Educación Especial y Rehabilitación desde los 8 años. Presenta conductas de auto-agresión física, cuenta con los repertorios básicos, con habilidades de independencia personal. Esta inscrito en el grupo de pre-escolar debido a sus habilidades. Se aplicó un programa de conductas perturbadoras (berrinches).

OBJETIVO ESPECIFICO: Al finalizar el programa el niño decrementará la conducta de berrinche en un 90%

DEFINICION DE LA CONDUCTA BLANCO BERRINCHE: Conducta auto-agresiva que manifiesta golpeándose la cabeza en la pared y/o mordiendo las manos y brazos.

PROCEDIMIENTO: Se utilizó un diseño A-B-A Línea Base I, Tratamiento. Línea Base II

FASE I LINEA BASE I

En esta fase se registró la frecuencia de ocurrencia de la conducta de berrinche en un período de una hora elegido arbitrariamente, durante 6 sesiones. La ocurrencia o no

ocurrencia de la conducta se registró en intervalos de 2 minutos.

FASE II TRATAMIENTO

Tuvo una duración de 15 sesiones diarias de 1 hora cada sesión. Se utilizó la técnica de tiempo fuera, aislando al niño de la situación de trabajo, cada que se auto-agredía. Al mismo tiempo que se le retiraba de la situación se le decía en tono de regaño "no hagas esto".

A partir se agrego la técnica de sobre-corrección y la cual se aplicaba justo cuando se iniciaba el aislamiento.

FASE III LINEA BASE II

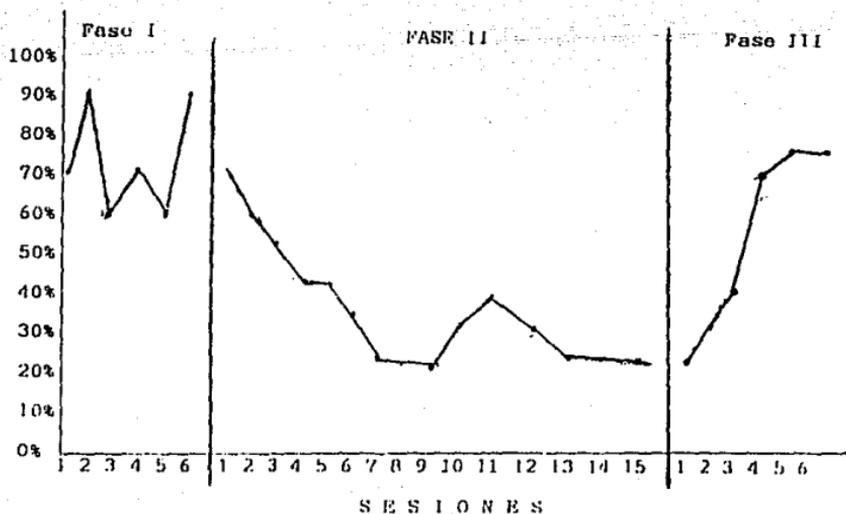
En esta base se regresaron a las mismas condiciones de la Línea Base I Se aplicó el mismo registró.

RESULTADOS:

Los datos de la gráfica Fig. 2.1 nos muestran que la conducta de berrinche se presenta con un promedio de 44 veces por hora. En la fase de tratamiento se observa que la frecuencia de la conducta empieza a disminuir desde la primera sesión, manteniéndose en el mismo nivel en la 6 y 7 sesión, a partir de la sesión 9 se observa un incremento, tal vez debido a la técnica de sobrecorrección. En la sesión.11 y 12 se observa un decremento estabilizándose en las últimas 3 sesiones. En la situación de reversión a las

condiciones de línea base, hubo un incremento gradual hasta la tercera sesión y súbito en la sesión 4 y volvió a presentarse la tasa de respuestas casi a su nivel inicial.

figura 2.1



CASO 3

Juanito es un niño de 10 años de edad, que presenta Parálisis Cerebral Infantil, es el primero y único hijo de la sra. J.M. (madre soltera), de 33 años de edad. El tío y la abuelita materna se encargan de su educación. Su motricidad fina es deficiente, la motora gruesa es torpe pero puede desplazarse de un lugar a otro sin ayuda. En la comunicación verbal presenta problemas de articulación y de secuenciación temporal al relatar experiencias. Es independiente en conductas básicas de auto-cuidado, pero en preparación de alimentos y motora fina (abrochar, abotonar y amarrar ahujetas) necesita supervisión. Por sus habilidades se encuentra inscrito en el grupo de primaria. Desde la edad de los 2 años asiste a terapias de rehabilitación.

OBJETIVO ESPECIFICO:

Al finalizar el programa de secuenciación temporal el niño acomodará láminas (5 secuencias) según el orden de aparición, después de haber escuchado una historia relacionada con las mismas, ejecutando un 80% de respuestas correctas.

DEFINICION DE LA CONDUCTA BLANCOSECUENCIACION TEMPORAL:

Ordenar 5 láminas que ilustran la historia de un texto en base al tiempo cronológico.

PROCEDIMIENTO: Se utilizó un diseño A-B-A, Línea Base I, Tratamiento, Línea Base II.

FASE I LINEA BASE I

Esta fase tuvo una duración de 5 sesiones diarias, en las cuales se le narro al niño 2 historias diferentes, cada una tiene 5 láminas que ilustran en secuencias temporales diferentes acontecimientos de las mismas.

La presentación de las historias fué de manera alternada hasta completar 10 presentaciones por sesión. Aquí Juanito debía ordenar las láminas en secuencia temporal después de escuchar cada cuento.

FASE II TRATAMIENTO

Aquí se utilizarón 5 historias con 5 láminas cada una, diferentes a las que comprende la Línea Base. Se aplicaron 2 reforzadores; de fichas.- que al finalizar cada sesión podía cambiar por juegos de mesa. y social.- decirle "muy bien" "bien hecho"

TECNICAS UTILIZADAS:

Moldeamiento y economía de fichas.

Esta fase tuvo una duración de 10 sesiones diarias con 10 presentaciones de las historias, alternadamente de la 1 a la 5. En las sesiones 1 y 2 se trabajó solo con 2 láminas de cada historia, la primera y la última de la secuencia. En

las sesiones 3 y 4 se utilizarón 3 láminas de cada historia la primera, la tercera y la última de la secuencia. En las sesiones 5, 6, y 7, se usaron 4 láminas de cada historia, la primera, la tercera, la cuarta y la última. Y en las sesiones 8, 9 y 10 se ocuparon las 5 láminas de secuencias.

FASE III LINEA BASE II

Se utilizarón las mismas historias de Linea Base I, y tuvo una duración de 5 sesiones diarias de 10 presentaciones.cada una.

RESULTADOS:

Como se puede ver en el registró (3.1), el numero de las respuestas correctas fue de cero en las sesiones 1, 2, 3, 4, y de una en la sesión 5; está es un 2% de Rs. correctas en la fase I, por lo cual se consideró que debía iniciar el tratamiento.

En las 2 sesiones en las que se utilizaron solo 2 láminas el porcentaje de respuestas correctas fue de 60% y 100% dando un promedio de 80%. En las sesiones 3 y 4 el porcentaje fue de 70% en ambas dando el mismo promedio. En las que ocuparon 4 láminas se obtuvo 80%, 90% y 90% de respuestas correctas dando un promedio de 86%. Cuando se trabajó con las 5 láminas en las sesiones 8, 9 y 10 los porcentajes de respuestas correctas fué de 90%, 90% y 100%. El promedio general de la fase de tratamiento fue de 82.25%

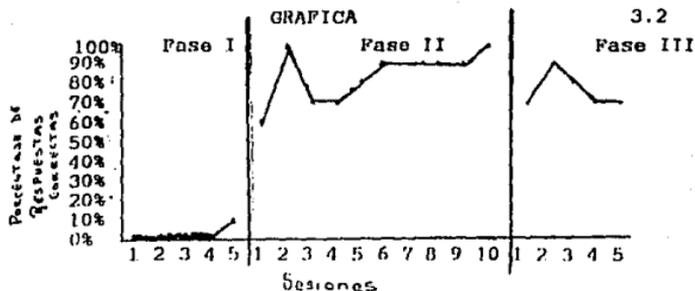
de respuestas correctas. En la fase 3 el porcentaje de respuestas correctas decreció en relación a la fase de tratamiento, pero aumentó notablemente en comparación de la Línea Base I dando un promedio general de 76% de respuestas correctas.

Notándose una gran diferencia entre ambas líneas bases, en la I fué de 10% y en la 2 de 76%, Concluimos que fué efectivo el tratamiento ya que se logró el objetivo deseado.

REGISTRO

3.1

S/II	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	Porcentaje	x incorrecta
1	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	0%	
2	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	0%	/ correctas
3	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	0%	
4	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	0%	
5	x	x	x	x	x	x	x	x	/	x	10%	



3.2

Los 3 casos antes expuestos son solo una muestra mínima de los programas establecidos a cada grupo en general y a cada niño particularmente. En los casos 1 y 3 observamos que los tratamientos utilizados fueron eficaces, dado que se alcanzó el objetivo planteado, prueba de ello es que al regresar a las condiciones de línea base las conductas disminuyeron aunque no al mismo nivel de la Línea Base I. Posteriormente se aplicó un programa de generalización para que se mantuviera la conducta.

En dicho programa se hizo partícipe a los padres. Los programas de generalización no están expuestos en este trabajo por ser demasiado extenso el material.

En el capítulo siguiente haremos una descripción y explicación de la experiencia obtenida a lo largo de un año de trabajo en la Asociación.

La importancia de este capítulo es que nos permite dar una mirada crítica de las fallas y errores así como de los aciertos, para que generaciones venideras los tomen en cuenta y les ahorre un buen camino andado.

CAPITULO IV

ANALISIS CRITICO DEL TRABAJO PSICOLOGICO REALIZADO EN LA
E.E.E.E.

La población de deficientes mentales en México ha sido tratada por diversas Instituciones, como la S.S.A., IMSS, ISSTE, DIF, SEP, etc. Sin embargo, estas no cubren las necesidades de la misma; A partir de ésto se han creado diversas asociaciones con la finalidad de dar servicio a aquellas personas que debido a: la falta de recursos económicos, distancia entre la escuela y su casa, ignorancia de los padres en cuanto a la situación de su hijo, la desintegración familiar, no tienen acceso a una Educación Especial.

Las asociaciones civiles de padres son grupos formados por padres de niños con deficiencia mental con un objetivo común que es: La integración de su hijo deficiente mental a la sociedad, que se dá a traves de la educación del hijo y de ellos mismos.

La diferencia entre una escuela de Educación Especial "normal" y una asociación es que los padres son los responsables directos del desarrollo de la Institución ésto es, si se mantienen unidos y cooperan con lo que a cada uno le corresponde, la Asociación funcionará; si por el

contrario se descuida y se deslindan responsabilidades la Asociación no dará frutos.

Los padres al ser miembros de esta Asociación (Asociación de Padres en Pro-del Deficiente Mental A.C. E.E.E.E.) cuentan con derechos pero también con obligaciones.

