



22  
24  
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL**

**LA INTEGRACION DEL NIÑO CIEGO  
A LA SOCIEDAD**

**TESIS PROFESIONAL  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL  
P R E S E N T A N :  
MARTHA ESTELA PETRICIOLI CAMACHO  
MA. GUADALUPE POSADA DE LA CONCHA**

**Asesor : Lic. Pedro Hernández González**

**MEXICO, D. F.**

**1996**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis 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.

**A la gloria universitaria he puesto mi FE.  
A la sociedad en el progreso consagrada, mi ESFUERZO y  
A la unión de toda obra primosa o magistral mi ESPERANZA.**

**SÓLO HE DE ESGRIMIR EL TRIUNFO DE MI TIEMPO, CUANDO DE MI  
INSOMNE LUCHA SE OFREZCA EL SERVICIO DE MI CONOCIMIENTO Y  
EN LA FAZ DEL HOMBRE, SATISFACCIÓN.**

**Busca en la mirada de tu corazón, Que ahí encontrarás lo que  
jamás en el mundo existirá.  
LA VERDAD.**

**Posada - Petricoli.**

## RECONOCIMIENTOS

**Universidad Nacional Autónoma de México,  
Escuela Nacional de Trabajo Social : Por el espacio a la superación profesional y personal.**

**Guadalupe :- A mis padres y hermanos, por el apoyo y cariño invaluables; y satisfecha de alcanzar este objetivo, estaré siempre presente. Gracias.**

**Marta :- Por el ejemplo del valor y el esfuerzo, que me mostraron al principio y al concluir: a mis hermanos y a mis padres, con un recuerdo eterno. Gracias.**

**A la Sra. Patricia Prado de Vilatela , Lic. Angélica González Miranda, por su apoyo y comprensión en el espacio laboral que facilitaron la conclusión de la tesis.**

**A todos los profesores de la carrera que permitieron el avance académico.**

**A los profesores kinodactilistas por todo su tiempo y atención, especialmente a la Lic. Mary Cruz Pérez Nájera por su interés y reflexiones a la tesis.**

**Lic. Pedro Hernández González, por su ayuda y consejos valiosos personales y profesionales.**

**Compartimos el reconocimiento por nuestros amigos y por todas aquellas personas que de alguna manera, tuvieron el conocimiento e influencia en nuestro desarrollo profesional y personal, en ellos se guarda una satisfacción y una esperanza académicas.**

### **Especialmente:**

**Para quien forma parte y contribuye en la consecución de la superación, y cuyo apoyo en este momento se refleja al pesar cada una de las páginas que conforman este trabajo. J.A:R:P.**

## INDICE

### INTRODUCCIÓN.

### CAPÍTULO I.

#### **I LOS DISCAPACITADOS Y LA EDUCACIÓN ESPECIAL**

I.I. Situación de los discapacitados en México.	1
I.II. Maneras discapacitados.	4
I.III. Educación especial.	6
I.IV. El ciego como parte de los discapacitados.	9
I.V. Educación y cultura.	10

### CAPÍTULO II.

#### **II SITUACIÓN BIOPSIKOSOCIAL DEL NIÑO CIEGO.**

II.I. El niño y su entorno biológico.	13
II.II. Aspecto psicológico.	18
II.III. Aspecto social.	21
II.III.I. Escolar.	22
II.III.II. Sociedad.	27

### CAPÍTULO III.

#### **III INSTITUTO NACIONAL PARA LA REHABILITACIÓN DE NIÑOS CIEGOS Y DÉBILES VISUALES**

III.I. Antecedentes.	32
III.II. Situación actual.	35
III.III. Origen y desarrollo del área de integración social.	38

## **CAPÍTULO IV.**

### **IV. LA INTEGRACIÓN SOCIAL DEL NIÑO CIEGO. INVESTIGACIÓN DE CAMPO**

<b>IV.I. Objetivos.</b>	<b>61</b>
<b>IV.II. Planteamiento del problema.</b>	<b>61</b>
<b>IV.III. Hipótesis.</b>	<b>62</b>
<b>IV.IV. Metodología.</b>	<b>63</b>
<b>IV.IV.I. Selección de la muestra.</b>	<b>63</b>
<b>IV.IV.II. Aplicación del instrumento.</b>	<b>63</b>
<b>IV.V. Interpretación de datos.</b>	<b>64</b>
<b>IV.V.I. Padres de familia.</b>	<b>64</b>
<b>IV.V.II. Maestros especialistas.</b>	<b>65</b>
<b>IV.V.III. Niños ciegos.</b>	<b>67</b>
<b>IV.VI. Análisis de datos.</b>	<b>68</b>

## **CAPÍTULO V.**

### **V. PROGRAMA DE TRABAJO SOCIAL PARA LA INTEGRACIÓN DEL NIÑO CIEGO A LA SOCIEDAD**

<b>SUBPROGRAMA "A".</b>	<b>53</b>
<b>SUBPROGRAMA "B".</b>	<b>55</b>
<b>SUBPROGRAMA "C".</b>	<b>57</b>
<b>SUBPROGRAMA "D".</b>	<b>63</b>

**CONCLUSIONES.**  
**ANEXOS.**  
**BIBLIOGRAFÍA.**

## INTRODUCCION

En el marco de una sociedad como la nuestra, las personas ciegas no alcanzan a ser realmente reconocidas, ya que por lo general se les excluye del proceso de producción, por considerarse seres incapaces; es decir, que requieren del apoyo permanente de sus entes todo el tiempo y todo la vida.

Las organizaciones encargadas de solventar los problemas de tipo social -en su mayoría- recurren a la adaptación de nuevos estímulos o medidas emergentes, pero sin que se establezca un proceso real de transformación, donde finalmente se pretenda la conquista de una mayor participación activa de las personas ciegas.

De esta manera, en ocasiones se abordan problemas teórico-científicos que no hacen directamente de la realidad en la que se trabaja, sino que se importan como problemas típicos de otras culturas o niveles de desarrollo distintos. Desde esta perspectiva, debe tomarse en cuenta el nivel en que se encuentra nuestra sociedad, así como los instrumentos capaces de equilibrar el grado de especialización de las instituciones que abarcan el terreno, en este caso el de educación especial (niños ciegos) con el nivel de desarrollo en todos sus aspectos dentro de la estructura, tomando a ésta como la organización institucional en todas sus partes, desde las administrativas, hasta las encargadas de suministrar el o los servicios.

Cabe mencionar que el ciego carece si no de todos, si de la mayoría de estímulos que caracterizan a los individuos; en este sentido, se habla de participar de una misma ideología, acceso a los bienes materiales y de servicios, mayor participación activa para su aprovechamiento, etc., sin lo cual es imposible responder y manifestarse como un sujeto que los define socialmente.

Hace falta aún dar a conocer mejores elementos para comprender que dicho sector de la población, puede obtener un mejor nivel de vida a través de su inserción a la sociedad, primeramente en donde se le acepta el reconocer sus capacidades y valores comunes a los de los demás, y segundo, una verdadera integración que le permita desenvolverse en diversos ámbitos, a través de ratonar los recursos existentes, aprovechándolos para optimizar los resultados que hasta hoy no se han logrado.

La presente investigación se desarrolló de lo general a lo particular para contar con un manejo y entendimiento pleno del tema a tratar, en este sentido, el primer capítulo contiene de manera concisa el entorno de la situación de los discapacitados en México, lo que permite en primera instancia ubicar el problema, así como la población de estudio.

Para la resolución eficaz de un conflicto (cualquiera que sea) es necesario tomar en consideración todos los ámbitos de afectación; así, el capítulo segundo trata el aspecto biopsicosocial del niño ciego con el fin de contar con un visión general acerca de tres aspectos fundamentales:

- a) El entorno biológico donde se dan o conocen las patologías que en su gran mayoría aquejan a los alumnos ciegos que asisten al Instituto Nacional para la Rehabilitación de Niños Ciegos y Débiles Visuales (INBNCIDV) con el propósito de determinar las causas que provocan la ceguera.
- b) El aspecto psicológico, donde se exponen los conductos que el niño adquiere partiendo desde la desventaja que implica el carecer del sentido de la vista, hasta cuando puede comprender al tener que vivir en una sociedad para normalvisuales.
- c) El aspecto social, donde se maneja lo que para el profesional en Trabajo Social es la parte medular; ya que se exponen los ámbitos donde el niño se desarrolla: la familia, núcleo dentro del cual los primeros años de vida se comportan casi exclusivamente con los padres, hermanos y familiares cercanos, además ésta funciona como la célula básica para el aprendizaje futuro; la escuela, donde el niño comienza a relacionarse con sus iguales y adquiere otro tipo de conocimientos (sistemáticos); para finalizar con la sociedad que conforma el medio ambiente que rodea al niño, siendo una parte determinante para la conclusión de su propia formación, moldeándose de acuerdo a las experiencias y conocimientos adquiridos. Este aspecto cobra su importancia pues dependiendo de la formación, trato y educación brindada al niño, será aceptado o no desde el inicio por la sociedad a la que pertenece.

La investigación se desarrolló dentro del INBNCIDV por ser uno de los organismos representativos en cuanto a educación especial se refiere, ante esto se hizo necesario recabar los antecedentes de dicha institución, para delimitar el área de estudio y contar con una visión más amplia del por qué la necesidad de crear este tipo de instancias, todo lo cual está contenido dentro del tercer capítulo.

Cabe mencionar que el Trabajador Social incursiona en diversas áreas laborales donde se hace necesario su participación y se han logrado obtener resultados brillantes pero que desafortunadamente no quedan plasmados, debido a la falta de una sistematización oportuna. El Trabajador Social aún no se percata de lo

relevancia que confiere al autor sus conocimientos adquiridos a través de la experiencia y de la investigación. Así, tenemos que en el tercer capítulo se elaboró una profunda investigación documental, pues aún cuando el INBICEN es una institución representativa, carece de *historia escrita* que determine el motivo de su creación, objetivos, desarrollo, proyectos, etc.; contribuyendo a que se ponga el área de intervención, además de una aportación para el profesional en una institución donde se le darán los créditos correspondientes y que el trabajo sea permanente en el momento.

Una vez concluido el marco teórico de la investigación, fue necesario la aplicación y desarrollo del trabajo de campo, el cual indicó los alcances, limitaciones y errores del área de estudio (Integración Social) dentro de esta institución, pero, a través de los resultados obtenidos se elaboró una propuesta que permite mayor eficacia dentro de dicho área y la contribución en la obtención de resultados obtenidos y acordes a los objetivos para los que la institución fue creada (capítulo IV).

Finalmente, en el capítulo V se realizó un programa dirigido al área de Integración Social, con el cual se cumplió el objetivo de la investigación; resultando la importancia y la necesidad de tratar elementos propios del Trabajador Social.

## **CAPÍTULO I LOS DISCAPACITADOS Y LA EDUCACIÓN ESPECIAL**

### **I.1. Situación de las discapacidades en México**

El problema de la discapacidad en México reviste gran importancia ya que de acuerdo con estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, para países como el nuestro, el porcentaje de tales discapacidades oscila entre el 7% y el 12% de la población total, además del hecho de que la cantidad de afectados directos se ve incrementada en razón de que refleja un problemática que necesariamente repercute en el entorno familiar, quien comparte con el discapacitado limitaciones, retos, frustraciones, etc.

Por tal motivo este grupo de mexicanos (discapacitados) se encuentra, en su mayoría, marginado y excluido del desarrollo cultural y productivo de nuestra sociedad.

El problema de la discapacidad en un país de intensa dinámica social como el nuestro, es una amenaza latente para la población, ya que el crecimiento demográfico y los avances de la industrialización propician cada día mayor número de accidentes de trabajo, enfermedades profesionales, accidentes automovilísticos y en el hogar o escuelas de enfermedades que infortunadamente nos colocan en riesgo de adquirir una discapacidad.

La Organización Mundial de la Salud dentro del Foro Nacional de la Pobreza estimó la cifra de 12 millones de habitantes en México con alguna discapacidad en "estratos sociales" de menores ingresos. Así como también se proyectó que para el año 2000 habrá 14 millones de personas con discapacidad.

No obstante que el problema es de gran magnitud - dado que afecta no solo en un sentido, sino que trastoca diversos ámbitos como el familiar, educativo, laboral, médico, jurídico y en el de los derechos humanos- muy poco se sabe respecto a la forma en que afecta a los diferentes estratos de la población, se carece de diagnósticos serios que revelen la condición en que estos connacionales sobreviven.

Indiscutiblemente, desde el punto de vista médico, sociológico y educativo, se han realizado importantes avances en materias de discapacidad, pero, en la mayoría de los casos, se trata de aportes aislados que no han logrado conjugar, hasta ahora, una propuesta integral de carácter interdisciplinario, que fuera una alternativa viable y promisoría para abordar el problema.

Para entrar en materia es importante destacar lo siguiente:

La Organización Mundial de la Salud establece una diferencia entre deficiencia, discapacidad y minusvalía.

"LA DEFICIENCIA es considerada como toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.

**DISCAPACIDAD.**- es toda restricción o ausencia, debido a una deficiencia, de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.

**MINUSVALÍA.**- es una situación desventajosa para un individuo determinado como consecuencia de una deficiencia o una discapacidad que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso en función de la edad, sexo y factores sociales y culturales" 1

De acuerdo con las definiciones señaladas y para los fines que persigue esta investigación, las personas discapacitadas son aquellas con enfermedades o deficiencias mentales, visuales, auditivas o del habla, las que tienen movilidad restringida o las llamadas deficiencias médicas, etc., como veremos con mayor amplitud a continuación.

#### **CAUSAS Y GRADOS DE DISCAPACIDADES.**

El incremento de las acciones para contrarrestar las discapacidades, el incremento de la infraestructura de rehabilitación, la creación de nuevas instituciones especializadas y la reestructuración y acondicionamiento de las ya existentes, se justifican ante el hecho de que el 10% de de la población del país padece algún tipo de discapacidad según estimaciones de la Secretaría de Salud<sup>2</sup>; además de ocasionar pérdidas anuales en pesos, debido a la inproductividad de los discapacitados.

Aunque es imposible saber con precisión la frecuencia de la discapacidad en sus diversos tipos, debido a que no existe información certera y actual sobre las dimensiones del conflicto, se puede afirmar de acuerdo a precisiones de la OMS en Latinoamérica, que su prevalencia va en ascenso.

El proceso fisiopatológico habitual de la discapacidad se inicia con el contacto del agente causal y el huésped, continúa con la aparición del cuadro clínico y termina con la curación o muerte del paciente.

Muchas veces, cuando el individuo sobrevive, aparecen secuelas permanentes que producen la discapacidad. Sin embargo, la presencia de una secuela permanente no siempre es causa de una discapacidad. Esta depende de la medida en que la secuela influye para limitar al individuo en el desempeño de sus actividades cotidianas de forma normal, como se ha precisado anteriormente. El discapacitado presenta siempre un impedimento físico o sensorial, mental y/o social.

**CAUSAS:** Según la OMS<sup>3</sup> en el año de 1993 establece que:  
La invalidez como un fenómeno patológico obedece a una multicausalidad, con factores determinantes y factores predisponentes o condicionantes.

---

1 Apodaca, Rangel. Ma. de Lourdes. La Discapacidad en México. UNAM-INTS. México. 1992. p.18.

2 *Ibidem* p.37.

3 Organización Mundial de la Salud. Prevención de la Ceguera Infantil. Ginebra, 1993. p. 3.

## **Segunda - Deficiencias**

- Causas de Origen Hereditario que, gracias al avance de la ciencia médica, se diagnostican cada vez en mayor número.

- Causas de Origen Congénito: tienden a disminuir debido al perfeccionamiento de la terapéutica médica, las campañas de vacunación intensiva y las medidas preventivas en vigor. Sin embargo, muchas enfermedades, sobre todo las de evolución crónica, mantienen su importancia como productoras de casos.

- Causas de origen tóxico: participan en ella variados agentes de origen físico y químico; por último se tiene:

- Causas de origen degenerativo que actualmente cobran importancia creciente como desencadenantes de procesos que generan discapacidad. Entre los factores predisponentes están el incremento demográfico, la industrialización, el urbanismo, el creciente tránsito en las ciudades, el mayor número de carreteras, etc.

Entre los factores condicionantes figuran las mayores oportunidades existentes para que se establezca el contacto entre el agente causal y la población susceptible, es decir, el medio ambiente físico y social moderno.

### **TIPOS DE DISCAPACIDADES.**

La discapacidad, como daño a la salud del individuo ocasiona deficiencia en diferentes partes del cuerpo. De acuerdo al tipo de deficiencia que se tenga, la discapacidad la clasificaremos en:

**Somática:** que afecta la estructura física del individuo y que puede registrarse en:

- a) El sistema osteoarticular.
- b) El sistema nervioso.
- c) El sentido de la audición.
- d) El aparato fonocartilaginoso.
- e) El sentido de la visión.
- f) El aparato cardiovascular.
- g) El aparato respiratorio.
- h) El aparato genito urinario.
- i) El aparato digestivo.
- j) El sistema endocrino.
- k) En la piel.

**Psicológica:** Cuando afecta las actividades del intelecto y las relacionadas con la conducta.

- a) Deficiencia mental
- b) Trastornos conductuales permanentes

**Social:** cuando afecta principalmente la dinámica del conglomerado social al que pertenece.

## **Grados - Nivelación**

- a) Menores con deficiencia familiar.
- b) Menores infractores.
- c) Alcoholismo.
- d) farmacodependencia.
- e) Delincuencia.
- f) Ancianidad con deficiencia familiar.

### **GRADOS DE DISCAPACIDAD**

"Llamamos grados de discapacidad a la magnitud de la reducción de la capacidad funcional del individuo, para desempeñar actividades cotidianas en forma útil e independiente. En ocasiones, el discapacitado no puede realizar alguna de sus actividades en tanto que puede ejecutar otras en forma más o menos eficiente.

Existe discapacidad ligera cuando el afectado tiene limitación parcial para el desempeño de sus actividades cotidianas, pero está limitado en su productividad.

Discapacidad moderada: es aquella que limita parcialmente el desempeño de las actividades cotidianas y de la productividad.

La discapacidad total, limita de tal manera el desempeño de las actividades cotidianas que el individuo es completamente dependiente e improductivo. Es decir, no es el impedimento físico en sí el que ocasiona el grado de discapacidad, sino la suma de éste con los desajustes en los aspectos psicológico y social.<sup>4</sup>

### **I.H. Menores Discapacitados**

"Las estimaciones obtenidas de una serie de informes internacionales indican que al menos un niño de cada diez nace con una deficiencia grave, o la adquiere posteriormente, de tal modo que, en ausencia de los cuidados adecuados, el desarrollo del niño puede verse obstaculizado."<sup>5</sup>

"Aproximadamente el 80% de los 200 millones de niños del mundo que, según las estimaciones, sufren discapacidades, viven en países en desarrollo, muy pocos de ellos reciben atención sanitaria y educación adecuada, y menos de un 2% reciben algún tipo de servicios especiales."<sup>6</sup>

Los valores exactos de estas estimaciones pueden ser más o menos controvertidos, pero la necesidad está ahí y es real. Es una necesidad agravada por la pobreza y el subdesarrollo.

<sup>4</sup> *Ibidem*. P. 18.

<sup>5</sup> DIF. El Perfil del Niño Mexicano. AIN. México. 1988. Tomo II(2). p.34

<sup>6</sup> *Ibidem*. p.35

## **Secunda - Societal**

Con el avance científico de la pediatría, la mayor disponibilidad de recursos humanos técnicamente privados, así como de instalaciones y servicio en esta especialidad, se resuelve favorablemente un número considerable de problemas que anteriormente eran mortales. Sin embargo, no siempre ayudan a superar la capacidad funcional residual de alguno o algunos de los órganos del afectado, con lo que aumentan los problemas invalidantes en la infancia.

