



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

CAMPUS IZTACALA

**IDENTIFICACION DE ELEMENTOS RELACIONADOS
CON LA CONFORMACION DE LA ESTRUCTURA
GENERAL EN SUJETOS CATEGORIZADOS COMO
RETARDADOS EN EL DESARROLLO**

TESIS PROFESIONAL

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LIC. EN PSICOLOGIA**

**P R E S E N T A N:
CARMEN LAURA PEREZ MARTINEZ
JUAN CARLOS ORTIZ ALVAREZ TOSTADO**

**DIRECTOR DE TESIS:
LIC. EN PSICOLOGIA
JOSE RENE ALCARAZ GONZALEZ**



LOS REYEZ IZTACALA 1995



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
C A M P U S I Z T A C A L A

PEREZ MARTINEZ CARMEN LAURA.

No. de Cuenta : 8415886-2.

GENERACION : 88 - 91.

ORTIZ ALVAREZ TOSTADO JUAN CARLOS.

No. de Cuenta : 8415831-2.

GENERACION : 87 - 90.

T E S I S :

IDENTIFICACION DE ELEMENTOS RELACIONADOS CON LA
CONFORMACION DE LA ESTRUCTURA GENERAL, EN SUJETOS
CATEGORIZADOS COMO RETARDADOS EN EL DESARROLLO.

ASESOR: Lic. en Psicología. José René Alcaraz González.

Los Reyes Iztacala Tlanepantla Estado de México.

M A R Z O 1995.

La gente cree que los hombres nacen
una sola vez, pero no es así...
El hombre es parido infinidad de
veces a lo largo de su vida.

Gabriel García Márquez.

El amor en los tiempos del colera.

CARMEN LAURA..

Agradezco a Dios por la vida que me ha dado.

A mis padres:

Bulmaro Tehuitzil Zacatelco e Isabel Martínez Pontón,
por cuidarme y educarme.

A mis hermanas y hermano:

Ana María, Martha Isabel, Blanca Lorena, Sandra Xochitl,
Bulmaro Angel, Rita Fabiola y Aureola Yoloxochitl.
Por apoyarme con amor siempre que los necesite.

Y a mi esposo:

Juan Carlos Ortiz Alvarez Tostado
Por darme amor, comprensión, apoyo y respeto.

JUAN CARLOS.

Agradezco a Dios por la vida que me ha dado

A mi familia, MIS HERMANOS Y HERMANAS. Por compartir mi vida

A todas las personas que de alguna forma contribuyeron y contribuyeran, para que yo alcance mis metas : mis amigos, mis vecinos, el chofer del camión, mi supervisor, los vendedores...

A mis maestros por ofrecerme un poco de sí mismos... Sara, Ricardo, Yolanda, Ilda, Carmen, Esperanza, Juárez, Elpidio, Juan, Claudio, René, Rocio, Lupita (por nombrar algunos de ellos).

CARMEN LAURA.

DEDICO ESTA OBRA A TODOS LOS NIÑOS DE EDUCACION ESPECIAL
Y LA GENTE QUE HA SIDO CONSIDERADA COMO MINUSVALIDA: POR LAS
OPORTUNIDADES QUE LES HEMOS NEGADO Y POR LA FUERZA CON LA
QUE VIVEN.

JUAN CARLOS.

DEDICO ESTA OBRA A :

Mis padres (Especialmente a mi madre),
María del Consuelo Alvarez Tostado Alvarez.

Por concebir mi vida y educarla

Germán Calix (sacerdote Hondureño)

por enseñarme a comprender al hombre.

Sandra y Rita por que han hecho posible el milagro de la
amistad.

Y MUY ESPECIALMENTE A MI ESPOSA: CARMEN LAURA PEREZ MARTINEZ
Por el gran amor que me ha dado desde que nos conocimos y
porque a partir de ese momento me transformo en alguien mejor.

I N D I C E .

PAGINA.

INTRODUCCION.....	1 .
1. TIPOS DE ESTRUCTURA.	
1.1. ESTRUCTURA FISICA.....	16 .
1.2. ESTRUCTURA CONDUCTUAL.....	31 .
1.3. ESTRUCTURA COGNITIVA.....	38 .
1.4. ESTRUCTURA SUBJETIVA.....	46 .
2. LA ESTRUCTURA DIFERENTE.....	54 .
3. UNA OPCION ALTERNA.....	62 .
4. DESCRIPCION DE LA INVESTIGACION FASE I.	
4.1. OBJETIVO Y METODO.....	68 .
4.2. PROCEDIMIENTO.....	69 .
5. DESCRIPCION DE LA INVESTIGACION FASE II.	
5.1. OBJETIVO Y METODOS.....	72 .
5,2, PROCEDIMIENTO.....	74 .
6. RESULTADOS	
6.1. RESULTADOS FASE I.	77 .
6.2. CUADROS Y GRAFICAS.....	89 .

6.3.RESULTADOS FASE II.	
6.3.1. PRIMER CASO.....	100.
6.3.1.1. RESULTADOS OBTENIDOS EN 6 MESES DE ATENCION. .	104.
6.3.2. SEGUNDO CASO.....	110.
6.3.2.1. RESULTADOS OBTENIDOS EN 5 MESES DE ATENCION. .	113.
7. DISCUSION.....	116.
8. CONCLUSIONES.....	131.
9. BIBLIOGRAFIA.....	136.

ANEXOS.

RESUMEN

La atención a los llamados retardados en el desarrollo, sufre de estrategias de conceptualización y atención que están generalmente basadas en la enseñanza y/o adiestramiento social. El problema consiste en que se ha ignorado que dichos sujetos son personas cuya estructura cognitiva, conductual y subjetiva ha sido desarrollada bajo las mismas condiciones que la de cualquier otro pero con elementos distintos, lo que por lo tanto da como resultado una estructura distinta. La tarea del psicólogo, es entonces, la reestructuración y no el adiestramiento, tarea que será posible en la medida en que conozcamos y manipulemos los elementos que generalmente están presentes en el desarrollo de estos sujetos tanto en su actividad de interacción con el medio como en su actividad subjetiva.

Aún cuando el tratamiento del llamado retardo en el desarrollo (RD), ha tenido una considerable participación en los intereses tanto estatales como particulares de nuestro país desde 1867 con la fundación de la primera escuela para deficientes mentales, la reforma a la ley orgánica de educación (1932), la creación de 12 escuelas en el D.F. y en el interior del país (1941) y durante el periodo de 1976-1978, en que se crearon nuevas dependencias y se ampliaron las ya existentes (1), tanto la concepción de (RD), como la práctica

(1) Información obtenida del folleto: Educación Especial, Editado por la S.E.P. en 1985, para Escuelas de Educación Especial y Grupos Integrados.

de soluciones dirigidas a este problema han encontrado y mantenido sus bases en la visión que surgió concurrentemente con la fundación de las primeras instituciones, dedicadas a la atención específica de esta problemática en Berna Suiza (1939) y en Massachussets (1940), misma que a la fecha se encuentra dividida en dos grandes posturas. Una de ellas concibe al RD, como un deterioro en el funcionamiento o bien como un desarrollo incompleto, ejemplo de esta posición es la de Camerón y Margaret (1951), quienes definen el (RD) como un comportamiento que es más apropiado para niveles más tempranos de la vida. La segunda postura sugiere que, el retardo no es sino una historia de reforzamientos inadecuados o limitados. (Bijou, 1980). Así pues, tenemos que estas teorías psicológicas que de una y otra forma se avocan al estudio del (RD), coinciden en que este es una especie de "frenado" en el desarrollo como lo expresa Galindo (1984), lo que implica una imposibilidad de pasar a estados y/o estructuras más complejas o bien la conformación de repertorios conductuales que no son concordantes con la edad cronológica del sujeto. Estas definiciones presentan una serie de deficiencias y contradicciones que implican serios problemas en el momento en que se pretende estructurar metodologías aplicadas afines a dichos supuestos, de ahí la necesidad de buscar una concepción diferente del fenómeno del (RD).

En cuanto a la etiología del (RD), podemos decir que la mayoría de las posturas teórico-prácticas, se han concentrado en señalar tres grupos de factores que a su consideración, están directamente relacionados con el (RD); un primer grupo corresponde a aquellas tendencias que, consideran como principal causa del (RD) a los factores biológicos, factores que implican la alteración, deformación y/o destrucción de tejidos, órganos y sistemas de la estructura biológica de la persona, ya sea en cuanto a situaciones de carácter hereditario o por daños y lesiones en la ontogenia, tanto a nivel químico como a nivel físico.

Respecto a los factores de carácter hereditario, existen entre otros las alteraciones cromosómicas en autosomas, relacionadas por ejemplo, con el síndrome de Down y el de Cri de Chat; En los cromosomas sexuales, los relacionados con el síndrome de Turner y el de Klinefelter, así como en el metabolismo de carbohidratos, aminoácidos y lípidos, relacionados con la Galactosemia, Hipoglusemia, Fenilcetonuria, Torosinosis, enfermedad de Gaucher, Lipidemia y otras más. En cuanto a las lesiones por factores físicos, son considerados los traumatismos como fracturas, hemorragias y maniobras obstétricas, como es la utilización inadecuada de forceps, además de una gran lista que comprende factores bioquímicos como anestésicos, infecciones peri y pos-natales, deficiencias alimenticias y tóxicas, por uso de medicamentos o fármacos (Domínguez, 1983).,1983).

En un segundo grupo, se encuentran aquellas posturas que opinan que las principales causas del (RD), son los factores "externos" o bien los factores sociales: como es la privación social y física y/o inadecuados programas de estimulación. En el tercer grupo, están las posturas que afirman que no son ni una, ni otra la causa, sino más bien, una combinación de ambos factores lo que determina el tipo y grado de (RD) (Dominguez Op. Cit.).

Como resultado de la concepción teórica-metodológica mencionada y en base a esta etiología, en la mayoría de los Centros de Educación Especial en Estado de México, se observa básicamente dos criterios de evaluación del problema; El primero se refiere a la exploración de los posibles deterioros biológicos que el sujeto haya sufrido, ya sea a nivel anatómico: Como pérdida total o parcial de algún miembro o bien daño de alguno de los sistemas (sistema visomotor o auditivo) o a nivel neurológico: daño en alguna estructura del Sistema Nervioso Central o Periférico, lo que supondría un deterioro, degeneración o deficiencia en el desarrollo y ejecución de conductas en el sujeto.

El segundo criterio, es una valoración del nivel de habilidades cognitivo-motrices que forman el repertorio conductual de la persona, con lo cual se supone, se obtendrán datos sobre la "calidad" y "cantidad" de habilidades de interacción que el sujeto posee y que se pretenden obtener a través de una serie de instrumentos como son el A.B.A.C.U.S.,

el P.A.C. (Evaluación Sociopersonal) y la evaluación por áreas del Centro de Intervención Temprana y Preescolar Especial S.E.P., entre otros. Aplicados en la Clínica Universitaria de la Salud Integral (C.U.S.I) de la U.N.A.M. y en los institutos que manejan los proyectos de Educación Especial de la S.E.P. en el Estado de México. (1).

Además de estas evaluaciones, existe una extensa serie de Test psicométricos que han sido "estandarizados" para uso en nuestra población" y que son aplicados a los infantes en los centros y dependencias públicas y particulares, pretendiendo con dichos instrumentos, establecer "el grado de inteligencia", maduración y razonamiento del infante, respecto a su edad cronológica, para así determinar si existe algún "retraso" en estas capacidades, con relación al criterio establecido como normal (Anastasi, 1976).

Ambos criterios (deterioro biológico y nivel de habilidades), pretenden determinar el punto donde habrá de empezar el trabajo de "reeducación o rehabilitación", como si se pretendiera buscar el punto donde "se detuvo el desarrollo del sujeto" o bien el grado hasta donde le fué posible "avanzar". Asimismo, se pretende buscar la base que determinará la estructuración del programa de atención y lógicamente las técnicas y criterios que dicho programa ha de contener (Ribes, 1986).

Finalmente, al analizar cual parece ser el objetivo principal de los Centros de E.E. encontramos que los programas están dirigidos al desarrollo o aprendizaje de habilidades que reduzcan (lo más posible), la dependencia que el individuo tiene para con su familia y grupo social, lo cual se busca a través del adiestramiento en respuestas "sociales aceptables" y de actividades que supuestamente pueden ser remuneradas, con lo que dichos centros, se convierten en una especie de instituciones de adiestramiento y adaptación social.

El objetivo y criterios a cumplir, están determinados por programas de hace casi 10 años (2), en la mayoría de los casos y que desde entonces, ha recibido poca o ninguna actualización teórica o metodológica. Además de que por lo regular, es solo el especialista y/o su asistente el que participa en el trabajo con los infantes, dejando a la familia fuera del tratamiento directo y de gran parte del programa, olvidando que el infante se desarrolla en interacción con esta.

De acuerdo con lo antes mencionado, consideramos que el concepto que del llamado retardado en el desarrollo se tiene,

(1) Información obtenida de la Dirección No. 32 de Grupos Integrados. Educación Especial, S.E.P. Edo. de Méx.

(2) Manual de Operaciones para Escuelas de E.E. y Grupos Integrados. Última edición 1985. S.E.P. Edo. de Méx.

desde la forma misma que este esta expresado, deviene de una percepción errónea y de los factores que en esta intervienen, lo cual conlleva a una explicación y trato del problema que pierde significación y validez. Por lo tanto, proponemos la posibilidad de hacer un análisis diferente del fenómeno dando una conceptualización distinta, emprendiendo la búsqueda de una metodología de evaluación y tratamiento, con objetivos más acordes a la condición biopsicosocial del individuo.

Para tal efecto, realizaremos, en primer lugar un desglose de los puntos antes expuestos, con la finalidad de establecer una concepción distinta del fenómeno.

En primera instancia, planteamos que es inapropiado de considerar al fenómeno en cuestión como un "frenado" o "retraso" en el desarrollo, de acuerdo a como se maneja en la expresión misma que pretende definir la problemática -Retardo en el Desarrollo-, ya que en el desarrollo no existe un intervalo en que este se detenga debido a que es un proceso continuo que no termina sino con la muerte del organismo (Walton, 1974), asimismo mismo, el desarrollo de habilidades, tanto conductuales como intelectuales y la estructura emocional del sujeto, obedecen a un proceso de orden psicológico, el cual a diferencia del biológico, no tiene un ciclo específico de alcance máximo y degradación, con respecto a la edad cronológica.

Por otra parte y en cuanto a la idea de que el fenómeno llamado (RD), es un estado de imposibilidad para pasar a

conductas más complejas (acordes a una edad cronológica), abrimos dos cuestionamientos:

a). Quizá no es que no sea posible, sino que puede ser que no sea deseado el aprendizaje

b). Las conductas que el infante categorizado como (RD) expresa, ¿no fueron "aprendidas" bajo las mismas leyes generales del aprendizaje?

Si esto fue así, podemos hablar de una imposibilidad para aprender o solo de un aprendizaje distinto.

Como tercer aspecto a discernir, en cuanto a la propuesta de que el fenómeno en cuestión, representa una conducta inadecuada, hacemos una nueva reflexión, para establecer la siguiente pregunta:

a). La conducta es inadecuada para quien o en que caso; Para el sujeto o para la sociedad del sujeto.

Si consideramos que la conducta del individuo es funcional a las características y exigencias de su medio, al igual que lo es con los infantes "normales", Ejemplo: Un niño en "condiciones normales", es directa e indirectamente estimulado por sus padres para desarrollar todo tipo de habilidades; Le enseña a hablar, a caminar y a resolver situaciones cada vez más complejas, tanto en relación a sus necesidades básicas (sostener adecuadamente la cuchara, controlar esfínteres, asearse, cuidarse de objetos y materiales que le puedan dañar etc..), como en cuanto a sus necesidades secundarias, las cuales están en relación con su

cultura y clase social (recoger los trastes, limpiar la casa, saludar al vecino, sonreír y participar en reuniones, etc.)

Todo esto, en base a una idea de sentido común de los padres de que el niño "debe y puede" aprender a hacer cualquier cosa, ya que "es capaz" física y mentalmente, además de considerar "consiente o inconscientemente" que ello es necesario para que él "ingrese satisfactoriamente a la sociedad".

En el llamado Retardado en el Desarrollo, solo que a la inversa, debido a la percepción directa de los padres (en los casos en que existe daño físico fácilmente observable) o bien debido a la información dada por algún profesionalista, los padres y el grupo social concebirán al infante como un individuo que "no puede" o "no podran" realizar actividades en forma normal, que les sera imposible "aprender" y desarrollarse al igual que los otros niños debido a su "enfermedad" y/o anormalidad.

Esta postura que puede llevar a los padres a sobreproteger a sus hijos o bien a aislarlos de la sociedad, manteniendo un "rechazo disfrazado" por que el infante no cumplió con sus expectativas de padres y guiados por sentimientos de compasión y/o frustración, provocaran que el padre no demande que el infante realice tareas en cantidad ni complejidad semejante que en los casos de los niños "normales", asimismo mismo no estimularon el "aprendizaje" a

satisfacer por sí mismo sus necesidades y con ello no ayudara a la ejercitación en el manejo del medio.

Consideramos, que existe una gran probabilidad de que el infante reciba un trato con estas características, le sera más fácil y cómodo desarrollar habilidades como: dejarse atender por sus padres, permitir que le den de comer, lo carguen y lo trasladen de un lugar a otro, no enfrentar conductas complejas y efectuar el mínimo esfuerzo posible, para obtener sus satisfactores. Así entonces, es posible que dicho sujeto adquiera habilidades y "aprenda" a comportarse incapáz y deficiente (en comparación con los niños normales), es decir se conformara en un retardado; tal como su núcleo social le ha permitido ser, en función de lo que esperaba de él.

El llamado retardado, es un sujeto como otros que han conformado y desarrollado una estructura cognitiva y conductual, acorde a sus necesidades y no acorde a sus capacidades (habilidades en potencia, no desarrolladas), es decir, un sujeto que posee un repertorio conductual "adquirido" a lo largo de su vida, a través de las mismas leyes de aprendizaje que determinaron la conducta de cualquier otra persona, pero con la diferencia que en el caso primero, el repertorio consta de conductas y respuestas socialmente calificadas como de inutilidad, dependencias y no intención al cambio, (conductas retardadas, atípicas, deficientes, etc.).

No solo es en este nivel, en el cual el infante se desarrolla y se conforma como individuo, ya que es impreciso pensar que un niño es solo respuesta gruesa y fina, social y física. No debemos caer en el error de considerar la problemática que estos infantes viven, solo como una cuestión de inteligencia, de aprendizaje o bien de capacidad de acción sobre el medio. -Retomando el planteamiento expuesto en la página No. 5, nos preguntamos, si el infante consibe la intención de cambiar su estado, si se "da cuenta" -como dirían los gestaltistas, de la situación en la que está inmerso, si tiene capacidad de autoanálisis, si ha desarrollado alguna concepción de si mismo y del mundo que lo rodea, cuales son las características de su estructura emocional, si existe una diferencia substancial con la de las personas "normales", si sus emociones, razones y pensamientos presentan algún patrón y principalmente, si todo esto tiene alguna relación con la posibilidad de que él pueda o no cambiar como lo determina el programa que para su atención se ha desarrollado. Factores que regularmente no se han considerado, pues se supone que lo que ha de hacerse para resolver el problema, es enseñarle lo que no ha podido aprender, suplir de alguna forma sus deficiencias biológicas y conductuales y tratar de que adquiera lo más posible una apariencia "normal".

Olvidando que estos sujetos, al igual que cualquier otro, desde sus primeros días de nacido y a través de su

vida, ha desarrollado entre otras cosas, una estructura que le permite por una parte, organizar y manipular los elementos necesarios para enfrentar y resolver una situación problemática dada, sea ésta del carácter que fuere y que ha desarrollado también, una estructura emocional que le permite establecer sus relaciones afectivas, sus "lazos sentimentales", su identificación con el núcleo social y consigo mismo, estructura que en el trabajo llamaremos Estructura Subjetiva.

Además de que éstas estructuras están en íntima relación con las características del medio en que el individuo se desarrolla, características que suponemos (por lo antes expuesto), deben ser diferentes a las de los sujetos "normales". Estas estructuras, son la esencia humana, base del comportamiento cognitivo-conductual y subjetivo del hombre como individuo y como miembro de un grupo, siendo precisamente éstas estructuras cognitiva, conductual y subjetiva, así como los factores que están en relación directa con su proceso de conformación desarrollo y mantenimiento, lo que explícitamente debiera comprender el área de trabajo del psicólogo, dejando el trabajo de adiestramiento y ejercitación para los terapeutas y paraprofesionales.

Con base en esto, es que planteamos que el problema de los infantes categorizados como retardados, no puede ser simplemente definido como una situación de "frenado" y

dedicar la atención a un plan de adaptación y adiestramiento de respuestas como se ha venido realizando, es preciso considerar la conformación de una estructura cognitiva, conductual y subjetiva, distinta a la de otros niños y por tanto atender el problema desde esta perspectiva. Para tal efecto consideramos necesario en primer lugar, conocer cuales son las distintas explicaciones que se han dado acerca de como es que se desarrolla la estructura psíquica que permite la interacción y manipulación del medio físico y social, tanto a nivel práctico, como a nivel abstracto.

Del mismo modo debemos conocer las explicaciones que se dan en torno a la conformación de la estructura que permite la existencia de lazos afectivos, sentimientos, emociones, conciencia de si mismo y de los demás, pero sobre todo la relación que existe entre ambas estructuras (conductual, cognitiva y subjetiva) y de éstas con la "conducta manifiesta" de la persona.

En segundo lugar, será preciso investigar cuales son las características de la estructura cognitiva, conductual y subjetiva de los llamados retardados en el desarrollo, comparar los factores que intervienen en su desarrollo y mantenimiento, con los de los niños "normales" o no retardados. Para tal efecto, es necesario por una parte; realizar una minuciosa revisión de las propuestas teóricas del desarrollo humano y por otra, realizar una investigación directa de los factores que han intervenido y que intervienen

en la conformación, desarrollo y mantenimiento de la estructura cognitiva, conductual y subjetiva de los llamados retardados en el desarrollo o personas con estructura cognitiva y subjetiva diferente; tarea que entraña necesariamente la valoración y el análisis directo de las características de interacción física y social de los sujetos que han sido y son categorizados como retardados en el desarrollo, las características cognitivas y subjetivas del núcleo familiar en el cual se desarrollaran.