A continuación iremos nombrando uno a uno estos derechos

- Cualquier niño independientemente de la etiología de su deficiencia mental y del grado de ésta (superficial, moderada o profunda) nivel cultural o socio-económico al que pertenezca; de la religión que profese etc. puede ingresar a la Asociación.

- Una vez que son alumnos de la Institución nadie puede suspenderle el derecho a los servicios de manera temporal o indefinida, a excepción de que los padres o el alumno cometan algún delito que perjudique a la Institución

- Al ser miembros de la Asociación los padres tienen voz y voto en cualquier decisión que se determine en las asambleas generales .

- Tanto alumnos como padres tienen derecho a todas las promociones que se brinden en la Asociación como son (cursos a padres, campamentos, visitas a museos, diversiones).

- La cuota mensual y de inscripción es en base a las posibilidades económicas de la familia.

- Todos los padres tienen derecho a formar parte de la mesa directiva.
- Todos los padres tienen la oportunidad de participar y aprender el tratamiento que se le da a su hijo.

Las obligaciones que adquieren los padres al ser miembros de la Asociación son:

- Asistir a las citas y juntas propuestas por mesa directiva, maestros o Psicólogas.
- Participar en todas las actividades del grupo de su hijo y de la escuela en general.
- Justificar ante la mesa directiva la inasistencia o baja de su hijo.
- Proveer a su hijo del material que esté necesite a lo largo del ciclo escolar.
- Participar activamente en la terapia de su hijo cada que se le solicite.
- Asistir puntualmente a la terapia diaria de su hijo.

Hasta aquí hemos nombrado los aspectos positivos de la formación de una Asociación Civil. Sin embargo como no todo es perfecto; Está Asociación no podía ser la excepción. Por lo que procederemos a nombrar las desventajas de pertenecer a una asociación.

- Por ser una Institución autónoma no cuenta con los recursos suficientes para cubrir las necesidades materiales

de ésta. Por lo tanto están supeditados a los donativos que brindan algunas personas físicas y/o empresas y a los bajos ingresos que se obtenían de las diversas actividades que organizaban los padres (rifas, charreadas, Kermess, bailes, etc).

- Además no se cuenta con aparatos, mobiliario, apoyos pedagógicos ni transporte.

- existe poco personal laboral, debido a que los ingresos de la E.E.E.E. no son suficientes para cubrir el gasto que implica el contratar profesionistas especializados (terapista de lenguaje, terapeuta físico, trabajador social, médico etc.

- Por la razón antes mencionada se hace necesaria la participación de voluntarios apoyando la labor de nosotros las Psicólogas.

- Las boletas o certificados expedidas por la asociación no tienen validez oficial.

Todo lo anterior describe las ventajas y desventajas que padres y alumnos tienen en la asociación, pero consideramos importante nombrar también que al laborar nosotras en esta Institución nos enfrentamos con barreras que de alguna forma obstaculizarán nuestro trabajo como terapeutas.

Estas barreras van desde la falta de recursos económicos, materiales y personales, hasta la incapacidad de

enfrentar problemas que se fueron presentando en la Asociación de tipo político y social.

- El primer inconveniente al que nos enfrentamos fué el no tener un lugar fijo donde trabajar, por lo tanto había continuos cambios de instalaciones .

- Los lugares en donde iniciamos nuestro trabajo por lo (regular era en casa habitación) no contabamos con espacio suficiente para realizar ciertas actividades como por ejemplo las psico-motricidades donde se requiere por o menos de un patio amplio.

- La ubicación geográfica de los salones, limitaba el avance de los alumnos, dado que había muchos estímulos distractores.

- El mobiliario era inadecuado a las necesidades de los niños.

- Inicialmente no contabamos con nada de material didáctico.

- No había voluntarios que desearán trabajar con nosotros.

- Escasos recursos económicos de los padres; por lo cual no podían proveer de material didáctico para trabajar.

- Falta de motivación de los padres para integrarse como grupo.

- Los padres no participaban directamente con sus hijos.

- Los padres desconocían que ellos son los responsables directos de la efectividad del tratamiento

aplicado a su hijo, ya que juegan un papel muy importante en la terapia.

- Algunos padres por su función dentro de la mesa directiva tenían la reponsabilidad de manejar al grupo, pero carecían de las habilidades necesarias para mantener la armonía y la motivación del mismo, perjudicando nuestra labor.

Otras fallas que afectaron el trabajo fueron las propias ya que cuando iniciamos nuestras actividades a la par de la creación de la Asociación, carecíamos de la experiencia necesaria para enfrentar los problemas que se presentarón en el centro, por no tener a alguien que nos guiará acerca del trabajo y los pasos necesarios a seguir.

De ninguna manera deseamos que estó se tome como una justificación a los errores cometidos por nosotras en esta profesión, sin embargo es algo que consideramos sumamente importante mencionar ya que puede ser útil a las nuevas generaciones que lean este reporte, cuando se enfrenten a experiencias similares.

Entre los errores que cometimos en nuestra labor profesional destacan los siguientes:

- Desempeñabamos muchas funciones y por está razon descuidabamos el buen funcionamiento de algunas. Además de ocuparnos de otras que no nos correspondían.

- En algunos casos llegamos a involucrarnos emocionalmente en forma extrema con algunos alumnos y madres.

- No contabamos con las habilidades necesarias para enfrentar y dar solución a los problemas entre los padres (como por ejemplo, en la división del grupo, manejo del poder, y algunas cuestiones económicas y políticas).

- El criticar abiertamente la labor realizada por la mesa directiva.

- Tratar de tener voz y voto (sin ser miembros de la Asociación) en las decisiones que tomaban los padres.

A pesar de todas las limitaciones que se presentarón en la E.E.E.E. al paso del tiempo y con la experiencia que está nos iba brindando obtuvimos grandes logros como; ir adaptando diversos aparatos, mobiliario y material didáctico de acuerdo a las necesidades de los alumnos, haciendo uso del material de desperdicio que podíamos conseguir. Por citar un ejemplo, si necesitabamos una viga, la hacíamos con 4 ladrillos y una base de madera. O si requeríamos de un tunel para gateo, lo acondicionabamos con tambos, y lo mismo ocurría con otro tipo de materiales que necesitaramos.

Algo que ayudo bastante fué el tener un lugar más amplio para trabajar, ya que los niños y padres podían moverse con mayor libertad y así pudimos participar en competencias deportivas.

En cuanto a los alumnos, la actitud de ellos hacia la escuela fué cambiando notablemente, tornandose más alegre y optimista, adquirieron confianza en si mismos, ahora utilizan las pautas de comportamiento social según el lugar donde se encuentren, además su lenguaje expresivo es más amplio. Participan en diversas actividades artísticas : bailar, imitar, cantar, etc. Otro logro es que los niños desarrollan con más facilidad y en menos tiempo su independencia personal. Todo esto, gracias a la estimulación que recibía tanto en la escuela como en la casa, siendo de gran ayuda que los padres hayan tomado el entrenamiento en técnicas de modificación de conducta y el curso de apoyo emocional.

En cuanto a los padres los avances fueron muy notorios, cambiando de una total indiferencia hacia nuestro trabajo, a un interés por aprender la forma de participar en el tratamiento de su hijo, es importante aclarar que no se dio esto en el 100% de los padres que asisten a la escuela, pero si podemos hablar de un 75% y ésto es una cantidad satisfactoria.

Esto no fué algo que se dio de un día para otro, sino que tuvimos que empezar por establecer un ambiente agradable dentro de la institución, invitandolos a trabajar con sus hijos, comentando temas que después se incluyeron en el

curso de "apoyo emocional". Esto nos dió la paúta para iniciar 2 cursos a padres: El primero fué el de apoyo emocional y el segundo el entrenamiento a padres en técnicas de Modificación de Conducta, ambos promovieron la motivación y el interés de los padres hacia el desarrollo de sus hijos y de ellos mismos.

Al entrenar a los padres se obtuvo que cambiarán su actitud hacia sus hijos poniendo más interés en el tratamiento del niño. Al fungir ellos como terápéutas tanto en la escuela como en casa, se aseguro el mantenimiento de las conductas aprendidas, propiciando la generalización , ademas de mejorar las relaciones familiares.

En lo que respecta al curso de "apoyo emocional" los resultados cualitativos fueron: disminuyo la inasistencia de los niños y de ellos mismos a la escuela, decrementaron los comentarios destructivos (chismes) que se hacian entre ellos mismos o haciaotros ajenos a la Institución; aumento la participación voluntaria en las diferentes actividades que brinda la E.E.E.E.; se observó una mayor integración como grupo; propició reuniones extra escolares con el fin de convivir 2 o más familias.

En relación a los programas de socialización se cumplieron los objetivos que se habían programado, como son; que los niños y adultos participarán conjuntamente en las

diferentes actividades relacionadas con las áreas de socialización, independencia personal, comunicación y ocupación. Logrando mejorar sus relaciones familiares, dándose la integración del niño en la familia y en los pequeños grupos sociales que se visitaban, como el mercado, las playas, restaurants etc. además de aumentar la confianza en sí mismos tanto en padres como en niños, al sentirse parte de la sociedad y no rechazados.

Por todo lo anterior podemos decir que al dar tratamiento a los padres, les estamos brindando los instrumentos necesarios para realizar el trabajo con sus hijos y su familia en general, de una manera más fácil, eficaz y motivante.

Podemos concluir que al involucrar a los padres en las diversas actividades de su hijo y al darles apoyo emocional y entrenamiento en técnicas de Modificación de Conducta, se cubre el objetivo planteado que es la INTEGRACION DE LOS PADRES AL PROCESO TERAPEUTICO DE SU HIJO DEFICIENTE MENTAL.

Una vez concluido esté reporte queremos mencionar algunas sugerencias como son:

- No usurpar las funciones de otros.
- Trabajar con los padres desde el primer día del ciclo escolar, tanto en apoyo emocional, como en entrenamiento en técnicas de conducta.

- Permanecer al margen de las diferencias o conflictos que se dan entre los padres sin tomar partido "aparente" hacia ninguno.

- Involucrar a todos los padres en todas las actividades sin que se sientan presionados.

- Mantener buenas relaciones con todos los padres, para propiciar una mejor comunicación.

- Realizar dinámicas de motivación durante todo el ciclo escolar, para no permitir que la apatía o el pesimismo caiga sobre el grupo.

Otra sugerencia que consideramos indispensable que tomen en cuenta es propiciar la aceptación del deficiente mental a toda la familia, creando cursos de aceptación, en los cuales puedan asistir tanto padres como hermanos, para mayor información hablaremos de ello en el siguiente capítulo.

CAPITULO V

ALTERNATIVA METODOLOGICA ORIGINADA A PARTIR DE NUESTRA EXPERIENCIA EN LA E.E.E.E. PROPUESTA DE UN CURSO A PADRES DE PERSONAS CON DEFICIENCIA MENTAL CON EL OBJETO DE SENSIBILIZAR Y CONCIENTIZAR A LOS MISMOS EN CUANTO A LA ACEPTACION DEL HIJO DEFICIENTE MENTAL A FIN DE INTEGRAR A LA FAMILIA.