Si se analizan las características demográficas de nuestro país (factor social importante en la planeación de las actividades para preservar y elevar el nivel de salud), se nota que el rápido crecimiento de la población en los últimos años, determinado por el mantenimiento de altas tasas de natalidad y el abatimiento de las tasas de mortalidad, ha ocasionado modificaciones en la estructura de la población.

Una de ellas es que actualmente, la población de menos de 14 años son susceptibles de ser afectados por algún tipo de discapacidad.

En la población infantil predominan como causantes de discapacidad, las enfermedades infecciosas, los traumatismos, (incluyendo los ocasionados por accidentes en el hogar, en la escuela y en la vía pública) y los padecimientos hereditarios y congénitos.

La discapacidad en el niño tiene grandes repercusiones individuales, familiares y sociales. Las individuales son mayores ya que además de limitar el desempeño de sus actividades cotidianas (como la locomoción, la alimentación, el vestido, la higiene y el juego) afecta en su desarrollo físico, mental, social y educativo, ya que el organismo del menor está en proceso de crecimiento.

En el medio familiar, la invalidez afecta el aspecto económico y lo que es más importante, sus relaciones, generando sentimientos de culpa, rechazo, sobreprotección, o frustración, que pueden y llevan en muchos casos a la desintegración de la familia.

En la práctica, las alteraciones físicas de los niños son limitantes para su desarrollo, toda vez que dificultan su actuación normal dentro de la sociedad. Además, su preparación que incluye la capacitación para lograr en el futuro su autosuficiencia, todavía encuentra rechazo social por desconocimiento de las capacidades y habilidades que muchos poseen, siendo estos principales obstáculos para su satisfactoria rehabilitación.

Los efectos tardíos de la poliomielitis son los que tienen mayor frecuencia, este padecimiento tiene como secuela la parálisis parcial o total de los miembros inferiores y en algunos casos, la muerte. Esta enfermedad es irreversible, la rehabilitación física y psicológica, solo sirve para adaptarlos a su situación y para que puedan a partir de esto, dedicarse a trabajos de tipo intelectual o que no impliquen el desplazamiento continuo.

Existen además padecimientos que son más severos y repercuten de manera importante en la adaptación de los menores, tal es el caso de la sordera total bilateral, en la que no funciona el sentido del oído, lo que implica que no puedan comunicarse utilizando el aparato de fonación, pero lo hacen por medio de gesticulaciones o con las manos, además de la vista y un mayor desarrollo de la atención para desplazarse de un lugar a otro.

La parálisis cerebral infantil resulta de un deficiente desarrollo del sistema nervioso, lo que afecta las esferas motoras e intelectuales.

El retraso psicomotor tiene origen en un defectuoso desarrollo del sistema nervioso que repercute en el nivel de maduración durante la infancia y su vida futura.

El síndrome de Down que tiene un origen genético, consiste en defectos de la información cromosómica, cuyas principales implicaciones son el retraso mental, las deficiencias en las vías respiratorias y la falta de coordinación visomotriz, los niños que tienen este padecimiento viven pocos años y son generalmente dependientes de la familia, su habilitación les permite realizar básicamente labores manuales y algunas otras actividades.

Las alteraciones que repercuten en menor grado en la adaptación y en el modo de vida de los menores son: la disminución de la sensibilidad auditiva (hipoacusia), las alteraciones del lenguaje y el pie deforme por desviación permanente (pie Bot). En general, las limitaciones que presentan estos menores tienen una parte importante de carácter social, porque en función de sus deficiencias no se les permite desarrollar las capacidades que aún poseen.

### **I. III. Educación especial:**

El artículo 41 de la Ley General de Educación en 1993 marca: "La educación especial está destinada a individuos con discapacidades transitorias o definitivas, así como aquellos con aptitudes sobresalientes. Procurará atender a los educandos de manera adecuada a sus propias condiciones con equidad social.

Tratándose de menores de edad con discapacidades, esta educación propiciará su integración a los planteles de educación básica regular. Para quienes no logren esa integración, esta educación procurará la satisfacción de necesidades básicas de aprendizaje para la autónoma convivencia social y productiva.

Esta educación incluye orientación a los padres o tutores, así como también a los maestros y personal de escuelas de educación básica regular que integren alumnos con necesidades especiales de educación".<sup>7</sup>

Así, los niños y los jóvenes con necesidad de educación especial tienen derecho a disfrutar de todas aquellas oportunidades que les permitan ser provechosos. Este concepto implica una gran responsabilidad social, significa que no sólo debe haber instituciones académicas para el niño discapacitado sino aquellos servicios que han de contribuir a formarlo, capacitarlo y adaptarlo a la sociedad.

Estos principios se fundamentan legalmente en el artículo 40, que señala textualmente:

" Los habitantes del país tienen derechos a las mismas oportunidades de acceso al sistema educativo nacional, sin más limitaciones que satisfacer los requisitos que establezcan las disposiciones relativas".

---

<sup>7</sup> **Autores varios. Proyecto general para la educación en México. SEP.1994.**

El artículo 52 establece los derechos de quienes ejercen la patria potestad o tutela " Obtener la inscripción necesaria para que sus hijos o pupilos menores de edad reciban educación primaria:

Estas disposiciones legales al reconocer el derecho de educación de todas las personas, tácitamente reconocen el derecho de los niños y personas que por sus limitaciones psíquicas o físicas tienen necesidades de educación especial.

Existen los derechos del niño, decretados por la Organización de las Naciones Unidas, que en su principio enuncia expresamente el niño física o mentalmente impedido o que sufra algún impedimento social debe recibir el tratamiento, la educación y el cuidado especiales que requieren su caso particular.

Los derechos referidos anteriormente aparecen formulados en los documentos internacionales siguientes:

" Declaración de los Derechos de las Personas mentalmente retardadas y la Declaración de los Derechos de los Impedidos, proclamados por la Asamblea General de las Naciones Unidas." 8

Ahora bien, la educación de los ciudadanos jóvenes con discapacidades, plantea un esfuerzo de considerable dificultad. La estructura escolar experimenta una presión cada vez mayor tendiente a elevar los niveles de enseñanza, ampliar los programas de estudio, incorporar tecnologías, desarrollar oportunidades sociales y personales, tomar en cuenta la igualdad de oportunidades y, en conjunto, preparar a los jóvenes para un mundo en rápida evolución.

No es pues, de extrañar que la educación de los alumnos con discapacidades no sea una de las principales prioridades de los educadores. Tanto menos será, pues, de extrañar que la educación de los discapacitados se vea postergada hasta no haber alcanzado entre otros objetivos de mayor urgencia.

Todos los niños tienen derecho a la educación, uno de los obstáculos de nuestro tiempo es que son muchos los niños que no reciben educación y no tienen oportunidad de ir a la escuela. Esto se agrava por la escasez de oportunidades educacionales en la edad adulta.

Quienes sufren discapacidades tienen aún mayor necesidad de educación y son irónicamente, quienes menos posibilidad tienen de recibirla. En México, la lucha por impulsar la educación obligatoria para la mayoría de los niños precede a la de satisfacer las necesidades educativas especiales de quienes enfrentan discapacidades.

### **Principios básicos**

Los principios básicos que sustentan la educación especial son muy simples. Llevarlos a la práctica puede estar lejos de ser fácil, pero hay un amplio acuerdo respecto a lo que debería ser. Estos principios pueden formularse de diversas maneras, pudiendo

---

8 Apodaca Rangel, op. cit. p. 68.

establecerse en términos de 3 derechos: derecho a la educación, derecho a la igualdad de oportunidades, derecho a participar en la sociedad.

• **El derecho a la educación:**

Artículo 3o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos:

*"Todo individuo tiene derecho a recibir educación. El Estado- Federación, estados y municipios-- impartirá educación preescolar, primaria y secundaria. La educación primaria y la secundaria son obligatorias."*

La educación que imparta el Estado tenderá a desarrollar armónicamente todas las facultades del ser humano y fomentará en él, a la vez, el amor a la patria y la conciencia de solidaridad..."

El derecho de todos los niños a la educación, se encuentra consagrado en la Declaración de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas como anteriormente ya se ha mencionado. La importancia de tener presente que el derecho a la educación constituye un derecho humano fundamental, algo de cada persona, en virtud del derecho como un ser humano.

En otras palabras, no es dependiente de consideraciones laborales o económicas. Desde luego otorga en general a las personas una mayor competencia para el empleo y puede mejorar su capacidad para contribuir al bienestar económico de la comunidad, pero ninguna de éstas es la razón por la cual tienen derecho a la educación .

En una época en la cual el gasto público se observa incesantemente dirigido por las fuerzas del mercado y prevalecen las visiones instrumentales de la educación, lo que es particularmente significativo en lo que se refiere a personas discapacitadas. La educación puede no tener éxito en proporcionar capacidad de empleo a las personas o en hacerlas autosuficientes, pero ello, en manera ninguna, reduce los derechos de éstas a los recursos que requiere la educación.

• **El derecho a la igualdad de oportunidades.**

La igualdad de oportunidades generó preguntas muy difíciles. Al igual que el derecho a la educación, el derecho a la igualdad de oportunidades educacionales es ampliamente aceptado en su condición de principio general y considerablemente ignorado en la práctica.

La igualdad de oportunidades no significa tratar a las personas de la misma manera, sino que todos tienen la misma oportunidad de acceso a un servicio. De allí que en la educación un idéntico tratamiento educativo no sea la respuesta.

Los niños no son iguales y no deberan ser tratados como si lo fueran. Lo que en realidad requiere el principio de justicia es que no sean tratados de manera igual. Considérese la educación de los niños ciegos: si un tratamiento igual significara ser expuestos, junto con sus pares, a una enseñanza con alto contenido visual, obviamente que no se les estaría proporcionando un tratamiento igualitario en sus oportunidades educativas.

Lo necesario es transformar este principio general de igualdad de oportunidades en derechos concretos que sean significativos a nivel de la propia oferta educativa.

• **El derecho a participar en sociedad.**

Este derecho a menudo expresa, en forma negativa, que las personas no deberían ser discriminadas o experimentar restricciones en sus vidas, más allá de aquellas comunes a otras personas. En educación ha llegado a ser común a referirse a que hay que enseñar a los niños en el "ambiente menos restrictivo". La abundancia de estas formulaciones se debe a que las barreras y los obstáculos a la participación son más evidentes y más fáciles de destacar que la propia participación.

Con referencia a la educación, los niños tienen derecho a asistir a escuelas comunes y participar en las actividades normales con sus compañeros de la misma edad, salvo que existan razones específicas para recomendar otra cosa. Cuando se juzgue necesario colocar al niño segregadamente en una escuela especial, deberá cuidarse y asegurarse que la naturaleza de enseñanza que ofrezca equivalga el currículo común, tanto buena como sea posible y que su calidad sea a lo menos tanto buena como lo que se ofrece en las escuelas para todos.

**I. IV. El ciego como parte de los discapacitados.**

"Hoy en día la ceguera aqueja a 1.5 millones de niños en el mundo y perjudica gravemente su desarrollo y educación."<sup>9</sup>

"A pesar de que muchos de los trastornos causantes de ceguera afectan a los lactantes y a los niños son evitables y curables, cada año siguen produciéndose alrededor de medio millón de casos nuevos de ceguera infantil. El problema se concentra sobre todo en los países en desarrollo, donde disminuye drásticamente la esperanza de vida de los niños afectados. Pero la ceguera infantil plantea así mismo un reto para los países desarrollados, ya que los conocimientos cada vez mayores y las técnicas innovadoras crean nuevas posibilidades de aplicar medidas preventivas."<sup>10</sup>

Los impulsos visuales constituyen la mayor parte de los estímulos sensoriales imprescindibles para el pleno desarrollo del niño en sus años formativos.

La pérdida de la vista en los primeros años de la vida puede acarrear profundas consecuencias psicosociales, educativas y económicas, no sólo para la persona afectada sino también para su familia y la comunidad.

Uno de los principales problemas de las personas discapacitadas, en este caso los individuos ciegos, es el de la dependencia, pues están precisados a depender de terceras personas, quienes deben cuidarlos y ayudarlos, desde sus más elementales necesidades, hasta conducirlos a servicios médicos o de rehabilitación. Esta dependencia representa, en sí misma, en principio por la actividad de quien proporciona la ayuda y por el elevado costo económico que ésta generalmente representa.

---

<sup>9</sup> OMS, op.cit p. 18.

<sup>10</sup> Ibidem p.28.

## **Discada - Discicada**

De la actividad que asume la persona que auxilia, dependerá que el discapacitado se sienta aceptado, o por el contrario, humillado y deprimido.

Hay que mencionar que con el mismo mal, no todos sufren las mismas consecuencias, ni de la misma manera. Hay personas ciegas de todas las clases sociales, aunque estadísticamente se comprueba que hay muchos más entre los estratos sociales bajos que entre los altos. Y aunque la problemática de la discapacidad afecta a todos, independientemente de su clase social, es evidente que las dificultades y el futuro no se afrontan igual.

Es decir, que entre estas personas sin recursos económicos ha de enfrentarse como pueda -muchas veces sin poder- a todo el enorme conjunto de problemas: pocos o ningún medio de transporte, escasas posibilidades de instrucción y de estudio, dificultades para pagar a la otra persona que la atiende, tensiones en la familia por escasez de medios, limitados medios de cultura y de distracción, escasas o nulas posibilidades de promoción, etc.

Sin embargo, otra persona afectada de la misma enfermedad pero con mayores recursos económicos, tiene más medios para superar su aislamiento, tendría más gente a su servicio y más medios de instrucción. Además, su familia podrá pagar los médicos que estudien los posibles adelantos que puedan ir surgiendo para procurar su rehabilitación. Por eso, sin olvidar la problemática común y el derecho al respeto, atenciones y cariño, que toda persona merece, sea cual sea su procedencia, al hablar de discapacitados (en este caso ciegos), es necesario hablar de un colectivo social, está doblemente discriminado: por su impedimento físico y por su condición social y económica.

Evidentemente estamos en una sociedad muy competitiva, donde lo que más cuenta es la rentabilidad que está en relación directa con la capacidad de producir para poder consumir. Aquellos que tienen defectos están limitados gravemente para participar y competir en la productividad, y por tanto del consumo de bienes.

Aún con este breve esbozo, estamos muy lejos de imaginarnos el tipo de vida, las dificultades especiales que tiene que vencer, además de las normales que todos tenemos, el aislamiento por falta de facilidades para desplazarse y comunicarse a su gusto, la estrechez económica que en su caso añaden a las comunes de toda la población debido a que necesitan más medios por su situación especial, etc.

## **I. V. Educación y cultura.**

Aunque las Naciones Unidas señalan con mucho énfasis que a los discapacitados (entre ellos los ciegos) deben dárselos en todo el mundo una equiparación de oportunidades que les ayude a mejorar de manera fundamental su desarrollo de vida, y que estas oportunidades hacen referencia a la familia, la educación, el empleo, la vivienda, la seguridad económica y personal, la participación en grupos sociales y políticos, las actividades religiosas, las relaciones afectivas y las sexuales, el acceso a instalaciones públicas, la libertad de movimiento y el estilo general de vida diaria.

En realidad, en nuestro país quien cuenta con una situación económica adecuada para resolver sus necesidades, es común que procuren para su hijo discapacitado una enseñanza a domicilio, privándole de un proceso de socialización que le permita convivir con el resto del mundo, situación que va gestando en su ánimo la idea de que es un ser diferente, en el mismo sentido de la enseñanza individual limita de manera muy importante los medios técnicos, así como los auxiliares didácticos que existen en cualquier centro escolar.

Cuando por el contrario nos encontramos con familiares de ciegos que carecen de lo más elemental para vivir, o con familias que apenas cubren sus necesidades, resulta muy difícil el llevar a los niños discapacitados a escuelas de educación especial y cuando los niños son llevados a escuelas de niños normovisuales, los niños ciegos deben sortear toda clase de dificultades que plantea la infraestructura de la escuela, amén del rechazo del que son objeto, la burla o la estigmatización.

Se debe hacer un esfuerzo por eliminar las dificultades para que las personas ciegas tengan el acceso a la instrucción y cultura adecuada como se permite a cualquier ciudadano.

#### **Condición laboral.**

Aunque el Programa de Acción Mundial para las Personas Discapacitadas señala, en su artículo 128, que los países deben adoptar una política que disponga de una estructura auxiliar de servicio a fin de que las personas con discapacidad en las zonas urbanas y rurales gocen de igualdad de empleo productivo y remunerado en el mercado laboral abierto, proporcionando incentivos en préstamos o donaciones pequeñas, o cooperativas que empleen a discapacitados y así mismo, a pesar que nuestra Constitución Mexicana señala el derecho de todo ciudadano al empleo, e incluso a pesar de que se ha fomentado la idea de que las empresas destinen o reserven cierto porcentaje de sus puestos a discapacitados; en la práctica existe una muy fuerte restricción porque los discapacitados trabajen, situación que hace más difícil la independencia económica y una realización como seres humanos. Desafortunadamente el mundo laboral sigue mostrándose hostil con los ciegos y hace más difícil su incorporación a la productividad, situación que condena a los ciegos a vegetar la mayor parte de su vida en el aislamiento del hogar o al cuidado de las instituciones.

De manera paradójica, actualmente vivimos en una sociedad que exalta como valores superiores el rendimiento material, el éxito profesional y social, y dentro de esta sociedad la persona ciega, está condenada a perder, en razón de que no puede competir como todos. Las oportunidades están clausuradas, cuando se tropieza con obstáculos de todo tipo, cuando el más mínimo esfuerzo físico le cuesta más veces que a su rival y cuando la realidad en sus aspectos más sencillos y obvios en las calles, la vivienda y el transporte. El mundo exterior, en suma es hostil, ajeno y extraño.

Además, en nuestra "sociedad de mercado" el problema laboral de las personas con limitaciones físicas está supeditado a la eficiencia de su rehabilitación y reincorporación en la sociedad.

Es necesario que tengan fácil acceso a una formación profesional adecuada, como otro medio de poder conseguir una posibilidad de oportunidades con el resto de la población.

## **Maceda - Jorielali**

**De todas formas, la sociedad entera y de forma especial las instituciones competentes, deben plantearse más en serio, que hasta ahora, la creación de puestos de trabajo adaptados a las distintas limitaciones físicas de las personas con disfunciones.**

**Al fin, debemos decir que tradicionalmente los programas de prevención de la ceguera, se han concentrado sobre todo en los adultos, lo que obedece en gran medida al predominio de la ceguera a fines de la vida adulta a causa de enfermedades relacionadas con el envejecimiento, sin embargo, también se explica en parte por la falta de técnicas para la prevención y lucha eficaces contra los diversos tipos de ceguera infantil.**

## **CAPÍTULO II. SITUACIÓN BIOPSIKOSOCIAL DEL NIÑO CIEGO.**

### **II.1. El niño y su ceguera biológica.**

El término de ceguera ha recibido de la población en general calificativos absurdos. La palabra misma se relaciona en francés y español con ideas de "negro", "oscuro", "noche", "sombros" y "tinieblas". En inglés y alemán está relacionado con la idea de "confuso", "mezclado" y "turbio". Sin embargo, poco a poco esta idea se ha ido modificando en función del manejo rehabilitatorio de las personas ciegas.

Actualmente la ceguera se define como "el proceso patológico que conduce a la pérdida de la visión".<sup>11</sup>

"Según los lineamientos establecidos por la Dirección General de Educación Especial, desde el punto de vista médico legal, "es ciega la persona que presenta una acentuada baja de visión por una interrupción en las vías nerviosas; o bien por la carencia de globulos oculares" Desde el punto de vista educacional "es ciega la persona incapaz de escribir y leer correctamente".<sup>12</sup>

Ciego es "todo individuo que presenta una alteración visual de importancia suficiente, que afecta su desenvolvimiento normal".<sup>13</sup>

Cabe mencionar la definición de niño ciego, el cual "es una persona menor de 16 años cuyo ojo en mejores condiciones presenta una agudeza visual corregida menor de 3/160 (puede contar los dedos del examinador a 3cm. de distancia) o un campo visual central menor de 10°".<sup>14</sup>

Se puede señalar que existe una extensa gama de padecimientos oculares que producen ceguera en niños, ocasionados por diversas causas, las cuales se clasifican en:

- a) **Congénitas.**
- b) **Adquiridas.**

Las congénitas son "las que existen desde el nacimiento o antes de él. Pueden ser hereditarias o depender de influencias surgidas durante la gestación o incluso en el acto del nacimiento"<sup>15</sup>

11 "Diccionario Enciclopédico Salvat". México. p. 606.