Si es posible identificar los elementos que caracterizan las estructuras de los sujetos "normales" (no distintos), la probabilidad de que dichos factores sean controlados y manipulados, será mayor y con esto la oportunidad de la prevención y/o atención seguramente aumentará.

Por tal razón pretendemos en primer término, mostrar mediante un análisis teórico que los llamados retardados en el desarrollo, son sujetos con una estructura cognitiva, conductual y subjetiva "diferente" que responde funcionalmente a las características de su medio social y físico, de igual forma a como sucede en el caso de los niños "normales". En segundo lugar trataremos de evidenciar la existencia de elementos (comunes) en las características de interacción física y social de los niños categorizados como retardados en el desarrollo.

En tercer lugar exponer que existe una posibilidad de alteración y reestructuración general de estos infantes,

mediante el trabajo clínico y educativo con dichos individuos y con su grupo social primario simultáneamente.

Por ello, en la presente tesis se realiza en primer término un análisis teórico del desarrollo "general" del individuo, así como de los elementos que intervienen desde una postura ecléctica que permita aproximarnos a la estructura humana general, "recuperando" su condición "integral" como biológico-psicosocial, haciendo uso de las posturas que han sido dirigidas a su estudio, pero que solo enfocan un aspecto del desarrollo de la persona, valorando la importancia y/o consecuencia de la interacción de "los distintos" niveles de desarrollo humano.

1. TIPOS DE ESTRUCTURA.

Una acción cualquiera, cognitiva, fisiológica, motora, verbal, expresada voluntariamente o involuntariamente y consciente o inconscientemente, por un sujeto cualquiera, no definen en si al sujeto y tampoco existe independiente de la totalidad de la estructura general del mismo, todas y cada una de las conductas, expresadas por un sujeto son características de su estructura humana y comprenden de la integración e interacción (no suma) de complejas subestructuras que incluyen la estructura biológica y la estructura psicológica (la cual dividiremos en: Estructura conductual, estructura cognitiva y estructura subjetiva, con fines de tratamiento y análisis), mismas que a su vez están conformadas por un sin fin de elementos y procesos internos (es decir, propios del equipo biológico) y externos (ajenos al equipo biológico).

1.1. Estructura física.

Para entender el porqué de una conducta, es preciso conocer la estructura a la cual corresponde, los elementos y los procesos que la conforman, así como las características de éstos. Dicho conocimiento, nos posibilitaría entender el porqué de las conductas de un individuo que ha sido categorizado como retrasado mental o con retardo en el

desarrollo y más aún nos permitiría entender la relación que existe entre los elementos y procesos que conforman una y otra forma de comportamiento.

Desde el momento en que el ser humano nace, posee una estructura biológica que le permite entrar en contacto con el medio que lo rodea, percibir e interactuar con estímulos físicos (objetos, elementos del medio ambiente y los aspectos dimensionales de ellos, etc.) y sociales (como gestos, palabras y acciones de las personas que lo rodean), asimismo, puede mantener en equilibrio dicha estructura; Las características anatómico-funcionales del equipo biológico de una especie en general y la de un individuo particular que son la base de la posibilidad de entrar en contacto con el medio ambiente.

El aspecto más visible de toda especie es su morfología músculo esquelética, ésta parte del equipo, representa en potencia la capacidad de movimiento, manipulación, desplazamiento y operación concreta sobre el medio , la variedad y complejidad de movimientos finos y gruesos, se vera afectada directamente por las características musculares esqueléticas del individuo (el hombre por ejemplo a diferencia de otras especies, puede manipular herramientas con la seguridad que proporciona la posición del dedo pulgar), a nuestro modo de ver, éste sistema es un factor primordial en las diferencias entre especies e igualmente entre individuos de la misma especie, así entonces, quien

"posea" una anatomía músculo-esquelética común potencialmente funcional, desarrollará movimientos diferentes a los que ejecutara quienes observan una anatomía que no corresponde a la normal (carencia o lesión de un miembro) o bien que potencialmente no posee funcionalidad (parálisis parcial o total, fracturas, heridas, etc.), existiendo en ambos casos la posibilidad de desarrollar distintos grados de complejidad de movimiento y a la vez la posibilidad de desarrollar en ambos casos movimientos cada vez más complejos, de acuerdo a las posibilidades de cada uno (un sujeto "no normal", puede desarrollar las habilidades de juego de basquet ball, aun que no lo haga con las mismas características que un individuo que no presenta daño o alteración alguna, lo que implica que ambas personas podrán realizar en un momento dado una actividad similar, aún cuando no sea del mismo modo. (Vigotsky, 1973).

Otra parte de la estructura biológica de todo individuo, es el conjunto de sistemas que permiten y controlan la actividad fisiológica -(funciones orgánicas), como es el sistema respiratorio, digestivo, reproductor, homeostático y nervioso, los cuales permiten fundamentalmente que el organismo adquiera, procese y difunda los nutrientes y estimulantes en todo el cuerpo, en cantidad, frecuencia e intensidad adecuadas para subsistir, provocando reacciones en cadena a través de las cuales, se oxigena, se nutre, se hidrata, se nivela la temperatura y se desechan las toxinas,

permitiendo así un equilibrio entre necesidades y satisfactores. (Cascajarez, 1973).

Dentro de estos sistemas, encontramos lo que sin duda representa un elemento esencial para la conformación del hombre como tal, éste es el sistema nervioso (S.N.), el cual está constituido por un conjunto de órganos, cuyas funciones son la vida de relación (1), y el control automático del funcionamiento orgánico. (Luria, 1970).

El Sistema Nervioso, se divide anatómicamente en Sistema Nervioso Central (S.N.C.) y sistema Nervioso Periférico (S.N.P.), el (SNC), comprende como órganos principales: Al cerebro, protuberancia anular, bulbo raquídeo, tálamo, hipotálamo, hipófisis y médula espinal. El cerebro está dividido por la cisura interhemisférica, en dos hemisferios cerebrales, uno derecho y el otro izquierdo, encontrándose en cada hemisferio otra cisura menos profundas que ésta primera

(1). El autor maneja el término de vida de relación, en el sentido de que es a través del sistema nervioso que los estímulos del mundo "exterior" (sonoros, luminosos, táctiles, olfativos y gustativos), son recibidos y procesados, provocando una respuesta del organismo.

La superficie cerebral, se divide en varias partes llamadas lóbulos: Dos lóbulos frontales, por delante de la cisura de Rolando, dos lóbulos occipitales localizados atrás

de las cisuras perpendiculares y dos lóbulos parietales, localizados por detrás del lóbulo frontal. ver figura No.1.

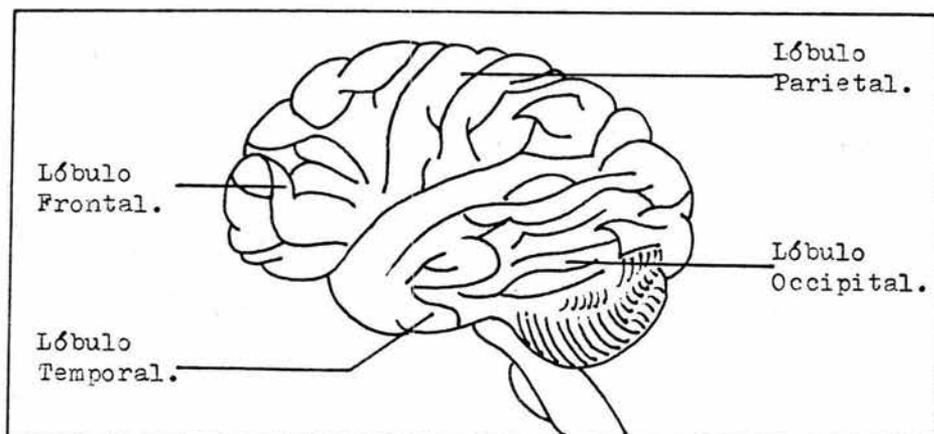


Figura No.1. Hemisferio cerebral visto por su cara externa

Se llama corteza cerebral a toda la superficie externa del cerebro y se ha dividido en zonas correlacionadas con determinadas funciones; Por ejemplo, por delante de la cisura de Rolando, esta la zona motora, en la que se localizan (de arriba a bajo), los centros motores de los miembros inferiores, del abdomen, el tórax, los brazos, los antebrazos, la cabeza, los labios y los dedos pulgares. En dicha área de la corteza, se generan los impulsos nerviosos de tipo motor.

Por detrás de la cisura de Rolando, se encuentra localizada la zona sensitiva, en ésta zona se registran las sensaciones que "se recogen" del medio "externo, relacionadas

con el tacto, dolor temperatura y presión. En la parte media y central del encéfalo, se encuentran los núcleos del tálamo y del hipotálamo, estructuras sitiadas por debajo del cuerpo caloso, allí se encuentran los centros neuronales de las vías nerviosas, encargadas de las múltiples funciones autónomas (no reguladas por la voluntad), como es el hambre el sueño y secreciones externas.

Por debajo del hipotálamo, se encuentra la glándula llamada hipófisis que es la que normalmente regula la función de las otras glándulas de secreción interna. El hipotálamo y la hipófisis están en íntima relación funcional, de tal forma que de esta relación es posible el enlace neuronal con lo hormonal (Thompson, 1980).

El mesencéfalo o cerebro medio, está localizado en la parte posterior de la base del cráneo, por debajo de los hemisferios cerebrales, consta de dos columnas o pilares denominados pedúnculos, están formados por fibras nerviosas que van del cerebro al cerebelo y del cerebelo a la protuberancia. Aparte de los pedúnculos cerebrales, el cerebro medio tiene en su cara inferior, cuatro eminencias ovoideas que son los tubérculos cuadrigémios, los cuales intervienen en la coordinación de los estímulos motores y en la percepción acústica auditiva. Otra de las estructuras importantes del encéfalo es el cerebelo, este ocupa la parte posterior y baja de la cavidad craneana, ver figura No.2.

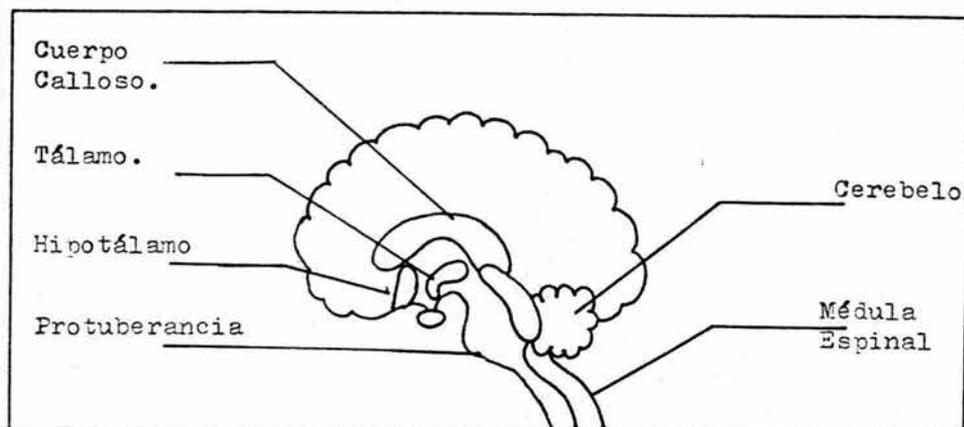


Figura No.2. Cerebro, vista interna corte sagital.

El cerebelo recibe las sensaciones de los conductos semicirculares del oído, de las estructuras profundas del organismo y de la corteza cerebral, el cerebelo manda impulsos de coordinación a los músculos y ayuda a realizar los movimientos finos voluntarios, asimismo interviene en la postura del cuerpo en el espacio.

La protuberancia o puente de Varolio, se encuentra por delante del cerebelo, entre el mesencéfalo y el bulbo raquídeo, las funciones de esta parte del sistema nervioso, están en relación con los nervios que recogen la sensibilidad de la cara y del oído y controlan algunos movimientos del globo ocular (Thompson, Op.cit.).

La parte más baja del sistema nervioso es la médula espinal, esta dividida en tres pares de cordones que se encuentran a su vez divididos en fascículos. Cada cordón

anterior tiene los siguientes fascículos: El llamado haz piramidal directo, el que lleva fibras espino-talámicas, los haces vestibulo-espinales y los haces ligo-espinales. Cada cordón posterior está constituido por dos fascículos; Uno llamado fascículo de Goll y el otros fascículo de Burdach, los cilindros del fascículo de Goll son ascendentes y llevan la sensibilidad a los nervios periféricos, hasta la zona cerebral, los cilindros del fascículo de Bardach, también son ascendentes y llevan la sensibilidad profunda de los huesos, articulaciones y músculos.

Los cordones laterales tienen varios fascículos, en la parte posterior externa de cada uno de ellos, está el fascículo espino-cerebeloso posterior que lleva cilindros cuyo origen se encuentra en las astas posteriores de la médula, ascienden hasta el bulbo y llegan al cerebelo, llevando sensibilidad profunda e interviniendo en los movimientos del cuerpo y en el equilibrio; Por ejemplo, el caminar, el correr, etc. Por delante de los fascículos espino-cerebelosos, se encuentran los haces o fascículos de Gowers, el haz conduce cilindros de la vía motora a los músculos. En el interior de cada fascículo espino-cerebeloso, se encuentran el haz piramidal cruzado, éste lleva cilindros procedentes de la corteza motora que se encuentran en el bulbo raquídeo, para después formar los nervios motores que salen de la médula por los surcos

colaterales anteriores y que controlan los movimientos gruesos y finos.

Es posible suponer que si alguno de los centros que conforman el sistema nervioso, presenta un daño o malformación genética que altere su actividad, esto alterará directamente o indirectamente las funciones corporales con las que se relaciona dicho centro, provocando que la recepción procesamiento y/o canalización de un estímulo o bien la coordinación, ejecución y/o suspensión de un movimiento, etc. fuesen afectados (suspendidos o modificados), observándose en el sujeto una alteración en sus capacidades ordinarias o anormales y por tanto una diferenciación en su expresión y en sus características de interacción. (Luria, 1970)

Empero, la estructura neuronal, es solo base de un conjunto complejo de funciones cerebrales que se encuentra organizado a través de procesos complejos y el hecho de que se relacionen centros cerebrales con una actividad específica, no significa que dicho centro tenga "el control" total de determinada actividad, sea ésta voluntaria o involuntaria, ya que cualquier actividad corresponde a la organización integral (con una parte predominante) del cerebro. Por ejemplo, solía creerse que la operación de la escritura, era controlada por solo un centro cerebral llamado Exher, sin embargo, en la actualidad se han efectuado investigaciones que demuestran lo errado de ésta idea (Luria,

1970), pues en realidad en la operación de la escritura esta implicada una gran parte del hemisferio izquierdo y por tanto se deben considerar los efectos que sobre la escritura tienen las estructuras de toda esta región: Por una parte, se tiene que el reconocimiento de una palabra escrita o hablada, depende entre otras cosas de la percepción de muy ligeras diferencias entre los fonemas y/o grafemas (indicaciones acústicas o gráficas) y para tal efecto existe un centro cerebral que "se encarga" de hacer un ágil análisis de estas diferencias y se halla localizado en zonas secundarias del lóbulo temporal izquierdo. Por otra parte, tenemos que la articulación de los sonidos que ayuda a clasificar la estructura acústica de la palabra, tiene relación con una área separada del cortex cerebral en la región central del hemisferio izquierdo, la cual no solo coordina la articulación de los sonidos del lenguaje sino que además avalúa el sonido y efectúa el reconocimiento de la palabra.

Existe también un centro cerebral que responde del cifrado de las unidades del sonido (fonemas en grafías), este paso pone en juego otra parte del cortex cerebral, en la zona visual y espacial (lóbulo occipital y parietal).

Además de estos centros existe todo un sistema de zonas que participan en la conformación de movimientos que como en la escritura, son voluntarios; Por ejemplo, el sistema organizador de señales aferentes (sensoriales), ya que en cada momento de un movimiento, el cerebro debe recibir

retroalimentación de los músculos y articulaciones para proseguir el movimiento total, esta vasesensorial de las señales de Feed Back (retroalimentación), la proporciona el cortex sensorial poscentral. Un segundo componente es el campo espacial que permite evaluar las relaciones espaciales y diferenciar la izquierda de la derecha -lateralidad). El tercer componente es el de cambios secuenciales, refiere la conbinación cinética de distintos eslabones de movimientos que terminan y empiesan. por ultimo, el cuarto componente es el de programación e intención que permite que todo movimiento esté subordinado a una intención, evitando la presentación arbitraria y descontrolada de movimientos, localizada en los lóbulos frontales (Luria, op. cit.).

Cada proceso de comportamiento humano, es un sistema funcional complejo, basado en un programa de operaciones que conduce a un fin determinado, tal sistema es autoregulador: El cerebro "juzga" el resultado de cada acción en relación con el plan básico, éste mecanismo es igualmente aplicable a las formas de comportamiento elemental involuntario tales como respirar, tragar, etc. como en las voluntarias como es leer, escribir, tomar decisiones y resolver problemas (Luria, Op. cit.).

Desde esta postura, el cerebro humano, puede considerarse constituido por tres bloques principales (según Luria, Op. cit.), que incorporan las funciones básicas (figura No. 3). El primer bloque regula el nivel de la

energía y el tono del cortex, proveyéndolo de una base estable para la organización de sus procesos; Este primer bloque se localiza en las partes superiores e inferiores del tronco encefálico y particularmente en la formación reticular que controla el estado de vigilia. Si se produce algún daño en alguna parte de este primer bloque, se da un marcado deterioro en el estado de vigilia y los componentes de la memoria se desorganizan.

El segundo bloque del cerebro, se relaciona con la organización del comportamiento; se localiza en las partes traseras del cortex y juega un papel decisivo en el análisis, codificación y almacenamiento de la información. En este bloque podemos identificar áreas que son respectivamente responsables del análisis de los estímulos ópticos, acústicos y cinestésicos, los desperfectos en las partes del segundo bloque, producen efectos mucho más específicos que los de las lesiones del primer bloque.

Una lesión en una zona primaria (que distribuye y registra la información sensorial) del segundo bloque, tiene por resultado un defecto sensorial (en la vista o el oído).

Una lesión en una zona secundaria (que organiza la información y la codifica), produce trastornos mucho más complicados; interfiere con el análisis de los estímulos sensoriales que la zona recibe, asimismo, la función codificadora queda deteriorada.

Una lesión en una zona terciaria (donde los datos procedentes de las diferentes fuentes se superponen y cambian, para constituir la base de la organización de la conducta), puede causar trastornos tan complejos como la desorientación visual en el espacio. Cualquiera de estas lesiones pueden hacer que una persona sea incapaz de realizar operaciones complicadas tales como tocar un instrumento, participar de un deporte, bailar o andar en bicicleta, etc.

El tercer bloque comprende los lóbulos frontales, esta implicado en la formación de intenciones y programas de conducta intimamente conectados con el tronco encefálico, estos lóbulos sirven primeramente, para activar al cerebro, regulando la atención y la concentración (Luria, op. cit.).

Está claro que toda forma compleja de conducta depende de la operación conjunta de varias estructuras localizadas en diferentes zonas del cerebro, como ya hemos señalado (ver pág.) y un trastorno de cualquier facultad, afectará a la conducta en su conjunto (Stvetkova, 1977); igualmente cada fallo de un factor específico es de presumir que cambiará la conducta de un modo diferente.

La estructura biológica entonces, representa la base de la estructura psíquica humana y el desarrollo de esta y la conformación y funcionalidad de los procesos biológicos que para tal desarrollo se requieren, depende de elementos tanto internos (constitución biológica, características del equipo, sustancias y factores bioquímicos), como externos (clima,

movimiento, luz, sonido, humedad, cultura, etc.) dichos elementos se encuentran en íntima relación con la conducta humana.

Sin embargo la estructura humana no se reduce a una estructura biológica, aún cuando ésta represente la base, ya que la "esencia" del hombre va más allá de su actividad biológica propiamente dicha (siendo precisamente lo que lo

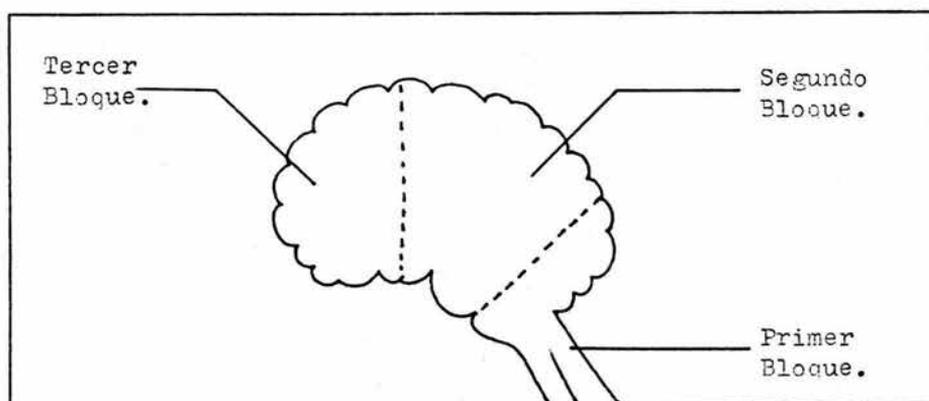


Figura No. 3. Bloques funcionales.