Como ya hemos mencionado anteriormente, el trabajo que se realizó en la E.E.E.E. se involucro activamente a los padres en la terapia de su hijo, organizando actividades conjuntas, (Campamentos, entrenamientos, festejos, etc.) lo cual apoyó la rehabilitación del deficiente mental propiciando la generalización.

Sin embargo nuestro trabajo no se limitó a estas actividades sino también se realizó un curso de apoyo emocional que tenia como objetivo general: Que los padres acepten de una manera realista y conciente a su hijo deficiente mental.

Esta aceptación es el resultado de un proceso que se va dando en forma gradual como lo mencionó Ingalls, 1982(citado en Bejar, 1991) y que consta de 4 etapas;

1.- Los padres son capaces de aceptar y estar concientes de sus habilidades y recursos.

2.- Afrontan la deficiencia de su hijo en forma realista, siendo capaces de hablar de esté sin sentirse avergonzados.

3.- Tratan de propiciar a su hijo los diferentes servicios asistenciales sin "curas milagrosas".

4.- Equilibran el trató entre su hijo especial y los demás miembros de la familia.

Sin embargo en la práctica diaria nos dimos cuenta de un aspecto muy importante para iniciar este proceso, y fué el que los padres se sintieran integrados a un grupo con una característica en común, y es el tener uno o más hijos con deficiencia mental, independientemente de la etiología de esté.

Una vez organizado este grupo, fué necesario implementar ciertos elementos que componen la integración familiar, y son; Comunicación, Establecimiento de reglas y roles, flexibilidad y renovaion de las mismas de acuerdo con la edad y el interés de cada miembro de la familia, convivencia frecuente y armoniosa, respecto a las libertades de cada integrante, entre otras.

En el trabajo realizado durante 6 meses en el curso de apoyo emocional, se abordaron estos elementos utilizando para ello: dinámicas vivenciales, juego de roles, dramatizaciones, etc. Sin embargo no logramos que los padres

completarán las 4 etapas del proceso de aceptación, las causas de ello son:

- Primeramente 6 meses es muy poco tiempo para pretender concluir las 4 etapas del proceso de aceptación.

- El trabajo que realizamos no fué sistemático, es decir:

no se tuvo control del numero de participantes.

- No se tuvo una rigidez en cuanto al ingreso de los padres, ya que podían ingresar al inicio, a mediados o al final del curso.

- No hubo control en la puntualidad y la asistencia de los padres ya que se maneja que está será "voluntaria"

- Las sesiones de apoyo estuvieron sujetas a cambio de horario y de fechas dando ese lugar a otras actividades de mayor urgencia.

- Algunos padres prolongaban su inasistencia por varias sesiones y al regresar afectaba su integración al grupo y la comunicación del mismo.

- Otra limitante es que no se contaba con un espacio amplio, ventilado y libre de interrupciones, para llevar a cabo las sesiones por lo tanto las dinámicas se daban en lugares distintos (salón, patio de juegos, o estancia).

- La evaluación utilizada fué un cuestionario el cual nos proporcionó datos generales cualitativos y no cuantitativos.

Sin embargo aún con estas limitantes se observaron cambios positivos como son;

- Mejoró la comunicación entre el grupo de padres y nosotras.
- Los padres buscaban la convivencia aún fuera de la Institución.
- La actitud de los padres hacia el deficiente mental se tornó más afectiva.
- Se preocupaban por el bienestar de sus hijos participando en su rehabilitación.
- Aumentó su motivación y participación en el curso.
- Los padres aceptaron que tienen habilidades para ayudar al desarrollo de su hijo.
- Utilizaron sus recursos para mejorar la convivencia familiar.

Por lo cual consideramos que es sumamente importante éste tipo de apoyo que como su nombre lo dice apoya el proceso de aceptación. Es por esto que proponemos retomar este trabajo, ya que nuestro grupo de padres solo alcanzó la primera etapa del proceso citada anteriormente, esto es que solo se cubrió parcialmente el objetivo general.

Nuestro trabajo aún está inconcluso, y proponemos que los interesados en el tema, retomen las etapas del proceso de aceptación para desarrollarla en el trabajo con padres.

Para ello sugerimos lo siguiente:

- Que se lleve a cabo una labor más sistemática, controlando las diferentes variables que se presenten.
- Incluir el tema de sexualidad en pareja, puesto que a lo largo de nuestro trabajo, fué un tema de interés común.
- Aplicar un instrumento de medición que proporcione datos cualitativos y cuantitativos.
- En pocas palabras no incurran en los mismos errores que nosotras.

Queremos invitar a todos los profesionales que no toman en cuenta al padre del deficiente mental como un ser con muchos conflictos emocionales, a que se pongan por un momento en sus zapatos, para comprenderlos y ayudarlos de una manera más eficaz. Si se toma en cuenta el apoyo emocional, se pueden obtener resultados positivos, ya que el padre es un gran educador en potencia, ellos son los terapeutas de su hijo las 24 horas del día, y es nuestra labor ayudarlos a descubrir y explotar sus habilidades, además de guiarlos a la expresión y aceptación de sus propios sentimientos.

Dando como resultado que el niño vea en sus padres a personas reales, auténticas, francas y humanas, para establecer una relación positiva y nutritiva en toda la familia.

C O N C L U S I O N E S .

La población de deficientes mentales que tienen acceso a la Educación Especial en México es muy restringida dado -que las Instituciones que la imparten exigen demasiados requisitos, por ejemplo; si hablamos de Instituciones gubernamentales, tenemos que piden que el deficiente mental controle esfínteres, que no presente conductas perturbadoras, que se tenga control de sus crisis convulsivas mediante tratamiento médico (si las presenta), que el grado de su deficiencia sea limítrofe, que su edad esté dentro del rango que especifica el plan de estudios, solo por citar algunas.

En el caso de las Escuelas Particulares, algunas piden los mismos requisitos además de que los costos resultan demasiado excesivos, lo cual viene a ser otra limitante para poder ingresar a un colegio.

Ante tal situación surge la formación de una Asociación de Padres, como respuesta a atender las necesidades de la población de deficientes mentales que no ingresaron a ninguna institución de las antes nombradas.

Los padres de estos niños se unieron y formaron una Asociación Civil debidamente legalizada, que atenderá a todo aquel deficiente mental que lo solicite, no importando

el grado de su deficiencia mental, ni su etiología, ni el nivel socio-económico, cultural o religioso al que pertenezca la familia. Tal es el caso de la asociación donde laboramos (Escuela de Educación Especial Ecatepec).

En esta Asociación los padres son responsables de la administración, finanzas, promoción y mantenimiento de la Institución. Así como del buen funcionamiento del grupo encargándose del bienestar de los miembros.

Por otra parte la responsabilidad de la educación de sus hijos (dentro de la escuela) corresponde a los psicólogos en este caso nosotras. La labor que desempeñamos desde nuestro ingreso ha sido muy variada, debido a que nos iniciamos a la par de la formación de la asociación, tuvimos que afrontar con los padres las mismas funciones.

Al desempeñar funciones que no correspondían a nuestra área, nos saturamos de actividades ajenas que hicieron que descuidáramos lo correspondiente a nuestra profesión. Sin embargo esto ayudó a que nos sintiéramos como parte de la Asociación y no como simples trabajadoras.

Algunas fallas que tuvimos y creemos importante mencionar, para que otros no caigan en los mismos errores son; El habernos involucrado afectivamente con algunos niños deficientes mentales y hacer notoria esta preferencia,

causando ciertas molestias en las madres de los otros niños. Ante estó, aprendimos que aunque sintieramos excesiva preferencia o rechazo hacia algún niño, nuestra actitud no debe manifestarse tal cual.

Otra falla fué que en algunos momentos quisimos tomar parte como miembros de la asociación, en lo administrativo y en la toma de desiciones que solo corespondían a los padres. De estó obtuvimos algo bueno, que los padres sintieran confianza con nosotras, expresando sus problemas y haciendo más efectivas las dinámicas de apoyo emocional.

En lo referente al trabajo pedogógico la escuela no tenía una base teórica, por lo cual no fué difícil inicialmente realizar el trabajo, pero ésto propició que desarrolláramos nuestra creatividad y nos motivo a investigar formas de evaluar, programar y tratar, trabajo con grupos, organización del tiempo libre, etc. Lo cual nos ayudo para realizar nuestro trabajo lo mejor posible.

Dentro de nuestra labor con padres y alumnos, se fueron presentando diferentes problemas, como son:

- En un inicio los padres no apoyaban en casa las habilidades adquiridas por sus hijos en la E.E.E.E.
- Mostraban poco interés en el trabajo diario de su hijo dentro de la escuela.

- Después de períodos largos de inasistencia (vacaciones o faltas) los objetivos alcanzados en clase decrementaban.
- Ignorancia acerca de lo que es la deficiencia mental.
- Ignorancia acerca de las implicaciones de ser padres de un hijo deficiente mental.
- Desintegración familiar expresada en divorcio, discusiones, golpes o huida de alguno de los miembros.

Todo esto, y tomando el ejemplo de otra Asociación hermana (Exito), se penso en la creación de cursos para padres. El primero de ellos es el curso de "Entrenamiento a Padres en Técnicas de Modificación de Conducta", creado con el fin de que los padres conozcan y apoyen el trabajo realizado con sus hijos en la E.E.E.E.

El segundo es el curso de "Apoyo Emocional", con el fin de integrarlos como grupo y facilitar el proceso de aceptación del deficiente mental, hablando de sus experiencias como padres, participando en dinámicas vivenciales, adquiriendo y comentando información sobre temas relacionados con la deficiencia mental.

La participación de los padres también abarcaba la realización de festejos y de diferentes eventos para recabar fondos. Una de las actividades que realizaron conjuntamente

padres e hijos fueron los campamentos a diferentes Estados de la República.

Todas estas actividades dieron como resultado que:

- Los padres se mostraron más participativos.
- Se facilitó la convivencia de grupo.
- Aumento la motivación de los mismos.
- Se incrementó la convivencia entre ellos.
- Decrementó la inasistencia y puntualidad.
- El aprovechamiento de los niños mejoró notablemente.
- En período de vacaciones no será tan marcado el decremento de habilidades adquiridas.

Estos cambios se notaron en los padres que asistieron regularmente a los cursos, pero no así en los que su asistencia fué baja o nula.

Podemos señalar que es de gran importancia que los padres se involucren activamente en el trabajo de su hijo deficiente mental ya que gracias a ésto disminuye el tiempo del proceso de aceptación.

En lo que respecta al grupo de padres donde laboramos logramos alcanzar una de las 4 etapas que da Ingalls, 1982 en el proceso de aceptación es el que los padres sean capaces de aceptar y estar concientes de sus habilidades y

recursos, sólo se alcanzó en un 75% de los padres que asistieron a los cursos.

En lo que respecta a la segunda etapa en que los padres afrontan el retardo de manera realista siendo capaces de hablar del retardo sin sentir vergüenza. Esta etapa sólo se logró parcialmente en los padres que asistieron a los cursos y no se desarrolló en los inasistentes.