12 "Diccionario General de Educación Especial". SEP. La Educación Especial en México. p.23.

13 *Idem.*

14 *Idem.* op. cit. p. 2.

15 "Diccionario Enciclopédico de Términos Médicos". p.265.

Las adquiridas "son aquellas que se presentan después del nacimiento, en el periodo neonatal y postnatal". 16.

### **FACTORES CAUSANTES DE CEGUERA INFANTIL EN MEXICO.**

Los factores que causan ceguera infantil en México, pueden dividirse en dos grupos: los de tipo hereditario y los de tipo ambiental. Estos últimos dependen, en su mayoría del estado socioeconómico de la gente y del nivel de servicios de asistencia sanitaria.

#### **FACTOR HEREDITARIO:**

En el factor hereditario para poder comprender el por qué nació un niño ciego, es necesario que se tengan los antecedentes generales y específicos de su desarrollo físico y psíquico. La herencia puede ser un factor determinante en el desarrollo del niño, ya que los rasgos físicos dependen generalmente de la herencia." 17

"La herencia es un fenómeno biológico mediante el cual, y gracias a los genes, los padres transmiten a la descendencia, caracteres normales o patológicos." 18

La herencia, por la cual se transmiten enfermedades genéticas, entre ellas las visuales, se clasifica de la manera siguiente:

#### **Herencia Autosómica Dominante**

- *Se transmite de padres a hijos en línea dominante.*
- *Estando unido a un carácter opuesto, tiende a borrarlo o a disminuirlo.*
- *El carácter aparece en todas las generaciones.*
- *Uno de los progenitores se encuentra afectado.*
- *Cada hijo, sin importar sexo, se encuentra afectado.*

#### **Herencia Autosómica Recesiva.**

- *Tiende a desvanecerse cuando se une con un carácter dominante, lleva un gen anormal en doble dosis.*
- *Los padres de un sujeto afectado son sanos.*
- *Los hijos tienen un 25% de posibilidades de padecer la enfermedad.*
- *Una persona afectada no transmite el efecto.*

#### **Herencia Ligada al Sexo AX Dominante.**

- *Hombre y mujer pueden ser afectados*
- *Las Mujeres afectadas transmiten la enfermedad a la mitad de sus hijos varones.*

16 *Ibidem.* p. 131.

17 *Ibidem.* p. 200.

18 "Diccionario Terminológico de Ciencias médicas". p. 173.

**Herencia ligada al sexo AXY recesiva.**

- *La frecuencia de un rasgo es casi privativa del sexo masculino, ocasionalmente hay mujeres afectadas.*
- *Un varón afectado transmite el rasgo a la totalidad de sus hijas mujeres, y sin embargo, éstas no tienen la enfermedad porque la madre les ha transmitido un cromosoma X con un gen normal. Esto hace que las hijas solo sean transmisoras.*
- *Una mujer transmisora heterocigota tendrá a la mitad de sus hijas transmisoras, pero no padecerán la enfermedad.*
- *Los padres afectados nunca tendrán hijos varones afectados.*
- *El carácter puede transmitirse a lo largo de una serie de mujeres transmisoras, y así en esta herencia, los afectados son casi exclusivamente varones y los transmisores mujeres.*

Los trastornos causantes de ceguera que dependen de este factor hereditario conforman un grupo heterogéneo: los más comunes son las distrofias retinianas, el retinoblastoma, el microftalmos y anoftalmos pueden presentarse en la misma familia y desde el punto de vista genético han de considerarse conjuntamente. También se conocen las miopías malignas y benignas, que pueden ser de transmisión hereditaria recesiva o dominante. El daltonismo, anomalía en la visión de los colores, se transmite según el modo recesivo ligado al sexo. La atrofia óptica de origen genético suele transmitirse por un mecanismo autosómico dominante.

Los trastornos autosómicos recesivos, se sabe que están ligados al producto de parientes consanguíneos.

**FACTOR AMBIENTAL.**

Los factores ambientales que ocasionan trastornos de la visión en el niño, se pueden dividir en tres periodos:

*a) Período prenatal (antes del nacimiento).*

En circunstancias normales, el desarrollo prenatal se realiza en un periodo de nueve meses. Cada uno abarca cambios en el feto y en sus sistemas de apoyo logrando que el neonato esté muy bien dotado para sobrevivir como ser independiente. Por desgracia la circunstancias no son siempre normales, hay muchos factores que obstaculizan y provocan que un niño nazca con una o varias deficiencias. Existen una serie de influencias ambientales en el período prenatal, se darán a conocer las más frecuentes.

El estado emocional de la madre que se encuentra en gestación, puede afectar al feto y crearle situaciones molestas. Las madres mayores de 35 años o menores de 18 proporcionan ambientes menos ideales para el crecimiento fetal.

Otra influencia más que se presenta es la dieta de la madre que está gestando. Si es deficiente en su nutrición pueden ser graves las consecuencias, como por ejemplo, parto prematuro, catarata, etc.

La vida llega al embrión por medio del cordón umbilical; la madre por medio de la placenta puede pasar sustancias al embrión, como son vitaminas, drogas, vacunas y algunos gérmenes patógenos, como el virus de la rubéola el que provoca en el niño el llamado Síndrome de la Rubéola Congénita (SRC).

Este síndrome afecta a los niños nacidos de mujeres infectadas por el virus de la rubéola en las primeras 20 semanas de embarazo. En estas mujeres no inmunes, el virus puede atravesar la placenta y causar varias malformaciones generales y oculares, entre las que sobresalen la microcefalia, la sordera, la ceguera a consecuencia de microftalmia, glaucoma o retinopatía.

La toxoplasmosis adquirida durante el embarazo, puede producir lesiones en la placenta, y ésto ser origen de la difusión del parásito en el organismo fetal, provocando graves anomalías oculares.

Las infecciones intrauterinas, influyen comúnmente en la aparición de ceguera y lesión del sistema nervioso central en los recién nacidos, dándose una gran proporción cuando las condiciones de pobreza, poca higiene y nutrición deficiente son elevadas.

La transmisión del virus de la Inmunodeficiencia Humana de la madre al feto, tendrá repercusiones en la niñez, pues aumenta la susceptibilidad a las enfermedades víricas de los ojos, particularmente en la retina.

Las enfermedades del padre también juegan un papel muy importante durante la formación del feto, si el padre es o fue adicto a las drogas, por el abuso de estas hay rompimiento cromosomal, estas anomalías pueden afectar al hijo.

Existen efectos altamente nocivos que perjudican el desarrollo del feto, como puede ser el alcoholismo por parte de alguno de los padres.

#### ***b) Período perinatal y neonatal (incluye el nacimiento y los primeros cuatro meses de vida)***

Hay factores que pueden perjudicar al feto en el momento del alumbramiento. El primer minuto de vida es el más crítico en la existencia de una persona y por lo tanto, el nacimiento es el momento de mayor riesgo que vivimos.

A principio de los años 70, las prácticas obstétricas en los países desarrollados se habían perfeccionado hasta tal punto que los traumatismos del parto llegaron a resultar excepcionales. No obstante en los países en desarrollo, como es el caso de México, los traumatismos obstétricos son una causa importante de la lesión del sistema nervioso central, el cual puede afectar en gran medida la visión.

La asfíxia durante el parto es un posible factor de lesión cerebral grave, considerada como una causa importante de ceguera.

Otra causa de deficiencia visual en este período, es la existencia de microorganismos presente en la vagina de la madre. Los ojos del recién nacido se infectan a su paso por el canal del parto infectado y los síntomas suelen aparecer en los primeros tres días de vida.

La retinopatía del prematuro (RP) es un trastorno capaz de causar ceguera en las criaturas nacidas antes de término. La RP fue descrita a principios de los años cuarenta y tuvo que transcurrir un decenio para descubrir que un factor patógeno importante eran las elevadas concentraciones de oxígeno suplementario que se administra a los prematuros. Estudios recientes han señalado que está aumentando la incidencia de RP aguda, apesar de la cuidadosa vigilancia del empleo en ciertos sanatorios, sin embargo, hay otros como los de asistencia pública, que no han tomado medidas preventivas, ya sea por falta de capacidad o por total desinterés del personal que labora.

**c) Período postnatal (después de las primeras cuatro semanas de vida).**

Uno de los motivos que generalmente origina ceguera infantil durante el período postnatal son los traumatismos oculares. Estos se producen regularmente en el transcurso de actividades cotidianas que entrañan muchos riesgos. Los niños son regularmente vulnerables a los peligros de los juguetes mal diseñados, los juegos con objetos afilados, las riñas a puñetazos o con palos, los apedreos, golpes con pelotas, accidentes durante el nacimiento, etc. Estas lesiones dañan la conjuntiva o córnea, hasta el punto de destruirla y encoger el ojo. Cuando el traumatismo es muy severo puede haber rotura de globo.

El desprendimiento de retina es ocasionado por un traumatismo, presentándose una pérdida de la visión, correspondiente al campo del desprendimiento.

El tiempo que se tarda un niño, que ha sufrido un traumatismo, en recibir asistencia médica influye notablemente en el resultado, si no es inmediato, es muy común que se practique la enucleación.

El sarampión es otra causa que produce ceguera infantil, "en la mayoría de los países en desarrollo esta infección es una enfermedad grave con una tasa de letalidad superior al 1%".<sup>19</sup>

Esta elevada proporción probablemente se relacione con varios factores, entre ellos, el estado de nutrición del niño, la edad en que ocurre la infección y la carencia de servicios sanitarios. La ceguera consecutiva del sarampión es el resultado de la ulceración corneal, y en su mayoría los niños enfermos contraen queratitis.

Los tumores malignos no detectados precozmente son otra causa de una alteración visual profunda, que ocasiona irremediamente la pérdida total de la visión. Estos se desarrollan en las órbitas y tienen casi siempre consecuencias irreversibles.

Existen otras infecciones generadas en la niñez que pueden causar ceguera por afección del sistema nervioso central. En este renglón sobresalen el paludismo cerebral y la meningitis aguda bacteriana y tuberculosa (infección de los meninges por altas temperaturas), las cuales producen ceguera cortical.

---

<sup>19</sup> OMS, op. cit. p. 19.

## **II. II. Aspecto psicológico.**

En el crecimiento del niño normal, se logra un desarrollo integral mediante el sentido de la vista, sin embargo, el niño ciego carece de ella, por ésto es imposible decir que tendrá el mismo desarrollo en comparación con los niños normovisuales. A continuación se definen algunas diferencias.

**Expresión facial:** La expresividad del ciego está muy disminuida, desde el tercer mes de vida la gesticulación del niño ciego se estaciona, porque los esquemas gestuales innatos precisos para el fomento de estas conductas visomotrices no se refuerzan mediante la visión.

**Desarrollo muscular:** Se da un desarrollo muscular insuficiente en el ciego debido a la falta de actividad física. No intenta posturas nuevas.

**Reflejos motrices:** No los presenta porque no ve el medio que lo rodea. No hay un aliciente exterior para que el niño levante la cabeza y se sostenga sobre sus pies.

**Actividad mental:** Está totalmente modificada por la falta de vista. La ausencia de imitación dificulta los aprendizajes.

**Audición:** Falta de coordinación con la visión que opera en el niño normal.

Ahora bien, ¿Qué tanto una secuencia como la ceguera constituye un motivo de enfermedad psíquica? al respecto Heinz (1946) dice: "un trastorno psíquico acompañado constitucionalmente de una enfermedad heredada o adquirida, no suele darse más que en contados casos. Únicamente se presenta cuando la lesión física se extiende a órganos que, como el encéfalo, vías nerviosas y las más importantes glándulas secretoras, son indispensables en la marcha normal de la vida psíquica"<sup>20</sup>

Estas posturas están determinadas en cuanto a las relaciones ambientales y condiciones de vida que una deformidad trae consigo, es decir, que aquellas reacciones que el discapacitado presenta, no son provocadas directamente por la invalidez, sino por no poder satisfacer adecuadamente las necesidades que presenta.

Para satisfacer dichas necesidades del desarrollo, el niño ciego requiere que los padres le ayuden a adquirir habilidades físicas, congoscitivas de adaptación y socio-emocionales que no llegarían sin una estimulación, con ésto es posible corregir en mucho, las diferencias de desarrollo entre un niño ciego y un normovisual, mencionadas con anterioridad. Sin embargo, la compasión o el rechazo de que se hace objeto al niño ciego, lo lleva a compadecerse de sí mismo o a convertirlos en desconsiderados, mal intencionados y exigentes, susceptibles e irritables ante ciertas actitudes de las personas que lo rodean, esto es, en los más de los casos, las alteraciones psicológicas que se hacen presentes, no son por defecto físico en sí, sino que resultan como una consecuencia del trato poco aceptado o inconveniente por parte del mundo exterior.

---

<sup>20</sup> Heinz Fleckenstein. *Personalidad y enfermedad*. p. 44.

Resulta importante considerar la influencia que la ceguera trae sobre los niños, ya que debe tomarse en cuenta la diferencia que existe entre la ceguera congénita y la adquirida.

El niño ciego congénito para términos de este estudio, (psicológico), no será únicamente el de nacimiento, sino también aquel que ciega en edad muy temprana, considerándose de tres a cuatro años. El niño ciego adquirido se establecerá de esta edad en adelante debido a que es cuando empieza a tener identidad personal, lo cual se explicará más adelante.

Un niño con deficiencia visual congénita por ejemplo, carece de referencia respecto a la visión normal para poder juzgar el grado de su anomalía, debido a la falta de experiencias visuales.

Por otra parte, una observación relacionada con los traumas emocionales del niño ciego congénito se refiere al efecto que produce el estar escuchando permanentemente las quejas y las lamentaciones de sus padres respecto a su estado, especialmente las de la madre, o las palabras y frases de consideración en torno a el mismo. Esto produce una sensación de angustia y desconcierto que él no se puede explicar y desde luego mucho mayor y más profunda que la conciencia intelectual y progresiva de invalidez y no suele olvidarlo jamás.

Cuando un niño con visión normal sufre la pérdida de este sentido, su relación con el medio se verá alterada, no sólo por la actitud de quienes lo rodean, sino además en cuanto a la imagen que de sí mismo tenga (identidad personal), debido a que sus experiencias anteriores le permitirán comprobar que ha perdido una gran parte de su independencia, resultando necesario hacer un cambio en sus habilidades y costumbres, por lo que el niño ciego adquirido pasa por un difícil trance de habilidades a su ceguera, considerándose una etapa de crisis psíquica. Por ejemplo, el que un niño pierda el sentido de la vista repercutirá en su desarrollo psicomotriz, limitando sus oportunidades vivenciales, así como sus experiencias sensoriales, obstaculizando las relaciones padre-hijo, ya que, por lo regular, se detectan actitudes de rechazo o sobreprotección, influyendo ésta en la esfera afectivo emocional del individuo.

A consecuencia de la ceguera, el niño puede llegar a generar ciertos rasgos comunes entre los que la padecen, como son: inhabilidad para relacionarse con personas normovisuales, sentimientos de inseguridad, expresados en agresividad, frustración provocada por la limitación de la movilidad y dificultad de ejecución, inhabilidad para enfrentar las demandas ejercidas por su medio y la dependencia que esto crea, depresión, escape y aislamiento, pérdida de su rol familiar y la incapacidad del ser reconocido como una persona productiva.

Es importante señalar que en México han existido por muchos años el paternalismo hacia los discapacitados, confundiendo el apoyo con una compasión que los ha llevado a crecer con una mentalidad errónea. En el caso específico de los ciegos, en el Instituto Nacional para la Rehabilitación de Niños Ciegos y Débiles Visuales está la prueba más contundente. Los especialistas y personal en general, han llevado por mucho tiempo la idea de no exigir al niño ciego a cumplir con las obligaciones de cualquier niño, digase en el ámbito escolar, llegando al punto de proporcionarles todo, incluyendo a la familia, sin exigir nada.

Aunado a esto, hay que tomar en cuenta el sistema burocrático existente, que facilita al personal justificar su desinterés, no tomando en cuenta aspectos sumamente importantes como la enseñanza educativa. Esto conlleva a serios problemas cuando se pretende la integración social, debido a que está acostumbrado a ciertas actitudes, por ejemplo a utilizar su discapacidad para chantajear, al no realizar tareas, lo cual crea rechazo por parte de la población.

### **AUTOCONCEPTO DEL NIÑO CIEGO.**

"Autoconcepto es la opinión que tiene una persona sobre su propia personalidad y su conducta, normalmente lleva asociado un juicio de valor. Se forma a través de la interacción social, en el curso de la propia observación de uno mismo y de la imagen que los demás tienen de uno mismo."<sup>21</sup>

Un autoconcepto negativo, traerá como consecuencia sentimientos de inferioridad e incapacidad, mostrándose inseguridad en sí mismo, produciéndose una mala adaptación personal.

Sin embargo, un autoconcepto positivo desarrollará rasgos como la confianza en sí mismo, la autoestima alta y una capacidad para evaluar las relaciones personales con precisión, lo cual conducirá a una buena adaptación social.

Algunos estudios han revelado que los sentimientos respecto a sí mismos en los niños cambian a medidas que lo hace su cuerpo y conforme se modifican las actitudes sociales hacia los papeles de los dos sexos, se convierten en una parte importante del autoconcepto.

Hurlock en 1980 señala: "los defecto físicos no afectan en sí el autoconcepto, son más bien las frustraciones y los resentimientos que se sufre a razón de este defecto. Cuando dicha lesión significa impedimento por el cual una persona debe ser separada de sus compañeros, el efecto sobre su autoconcepto es perjudicial, por lo que carecerá de confianza en sí mismo."<sup>22</sup>

Los fundamentos del autoconcepto se establecen cuando el bebé comienza a distinguir lo que es el "yo", es decir, al moverse y observar que él puede, que él también afecta a su medio; que reconoce a sus familiares y la manera como puede influir en los demás y éstos en él.

El "yo" es "individuo considerado como consciente de su propia y continua identidad y de su relación con el medio"<sup>23</sup>

Cuando el niño sale del hogar, trata de conocer el mundo que lo rodea, observando y escuchando lo que hacen los niños como él, donde la utilización del nombre forma parte básica del desarrollo del concepto del "yo", para reflejarse a sí mismos.

21 Diccionario Enciclopédico de educación especial . p. 42.

22 Hurlock, Elizabeth. Psicología de la adolescencia. p. 72.

23 "Diccionario de Psicología". p. 166.

Otro concepto relacionado con éstos es el de la imagen corporal, refiriéndose como la representación mental que tiene la persona hacia su propio cuerpo; existiendo dos aspectos importantes de esta imagen: la real y la ideal. Algunas de estas experiencias, resultan menos accesibles al niño ciego, provocando un desarrollo más lento. El desarrollo sensitivo-motor, se verá alterado por su limitación física, así como la frustración de ser incapaz para realizar lo que desea.

A medida que el niño ciego desarrolla el concepto de sí mismo, siendo congénito, se dará cuenta que tiene una limitación en la misma etapa en la que reconoce que los demás no la tienen. La mayoría de ellos se sienten más seguros cuando están con otros que presentan el mismo problema.

Cuando la ceguera es adquirida, implica un reconocimiento más rápido que la congénita, ya que en el primer caso, se altera el autoconcepto. Es así, como el niño modificará su conducta en términos de su estilo de vida, en donde se darán reacciones de ansiedad y depresión por la pérdida del "yo" anterior.