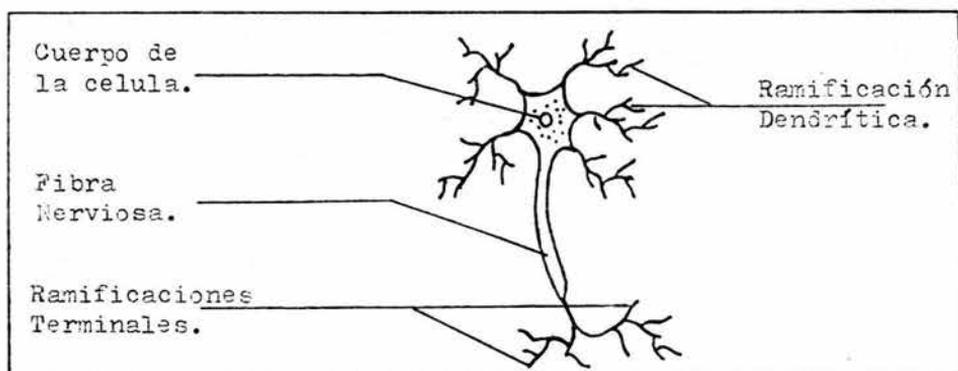
diferencia de otras especies), lo que hace posible que su comportamiento y su conducta, en ocasiones vaya en contra de lo que naturalmente se esperaría (ejem. heroísmo, suicidio, etc.). Asimismo tenemos que una cosa es la posibilidad y/o capacidad para desarrollar una conducta, por simple o compleja que esta sea y otra muy diferente es la conducta en sí, las características que esta tiene, la habilidad, frecuencia, organización, planeación e integración de movimientos elaborados para un fin específico. Esto último

corresponde a una estructura que va más allá de la actividad biológica propiamente dicha y que en conjunto conforman la estructura conductual de la persona.

1.2. ESTRUCTURA CONDUCTUAL.

En este contexto, entendemos por conducta, todo aquel movimiento y/o conjunto de movimientos coordinados y/o incoordinados, voluntarios y/o involuntarios, conscientes y/o inconscientes que efectúa un individuo, al interactuar con su entorno.

La conducta es un proceso que incluye al individuo, a su media y a su interacción, ya que al relacionarse el organismo con el medio "exterior", se trasmite información de los órganos de los sentidos al sistema nervioso central, integrado por una red de pequeñísimas unidades microscópicas llamadas neuronas, cada una de las cuales esta formada por prolongaciones "arborizadas" que parten de ellas (dendritas) y un filamento nervioso o cilindroeje. (Ver Fig. No. 5.).



La célula nerviosa (neurona) recibe las excitaciones procedentes de los órganos sensoriales o de otras células nerviosas a través de sus dendritas o directamente en el

cuerpo celular, la excitación que llega a las dendritas, se trasmite al cuerpo celular, donde se procesa y entra en nuevas combinaciones de impulsos nerviosos, retransmitiéndose después desde el cuerpo celular, a través del cilindroje a otra neurona o directamente a los órganos efectores (Luria, op. cit.).

El sistema nervioso está constituido, por complicadas series o redes de neuronas, estas redes de neuronas transmiten la excitación entre sí, produciéndose desde conductas muy simples conocidas como arco reflejo (por ejemplo: el rotuliano). Cuanto mayor sea el número de arcos reflejos en que se diversifica el sistema nervioso central, tanto mayor será el número de las vías nerviosas que se abren en él para transmitir la excitación. (Lurias, op. cit.).

Toda reacción de arco reflejo depende de la acción mutua de dos procesos nerviosos fundamentales que integran toda actividad nerviosa, éstos son; excitación e inhibición.

La excitación de los centros nerviosos provoca cierta actividad del organismo; por el contrario la inhibición de los centros nerviosos se manifiesta en una subordinación coordinada; es una quietud activa. En todos los actos reflejos intervienen siempre la excitación y la inhibición, por ejemplo en flexión refleja de una extremidad, al mismo tiempo que se contraen los músculos flexores, se relajan los extensores, hay por tanto una relación antagónica o como suele llamarse relaciones inducidas y gracias a ellas

pueden efectuarse coordinadamente los movimientos del organismo que exigen una acción coordinada de los músculos.

Ahora bien, todos los reflejos se dividen en dos grandes grupos: los incondicionados y los condicionados; los reflejos incondicionados o innatos (constituyen parte del equipo biológico del organismo, desde antes de su nacimiento), son más o menos invariables, ya que tales reflejos aparecen como respuesta a estímulos relativamente poco numerosos y por lo común tienen un carácter generalizado por ejemplo, ante un estímulo punitivo, una quemadura, punción presión, etc., la respuesta refleja innata es la de escape (ya sea separando el miembro afectado o alejarse completamente del estímulo), sin embargo, el ser humano "necesita" (en ocasiones), permanecer cerca del estímulo (digamos fuego) ya sea para proporcionarse calor, para cocer sus alimentos o para fundir metales. Esto representa actividades variables correspondientes a las características de la dinámica de su medio social, a las cuales no podría responder satisfactoriamente con tan solo su conducta innata de escape o evitación.

Con la ayuda de estos reflejos, únicamente se efectúa una adaptación relativamente simple, pero las condiciones variables de la vida del individuo (tiempos y espacios para actividades distintas, ritmos y frecuencias de actividades distintos, objetivos "primarios" y "secundarios" de interacción social), exigen otras formas de respuesta menos regular (es decir tiene que adaptarse satisfactoriamente a la

situación, la cual claro está, presentará un sin fin de características variantes, de acuerdo a los parámetros antes mencionados) y que cambie de acuerdo con las modificaciones del medio.

Los reflejos condicionados, son formas nuevas y cambiantes de reacción que se forman a través del curso de la vida del organismo, precisamente en función de la interacción con las condiciones variables de ésta. Dependiendo de las experiencias del sujeto con su medio, éste desarrollara nuevas formas de interacción (habilidades).

Cuando se forman los estímulos condicionados (de acuerdo al modelo de Pavlov (1951), un estímulo que antes era "indiferente", se transforma en "señal" de otro estímulo que tiene para el organismo un significado vital directo (señal de alimento, señal de un agente que pueda causar lesión). La organización de reflejos condicionados, supone la formación, en el cerebro, de nuevas conexiones temporales que antes no existían, es decir cuando el individuo se conforma como tal (biológicamente hablando), no existe en su sistema nervioso o bien en su estructura innata, la respuesta de usar como soporte un recipiente, ni la operación mecánica de dirigirlo a la boca y beber lo que éste contiene. Este conjunto de movimientos que forman una conducta compleja se desarrolla a lo largo de la vida del individuo (acorde a sus capacidades y exigencias del medio al que pertenece).

Durante el proceso de conformación de los reflejos condicionados, existe actividad del sistema nervioso y del sistema músculo-esquelético que posibilita entre otras cosas la discriminación y generalización de señales de objetos y de características de éstos; la coordinación, equilibrio, fuerza y flexibilidad que permiten no solo una contracción muscular, sino la contracción específica y la exacta coordinación de contracciones que posibilitan movimientos finos como sujetar un objeto (el chupón, la mamila, un vaso, un caramelo, manipular un juguete, etc.), manipularlo (llevarlo a la boca, girar una perilla, jalar un cordón, vestirse, etc.) o bien movimientos gruesos (girar en el suelo, desplazarse y desplazar un objeto, etc.). Actividades que de acuerdo a las características de la dinámica del núcleo social (familia), serán requeridas para que ésta estimule y proporcione satisfactores tanto primarios (alimentación, temperatura, sueño, etc.), como secundarios (comodidad, caricias, golosinas, etc.).

Por ejemplo, será necesario que el infante aprenda a utilizar un vaso, un plato y una cuchara, no solo para que pueda obtener el alimento que le proporcionará los nutrientes "necesarios", sino para que reciba la aprobación social por parte de la familia, de la misma forma que tendrá que desarrollar paulatinamente coordinación visomotora y cinética cada vez más fina que le permita la utilización hábil de herramientas (utensilios para comer), ajustando y

modulando la frecuencia, la intensidad y características de tiempo y espacio acordes.

En este proceso, el individuo observa maduraciones importantes (1), tanto a nivel músculo-esquelético como a nivel neuronal, ya que la actividad se torna cada vez más compleja, de la misma forma en que se hacen más complejas las demandas y los criterios del medio físico y social.

Ningún individuo enfrenta las mismas necesidades de conducta a través de sus distintas etapas de vida; por ejemplo, a los pocos días de nacido está acostado, se le arrulla y se le alimenta cargándolo. A los tantos meses de edad se le enseña a sujetar su mamila, a tomar algún juguete, a incorporarse y a trasladarse por sí solo, en los años siguientes, se le enseñara a caminar, a diferenciar objetos, a distinguir características, a efectuar gestos movimientos de saludo, a dar usos exclusivos a cosas y lugares, etc., bajo condiciones y particularidades de su núcleo familiar, social y cultural, de tal forma que las conductas que el infante desarrolla, están en íntima relación con sus capacidades biológicas, con las características de su dinámica familiar y las de su grupo sociocultural.

(1) Tanto el sistema músculo-esquelético como el sistema cinestésico, alcanzan un nivel de maduración que permite movimientos más ágiles y rápidos, coordinación, fuerza y una capacidad mayor de percepción, discriminación debido a la maduración de los sistemas de los sentidos (Walón, 1974).

La estructura conductual no representa únicamente un repertorio conductual (cantidad y tipo de conducta) acumulado al cual se le puede restar, sumar o modificar elementos, como quien modifica la cantidad de objetos en una caja o bien los datos de una computadora. La estructura conductual (la conformación y mantenimiento de ésta), cualquiera que fuese el individuo en cuestión, corresponde a un proceso de desarrollo paulatino y continuo, integrado al desarrollo general de la persona, la familia y la sociedad y por tanto directamente relacionado con todas y cada una de las experiencias que éste individuo enfrenta.

Así entonces, es que la conducta no puede ser explicada únicamente a través de las características del o de los movimientos involucrados en ellas y por lo tanto, su alteración no obedece a la alteración de los mecanismos que controlan estos movimientos, más aún, la alteración de una conducta, involucra no solo la estructura conductual, sino la alteración del mismo individuo como un todo, incluido su contexto familiar y social.

Más allá de la respuesta autónoma que permite un equilibrio entre las necesidades (tanto de satisfacción como de evitación), existe toda una compleja estructura conductual que está supeditada a objetivos y estrategias de acción, de que se esté consciente o no de ello; objetivos y estrategias que implican la intención del movimiento, la "dirección" de éste y las expectativas de la tarea, así como

las características específicas de un movimiento o conjunto de movimientos. Aspectos que obedecen a una estructura cuyo nivel puede decirse es "más complejo", pero no independiente de la estructura general. Esta es la estructura cognitiva.+

1.3. ESTRUCTURA COGNITIVA.

Las habilidades de un sujeto, para ejecutar una acción sea esta la coordinación de ritmo, la rapidez, fuerza, flexibilidad, frecuencia de movimiento o conjunto de movimientos efectuados en relación a un espacio, tiempo y circunstancias específicas. Implica factores de complejidad que van más allá del movimiento mismo; uno de estos factores, es precisamente, lo que motiva dicha conducta, es decir el objetivo, el fin de ella, el cual regularmente observa a nuestro parecer, dos bases de motivación.

La primera se refiere a la necesidad de satisfactores primarios como son el alimento, la temperatura, la humedad, oxigenación, etc. Elementos necesarios para la supervivencia del organismo.

La segunda base incluye elementos que se han "condicionado" a lo largo de la vida del individuo y generalmente se presentan en relación a las características de la familia y el medio social.

Encontramos en la conducta un elemento que antecede a ésta y ese es el objetivo de la misma. La satisfacción de una necesidad primaria y/o secundaria, entonces, será alcanzada en razón del cumplimiento de criterios que en un medio social, establece, demanda, estimula y provoca de acuerdo a lo que se considera -según su escala de valores- como adecuado, posible, lógico y normal para cada sujeto. Criterios que el individuo "introyectarà" a través de sus experiencias cotidianas. Estableciéndose normas, criterios, conductas y metas por alcanzar, a través de las cuales el individuo recibirá o no, la estimulación y satisfacción, tanto física como social que pretende.

Todo esto, dentro de un marco particular de características físicas, sociales y culturales, de hábitos y actitudes. Por ejemplo, los padres de un infante, no solo consideran la necesidad de alimentarlo, sino que además consideran la cantidad, tipo, frecuencia y forma de alimentación, así como la hora, el lugar y los modos en que

se debe llevar a cabo tal alimentación, determinándose no solo habilidades distintas, sino objetivos y criterios distintos.

El segundo factor de esta estructura cognitiva, comprende las estrategias (planeación, coordinación, secuencia y ejecución propiamente dicha de la operación), la cual se presenta desde la etapa más temprana del desarrollo del individuo, observando continuas modificaciones en su estructura por medio de los diferentes periodos del desarrollo del sujeto, por ejemplo: durante los dieciocho primeros meses de vida del infante a falta de lenguaje y de función semiótica (representación abstracta), se apoya principalmente durante la interacción con el medio en percepciones y movimientos (coordinación senso-motora de las acciones), sin que intervenga la representación o el pensamiento en la acción que permite el alcance de los objetivos del individuo (Piaget, 1969). Asimismo, durante este periodo encontramos que la acción corresponde a la actividad espontánea y total del organismo. Sin embargo ya señalamos (pág.) que el organismo nunca es pasivo. Esto permite una reacción a los estímulos del medio y por otra parte, el medio del infante presenta una constante acción sobre éste, ya que regularmente desde que un individuo se conforma como tal, se verá expuesto a la presencia de infinidad de estímulos físicos y sociales.

Así, desde los primeros momentos de vida, el sujeto afectuará acción sobre el medio y a la vez éste medio efectuará acción sobre él, y como resultado de dicho proceso de interacción, se observará una alteración y modificación de las características de estructura de ambas partes; por ejemplo, el organismo del infante reacciona ante la estimulación a los labios (provocada por el pezón materno), con una conducta rítmica que integra los músculos de la boca, del sistema digestivo y en general de todo el organismo (reflejo de succión); esta reacción permitirá por una parte, obtener los nutrientes necesarios para sobrevivir (satisfacer una necesidad primaria) y por otra parte (con base a la repetición de dicha interacción en el tiempo y a los procesos neuronales correlativos) éstos "ejercicios funcionales", conformarán los primeros reflejos condicionados (en términos Pavlovianos) que permiten y provocan la conformación de los primeros hábitos, sin embargo el objetivo de dicha acción y la acción misma, hasta entonces son independientes de la intención del infante y solo existen como tal (objetivo y acción) en la percepción y consideración del núcleo social del individuo, es decir los adultos quienes consideran y calificarán dichas acciones como muestra de la capacidad e inteligencia del niño a quien además de estimular contingentemente (premiar) por cada ejecución (ya sea dando alimento, o alguna golosina, caricias, arrullo, gestos, frases, etc.) lo enfrentarán paulatinamente (ya sea

consciente o inconscientemente, planeado o por sentido común) a situaciones (problemas) cada vez más complejos, haciendo que sostenga por sí mismo un biberón, colocándolo en diferentes posiciones para que se mueva, moviendo y mostrando objetos y sus características, hablándole exigiéndole que resuelva dicha situación premiándolo cuando lo logra o bien rechazando la conducta (no la estimula, lo corrige, la moldea y modela) cuando ésta no es satisfactoria a las expectativas del núcleo social.

En una etapa posterior, con base a elementos de maduración del sistema nervioso y del sistema músculo-esquelético de experiencias vividas a través de las cuales enfrentó un sin fin de situaciones y experimentó una gran gama de estrategias, el individuo supera el período sensorio-motor (en términos de Piaget), haciéndose capaz de elaborar estrategias nuevas (diferentes a las experimentadas) y no ya solo por tanteo concreto (aplicación directa del cuerpo al medio), sino por combinaciones "interiorizadas" que conformarán una función fundamental para el hombre, que consiste en poder representar algo (un significado cualquiera: un objeto, acontecimiento, esquema, etc.), por medio de un significante diferenciado que solo sirve para esa representación (lenguaje, imagen mental, gesto simbólico, etc.), la cual se conoce como función semiótica (Piaget, op. cit.).

A partir de entonces, el sujeto conoce, manipula y en general interactúa con objetos, características, situaciones y circunstancias que no están presentes o bien que el sujeto no las ha percibido nunca en lo concreto; esto significa entre otras cosas la integración de nuevos elementos de control, ya que la función semiótica pronunciación de un vocablo (por ejemplo: -estás mal, -no sabes, -deja ahí, -quitate, -no pueda, -no debes, etc.) puede motivar los mismos cambios reflejos que se producen por aquello que denominan a manera de un reflejo condicionado (Luria, op. cit.), de tal forma que a través de estas funciones, es posible transmitir la aceptación y/o rechazo del individuo mediante la aceptación y/o rechazo de su conducta, proporcionando así al individuo nuevos elementos para la conformación de estrategias, por ejemplo; el niño dejará de dirigirse a "la caja de galletas" y en su momento dejará de señalarlas para ahora pedir las por su nombre o cambiará el lloriqueo por movimientos de la cabeza para evitar el contacto con un objeto o persona, o verbalmente dirá no quiero, no puedo, no me gusta, lo que significa que por otra parte el sujeto ha desarrollado habilidades que le permiten expresar y representar sus necesidades, sus intereses y sus intenciones, originalmente en directa relación con los objetivos y expectativas del núcleo social, es decir que el sujeto ha aprendido que aquello por lo que se le estimula satisfactoriamente es "bueno" y por lo que no se le estimula

o bien se le estimula aversivamente es "malo" (1), hasta que sus acciones sean dirigidas a hacer lo que le reditua satisfacción propia, así sus propios objetivos.

Lógicamente éstos objetivos y estrategias se modificarán como resultado de la interacción del individuo con su medio, dando como resultado la eliminación y/o mantenimiento determinados objetivos, el aumento en la habilidad y complejidad de determinadas estrategias y la reducción o eliminación de otras tantas, provocando que por una parte, el individuo presente en su dinámica, características comunes de su grupo social pero con particulares de sí mismo, diferenciándolo hasta de su propio hermano, de tal forma que lo que para alguien puede ser atractivo o necesario como base de la aceptación social, por ejemplo: mostrar movimientos ágiles, rápidos y hábiles, ser diestro en un deporte para otra persona puede ser de mínima importancia o hasta aversivo (ya que a lo largo de sus experiencias esto no ha sido requerido para recibir estimulación satisfactoria), o bien cada vez que lo hacia los resultados provocaban fracaso, rechazo social, trabajo excesivo, etc., por lo que las acciones dirigidas a dicho fenómeno serán de poco interés, poco hábiles o bien de evitación o escape (ignorando, llorando, enfadándose, agrediendo o simplemente quedándose inmóvil, pasivo, etc.).

(1) Nietzsche: ver genealogía de la moral.

Esto significa por una parte, que el desarrollo de la estructura cognitiva, no se reduce al aprendizaje de estrategias cada vez más complejas, ya sea mediante una ejecución concreta (del caminar al baile clásico) o mediante la función semiótica (de la diferenciación del biberón, hasta la de un gran físico matemático), sino que además implica la elaboración de objetivos particulares (individuales) y la existencia de una intención y un interés de actuar. De tal forma que la expresión de una persona (cualquiera que esta sea), no solo comprende su conducta, sino el "para que" de ésta (objetivo) y el cómo de ella (características de su estrategia), todo ello en interacción con una subestructura más, la cual representa el significado (el porque) del actuar, del objetivo y de la estrategia y que involucra no solo el interés del sujeto en cuestión, sino intereses ajenos a él, es decir: sociales.

Más allá del nivel donde se encuentra el "para que" del hacer humano (objetivos) y el "como" de ese hacer (estrategias y capacidad biológica), existe en la estructura general de la persona, una subestructura que observa un nivel de conformación cuya complejidad "rebasa" estos parámetros; considerando más que las sensaciones y las reacciones, el "por qué" de éstas, es decir el significado del hacer, lo cual involucra al propio individuo como a los "otros sujetos", la actividad de la propia persona y la actividad de los demás incluyendo además en ésta estructura el manejo de

significados ajenos o supuesto manejo de estos (es decir, el sujeto desarrolla una idea acerca de lo que él cree (como verdad) que su acción y la acción "del otro" significa para este segundo, a tal grado que dicha creencia lo afecta tanto como un significado propio, además de que involucra la percepción ajena, independientemente de ésta. Por ejemplo: un sujeto percibe como verdad que el hecho de que él efectúe una acción (alcanzar una caja que está en lo alto de un mueble) significa algo satisfactorio para el padre, independientemente de que en realidad sea así, ya que esa acción, puede incluso ser desagradable para el papá.

Esto da a la estructura humana un carácter de objetividad distinto (entendiendo por objetivo lo observable), ya que al mismo tiempo tal situación "real", puede ser totalmente contraria a como es percibida, es decir, carácter de toda objetividad, por lo que denominaremos a ésta estructura como subjetiva.

1.4. ESTRUCTURA SUBJETIVA.

Desde antes del nacimiento del individuo y más aún desde antes de su concepción biológica, existe una concepción abstracta de él (una imagen, una idea), en cada uno de sus progenitores, quienes darán al niño (imaginado, preconcebido) un significado y una identidad específica, acorde a las

características más o menos particulares del núcleo familiar del que formará parte.

Más allá del objetivo de reproducción y conservación de la especie, existe generalmente en toda persona de nuestra cultura occidental una estructura que implica entre otras cosas, un conjunto de significados acerca de la procreación, cuidado y educación de un hijo, lo cuales se han desarrollado a través de la vida del individuo en relación a la dinámica de su grupo social, de las características de su núcleo familiar, de sus experiencias personales y de la percepción de éstas, de tal forma que para algunas personas, un hijo puede significar algo muy importante, por ejemplo: la máxima realización como persona, una "extensión de sí mismo", o bien un hecho natural sin más importancia, una satisfacción personal entre otras más, una inevitable carga socioeconómica y emocional, etc., y de acuerdo a tal o cual significado, el individuo (padre) desarrollará expectativas en relación a su futuro (lo que espera que su hijo sea o haga); Atribuciones (1), Codificación de Situaciones (2), y Auto-instrucciones (3), en relación al nacimiento, desarrollo y educación de su hijo, estableciendo metas y criterios más (implícitos) a cumplir.

(1) Procesos a través de los cuales el sujeto explica su mundo. (Valins y Nisbett, 1972).