Las siguientes 2 etapas nos dicen que los padres tratan de proporcionarle a sus hijos los diferentes servicios asistenciales sin recurrir a curas milagrosas. Y que equilibran el trato entre su hijo especial y los demás miembros de la familia, estas 2 etapas no se alcanzaron en ninguno de los miembros.

Por lo tanto proponemos a las nuevas generaciones retomen estas etapas del proceso de aceptación para que les sirva de guía al realizar su labor, y así llevar a cabo un trabajo más sistemático, que les permita enriquecer la labor del padre en el proceso terapéutico del deficiente mental.

- Aruda P.J. DIDACTICA Y PRACTICA DE LA ENSEÑANZA.
Ed. Mc. Graw Hill, Colombia 1982, Cap. 3
- Barbarane J.B. UN NIÑO ESPECIAL EN LA FAMILIA.
Ed. Trillas, México 1988, Cap. 1,2 y 3
- Bejar Nava UNA ALTERNATIVA PARA EL TRATAMIENTO DEL NIÑO
CON RETARDO: EL ENTRENAMIENTO A PADRES.Tesis
ENEP Iztacala, México 1991.
- Bijou S. y Rayak E. ANALISIS CONDUCTUAL APLICADO A LA
INTRODUCCION. Ed. Trillas, México 1985, Cap 1
- Canales M. y Sanchez M. CAPACITACION AUTODIDACTICA A NO
PROFESIONALES EN EL ENTRENAMIENTO A PADRES, PARA
LA MODIFICACION DE LA CONDUCTA PROBLEMA. Tesis
ENEP Iztacala, México 1989, Cap. 2
- Carmona C.C. IMPORTANCIA DE LA ESTIMULACION TEMPRANA EN EL
DESARROLLO DEL NIÑO CON SINDROME DE DOWN. Tesis
ENEP Iztacala, México 1983, pp 11-16
- Ceja R.R. ENTRENAMIENTO A PADRES EN EL MANEJO DE PROCEDIMIENTOS OPERANTES A EXCESOS Y DEFICIENCIAS CONDUCTUALES EN EL SUJETO RETARDADO BAJO CONDICIONES NATURALES DEL HOGAR. Tesis ENEP Iztacala, México 1983, Cap. 3
- Clausse A. INICIACION EN LAS CIENCIAS DE LA EDUCACION. Ed
Kapeluz, 1970, Cap. 3
- ConFe CONFEDERACION MEXICANA DE ASOCIACIONES EN PRO
DEL DEFICIENTE MENTAL A.C. Revista Trimestral,
Vol. 1 N°2, México 1987.

- ConFe ENCUESTRO INTERNACIONAL Y ASAMBLEA GENERAL DE
LIGAS. Revista Trimestral, Vol. 1 N°5, México
1989, pp 3-10
- Diaz de Guzman y Nieto G.M. ESTABLECIMIENTO DE REPERTORIOS
AUXILIARES PARA CONDUCTAS ACADEMICAS EN SUJETOS
CIEGOS. Tesis ENEP Iztacala, México 1983, ppl-12
- Galindo E. Análisis Conductual aplicado al retardo en el
desarrollo, extensiones y problemas.
El concepto de retardo en el desarrollo y sus
aplicaciones para la enseñanza y el
entrenamiento. En EL RETARDO EN EL DESARROLLO,
TEORIA Y PRACTICA. Ed. Trillas, México 1984.
- Galindo, Bernal e Hinojosa. MODIFICACION DE CONDUCTA EN
EDUACACION ESPECIAL, DIAGNOSTICO Y PROGRAMA. Ed.
Trillas, México 1985, Cap. 1 y 4.
- Guevara B. Y. EDUCACION ESPECIAL Y REHABILITACION. TEORIA I.
Material del Módulo de sujetos, elaborado en
ENEP Iztacala, México 1984.
- Guevara B. Y. y Lara V. J. Enseñanza de niños con parálisis
cerebral infantil. En Galindo LA ENSEÑANZA DE
NIÑOS IMPEDIDOS. Ed. Trillas, México 1983.
- Juárez E.G.R. TURISMO DEL DEFICIENTE. Seminario de
investigación. Tesis Profesional, Universidad
del Valle de México, México 1982, Cap. 1.

- Kanfer H.F. Phillips J.S. PRINCIPIOS DE APRENDIZAJE EN LA TERAPIA DE COMPORTAMIENTO.Ed. Trillas, México 1980, Cap. 6.
- Kubler E.R. UNA LUZ QUE SE APAGA.Ed. Pax-México, México 1983.
- León A.L. Anacusia, Hipoacusia y Disacusia. En Galindo e Hinojosa. EL RETARDO EN EL DESARRO. TEORIA Y PRACTICA. Ed. Trillas, México 1984.
- Moreno U.C. LA DEFICIENCIA MENTAL EN SUS DIFERENTES FACETAS Y LA NECESIDAD DE CONOCER EL DESARROLLO EVOLUTIVO DEL NIÑO EN SUS PRIMEROS AÑOS, COMO FUNDAMENTO PARA LA DETECCION TEMPRANA DEL RETARDO MENTAL. Tesis Profesional, SEP ENEF, México 1971. Cap. 3
- Ortega P. Otros sujetos. Material del Módulo de otros sujetos, elaborado en ENEP Iztacala, México 1984.
- Palacios R. LA DEFICIENCIA MENTAL.Ed. B.M. Editores, México 1988.
- Pérez P. y Urquía M. PARA LA INTEGRACION DEL DEFICIENTE, ORIENTACIONES PSICOPEDAGOGICAS.Ed. CEPE, Madrid 1984, Cap. 1
- Polaino INTRODUCCION AL ESTUDIO CIENTIFICO DEL AUTISMO. Ed. Alsambra, España 1982.
- Ribes I. TECNICAS EN MODIFICACION DE CONDUCTA.Ed. Trillas, México 1983, Cap. 2 y 3

Ribes E., Fernandez y otros. ENSEÑANZA, EJERCICIOS E INVESTIGACION DE LA PSICOLOGIA. UN MODELO INTEGRAL. Ed. Trillas, México 1980, Cap 19 y 21.

Ribes E. La prevención del retardo en el desarrollo en los países pobres. En Galindo EL RETARDO EN EL DESARROLLO. TEORIA Y PRACTICA. Ed. Trillas, México 1984.

Rivera L.G. LA RECREACION DEL DEFICIENTE MENTAL. Tesis Profesional SEP ENEF, México 1985.

Sandoz CARACTERISTICAS DEL NIÑO AUTISTA. Audiovisual ENEP Iztacala, México 1985.

SEP GUIA CURRICULAR PRE_ESCOLAR Y PRIMARIA ESPECIAL. México 1984.

SEP LA EDUCACION ESPECIAL EN MEXICO. Ed. Secretaria de Educación Elemental, Dirección General de Educación Especial .Cuadernos SEP/8, México 1991, Cap. 1 y 3.

Thompson W. MEDICINA GENETICA. Ed. Salvat, México 1976, pp 156-167.

Tirado S.F. LA ESTRUCTURA COGNITIVA INTEGRADA, UNA ALTERNATIVA PSICOPEDAGOGICA PARA LA EDUCACION BASICA. En Consejos Nacionales para la Enseñanza e Investigación, Vol.9 N° 2 Julio-Diciembre 1983.

Tirado S.F. REFLEXIONES FILOSOFICAS SOBRE UNA PROPOSICIÓN HISTORICO PSICOEDUCATIVA PARA EDUCACION BASICA. En Investigación Educativa. México Subsecretaria de planeación SEP Segunda Epoca

Vol. 2 y 5 Enero-Marzo 1985.

Uribe T. APORTACIONES A LA EDUCACION ESPECIAL DEL DEFICIENTE MENTAL RECUPERABLE. Ed. Médica Panoramica, Argentina Buenos Aires 1977, Cap. 1

Velasquez M. LA DEFICIENCIA MENTAL EN MEXICO. En ConFe Vol. 5 N° 1, México 1989.

Vergara, Osorio LA INTEGRACION DEL RETARDADO EN LA FAMILIA. Tesis ENEP Iztacala, México 1988.

Walker J., Shea T.M. MANEJO CONDUCTUAL. Ed. Manual Moderno, México 1987.

ANEXO 1

ENTREVISTA A PADRES

Fecha de entrevista _____

Nombre del niño (a) _____

Fecha de nacimiento _____ Diagnóstico Médico _____

Dirección _____

Telefono casa _____ Telefono oficina _____

Escolaridad

Al niño lo presentaron: su mamá _____, su papá _____, ambos _____, hermano _____

Otros; _____ especifique _____

¿Como se enteró de la existencia de esta institución? la vio _____

Por platicas _____, Por volantes _____, Por otra institución _____

¿Existen antecedentes familiares de deficiencia mental o similares? _____

¿Padeció alguna enfermedad viral durante el embarazo? _____

¿Qué otro tipo de enfermedades presentó? _____

¿Tuvo amenaza de aborto? _____ Espontaneo _____ Provocado _____

¿Estuvo expuesta a rayos X, descargas electricas, o golpes? _____

¿Qué alimentos consumió durante el embarazo y con que frecuencia? _____

¿Cuántos partos tuvo antes de su hijo? _____

¿Cuánto tardó la labor de parto? _____ Normal _____ Cesárea _____

Durante el parto o cesárea ¿Luvo alguna complicación? Explique _____

¿Respiró su hijo al nacer? _____

¿Qué enfermedades padeció el niño y a qué edad? _____

¿Padeció fiebres con altas temperaturas, a que edad? _____

¿Convulsionó alguna vez, o aún ahora convulsiona? _____

DESARROLLO PSICOMOTOR

¿A los cuantos meses sostuvo la cabeza? _____

¿A que edad se sentó? _____

¿A que edad se sostuvo de pie (aunque sea con apoyo) _____

¿A que edad caminó sin apoyo? _____

¿A que edad controló esfínteres? _____

Nombre a cada uno de la familia y si otros viven en casa tambien.

PARENTESCO	/ EDAD	/ NOMBRE	/ ESCOLARIDAD	/ OCUPACION
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

¿Como son en particular las relaciones entre padres o tutores entre sí? _____

Padres o tutores con el niño? _____

Hermanos entre sí? _____

Otros y el niño? _____

Enliste de mayor a menor las personas que más conviven con el niño

Existe algún problema de interacción de alguna persona con el niño o del niño con alguna persona? ¿En que consiste? _____

¿El niño causa algun problema a la familia y/o alguna persona en particular? _____ Cual? _____

¿Como se comporta el niño con sus padres, hermanos y otros familiares?

Es docil? _____

Tiene tendencia a la oposición? _____

¿Cuanto tiempo le dedica diariamente la madre al niño? _____

Cuánto el padre?

Cuánto y con que frecuencia se reúne la familia en su tiempo libre para realizar alguna actividad juntos?

Qué actividades acostumbran realizar?

¿La casa donde habita en? Rentada ____, Propia ____, Otros ____, Es departamen-
to ____, Casa sola ____, u otros _____.