Con frecuencia también se cree que estos niños son educados con aspiraciones poco realistas, pues tanto padres como maestros son optimistas cuando encaminan al ciego a una vida plena; sin embargo, cuando el niño egresa de la escuela especial donde estaba en contacto con niños ciegos, se da cuenta que hasta cierto punto no puede competir con personas normovisuales, debido a su incapacidad física y a los problemas que ésta trae, reaccionando con desconfianza, inseguridad, agresividad y baja estima. Cabe mencionar que ésto no es una generalidad, ya que existen casos excepcionales, donde no se presenta esta situación.

### **II.III. Aspecto Social.**

Toda sociedad establece unos principios implícitos que tienden a autoprofetizarse, esperándose que cierta persona, grupo o institución que se comporta de una determinada manera y se le permita que lo haga así, e incluso se le puede llegar a sancionar (de manera muy sutil llegado el caso) si no responde a unos esquemas preestablecidos dentro del grupo social, obviamente, los ciegos no tienen por qué escapar a este principio. La familia repite en muchas ocasiones las actitudes que la sociedad impone hacia la ceguera. Por ejemplo: la mayor parte de la gente cuando ve a un ciego por la calle, más aún si es niño o adolescente, lo rehuye e intenta pasar desapercibida, pero esa misma gente cuando está "obligada" a tratar con un ciego, desarrolla más unas actitudes de proteccionismo y afectación.

Es así como se observa una manera muy peculiar de la relación del niño ciego y su entorno:

#### **Familiar:**

Para iniciar se puede tomar en cuenta que la familia es una comunidad primordial para el desarrollo de las personas. Los vínculos entre los miembros permanecen durante toda la vida. La familia es la primera comunidad en la que el niño crece y aunque establece otros contactos en el curso de los primeros años de vida, la pertenencia a la familia es una necesidad elemental de la existencia.

La primera relación que establece el niño dentro de la familia es su madre, ella satisface sus necesidades primarias y sentimientos afectuosos, a través de ella el niño sentirá, seguridad o inseguridad, bienestar o incomodidad, estímulos agradables o desagradables, estos sentimientos proporcionarán al niño la base para la adaptación dentro de la sociedad, pues será la etapa principal en que se comenzará a formar su personalidad.

La familia es quien establece la primera transmisión social de la herencia cultural, efectuándose en los primeros años de vida a través de los padres y de los hermanos mayores, posteriormente. A través de su crecimiento, el niño irá ampliando su entorno social con otros grupos, como los amigos, la escuela, el vecindario, etc.

Por lo tanto se puede ver que los padres son quienes contribuyen a moldear la personalidad de sus hijos, auxiliándose de estímulos y restricciones.

La llegada de un hijo es un hecho que, en cuanto altera la estructura existente hasta entonces, produce una alteración fundamental.

El hijo puede ser aceptado, deseado por sus padres o bien, puede no serlo. Puede constituir el fruto de una auténtica necesidad humana, surgida de una relación de pareja exitosa o puede, por el contrario, ser una coartada para paliar frustraciones matrimoniales.

Independientemente de cual sea el caso, la mayoría de los padres que esperan un hijo se forman una imagen de él, o bien que venga a construir un prototipo de ellos mismos: normal, sano, y sin defectos ni rasgos especiales.

Sin embargo, cuando un embarazo culmina con el nacimiento de un hijo ciego, se presenta una inevitable crisis. Afectando el equilibrio de la familia y causando un estado de desorganización, llegando en muchos casos a la desintegración familiar con la separación o el divorcio. Por lo regular, en nuestra sociedad, es el padre quien ocasiona esta desintegración, más adelante se explicará el por qué.

Cuando se les notifica a los padres sobre el diagnóstico de su hijo, se ven sacudidos por conflictos emocionales internos, ya que esta situación constituye una frustración de esperanzas y expectativas, esto se agrava aún más cuando el hijo no es deseado o planeado.

La primera reacción de los padres es de impotente aturdimiento, lo cual da paso a un sistema de defensa como la negación, insistiendo en que su hijo no tiene nada, por lo que buscan otro diagnóstico más fácil de sobrellevar, basando sus esperanzas en situaciones irreales, tratando de imponer su voluntad sobre el niño mediante la fuerza física, para ayudarle a ser "normal", llegando casi siempre a agresiones físicas y verbales.

Un ejemplo muy común es cuando el niño presenta retinoblastoma y es necesario la enucleación de ambos ojos, los padres se rehusan terminantemente a que su hijo pierda los globos oculares pues ya no habrá ninguna esperanza, dejando pasar el tiempo el cual en este caso es sumamente riesgoso, pues el cáncer puede expandirse.

Muchas de estas reacciones se originan por la falta de información básica y oportuna relativa a la situación del niño o por una información contradictoria e inadecuada del mismo. En el I.N.R.N.C.D.V. es un caso muy particular a este respecto, hay muchos

"especialistas" que no cuentan con la capacidad de manejar situaciones como las antes señaladas, haciendo caso omiso de la frustración e impotencia de los padres cuando llegan por vez primera a un instituto para ciegos, tratándolos en muchos casos sin ningún tacto profesional.

La realidad cotidiana muestra que el desconocimiento provocó que los padres, al ver que todos sus intentos han sido infructuosos al tratar de vivir en una fantasía, sienten haber fracasado sobreviniendo una actitud de impotencia, lo cual ocasiona sentimientos de culpa, creyéndose los responsables del padecimiento, más aún si se les ha informado que la enfermedad visual es de tipo hereditario o bien, debido a la ignorancia; muchos creen que constituye un castigo por algún hecho del pasado. Esta impotencia origina sentimientos hostiles de reproche en la pareja, responsabilizándose mutuamente de la deficiencia del niño, coartando la comunicación entre ellos.

Algunos autores manejan que la habilidad de los padres para enfrentarse ante una situación poco afortunada, parece más afectiva cuando el niño no es el primer hijo, ya que ellos han tenido niños sin deficiencias y han progresado en las tareas de desarrollo de la paternidad. Además cuando hay comunicación entre los padres están aptos para un mejor ajuste.

La presencia de un hijo ciego, les recuerda a los padres sus propias deficiencias que inútilmente quisieran ocultar a los demás y a sí mismos, por lo que surge un profundo rechazo por el hijo, sentimiento que se considera el más importante por ser quizá el más activo y duradero, o bien, una sobreprotección.

Es común que las parejas experimenten una mezcla de emociones y sentimientos, como los ya mencionados, además de tristeza, desaliento, ira, desesperanza, pena, vergüenza, entre otros, creando un círculo vicioso que impida a los padres disfrutar y experimentar de la paternidad. Por ejemplo, cuando una madre sale a la calle con su hijo ciego hace todo lo posible por ocultarlo ya que se siente incapaz de enfrentar las miradas y en ocasiones, las preguntas sobre el estado de su hijo.

Esto puede tener un efecto negativo, no sólo sobre el desarrollo educativo y sociofamiliar del niño ciego, sino también repercute en los demás hijos normales, ya que éstos se sienten apartados del núcleo familiar pues los padres ponen toda su atención en el niño discapacitado, creando en el (los) hermano (s) sentimientos de celos y rechazo hacia él siendo, en ocasiones, tan profundo que jamás perdonará a la familia el haberlo(s) relegado, creciendo con una serie de conflictos determinados por la disfuncionalidad de la familia. Los psiquiatras infantiles atienden más a hermanos de discapacitados que a éstos, debido a que la mayor parte de sus problemas de éstos son consecuencia en los cambios de la relación madre-hijo.

En párrafos anteriores se destacó la importancia del papel de la madre para el desarrollo de la personalidad. Retomando esto, en la etapa de crisis la actitud del niño provocará en la madre una inquietud, por ejemplo, el niño no reacciona ante la sonrisa de ella, provocando una ausencia de retroalimentación entre bebé-madre, teniendo como resultado la falta de interés de la madre hacia el niño ciego. Este daño en el desarrollo de la comunicación entre ambos traerá en el niño un retraso del aprendizaje. Además tendrá menos posibilidades de ser feliz por consiguiente su desarrollo emocional, físico, intelectual y motor será deficiente en muchos aspectos.

La relación entre el padre y el hijo, probablemente sea aún más limitada, en la mayoría de los casos, él casi no tiene contacto con el discapacitado, ya que el sentimiento de rechazo es más profundo, por el tipo de educación machista que se presenta en México, "cómo un hombre no pudo tener un hijo normal", "¿donde ha quedado su virilidad?".

Ahora bien, aún cuando existen padres que aceptan que su hijo haya nacido con ciertas limitaciones, que son muy pocos los casos, suelen desconocer aspectos referentes a la ceguera como son los avances y posibilidades que pueda desarrollar y, la parte principal, ellos como padres ¿pueden participar en la habilitación de su hijo? ¿de qué forma?

Por otra parte, cuando el niño pierde la vista en una edad mayor, es decir, es ciego adquirido, los padres pasan por una crisis similar acentuándose la etapa de negación. Su reacción principal es la de sobreprotección, permitiendo que haga prácticamente lo que desee, llegando a formar un hijo inútil, ya que no permiten que el niño realice las actividades más esenciales, como comer, bañarse, incluso correr, caminar o jugar. Asimismo, deben enfrentar preguntas por parte de su hijo, que no saben o no desean contestar, hundiéndolos en una mayor frustración.

En este caso los problemas con otros hijos son mayormente importantes, ya que por lo general, los padres se desatienden por completo de ellos, sin ninguna explicación, confundiendo y creando en ellos impotencia y rechazo hacia el hermano discapacitado.

#### **LA SEXUALIDAD EN EL NIÑO CIEGO.**

El significado de la sexualidad no se limita al acto sexual, sino también se expresa en estilo de vida, en papel como hombre o como mujeres, en las formas de expresar nuestro afecto y también en el comportamiento erótico. Más allá de la reproducción, más allá del placer orgásmico, la sexualidad impregna los sentimientos, pensamientos, actitudes y comportamientos cotidianos de la vida.

Si el hombre y la mujer son el resultado de la integración de aspectos biológicos, psicológicos y sociales que actúan interdependientemente, la sexualidad como componente fundamental de la naturaleza humana, tiene esa característica tridimensional.

Siendo el niño ciego con iguales características, su desarrollo está impregnado por una serie de sensaciones y vivencias con su cuerpo y consigo mismo, pero además matizadas por el contenido emotivo del ambiente familiar y sociocultural que lo rodea.

Todos los niños traen ya consigo al mundo su sexualidad. Determinadas sensaciones sexuales acompañan su desarrollo a través del periodo de lactancia y de la época infantil.

Además de la información sensorial que asimila a través de los órganos de los sentidos, es verdaderamente rica en especial la visión que le proporciona gran información respecto de las características del medio (posición, distancia, tamaño, color y forma), que con solo verlas le dan un esquema de su entorno o medio que lo rodea.

Lo mismo puede decirse del niño ciego que, a falta de visión, utiliza el tacto, el oído, y el resto de los sentidos para integrar una idea del mundo que lo rodea. Sin embargo, parece

que en él la experimentación del cuerpo, a través de sensaciones cutáneas, está hipervalorada y se prolonga más que los videntes, confrontando al máximo la superficie cutánea con el ambiente. Por tanto, en lo que se refiere a la manifestación de su comportamiento, asume actitudes de acercamiento corporal y de exploración táctil para satisfacer sus necesidades intelectuales y afectivas, situación para la cual el mundo externo no está suficientemente preparado, pues al parecer en el mundo de los videntes el tacto está considerado en la medida que se conoce y reconoce el mundo a través de la vista, lo que para el niño resulta verdaderamente difícil de comprender y asimilar, pues tiene que emplear el tacto en su diario convivir con el medio.

Antes del año y medio, el niño ciego está acostumbrado a la vida familiar. La organización de sus movimientos será más lenta, por lo que los cambios posturales aparecerán más tardíamente de lo que suele suceder en el niño normovisual.

La boca, que es la zona de mayor placer, se coordinará con el sentido del tacto para efectuar una amplia exploración bucal y táctil del mundo que lo rodea, lo que le permitirá conocer entre otras cosas, principalmente los límites de su cuerpo, al chuparse sus manos, llevarse el pie a la boca y tocarse por primera vez sus genitales.

Por lo general, los padres no experimentan ningún conflicto ante estas primeras exploraciones que excluyen a los genitales, pero, en el momento que se incluyen, ellos reaccionan inmediatamente, en la mayoría de los casos, con una actitud de censura, pues desvían rápidamente, y a veces con brusquedad, la mano del niño y marca con esto la integración incompleta de una autoimagen, además que crea en el niño esa idea de que es sucio y malo, por lo que hay que tocárselos lo menos posible, a menos que se le bañe o se le cambien los pañales.

Sin embargo, aún con todo esto, el niño ciego insistirá en tocar, y si no precisamente sus genitales si todo aquello que lo rodea para poder integrar más adelante una idea de su mundo.

Pero mientras esto sucede, el medio también informa al niño a través del sentido de la audición sobre lo que sucede en su entorno. Inicialmente los sonidos van y vienen en todas las direcciones, y difícilmente pueden ubicar e identificar un objeto. Por tanto, permanece estático o responde con llanto hasta que paulatinamente se familiariza con todos los sonidos que llegan a él y pueden identificar las voces de quienes lo rodean.

Después de los dos años el niño muestra una enorme curiosidad por todo aquello que se encuentra cerca; palpa todo lo que está a su alcance, ofreciendo para ello una fina exploración táctil que le permite integrar un concepto y así adquirir mayor información sobre su medio, apoyado todo esto por su capacidad de expresión que se va ampliando y que desde luego le permite preguntar sobre lo que toca, sin embargo, en este afán de preguntar y de tocar aprende a no hacer preguntas que para el medio familiar resultan difíciles de contestar y de explicar principalmente, pues los padres consideran no tener los elementos para hacerlo, además de experimentar en sí mismo la censura y represión que han venido viviendo al tocar este tema.

El niño ciego pasa pues por una etapa en la que se censura todo tocamiento relacionado con su cuerpo y el de los demás. En la medida que esta diferenciación psicosexual se define con mayor claridad para él, muestra curiosidad para otras características que diferencian más adelante al hombre de la mujer, y que para el niño normovisual es notorio pues las ve. El niño ciego intuye que los hombres son diferentes a las mujeres,

pues el pecho materno no es el del padre, por tanto pasa por largo tiempo en acariciar esta parte del cuerpo de la madre, además de hacer preguntas sobre de ello.

También advierte la forma de orinar del hombre y la mujer, por lo que el niño busca con gran interés y curiosidad sobre si la madre también tiene pene; para esto aprovecha cualquier momento para tocarla, tocarse y tocar a otras niñas o niños. Por esta razón la masturbación tiene una gran importancia y parece efectuarse en cualquier momento que tiene la oportunidad, y consigue con ello un reconocimiento de la diferenciación anatómica de los sexos pene - vagina, así como la integración de ésta a su imagen corporal.

A partir de los seis años, dentro de sus múltiples fantasías, aún desea confrontar con sus compañeros la realidad de las mismas para verificar la autenticidad de la información transmitida por sus padres, y suele suceder que en la medida que existe una esfera de confianza y comunicación, el niño insiste en verificar si la información externa es real y medir con esto la veracidad de lo que los padres han contestado a sus preguntas. Pero en la medida que va madurando psicosexualmente, desvía su atención hacia el interés por el sexo opuesto, creando fantasías y juegos de pareja.

De nueva cuenta el tacto y ahora el sentido de la audición y olfacción cobra gran importancia, pues se aprecia su gran necesidad de acercamiento corporal, enriquecido por el olfato que le brinda mayor satisfacción y apoyo en su búsqueda de aceptación, aprobación y halago a su papel sexual.

El sentido de la audición los hace identificar con mayor gusto la voz femenina o masculina, por la que se siente apreciado, y a la que desde luego busca con mayor insistencia, reafirmando de nueva cuenta su necesidad de aceptación con su acercamiento corporal para integrar mejor su autoconcepto.

En el mejor de los casos, también se espera que el niño ciego, al igual que los otros niños normovisuales asistan a la escuela, con lo que ampliará aún más sus horizontes, al confrontar lo experimentado en el seno familiar con otras formas de ser y de vivir.

Este ambiente favorece aún más esta oportunidad de convivir con otros, por eso la etapa de "atracción sexual" es significativa en la medida que hay mayor competencia. Paulatinamente, también advierte otros intereses, y pronto descubre que hay niños que al igual que él tienen los mismos intereses e inquietudes, por lo que ahora se vuelve separatista, esto es, en sus juegos se separa por sexos, y busca a la vez modelos de autoridad como maestros con los que trata de identificarse, reforzando así su sentimiento de valía, ya que a sus relaciones espera transmitir un mensaje de la concepción de sí mismo y de su mundo.

Nuevamente descubre un común de intereses en sus compañeros, y como está cerca de los cambios corporales, dentro de sus actividades con otros niños de su edad, buscan bromear con lo referente al sexo, inventan nombres para referirse a sus órganos genitales, se tocan, pero gustan más por tocar al otro; además, adquieren un lenguaje que en el ambiente de los ciegos es más conocido, ya que con esto el niño ciego parece marcar los límites de un medio exclusivo; es decir, sus relaciones y conjuntamente sus intereses se limitan a un ambiente de ciegos, donde el normovisual difícilmente puede penetrar, pues el niño muestra una actividad poco conocida por el normovisual que reacciona con extrañeza y desconocimiento ante algo con lo que no está lo suficientemente familiarizado y, por lo mismo, es de esperar que reaccione con las mismas pautas sociales que le han

manifestado a través de los años. Sin embargo, lo más importante es que los prejuicios de los padres respecto a la ceguera de su hijo continúan imperando, creando un cuadro de angustia, incertidumbre y tabú que quebrantan las bases de sus futuras relaciones para un desarrollo favorable, cuando los cambios se manifiestan.

En la etapa de pubertad: "el niño ciego enriquece su imagen corporal con la información que llega a él a veces de los sentidos del tacto u oído. En tales condiciones, aunque es capaz de realizar en forma apropiada ciertos detalles, como las partes gruesas de la figura humana, no puede construir un todo bien estructurado, pues las partes finas del cuerpo, principalmente, no tienen armonía y proporción y detalles como la vestimenta y partes de la cara que en ello son menos evidentes, lo que corrobora la importancia de la visión en el enriquecimiento de la imagen corporal".<sup>24</sup>

El púber ciego no tiene, como el normovisual, una modalidad sensorial que le permita tener réplica de su propio cuerpo con sus órganos genitales y detalles con precisión, pero cuenta con otros sentidos que le van a proporcionar información sobre sí mismo y su entorno, principalmente el tacto, con que inicia una actividad de exploración y descubrimiento manuales de los cambios corporales que aparecen en la pubertad, como una realidad incontrolables para el ciego, que vive en su propio cuerpo nuevas sensaciones: emisiones seminales en el varón, menstruación en la mujer. En ella sus ropas la ponen en contacto con su nueva forma y desarrollo corporal al sentir las más justas, lo que le proporciona nueva información, reafirmando que algo pasa en su cuerpo. Todo esto, le va a permitir ir integrando poco a poco una imagen corporal de sí mismas, la cual puede ser favorecida u obstaculizada por la información y la calidad de la misma que su entorno le envía.

Desafortunadamente, la modalidad táctil que da mayor información al púber ciego, explora sus órganos genitales, está reprimida socialmente por el mundo normovisual, por lo que muchas veces el ciego abandona esta forma de reconocerse, o si la toma puede ser que la use únicamente cuando considera que no está siendo observado, pero sintiéndose culpable. Es así como el púber empieza a negar sus cambios corporales, al no iniciar su exploración y descubrimiento, lo que dificulta la integración de una imagen corporal.