(2) Codificación de la situación. (Magnusson, 1971).

(3) Lo que un sujeto se dice a sí mismo. (Meichenbaum, 1974--1977. Cautela, 1973; Schwartz y Gottman, 1974).

Esto influirá de forma importante en la actividad que el padre y la madre dirija a su hijo (consciente o inconscientemente), durante su interacción cotidiana, atención, ejercitación, contactos físicos, verbalización, juegos, enseñanza, etc., en relación al cumplimiento o no cumplimiento de las expectativas y de las características de la acción propia del infante. Con lo que el padre identificará a su hijo como inteligente, activo, alegre, enojón, flojo, tonto, no interesado, incapaz, etc. en función de tal correspondencia.

Por otra parte, tenemos que cuando el individuo nace, inmediatamente se va integrando en este medio de significados, de expectativas y de emociones, con el cual, en un principio interactuará más de forma "pasiva", pero sin que esto implique una no participación del sujeto o que la acción solo sea por parte del medio o del núcleo familiar, ya que a pesar de su actitud aparentemente "pasiva", existe igualmente una acción, un efecto del infante hacia el núcleo social alterando y modificando tanto conductas como "posturas" cognitivas y subjetivas, existentes antes de la presencia real del infante y durante toda la interacción sujeto-sociedad (Dolto, 1982).

El infante enfrentará tanto situaciones agradables (alimento, arrullo, contacto físico, temperatura, etc.), como situaciones desagradables (hambre, irritación, humedad, frío, ruidos, etc.), lo cual provocará distintas sensaciones, tanto

de satisfacción como de desagrado. Y al mismo tiempo, desarrollará acciones que originalmente serán al principio, se reducen a la reacción biológica (propias de la especie y/o de la capacidad real del "equipo biológico del individuo). Hasta que paulatinamente, las acciones del individuo presentan estrategias, secuencias y/o programas más complejos y específicos, con lo que intentará que aquello que es satisfactorio, se presente o se mantenga, y aquello que es "aversivo", no se presente, o se "elimine".

Por otra parte, el desarrollo de la función semiótica, permitirá entonces que la interacción y la operación del infante, observe una "evolución significativa", hacia un nivel de acción mucho más complejo. Ahora las sensaciones, ya no solo serán provocadas por la situación o elementos concretos como los antes mencionados, sino que el individuo "asociará" estas sensaciones a los elementos que generalmente se presentan como parte o en el contexto de los hechos concretos (imagen, sonidos, ambiente, palabras, instrucciones, actitudes, estados de Animo, etc.), de tal forma que la sola presencia de la madre, puede llegar a provocar una sensación agradable para el infante, aún cuando ésta no lo alimente o más aún ni siquiera lo toque, hasta que el solo recuerdo o "evocación" del infante en relación a la imagen de la madre le proporcione una satisfacción.

Posteriormente, el aspecto semántico de la palabra (significado, idea que se transmite), permitirá un control más

fino de lo que se pretende, ya sea usado por el núcleo social o en su momento por el infante, con frases como: --muy bien, --que listo eres, --no hagas eso, --no puedes, --no debes hacerlo, etc.

El padre designará lo que considera es adecuado, propio y posible para su hijo, así como lo inadecuado, inpropio o imposible. De la misma forma, el infante adquirirá los argumentos, repitiéndose a sí mismo: --si puedo, --me gusta, --yo hago tal cosa, --no me gusta, --no puedo, --no quiero, etc., lo que en realidad implica mucho más que el hecho de decirlo, ya que en tal discurso, estará expresando intenciones y objetivos, significados y deseos.

Inmerso en esta estructura de actividades, sensaciones y significados, el infante desarrollará la base de su interés, a partir de los intereses de su núcleo, es decir que aquella actividad y objetivo que los padres consideran adecuada, será estimulada y formentada, de tal forma que llegará el momento en que por el solo hecho de repetirla, hablar de ella y/o tener intención de realizarla dará al infante una sensación agradable (lo que el grupo social comienza a manejar, como que al sujeto le gusta tal o cual actividad), asimismo, la constante ejercitación, dará habilidad y destreza en sus ejecuciones (lo que el grupo social denominará como "es bueno para tal o cual actividad").

Por otra parte, las actividades que no reciben tal estimulación y fomento que son reprimidas o ignoradas o que

por propia naturaleza representan un gran esfuerzo, para el individuo (debido a alguna incapacidad física) y no son estimuladas, sino rechazadas por su ejecución defectuosa o no satisfactoria, serán consideradas por el sujeto como conductas y/o actividades no satisfactorias o aversivas, lo que llevará a pensar al grupo social que tal o cual actividad no le gusta o le es fácil realizarla, provocando la no estimulación, por parte de éstos y la no ejercitación por parte del sujeto, reduciéndose cada vez más la habilidad de ejecución, creando una visión de torpeza, e incapacidad por parte del individuo. Esto determinará que el núcleo familiar y social, dé el rol de torpe al infante evitándole el contacto con tal actividad, lo cual será de alguna forma placentero para el infante, ya que no tendrá que esforzarse y por tanto asumirá su rol de torpe.

La intención y consideración de una actividad, sin embargo, no se reduce a un simple programa de reforzamiento, ni a la posibilidad o no posibilidad de realizar estrategias de acción cada vez más complejas, ya que el desarrollo de la estructura general de la persona, incluye también el desarrollo de un significado acerca de la actividad, para cada individuo en particular y el significado que tal actividad tiene para "los otros" o mejor dicho el significado que el individuo cree tiene para "los otros". Por ejemplo; un infante que desde pequeño se le ha dado poca o ninguna estimulación a las actividades manuales, que se ha "ignorado"

su manejo de objetos, de herramientas y utensilios. Puede ser que no desarrolle interés en seguir haciendo tales actividades y las cambiará por aquellas otras en las que si encuentre estimulación (podemos pensar en patear una pelota), lo que lo llevará a no desarrollar habilidad con actividades manuales y probablemente hasta pierda la habilidad que hubiera logrado, además el significado que le dará a tal actividad, será de rechazo.

Si los padres en lugar de estimularlo le gritan y le dicen que esas son tonterías (en un tono y una intensidad no agradable), él probablemente terminará por decirse a si mismo y a los demás que esas son tonterías, que no le gusta hacerlas, que no puede o no debe hacer algo así, desarrollando un significado propio, a partir del significado de su núcleo y de acuerdo a lo que ahora él considera bueno y malo para los otros, --aún cuando esto no sea así. Evitando no solo que el infante desarrolle habilidad en tal actividad, sino que su disposición e intención es decir, su actitud ante estas actividades será de evitación o de evasión.

Desde este punto de vista, la actividad del individuo observa una relación importante con el significado que dicha actividad pueda tener; significado que es particular a cada sujeto y que solo es posible conocer a través de éste, lo que implica que aún cuando dos sujetos ejecuten una misma actividad, con el mismo grado de habilidad y una estrategia similar, es posible que el significado (el por que) de dicha

actividad sea totalmente distinto para cada uno y solo el contacto con cada uno de ellos y con los elementos relacionados, nos pueden "dar acceso" a tal significado.

Así entonces, tenemos que una actividad cualquiera, debe ser entendida como la posibilidad de un movimiento, la hábil ejecución, la estrategia utilizada y el objetivo que se pretende alcanzar, en relación al significado que para el individuo tiene tal objetivo. Es decir, como la expresión de una estructura general que integra éstos factores, a través de un proceso continuo que incluye el individuo y a su medio físico y social.

De tal forma que para tratar de alterar dicha expresión, es preciso alterar la estructura general, lo cual será posible en la medida en que se conozca las capacidades reales del individuo, su historia de adquisición de habilidades, las características de sus estrategias, los objetivos que las subyacen y lo que dichos objetivos significan para el sujeto. Tarea que implica no solo al individuo, puesto que éste nunca está aislado del medio y de su influencia, sino a todos aquellos elementos que tienen y han tenido, una relación directa o indirecta con él.

2. LA ESTRUCTURA DIFERENTE.

Como anotamos en el capítulo anterior, la estructura general de la persona se conforma a través de un proceso continuo de integración y generación de elementos con características comunes al grupo social, al núcleo familiar y particulares de cada individuo. Dicho proceso, permite que todos los individuos de un grupo social compartan estas características comunes (capacidades, dinámica socio-económica y cultural, hábitos, costumbres, conocimientos, habilidades, etc.), lo que implica que aún cuando cada persona es individual y única, se ve inmersa dentro de una norma que comprende lo que "normalmente hacen los sujetos" (lo que comúnmente comen y tienen, la conducta que ejecutan ante ciertas circunstancias sociales, las capacidades y habilidades que requieren desarrollar para interactuar con el medio, etc.) y que lo ubican como un individuo común o normal.

Empero, cuando los elementos que intervienen en la integración de alguna subestructura, de la estructura general presentan alteraciones o características diferentes, a lo que comúnmente se observa; por ejemplo, en el caso de los sujetos que presentan una alteración cromosómica (47 cromosomas en las células, en lugar de 46 en 23 pares), (Sánchez, op. cit.) o en los casos en que existe distorsión en la capacidad sensorial y/o alteración de algún centro nervioso, debido a malformaciones o daños por traumatismos. Dicha alteración conllevará por una parte a capacidades y expresiones de

interacción con el mundo diferentes; por ejemplo, los sujetos que presenten "trisomía 21", presentan ojos oblicuos, boca pequeña, dientes mal implantados, cuello corto, cabeza y manos pequeñas, susceptibilidad a infecciones en ojos, oídos y vías respiratorias, problemas auditivos y visuales, hipotomía muscular, problemas de coordinación visomotriz fina, alteraciones morfológicas de las neuronas, así como alteraciones bioquímicas y funcionales que tienen como resultado, alteraciones sinápticas (Sánchez, op. cit.).

En los casos de anomalías en los cromosomas sexuales, (Síndrome de Turner) las extremidades son cortas y presentan un edema (hinchazón), en el dorso de las manos y pies, los genitales no se desarrollan en la edad adolescente, existe falta de menstruación en la mujer, frecuente presencia de malformaciones cardiovasculares y alteración en sistemas sensoriales.

La alteración de las capacidades del organismo, pueden alterar la interacción de éste con el medio; en el caso de problemas auditivos por ejemplo, una pérdida de audición inferior a 20 desibels (db), provocará dificultades para la percepción de la palabra, dificultades de comprensión en una deficiencia auditiva mayor, comprendida entre los 40 y 70 (db), provocará que el individuo solo pueda identificar las vocales de las palabras y debido a esto no le será posible la adquisición del lenguaje en forma espontánea.

En estos casos, es posible apreciar como es que el daño en el sistema sensorial o bien en el código genético, afecta múltiples funciones generando problemas para la interacción con el medio (desarrollo de habilidades sociales, seguimiento de instrucciones, desarrollo conceptual, etc.).

Por otra parte, tenemos que los sujetos que llegan a presentar alteraciones (ya sea como las mencionadas o de otro tipo y origen), son individuos que generalmente no corresponden a las expectativas de los padres, ni del grupo social en general, "escapando" del concepto de desarrollo que los padres tienen y por lo tanto sus objetivos, acciones y estrategias se ven alteradas; es decir, generalmente ningún padre planea o tiene la expectativa o el deseo de que su hijo sea "anormal" (que presente alguna alteración), al presentarse el caso, las expectativas de los padres (que comunmente, van en el sentido de que su hijo será capaz y "deverá" aprender todo lo que cualquier niño aprende y de la forma en que cualquier niño lo hace), no se verán correspondidas, pudiendo llegar a provocar en esto (los padres), decepción, molestia, ira, compasión o vergüenza, dándose lugar a una reelaboración del significado que el hijo tiene para ellos; esta reelaboración de expectativas y actitudes "se reflejará", en toda la actividad que los padres, dirijan al infante.

Si un padre considera que su hijo, --digamos un infante con Síndrome de Down, es un ser cuyas capacidades son

inferiores, que es un sujeto que no puede aprender, que no puede adquirir habilidades complejas, que necesita de la constante ayuda y cuidado de sus padres y si a esto "sumamos" una idea de compasión hacia el infante, entonces probablemente el padre tratará de "recompensar" la desgracia de su hijo a través de la sobreprotección y el cuidado excesivo, evitándole en lo más posible esfuerzos, problemas y dificultades que por una parte, "supone" no es capaz de resolver y por otra, tratará de "hacerle la vida menos penosa", ya que lo considera un ser incapacitado (evitándole que sujete las cosas él solo, que haga esfuerzos por salirse de un sitio que lo aprisiona, que alcance sin ayuda algún objeto, etc.), impidiendo con ello la oportunidad de participación en situaciones cada vez más complejas e impidiendo por tanto, el desarrollo de capacidades, estrategias, intención y retroalimentación con el logro.

Así entonces, la relación padre-hijo, puede llegar a ser de sobreprotección-dependencia, complacencia de caprichos, aceptación de negaciones a la actividad, no estimulación del lenguaje, no establecimiento ni exigencias de tareas y hasta de "aislamiento" para evitar la burla de compañeros y parientes. Por parte del infante, "aceptación del rol" desinterés por actividades complejas, estrategias de manipulación, conductas de agresión o inparticipación casi total.

Esto no significa que el infante no desarrolle objetivos, conductas y actitudes, sino que las desarrolla con características distintas, acordes a lo que esta viviendo, ya que si a asociado su inactividad con la obtención de satisfactores, elaborará estrategias y conductas de inactividad, tanto en lo concreto (quedarse inmóvil, no intentar la operación, etc.), como en su función semiótica (asumiendo verbalmente que no puede, que no sabe y negándose a hacerlo).

Mostrando actitudes de rechazo y conductas de evitación y escape (llanto, ansiedad, molestia, etc.), lo que provocará que los padres ratifiquen constantemente su idea acerca de que su hijo es un inútil e incapáz, afirmándose y afirmándole a éste que no puede y no debe hacer tal tipo de actividades. Por su parte, el infante no enfrentará las experiencias necesarias para el desarrollo de habilidades, cada vez más complejas lo que llevará a esta interacción a un proceso de reafirmación y aceptación de la condición de retardado del infante, tanto por los padres como por él mismo. Si por otra parte, los padres del infante desarrollan, como resultado de la frustración de sus expectativas, rencor, que bien puede ser expresado "abiertamente" en toda la actividad que dirige a su hijo (verbalizaciones, gestos, etc.), o bien a través de una actividad de indiferencia (ofreciéndole poca o ninguna estimulación a sus logros (por pequeños que estos sean). Se provocará de la misma forma una situación de poca

ejercitación y experimentación para el infante, lo cual conducirá de la misma forma, a una situación "óptima" para el desarrollo de habilidades de no participación, agresión, dependencia, rechazo a la actividad compleja, etc.

Estos elementos (actitud y conducta dirigida, significados, expectativas, contextos, experiencias, roles ofrecidos y aceptados, intenciones y objetivos y otros más que se han venido mencionando), participarán en el proceso de conformación e integración de la estructura general de la persona, la cual al igual que en cualquier caso, se expresa a través de objetivos, significados, acciones, estrategias y ejecuciones, con características particulares que de una y otra forma permiten la obtención de los satisfactores básicos, para que el individuo viva; con la diferencia de que en el caso de los individuos que "no corresponden a la norma", las características de expresión, no corresponden a los criterios sociales "deseados" y generalmente son calificados como seres inferiores, no acordes a su edad cronológica, incapaces de desarrollar habilidades complejas o bien con un retraso en el desarrollo (Cameron y Margaret, 1951. Bijou, 1980).

Dicha aseveración, no tiene lugar, si parte de la comparación de un sujeto "normal" con un sujeto cuyas características presentan alteraciones físicas o de dinámica social (como los que se presentaron en el capítulo No. I), de la misma forma en que sería erróneo igualar valoraciones y

criterios para este sujeto "normal" y un individuo de los llamados "super dotados" o "super inteligentes", ya que el primero, quedaria como un sujeto "inferior" en capacidades y habilidades.

Desde un punto de vista alternativo, se consideraria a cada uno de estos individuos (sujeto "comun", "superdotado" y con alteraciones y/o daños fisicos y neuropsicológicos), distintos entre si, ya que sus capacidades son diferentes, siendo posible considerar entonces que precisan de estimulaciones y criterios diferentes, para desarrollar sus potencialidades individuales al máximo.

Bajo la consideración de que el infante (categorizado como retardado), es un individuo cuya estructura es diferente y que esto significa características y necesidades diferentes y se empieza por tratar de identificar y especificar tales diferencias, los elementos y procesos que estas implican, su historia de interacción, las características de su desarrollo cognitivo-conductual y subjetivo, asi como las características del medio social al que se ha integrado. Será posible establecer programas de atención específico dirigido, tanto a sus potencialidades fisicas como psicológicas, ayudándolo a que opere satisfactoriamente su medio fisico y social e igualmente a que desarrolle intenciones de cambio, estrategias y objetivos que permitan un dominio cada vez más complejo, asi como una consciencia de si mismo que lo lleve a un estado de "satisfacción personal", a un manejo de sus

emociones, a la satisfacción de necesidades afectivas y al establecimiento de la aceptación social y personal con base en sus características personales, de tal forma que comprenda y sobre todo que perciba que no necesita compararse y competir con "los otros" (evitando frustraciones cada vez que no alcanza los criterios), para ser aceptado, enseñándole a desarrollar sus propias capacidades a corta y a largo plazo. Lográndose quizá diferente al que hasta hoy se ha obtenido.

3. UNA OPCION DIFERENTE.

Independientemente de las características de una ejecución y de que ésta sea socialmente aceptado o no; toda conducta es expresión de la estructura general de la persona, estructura que se conforma a través de un proceso continuo que no termina sino con la muerte del organismo. Tal característica de continuidad hace posible la idea de que no es una estructura terminada, sino que se mantiene en constante conformación y por tanto la posibilidad de ser alterada, mediante la alteración del proceso y de los elementos que en este participan.

Al hablar de la alteración de la estructura del individuo, no nos referimos únicamente a la modificación de la conducta motora o social, ni al aumento del repertorio conceptual verbal y no verbal. Aún cuando reconocemos la importancia y necesidad de ello, consideramos que el trabajo dirigida a sujetos con estructura general diferente, debe ir más allá de los planes que intentan establecer programas de conductas y conceptos, por complejos que éstos sean. Debe atenderse el desarrollo y conformación de la estructura general y no solo de las estructuras "parciales".

No queremos decir con esto, que se deje de pretender que el sujeto alcance mayores habilidades de auto cuidado, independencia y productividad, sino que ello no debe de buscarse como un programa de entrenamiento (estimulo - respuesta), que lejos de permitir una independencia solo

consigue que el sujeto aumente sus respuestas de forma mecanizada, según los criterios del programa, lo cual no es reprochable, pero si insuficiente.

Ciertamente es preciso que éstos individuos, como cualquier otro, aprendan a usar herramientas, a valerse por si solos, a manipular su medio y a desarrollar sus potencialidades al máximo, pero --como puede suceder esto, si en realidad no se considera los objetivos y los significados del individuo, como puede pasar la educación y socialización de estos sujetos, a ser algo más que adiestramiento si no se considera que los objetivos, tanto familiares como institucionales pueden ser totalmente ajenos a lo que el individuo desea y como se puede ir más allá de la enseñanza de "señales y respuestas" si se considera que tal sujeto es un retardado o un deficiente mental, que no puede observar un desarrollo complejo, si él mismo sujeto no comprende la necesidad de un cambio, ni da un significado a la intención y el aprendizaje y lejos de que comprenda los programas y las tareas y más aún las acepte, pueden representar un atentado para él, una destrucción de su comodidad, una ruptura de la dinámica "que domina" y bajo la cual se encuentra seguro.

Esta no correspondencia entre "los motivos del sujeto", los familiares y los institucionales, pueden provocar estados de desequilibrio emocional (miedos, angustias, depresión, etc.) que llevan al individuo a evitar hasta donde le sea posible tales situaciones, expresando un rechazo al cambio y

mostrar poco o ningún interés por "avanzar en el programa", dificultando su aprendizaje, desarrollo y elaboración de nuevas habilidades, debido a que no sólo, no existirán elementos básicos para la construcción del conocimiento (capacidades neuropsicológicas), sino que además se presentarán problemas de disponibilidad para el aprendizaje y desarrollo real de sus potencialidades y reduciendo su participación y rendimiento a la adquisición y aumento del número de señales durante un periodo específico, con lo cual satisface la demanda de la sociedad, sin atender contra su dinámica y estructura general.

Así entonces, es preciso que los individuos "diferentes", reestructuren sus objetivos, sus significados de las cosas, las persona, las situaciones y su autoconcepción, que desarrolle interés e intenciones distintas a las que a la fecha mantiene, que elaboren un interés por desarrollar habilidades que le permitan ser independiente y sobre todo que participe como parte de su núcleo social y no al margen de éste, consciente de sus capacidades y limitaciones y que sea considerado tanto en derechos como en obligaciones, acordes a su persona, como con cualquier individuo.

Esto será posible solo en la medida de que conozcamos al sujeto, como entidad biopsicosocial y que consozcamos cuáles son los elementos internos y externos, que comúnmente

intervienen, en el proceso de desarrollo (si es que los hay), de los individuos categorizados como retardados.

Para tal efecto, será necesario aproximarnos a su entorno, indagar sus relaciones primarias y secundarias, valorar sus capacidades y habilidades, conocer las características de la dinámica de su vida actual y la historia de su desarrollo, indagar acerca de sus expectativas y concepciones sus significados y explicaciones personales y la relación de estas con las de su núcleo familiar. En resumen, conocer y analizar la estructura general del individuo y los elementos que se relacionan con el desarrollo de ésta.

Esta tarea implica:

- 1.- Análisis de las habilidades del sujeto (repertorio conductual, conceptual y verbal).
- 2.- Estrategias y mecanismos cognitivos que maneja:
 - a) El porqué de ellos.
 - b) Origen y desarrollo.
- 3.- Los elementos "externos" (familia y medio social).
- 4.- La idea que se tiene de sí mismo y de los "otros".
- 5.- Sus significados, expectativas y explicaciones.