Con que servicios cuenta la casa? _____

Cuántas habitaciones tiene? _____

Número de personas que habitan en la casa? _____

Cuántos hermanos tiene el niño? _____

Que lugar ocupa en la familia? _____

Cuántas personas duermen en el cuarto donde duerme el niño? _____

Cuántos en la misma cama donde duerme el niño? _____

A que institución ha asistido y por cuanto tiempo? _____

Explique que áreas se le rehabilitaba? _____

Que tiempo tiene sin asistir a la escuela? _____

Motivo por el que dejó de asistir? _____

El niño tiene muchos cambios de humor? ____. Como lo manifiesta? _____

Llora con facilidad? _____

Le tiembla la voz al contestar? _____

Le sudan las manos? _____

Es cooperativo? _____

Es agresivo? _____

Le afectan los castigos? ____. Como lo manifiesta? _____

A que tipo de castigo es más sensible? _____

Enliste de mayor a menor según la preferencia del niño;

a) Comestibles _____

b) Objetos _____

c) Actividades _____

Las que lo disgustan más: a) Comer _____

b) Hacer _____

Acostumbra jugar más en grupo o juega solo? _____

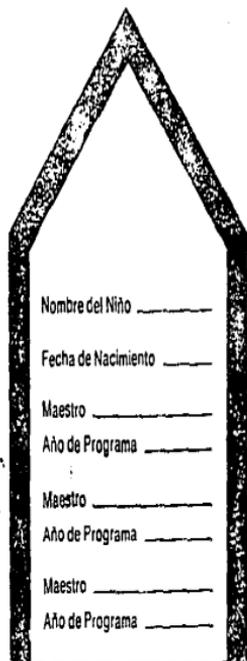
Que tipos de juego realiza el niño? _____

Convive más con adultos o con niños de su edad? _____

Proyecto Portage, CESA 12, Box 564, Portage, Wisconsin 53901 EE.UU.

Guía Portage de Educación Preescolar

S. Guma, M. Shearer, A. Frohman, y J. Hilliard



Nombre del Niño _____
Fecha de Nacimiento _____
Maestro _____
Año de Programa _____
Maestro _____
Año de Programa _____
Maestro _____
Año de Programa _____

LISTA DE OBJETIVOS

COMO ESTIMULAR AL BEBE

1	Estímulo visual general (Meses de 6 semanas)	/ /	/ /
2	Estímulo visual general (6 o más semanas)	/ /	/ /
3	Estímulo táctil general (Meses de 6 semanas)	/ /	/ /
4	Estímulo táctil general (6 o más semanas)	/ /	/ /
5	Estímulo auditivo general (Meses de 6 semanas)	/ /	/ /
6	Estímulo auditivo general (6 o más semanas)	/ /	/ /
7	Succión	/ /	/ /
8	Mueve la cabeza hacia un lado mientras está acostado boca arriba	/ /	/ /
9	Abre la boca cuando el chupón del biberón o el pezon de la madre le tocan los labios	/ /	/ /
10	Muestra sensibilidad al contacto de un cuerpo tranquilizándose, llorando o moviéndose	/ /	/ /
11	Mueve la cabeza hacia el chupón o pezon cuando le tocan la mejilla	/ /	/ /
12	Mira hacia el lugar de donde proviene un sonido o cambia los movimientos del cuerpo como reacción al sonido	/ /	/ /
13	Mira a la persona que habla o que se mueve tratando de atraer su atención	/ /	/ /
14	Se tranquiliza o cambia los movimientos del cuerpo como reacción a la presencia de una persona	/ /	/ /
15	Muestrando movimientos del cuerpo o gorgoros al mirar muestra que responde a la voz de un adulto	/ /	/ /
16	Levanta y mantiene erguida momentáneamente la cabeza cuando uno se la sostiene sobre el hombro	/ /	/ /
17	Ultra de maneras diferentes según le que le molesta	/ /	/ /
18	Se cierra a las miradas azoradas	/ /	/ /
19	Mueve los brazos sin dirección	/ /	/ /
20	Sigue con los ojos un objeto que se mueve más allá de la línea media de su cuerpo	/ /	/ /
21	Sonríe	/ /	/ /
22	Sigue una luz con los ojos, volteando la cabeza	/ /	/ /
23	Sigue un sonido moviendo la cabeza	/ /	/ /
24	Se observa la mano	/ /	/ /
25	Patea fuertemente mientras está acostado boca arriba	/ /	/ /

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La Percepción

LENGUAJE

0.1				
1	Repite sonidos que hacen otros	/ /		
2	Repite la misma sílaba 2 ó 3 veces (ma, ma, ma)	/ /		
3	Responde a los ademanes con ademanes	/ /		
4	Obedece una orden simple cuando va acompañado de ademanes	/ /		
5	Cuando se le dice "no", deja de hacer la actividad que está realizando, por lo menos momentáneamente, el 75% de las veces	/ /		
6	Responde a preguntas simples con una respuesta que no es oral	/ /		
7	Combina 2 sílabas distintas en sus primeros intentos de hablar	/ /		
8	Imita los patrones de entonación de la voz de otros	/ /		
9	Empieza una sola palabra significativa para designar algún objeto o persona	/ /		
10	Hace sonidos como respuestas a otra persona que le habla	/ /		
1-2	Dice 5 palabras diferentes (puede usar la misma palabra para referirse a distintos objetos)	/ /		
12	Pide "más"	/ /		
13	Dice: "No hay más"	/ /		
14	Obedece 3 órdenes simples pero simples que no van acompañadas de ademanes	/ /		
15	Puede "dar" o "mostrar" cuando se le pide	/ /		
16	Señala 12 objetos familiares cuando se le nombran	/ /		
17	Señala de 3 a 5 ilustraciones en un libro cuando se le nombran	/ /		
18	Señala 3 partes de su cuerpo	/ /		
19	Dice su propio nombre o apodo de cariño cuando se le pide	/ /		
20	Responde a la pregunta "¿Que es esto?" con el nombre del objeto	/ /		
21	Combina el uso de palabras y ademanes para manifestar sus deseos	/ /		
22	Nombra a otros 5 miembros de la familia incluyendo animales domésticos	/ /		
23	Nombra 4 juguetes	/ /		
24	Produce el sonido del animal o emplea el son do para nombrar al animal (vece es "mu o mu u")	/ /		
25	Pide algún tipo de alimento común nombrado cuando se le muestra (sacha, galleta, pan)	/ /		
26	Hace preguntas elevando la entonación de la voz al final de la palabra o frase	/ /		

27	nombra 3 partes del cuerpo en una muñeca e en otra persona	/ /
28	Responde a preguntas de alternativas si/no con respuesta afirmativa o negativa .	/ /
2,3	Combina sustantivos o adjetivos y sustantivos en frases de 2 palabras (pestañita azul) (mi pelota)	/ /
30	Cambia el sustantivo con el verbo en oraciones de 2 palabras (papá va)	/ /
31	Emplea una palabra cuando necesita ir al baño	/ /
32	Cambia el verbo o sustantivo con "allí", "aquí", en expresiones de 2 palabras (silla aquí)	/ /
33	Combina 2 palabras para expresar preferencia (aulo pref)	/ /
34	Emplea "no" en su lenguaje	/+ / /
35	Responde a la pregunta: "¿Qué está haciendo...?" para referirse a actividades comunes	/ /
36	Responde a preguntas de "¿Dónde?"	/ /
37	nombra sonidos familiares del ambiente	/ /
39	Entrega más de un objeto cuando se le piden, utilizando la forma plural (bloques)	/ /
39	Al hablar se refiere a sí mismo por su propio nombre	/ /
49	Señala la ilustración de un objeto común cuyo uso se describe (llega hasta 10 objetos)	/ /
41	Indica su edad con los dedos	/ /
42	Dice su sexo cuando se le pregunta	/ /
43	Obedece una serie de 2 mandatos relacionados	/ /
44	Emplea el gerundio del verbo (hablando, comiendo)	/ /
45	Emplea formas regulares de plural (libro/libros)	/ /
46	Emplea constantemente algunas formas irregulares de verbos en el pasado (fue, hice, era)	/ /
47	Pregunta: "¿Qué es esto (esp)?"	/ /
48	Consulta el volumen de la voz el 90% de las veces	/ /
49	Emplea "éste/aquí" y "ése/allá" al hablar	/ /
50	Emplea "es" y "está" al construir oraciones simples (ésta es una pelota) (la pelota está aquí)	/ /
51	Dice: "yo, mí, mío", en lugar de su propio nombre	/ /
52	Señala un objeto que "no es" (no es una pelota)	/ /
53	Responde a la pregunta "¿Quién?" dando un nombre	/ /

54	Empieza la forma posesiva de los sustantivos (de pisci)	/ /
55	Empieza los artículos: "el, la, los, las, un, una, unos, unas" al hablar	/ /
56	Empieza algunos nombres de grupos (liguete, animal, comida)	/ /
57	Usa con pocas equivocaciones los verbos "ser", "estar" y "tener" en el presente	/ /
58	Describe los objetos diciendo que están "abiertos", "cerrados"	/ /
59	Empieza correctamente "es" y "está" al iniciar una pregunta	/ /
60	Presta atención durante 5 minutos mientras se le lee un cuento	/ /
61	Lleva a cabo una serie de 2 órdenes que no se relacionan	/ /
62	Dice su nombre completo cuando se le pide	/ /
63	Responde a preguntas simples de: "¿Cómo?"	/ /
64	Empieza los tiempos pasados de verbos regulares (saló, saltaba)	/ /
65	Relata experiencias inmediatas	/ /
66	Dice cómo se empiezan objetos comunes	/ /
67	Expresa acciones futuras empleando "ir a", "tener que", "querer"	/ /
68	Cambia, apropiadamente, el orden de las palabras para formular preguntas (¿Puedo yo?) (¿Salta él?)	/ /
69	Usa el imperativo cuando pide un favor	/ /
70	Cuenta 2 sucesos en el orden en que ocurrieron	/ /
71	Obedece una serie de órdenes de 3 etapas	/ /
4.5	Demuestra comprensión elemental de los verbos reflexivos y los usa al hablar	/ /
72	Puede encontrar un par de objetos/ilustraciones cuando se le pide	/ /
74	Empieza el futuro al hablar	/ /
75	Empieza oraciones compuestas (Le pegué a la pelota y se rodó a la cancheta)	/ /
76	Cuando se le pide puede encontrar la parte de "arriba" y la de "abajo" de los objetos	/ /
77	Empieza el condicional (podría, sería, haría, etc.) al hablar	/ /
78	Puede nombrar cosas abundadas en una ilustración	/ /
79	Empieza las palabras: "hermana, hermano, abuelito, abuelita"	/ /