El mundo normovisual reprime constantemente las manifestaciones sexuales del púber ciego, y las considera además como anormales. Sin embargo, al respecto Aerasbury opina que: "lo que va a determinar la patología durante la pubertad no va a ser la expresión de conductas sexuales, las alteraciones de carácter o el rechazo al mundo adulto que representa el púber sino la **PERSISTENCIA O INTENSIDAD** con que aparecen tales manifestaciones; por ejemplo, podrá pensarse en anomalías cuando el púber no realiza otra cosa más que masturbarse en la escuela, en la casa, etc."<sup>25</sup>

Por lo general, el púber ciego, carece de información sexual. Además no tiene como el normovisual, patrones visuales de referencia que le permita comportarse con los de su mismo sexo, con los del sexo opuesto, y observar diferencias corporales en un hombre y una mujer, situaciones que crean más angustia, inseguridad y en cierta forma, temor y

<sup>24</sup> DIF. "Primer Seminario Técnico-Científico y Profesional para Invidentes". (Memorias). 1991, p.69.

<sup>25</sup> Aerasbury, Arminda y Knobri, Mauricia. La adolescencia normal. p. 152.

vergüenza, pues no se percata con facilidad que no es el único individuo que sufre tales cambios.

El desconocimiento y dificultad para adquirir información sexual en el púber ciego, quizá explica la presencia de un gran número de fantasías sexuales las cuales a veces son alejadas de la realidad corporal.

El púber normovisual vive los cambios corporales y manifiesta sentimientos de angustia, inseguridad y temor pero tiene diversas opciones de adquirir información sexual, así como de realizar actividades que le permitan sublimar y disminuir su angustia.

El púber ciego puede realizar una exploración manual que le permita reconocer su cuerpo con sus genitales pero, si no tiene el conocimiento teórico necesario al respecto, no estará realizando un adecuado y real conocimiento en forma concreta.

Todo lo anterior nos lleva a considerar que el púber ciego vive este período con mayor angustia, inseguridad, represión inquietudes, dudas y fantasías sexuales que el púber normovisual.

El púber ciego al no encontrar respuesta o satisfacción a sus inquietudes y deseos sexuales llegará a aislarse, mostrando inhibición y dificultad para relacionarse; puede presentar negación y represión sexual y no quiere tocar el tema de la sexualidad, actitud que no favorece el reconocimiento corporal.

El medio familiar al que pertenece el niño ciego que asiste al I.N.R.N.C.D.V., se caracteriza por tener un nivel sociocultural y económico bajo, que por lo regular no le proporciona una educación sexual adecuada, ni favorece la formación de su imagen corporal. Además, los mismos padres tienen dificultad para aceptar su propia sexualidad, lo que no les permite aceptar abiertamente el proceso de crecimiento de sus hijos ciegos, cuya nueva genitalidad les asusta y preocupa, sobre todo por no saberla y terminan asumiendo una actitud de represión y negación ante la sexualidad de sus hijos ciegos.

### **II. III. II. Escuela.**

Después del hogar la escuela ocupa parte del tiempo para la enseñanza del niño, donde las interacciones aumentan en frecuencia y duración; dentro de la escuela los niños dedicarán más tiempo a las actividades cooperativas, estableciéndose vínculos con los amigos y maestros.

Al igual que la familia, la escuela es un agente socializador, ya que también a través de ella se transmiten ciertos conocimientos y capacidades culturales y funciona en gran medida para reforzar los valores corrientes en la sociedad.

La escuela y la familia forman lazos de unión íntimos, algunas actitudes que tenga el niño ciego al incorporarse a la escuela, serán el resultado de las actitudes que se han desarrollado en el ambiente familiar. La relación que se establezca entre el maestro-alumno es un elemento importante en la efectividad de la modificación de la conducta, si por ejemplo, el niño no quiere respetar al maestro, difícilmente tendrán éxito las técnicas de modificación de conducta.

La mayoría de los niños ciegos asisten a la escuela a una edad más avanzada en comparación con el niño que ve, ya que por falta de información de los padres, no acuden a la edad conveniente o bien por el retraso de aprendizaje en la etapa de rehabilitación ingresa a la escuela tardíamente.

La escuela debe proporcionar al niño ciego para su integración a escuelas regulares, un aprendizaje más amplio para su conocimiento en cuanto a lo que le rodea y proporcionarle técnicas para el óptimo desarrollo de sus habilidades. Pero ¿qué pasa cuando la escuela no cumple con esto? Bien, es preciso centrarnos en la educación pedagógica que se imparte en el Instituto Nacional para la Rehabilitación de Niños Ciegos y Débiles Visuales (INRNCV), debido a que es un caso muy particular y lógicamente el que interesa.

La escuela en el Instituto no es precisamente lo que se acaba de definir, es una Institución que ha cerrado el círculo de ciegos no permitiendo la interacción social que se requiere para una integración eficaz.

Primeramente no existe ese acercamiento de aprendizaje entre maestro y alumno, más bien se da una relación "paternal" que favorece al profesionista incapaz de educar debidamente a un niño ciego.

En primer término se observa que el nivel educativo es deficiente, si bien es cierto que el niño tiene un lento aprendizaje por cuestiones ya aclaradas, la actitud de los padres y maestros no logran rebasar dicha deficiencia educativa. Por ejemplo, el alumno ciego aprende a leer y escribir en el método llamado "Braille", sin embargo, los maestros especialistas en ciegos no saben este sistema, exceptuando los maestros ciegos, (un 80% no lo saben). Siendo así, cómo se pretende la integración del alumno, si en muchos casos en 6º año no saben leer y escribir correctamente.

Por una parte es muy cómodo pensar que como ciego no logra alcanzar un estado productivo, minimizando su labor escolar, dejándoles tareas absurdas que no se nivelan con las que realiza un niño normovisual de la misma edad. Se oyen comentarios como "para ellos esta perfectamente un promedio de seis". Donde queda entonces el objetivo de la Educación Especial.

Esta mentalidad va creando en el niño una inseguridad al verse incapaz de competir a cualquier nivel, por lo que se encierra en su medio negándose a una integración. Esta actitud también es construida por los padres, quienes temen las burlas y el rechazo de otras personas.

Así es como su educación se ve encerrada en una Institución "para ciegos" en donde no se busca la relación con niños normovisuales, siendo su única interacción con niños de la misma deficiencia, perjudicando su aprendizaje socializador.

### II. III. III.      Seguridad.

Hasta antes de nacer, el niño se encontraba en un ambiente tranquilo donde sus necesidades principales eran satisfechas. A partir del nacimiento deberá enfrentarse a un nuevo ambiente, al hambre, al ruido, a la separación materna, etc.

El niño ciego se desarrolla igual que cualquier niño, se enfrenta a una gran variedad de factores que pueden influir en su adaptación social.

La adaptación social es: "el conjunto de características que permiten a una persona desenvolverse en la sociedad."<sup>26</sup>

La sociedad dentro de la cual el niño ciego vive, establece normas, reglas, toma determinaciones las cuales integrará e incorporará, así como también determina las actitudes del individuo, sus valores, sus hábitos y la fuerza de las necesidades.

Al niño después de su nacimiento se le considera ya como una persona dentro de la cual se inicia un proceso complejo llamado socialización, existiendo una interacción entre el niño y el medio ambiente, a través de ella aprenderá conductas definidas aceptables y establecidas por la sociedad.

La socialización es: "el proceso por el cual los individuos adquieren del rango de potencialidades del comportamiento, enormemente amplio, que están abiertos para ellos desde el nacimiento, aquellos patrones conductuales que son habituales y aceptables de acuerdo con las normas de sus familias y de los grupos sociales".<sup>27</sup>

Los factores sociales son asimilados de manera inconsciente o consciente por la personalidad del niño, a lo cual se le llama: "aprendizaje social".

Hay factores individuales que pueden moldear la personalidad y la forma de vida, como son el biológico y el psicológico; sin embargo, también los mencionados factores sociales deben tomarse en cuenta. Se sabe que el niño es un ser flexible y por lo tanto fácil de moldear, llegando a acoplarse a las conductas establecidas en su medio ambiente.

Así como la sociedad establece una estructura para llevar a cabo sus fines, también establece un medio de control para que se de la conducta esperada, como pueden ser: el premio o el castigo, la aprobación o el rechazo, siendo impuestas al individuo durante el proceso de adaptación.

El niño ciego congénito está igual que un niño vidente dotado de reflejos innatos, sólo con la diferencia de aquellos que están asociados con la visión.

La vista es una de las primeras capacidades sensoriales, la cual ayuda al niño a ver el mundo exterior y estimula su interés en explorarlo. Por lo tanto, si los objetos se encuentran fuera de su alcance no existirán en su mundo, solamente se presentarán durante el contacto físico o si transmite sonido alguno, el niño ciego por consiguiente se ve suprimido de la oportunidad de observar las relaciones personales en que no interviene, como por ejemplo, reacciones familiares, las acciones y expresiones implicadas, así como también aquellas en las cuales no se articula palabra, como los gestos cómicos, las muecas, etc. Todas estas reacciones, sitúan la personalidad del niño ciego en el camino de la introversión.

---

<sup>26</sup> English B. Horan. "Diccionario Manual de Psicología", p. 16.

<sup>27</sup> Brousseau, Paul. Desarrollo psicológico del niño, p. 77.

**El niño ciego se encuerta lógicamente dentro de un ambiente diferente al del niño vidente, ya que las relaciones personales son especiales.**

**El trato que le da su familia hace inevitable que gire alrededor de sí mismo, limitándose a las relaciones sociales amplias, lo cual lo deja socialmente inmaduro y lo desplaza por completo al caso de la Institución especial en ciegos, donde el alumno no convive con otras personas fuera de las del Instituto, encerrándose en su medio pobremente social.**

**La sociedad llega a adoptar ciertas actitudes frente al niño ciego, que provocan en él perturbaciones emocionales, además deberá realizar un esfuerzo mucho mayor que el niño normovisual para efectuar quehaceres elementales.**

**El niño ciego no es, por naturaleza, más perverso, egoísta e insociable que el niño normovisual. Pero su crecimiento no está organizado como éste y, por otra parte, está rodeado de una atmósfera de relaciones personales "anormales", ya que las personas que le rodean tienden a tratarle en forma especial. Una actitud muy común es de compadecerlo, y tratarlo como una persona incapaz de realizar algo útil, por lo que no se les enseñan los elementos básicos para vivir en sociedad, como los buenos modales (saludar, pedir disculpas, etc.).**

**Sin duda, esto crea un círculo vicioso, los grupos sociales forman en el niño ciego actitudes negativas y posteriormente estos mismos grupos sociales rechazan dichas actitudes.**

**CAPÍTULO III. INSTITUTO NACIONAL PARA LA REHABILITACIÓN DE NIÑOS CIEGOS Y DÉBILES VISUALES.**

**III.1. Antecedentes.**

En el año de 1870, el Lic. Ignacio Trigueros, funda la primera Institución para ciegos en México, llamada "Escuela Nacional para Ciegos". Para 1872, comienza a recibir a niños y adolescentes en sus aulas, y es así como se convierte en una escuela que da servicio a personas de todas las edades. Sin embargo, en el transcurso del desarrollo escolar se observó que los intereses entre jóvenes, niños y adultos eran totalmente diferentes. Por esto y gracias al interés de la Dirección de Rehabilitación, nace la necesidad de separarlos.

En el año de 1946 la Subdirección de Asistencia, dependiente de la Secretaría de Salubridad, presenta ante el Congreso Nacional de Oftalmología una ponencia oficial que plantea la necesidad de crear un espacio para niños ciegos, lo que justificaba la creación del Patronato para Rehabilitación de los Ciegos, primer antecedente del Instituto, el cual pretendía formarlo como internado, lo cual no fue posible realizar.

Fue hasta el año de 1951, con la llegada de Helen Keller al país, y con el apoyo del Lic. Miguel Alemán, Presidente de la República, cuando la Lotería Nacional dona el terreno que hoy ocupa el Instituto, de igual manera proporciona el material necesario para la construcción. Y así, el 3 de diciembre de 1951 fue colocada la primera piedra por la directora de Asistencia Social.

Un año más tarde, el Presidente Miguel Alemán, gracias a las gestiones del Dr. Rafael Pascacio Gambos, titular de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (ahora Secretaría de Salud), y un grupo de especialistas en la educación de los ciegos y otras organizaciones creadas para este fin, decretó la creación del Instituto, el 10 de marzo de 1952, con el nombre de Instituto para la Rehabilitación de los Ciegos; inaugurándose en el mes de noviembre del mismo año. Tal como se establece en el siguiente decreto:

"...a) Derecho que establece el organismo de cooperación social y de acción permanente denominado Instituto para la Rehabilitación de los Ciegos. Miguel Alemán, presidente de los Estados Unidos Mexicanos a sus habitantes, sabed: Que el H. Congreso de la Unión, se ha servido dirigirme el siguiente:

**DECRETO.**

El Congreso de los Estados Unidos Mexicanos, decreta:

**ARTÍCULO 1º.-** Bajo la dependencia de la Secretaría de Salubridad y Asistencia se establece el organismo de cooperación social y de acción permanente denominado el Instituto para la Rehabilitación de los Ciegos..." 28

28 "Diario Oficial de la Federación". México, 10 de marzo, 1952, p. 6.

Sin embargo, para estas fechas el Instituto aún no contaba con el equipo necesario para su funcionamiento, por lo que es hasta el 2 de marzo de 1955, con el Dr. José Trinidad Hernández Pedroza como Director, cuando se inician las labores pedagógicas con la presencia de 57 alumnos enviados por la Escuela Nacional para Ciegos, al igual que el personal docente y médico. Se empezó admitiendo a alumnos desde la etapa materno infantil hasta los 16 años de edad; sin embargo, cuando un niño ingresaba a la primaria a una edad mayor (12 o 13 años, por ejemplo) se le permitía permanecer hasta que concluyera, aunque hubiese pasado la edad límite.

El Instituto inició su labores con muchas necesidades y deficiencias, que no se podían satisfacer debido a la ignorancia de la administración en materia de ciegos. Es por esto que en el año de 1957 la profesora Luz Santaella Rincón, especialista en ciegos, asume el cargo de directora del Instituto, que para entonces dependía de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, encomendada a organizar, controlar y encauzar sobre principios científicos, todo lo que se relaciona con la recuperación de los impedidos que hasta esa fecha sólo habían sido materia de ensayos empíricos aislados.

Ante esta situación el Instituto adopta una filosofía diferente con criterios más avanzados a cargo de maestros especialistas en la materia, los que consideraban que al niño ciego debía tratarse como a cualquier ciudadano, con los mismos derechos, de modo que la atención que se le brinde, supla en lo posible su deficiencia física y se le prepare para incorporarlo a la vida social y económica del país.

Para la preparación pedagógica de los alumnos se contaba con diez profesoras normalistas en la educación del ciego, que daba principio en el Jardín de Niños, y contaba con la enseñanza primaria. De primero a sexto año, las actividades escolares se relacionaban con las siguientes materias, distribuidas convenientemente en los seis grados: lenguaje, geometría, ciencias naturales, historia, geografía, y civismo. Asimismo, se daban adiestramientos específicos que se impartían mediante materias llamadas especiales. Para las mujeres: costura a mano, diferentes clases de tejidos con agujas y gancho, tejido de telares a mano, costura a máquina, economía doméstica, mecanografía en Braille y máquinas de uso común, piano y trabajos manuales de remallado. Los varones se adiestraban en actividades tales como agricultura y avicultura, talleres de carpintería, hojalatería y electricidad; música instrumental, mecanografía en ambos sistemas y trabajos manuales diversos.

El Instituto contaba con un Departamento de Valoración de aptitudes, formado por una psicóloga, una consejera en rehabilitación y una trabajadora social, auxiliadas por la dirección y el personal docente. Así mismo, contaba con biblioteca, salón recreativo y servicio de médico y de vigilancia. Toda labor del Instituto debía continuarse en los hogares; para tal objeto se pensó en la organización de la Sociedad de Padres de Familia, tomando en cuenta la necesidad de coordinar el hogar con el Instituto de Rehabilitación.

Por otra parte, el Instituto inició su labor a nivel Nacional, dando servicios a familias de toda la República, para lo cual se hizo llegar una invitación a todos los gobiernos, municipios y organizaciones de servicios sociales para que enviaran niños ciegos al Instituto y se beneficiaran con la enseñanza gratuita que se impartía. Para que éstos tuvieran éxito, se logró que la Dirección de Rehabilitación apoyara la formación de hogares sustitutos subordinados para que los niños de provincia se trasladaran a México, creando en el Instituto el compromiso de contar con dos unidades de transporte

## **Resumen - Resúmenes**

que recorrerían diferentes rutas para recoger a los niños, llevarlos al Instituto y entregarlos nuevamente a sus hogares.

Estas fueron las principales actividades que se efectuaron durante la gestión como directora, de la Profesora Luz Santaella.

Sin embargo, a pesar del empeño realizado, aún no se lograba la rehabilitación o habilitación integral deseada. Es hasta el año de 1971 que, mediante la gestión de la directora Dra. Antonieta García Medina, comienzan a llegar un mayor número de médicos y paramédicos; neurólogos, optometristas, oftalmólogos, psicólogos, radiólogos, dentistas, electroencefalografistas, trabajadores sociales, terapeutas: en ocupación, de lenguaje y físico.

Es en este momento cuando comienza a integrarse al Instituto niños de 0 años y se empieza a atender a los padres de familia desde que ingresan, a través de orientaciones y sensibilización, comenzando una nueva etapa de rehabilitación-habilitación cuando los familiares dejan de ver la ceguera como una situación catastrófica y, conscientes de que si es limitante, esto no impide se rehabiliten y empiecen un proceso de adaptación.

Se empieza a trabajar con los padres en una forma sistemática; se establece la escuela de estimulación temprana (atención al pequeño que empieza a caminar) y se crea la "escuela para padres".

Es así como en este año se conjugan los servicios para niños ciegos y débiles visuales, pues la Dirección de Rehabilitación establece que la educación debe ser atendida en una sola institución por profesorado especializado en deficiencia visual.

En este período se comienza a dar importancia a la prevención de la ceguera y, para ésto, se crea un área de consulta externa, donde se atiende a personas que lo requieran, con algún problema oftalmológico.

En el año de 1974 se tomó la acertada decisión de establecer el importante Programa de Libro Hablado, para niños ciegos y débiles visuales, teniendo como objetivo principal la grabación de libros de texto, de consulta y de programas recreativos y culturales, para que en cintas, cassettes, etc., puedan ser escuchados por los estudiantes.

De igual manera se da importancia al deporte, apoyando esta asignatura e inclinándola como predeporte, donde en los años de 1975-1978 se establece una participación a nivel interinstitucional; posteriormente en las escuelas aledañas del Distrito Federal y después a nivel nacional. Entonces se establecen en diferentes Estados de la República eventos deportivos, recreativos y culturales, mostrando las habilidades de los niños ciegos y débiles visuales en diferentes instancias.

Es así como se venía trabajando hasta el 21 de diciembre de 1982, cuando por decreto presidencial de Miguel de la Madrid Hurtado, Presidente de la República, el Instituto pasa a cargo del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF).

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, con el fin de manejar integralmente el problema, tomó en cuenta aspectos preventivos, terapéuticos y de rehabilitación, dando gran impulso al manejo de la familia en el aspecto social como única alternativa para mejorar el nivel de vida de las personas ciegas.

Se comenzó a proporcionar capacitación al personal por medio de cursos que avalaban los programas de investigación; asimismo se firmó un convenio con los gobiernos de los estados para profesores de provincia que se interesaran en los cursos de verano para la educación de niños ciegos. De hecho se establecen, a nivel nacional en cada Estado, escuelas para niños y jóvenes que requieran educación especial.

En estos momentos se establecen las escuelas de educación especial, siendo la No. 25 la que corresponde a la educación de niños ciegos y la No. 26 la de niños débiles visuales de este Instituto, es decir la Educación preescolar y primaria pasa a formar parte de la Dirección General de Educación Especial dependiente de la Secretaría de Educación Pública, pero sigue trabajando en forma integrada a la Institución.

La filosofía del Instituto, como parte del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, era que todo programa de rehabilitación dirigido al logro de un ajuste biopsicosocial, que permita la satisfacción de necesidades del sujeto, así como su integración social.