Esta propuesta, entraña, no solo el trabajo con el infante, sino con su núcleo familiar y no únicamente a nivel educativo, sino a igualmente a nivel clínico, ya que el objetivo de la atención desde esta perspectiva, no solo es el

adiestramiento, además de ello y como aspecto principal contempla la reestructuración general del sujeto.

Esto implicaría en el individuo, la reelaboración y desarrollo de aptitudes y actitudes, estrategias y conductas diferentes a las que a la fecha le permiten la interacción con el medio físico y social.

Para tal efecto, es preciso conocer los elementos que intervienen en el fenómeno de conformación, desarrollo y mantenimiento de la Estructura General Diferente (EGD), por tanto el objetivo de este trabajo es la identificación de los elementos relacionados con la conformación de la estructura general de sujetos categorizados, como retardados en el desarrollo.

Este objetivo, implica tres finalidades principales:

Este primer lugar, determinar si existe un patrón en la presentación de los elementos y comportamientos de los sujetos con (EDF) que nos permita obtener un perfil de desarrollo.

En segundo lugar; si el perfil se presenta, establecer como puede ser controlado, diseñando un programa de prevención para casos de riesgo.

Y en tercer lugar, se pretende articular un programa de atención, dirigido al fenómeno, involucrando tanto al infante como a los padres de familia, tanto a nivel educativo como a nivel clínico.

Estos tres aspectos, son momentos que corresponden a un solo proceso de atención que pretendemos abarcar en este trabajo, sin embargo y únicamente para efectos de análisis, serán tratados como una triple empresa, realizándose una investigación con dos fases, cada una de las cuales permitirá especificar el trabajo a realizar, en cada uno de los momentos.

4. DESCRIPCION DE LA INVESTIGACION FASE I.

4.1. OBJETIVO Y METODO.

Objetivo: Identificar el patrón de elementos presentes en el desarrollo de los sujetos categorizados como con retardo en el desarrollo (E.G.D.).

METODO:

Sujetos.

Se trabajo con 13 familias (madre o tutor e hijo), los infantes han sido diagnosticados y ubicados en el proyecto de Deficiencia Mental del subsistema de Educación Especial (E.E.) de la Secretaria de Educación Pública (S.E.P.), la edad de los infantes fluctuó entre los 6 y los 10 años, en la muestra hubo ocho mujeres y cinco hombres.

El escenario de trabajo práctico, fueron las instalaciones (salón de clases, cubículos y patio escolar) de la escuela de Educación Especial Ecatepec - (E.E.E.E.), ubicada en la calle Miguel Hidalgo S/N. Colonia Emiliano Zapata, Ecatepec de Morelos, Estado de México.

Instrumentos:

Se aplico a cada familia, una entrevista dirigida a

la madre, en relación al desarrollo de la pareja - (anexos). Una segunda entrevista dirigida a la madre sobre el desarrollo del infante (anexos). Y una - tercera entrevista, dirigida al infante, en relación a la percepción que el infante tiene de sí mismo y de su medio (anexos).

Dos periodos de observación al infante; Uno durante - actividad libre y otro durante actividad pre-organi--zada (actividad que se indicó y específico)

Por último, se aplicaron tres valoraciones estanda--rizadas; inventario de habilidades A.B.A.C.U.S. (1), Test C.A.T. Figura Humana (2), y Test Bisomotor de - Bender (3).

4.2. Procedimiento.

- a) Se solicitó a la escuela de Educación Especial Ecatepec, nos permitiera aplicar esta primera fase de la - investigación a su población.
- b) Para la selección de la población, se solicitó a los_ profesores que tienen a cargo los primeros años del - proyecto Escuela para Deficientes Mentales, una lista de alumnos que no registraban alto porcentaje de inasistencia y cuya madre o tutor estuviese en posibilidad de asistir a las sesiones.

- (1). Instrumento de evaluación conductual modificado y ----- adaptado por el área de E.E. y R de la carrera de Psicología. U.N.A.M. Campus Iztacala.
- (2). Test infantil de Apercepción, ver; Anastasi (1968). Test Psicológicos. Ed. Aguilar. España.
- (3). Test Bisomotor, ver; Anastasi (op. cit.).
 - c) El rango de edad de los alumnos con los que se trabajo fuè de 6 a 10 años.
 - d) Se citò a cada una de las madres de los infantes y se les informo que tal entrevista, correspondia a un periodo de evaluación, por parte de la misma escuela.
 - e) Se diò un código para cada uno de los infantes y para cada una de las madres: los códigos para los infantes fueron S1, S2, S3, ... S13. De acuerdo al momento en que se fueron registrando y en el caso de las madres, los códigos fueron: M1, M2, M3, ...M13. En relación al número de código de su hijo.
 - f) Se iniciò la aplicación de los instrumentos de valoración, citando a tres madres por dia, en los casos en que el instrumento era dirigido a los infantes, se -- aplicaban de tres a cuatro por dia, en periodos de -- trabajo de 30 a 40 minutos por sujeto.
 - g) La aplicación de las entrevistas (instrumento 1, 2 y 3) se llevo a cabo, en uno de los cubiculos del área de psicología del plantel, se consideraron y anotaron respuestas verbales y no verbales, tales como gesticu

laciones, estados de ánimo, dirección de la mirada, -
etc.

- h) Posteriormente se realizaron las observaciones (ins--
trumentos (4 y 5), las cuales fueron no participati--
vas y se tomaron durante la actividad del alumno den--
tro de su grupo en la E.E.E.E.

Antes de iniciar cada observación, se consultaba a la
maestra de grupo, para conocer el carácter de la acti-
vidad que realizarían los infantes, considerando que_
si se trataba de una actividad libre o una actividad_
preelaborada.

- i) A continuación, se realizó la aplicación de los ins--
trumentos de valoración estandarizados: en primer lu-
gar se aplicó el instrumento No.6 A.B.A.C.U.S., apli-
cación que se llevó a cabo en el taller de la escuela
debido a que en este instrumentose requiere de valora-
ción de áreas motoras gruesa y fina y se necesita es-
pacio, para que el infante se traslade libremente.

La aplicación del inventario, fué realizada en 2 o 3_
sesiones, ya que éste es muy extenso y una aplicación
continua podía producir fatiga o aburrimiento, que po-
siblemente alterarían los resultados, en todo momento
se consideraron respuestas verbales y no verbales.

- j) Posteriormente, se aplicaron los test, para tal efec-
to se utilizó el cubículo del área de psicología, la_
aplicación fué individual y en una sola sesión que du

ro de 10 a 15 minutos para cada caso, durante el proceso de aplicación, se consideraron las respuestas -- verbales y no verbales del infante, además de las consideradas por el propio instrumento.

- k) Una vez terminada la aplicación del total de los instrumentos, se vaciaron los datos resultantes y se elaboraron cuadros (ver resultados), procediéndose a realizarse el análisis de los datos, la discusión e integración de la información.

5. DESCRIPCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN FACE II.

5.1. OBJETIVO Y MÉTODO.

Objetivo: Reestructuración de la Estructura General Diferente (E.G.D.) de los sujetos a partir de procedimientos de atención psicológica, aplicados con enfoque ecléctico.

MÉTODO.

Sujetos:

Dos familias (madre e hijo):

Familia a) Madre de 52 años con escolaridad primaria y -
cuya ocupación es el hogar, código M14.

Infante: Niña de 8 11/12 años de edad, ubicada en primer año de primaria especial, proyecto Escuela de Deficiencia Mental. SEP, código S14.

Familia b). Madre de 47 años, sin escolaridad y cuya -
ocupación es el hogar. Código M15.

Infante: Niña de 7 8/12 años de edad actualmente no está inscrita a la escuela y solo -
curso 8 meses de primer año de primaria regular. Código S15.

Escenario.

Se trabajó en un cubículo del área de psicología, sección Educación especial y Rehabilitación (EER) de la Clínica Universitaria de la Salud Integral (C.U.S.I), perteneciente a la Universidad Nacional Autónoma de México -- Campus Iztacala, ubicada en Av. de los Barrios S/N., -- Col. Reyes Iztacala, Tlanepantla, Estado de México.

Instrumentos.

Se utilizaron los mismos instrumentos de evaluación que en la fase 1 (ver método fase 1).

5.2. Procedimiento.

- a) El procedimiento de selección fué en base a la disposición de los sujetos, ya que en la mayoría de los casos - la población es de infantes con problemas de aprendizaje el trabajo se planteo desde el análisis teórico, dirigido a infantes categorizados como retardados en el desarrollo y los casos que de este tipo se presentan en la CUSI, observaba dificultad para suspender su atención.
- b) Una vez seleccionadas las familias, se entrevisto a la madre de cada una de ellas y se les explicó el carácter del trabajo que se realizaria y las necesidades de participación por parte del infante y de ella misma, igualmente se les indicó el horario de asistencia a las sesiones:
- Para el infante: dos dias a la semana con una duración - por sesión de una hora a hora y media.
- Para la madre: dos dias a la semana con sesiones de una hora a hora y media.
- c) Una vez acordados los horarios, se procedió a la primera parte del proceso de atención, la cual consistió en el período de evaluación, mismo que se realizó de la misma forma como se especifica en los pasos (g, h, i, y j) de la fase No. 1. páginas

d) A diferencia de la fase No. 1, en la fase No. II, se realizaron dos observaciones más, las cuales se registraron durante la interacción de la madre con su hija, en una actividad libre y en una actividad preelaborada por el observador.

e) Una vez terminadas las valoraciones, se dió inicio a la segunda parte del proceso de atención: se realizó un análisis de los resultados obtenidos en las valoraciones y se estableció un plan de atención para la familia, aplicándose éste de forma separada para la madre y para el infante.

El plan de atención, consistió en un programa de terapias psicológicas mediante el método clínico, a través de una técnica de conversación semidirigida y semiestructurada, que consistió apoyar a la madre de familia para que a través del discurso ella conscientizara las características de su interacción con el infante y el papel que ella y él mantienen en esta interacción, así como los resultados que de dicha interacción han surgido y sobre todo la posibilidad de que dicha interacción sea alterada.

En cuanto al trabajo con el infante, la atención observó las mismas características metodológicas y el discurso fue semidirigido en razón de sus capacidades y aptitudes su interés y expectativas.

f) El tratamiento a la familia tuvo una duración de seis -- meses, desde el inicio se le hizo saber a las familias - que el trabajo observaría estas características y al fi- nal del periodo, se establecieron los contactos necesaa- rios, para que la madre continuara con su atención, aho- ra a cargo del área de psicología clínica en la misma -- CUSI.

6. RESULTADOS.

6.1. RESULTADOS FASE I.

Una vez terminada la aplicación de los instrumentos, se procedió al ordenamiento de los datos obtenidos, observándose los siguientes resultados.

De la aplicación del instrumento No. 1 (entrevista dirigida a la madre), acerca de la relación de pareja, instrumento con el cual se pretendió obtener un panorama general de las características de la relación familiar, las expectativas de los padres en relación a su hijo, el impacto emocional que el fenómeno de lesión o malformación en el infante provocó en su familia y las actitudes asumidas en relación a esto.

En el cuadro No. 1, se muestran las situaciones que con mayor frecuencia se presentaron en la población, conformando "un perfil" de comportamiento de dicha población, en el cual observamos que: los padres de los sujetos con (EGD), vivían en matrimonio o amasiato, sin haberlo planeado, las madres se embarazaron entre los 15 y 20 años de edad, el embarazo no fue planeado, ni deseado y los infantes ocupan el primer o único lugar entre los hermanos.

La mamá nunca pensó en la posibilidad de tener un hijo "anormal" y la única información respecto a estos fenómenos, es la que han obtenido a través de los anuncios de

televisión, manteniendo la idea de que tales "problemas" se presentan por embarazo a edad avanzada.

Generalmente, la situación produjo alteración en la relación de pareja, las madres consideran que el embarazo fue inoportuno, reaccionando en primer lugar con tristeza y posteriormente con lastima, asumiendo una actitud de sobreprotección hacia su hijo, no se culpan a si mismas y consideran que su pareja tampoco las culpa, aunque ellas si culpan a su esposo, ya que relacionan la situación de su hijo, con las conductas de alcoholismo y malos tratos hacia la madre, por parte del papá durante la etapa de la gestación.

Según la madre, el padre no propone soluciones en específico, no participa activamente en la atención y el cuidado del infante, delegando la responsabilidad en la madre, su actitud para con el infante es de sobreprotección, basada en un sentimiento de lastima, según la visión de la madre.

Por otra parte, la mayoría de las mamás coincidieron en que la única diferencia que sus hijos tienen en comparación con otros niños de su edad, es que estos primeros no aprenden "tan rápido" como los segundos, expresando confianza en que sus hijos podrán desempeñar una actividad remunerada -siempre y cuando esta sea "sencilla" y que podrá desarrollar una vida sexual casi normal, pero expresando cierta angustia en relación a lo sexual, ya que para ellas existe un temor

"latente" a que los infantes pudieran llegar a procrear hijos con características semejantes y peor aún, la posibilidad de que sean las abuelas quien tengan que cuidar de ellos, enfrentando de nueva cuenta el problema que vivieron con sus hijos.

Por último, observamos y anotamos por nuestra parte que en la mayoría de los casos, los infantes no "explotan" al máximo sus capacidades "reales" y no son estimulados de forma adecuada para desarrollar nuevas y más complejas habilidades, todo ello debido al inadecuado programa de atención dirigido a los infantes en el proyecto al que asisten, ya que éste se limita al adiestramiento motor y de conductas sociales, bajo respuestas a señales.

Instrumento No. 2. Entrevista dirigida a la madre con relación al desarrollo del infante, instrumento aplicado para conocer factores en relación a la situación física del infante, así como la atención médico-terapéutica que ha recibido.

El cuadro No. 2 proporciona un perfil de comportamiento de la población en base a los datos que más alta frecuencia presentaron en cada caso, observándose que: las madres con infantes en E.E.E., mantuvieron una etapa de gestación sin dificultades significativas y no presentaron amenaza de aborto, el posible origen de daño cerebral, se debió en la mayoría de los casos a secuelas de alta temperatura (siempre

con periodos largos de convulsiòn), provocadas por infecciòn gástrica.

Los padres no recibieron instrucciones, ni recomendaciones específicas de como tratar o atender a los niños, ni informaciòn en relaciòn a la posibilidad de daño cerebral y por tanto la necesidad de una valoraciòn en èste sentido.

Durante los primeros doce meses de vida, el niño no recibio atenciòn profesional en cuanto a su desarrollo neuropsicológico, ni tampoco un trato de estimulaciòn y ejercitaciòn especial para su desarrollo psicomotriz, debido a que los padres ignoraban la situaciòn del infante, mostrándose indiferentes ante el "desfase" en la adquisiciòn de habilidades motoras, sociales, de lenguaje, etc., aduciendo generalmente que ellos pensaban que solo era producto de una actitud de flojera del infante y por lo tanto al paso del tiempo se corregiria.

La atenciòn "formal", otorgada por profesionales del àrea de psicología o neurología y por terapistas especializados, se diò hasta los cuatro años o más y la primera estrategia a seguir (en algunos casos la única) fuè la escuela de E.E. proyecto Deficiencia Mental (D.M.).

Instrumento No. 3, entrevista dirigida al infante, elaborado y aplicado para obtener informaciòn acerca de la percepciòn del infante hacia si mismo y con respecto a su

núcleo familiar, el cuadro No. 3, presenta un perfil de comportamiento de mayor frecuencia en la población.

En más del 70% de los casos, se observó que los infantes se ubican como parte de su núcleo familiar, reconocen la figura del padre, de la madre y de los hermanos, comentan que el padre juega con ellos, pero no les ayudan a hacer sus tareas, según los niños el padre no puede o no quiere ayudarles. Al contrario de esto, la mayoría coincidió en que la mamá no juega con ellos, pero si les ayuda a realizar sus tareas.

Por otra parte, manifestaron que si realizan tareas en casa y que en los casos en que no lo hacen, es porque los padres no se lo permiten, de la misma forma en que no los dejan realizar otras actividades (como ir a la tienda solos) según los niños, es porque sus papás tienen miedo de que "algo malo" les suceda.

La mayoría de los niños coincidieron en que la madre y el padre los reprenden cuando cometen un error. No muestran tener idea de su condición y características diferentes a los otros infantes y manejan una idea más o menos clara acerca del trabajo que quieren desempeñar cuando sean adultos.

Instrumento No. 4. Observación de la actividad libre del infante, instrumento con el cual se pretendió obtener información acerca del manejo o ausencia de elementos de socialización y creatividad del infante.

El cuadro No. 4, presenta un perfil que muestra el conjunto de habilidades consideradas durante la observación, que con mayor frecuencia se presentaron en la población.

Más del 80% de los sujetos, observaron habilidad para integrarse a grupos y subgrupos, realización de actividad lúdica por sí solo, establecimiento de diálogo, respeto de reglas de juego y turno de participación, uso convencional del medio físico, realización de actividad organizada, mostrando poder cambiar de actividad y/o reiniciar la actividad anterior con facilidad. No se aíslan y no agreden a sus compañeros.

Instrumento No. 5. Observación de actividad programada y establecida con instrucciones, instrumento aplicado para obtener información acerca del manejo o ausencia de elementos de atención, organización y participación en una situación de enseñanza-aprendizaje.

El cuadro No. 5, nos muestra el perfil de presentación de habilidades que con mayor frecuencia se observaron en la población. Más del 80% de los infantes presento habilidad para atender y comprender las instrucciones, espera de turno, realización de la tarea sugerida, concentración en la tarea, evaluación del trabajo propio, constante solicitud de aprobación, compromiso en la actividad, terminar la tarea sugerida y desempeño por debajo de sus capacidades.

Instrumento No. 6. Inventario de habilidades A.B.A.C.U.S., aplicado para registrar el nivel de habilidades básicas de conducta motora (gruesa y fina), de lenguaje (expresivo y receptivo), de socialización y preacadémicas que presenta cada individuo.

La gráfica No. 1, que presenta el porcentaje de ejecución de los infantes en relación a los criterios establecidos por el instrumento, muestra que en la mayoría de los casos, los sujetos alcanzaron más del 80% de los criterios establecidos por este inventario de habilidades.

Instrumento No. 7. Test de Apercepción Temática para niños (C.A.T.) figura humana, con el cual se pretendió indagar acerca de la percepción que el infante tiene de sí mismo, en relación a la dinámica familiar, para el análisis del instrumento se consideraron los siguientes aspectos:

Tema.

El carácter del discurso del infante durante sus narraciones.

El Héroe.

Personaje principal dentro de las narraciones o historias que labora el sujeto.

Necesidades del héroe.

Las demandas que el sujeto hace a través del personaje principal.

Percepción del medio.

Las presiones que el sujeto "externa" a través de sus --
historias.

Desenlace de la historia.

El papel que juega el personaje en la historia o bien el
rol que juega el sujeto en la dinámica familiar.

El cuadro No. 6 presenta el perfil de comportamiento de la población, en el observamos que en la mayoría de los casos las historias presentaron un carácter de informe convencional cuyo personaje principal es un niño y cuyas necesidades de este niño son dominación y protección, la principal reacción es la idea de ser rechazado, además de expresar que las cosas le suceden a él sin que éste haga nada ante lo que sucede.

Instrumento No. 8. Test Gestaltico Visomotor.
Instrumento aplicado para conocer el nivel visomotor de las ejecuciones del infante en relación a la norma para niños de su edad.

La gráfica No. 2. Muestra los resultados obtenidos por cada uno de los infantes, así como la relación de éste resultado con el nivel sugerido por la norma y por la mediana general de la norma, para niños de su edad cronológica. En ella observamos que el porcentaje de desarrollo que observa la mayoría de los sujetos, esta por debajo del 50 % que debería presentar según el nivel del instrumento para niños

de tal edad, lo cual significa que en la mayoría de los casos, los sujetos han alcanzado menos del 50% de desarrollo de habilidades de percepción.

Además de los datos que nos proporciono el instrumento se realizó un registro de elementos cualitativos como fueron verbalizaciones espontáneas, actitudes, estados de ánimo y gesticulaciones durante las respuestas, así como sugerencias y opiniones que los padres hacían, mismos que a continuación describimos.

Durante la aplicación del instrumento No. 1 (Entrevista dirigida a los padres, respecto a la dinámica familiar), en primer lugar es importante destacar que las madres se mostraron sorprendidas por el tipo de información que se les solicitaba, incluso, alguna de ellas comentó que cual era la relación de aquella información con el problema de su hijo. Sin embargo, se mostraron con buena disposición al trabajo, el 50 % de las madres, sugirió que les gustaría seguir tratando estos temas (relación madre-hijo y madre-esposo), con su psicólogo de turno.

En cuanto a los aspectos tratados, una de las respuestas en las que más coincidieron las madres que admitieron que su embarazo no fue deseado es que se "apuraban" a comentar que pese a ello, lo habían aceptado, como tratando de dejar claro que no había rechazo hacia su hijo.

Con respecto a la actitud que la madre asume para con su hijo, ésta contesto regularmente, como ya observamos en los registros de los resultados Instrumento No. 1. Que se consideraba como energica, para con el infante y que lo hacia asi porque pensaba que está actitud ayudaria a su hijo a no ser dependiente. Sin embargo, su discurso espontáneo en cuanto a la dinámica familiar y su trato con el infante hacen suponer, que su actitud en realidad es tan sobreprotectora como la del padre e igualmente basada en un sentimiento de lástima.

En este mismo sentido, al manifestar su confianza en que su hijo llegara a desarrollar una vida económica y sexual satisfactoria, dejan "entrever" una vida de que será posible, solo si encuentran una actividad remunerada sencilla o bien participando del negocio familiar, en los casos en que exista.

Por otra parte, expresan su angustia hacia la posibilidad de que su hijo forme una relación sexual formal y que procrea hijos con sus mismas deficiencias, ya que piensan que tendrían que ser ellos (los padres), los que de "nueva" cuenta tendrían que atender y encargarse del problema de educación y formación, por lo que comentarios tales como --si podrá tener una vida sexual norma, pero me gustaria que no se metiera en problemas. --Si podrá pero yo no quiero que tengan hijos. --Si tienen hijos iguales a él yo tendria que

cuidarlos. Hacen suponer que no estimularan, ni apoyaran satisfactoriamente esta parte de su desarrollo.