AUTOAYUDA

28	Sebe líquido de un vaso o taza usando una copa.	/	/	/
29	Encara en la comida con tenedor	/	/	/
30	Mastica y traga únicamente sustancias comestibles	/	/	/
31	Se seca las manos sin ayuda cuando se le da una toalla	/	/	/
32	Avisa que quiere ir al baño, aun cuando sea demasiado tarde para evitar accidentes	/	/	/
33	Arende, o no babear	/	/	/
34	Orina y defeca en la bacinica (ornal) 3 veces a la semana cuando lo sueltan en ella	/	/	/
35	Se pone los zapatos	/	/	/
36	Se cepilla los dientes imitando al adulto	/	/	/
37	Se quita ropa sencilla que ya está desabrochada	/	/	/
38	Usa el baño para defecar, sólo tiene un accidente diurno por semana	/	/	/
39	Obtiene agua de la llave (grifo) sin ayuda, cuando se le proporciona un banoquito	/	/	/
40	Se lava las manos y la cara con jabón cuando el adulto regula el agua	/	/	/
41	Avisa que quiere ir al baño durante el día con tiempo para evitar accidentes	/	/	/
42	Pone su abrigo en una percha colocada a la altura del hombro	/	/	/
43	Permanece seco durante las siestas	/	/	/
44	Esta peligros como las esquinas de los muebles, esca esas sin barrandal	/	/	/
45	Usa una servilleta cuando se le recuerda	/	/	/
46	Encara la comida con un tenedor y se la lleva a la boca	/	/	/
47	Sirve líquidos de una jarra pequeña (1/4 l.) (6.8 oz.) al vaso, sin ayuda	/	/	/
48	Se desabrocha la ropa	/	/	/
49	Se lava los brazos y las piernas cuando se le baña	/	/	/
50	Se pone los calcetines	/	/	/
51	Se pone el abrigo, el sueter, la camisa	/	/	/
52	Encuentra la parte delantera de la ropa	/	/	/
3-4	Come por sí solo toda la comida	/	/	/
54	Se pone camisas cerradas y ropa que tiene broches si se le ayuda	/	/	/

AUTOAYUDA

55	Se limpia la nariz cuando se le recuerda	✓	✓	✓
56	Se despierta seco 2 de cada 7 mañanas	✓	✓	✓
57	Los varones miran el pre en el baño (moderado, acusado)	✓	✓	✓
58	Se viste y se desviste completamente, pero no se abrocha, el 75% de las veces	✓	✓	✓
59	Se abrocha los ganchos y los broches de la ropa	✓	✓	✓
60	Se suena cuando se le recuerda	✓	✓	✓
61	Evita peligros comunes (cristales rotos)	✓	✓	✓
62	Cuelga el abrigo en un gancho y lo pone en una barra baja cuando se le dan instrucciones	✓	✓	✓
63	Se cepilla los dientes cuando se le dan instrucciones	✓	✓	✓
64	Se pone milanes	✓	✓	✓
65	Desabotona botones grandes en un tablero de botones o en una chaqueta colocada sobre una mesa	✓	✓	✓
66	Se pone las botas	✓	✓	✓
45	67	Se pone las botas	✓	✓
68	Bucea un trapo para limpiar lo que ha derramado	✓	✓	✓
69	Evita los venenos y otras sustancias dañinas	✓	✓	✓
70	Se desabotona la ropa	✓	✓	✓
71	Se abotona la ropa	✓	✓	✓
72	Retira sus platos y cubiertos de la mesa	✓	✓	✓
73	Engancha el pre de la cremallera (cierra relinmago) en la bpe	✓	✓	✓
74	Se lava las manos y la cara	✓	✓	✓
75	Empieza los cubiertos apropiados para comer	✓	✓	✓
76	Se despierta durante la noche para ir al baño o permanece seco toda la noche	✓	✓	✓
77	Se limpia la nariz y se suena el 75% de las veces cuando necesita y sin que se le recuerde	✓	✓	✓
78	Se habla solo, pero no se lava la espalda, el cuello y las orejas	✓	✓	✓
79	Empieza un cuchillo para unir sustancias blandas en la comida	✓	✓	✓
80	Se abrocha y desabrocha los botones del cinturón de los vestidos o pantalones y de los opalcos	✓	✓	✓
81	Se viste completamente y hasta se abrocha los broches delanteros pero no se amarra las cintas	✓	✓	✓

AUTOAYUDA

82	Se sirve mantitas uno de sus padres le sostiene la frente con la comida	/	/	/	/	/	/	/	/
83	Cuando se le dan indicaciones verbales, ayuda a poner la mesa colocando bien los platos, servilletas y cubiertos	/	/	/	/	/	/	/	/
84	Se cepilla los dientes	/	/	/	/	/	/	/	/
85	Ya al baño con tiempo, se baja los pantalones, se limpia, desgrasa el budo (modano, ensusado) y se viste sin ayuda	/	/	/	/	/	/	/	/
86	Se peina o cepilla el cabello largo	/	/	/	/	/	/	/	/
87	Guarda su ropa en un gancho	/	/	/	/	/	/	/	/
88	Se pasea por el vecindario sin supervisión constante	/	/	/	/	/	/	/	/
89	Mete los condones (agujetas) en los ojitos de los zapatos	/	/	/	/	/	/	/	/
90	Se ata los cordones (agujetas) de los zapatos	/	/	/	/	/	/	/	/
91	Tiene la responsabilidad de hacer una tarea casera semanal y la realiza cuando se le pide	/	/	/	/	/	/	/	/
92	Escoge la ropa apropiada según la temperatura y la ocasión	/	/	/	/	/	/	/	/
93	Si no se le recuerda se detiene al borde de la acera (banqueta), mira a ambas lados y cruza la calle	/	/	/	/	/	/	/	/
94	En la mesa, se sirve la comida y pasa la fuente	/	/	/	/	/	/	/	/
95	Se prepara el cereal/lío	/	/	/	/	/	/	/	/
96	Tiene la responsabilidad de hacer una tarea casera diaria (poner la mesa, sacar la basura)	/	/	/	/	/	/	/	/
97	Regula la temperatura del agua para bañarse o ducharse	/	/	/	/	/	/	/	/
98	Se prepara su propio emparedado (sandwich)	/	/	/	/	/	/	/	/
99	Ya sola a la escuela, al parque de juego o a la tienda que quedan a no más de 2 cuadras de la casa	/	/	/	/	/	/	/	/
100	Corta comidas blancas con el cuchillo (salsichitas, plátanos, palatas cocidas)	/	/	/	/	/	/	/	/
101	Enciende el baño que le corresponde en un lugar público	/	/	/	/	/	/	/	/
102	Abre un empaque de cartón de 1/4 L (1/16 galón) que contiene leche o jugo	/	/	/	/	/	/	/	/
103	Coge, lleva y coloca en la mesa una bandeja con comida	/	/	/	/	/	/	/	/
104	Se amarra las cintas de la capucha	/	/	/	/	/	/	/	/
105	Se abrocha el cinturón de seguridad en el coche	/	/	/	/	/	/	/	/

COGNICION

0.1	Se quita de la cara un trapo que le tapa los ojos	✓	✓
1	Busca con la vista un objeto que ha sido retirado de su campo visual	✓	✓
2	Saca un objeto de una caja abierta metiendo la mano dentro de esta	✓	✓
3	Mete un objeto en una caja imitando al adulto	✓	✓
4	Mete un objeto en una caja cuando se le pide	✓	✓
5	Sacode un juguete que hace ruido amarrado a una cuerda	✓	✓
6	Mete 3 objetos en una caja y la vacía	✓	✓
7	Se pasa un objeto de una mano a la otra para recoger otro objeto	✓	✓
8	Deja caer y recoge un juguete	✓	✓
9	Encuentra un objeto escondido debajo de un envase	✓	✓
10	Empuja 3 bloques como si fueran un tren	✓	✓
11	Quita el cilindro de un tablero de formas geométricas	✓	✓
12	Coloca un lazo redondo en un tablero perforado cuando se le pide	✓	✓
13	Hace ademanes sencillos cuando se le pide	✓	✓
1.2	Saca 6 objetos de un recipiente, uno por uno	✓	✓
14	Señala una parte del cuerpo	✓	✓
15	Apila 3 bloques cuando se le pide	✓	✓
16	Hace pares de objetos semejantes	✓	✓
17	Garabatea	✓	✓
18	Se señala a sí mismo cuando se le pregunta: "¿Dónde está (su nombre)?"	✓	✓
19	Coloca 5 tarugos redondos en un tablero perforado cuando se le pide	✓	✓
20	Hace pares de objetos con las ilustraciones de los mismos objetos.	✓	✓
21	Señala la figura que se le nombra	✓	✓
22	Voltea 2-3 páginas de un libro a la vez para encontrar la figura deseada	✓	✓
23	Encuentra un libro específico que se le pide	✓	✓
2.3	Completa un tablero de formas geométricas de 3 piezas	✓	✓
24	Rehbra las ilustraciones de 4 objetos comunes	✓	✓
25		✓	✓
26		✓	✓
27		✓	✓

COGNICIÓN

28	Dibuja una línea vertical imitando al adulto	/ /		
29	Dibuja una línea horizontal imitando al adulto	/ /		
30	Copia un círculo	/ /		
31	Hace pares con objetos de la misma textura	/ /		
32	Señala lo "grande" y lo "pequeño" cuando se le pide	/ /		
33	Dibuja (+) imitando al adulto	/ /		
34	Acropa 3 colores	/ /		
35	Coloca objetos dentro, encima y debajo cuando se le pide	/ /		
36	Nombra objetos que hacen sonidos	/ /		
37	Arma un juguete de 4 partes que encajan una dentro de otra	/ /		
38	Nombra la acción que muestran las ilustraciones	/ /		
39	Hace pares con una figura geométrica y la ilustración de esta	/ /		
40	Apila en orden 5 o más años en una columna	/ /		
41	Nombra objetos grandes y pequeños	/ /		
42	Señala 10 partes del cuerpo obedeciendo una orden	/ /		
43	Señala a un niño y a una niña obedeciendo una orden	/ /		
44	Dice si un objeto es pesado o liviano	/ /		
45	Junta 2 partes de una figura para hacer un todo	/ /		
46	Describe 2 sucesos o personajes de un cuento o programa de televisión familiar	/ /		
47	Repite juegos de dedos con palabras y acciones	/ /		
48	Hace pares (3 o más)	/ /		
49	Señala objetos largos y cortos	/ /		
50	Dice que objetos van juntos	/ /		
51	Cuenta hasta 3 imitando al adulto	/ /		
52	Separa objetos por categorías	/ /		
53	Dibuja una Y imitando al adulto	/ /		
54	Dibuja una línea diagonal de esquina a esquina en un cuadrado de papel de 10 cm. (4")	/ /		