Años más tarde, se tomó la decisión de unir la escuela número 25 de niños ciegos y la 26 de débiles visuales, quedando oficialmente como Escuela de Educación Especial Número 25.

El 1º de septiembre de 1980 el Instituto da un giro nuevamente, ya que por decreto de Carlos Salinas de Gortari, Presidente de la República, pasa a formar parte de la Secretaría de Educación Pública, siendo titular de Educación el licenciado Manuel Bartlett Díaz. Esto en base a que la SEP tiene a su cargo el ejercicio de la función educativa y dentro de ésta crea y mantiene escuelas de todos los niveles que funcionen en la República, así como ejercer la supervisión y vigilancia que proceda en los planteles que impartan educación en el país.

Sin embargo, el Instituto no se desliga completamente del DIF, pues éste sigue dando servicio médico y paramédico asistencial con su personal.

En el año de 1991 fué nombrado como Director del Instituto el psicólogo Néstor Fernández, quien comienza una nueva etapa de cambios. El Instituto tiene a su autoridad máxima, el Director General y crea la Dirección de Asistencia del DIF, que tiene a su cargo al personal médico y paramédico; la subdirección técnica que tiene la coordinación del área de integración social y el área técnica, y, La Subdirección Administrativa a cargo del personal administrativo. Asimismo, existe la Dirección del área escolar que maneja la primaria y preescolar de la Escuela de Educación Especial Número 25.

En el año de 1992 fué nombrado Director General el Doctor Oscar Ceballos Cortez, quien hasta la fecha tiene este cargo. Se dan algunos cambios en forma interna, sigue la Subdirección Técnica, que es encargada del Aspecto Técnico; La Subdirección de Integración Social, que coordina lo referente al área; La Subdirección Administrativa, y la Dirección Asistencial con las mismas funciones.

### **III. II. Situación Actual**

A la fecha, formando parte de la Secretaría de Educación Pública, el objetivo del Instituto Nacional para la Rehabilitación de Niños Ciegos y Débiles Visuales (INRNCDV), es

## **Psicología - Psiquiatría**

brindar los servicios de apoyo académico y de seguimiento para la Integración Social. Estableciendo para los educandos los aspectos técnico pedagógicos multidisciplinarios que propicien su incorporación a la sociedad como elementos activos.

Se ha intentado reforzar los aspectos educativos y de Investigación a través de evaluaciones insitucionales, que permitan responder de una manera adecuada a las necesidades actuales de la población educativa. Se establece la interacción entre área médica y escolar, permitiendo adecuar las estrategias de estimulación temprana, integración y educativa.

Las áreas establecidas en el Instituto tienen el mismo objetivo; sin embargo, cada una de ellas realiza específicamente su labor.

La Dirección de Asistencia del DIF tiene como objetivo específico el dar servicio no hospitalario a los niños ciegos y débiles visuales, para integrarlos lo más tempranamente posible a la sociedad. Este objetivo no se desliga del que la institución maneja. Esta dirección se encarga de administrar las áreas médicas y paramédicas, siendo: Medicina de Rehabilitación, quien proporciona atención a niños ciegos y débiles visuales por medio de la terapia física, terapia ocupacional y terapia del lenguaje, estimulando sus capacidades residuales para lograr el máximo desarrollo neuromotor e independiente en las actividades de la vida diaria.

**Pediátrica:** Se da tratamiento para combatir o controlar aquellos padecimientos que presentan los niños. Asimismo, se valoran el crecimiento y desarrollo del niño, determinando su estado nutricional y estableciendo medidas higiénicas y dietéticas.

**Genética:** Se informa a familiares si la patología que el niño presenta es o no hereditaria, de igual manera se da a conocer su evolución.

**Oftalmología y Optometría:** Diagnostica y da tratamiento a las enfermedades oftalmológicas, si es necesario se establece la graduación requerida para el uso de lentes. Su finalidad es prevenir la ceguera.

**Odontología:** Da la reabilitación bucodental a los niños que acuden al Instituto.

**Psiquiatría:** Se efectúan psicoterapias a nivel individual, de pareja, grupal y familiar.

**Electroencefalografía:** Detecta las alteraciones que presentan los niños ciegos y débiles visuales a nivel neurológico y se determina el tratamiento a seguir.

**Psicología:** Se encargan de cuidar y vigilar la salud mental del niño y la familia, para lo cual se realizan terapias individuales, de pareja, familiar y grupal. Asimismo, se crean los mecanismos para propiciar en forma favorable lo antes dicho.

**Trabajo Social:** Se pretende lograr la participación activa de la familia en la rehabilitación de los niños ciegos o débiles visuales. Asimismo, sensibilizar a la familia respecto a la responsabilidad que tienen sobre sus hijos.

Es importante mencionar que en todos estos servicios se realiza una valoración a pacientes de nuevo ingreso con la finalidad de ubicarlos en el área correspondiente.

## **Escuela - Instituto**

Por otra parte, el objetivo de la Subdirección Técnica es el de coordinar, plantear y desarrollar las estrategias técnicas y didácticas que favorezcan la labor institucional.

Las áreas que la integran son:

a) **Apoyos didácticos:** Encargada de planear, diseñar, elaborar y propiciar apoyos didácticos (materiales, servicios a lectores, consultas, grabaciones, etc.) a niños ciegos y débiles visuales.

Esta área la conforman: **Libro hablado:** brindan atención específica en la producción y grabación de materiales auditivos, tanto de textos escolares, culturales, de recreo y en general, de todo tipo de elementos bibliográficos y hemerográficos a personas ciegas y débiles visuales, con lo cual se le ofrece la posibilidad de lograr un rápido acceso a la información, así como, una fuente de apoyo en la continuidad de sus estudios.

**Material didáctico:** diseñan, elaboran y proporcionan medios y/o recursos que le permitan al estudiante ciego y débil visual favorecer su aprendizaje a través de sus capacidades.

**Biblioteca, transcripción y copia:** Proporcionan y facilitan el acceso a fuentes de información y consulta en sistema Braille y caracteres negros con el fin de apoyar técnicamente la labor educativa que desarrollan los alumnos en su vida escolar.

b) **Difusión:** Apoya la labor educativa e integradora de la Institución a través del trabajo técnico y del diseño gráfico para la difusión e información de los objetivos y estrategias de trabajo que se requieren dentro de las áreas o que se generen para la continuidad en la promoción del servicio.

Como complemento de la educación de los niños se establecen los talleres de estudiantina, guitarra, mandolina, piano, telares, economía doméstica y manualidades.

La dirección de la Escuela de Educación Especial No. 25 trabaja en coordinación con el Instituto.

Su objetivo es proporcionar, a niños que lo requieran, atención escolarizada que les permitan desarrollar sus posibilidades a efecto de propiciar su integración y participación en el medio social. Se da el servicio de primaria y preescolar regular y primaria especial.

El personal docente lo forman maestros especialistas en el área de ciegos y débiles visuales, maestros de primaria y pedagogos. Así mismo, se cuenta con un equipo de especialistas formado por psicólogos y trabajadores sociales cuya función es la de participar como apoyo interdisciplinario en el diagnóstico, tratamiento y atención de los alumnos.

Dentro del Instituto se le ha dado suma importancia al trabajo en equipo con los padres de familia, viendo la necesidad de que exista una interacción entre éstos y el instituto. Es por ello que se ha retomado el manejo de la "Escuela para Padres", la cual tiene como objetivo el dotar a los padres de familia de niños ciegos y débiles visuales de técnicas,

conocimientos y aprendizajes para responder de manera adecuada a las necesidades individuales y sociales de sus hijos.

Lo anteriormente descrito es la forma teórica que presenta el INRNCDV, sin embargo, la realidad que se vive es otra.

En el momento de realizar la presente investigación, se ha detectado que actualmente el Instituto ha pasado por una etapa de estancamiento, perdiendo un reconocimiento adquirido durante años por parte de la población en general. Esto se debe a diversos factores internos que se han ido acentuando gravemente por no ponerles solución en el momento adecuado.

A esto se agrega el desinterés que existe entre la mayoría de los especialistas y empleados por trabajar eficazmente, primero se ha comprobado que el nivel escolar de los alumnos es deficiente, comparado con una escuela regular, si bien es cierto que los profesores no cuentan con una preparación adecuada en la especialidad de ciegos, arrastrada desde la normal de especialización, se ha llegado en un "burocratismo", en el que lo menos importante es la educación del niño ciego.

Por otra parte, el paternalismo existente ha facilitado lo antes dicho y ha formado un niño y familia sin responsabilidades y sin la educación elemental para lograr una integración adecuada y lo más tempranamente posible.

Es importante considerar que también hay profesionales que se encuentran en el instituto laborando y poniendo todo su empeño en poder realizar acciones eficientes, sin embargo, son tan pocos que su trabajo se ha visto opacado por lo antes descrito.

### **III. Origen y Desarrollo del Área de Integración Social.**

En 1954 se comienza a tomar en cuenta el llamado "Ajuste Social", que consistía en preparar al niño o adolescente ciego para vivir en armonía con su familia, comunidad y país, para gozar de la vida en forma que pueda considerarse como normal. Por ello se instituyó un conjunto de disciplinas de higiene, urbanidad y cultura que ayudara a estos niños y jóvenes a convivir en la forma más adecuada posible. Dentro de este programa de ajuste social se incluyó la enseñanza del bastón, indispensable para liberar al ciego de la dependencia de otra persona o de un perro guía. Este adiestramiento se impartía a los alumnos de 12 años en adelante, y se incluía además la adaptación al medio ambiente, indispensable para alcanzar normalidad en la acción.

Sin embargo, es hasta 1976 que la integración social, como tal, comienza a tomar suma importancia, cuando el Colegio Israelita invita a la Institución a una reunión de fin de año y se dá un intercambio entre los niños que acudían al colegio y los del Instituto.

En esta época es difícil lograr una integración escolar, ya que ninguna persona con deficiencia podía entrar a una escuela regular, dándose únicamente por convenio entre amistades.

En 1979, con Muñoz Ledo como Secretario de Educación Pública, se iniciaron pláticas sobre el derecho de integrar a niños con este tipo de deficiencia; sin embargo, fué difícil la aceptación, ya que no estaban convencidos de que el sujeto ciego o débil visual con

una preparación académica, pudiera tener las mismas oportunidades que los demás niños.

A pesar de esto, se decide dar en el Instituto los primeros pasos para desarrollar un Plan de Educación Integrada, en el cual se tuvo que escoger entre el Plan de la Sala de Recursos, que consistía en ubicar dentro de una escuela común, un aula donde trabajara un maestro especialista dedicado a orientar y auxiliar a un grupo de niños ciegos y débiles visuales que asistirían a la escuela regular y también se brindaría asesoría al maestro regular en forma continua y casi inmediata; o bien el Plan del Maestro Itinerante que consistía en que los niños ciegos asistirían a la escuela de su comunidad o a la que sus padres eligieran. Serían visitados periódicamente por el maestro especialista para llevar material, dar instrucciones, asesorar y celebrar reuniones con los maestros regulares.

Tomando en cuenta la realidad educativa en México, se decidió optar por el segundo plan, ya que los alumnos se desplazaban de sitios tan diversos y lejanos, que realmente sería imposible encontrar una escuela donde pudieran coincidir un grupo de niños para formar una Sala de Recursos, además se pensó que la integración sería más completa si se realiza en el medio de cada niño.

Una vez que fue elegido el Plan del Maestro Itinerante, se pudo iniciar el programa, donde eran cuatro los elementos que establecían la dinámica del mismo.

- 1.- *El niño ciego y débil visual, motivo de integración.*
- 2.- *La familia de éste.*
- 3.- *El maestro especialista.*
- 4.- *El maestro regulador.*

Se definieron las funciones que debían desempeñar cada uno de ellos, y así es como inició la integración con siete niños en el cuarto, quinto y sexto nivel de primaria.

Posteriormente, durante los años que el Instituto dependía del DIF comenzó a tomar mayor auge el interés por integrar a todos los niños que tuvieran las características para hacerlo, y fue el profesor José Amor López, junto con la Profesora Antonieta Salgado, ambos maestros ciegos, quienes empezaron a lograr la integración en forma sistemática. Se aumentó la población escolar integrada y se incluyeron niños a segundo y tercero de primaria, así como también principia la integración en el interior de la República con el objeto de que los niños regresaran a sus lugares de origen y se unieran nuevamente a su núcleo familiar.

### **Organización y Funcionamiento.**

La Subdirección de Integración Social presenta el siguiente objetivo:

Brindar atención a los alumnos con trastornos visuales, que cubran los requisitos necesarios para ser integrados a escuelas regulares. Teniendo como población a alumnos ciegos y débiles visuales que cubran los requisitos para integrarse a preescolar, primaria y secundaria; a alumnos integrados en escuelas regulares a los mismos niveles que la anterior y a los alumnos candidatos a integrarse que requieran algún apoyo específico.

El personal de esta área lo integran : Subdirector de Integración Social; encargado de coordinar y supervisar el trabajo realizado por el personal docente y administrativo de esta área.

**Maestros Itinerantes:** dan seguimiento a casos a través de visitas periódicas a las escuelas regulares, su función es únicamente pedagógica. De igual modo, tienen como actividad la adaptación de libros y materiales diversos para que el alumno ciego o débil visual entienda el objetivo educativo con mayor facilidad.

**Maestras de apoyo pedagógico:** brindan los apoyos específicos a los niños que presentan deficiencias escolares y que ya se encuentran integrados, de igual modo, se apoya a los alumnos candidatos a integrarse.

Este personal docente valora pedagógicamente a los niños que se presentan por primera vez al Instituto.

Esta área es una de las más importantes dentro de la institución, ya que es el último paso que dará el niño para lograr su integración. A pesar de esto, es una de las áreas con más deficiencias y conflictos.

Cuando se realizó la investigación para determinar su organización y funcionamiento, se informó que no existen programas ni planes que determinen la función del área, es más, no existe ni fundamento o justificación. Es sumamente grave esta situación, ya que se estructuran las actividades que realiza cada especialista en forma verbal, muchas veces con "equivocaciones" e inseguridad, como refirió una maestra "se trabaja por costumbre".

Si tomamos en cuenta el burocratismo que existe, se puede afirmar que esta área no funciona adecuadamente, ya que nadie tiene sus funciones bien determinadas, siendo que no rige un reglamento o por mínimo, un programa de actividades ocasionando que cada especialista trabaje de acuerdo a su "criterio" y "lineamiento". Por ejemplo: se ha dado el caso de que los padres de familia acuden al Instituto afirmando que no se ha realizado la visita correspondiente por parte de los maestros itinerantes, debido a que no reciben una supervisión adecuada.

Otro punto sumamente importante es el hecho de que no se trabaja el aspecto social; pretendiendo una integración eficaz sin reforzar los puntos de socialización altamente afectados.

Un niño ciego tiene cierta forma de comportarse (aspecto psicológico, capítulo II) y se pretende integrar sin intervenir en este aspecto, es lógico que su integración sea deficiente. Por ejemplo, la mayoría de los niños acostumbra hacerse compadecer para adquirir algún objeto, o para no cumplir con alguna obligación, o bien es muy común que no se despidan según comentan porque "no ven"; estas actitudes han llevado a muchos al fracaso de la integración social, pues la sociedad aunque sea de ciegos, exige los comportamientos establecidos.

Por otra parte, aún cuando se pretende trabajar con los padres, no hay un programa establecido coartando las actividades pobremente empezadas. Esto ha llevado a que la familia no participe en la rehabilitación del alumno ciego, "depositándolo" en la escuela como si fuera la única responsable del menor.

## CAPÍTULO IV. LA INTEGRACIÓN SOCIAL DEL NIÑO CIEGO.

### INVESTIGACIÓN DE CAMPO.

#### IV.1. OBJETIVOS

##### **OBJETIVO GENERAL.**

- Determinar cualitativa y cuantitativamente la integración social del alumno ciego en el Instituto Nacional para la Rehabilitación de Niños Ciegos y Débiles Visuales (INRNCDV) que asiste a escuela regular.

##### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

- Conocer el nivel de conocimientos del alumno ciego integrado a escuela regular.
- Conocer el aspecto psicológico del alumno ciego integrado a escuela regular.
- Señalar el factor social del alumno ciego integrado a escuela regular.

#### IV.2. Planteamiento del Problema.

A través de la historia, el niño ciego se ha enfrentado a graves problemas que obstaculizan su integración social.

Por el año de 1975 era sumamente difícil la integración a escuelas regulares, ya que ninguna persona con deficiencia física o mental podía ingresar a ésta, no permitiendo que se diera el primer paso para la integración social.

En la actualidad, a base de una gran labor social, se ha evolucionado la idea con respecto al discapacitado, logrando, como primer avance que sean admitidos oficialmente a escuelas regulares. Sin embargo, esto no lo es todo, desafortunadamente se presentan otros factores que han dificultado dicha integración social.

El niño ciego se enfrenta a una deficiente preparación que el INRNCDV genera en él, creando un ser incapaz de incorporarse a una sociedad sumamente exigente.

De ahí, la cuestión que incitó a llevar a cabo esta investigación se refiere a saber si el alumno ciego que acude al INRNCDV está preparado pedagógica, psicológica y socialmente para integrarse a la sociedad.

La investigación se realizó en el INRNCDV, con alumnos ciegos integrados que asisten a apoyo pedagógico en el periodo escolar 94-95, así como con padres de familia y maestros especialistas que ahí laboran.

### IV. III. HIPÓTESIS

Dentro del INRNCDV no se contemplan integralmente los aspectos pedagógico, psicológico y social para realizar la integración social del alumno ciego a la escuela regular.

Variable dependiente. *Integración social.*

Variable independiente: *Aspecto pedagógico, psicológico y social.*

IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES	DEFINICIÓN
<p style="text-align: center;"><b>Integración Social</b></p>	<p>"Supone relación entre dos realidades, por un lado, el individuo (uno o varios), o un grupo pequeño, y, por el otro, un grupo mayor o la sociedad global. En su acepción sociológica, lo importante tiene ciertos matices: como etapa del proceso de socialización, como actitud integral, como conductas y comportamientos conjuntos, como acción y proceso por el cual la sociedad &lt;&lt;integro&gt;&gt; elementos heterogéneos. En general, hace referencia a la coherencia y educación recíproca entre los diferentes elementos de un sistema social, especialmente entre los miembros de una sociedad"<sup>29</sup></p>
<p style="text-align: center;"><b>Nivel de Conocimientos</b></p>	<p>Verdad aprehendida. Es en general el saber y tacto que condicionan los éxitos en un nivel superior de estudios. Por ejemplo: la escuela primaria permite adquirir los conocimientos básicos necesarios para sacar provecho de la enseñanza secundaria, esencialmente de lectura, escritura, ortografía y cálculo<sup>30</sup></p>
<p style="text-align: center;"><b>Aspecto Psicológico</b></p>	<p>"Estudia los procesos y estados conscientes, sus causas y efectos"<sup>31</sup></p>
<p style="text-align: center;"><b>Aspecto Social</b></p>	<p>"La expresión &lt;&lt;social&gt;&gt; significa &lt;&lt;relativo a la sociedad&gt;&gt;, con lo que involucra todo lo referente a la vida en sociedad; con este alcance es equivalente a realidad social"<sup>32</sup></p>

<sup>29</sup> "Diccionario Kapelus de la Lengua Española".

<sup>30</sup> Foucault, Paul. "Diccionario de Pedagogía". 1985, p. 93

<sup>31</sup> Ander Egg, Enriqueta. "Diccionario de Trabajo Social", p. 380

<sup>32</sup> *Ibidem*, p. 166.

#### **IV. IV. Metodología.**

"La investigación que se realizó es una encuesta descriptiva-prospectiva. Es prospectiva: ya que toda la información se recogió de acuerdo con los criterios del investigador y para los fines específicos de la investigación después de la planeación de ésta.

En cuanto a la evolución del fenómeno investigado, es transversal pues se midió una vez las variables, así como las características de uno o más grupos de unidades en un momento dado, sin pretender evaluar la evolución de esas unidades.