Durante la aplicación del instrumento No. 2 (Entrevista a la madre en relación a la atención del infante), se observó que en la mayoría de los casos, las madres se mostraron a "la defensiva" y con una supuesta inseguridad.

Por una parte "parecía" que las madres quisieran dejar bien claro que ellas no tenían "la culpa" de la situación del infante y que habían hecho lo posible por atenderlo.

Por otro lado sus comentarios, preguntas y observaciones, dieron una idea de que "deseaba" que se les confirmara que sus hijos eran "tontitos, retrasados o algo semejante" y que por lo tanto no había caso en esforzarse tanto, ya que se conseguiría logra.

El trabajo realizado durante la aplicación del instrumento No. 3. (Entrevista a los infantes), fué realmente difícil, debido principalmente a que ninguno de los sujetos mostró habilidad para establecer un diálogo en relación a la opinión personal respecto asimismo a la familia, en la organización y expresión verbal, era posible notar la habilidad desarrollada, para las respuestas mecánicas que se mostraba en algunos casos por la repetición de las mismas frases (iguales), en varias ocasiones.

En cuanto a la aplicación del instrumento No. 6. (Inventario de habilidades), se observó igualmente, la coincidencia de la mayoría de la población en un tipo de respuesta en que se les pedía alguna actividad (para algunos fué del nivel motor grueso, para otros del fino, el lenguaje o las preacadémicas), éstos respondían (primero para si mismos --En voz baja y después para el aplicador), con expresiones de imposibilidad o incapacidad: --No puedo. --No lo se hacer. --Mi mamá no me ha enseñado, etc. Empero, bastaba con estimularlos un poco o volverlo a pedir, para que el infante lo realizara sin dificultad.

6.2. CUADROS Y GRAFICAS.

CUADRO No. 1.

Situaciones que se presentaron con mayor frecuencia en la población. Con respecto a la aplicación del Instrumento No. 1. Desarrollo de la relación familiar.

- Edad de formalización de la relación de 15 a 20 años.
- No existen antecedentes de Educación Especial en la familia.
- La madre si tenía conocimiento de los casos de Educación Especial.
- El medio de información acerca de los casos de E.E. fué la Televisión.
- Según la madre, la causa de la situación de su hijo es el embarazo a edad avanzada.
- La formalización de la unión de la pareja no fué planeada.
- El infante en E.E. ocupa el primer o único lugar entre los hermanos.
- El embarazo no fué planeado.
- El embarazo no fué deseado.
- Ninguno de los padres consideraron la posibilidad de tener un hijo "anormal".
- La relación de pareja se alteró ante la situación del infante en E.E.
- La madre considera que el embarazo fué inoportuno.
- La madre notó la diferencia del desarrollo de su hijo de 0 a 1 años.

CUADRO No. 1. Hoja 2.

Instrumento No. 1.

- La primera reacción de la madre ante la situación de su hijo fuè de tristeza.
- La madre no se culpa asi misma por la situación de su hijo.
- La madre culpa a su pareja por la situación de su hijo.
- La madre considera que su pareja no la culpa por la situación de su hijo.
- El diagnóstico otorgado por los médicos que atendieron el caso fuè de "retardo en el desarrollo".
- El padre de familia no propone solución a la situación del infante.
- La actitud del padre para con el infante en E.E. es de sobreprotección.
- El motivo de la actitud paterna es un sentimiento de lastima hacia el infante.
- Según la madre, la diferencia de su hijo con otros infantes es que su hijo no aprende tan rapido.
- La principal expectativa de la madre en relación a la atención de su hijo es el desarrollo de la lecto-escritura.

CUADRO No. 1. Hoja 3.

Instrumento No. 1.

- La madre considera que su hijo si podrá ejecutar un trabajo remunerado.
- La madre considera que su hijo si lograra desarrollar una vida sexual.
- La madre considera que es importante que su hijo este consciente de su situación.
- El infante no "explota" al máximo sus capacidades.
- La causa de que el infante no "explote" al máximo sus capacidades es : Falta de un programa adecuado y falta de estimulación.
- Las principales actitudes de los profesores hacia los alumnos de E.E. son la sobreprotección y la indiferencia.

CUADRO No. 2.

Situaciones que se presentaron con mayor frecuencia en la población, con respecto a la aplicación del Instrumento No. 2 Desarrollo físico del infante.

- Durante la gestación no se presentó amenaza de aborto.
- Posible origen del daño neurológico del infante altas temperaturas provocadas por infección gástrica.
- Los especialistas que atendieron a la madre, no dieron a ésta ninguna indicación o sugerencia acerca del cuidado -- o atención que debía dar al infante respecto al desarrollo psicológico.
- No se dió estimulación, ni ejercitación especial al infante durante sus primeros años de vida.
- La posible causa de falta de estimulación especial en el hogar, es la indiferencia hacia las características del niño.
- La posible idea que "ustenta" la actitud de indiferencia al fenómeno que presenta el infante es que se "esperaba" que la situación cambiara por sí misma, confiando en que solo era "flojera" lo que el infante tenía.
- La atención "formal" (en cuanto al aspecto psicológico), dirigida al infante, se dió a los 4 años o más.
- Motivo de la atención a tal edad del infante: Ignorancia del fenómeno.

-- Primera estrategia de interención realizada por los padres: Escuela de Deficiencia Mental S.E.P.

CUADRO No. 3.

Situaciones que se presentaron con mayor frecuencia en la población con respecto a la aplicación del instrumento No. 3.

Entrevista al infante.

- El infante se ubica como parte de la familia.
- El infante reconoce al padre, a la madre y a los hermanos como parte de la familia.
- El infante comenta que el padre si juega con él.
- El infante comenta que el papà no le ayuda con sus tareas.
- El infante comenta que el padre no le ayuda porque tiene - que trabajar.
- El infante comenta que la mamá no juega con ellos.
- El infante comenta que no sabe porquè la made no juega con él.
- El infante comenta que los padres no le dejan realizar --- algunas actividades.
- El infante comenta que los padres no lo dejan realizar algunas actividades, pues tienen miedo de que "algo malo" le suceda.
- El infante comenta que si realiza tareas en casa y que - - cuando no es asi, es porque los padres no le dan ninguna - tarea.
- El infante comenta que cuando llega a cometer algùn error, sus padres se molestan con él.
- El infante no tiene idea de su condición.
- El infante tiene expectativas de trabajo a futuro.

CUADRO No. 4.

Situaciones que se presentaron con mayor frecuencia en la población, con respecto a la aplicación del instrumento No.

4. Observación de la actividad libre del infante.

- El infante se integra con facilidad a subgrupos.
- El infante se integra con facilidad a la actividad de todo el grupo.
- El infante es capaz de realizar actividades solo.
- El infante puede establecer diálogo con facilidad.
- El infante respeta las reglas de juego del grupo o subgrupo al que se integra.
- El infante respeta turno de participación.
- El infante observa un uso convencional del medio.
- El infante realiza su actividad de forma organizada.
- El infante suspende su actividad, si se lo pide la maestra o si otra actividad llama su atención.
- El infante reinicia la actividad que realizaba y que había dejado suspendida.

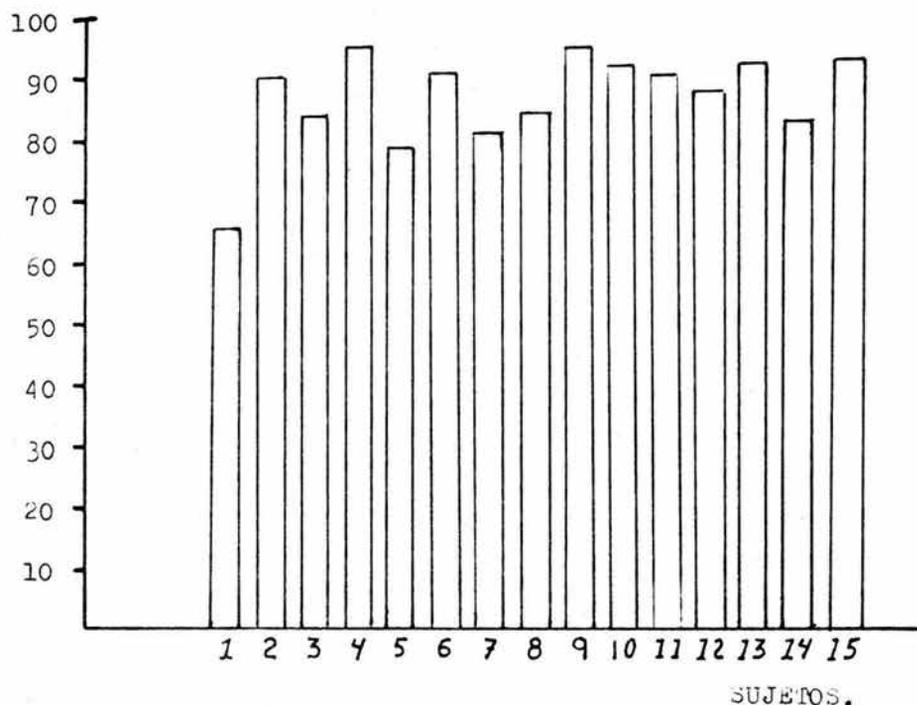
CUADRO No. 5.

Situaciones que se presentaron con mayor frecuencia en la población con respecto al instrumento No. 5. Observación de la actividad preelaborada del infante.

- El infante muestra atención cuando se le dan instrucciones
- El infante espera turno para recibir instrucción individual.
- El infante comprende las instrucciones de la tarea.
- El infante realiza la actividad sugerida.
- El infante observa concentración en la tarea que realiza.
- El infante presenta distracción moderada durante sus períodos de trabajo.
- El infante no muestra distracción exagerada.
- El infante muestra conductas de valoración de su trabajo.
- El infante no pide aprobación continua de su trabajo.
- El infante no muestra intención de iniciar el trabajo.
- Una vez iniciada la actividad el infante muestra compromiso para con esta.
- El infante termina la tarea sugerida.
- El infante no necesita control continuo, para realizar su trabajo.
- El infante no pide ayuda continua para realizar su trabajo
- Si el infante llega a molestarse por alguna causa, se niega a trabajar.
- Generalmente el trabajo que se le sugiere al infante, parece estar por debajo de sus capacidades.

GRAFICA No. 1.

Resultados generales del inventario de habilidades aplicado a la población. Instrumento No. 6.



La gráfica muestra el porcentaje de calificación, -- alcanzado por cada sujeto en relación al inventario de -- habilidades básicas: Motora, sociales, lenguaje y pre-- académicas.

CUADRO No. 6.

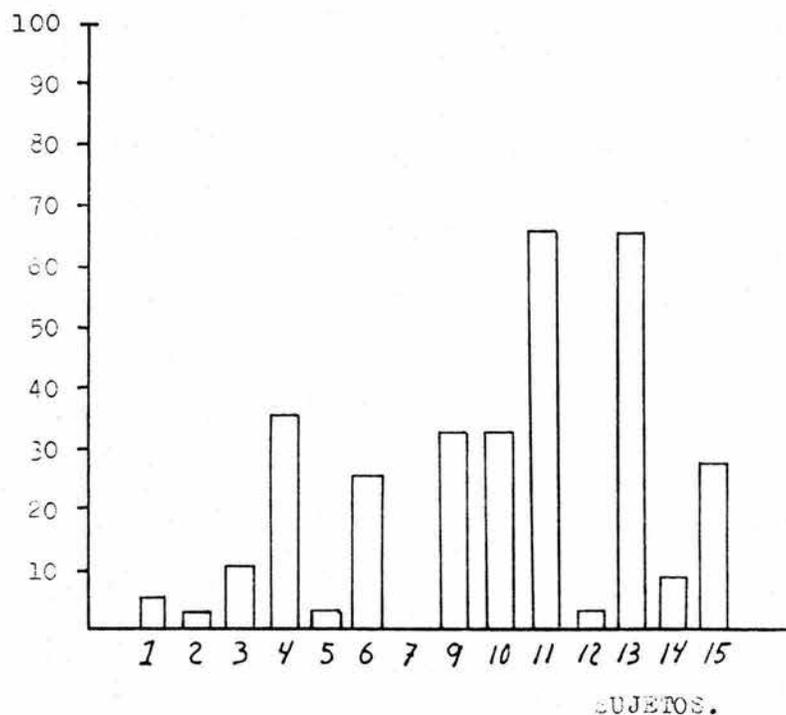
Situaciones que se presentaron con mayor frecuencia en la población, con respecto a la aplicación del instrumento No.

7. Test C.A.T.

- El infante se expresó de forma informativa y convencional.
- El personaje principal de las historias fue en la mayoría de los casos un niño.
- Las presiones que el infante "proyecta" tener fueron en la mayoría de los casos el rechazo.
- Las necesidades que el infante "proyecta" tener Protección y Dominación.
- En la mayoría de los casos, el sujeto "proyecto" la sensación de que a él le suceden las cosas en su situación familiar.

Gráfica No. 2.

Resultados generales observados en la población, con respecto a la aplicación del Instrumento No. 8. Test - Bisomotor de Bender.



La gráfica muestra el comportamiento de la población, en relación al 100% que determina el instrumento debe alcanzar un infante, con tal edad cronológica.

6.3. Resultados Fase No. II.

Los siguientes datos, representan en primer lugar, el diagnóstico al que se llegó con base a las valoraciones que se aplicaron a los sujetos. En segundo lugar un reporte de la evolución del caso, durante seis meses de atención en programas individuales (para la madre y el infante), de terapia clínica, sesiones que fueron llevadas a cabo en los cubículos del Área de Educación Especial y Rehabilitación de la Clínica Universitaria de la Salud Integral (CUSI).

6.3.1. Primer caso. Sujeto S14.

El sujeto S14, es una infante de 9 años de edad, producto no deseado, ni planeado que ocupa el tercer lugar en una familia de tres hermanos. Categorizado como retardado en el desarrollo. Actualmente cursa el primer año de primaria especial en el proyecto de Escuela para Deficientes Mentales de la S.E.P.

Pertenece a una familia nuclear formada por el padre, la madre y tres hijos. Al nacer, presentó amenaza de hepatitis y deficiencia cardiovascular, por lo que estuvo hospitalizada durante 15 días, siendo esta patología probablemente, la causa de algún daño a nivel cerebral, lo cual no se ha confirmado ya que ha falta de recursos económicos, el infante

no ha sido valorado por especialistas médicos, ni neurológicos.

Antes de que la madre naciera, la madre nunca tuvo información acerca de los casos de Educación Especial, ni de como actuar ante ellos, tampoco llegó a imaginar que alguno de sus hijos llegara a presentar anomalía en su comportamiento y desarrollo, siendo esta probablemente la razón por la cual, al notar que el desarrollo de su hija no era acorde con su edad, en relación al desarrollo de otros niños con la misma edad, la madre consideró que solo se trataba de una diferencia particular no significativa o bien, que era algún rasgo particular de su hija --algo así como que era un poco floja, para aprender o desarrollar sus habilidades motoras o verbales, diferencia que empezó a notar desde los 7 u 8 meses de nacida la infante.

A los dos años de edad de la niña, al notar que su habla estaba muy por debajo de lo que se esperaría, en relación a otros infantes, fue cuando la madre decidió consultar a un médico, actitud que el padre rechazó pues este seguía opinando que su hija no padecía nada grave y que con el tiempo mejoraría, además de que según la madre, continuaba con la actitud de sobreprotección que hasta la fecha había tenido para con la niña, manteniéndose al margen del cuidado y educación de la niña, asumiendo solo la responsabilidad económica de la familia.

Desde nuestro punto de vista y apoyándonos en la bibliografía consultada, la sobreprotección "abierta" del padre y la sobreprotección "oculta" de la madre, así como el desconocimiento "real" del fenómeno y por tanto la falta de técnicas y/o actividades para conducirse con la niña, seguramente impidieron que ésta recibiera una estimulación y ejercitación acorde a sus capacidades, además de apoyar indirectamente la actitud de bajo compromiso a la realización de tareas y la baja intención de enfrentar actividades o participar en dinámicas.

A los 2 años de edad, fué llevada con un médico general, el cual sugirió una serie de evaluaciones (todas a nivel médico). A los cuatro años, por consejo de una pariente de la madre, la infante fué canalizada a una institución de Educación Especial, en donde fué valorada para determinar el proyecto educativo al que correspondía integrarla, valoración que fué realizada por los especialistas de C.A.P.E.P. - Instituto perteneciente a la S.E.P. encargada de las valoraciones y canalizaciones. Como resultado de tal valoración, la niña fué remitida al proyecto de Escuela para Deficientes Mentales.

Por su parte, el padre de familia continuo insistiendo en que no se le debería de exigir demasiado a la niña y al principio se opuso a que su hija entrara en la escuela recomendada, argumentando que su hija no estaba tan "malita" como los otros niños que a esas escuelas asisten, sin

embargo, termino por acceder debido a que la madre le hizo ver que él nunca participaba en el cuidado de la niña, dada la situación provoco que los conflictos entre la pareja aumentaran.

Tanto el padre como la madre, muestran para con su hija, un sentimiento de lástima, base de su conducta de sobreprotección y de la falta de carácter de exigencia para con las tareas de la infante, además de que es evidente una falta de estrategias de estimulación y ejercitación acordes a la infante, lo cual ha reducido significativamente las habilidades de participación de la niña en situaciones de trabajo en el hogar y en su medio social, conducta motora gruesa y fina, estrategias de solución de problemas, etc. Así como su nivel de compromiso e intención a la acción.

Por otra parte, se observó un aumento en las habilidades de chantaje y manipulación, rechazo de la actividad y aceptación de un rol de incapacidad, tanto en cuanto a su conducta, como con sus comentarios verbales los cuales son hechos en relación a la incapacidad, para efectuar tal o cual tarea, mismos que parecen coincidir con la idea de capacidad que la madre tiene de su hija, pero que estan por debajo de los resultados obtenidos en su inventario de habilidades.

Plan de Atención.

Con base a los elementos obtenidos, se consideró el siguiente plan de atención; consistente en tres niveles generales de acción.

- Primer Nivel. -- Programa de valoración y reconocimiento físico.
- Programa de estimulación y ejercitación física.
- Segundo Nivel. -- Programa de desarrollo conductual, académico y social.
- Programa de Desprofesionalización hacia los padres de familia, mediante el cual éstos desarrollaran, estrategias de atención, estimulación y ejercitación.
- Tercer Nivel. -- Programa de atención clínica, para el infante y para los padres por separado.
- Para ambos casos la atención clínica, será dirigida al aspecto emocional-significativo del paciente.

6.3.1.1 RESULTADOS OBTENIDOS DURANTE SEIS MESES DE ATENCION.

Debido a que la familia no contó con la economía necesaria, para que le fuera realizada la valoración física y que además no disponia tampoco del tiempo necesario para que la niña asistiera a una tercera terapia (asistia por la mañana a la E.E.E. y por la tarde a su terapia clínica, aunado a esto las características de atención de solo 6 meses

no fuè posible que se realizara el trabajo sugerido, para el primer nivel.

Por otra parte, fuè imposible que se interviniera en el programa de atención que recibe en su escuela, por lo que la propuesta del segundo nivel se considero atendida por la institución a la que asiste, con el problema de que no se pudo llevar control alguno, ya que es minima la información que la madre recibe por parte de la maestra de la niña, limitándose a comentarle las características de su rendimiento y las necesidades de material para trabajar.

Por tal razón el presente reporte de trabajo solo hace mención de los resultados obtenidos durante el trabajo de atención clinica, durante los 6 meses en que esta se proporcionò.

En relación al trabajo con la madre, la participación y compromiso de esta, fuè siempre satisfactoria mostrando constante interés, observò pocas inasistencias a las sesiones programadas.

Durante las primeras sesiones, la madre mantuvo como principal idea, un deseo por saber que era lo que su hija tenia, según ella nadie le habia dado una explicación exacta de cual era el padecimiento de su hija. Esta posición que más que demandar una propuesta de información o aclaración, parecia "buscar un consuelo" y un "reconomiento de su labor" para con su hija, justificando su actitud de sobreprotección, ya que aún cuando era cierto que no poseia un diagnóstico

formal y completo de la situación de su hija, también era cierto el hecho de que había recibido datos y diagnósticos tanto verbales, como escritos de las características del infante y la madre misma manejaba cierto nivel de conocimiento del fenómeno, lo cual probablemente establece una necesidad de ocultar la verdad, con un probable fin de no parecer culpable por no dar la atención y el cuidado necesario a su hija.

De esta supuesta necesidad de información, la madre pasó a una posición de protección hacia su hija, mediante la cual parecía "tratar de autoconvencerse" de que la infante no estaba tan "mal" como otros niños del grupo al que su hija asiste, nuevamente dejando ver una posible idea de que no era tan grande su error de no atenderla apropiadamente, al fin y al cabo no lo necesitaba tanto como otros niños.

Al cabo de algunas sesiones, la madre trataba de encontrar un culpable del origen de la situación de su hija, comentando con más frecuencia la sobreprotección e indiferencia del padre, la negligencia de los profesionalistas a los que había consultado, las características no satisfactorias de la escuela a la que la niña había asistido y en ocasiones cuestionó su culpabilidad por haberse embarazado a la edad en que lo hizo --43 años.

Posteriormente, "manejó" una idea de imposibilidad para resolver por sí sola la situación, un reclamo de falta de apoyo por parte de su esposo, así como la situación de

rechazo por parte de la familia del esposo, momento que puede determinarse como de queja y de inicio de aceptación de la incapacidad, para solucionar el problema y permitió posiblemente que la madre comprendiera y aceptara su actitud y conducta de sobreprotección para con su hija, mostrándole a ella misma como es que suponía que su hija era incapaz e inútil y como esto la conducía a la sobreprotección, asimismo permitió que la madre expusiera su temor, por un probable atentado sexual contra su hija, lo que provocaba aún que aumentará la idea de proteger a la hija y sobre todo de evitar que saliera a la calle sola.