COGNICION

Categoría	Nivel	Descripción de la Actividad	Objetivo Cognitivo	Estrategia	Materiales
	55	Cuenta hasta 10 objetos imitando al adulto			
	56	Construye un puente con 3 bloques imitando al adulto			
	57	Sigue la secuencia o patrón (tamaño, color) que se le da con bloques o cuentas			
	58	Copia una serie de trazos en forma de V conectada (VVVVVVV)			
	59	Añade una pierna y/o un brazo a una figura incompleta de un hombre			
	60	Arma un rompecabezas de 6 piezas sin ensayo y error			
	61	Nombra objetos que son iguales o diferentes			
	62	Dibuja un cuadrado imitando al adulto			
	63	Nombra 3 colores cuando se le pide			
	64	Recorta 3 formas geométricas, □, △, ○			
4.5	65	Escope el número de objetos que se le piden (1-5)			
	66	Nombra 5 texturas			
	67	Copa un triángulo cuando se le pide			
	68	Recorta 4 objetos que ha visto en una ilustración			
	69	Dice el momento del día en relación con las actividades			
	70	Repite poemas familiares			
	71	Dice si un objeto es más pesado o más liviano (menos de una libra)			
	72	Dice qué falta cuando se quita un objeto de un grupo de 3			
	73	Nombra 8 colores			
	74	Nombra 3 monedas de poco valor			
	75	Junta símbolos (letras y números)			
	76	Dice el color de los objetos que se le nombran			
	77	Relata 5 hechos importantes de un cuento que escuchó 3 veces			
	78	Dibuja la figura de un hombre (cabeza, tronco, 4 extremidades)			
	79	Canta 5 versos de una canción			
	80	Construye una pirámide de 10 bloques imitando al adulto			
	81	Nombra lo "largo" y lo "corto"			

COGNICION

82	Coloca objetos letras, al lado, junto								/ /
83	Hace conjuntos iguales de 1 a 10 objetos siguiendo una muestra								/ /
84	Nombra o señala la parte que falta en la ilustración de un objeto								/ /
85	Cuenta de memoria del 1 al 20								/ /
86	Nombra la primera, la del medio y la última posición								/ /
5 6	Cuenta hasta 20 objetos y dice cuántos hay								/ /
88	Nombra 10 números								/ /
89	Dice cuál es su derecha y su izquierda								/ /
90	Dice en orden las letras del alfabeto								/ /
91	Escribe su propio nombre con letra de imprenta								/ /
92	Nombra 5 letras del alfabeto								/ /
93	Ordena objetos en secuencia de ancho y largo								/ /
94	Nombra las letras mayúsculas del alfabeto								/ /
95	Pone los números del 1 al 10 en la secuencia apropiada								/ /
95	Nombra la posición de los objetos: primero, segundo, tercero								/ /
97	Nombra las letras minúsculas del alfabeto								/ /
98	Junta la letra mayúscula con la minúscula								/ /
99	Señala los números que se le nombra(n) del 1 al 25								/ /
100	Copia un rombo								/ /
101	Completa un laberinto simple								/ /
102	Nombra los días de la semana en orden								/ /
103	Suma y resta combinaciones hasta el 3								/ /
104	Dice el mes y el día de su cumpleaños								/ /
105	Reconoce a primera vista 10 palabras impresas								/ /
106	Predice lo que va a suceder								/ /
107	Señala milares y objetos enteros								/ /
108	Cuenta de memoria del 1 al 100								/ /

DESARROLLO MOTRIZ

0 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	
	Alicanza un objeto colocado de 15 a 22 cm. (6"9") delante de él	Coge un objeto sostenido a 8 cm. (3") delante de él	Alicanza un objeto que está delante de él y lo coge	Alicanza un objeto prefiriendo	Se pone un objeto en la boca	Apoya la cabeza y el pecho en los brazos cuando está boca abajo	Sostiene la cabeza y el pecho erguidos apoyado en un brazo	Joca e investiga objetos con la boca	Estando boca abajo, se voltea de lado y mantiene la posición el 50% de las veces	Se voltea boca arriba, estando boca abajo	Cuando está boca abajo se mueve hacia adelante (la distancia del largo de su cuerpo)	Estando boca arriba se levanta en un instante	Se pone boca abajo estando boca arriba	Se sienta, cogiéndose de los dedos de una a otra	Voltea fácilmente la cabeza cuando el cuerpo está apoyado	Se queda sentado durante 2 minutos	Suelta un objeto deliberadamente para alcanzar otro	Recoge y deja caer objetos a propósito	Se sostiene de pie con un máximo de apoyo	Estando de pie, saltita mientras se le sostiene	Gatea para obtener un objeto (la distancia del largo de su cuerpo)	Se sienta apoyándose solo	Estando sentado se coloca en posición de gatear	Puede sentarse cuando está boca abajo	Se sienta sin apoyarse en las manos	tira objetos al azar	Se mete hacia atrás y hacia adelante en posición de gatear

PortageGuide

DESARROLLO MOTRIZ

28	Se pasa un objeto de una mano a otra estando sentado	✓	✓	✓
29	Sentarse en una mesa 2 cubos de 2.5 cm. (1")	✓	✓	✓
30	Se pone de rodillas	✓	✓	✓
31	Se pone de pie apoyándose en algo	✓	✓	✓
32	Usa el pulgar y el índice como pinzas para recoger un objeto	✓	✓	✓
33	Gata	✓	✓	✓
34	Estira la mano tratando de alcanzar algo, cuando está en posición de gatear	✓	✓	✓
35	Se pone de pie con un mínimo de apoyo.	✓	✓	✓
36	Se lame la comida que tiene alrededor de la boca	✓	✓	✓
37	Se mantiene de pie solo durante un minuto	✓	✓	✓
38	Vacia de golpe un objeto que está en un recipiente	✓	✓	✓
39	Voltea, a la vez, varias páginas de un libro	✓	✓	✓
40	Recoge con cuchara o pala	✓	✓	✓
41	Coloca objetos pequeños dentro de un recipiente	✓	✓	✓
42	Se sienta cuando está de pie	✓	✓	✓
43	Ablanda	✓	✓	✓
44	Camina con un mínimo de apoyo	✓	✓	✓
45	Da unos cuantos pasos sin apoyo	✓	✓	✓
1-2	1-2 Trepa las escaleras gateando	✓	✓	✓
47	Se pone de pie cuando está sentado	✓	✓	✓
48	Hace rodar una pelota imitando al adulto	✓	✓	✓
49	Se trepa a una silla de adulto, se voltea y se suelta	✓	✓	✓
50	Coloca 4 aros en una clavija	✓	✓	✓
51	Saca tarugos de 2.5 cm (1") del tablero en el que están colocados	✓	✓	✓
52	Coloca un tarugo de 2.5 cm. (1") en un tablero perforado	✓	✓	✓
53	Construye una torre de 3 bloques	✓	✓	✓
54	Hace rayas con crayón (lapiz de cera, crayón) o con lápiz	✓	✓	✓

DESARROLLO MOTRIZ

55	Camina solo	/ /		
56	Baja las escaleras gateando hacia atrás	/ /		
57	Se sienta en una silla pequeña	/ /		
58	Se pone en cuclillas y vuelve a ponerse de pie	/ /		
59	Empuja y jala (lira de) juguetes mientras camina	/ /		
60	Usa un caballo de montar o una silla mecédora	/ /		
61	Sube las escaleras con ayuda	/ /		
62	Dobla la cintura para recoger objetos sin caerse	/ /		
63	Imita un movimiento circular	/ /		
64	Encarta 4 cuentas grandes en 2 minutos	/ /		
23	Da vueltas a las perillas de la puerta, manijas, etc.	/ /		
66	Salta en un sitio con ambos pies	/ /		
67	Camina hacia atrás	/ /		
68	Baja las escaleras caminando con ayuda	/ /		
69	Arroja una pelota a un adulto que está a metro y medio (5') de distancia sin que el adulto mueva los pies	/ /		
70	Construye una torre de 5 ó 6 bloques	/ /		
71	Vuelve las páginas de un libro una por una	/ /		
72	Desmenua un objeto pequeño	/ /		
73	Guña un papel por la mitad, imitando al adulto	/ /		
74	Arma y desarma un juguete de piezas colocadas a presión	/ /		
75	Desarmar los juguetes que encajan unos dentro de otros	/ /		
76	Patea una pelota grande lisa	/ /		
77	Hace bolas de arcilla o de plastilina	/ /		
78	Empuña un lápiz entre el pulgar y el índice apoyándolo en el dedo medio	/ /		
79	Da un volantino (maraca, vuelta de campana) hacia adelante con apoyo	/ /		
80	Clava 5 de cada 5 tarugos	/ /		

DESARROLLO MOTRIZ

3-4	1	Arma rompecabezas de 3 piezas o un tablero de figuras geométricas	/ /
	2	Corra con tijeras	/ /
	83	Salta desde una altura de 20 cm. (8")	/ /
	84	Patea una pelota grande cuando se le rueda hacia él	/ /
	85	Camina de puntillas	/ /
	86	Corre 10 pasos continuando y alternando el movimiento de los brazos y los pies	/ /
	87	Pedalea un triciclo una distancia de metro y medio (5')	/ /
	88	Se mece en un columpio cuando se le pone en movimiento	/ /
	89	Sube a un tobogán (resbaladero) de 1.20 a 1.80 m. (4'6") y se desliza	/ /
	90	Da volanines (maromas, vueltas de campana) hacia adelante	/ /
	91	Sube las escaleras alternando los pies	/ /
	92	Marcha	/ /
	93	Coge una pelota con las 2 manos	/ /
	94	Traza con plantillas (patrones) siguiendo los contornos	/ /
	95	Corra a lo largo de una línea recta de 20 cm. (8") apartándose a lo más 6 mm. (¼") de la línea	/ /
4-5	96	Se mantiene en un pie sin ayuda de 4 a 8 segundos	/ /
	97	Cambia de dirección al correr	/ /
	98	Camina en una tabla manteniendo el equilibrio	/ /
	99	Salta hacia adelante 10 veces sin caerse	/ /
	100	Salta sobre una cuerda suspendida a 5 cm. (2") del suelo	/ /
	101	Salta hacia atrás 6 veces	/ /
	102	Hace rebotar a ciegas una pelota grande	/ /
	103	Hace formas de plastilina uniendo de 2 a 3 partes	/ /
	104	Corra curvas	/ /
	105	Atornilla injelos con rosca	/ /
	106	Baja las escaleras alternando los pies	/ /
	107	Patea un triciclo y da vuelta a una espigui	/ /

DESARROLLO MOTRIZ

108	Salta en un pie 5 veces consecutivas	✓	✓	✓
109	Recorta un círculo de 5 cm. (2")	✓	✓	✓
110	Dibuja figuras simples que se pueden reconocer como una casa, un hombre, un árbol	✓	✓	✓
111	Recorta y pega formas simples	✓	✓	✓
5-6	112 Escribe en letra de imprenta mayúsculas grandes, atisadas en cualquier parte del papel	✓	✓	✓
113	Camina sobre una tafia y mantiene el equilibrio hacia adelante, hacia atrás y de lado	✓	✓	✓
114	Brinca	✓	✓	✓
115	Se mece en un columpio iniciando y manteniendo el movimiento	✓	✓	✓
116	Dobla los dedos y se toca uno por uno con el pulgar	✓	✓	✓
117	Puede copiar letras minúsculas	✓	✓	✓
118	Trepa escaleras de mano o la escalera de un tobogán (resbaladero) de 3 m. (10') de altura	✓	✓	✓
119	Golpea un clavo con un martillo	✓	✓	✓
120	Hace rebotar una pelota y la controla	✓	✓	✓
121	Colorea sin salirse de las líneas el 95% de las veces	✓	✓	✓
122	Recorta figuras en revistas o catálogos sin desearse más de 6 mm. (¼") del borde	✓	✓	✓
123	Usa un sacapuntas	✓	✓	✓
124	Copia dibujos complejos	✓	✓	✓
125	Atranca figuras simples de un papel	✓	✓	✓
126	Dobla un papel cuadrado 2 veces, diagonalmente, imitando al adulto	✓	✓	✓
127	Coge con una mano una pelota suave o una bolsa de semillas que se le tira	✓	✓	✓
128	Puede saltar la cuerda por sí solo	✓	✓	✓
129	Golpea una pelota con un bate o palo	✓	✓	✓
130	Recoge un objeto del suelo mientras corre	✓	✓	✓
131	Patina hacia adelante 3 m. (10')	✓	✓	✓
132	Monta en bicicleta	✓	✓	✓
133	Se resbala en un túnel	✓	✓	✓
134	Camina o juega en una piscina con el agua hasta la cintura	✓	✓	✓