Respecto a la comparación de la población, el estudio es descriptivo; sólo se contó con una población la cual se pretende describir en función de un grupo de variables y respecto de la cual existe una hipótesis que se refieren a la búsqueda dentro de la misma población.

Por último y de acuerdo con la interferencia del investigador en el fenómeno que se analiza, el estudio es observacional, porque sólo se describe o se mide el fenómeno estudiado, por lo tanto, no se puede modificar a voluntad propia ninguno de los factores que intervienen en el proceso.<sup>433</sup>

#### **IV. IV. I. Selección de la muestra.**

Para seleccionar la muestra de niños ciegos integrados se tomaron como criterios de inclusión a los alumnos que presentan las siguientes características: los que acuden a apoyo pedagógico al INRNCDV en el periodo escolar 94-95, que sean niños que estuvieron como alumnos en el INRNCDV antes de ser integrados a escuelas regulares y que cursen actualmente la escuela secundaria; así, el total de la muestra es de 40 alumnos (de 63), que representan el 63% de la población total.

Para obtener la muestra de padres de familia se tomaron como criterios de inclusión a los padres de los niños anteriormente seleccionados y que acuden con ellos al apoyo pedagógico, siendo el total 40 adultos.

Con respecto a la elección de la muestra de maestros especialistas se eligió a aquellos que trabajan en el área de integración social, por lo cual la muestra constó de 12 maestros.

#### **IV. IV. II. Aplicación del instrumento.**

Para la comprobación de la hipótesis se diseñaron 3 cuestionarios administrados por el entrevistador, donde el investigador hizo las preguntas y escribió las respuestas. Están dirigidos a niños ciegos integrados a escuelas regulares, a padres de familia de éstos y maestros especialistas; los cuales constan el primero de 11, el segundo de 13 y el tercero de 18 preguntas.

Para determinar los rubros adecuados de cada pregunta en los instrumentos, se llevó a cabo un piloto con el 15% de la población seleccionada, con el cual se determinaron indicadores y se hicieron los ajustes pertinentes para crear el instrumento final.

<sup>33</sup> Méndez Ramírez, Ignacio. El protocolo de la investigación. p. 11-14.

Dichos cuestionarios se aplicaron con la finalidad de comprobar que en el Instituto no se integran los aspectos pedagógico, psicológico y social en la integración del niño ciego a la escuela regular (ver anexo "cuestionarios").

#### **IV.V. Interpretación de datos.**

##### **IV.V.I. Padres de Familia.**

Dentro del instrumento aplicado a los padres de familia de niños ciegos el 90% de la población encuestada es de sexo femenino, notándose con ello que es la madre de familia quien se encarga de asistir al niño en sus actividades escolares.

En cuanto a la ocupación el 52% se dedica al hogar; un 30% son empleados y una población menor (13%) se ocupa en otras actividades, siendo la albañilería y el servicio doméstico los más notables (gráfica 1 y 2). Además cuenta con una escolaridad mínima puesto que el 85% cursó solamente la primaria, un 22% el nivel secundaria y un 12% es analfabeta (gráfica 3).

Por otra parte, el 92% manifestó que el nivel educativo del niño ciego es bajo en relación a sus compañeros de clase (gráfica 4); además de contar con un bajo rendimiento educativo, motivo por el que el alumno debe asistir al apoyo pedagógico del Instituto Nacional para la Rehabilitación de Niños Ciegos y Débiles Visuales (INRNCDV), como respondió el 33% de padres de familia entrevistados, asimismo, el 45% señala que otro motivo es la didáctica del profesor, es decir, que el alumno no entiende las explicaciones de los maestros de las escuelas regulares (gráfica 5). Además el 85% de la población entrevistada consideró que el INRNCDV no proporciona los elementos necesarios para cumplir con la integración social adecuada de sus hijos (gráfica 6).

En cuanto a la relación del niño ciego integrado a escuelas regulares con sus compañeros, el 60% manifestó que la relación es deficiente, mientras que un 20% desconoce dicho aspecto y otro 20% maneja que su hijo no tiene problemas al respecto (gráfica 7).

Respecto a la participación del niño ciego en actividades recreativas el 65% de padres señala que a sus hijos les desagrada la participación en éstas (gráfica 8)

Ahora bien, la forma en que participa la familia en el proceso de integración del niño es a través del apoyo en tareas escolares, pues el 70% de la población coincidió en esto, mientras que el 18% manifestaron su apoyo sólo con el hecho de informarse en la escuela acerca del desempeño escolar del menor, cabe mencionar que el 5% no le proporciona ningún apoyo (gráfica 9).

El 80% de la población entrevistada no ha participado hasta el momento en ningún programa dirigido a los padres de familia dentro del INRNCDV, como se puede observar en la gráfica 10.

En lo referente a la actitud que los compañeros del niño ciego toman dentro de la escuela regular, se registró que el 42% de las personas manifestaron la frecuente sobreprotección hacia sus hijos, el 27% de rechazo, el 20% de curiosidad a la discapacidad en su compañero y el 5% de indiferencia (gráfica 11).

Por otro lado, el 83% de los padres de familia señalaron que sí se presentan diferencias en el trato hacia su hijo por parte del profesor, en comparación con sus compañeros, como se ve reflejado en la gráfica 12; además de que el 68% de padres considera que los maestros especialistas dentro del INRNCDV no se encuentran capacitados para cumplir con el nivel de socialización requerido para el niño que se va a integrar a la escuela regular, en tanto que el 20 % manifiesta que a sus hijos sí se les dan los elementos suficientes para su integración; finalmente, el 12% declara no tener conocimiento al respecto (gráfica 13).

Tanto el 100% de padres de familia respondió que ni ellos ni sus hijos han recibido algún apoyo psicológico o social especial antes de la integración de los niños a las escuelas regulares (gráficas 14 y 15).

Cuando se presentan problemas en el desempeño escolar del niño ciego, y se le pide apoyo al personal encargado para resolverlo dentro del INRNCDV, el 40% de entrevistados contestó que el incumplimiento de labores es lo que comúnmente sucede, el 32% manifestó que se presenta indiferencia por parte de dicho personal y el 15%, que sí existe apoyo por parte de algunos profesionistas que se muestran interesados en proporcionar la orientación adecuada (gráfica 16).

El último punto tratado dentro de la entrevista, se aboca a saber si los entrevistados conocen la labor que desempeña el trabajador social dentro del INRNCDV, 57% contestó que no conoce su labor (gráfica 17); sin embargo, al hacer mención de las actividades que hace falta se lleven a cabo dentro del área de Integración Social, refirió el 45% de la población que es necesario proporcionar orientaciones de tipo social, tanto para los niños candidatos a integrarse como a sus padres y lograr con ello una óptima integración a las escuelas regulares; el 33% de los entrevistados maneja que hacen falta orientaciones pedagógicas para que con ello los niños ciegos cuenten con un nivel similar a sus compañeros en la educación regular y el 17% señaló la necesidad de que se proporcionen también orientaciones psicológicas tanto a los padres como a sus hijos ciegos para el logro de un mejor desarrollo en el ambiente escolar (gráfica 18).

#### **IV. V. II. Maestros Especialistas.**

Para contar con el perfil de los profesionistas que laboran en el área de Integración Social dentro del INRNCDV, se les aplicó la primera pregunta, en donde el 50% de los entrevistados manifestaron ser maestros especialistas, un 17% sólo son maestros normalistas, en tanto que el otro 17% son maestros normalistas con especialidad en niños ciegos y débiles visuales, un 8% cuenta con la licenciatura en pedagogía y otro 8% sólo han concluido el nivel bachillerato (gráfica 1 A).

Así, el 58% de esta población se desempeña como maestros de apoyo pedagógico, el 33% como maestros itinerantes y un 8% como coordinadores del área de Integración Social (gráfica 2 A).

El 67% de maestros entrevistados contestaron que, de acuerdo a su experiencia, el nivel educativo del alumno ciego, no es similar al de sus compañeros en las escuelas regulares (gráfica 3A).

Los motivos por los que el niño ciego acude al apoyo pedagógico al INRNCDV, son principalmente la falta de capacitación de los profesores en las escuelas regulares como señaló el 42% de los entrevistados; un 25% señaló el bajo rendimiento educativo en el menor y otro

28% hizo notar el aprendizaje del manejo de material propio para ciegos (ábaco, caja de matemáticas, etc.); finalmente el 8% manifestó que los niños asisten al apoyo pedagógico sólo para reforzar conocimientos (gráfica 4 A).

En cuanto a saber si el Instituto proporciona los elementos pedagógicos, psicológicos y sociales para cumplir con la integración social del niño ciego cuando ingresa a la escuela regular, el 58% de los maestros negaron tal afirmación, el 25% contestaron que sólo en ocasiones se cumple esto y el resto conformado por el 17% de los entrevistados contestaron afirmativamente (gráfica 5 A).

Con respecto a, si los maestros especialistas entrevistados conocen si el niño ciego integrado participa en actividades recreativas en la escuela, el 58% contestó que sólo en algunas ocasiones muy especiales y el 34% dice que nunca participan; sólo el 8% manifestó que sí lo hacen (gráfica 6 A).

Como se puede observar en la gráfica 7 A, la inadaptación con sus compañeros de escuela es el mayor problema al que se enfrenta el alumno ciego para relacionarse con ellos, como señaló el 50% de la población entrevistada; otro 25% mencionó el rechazo frecuente de los compañeros hacia él y un 17% que la agresividad por parte de dichos compañeros el 8% dijo que el bajo rendimiento escolar es un problema que se presenta con frecuencia; 75% de los entrevistados, mencionaron tener conocimiento de conductas irregulares presentadas por los alumnos ciegos en la escuela, tales como: recostarse en los pupitres, lastimarse con frecuencia los ojos, explorarse con las manos entre ellos; hasta que se masturben cuando se les están impartiendo las clases, en tanto que el 25% restante de entrevistados no está enterado de alguna irregularidad (gráfica 8 A).

Ante esto, el 22% de la población entrevistada no sabe qué medidas tomar, el 33% dá atención individual a través de orientaciones, un 34% hace caso omiso a los problemas y un 11% los canaliza al INRNC DV para que se tomen las medidas necesarias al respecto (gráfica 9 A).

Ahora bien, en cuanto a la participación de la familia en la integración escolar del niño ciego, se tiene que el 67% de maestros contestaron que normalmente los padres apoyan a sus hijos en las labores escolares (tareas, trabajos, etc.), el 25% de los padres no les brindan ayuda y el 8% se aboca a las actividades extracurriculares del menor, tales como visitas a museos, teatros, centros educativos, etc. (gráfica 10 A).

De acuerdo a la experiencia de los maestros a quienes se les aplicó el cuestionario, se les preguntó cual es el trato que recibe el niño ciego en la familia, a lo cual, el 33% contestó que es la sobreprotección lo que más se presenta, el 25% es la indiferencia, esto es, que no puede hacer nada por su discapacidad, por lo cual no se le toma en cuenta ni se le deja hacer algo, a otro 25% se le inculcan expectativas irreales y un 17% es el rechazo de la familia hacia el niño ciego (gráfica 11 A).

En relación con la actitud que los compañeros toman con el alumno ciego, tenemos que el 42% de entrevistados manejaron que existe la sobreprotección en primer término, un 25% manifestó que con frecuencia se presenta el rechazo, un 17% que los compañeros tienen curiosidad por la discapacidad, mientras que otro 16% les es indiferente la presencia de compañeros ciegos (gráfica 12 A).

Otro punto muy relacionado con los 2 anteriores, es el que se refiere a la actitud que presenta el profesor de las escuelas regulares entre el niño ciego y sus compañeros, en donde el 92% de maestros a quienes se les aplicó el instrumento, notificaron que si es muy diferente dicho trato,

ya sea porque también tienden a sobreproteger al niño ciego, o lo rechazan, no lo toman en cuenta, etc. (gráfica 13 A). El 36% atribuyen estas diferencias a la falta de información acerca de la discapacidad, otro 37% lo justifican por la falta de capacitación, un 18% porque los profesores minimizan las capacidades del niño ciego y otro 9% ignoran el por qué se dan dichas diferencias (gráfica 14 A).

Con respecto a la existencia de programas de socialización dentro del Instituto, para el niño candidato a integrarse a la escuela regular, tenemos que el 92% de los maestros especialistas contestaron que no hay tales programas, como se observa en la gráfica 15 A; en tanto que un 92% de entrevistados señalaron que tampoco existen programas de socialización para padres de familia de estos niños (gráfica 16 A).

Al preguntarles a los maestros especialistas cuáles profesionistas hacen falta dentro del área de Integración Social, el 42% notificaron que más maestros especialistas, otro 42% que es necesaria la labor del trabajador social y un 16% marcaron la necesidad de contar con Psicólogos (gráfica 17A).

Referente a las actividades que hacen falta realizar dentro del área de Integración Social, para con ello ubicar, reforzar y precisar el perfil del profesionista necesario en dicha área, el 42% manifestó que se precisan orientaciones de tipo social, el 33% las orientaciones psicológicas y el 25% las orientaciones pedagógicas (gráfica 18 A).

Para concluir la entrevista, se les cuestionó acerca del porcentaje de niños ciegos que se encuentran integrados a escuelas regulares, a lo cual no contestaron con una cifra específica, un 92% coincidió que es alto el porcentaje de niños integrados, (gráfica 19 A). Además, para complementar el punto anterior, se les preguntó que cuántos de los niños integrados a la escuela regular realmente logran una integración aceptable a la sociedad, ante lo cual el 83% de entrevistados manifestaron que el 5% logra hacerlo, el 9% de maestros afirmaron que de un 5% a 10% se integran adecuadamente en la sociedad y un 8% que la integración de niños es de un 10% a 15%, cabe hacer notar que ninguna persona entrevistada manejó que el porcentaje de niños ciegos que logran integrarse aceptablemente en la sociedad es mayor al 15% (gráfica 20 A).

### IV. V. III. Niños Ciegos.

De los niños ciegos a quienes se les aplicó el instrumento, se tiene que el 65% de la población fue del sexo masculino, mientras que el resto (35%) correspondió al femenino (gráfica 1 B).

En cuanto a la edad el 47% fluctúa entre los 15 y 16 años, el 30% entre los 13 y 14 años y el 23% entre los 11 y 12 años, es decir se trabajó con niños cuyas edades fluctúan entre los 11 y 16 años (gráfica 2 B).

El 85% de alumnos ciegos entrevistados consideran que su nivel educativo no es igual al de sus compañeros (gráfica 3 B), y la razón por la que acuden al apoyo pedagógico según contestó el 38% es porque no se adaptan a la forma de enseñanza del profesor (gráfica 4 B); un 32% acude para seguir aprendiendo el manejo de material propio para ciegos, otro 20% manifestó que es por obligación y un 10% aduce que es sólo para reforzar conocimientos.

Al 47% de alumnos les desagrada participar en las actividades recreativas dentro de la escuela, al 33% sólo le agrada participar en ocasiones especiales y a un 20% de niños entrevistados les

gusta hacerlo siempre (gráfica 5 B). Asimismo, a un 57% de la población no les gusta contar con amigos dentro del ámbito escolar, como se nota en la gráfica 6 B.

Ahora bien, refiriéndose a cómo se considera el niño ciego entrevistado en relación a sus demás compañeros, se tiene que el 33% de entrevistados son más tímidos, un 25% se considera igual a sus demás compañeros, mientras el 20% se considera en desventaja en cuanto a calificaciones, un 12% siente que son más inquietos que los demás y el 10% no sabe algo al respecto (gráfica 7 B).

Como se observa en la gráfica 8 B, el 77% de entrevistados no reciben apoyo de la familia en cualquier situación que se les presente.

En lo referente al trato que los niños ciegos reciben de sus compañeros, se tiene que el 45% considera que los demás se burlan de su aspecto, el 35% reconoce que le ayudan demasiado, a veces hasta en situaciones que ellos pueden realizar por sí mismos y un 13% señaló que no los toman en cuenta (gráfica 9 B).

Además, el 37% manifestó que por parte del profesor, en relación a sus compañeros, reciben apoyo excesivo, el 27% perciben el rechazo del maestro hacia ellos, el 23% señaló que no los toman en cuenta y el 8% de entrevistados dijeron que el trato del profesor es igual al de sus compañeros (gráfica 10 B).

Se les preguntó también acerca de las orientaciones especiales que les ha proporcionado el INRECDV antes de ser integrados a la escuela regular, ante lo cual el 95% de la población a quienes se les aplicó el cuestionario negaron la impartición de dichas orientaciones, como se observa en la gráfica 11 B.

El 43% de niños entrevistados contestaron que cuando se les presenta algún problema en la escuela, no recurren a alguna persona para que los auxilie, el 27% reciben consejos por parte de los maestros especialistas, el 25% no reciben apoyo aún cuando ellos lo solicitan, un 2% de alumnos entrevistados acuden al Instituto para recibir apoyo y otro 3% sólo platican con otros maestros para encontrar algunas opciones (gráfica 12 B).

Finalmente, los niños entrevistados consideran necesario reforzar las orientaciones de tipo social antes de su integración a la escuela regular (35%), también creen que deben existir mayores orientaciones pedagógicas (32%) y un 28% requiere la impartición de orientaciones psicológicas como se nota en la gráfica 13 B.

#### **IV. VI. Análisis de Datos.**

De acuerdo a los resultados obtenidos en la investigación, se considera que dentro del INRECDV, existen diversas anomalías y carencias. A pesar de que cuenta con la infraestructura necesaria, el personal adecuado y áreas específicas; no son aprovechadas por la inexistencia de programas que orienten las acciones y que propicien la participación conjunta de la comunidad escolar (niños, padres de familia y equipo interdisciplinario).

Todo esto se ve reflejado en la demanda de la población entrevistada, al requerir que se proporcionen las bases necesarias que exige la integración social del niño ciego, tal como lo manifestaron los padres de familia en las preguntas abiertas; al referir que cuando el niño ciego ingresa a la escuela regular, se le dificulta adaptarse a la nueva forma de enseñanza;

también le es difícil relacionarse con sus compañeros, lo que en ocasiones repercute en su personalidad, haciéndolo más tímido, retraído y agresivo, principalmente. Su inadaptación provoca que el niño no quiera continuar sus estudios, aunado a esto, no se lleva ningún seguimiento adecuado por parte del INRNCDV hacia los niños para auxiliarlos en algún problema que pudiera presentarse.

Así como también se requiere que el niño ciego reciba pláticas, que le muestren el medio ambiente al que va a ingresar, para que el impacto emocional sea menor, por ejemplo: pláticas sobre su concepción, el por qué actúa de manera determinada, cómo y por qué responde determinadamente a los estímulos externos (apatía, timidez, agresividad, etc.), en resumen, son necesarias: Terapias, orientaciones psicológicas- individuales y/o grupales.

Por otra parte los Padres de familia y sus hijos ciegos, a quienes se les aplicó el instrumento; en cuanto al nivel educativo, manifiestan que los niños ciegos obtienen bajas calificaciones; que los conocimientos básicos no los dominan; al realizar las tareas escolares se les dificulta demasiado, por lo que en ocasiones les encomiendan trabajos más sencillos; los compañeros del niño ciego leen y escriben más rápido que él; los profesores de la escuela regular explican las lecciones de forma rápida, limitando el entendimiento del niño ciego. Los profesores no cuentan con la preparación para disipar las dudas que se presentan en estos casos, ya que su didáctica sólo está comprendida para normovisuales.

Con respecto al punto de vista de los maestros especialistas, manifiestan que la deficiencia física le provoca, por sí misma, un retraso en el aprendizaje, por lo tanto el niño ciego sigue necesitando un apoyo constante del Instituto, ya que su rendimiento escolar sigue siendo bajo.

Por tales razones, se requiere de una instrucción pedagógica (parte indispensable para la integración social del niño ciego), que permita una equivalencia entre el nivel de la educación especial y la escuela regular.