Asimismo, comentó la mamá que en varias ocasiones se había percatado de la sobreprotección del padre y de como la niña lo manipulaba y lo chantajeaba y como era que debido a ello, la señora no podía mantener un control adecuado de la situación.

Conforme el tratamiento avanzaba, el entusiasmo de la madre parecía aumentar en relación a la asistencia de su hija a la E.E.E., dejando a un lado las constantes quejas hacia la institución. Su aceptación de la sobreprotección hacia su hija fué aumentando, además de que comentaba que en realidad, en repetidas ocasiones había notado las estrategias que su hija utilizaba, para evadir las tareas que se le había sugerido o bien, para que la madre terminará por realizarlas.

Este tipo de comentarios, paulatinamente fueron seguidos por demandas de solicitud de sugerencia de como actuar o que

hacer en tales o cuales casos, aunque no disminuía la queja de la falta de participación del padre en la atención de la niña.

Casi al final de los seis meses de trabajo, la madre se encontraba haciendo pequeñas propuestas, acerca de como debía comportarse ella misma para con su hija, así como en cuanto a la aplicación de estrategias y tareas que consideraba adecuadas para su hija y posiblemente realizables por ésta última, a fin de aumentar su actividad y responsabilidad

En cuanto al trabajo realizado con la niña, se presentó otro tipo de desarrollo, por principio, la capacidad de lenguaje verbal de la infante, era bastante reducida fuera de los "diálogos cotidianos y mecanizados", es decir que no estaba acostumbrada a mantener un diálogo extenso y complejo, sin embargo la comunicación libre y el permitirle el tiempo suficiente para exponer sus ideas lo mejor que pudiera, permitió aprovechar las respuestas gesticulares del sujeto.

Al principio, se identificó en la niña una actitud de indiferencia, manipulación, baja intención a la acción y reducido compromiso a las tareas o a la interacción, conforme avanzó la terapia, las primeras respuestas por parte de la infante fueron de molestia y de enfado, resistiéndose a participar, evitando el contacto ojo a ojo y sus comentarios, regularmente eran en relación a como jugaba con sus

familiares o bien, como es que no la dejaban salir a la calle.

En la última etapa del periodo, la niña comenzaba a expresar algunas preferencias y algunos aspectos que le desagradaban, por ejemplo --el trato que su hermana recibía a diferencia del que ella recibía. Puntos de vista acerca de lo que sucedía en el hogar, opiniones personales de su situación y de porque no la dejaban realizar determinadas tareas y actividades, como salía a la calle a ella sola.

Al fin del periodo, se canalizó a la familia a las instancias correspondientes, para que continuara con el apoyo.

6.3.2. SEGUNDO CASO: Sujeto No. S15.

El sujeto No. S15, es una infante de 7 años 8 meses, producto no deseado, ni planeado, pertenece a una familia formada por la madre de 47 años de edad y sin escolaridad, y diez hijos, de los cuales la infante ocupa el décimo lugar. El padre falleció algunos meses antes de iniciar el trabajo.

La niña fué categorizada como deficiente Mental, por el Instituto C.A.P.E.P. (vease el caso anterior) y canalizada a escuela primara para Deficientes Mentales.

A los cuatro meses de nacida, la niña presentó meningitis, altas temperaturas y períodos de convulsiones, sin embargo no se ha podido determinar daño a nivel neurológico, ya que no se le han practicado las valoraciones pertinentes.

Antes de que la niña naciera, la madre nunca tuvo información acerca de los casos de Educación Especial y nunca penso que podria presentarse un caso de anormalidad en el desarrollo de sus hijos, además de que considera que la única diferencia de su hija en relación a la de otros niños es que ésta es de lento aprendizaje, ya que (según la madre), el comportamiento de su hija en el hogar y en sus tareas diarias, es igual al de cualquier infante o al que presentaron sus hijos.

Empero, en realidad la niña no realiza actividades de compra por si sola, no la dejan salir a la calle por temor a

que se pierda y las actividades que la madre le enseña como parte de una tarea en el hogar un tanto complejas la niña las olvida a largo plazo.

La madre, mantiene la idea de que su hija aún esta "chiquita" y que tiene "buen tiempo" para que posteriormente pueda aprender a leer y escribir.

Norma, observa dificultad para la construcción y manejo de conceptos como colores, número, fechas y operaciones matemáticas simples.

En cuanto a la participación del padre (mientras éste vivía), era mínima en relación al cuidado y educación de los hijos y especialmente en Norma, mantenía y expresaba la idea de que no se debía presionar a la niña y que se le permitiera avanzar a su propio ritmo.

La actitud que la madre tiene para con su hija, observa aspectos tanto de sobre-protección como de indiferencia, este segundo aspecto, probablemente basado en un estado de no aceptación de que la situación de su hija implique un problema para ella o para la infante, puesto que es probable que considere que la capacidad de su hija es suficiente para hacer una vida normal de ama de casa, ya que generalmente hace notar que su hija no encuentra dificultad alguna para realizar sus tareas en el hogar o para relacionarse con sus hermanos, además que es posible que no mantenga un interés por el desarrollo académico de ésta.

Esta actitud de indiferencia, se ha generalizado al resto de la familia, la cual, además de que les es más cómodo (según la madre), están de acuerdo en que la niña es de lento aprendizaje y que aunque tarde, aprenderá lo "necesario" para hacer su vida, la mayoría de los hermanos solo han cursado la primaria, además de que el objetivo de la madre al asistir con su hija a la clínica era que le ayudaran un poco a que aprendiera a leer y a escribir en lo que encontraba una escuela para su hija.

En cuanto a la niña, es posible en ella una actitud participativa y activa, presenta bajo compromiso a las tareas y a la interacción verbal y baja intención para iniciar conversación. Cuando se le pide que realice una actividad específica que salga de sus actividades cotidianas, su actitud es de bajo interés, dejando la actividad incompleta y retoma su conducta de juego.

La madre no presiona a la infante, ni la estimula para que ésta realice la tarea y tampoco la corrige. Eventualmente le hace alguna observación, para que termine lo encomendado pero sin evaluar su desempeño, con facilidad, la niña abandona la tarea e inicia interacción verbal con la madre quien favorece esta actitud. La niña no muestra gran esfuerzo para resolver un problema o para completar una tarea y la madre no se lo exige.

6.3.2.1.

RESULTADOS OBSERVADOS DURANTE 5 MESES DE TRATAMIENTO.

En relación al trabajo con la madre, la participación de ésta, desde un principio fué con muy poco compromiso e intención (observa constante inasistencia), su actitud más la necesidad de un reporte diagnóstico que pudiera exentar a su hija de la asistencia de su hija a una escuela de E.E. o en otra institución.

Era posible apreciar el deseo de la madre en este aspecto, ya que la constante de la madre durante casi la mitad del período fue de una forma u otra, que su hija era igual a otros niños e igual a sus otros hijos cuando fueron niños. Cambiaba de tema constantemente y eludía preguntas relacionadas con las capacidades de su hija o de la atención que había recibido a la fecha, hablando de problemática personal o bien de cuestiones de economía familiar.

Para la segunda mitad del período, la madre empezó a enfrentar sus contradicciones, en cuanto a que su hija no presentaba ninguna anormalidad, empezando a aceptar que la infante observaba imposibilidad para aprenderse y manejar los números aún cuando a su edad, cualquier infante con educación escolar acorde ya hacía un uso adecuado de ellos, igualmente sucedía con los colores y con la lecto-escritura en general. En repetidas ocasiones, le fué imposible elaborar un

argumento que justificarà el porquè de esta situaciòn y la certeza de que eso, no era un indicio significativo, para hablar de un problema con relaciòn al desarrollo de la alumna.

Posteriormente, fuè clara la aceptaciòn que hacia acerca de su incertidumbre en cuanto a la vida independiente de su hija con relaciòn a actividades tan "aparentemente sencillas y cotidianas", como era el ir a la tienda y realizar actividades de compra, sin embargo al llegar el momento en que surgian "preguntas claves" en relaciòn a que pensaba la madre acerca de la vida futura de la niña y como evaluaba seria su vida independiente o cuando la madre no estuviera con ella para cuidarla, la madre vacilaba un poco antes de contestar y generalmente regresaba a su actitud despreocupada y contestaba que su hija aún era pequeña y que le quedaba tiempo de sobra, para que aprendiera lo necesario para llevar su vida normal y hacer una vida de pareja sin problemas.

Un mes antes de que terminara el periòdo planeado (seis meses), la señora mostrò un nuevo cambio o mejor dicho, es como si hubiese recuperado su posiciòn de despreocupaciòn y de convencimiento de que su hija nada padecia, esto posiblemente relacionado con el hecho de que habia encontrado un lugar para su hija en una escuela primaria (segùn comento la misma madre), en donde se formaria un Grupo Integrado (1).

Como la madre habia retomado su argumento de que su hija "nada tenia" y que solo era un poco lenta en su

aprendizaje, estaba segura de que en el grupo en mención, se le proporcionaría lo necesario, para que la niña cursara sus estudios primarios y a partir de la sesión en que expuso tal situación, dejó de asistir a la clínica, negándose a reincorporarse a pesar de que se realizaron los procedimientos de rescate de paciente, correspondientes. De tal forma, se dió por terminado el trabajo con el sujeto S15.

1. Proyecto de E. E. de la S.E.P. en donde se atienden alumnos que hayan reprobado el primer año de primaria por causas de método inadecuado o bien por falta de apoyo familiar.

7. DISCUSION.

La propuesta expuesta en el capitulo III de este trabajo, plantea la posibilidad de conceptualizar el fenómeno de los sujetos categorizados como retardados en el desarrollo, en sujetos con una Estructura General Diferente (E.G.D.), además de aclarar los aspectos que implica una conceptualización, en cuanto a como se considera el fenómeno, como es tratado y que se pretende hacer en relación a este, con base a ello, se propuso como objetivo, la identificación de elementos que permiten el desarrollo y mantenimiento de dicha estructura, con la finalidad de prevenir y/o tratar tal fenómeno.

Al confrontar los resultados obtenidos en las dos fases de la investigación, consideramos que uno de los elementos que determina la E.G.D., sin lugar a duda son las características físicas del individuo; su estructura neurológica y su condición física general, aspecto que representa en la mayoría de los casos con los que trabajamos imposibilidad para acceder a niveles conceptuales "superiores", específicamente a la escritura libre alfabética convencional, a la lectura lúida y de comprensión de texto y al manejo de las matemáticas y del razonamiento matemático en niveles que vayan más allá de la mecanización de algunas palabras y de algunos símbolos (lectura de seguridad).

Estos aspectos generalmente fueron infentificados con problemas de memoria a corto y largo plazo, imposibilidad para reconocer y abstraer características que permitan la generalización e impiden la construcción de conceptos, dificultad en el razonamiento lógico, por no poder establecer secuencias operativas, problemas para discriminar sonidos, formas, figuras, etc. Todo ello relacionado probablemente con alteraciones en las funciones cerebrales, probablemente causadas por alguna lesión en determinada zona del cerebro (Luria, Op. Cit.).

Asi como casos en que existia dificultad significativa para coordinar los movimientos, mantener la atención fija, quienes no escuchaban del todo bien, quienes confundian los sonidos o quienes no podian alcanzar una fonologia que les permitiera expresarse satisfactoriamente, confundiendo palabras y enfrentando dificultad para establecer diálogo y para ordenar sus ideas y elaborar un discurso coherente.

Sin embargo, en la mayoría de los casos, también se observó que los sujetos, eran capaces de realizar conductas y actividades más difíciles de las que los padres y los profesores a su cargo consideraban y accedían a realizar, se observó que existían muchas actividades que los sujetos no realizaban, porque el padre no se los permitía o no se lo solicitaban y en este sentido, pudimos deducir que el aspecto físico y neurológico representa como hemos dicho un

importante elemento para la conformación de la E.G.D. pero no el único, ni el más importante de ellos.

Otro de los elementos que consideramos interviene en la conformación de la E.G.D. existe "potencialmente", antes de que el individuo nasca, es decir antes de que conosca sus características físicas, este elemento es el "significado" social (padres y núcleo social), de lo normal y lo anormal, de lo sano y lo enfermo, como parte de las expectativas que se tienen en relación a un individuo.

Este concepto de normal y anormal, determinò en los padres con los que trabajamos un aspecto de gran importancia, ya que aún cuando ninguno de ellos parecía tener una clara idea de lo que significa los problemas de trastorno en el desarrollo y los casos de Educación Especial, todos ellos mantenían una clara diferencia, entre los niños que nacen "bien", sanos, normales y los que nacen "mal", anormales o enfermos; los primeros en consecuencia serán capaces de aprender cualquier cosa y de realizar cualquier actividad y los segundos no serán capaces de desarrollarse igual que los niños normales, no serán capaces de aprender y no podrán ser independientes.

De esta forma, el significado de normalidad-anormalidad jugará un papel de gran importancia para el desarrollo del individuo, este significado del fenómeno determinará, no solo la elaboración de estrategias de atención, la participación de los padres en el cuidado del infante y su disponibilidad

para contribuir con el trabajo y programas dirigidos al tratamiento del infante, sino que determinará de alguna forma las características de las experiencias a las que se someterá el niño, la estimulación y ejercitación que se le proporcionará, presentándose generalmente una baja frecuencia de interacción (juego, tareas, indicaciones, obligaciones), dirigidas a ellos, desarrollándose de este modo ambientes de sobreprotección para el sujeto, lo cual lleva a suponer que las oportunidades realmente propicias para que el individuo elabore conductas de búsqueda de solución convencional, de esfuerzo, de intención de logro y de estimulación a una manipulación cada vez más compleja, fueron reducidas en comparación con los contextos en los que los sujetos considerados normales, se desarrollaron.

Siendo por el contrario, generalmente propicios los contextos para que se presentara la no participación del infante en tareas o actividades complejas, la elaboración de estrategias de "chantaje" (llanto, autoagresión, pasibilidad, etc.), dependencia, rechazo, etc., por lo que era común escuchar a las madres comentar que sus hijos en realidad sabían hacer las cosas, pero que se negaban abiertamente a realizarlas, presentando "berrinches", llorando o agrediendo verbal y físicamente.

Asimismo, los sujetos ante situaciones que requieren un mayor esfuerzo que el habitual y que no eran familiares, ostraban conductas de desinterés, molestia o indiferencia, o

simplemente cambiaban de actividad y verbalmente expresaban la tan común respuesta de "no se", "no puedo", "eso no me ha enseñado mi mamá", etc.

Estas estrategias representan un obstáculo muy importante para el aprovechamiento y concentración del alumno durante el trabajo e implican un problema aún más complejo que la posible existencia de una incapacidad neuronal para mantener la atención, ya que no solo es en el sentido de potencialidad física, sino también en el sentido de falta de habilidad cognitiva, es decir quizá no solo no sea posible mantener la atención y la concentración en el trabajo, efectuar un trabajo fino o de coordinación y seguimiento, sino que además existe la posibilidad de que el individuo esté evitando hacerlo, rechace el trabajo y actúe con pasividad.

El significado de lo normal y lo anormal, no solo influye en la actitud de los padres, sino igualmente en la de el resto del grupo social quien "apoyará" una conducta de sobreprotección y de evitación de enfrentar al infante a situaciones difíciles, siempre que sea posible. Así como la de muchos profesionistas que elaboran y aplican programas de atención para estos casos, maestros y terapeutas que parten del mismo significado de incapacidad del individuo, para acceder a niveles normales de conocimiento y a habilidades complejas, por lo que su trabajo se reduce en muchos casos a programas de "adiestramiento mecánico" en cuanto a conducta

social y auto cuidado, en donde no se consideran las capacidades reales del individuo, sino los mínimos criterios que una persona puede alcanzar y por tanto propicios para un incapacitado.

Estos aspectos, traen a colación otro de los elementos que intervienen en la conformación de la E.G.D. éste es, la falta de estrategias para apoyar el desarrollo de tales individuos acorde a sus capacidades reales, sustituida generalmente por estrategias de sobreprotección e indiferencia, en base a sentimientos de lástima, rechazo, culpa, etc.

Como muestran los resultados, en la mayoría de los casos, los embarazos no fueron deseados ni planeados, las madres no tenían experiencia en la cría de hijos, debido a que fué su primer o único hijo y su corta edad expresa una posible falta de maduración emocional, además de que por lo regular enfrentaban dificultades económicas y de relación con su pareja. Situaciones que expresan la posibilidad de que no existiera la experiencia necesaria para atender, educar y estimular el desarrollo de un infante y quizá hasta la falta de disponibilidad para hacerli, lo que generalmente provoca que las madres se apoyen en la experiencia de las abuelas, otros parientes o vecinos en general, en primer término y especialistas solo, en un segundo o último término apoyados todos ellos en la idea de la "normalidad" del infante y en la consideración de que el sujeto, como analizábamos en el

discurso anterior, se desarrollará por sí solo, ya que es normal.

Sin embargo, en los casos en que el infante es "anormal" o "enfermo", las estrategias de acción de la madre se verán aún más reducidas, ya que si no sabe que hacer con un niño normal, menos sabrá que hacer con un niño anormal, puesto que a lo largo de su vida tuvo experiencias en juego y debido a la presencia concreta o verbal de casos de cuidado y atención de niños normales, pero nunca en casos de niños anormales y lo mismo sucedera probablemente con las personas de las cuales espera apoyo.

Las frustraciones de sus expectativas, el sentimiento de lástima por aquel infante "enfermo" o el rechazo de la realidad, debido a que no acepta que "no pudo" tener un hijo normal y por tanto la elaboración de un sentimiento de culpabilidad, provocará que no pueda valorar la situación real y que actué o bien en forma "compensativa" para con el infante o bien ignorando su estado, desarrollando una actitud que le impedirá enfrentar a su hijo a situaciones difíciles, debido a que no quiere que sufra por haber nacido "enfermo" o bien de no aceptar que su hijo no puede desarrollarse igual a los otros, elaborando estrategias de sobreprotección y/o indiferencia que en general representará regularmente programas inadecuados de estimulación, ejercitación y propiciación de experiencias, como se especifica en el discurso anterior.

Como último elemento a considerar en este trabajo, pero tan importante como cada uno de los anteriores, proponemos la estructura emocional y de significado que el infante ha conformado a través de sus experiencias, es decir, la estructura que permite y establece los "lazos afectivos" entre el infante, sus padres, hermanos, parientes y personas en general, así como el significado que para el niño tiene cada una de estas personas, sus actitudes y sus conductas, el significado de la actitud y la actividad propia.

En la mayoría de los casos con los que trabajamos, observamos que en el momento en que la madre o el resto de la familia tenía conocimiento o infería que el infante era "anormal" o estaba "enfermo", daban un rol a este sujeto de deficiente, retardado o incapaz, pero más aún, no solo el sujeto no fué planeado ni deseado en la mayoría de los casos, sino que las expectativas "sociales" de la madre de que su hijo fuese igual a cualquier otro se veían no cumplidas, provocando sentimiento de ira, rechazo, culpabilidad y lástima que generalmente son "escondidos" o reprimidos debido quizá a aspectos de moralidad social, algo así como una idea de que las madres deben "querer" a sus hijos sea como sea y quizá por ello era común que las madres se "apuraran" a especificar que aceptaban a su hijo o que lo habían aceptado a pesar de que no había sido deseado, ni planeado.

Estos "sentimientos" o emociones confusas o no consolidadas, probablemente impiden que se conforme una idea

clara y un "deseo" consciente del bienestar y desarrollo del infante, una aceptación del sujeto y de sus características y por tanto un compromiso para procurar su desarrollo, así como la disposición para establecer momentos de interacción de juego, estimulación de interacción verbal, compartir tareas y diversas actividades que implicarían el contacto físico y verbal a través del cual un sujeto se siente estimulado, reduciendo dichos contactos quizás, a contextos, verbalizaciones y conductas en que el infante es corregido o recriminado por su torpeza, aislado de la actividad, ayudado en la mayoría de sus necesidades o constantemente consolado y compadecido por su situación, experiencias que representarían, tal vez la ocasión en que con mayor frecuencia el infante mantiene contacto físico y verbal con el adulto y también, cuando es considerada su presencia, como parte del contexto o del grupo social.

De acuerdo a esta situación, el infante asumirá su rol de retardado o de "enfermo", rol que en la medida que sea aceptado, establecerá una relación satisfactoria entre las expectativas de la madre, hacia un hijo que considera retardado y la respuesta de un hijo como tal, estableciéndose así que el infante consiga sus satisfactores, no solo con menor esfuerzo de su parte, sino con la probable suposición de que de esa forma la madre estará complacida.

Tal vez en relación a esto, es que la mayoría de los casos que fueron atendidos se observó, la existencia de una

estructura emocional en los infantes con características que parecían mostrar un "apego a la madre" y que hacía que pareciera imposible que el infante dejara de depender de ésta, como si le fuera necesario ser dependientes para que la madre los tomara en cuenta o los consintiera. Y en efecto la madre parecía ser menos indiferente o dirigirse a su hijo con mayor frecuencia, si éste presentaba alguna conducta de este tipo como cambiar el tono de su voz, hacer gestos de molestia por alguna actividad, negarse a participar, hacer berrinches o mostrar enfado, que más que una conducta mecánica por parte del infante y de la madre, parecía ser una estrategia en donde el infante demandaba la atención de la madre, su interés y su estimulación y la madre se lo proporcionaba en forma de reproche, regaño, corrección, etc.

Esta relación entre adulto e infante, en donde el segundo ha "aprendido" como satisfacer al primero y como sentirse satisfecho, establece quizá la necesidad de que la dinámica se mantenga de la forma en que se ha dominado y por tanto, no solo una indiferencia porque las cosas cambien, sino tal vez un rechazo a que esto suceda, por lo que es posible que el infante no solo, no tenga interés en cambiar, en aprender a ser distinto, en dejar de ser dependiente seguir siendo el "tonto e incapaz" de la familia, sino que hará uso de las estrategias que ha elaborado y expresará conductas de no participación, de rechazo y/o de agresión.