OBJETIVOS GENERALES POR ÁREAS	OBJETIVOS GENERALES POR ÁREAS	OBJETIVOS GENERALES POR ÁREAS
<p>Realizar acciones básicas para el inicio del curso escolar, que permitan la adaptación social y la adaptación personal y la adaptación psicosocial a las normas del medio escolar.</p> <p>Realizar acciones básicas para el inicio del curso escolar, que permitan la adaptación social y la adaptación personal y la adaptación psicosocial a las normas del medio escolar.</p>	<p>1.- Independencia Personal</p> <p>2.- Comunicación</p> <p>3.- Socialización</p> <p>4.- Ocupación</p>	
<p>1.1 Desarrollar la autonomía en el cuidado personal y la adaptación psicosocial a las normas del medio escolar.</p>	<p>2.1 Construir, a partir de la interacción con los elementos sociales, de comunicación.</p>	<p>4.1. Construir coordinaciones general y bimanual que permitan realizar actividades de tipo práctico.</p>
<p>1.1.1 Iniciar en el desplazar sin ayuda</p> <p>1.1.2. Iniciar acciones sin ayuda</p> <p>1.1.3. Utilizar instrumentos adecuados a los usos y costumbres del medio.</p> <p>1.1.4 Realizar bajo supervisión acciones elementales de aseo e higiene personal.</p> <p>1.1.5 Ejecutar progresivamente acciones referidas a desvestirse y vestirse.</p> <p>1.1.6. Iniciar en el reconocimiento de situaciones peligrosas.</p>	<p>2.1.1. Utilizar cualquier elemento comunicable de comunicación.</p> <p>2.1.2. Recrear acciones de la vida diaria, a través del juego.</p> <p>2.1.3. Proporcionar verbalmente información elemental sobre el mismo.</p> <p>2.1.4. Expresar verbalmente necesidades y gustos referidos al medio familiar y escolar.</p> <p>2.1.5. Expresar dinámicamente a través del movimiento, la plástica, la música y las manualidades.</p>	<p>4.1.1. Realizar con objetos sencillos, coordinando acciones manuales unilaterales o bimanuales, que se requieran en actividades cotidianas.</p> <p>4.1.2. Utilizar adecuadamente los objetos de uso en su casa y en la escuela.</p>
<p>1.1.1. Iniciar en el proceso de adaptación a las normas de la comunidad escolar.</p> <p>1.1.2. Usar normas elementales de convivencia en el medio familiar y escolar.</p> <p>1.1.3. Participar en juegos sencillos en los que se requiera colaboración o respeto a las normas.</p> <p>1.1.4. Colaborar en tareas domésticas sencillas.</p> <p>1.1.5. Identificar dependencias y lugares más significativos del hogar y de la escuela.</p> <p>1.1.6. Observar los elementos del entorno físico para descubrir sus propiedades.</p>	<p>3.1.1. Incorporarse a un grupo, según las normas de los grupos y adoptando normas elementales de convivencia.</p> <p>3.1.2. Usar normas elementales de convivencia en el medio familiar y escolar.</p> <p>3.1.3. Participar en juegos sencillos en los que se requiera colaboración o respeto a las normas.</p> <p>3.1.4. Colaborar en tareas domésticas sencillas.</p> <p>3.1.5. Identificar dependencias y lugares más significativos del hogar y de la escuela.</p> <p>3.1.6. Observar los elementos del entorno físico para descubrir sus propiedades.</p>	<p>4.1.1. Realizar con objetos sencillos, coordinando acciones manuales unilaterales o bimanuales, que se requieran en actividades cotidianas.</p> <p>4.1.2. Utilizar adecuadamente los objetos de uso en su casa y en la escuela.</p> <p>4.1.3. Utilizar adecuadamente los objetos de uso en su hogar y en la escuela.</p> <p>4.1.4. Realizar actividades elementales de limpieza en el hogar y en la escuela.</p>

TRABAJOS CON
FALLA LE ORIGEN

ANEXO 4

TECNICAS EN MODIFICACION DE CONDUCTA

Las Técnicas de Modificación de Conducta se desarrollan a partir de la observación de tres cambios fundamentales: un cambio en el medio, en forma de objeto o acontecimiento (llamado estímulo), un cambio en el organismo algún comportamiento observable (se llama respuesta o conducta), y un nuevo cambio en el medio en forma de objeto o acontecimiento, producto de dicha conducta (se llama consecuencia), a esto llamamos triple relación de contingencia.

E - R - C

Estímulo que influye para que se de una respuesta y a su vez ésta provoca una consecuencia.

El estímulo anterior a la respuesta aumenta su probabilidad, por que siempre esta asociado a la conducta y a la consecuencia que le sigue, por lo tanto adquiere la propiedad de que se distinga la ocasión en que debe presentarse nuevamente la misma conducta teniendo la misma consecuencia.

En cuanto a la respuesta nos interesa saber si se presenta muchas o pocas veces, para ésto se toman como medida la tasa de respuesta que es el número de respuestas en un tiempo determinado. Una respuesta de tasa elevada será más probable que una respuesta de tasa baja. Esto nos ayuda para conocer la probabilidad de que una conducta vuelva a ocurrir.

La consecuencia ocurre como producto de la conducta, esta consecuencia es la que hace que la respuesta se vuelva a presentar, a este aumento en la probabilidad de la conducta se le llama reforzamiento.

Podríamos decir que lo que lo que hacemos ésta influenciado por sus concecuencias. Las concecuencias se llaman reforzadores, positivo y negativo, extinción y castigo...

Los reforzadores pueden clasificarse como tangibles o primarios (alimento, bebidas y símbolos) y sociales o secundarios (elogios, sonrisas, y otros signos de aprobación).

REFORZAMIENTO POSITIVO

El reforzador positivo es la presentación de un reforzador agradable después que la conducta deseada se a exhibido.

Estos reforzadores tienden a aumentar o mantener la frecuencia de la conducta, es importante recordar que solo funcionan si la persona l percibe como recompensa.

REFORZAMIENTO NEGATIVO

El reforzamiento negativo es quitarle al niño algo que le es molesto, como lo libramos de esa molestia, la conducta se favorece.

EXTINCIION

La extinción es la eliminación de una consecuencia que mantiene o aumenta una conducta. Es un método eficaz para disminuir conductas indeseables. la extinción requiere de la eliminación de reforzadores responsables de mantener la conducta inapropiada.

CASTIGO

Esta es la técnica más conocida y frecuente, pero la menos eficaz.

El castigo tiende a disminuir la conducta indeseable, pero no la extingue, puesto que vuelve a presentarse en la ausencia de quien castiga.

Se lleva a cabo mediante la aplicación de un elemento aversivo. O la supresión de un elemento o actividad placentera.

Es muy importante que comprenda estas consecuencias básicas de la conducta, ya que es fundamental para la aplicación eficaz de las técnicas de modificación de conducta.

CONSECUENCIAS BASICAS DE LA CONDUCTA

CLASIFICACION	CONDUCTA ORIGINAL	CONSECUENCIA	PROBABLE EFECTO FUTURO
REFORZAMIENTO positivo	Ana limpia su cuarto	Sus padres la elogian	Seguirá limpiando su cuarto
REFORZAMIENTO NEGATIVO	Memo se queja de dolor de cabeza cuando tiene tarea.	Se le permite ir a la cama sin hacer tarea	Tendrá jaqueca siempre que haya tarea.
EXTINCCION	Juan lava el auto de papá	Su conducta se ignora	Dejará de lavar
CASTIGO	Joel se para en los sillones	Le pegan cada que lo hace	No se parara

Ahora veremos las técnicas de como utilizar estas cuatro consecuencias.

MOLDEAMIENTO

El moldeamiento es el reforzamiento sistemático e inmediato de aproximaciones sucesivas de la conducta de deseada hasta que ésta se presente. se utiliza para establecer conductas que aún no cuenta con ellas el niño.

INSTIGACION

La instigación puede ser física o verbal, y consiste en brindarle ayuda durante el tratamiento, puede incluir actividades como guiar la mano o el pie, guiar verbalmente. La instigación se usa para incrementar probabilidades de éxito en una tarea.

MODELAMIENTO

Es lo que conocemos como imitación, se base en el aprendizaje por observación, este es uno de los métodos más antiguos y utilizados con más frecuencia, y sirve para implementar una conducta.

ECONOMIA DE FICHAS

Las fichas son reforzadores que se le dan al niño cada que presenta la conducta deseada, ésta pueden ser acumuladas para cambiar diversas recompensas.

A diario todos estamos expuestos y utilizamos fichas, la forma más común es el uso de la moneda para la adquisición de varios bienes y servicios. En general se acepta que la moneda carece de valor, solo los objetos por los que se cambia tienen valor real. En el salón de clase las fichas tienen el mismo significado que tiene la moneda en el mercado.

TIEMPO FUERA

El tiempo fuera consiste en retirar al niño del ambiente, al parecer, de reforzamiento, para colocarlo en otro que no lo es por un tiempo limitado y específico. Este alejamiento puede en efecto disminuir la conducta.

ANEXO 5

CUESTIONARIO

NOMBRE

EDAD

FECHA DE NACIMIENTO

FECHA DE HOY

DIRECCION

NOMBRE DE SU HIJO

Ha asistido a algún curso o entrenamiento para padres.

En que le ha ayudado lo aprendido ahí.

Que temas recuerda haber visto.

Que actitudes de su hijo considera que merezcan el término de portarse mal.

Que hace usted cuando el niño se porta mal.

Que actitudes de su hijo considera que merezcan el término de portarse bien

Que hace usted cuando su hijo se porta bien.

Explique que entiende por modificación de conducta.

Considera que es importante conocer y aplicar las técnicas de Modificación de Conducta. Por que.

Explique que entiende por reforzador

Que tipo de reforzadores conoce.

Para que sirve un reforzador.

Describe que es un castigo.

Cuantos tipos de castigo conoce.

Para que sirve el castigo.

Que significa extinción.

Que es tiempo fuera.

Para que sirve el tiempo fuera, el castigo y la extinción.

Que es imitación.

Que es instigar una conducta.

Que es la economía de fichas.

Para que sirve el reforzador, la imitación y la instigación.