Si consideramos esta situación, será posible visualizar que el problema de atención de un infante categorizado como retardado o deficiente va mucho más allá de las lesiones físicas que presenta, de su supuesto reducido repertorio conductual y de las estrategias de sobreprotección de su familia, ya que implica una situación de estructura general del individuo, situación que debe ser atendida en estos términos.

Esta interacción de elementos: características físicas, estrategias de atención, significado del fenómeno que manejan los padres y adultos en general, significado de la situación que maneja el sujeto mismo y estructura emocional afectiva de los padres y del hijo, nos permiten observar un fenómeno de gran importancia y mayor complejidad que "revaza" al sujeto en sí, implicando a la familia y a la sociedad con ella, las instituciones que categorizan al infante y lo etiquetan como un "Retardado" o un "Deficiente Mental", sometiéndolo "automáticamente" a un proceso de atención preestablecido.

En este contexto, podemos suponer la complejidad del proceso y las características de conformación de la estructura general de estos individuos y también podemos considerar la posibilidad de un enfoque y un proceso de atención a tal fenómeno, que abarque no solo el aspecto educativo del infante y el informativo hacia los padres, sino que considere la estructura general del individuo y la relación de las características de la dinámica familiar.

En este sentido, la elaboración de un programa, podría considerar dos aspectos generales: en primer lugar un plan de prevención, el cual sería dirigido al momento previo a la presentación del fenómeno, tanto en casos generales como en casos cuya situación es de alto riesgo. Dicho programa de prevención, podría basarse en perfiles similares a los obtenidos en nuestra investigación, ya que éstos posibilitarían un marco específico de programación y planeación, acerca de los tópicos que se revisarían en un taller, seminario, curso o conjunto de pláticas dirigidas a los padres, profesores y público en general, a quien se dirigiera el plan de prevención, asimismo, el manejo de tópicos específicos como son edades, situación en que se presenta el embarazo, tanto económica, como emocional y social, manejo de información por parte de los padres, expectativas y significados entre otros (1), que permitirían una información más directa y concisa, programas de concientización más efectivos y directos que ayudarían a los profesionistas a planear sus observaciones, programas de valoración y programas de atención.

La segunda etapa constaría de un programa de atención terapéutica, dirigida a las familias, donde el fenómeno ya está presente, independientemente de que hayan pasado por la etapa de prevención o no. Esta segunda etapa, consistiría de_

(1) Revisar en los anexos, los tópicos que se manejaron en -- las entrevistas dirigidas a los padres.

un programa dividido en tres niveles y aplicado por separado a los padres y al infante, en un primer momento a la familia en conjunto, en un segundo momento, similar al efectuado en la segunda fase de nuestra investigación. Consistente en un plan de valoraciones físicas, neuropsicológicas conductuales, dirigido al infante. Un plan de atención educativo, tanto para padres, como para el infante y un plan de atención de terapia clínica emocional afectiva, dirigida a los padres y al infante. Cada uno de ellos acorde a los resultados de sus valoraciones generales, basadas en un programa de valoraciones que abarcaran en lo más posible la estructura general del individuo, semejante a la aproximación que se efectuó en la primera fase de nuestra investigación.

Para la realización del plan de valoración general, no solo sería conveniente la aplicación de evaluaciones neurológicas, físicas y psicométricas, sino que además de estas aplicar evaluaciones musculares y óseas, conductuales y de habilidades de relación y operatividad del medio social y físico, así como de características de interacción familiar, extrafamiliar y social, a través de programas de observación y registro continuo de conductas motoras y verbales, al igual del contexto en que se presentan y las particularidades con que se producen, ya que esto daría un indicador importante de la percepción del infante hacia su familia y hacia sí mismo.

A partir de esto, el programa de atención se conformaría, no solo con base en lo que la sociedad y las

instituciones esperarían o determinarían para los sujetos, sino en razón de sus capacidades "reales" y con la intención de que los individuos desarrollen, no solo respuestas sociales aceptables, sino una estructura cognitiva y emocional que permitiera precisamente el desarrollo "óptimo" de sus capacidades, entendiéndolo por desarrollo "óptimo", como el desarrollo de todas y cada una de las capacidades propias e individuales de un sujeto, independientemente de que estas sean o no similares a las de la mayoría de su núcleo, alcanzando hasta donde sea potencialmente posible, el desarrollo de una habilidad o manejo hábil de tal capacidad.

Por otra parte se considera el trabajo dirigido a los padres, tanto en el plano educativo, como en el cognitivo y emocional, para ello, el padre deberá participar en un programa que le permita conocer y comprender las características y necesidades de su hijo, así como las posibilidades de desarrollo particular y general de los sujetos como él, con el objetivo de que desarrolle una concepción o bien de que reestructure su concepto y le permita una interacción que sea propicia, para el desarrollo "óptimo" del infante y de su relación familiar.

El plan de atención clínica comprendería, un proceso de aproximación a la estructura emocional, tanto del infante como de los padres, proceso en el cual se buscará que ambas partes expresen sus emociones, el significado que manejan en relación a lo que los rodea, así mismos y a la dinámica en

la que viven y a los "Roles" que les dan y que han "Asumido" y la relación de todo esto, las características de la estructura general que ha conformado el infante y las características en que se expresa.

Buscando que a través de este proceso, tanto padres como hijo, logren elaborar o mejor dicho reelaborar su estructura emocional y de significados, permitiéndole acceder al proceso de reelaboración de su estructura general.

8. CONCLUSIONES.

El desarrollo general óptimo de un individuo, comprende un proceso de desarrollo individual, referente a las capacidades propias de cada sujeto (motoras, cognitivas y emocionales) y un proceso de desarrollo social, referente a la inclusión del individuo en un medio social.

Este desarrollo general óptimo, es diferente al desarrollo que determina una norma, la cual establece los criterios y características que deberán alcanzarse en determinada etapa de vida o de proceso, si es así, se está dentro de lo normal, y si no, se es anormal. A diferencia de ello, un desarrollo óptimo hace referencia a la posibilidad de "alcanzar" el grado de desarrollo máximo, que potencialmente sea posible para cada una de las capacidades de un individuo.

Por ejemplo: un sujeto cuyas características neurológicas, no le permiten acceder a la lecto-escritura, es decir, que no tiene capacidad neuropsicológica para hacerlo, no necesita aprender a leer y a escribir para que se considere que ha alcanzado un desarrollo óptimo, si por el contrario, el sujeto, no observando ningún impedimento para aprender a caminar y aún así no logrará trasladarse de un lugar a otro por sí solo, entonces eso sí sería considerado como una situación en que no se presentó un desarrollo óptimo de su capacidad de caminar, de tal forma que un desarrollo

óptimo, no implica alcanzar niveles y/o grados superiores o iguales a los de otra persona (s), sino alcanzar los niveles y los grados potencialmente posibles, para cada individuo.

Por otra parte, la inclusión al medio social que debe permitir el proceso de socialización, no solo implica la consideración de un sujeto como parte del grupo social, sino que además debe incluir la participación de los derechos y obligaciones tácitas y explícitas que ésta sociedad ofrece para cada uno de sus miembros, procurando la posibilidad de operación satisfactoria en el medio, tanto físico, como social a nivel cultural, económico y afectivo, así como la posibilidad de obtención de satisfactores primarios (comida, protección, sexualidad, etc.) y satisfactores secundarios (comodidades, diversiones, deporte, expresión artística, etc.).

Este proceso de desarrollo óptimo, se ve alterado, a diferentes niveles. Cuando por una parte, el individuo no recibe la estimulación y ejercitación adecuadas a sus necesidades y potencialidades, ya sea por cuestiones económicas, culturales o profesionales: por ejemplo en el Estado de México, no existe una institución pública que sea capaz de valorar a tiempo todos los individuos de probable lesión o malformación, ni los suficientes espacios, para que los infantes que así lo requieren reciban atención especial, prueba de ello es la cantidad de gente que se encuentra en la lista de espera de las escuelas de las zonas escolares del

Estado de México, que operan con los proyectos de E.E. de la S.E.P. (1), así como en las clínicas de atención pública de la U.N.A.M. (2).

En cuanto a los factores culturales, tenemos que muchas familias ignoran la posibilidad de que se presente un caso de alteración o daño neuronal en los infantes, las causas que aumentan la probabilidad de que esto suceda, las características de tales fenómenos y más aún las posibilidades de atención.

En cuanto a lo profesional, hemos desarrollado ya, en el capítulo II de la parte teórica de este trabajo, la observación de que las propuestas y programas de atención dirigidas a los infantes con E.G.D. no son satisfactorias desde la concepción misma del fenómeno.

Estos factores conllevan a que el desarrollo de los sujetos "atípicos", no solo, no sea óptimo sino que en algunos casos, ni siquiera satisfactorio para el individuo, puesto que se les obstaculiza o minimiza el derecho a la operación de los privilegios y novedades del medio, así como los beneficios de la modernidad cultural y artística, ya que generalmente se crea y se ofrece en términos que pueda ser manipulada por el común de la gente, reduciendo igualmente las posibilidades de desempeño productivo y económico que vayan más allá de realizar adornos y bisutería barata y más aún la posibilidad de que disfrute o satisfaga una necesidad primaria, como lo es la vida sexual.

Ante esta situación, el papel del psicólogo, debe dejar de ser de "ADAPTADOR", que reduce su participación a la elaboración y aplicación de programas que "buscan" que el sujeto, "adapte" sus características a las demandas del medio, "aprendiendo" repertorios lo más amplios posible, para mantenerse "fuera de peligro", tanto en la calle, como en el hogar, para que adquiera algo de independencia social y económica y para que en general lo hagan lo más parecido posible, al resto de su comunidad.

El psicólogo, en este campo de trabajo concreto, debe asumir, dentro de un grupo interdisciplinario, un papel de posibilitador y de socializador, elaborando y realizando programas de estimulación y ejercitación educativa y formativa, dirigidos al desarrollo físico y cognitivo-conductual del infante y de su núcleo básico.

Asimismo el psicólogo, debe elaborar programas de socialización en donde el individuo adquiera la aceptación e inclusión de su grupo independientemente de sus características físicas y neuropsicológicas, la posibilidad de que desarrolle la estructura necesaria para una interacción socioafectiva, que le permita "expresar", "ofrecer", "hacer sentir" su afectividad y "recibir", "sentir" la afectividad de su núcleo social, sin que ello represente un atentado contra su desarrollo óptimo, sino que por el contrario lo estimule.

Dicha propuesta, debe llevar al psicólogo más allá del papel del profesionalista que enseña (aún cuando este sea psicólogo educativo o clínico), estableciendo que su papel es de posibilitador de la estructura general óptima, del individuo.

BIBLIOGRAFIA.

- ANASTASI, A., Test psicológicos. Ed. Aguilar, México, 1976.
- BIJOU, V., Desarrollo Infantil. Ed. Prentice-Hall, Nueva Jersey. 1980.
- CAMERON y MARGARET (1951), En: Galguera, I., Hinojosa, R. y Galindo, C., El retardo en el Desarrollo: Teoría y práctica. Ed. Trillas, México, 1984.
- CASCAJARES, P., CHAVERO, R.E., DE LACHICA, E.V. y otros, -- Compendio de Anatomía Fisiología e Higiene. Ed. Eclal, S.A., México. 1973.
- DOLTO, F., La dificultad de vivir. Vol.I. La familia y los sentimientos., Ed. Gedisa, Buenos Aires. 1982.
- DOMINGUEZ, B. (1983). En: Galguera, I., Hinojosa, R. y Galindo, C., El Retardo en el desarrollo; Teoría y práctica. Ed. Trillas, México. 1984.
- LURIA, A.R., La organización funcional del cerebro. En: "Psicología Fisiológica" Selecciones de Scientific American., Ed. Bume, Madrid. 1970.
- PAVLOV, P., Veinte años de experiencia, en el estudio objetivo de la actividad neuronal superior de los animales. -- Ed. Akal, Madrid, 1951.
- PIAGET, J., Psicología del niño., Ed. Morata, Madrid, 1969.
- RIBES, I., Técnicas de modificación de la conducta. Ed. Trillas, México, 1986.
- THOMPSON, R., Fundamentos de psicología y fisiología. Ed. -- Trillas, México, 1980.

TSVETKOVA, S.L., Reeducación del lenguaje, la lectura y la --
escritura. Conducta humana No. 33., Ed. Fontanella, Bar-
celona, 1977.

VYGOTSKY, L., En: Luria, Leontiev, Vygotsky y otros. Psicolo-
gía y pedagogía. Ed. Akal, Madrid, 1973.

WALLON, H., La evolución psicológica del niño. Ed. Grijalvo, _
México. 1974.

A N E X O S

INSTRUMENTO No. 1.

Entrevista dirigida a la madre en relación al desarrollo del infante.

Nota: Este instrumento es una semi-estructuración de la entrevista, ya que contiene temas y aspectos generales que, se tratarán con la especificación de la entrevista clínica.

1. DATOS DEMOGRAFICOS.

1.1. Datos demográficos de la madre.

- a) Nombre.
- b) Edad.
- c) Estado civil.
- d) Escolaridad.
- e) Ocupación.
- f) Horario de trabajo.
- g) Dirección.
- h) Religión.

1.2. Datos demográficos del padre o tutor.

- a) Nombre.
- b) Edad.
- c) Estado civil.
- d) Escolaridad.
- e) Ocupación.
- f) Horario de trabajo.
- g) Dirección.
- h) Religión.

1.3. Datos demográficos de hermanos que habitan la misma vivienda, en orden progresivo del mayor al menor.

- a) Nombre.
- b) Edad.
- c) Escolaridad.
- d) Ocupación.

1.4. Datos demográficos de otros parientes que, habiten la misma vivienda, en orden progresivo del mayor al menor.

- a) Nombre.
- b) Parentesco.
- c) Ocupación.
- d) Escolaridad.
- e) Tiempo que lleva viviendo con la familia.

2. EMBARAZO, PARTO Y POSPARTO.

2.1. Antecedentes.

- a) Tiene algún familiar por parte de usted que, tenga problemas de retardo, daño cerebral o malformaciones biológicas.
- b) Tiene algún familiar por parte de su marido, con estas características.
- c) Tuvo problemas de algún tipo, en sus embarazos anteriores.

2.2. Embarazo.

- a) Cuantos años tenía usted, cuando se embarazo.
- b) A los cuantos meses de su gestación, supo que estaba embarazada.
- c) trató de evitar el parto de alguna forma.
- d) Sufrió algún accidente o contratiempo, durante su embarazo.
- e) Contrajo alguna enfermedad durante su embarazo.
- f) Tomo algún medicamento, durante su embarazo.
- g) Fumaba durante su embarazo.
- h) Bebía durante su embarazo.
- i) Describa su alimentación, durante el embarazo.

2.3. Parto.

- a) A los cuantos meses de gestación fué el parto.
- b) El parto se efectuó en medio institucional. ¿Por que?
- c) El parto fué normal o hubo necesidad de realizar cesárea.
- d) Existió alguna dificultad, durante el parto.
 - cordón chico o grande.
 - posición inadecuada del producto.
 - expulsión retrasada.
 - expulsión retrazada.
 - necesidad de utilización de forceps.
 - otras. ¿cuales?
- e) La anestesiaron de forma general.
- f) La anestesiaron de forma local.

2.4. Posparto.

- a) hubo llanto al nacer.
- b) Cual fué su peso al nacer.
- c) Hubo necesidad de algún tipo de hospitalización.
- d) Hubo algún comentario en especial del médico o de la persona que atendió el parto.
- e) Cuales fueron los resultados de las valoraciones (en caso de que se les haya efectuado).
 - frecuencia cardiaca.
 - frecuencia de respiraciones.
 - tono muscular.
 - color de la piel.
 - presión de los dedos.
 - tipo de succión.
 - respuesta a la estimulación de la planta del pie.

3. HISTORIA CLINICA DEL INFANTE.

3.1. Antecedentes.

- a) A que edad se percataron de que el infante, no era normal.
- b) Que notaron en el infante que los hizo pensar que, no era -- normal.
- c) Que edad tenía, cuando fué atendido por primera ocasión.
- d) En que lugar fué atendido por primera ocasión.
- e) Cual fué el diagnóstico que dieron de su hijo.
- f) En que consistió el tratamiento dirigido a su hijo.
- g) Cuanto tiempo duro dicho tratamiento.
- h) Por que fué suspendido.
- i) Que estudios se le han hecho al infante.
 - Electro encefalograma.
 - Audición.
 - Tono muscular.
 - Estructura anatómica de la cavidad bucal.
 - Estructura ósea.
 - Control de esfínteres.
 - Parásitos intestinales.
 - Dieta alimenticia.
 - Peso y talla.
 - Exámen médico general.

3.2. Tratamiento actual.

- a) En la actualidad que tipo de asistencia recibe.
- b) Desde hace cuanto tiempo.
- c) Con que frecuencia y horario.
- d) Tiene usted derecho a IMSS o ISSSTE.
- e) Como es que contactó, con el servicio que su hijo recibe.
- f) Cual es el diagnóstico que han dado de su hijo.
- g) En que consiste el tratamiento que su hijo recibe.
- h) De que forma participa usted, en el tratamiento.
- i) Quien más participa del tratamiento.
- j) Cuando hay necesidad de pruebas, medicamentos y otro servicio a donde asiste o como lo consigue.
- k) Sabe cual es el objetivo del tratamiento.
- l) Que avances ha notado o le han reportado, en relación al tratamiento.

INSTRUMENTO No. 111.

Entrevista clínica dirigida a los padres, aplicada por separado.

Nota: Este instrumento es una semiestructuración de la entrevista, ya que sólo contiene las generalidades que, habrán de tratarse en forma específica, durante la entrevista.

1. ANTECEDENTES.

1.1. Etapa de noviazgo.

- a) A los cuantos años, se hizo novia del padre del niño.
- b) Describa su relación con su pareja durante esa etapa.
- c) Existió alguna vez el comentario de la procreación de un hijo.
- d) Que expectativas tenía de un hijo.
- e) Alguna vez penso que, podía tener un hijo anormal.
- f) Que planes tenían a futuro, con respecto a la procreación.
- g) Que idea tenía de los niños anormales.
- h) Como pensaba usted que, sucedía lo de esos niños.

1.2. Etapa primera del matrimonio. (Hasta antes del nacimiento).

- a) A los cuantos meses de noviazgo se caso.
- b) El casamiento fué planeado.
- c) Por que razón decidieron casarse.
- d) Como describe su relación de casada, durante los primeros meses.
- e) Que expectativas tenían de su hijo.
- f) Planearon el embarazo.
- g) Existió algún tipo de rechazo hacia el producto.
- h) Que tipos de cambio implico el embarazo, con respecto a su relación con su pareja.
- i) Considera que su embarazo fué inoportuno.
- j) Como describe su relación con su pareja, durante ese período.
- k) Hicieron algún preparativo, para la llegada de su hijo.
- l) Cuales eran las expectativas de su pareja, con respecto al infante.
- m) Pensaron o comentaron en algún momento, la posibilidad de un hijo anormal.
- n) Que pensaba acerca de su hijo.

1.3. Etapa segunda del matrimonio.

- a) Que planes hizo acerca de su hijo.
- b) Cuanto tiempo lo amamanto.
- c) Cuanto tiempo pasaba con él.
- d) Describa las actividades que comunmente realizaba.
- e) Como describe sus primeros meses.
- f) Como se dió cuenta que su hijo, no era normal.
- g) Cual fué su primera reacción.
- h) Que penso al respecto.
- i) Que comentarios hizo con su pareja.
- j) A que cree que, se deba la situación de su hijo.
- k) Se culpo de alguna forma.
- l) Culpo a su pareja de alguna forma.
- m) Su pareja lo culpo de alguna forma.

- n) Al llevarlo con el médico que, pensaba que pasaría.
- ñ) Cual fue el diagnóstico que, el especialista le dijo.
- o) Que penso usted, acerca de lo que el especialista le dijo.
- p) Que expectativas tenía de su hijo.
- q) Como penso que sería la vida de su hijo.
- r) En algún momento penso que, sería mejor que su hijo muriera.
- s) Como afecto esto a su relación con su pareja.
- t) Como afecto esto, en su vida diaria y personal.
- u) Como considero a su hijo.
- v) Aceptó inmediatamente, o se nego a aceptar la situación de su - hijo.

2. RELACION ACTUAL.

2.1. Relación adulto - infante.

- a) Antes de que supiera que su hijo era anormal, como consideraba_ que se relacionaba con el.
- b) Cree que es posible relacionarse con su hijo, de la misma manera.
- c) Que hace a su hijo diferente, de los demás niños.
- d) Como se relaciona su pareja, con el niño.
- e) Que expectativas tiene usted, y su pareja del infante.
- f) Describa su relación diaria, con el infante.
- g) Que puede hacer usted, por el infante.
- h) Que puede hacer el especialista, por el infante.
- i) Como considera a su hijo.
- j) Cree que su hijo llegará a ser normal.
- k) Como ve el futuro de su hijo.
- l) Considera que su hijo es una carga para usted.
- m) Como le gustaría ver a su hijo.
- n) Que le gustaría que aprendiera su hijo.
- ñ) Que problemas se solucionarían, si su hijo mejorara.
- o) Como se relaciona con el niño.

INSTRUMENTO No. 4.

ENTREVISTA CLINICA DIRIGIDA AL INFANTE.

Los siguientes Items, son "ideas directrices", en torno a los cuales sera semidirigida y semiestructurada la entrevista.

1. Raport.
2. El infante y su papá.
3. El infante y su mamá.
4. El infante y sus hermanos.
5. El infante y otros familiares.
6. El infante y sus vecinos.
7. Como eres.
8. Que es lo que mas tegusta.
9. A que te gusta jugar.
10. Cuenta que es lo que haces en el dia.
11. Que vas a hacer cuando seas grande.
12. En que te gustaria trabajar.
13. Te gusta ir a la escuela.
14. Porque vas a la escuela.
15. Como son tus compañeros de la escuela.
16. Por que tus hermanos, primos o vecinos no viene a la misma escuela que tu.