Se determina que la socialización del menor es irregular, pues comúnmente no participa en reuniones escolares (juegos, convivios), además se aísla o provoca que lo releguen por presentar estas conductas irregulares, tal como mencionan los profesores: recostarse constantemente en los pupitres, lastimarse frecuentemente los ojos, explorarse entre ellos con las manos, buscar constantemente el contacto físico con sus compañeros, masturbarse en clase, no aplica las normas de urbanidad, además, el ambiente donde se ha desarrollado el niño: *Familia-INRNCDV* y ahora dentro de la escuela regular, como señalan la mayoría de los Padres de familia entrevistados; ha sido un ambiente de rechazo, indiferencia, sobreprotección, favoritismo, etc.

Ante esto, el niño ciego opina que el apoyo que ha recibido por parte de su familia, se limita al auxilio en tareas escolares, asistencia a las reuniones de padres de familia convocados por la escuela, en su aseo personal y en su alimentación.

Las manifestaciones anteriormente expuestas, precisan de una Instrucción Social que medre dicha problemática.

La estrategia básica del Trabajador Social es la Integración Social, no únicamente la escolar, sino de forma integral, con el propósito de lograr el desarrollo y la gradual autonomía del niño ciego, que conviva plenamente en sociedad como individuo con posibilidades..

**Finalmente, la estrategia educativa es integrar al niño con el equipo psicológico, pedagógico y social necesario, para que pueda interactuar con éxito en los ambientes socioeducativo primero y posteriormente en el laboral. Existen respuestas graduadas, para ello se requiere del trabajo de todo el equipo INTERDISCIPLINARIO, tanto con el niño ciego, con la familia, con el maestro de escuela regular y que se realice un consenso social de aceptación digna, sin rechazo ni condescendencias.**

## **CAPÍTULO V. PROGRAMA DE TRABAJO SOCIAL PARA LA INTEGRACIÓN DEL NIÑO CIEGO A LA SOCIEDAD.**

### **JUSTIFICACIÓN**

En México, existen diversos organismos gubernamentales creados con la intención de atender las demandas de la población, así como programas con estrategias específicas, las cuáles, desafortunadamente, sólo son emergentes en su mayoría y no solucionan los problemas, mas bien, éstos sólo son controlados, todo con el fin de justificar una razón de existir.

Por lo anterior, es muy importante retomar el hecho que implica el aprovechar la gran cantidad de instancias ya existentes, para colaborar con mayor eficacia o contrarrestar los graves problemas sociales existentes en el país.

Así, este programa se centra en uno de esos organismos creados para satisfacer una demanda de la población: la educación especial a niños ciegos.

Esta educación ha formado durante su desarrollo en los alumnos, una enorme deficiencia en su desempeño personal, escolar y social debido a diversas causas arrastradas por años y que cada día se acentúan más. Sin embargo, se cree que con una intervención real del trabajador social se puede coadyuvar a mejorar el desarrollo biopsicosocial del niño ciego, enfocándolo principalmente a su integración como ente social.

Actualmente el Instituto Nacional para la Rehabilitación de Niños Ciegos y Débiles Visuales, cuenta con un área de Integración Social, en la cual se ha marginado la intervención del profesionista en trabajo social, por lo que es necesario darle un auge completo a su intervención profesional, ya que, si bien se atiende el área pedagógica especializada y también la psicológica no así el aspecto social que ha llevado, en muchos casos, al fracaso de una integración social adecuada, como se ha planteado en la investigación realizada, pues se han descuidado aspectos tales como la familia, la comunidad, las buenas costumbres, la socialización, etc., ya que por lo regular, el niño ciego se encierra en su núcleo y no se encuentra preparado para convivir con la población circundante.

Si bien es difícil que la sociedad acepte a un discapacitado, esto se complica aún más, cuando el niño ciego no cuenta con los elementos básicos de cualquier otro individuo, aún dentro de sus limitaciones.

Es por esto, que el trabajador social tiene una función importante a desempeñar: trabajar con el alumno ciego para lograr una socialización aceptable y consecuentemente aprenda a tener contacto con la sociedad sin temores.

### **OBJETIVO GENERAL**

- **Coadyuvar cualitativa y cuantitativamente a la integración social del niño ciego en la sociedad, dentro del área de Integración Social del Instituto Nacional para la Rehabilitación de Niños Ciegos y Débiles Visuales (INRNCDV).**

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- **Incorporar a la familia al proceso de integración social del niño ciego.**
- **Disminuir las diferencias laborales dentro del Área de Integración Social.**
- **Orientar a la comunidad escolar (alumnos, padres de familia y profesores) sobre aspectos relevantes de la ceguera, que permitan una mayor aceptación del niño ciego.**
- **Orientar sobre aspectos de socialización en el niño para su mayor aceptación en la sociedad.**
- **Lograr una coordinación de los trabajadores sociales, con el equipo multidisciplinario del INRNCDV, con el fin de establecer <<un orden interdisciplinario>>**
- **Difundir los logros obtenidos.**

### **LÍMITES DEL PROGRAMA**

#### **UNIVERSO DE TRABAJO.**

La ejecución del programa va dirigido a niños ciegos candidatos a integrarse a escuelas regulares, niños ciegos integrados y padres de familia de ambos casos. Su aplicación estará a cargo del personal que labora en el área de Integración Social y trabajadores sociales del INRNCDV.

#### **TIEMPO.**

Se llevará a cabo en un periodo del año escolar comprendido de septiembre a julio.

#### **ESPACIO**

Se tiene como límite espacial el área de Integración Social del INRNCDV. A continuación se presentan gráficamente los subprogramas que preceden al presente capítulo, donde se detalla metodológicamente el desarrollo de los mismos.

### Subprograma A

**Objetivo: Organizar al equipo interdisciplinario del área de Integración Social para el mejor funcionamiento de ésta.**

Actividad	Procedimiento	Técnica	Unidad de medida	Tiempo	Responsable
Coordinación con el jefe del área de integración social.	Entrevista para la utilización de criterios.	Entrevista individual para la utilización de criterios	Hoja de entrevista	Una semana	Equipo de Trabajo Social
Realizar una junta técnica con los integrantes del área.	Exposición del programa de Trabajo Social en el área de Integración	Exposición	Registro Resumen	Una semana	Equipo de Trabajo Social
Evaluación de casos de niños ciegos, a cargo de cada maestro especialista.	Revisión de expedientes. Entrevista individual con cada maestro.	Entrevista. Organización	Registro de entrevistas. Registro.	Das semanas	Equipo de T.S. Maestros especialistas
Organización para el seguimiento de casos con mayor problemática presentada.	Selección de casos	Análisis	Registro	Una vez por semana	Equipo de T.S. Maestros especialistas
Visita a escuelas regulares para determinar la situación de los alumnos ciegos en éstas.	Entrevista a profesores de alumnos ciegos. Revisión de la situación académica del alumno.	Entrevista. Análisis.	Hoja de entrevista. Registro.	Un mes.	Equipo de T.S.
Elaboración de un Plan de Trabajo que contemple la solución de los problemas encontrados en escuelas regulares.	Coordinación con maestros especialistas. Formulación del plan en forma interdisciplinaria	Planificación. Organización.	Plan de Trabajo. Registro.	Das semanas	Equipo de T.S. Maestros especialistas. Equipo interdisciplinario

<b>Actividad</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Técnica</b>	<b>Unidad de medida</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Responsable</b>
Supervisión de la labor que desempeñan los maestros itinerantes en escuelas regladas.	Visitas a escuelas regladas. Entrevista con profesores. Entrevista con alumnos ciegos y padres de familia.	Supervisión. Entrevista.	Guía de entrevista. Registro	Una vez trimestralmente	Equipo de T.S. Maestros especialistas Jefe del área de Integración Social.
Obtener información de la problemática que presentan los niños que asisten a apoyo pedagógico al Instituto.	Pláticas con cada maestro. Consulta de registros de asistencia (del alumno ciego)	Selección Entrevista	Guía de entrevista Registro de asistencia Informe	Una vez por semana	Equipo de T.S.
Llevar a cabo juntas informativas con el coordinador del área de Integración Social	Intervención acerca del trabajo efectuado. Entrega de informes por escrito	Exposición Análisis	Registro Acta de reunión.	Una vez al mes	Equipo de T.S. Jefe del área de Integración Social

**Metas:**

- Realizar una vez al mes una junta técnica con el equipo de Trabajo Social para analizar los logros obtenidos y ajustar planes.
- Efectuar una vez al mes una junta técnica con el equipo de Integración Social, para la determinación de alcances y limitaciones del trabajo realizado.

**Formas de evaluación:**

- Análisis de informes mensuales elaborados por todo el personal del área de Integración Social.

### Subprograma B.

**Objetivo :** Preparar elementos básicos al niño ciego integrado y candidato a integrarse, a través de pláticas y talleres para optimizar la Integración Social.

<i>Actividad</i>	<i>Justificación</i>	<i>Técnicas</i>	<i>Modalidad de estudio</i>	<i>Tiempo</i>	<i>Responsable</i>
Selección de alumnos integrados y candidatos a integrarse, que presenten serios problemas que afecten a su integración	Entrevista con maestros especialistas. Entrevista con alumnos.	Entrevista	Hoja entrevista	Das semanas	Equipo de Trabajo Social
Llevar a cabo trabajo social de casos con alumnos seleccionados	Efectuar estudios de caso.	Estudio de caso	Registro	Indefinido	Equipo de T.S.
Formación de grupos	Organizar a alumnos integrados a escuelas regulares, de acuerdo a rangos de edad. Organizar a los alumnos candidatos a integrarse, de acuerdo a los grupos que pertenezcan	Selección Organización Integración	Registro	Das semanas	Equipo de T.S.
Elaborar y actualizar material didáctico	Selección y elaboración de material didáctico	Selección	Listado de material	Un mes	Equipo de T.S. Médicos y Pedagogos

<i>Actividad</i>	<i>Procedimiento</i>	<i>Tiempo</i>	<i>Responsable</i>
Efectuar la primera reunión con grupos formados.	Presentación del personal. Presentación del programa. Aplicación de dinámicas grupales. Comentarios, opiniones y dudas	Una sesión por grupo	Equipo de T.S. coordinador del área de Integración Social.
Realizar el primer taller referente al desarrollo de la familia.	Exposición de puntos básicos, tales como: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Etapas del proceso de la familia.</li> <li>• Papel que desempeñan los integrantes de la familia dentro de la misma.</li> <li>• El hijo ciego en la familia</li> <li>• Aplicación de dinámicas grupales.</li> <li>• Comentarios, opiniones y dudas expuestas por el menor al final de la sesión</li> </ul>	Tres sesiones por grupo	Equipo de T.S.
Efectuar el segundo taller referente al tema de la autoestima	Exposición de puntos básicos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Concepto de autoestima</li> <li>• Características de personas con autoestima alta y baja</li> <li>• Autoestima del niño ciego</li> <li>• Alternativas para la consecución de una autoestima alta.</li> <li>• Aplicación de dinámicas grupales</li> <li>• Comentarios, opiniones y dudas</li> </ul>	Tres sesiones por grupo	Equipo de T.S. Psicólogo Psiquiatra
Llevar a cabo el tercer taller sobre normas básicas para la convivencia en sociedad	Exposición de puntos básicos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Concepto de sociedad, normas, reglas y leyes</li> <li>• Importancia de la existencia de normas sociales</li> <li>• Ejemplificar tipos de normas existentes en diversos ámbitos: la familia, la escuela, la comunidad (amigos y vecinos) y la sociedad en general.</li> <li>• Derechos y obligaciones del niño</li> <li>• Aplicación de dinámicas grupales.</li> <li>• Comentarios, opiniones y dudas</li> </ul>	Tres sesiones por grupo	Equipo de T.S.

<i>Tareas</i>	<i>Medios de Evaluación</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organización</li> <li>• Integración</li> <li>• Exposición</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Control de actividades</li> <li>• Críticas</li> <li>• Fichas de trabajo</li> </ul>

<i>Actividad</i>	<i>Procedimiento</i>	<i>Tiempo</i>	<i>Responsable</i>
Impartir el cuarto taller acerca de: Reglas de Urbanidad	<p>Exposición de puntos básicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Concepto de Urbanidad.</li> <li>• Importancia de la aplicación de las reglas de urbanidad.</li> <li>• Dar a conocer las principales reglas de urbanidad.</li> <li>• Pautas de conducta más comunes en el niño ciego (reparaciones)</li> <li>• Dinámica grupal: aplicación de las reglas aprendidas en diferentes centros sociales: la familia, la escuela, en el transporte público, parques, centros comerciales, etc.</li> <li>• Espacio de preguntas y dudas.</li> </ul>	Cuatro sesiones por grupo	Equipo de T.S.  Maestros especialistas.
Realizar el quinto taller referente a la sexualidad	<p>-Exposición de puntos básicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Concepto de sexualidad, sexo y relación sexual.</li> <li>• Organos genitales masculinos y femeninos (funcionamiento)</li> <li>• Rol sexual en la sociedad.</li> <li>• Cambios en la adolescencia: físicos, biológicos y emocionales.</li> <li>• Tabúes y mitos (masturbación, preferencias sexuales, virginidad, etc.)</li> <li>• La sexualidad del niño ciego, consecuencias de una inadecuada orientación sexual.</li> <li>• Manejo adecuado de la sexualidad.</li> <li>• Enfermedades sexualmente transmisibles.</li> <li>• Métodos anticonceptivos.</li> <li>• Dinámicas grupales.</li> <li>• Comentarios, opiniones y dudas.</li> </ul>	Cinco sesiones	Equipo de Trabajo Social  Psicólogo  Psiquiatra  Médico
Efectuar el sexto taller acerca de los problemas sociales más comunes en la sociedad	<p>-Exposición de puntos básicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Farmacodependencia -Alcoholismo- Delincuencia -Prostitución - Sanciones jurídicas y sociales.</li> <li>• Alternativas de prevención.</li> <li>• Dinámicas grupales.</li> <li>• Espacio de comentarios, dudas y opiniones.</li> </ul>	Tres sesiones	Equipo de Trabajo Social

<i>Función</i>	<i>Utilidad de Aprendizaje</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organización</li> <li>• Integración</li> <li>• Exposición</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Control de actividades</li> <li>• Críticas</li> <li>• Fichas de trabajo</li> </ul>



<i>Actividad</i>	<i>Desarrollando</i>	<i>Función</i>	<i>Utilidad de aprendizaje</i>	<i>Tiempo</i>	<i>Responsable</i>
Preparar apoyo y orientación vocacional al alumno ciego	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aplicación de test para la identificación de aptitudes.</li> <li>- Visita a centros educativos (secundarias, centros de capacitación, etc.)</li> </ul>	Análisis  Organización	Test  - Crítica	Inte- frido	Equipo de trabajo social
Fomentar y difundir actividades deportivas y recreativas	Informar a los alumnos acerca de centros públicos donde se lleven a cabo actividades deportivas y recreativas. Orientar sobre la importancia de dichas actividades para el proceso de integración del niño ciego.	- Exposición	- Registro	Una sesión por mes al grupo	Equipo de trabajo social

#### **Notas .**

- Formación de ocho grupos entre niños conlentos e integrados e integrados e escuelas regulares de 10 integrantes cada grupo.
- Llevar a cabo seis talleres por cada grupo durante el curso escolar.
- Elctuar 5 visitas a centros educativos por cada grupo durante los 10 meses que dura el período escolar. Elaboración de dos diálogos dramatizados por niños ciegos por cada taller.

Formas de evaluación: aplicación de cuestionarios antes y después de impartir los talleres.

### Subprograma C.

Objetivo : Fomentar la participación activa de los padres de familia en el proceso de Integración Social del niño ciego

Actividad	Desarrollo	Temas	Unidad de medida	Tiempo	Responsable
Llevar a cabo Trabajo Social de casos con los padres de familia de los alumnos candidatos a integrarse o integrados que presentan serios problemas y que afectan su integración.	Efectuar estudios de caso	Estudios de caso	-Registro	Indefinido	Equipo de Trabajo Social
Efectuar sesiones de motivación con los padres de alumnos ciegos	Orientación sobre la importancia del programa "Escuela para Padres"	Español	-Crónica -Registro	Una sesión por grupo	Equipo de Trabajo Social Coordinador del área de Integración Social
Formación de grupos	Organizar a padres de familia de alumnos integrados a escuelas regulares de acuerdo a horarios disponibles. Organizar a los padres de familia de alumnos candidatos a integrarse de acuerdo a los horarios disponibles.	Selección Organización Integración	-Registro	Das semanas	Equipo de Trabajo Social.
Elaborar y actualizar material didáctico	Selección y elaboración de material didáctico	Selección	Listado material Listado clasificado	Un mes	Equipo de Trabajo Social, Médico, Psicólogo
Efectuar la primera plática con los grupos formados	Presentación de personal. Presentación de programa. Técnicas grupales. Comentarios, dudas, opiniones y sugerencias	Organización Integración	Crónica Registro	Una sesión por grupo	Equipo de Trabajo Social. Coordinador del área de Integración Social.

<b>Actividad</b>	<b>Desarrollo</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Responsable</b>
Realizar el primer taller referente al desarrollo de la familia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exposición de puntos básicos:</li> <li>• Etapas en el desarrollo del ciclo familiar.</li> <li>• Definición de roles en la familia.</li> <li>• Conflictos que se presentan en el núcleo familiar ante la presencia de un niño ciego.</li> <li>• Manejo adecuado de conflictos familiares.</li> <li>• Aplicación de técnicas grupales.</li> <li>• Retroalimentación entre los padres de familia.</li> </ul>	3 sesiones por grupo	Equipo de Trabajo Social. Psicólogo.
Llevar a cabo el segundo taller referente al tema de autoestima	<p>Exposición de puntos básicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Concepto de autoestima</li> <li>• Características de personas con autoestima alta y baja. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Autoestima en la pareja</li> <li>- Aspectos importantes para formar autoestima alta en el niño ciego.</li> </ul> </li> <li>• Técnicas grupales</li> <li>• Retroalimentación de grupo</li> </ul>	3 sesiones por grupo	Equipo de Trabajo Social, Psicólogo Psiquiatra
Realizar el tercer taller sobre normas básicas para la convivencia en sociedad	<p>Exposición de puntos básicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Concepto de sociedad, normas, reglas y leyes.</li> <li>• Importancia de la existencia de normas sociales.</li> <li>• Ejemplificar tipos de normas existentes en diversos ámbitos: la familia, la escuela, la comunidad (amigos, vecinos) y sociedad.</li> <li>• Derechos y obligaciones de los padres.</li> <li>• Importancia de la existencia de normas en la familia.</li> <li>• Aplicación de técnicas grupales.</li> <li>• Retroalimentación grupal</li> <li>• Aplicación de técnicas grupales.</li> <li>• Retroalimentación entre los padres de familia.</li> </ul>	4 sesiones por grupo	Equipo de Trabajo Social. Maestra especialista.

<i>Actividad</i>	<i>Desarrollo</i>	<i>Tiempo</i>	<i>Responsable</i>
Impartir el cuarto taller acerca de reglas de urbanidad.	Exposición de puntos básicos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Concepto de Urbanidad.</li> <li>• Importancia de la aplicación de reglas de urbanidad.</li> <li>• Hacer del conocimiento de los padres las principales reglas de urbanidad.</li> <li>• La obligación de los padres de familia de inculcar dichas reglas al niño ciego como parte determinante de su integración social.</li> <li>• Aplicación de técnicas grupales</li> <li>• Retroalimentación de grupo</li> <li>• Derechos y obligaciones de los padres.</li> <li>• Importancia de la existencia de normas en la familia.</li> <li>• Aplicación de técnicas grupales.</li> <li>• Retroalimentación grupal</li> <li>• Aplicación de técnicas grupales.</li> <li>• Retroalimentación entre los padres de familia.</li> </ul>	5 sesiones por grupo	Equipo de Trabajo Social. Psicólogo Psiquiatra Médico.
Realizar el quinto taller referente a la Sexualidad	Exposición de puntos básicos: Concepto de Sexualidad, sexo y relación sexual. Sexualidad en la pareja. Tabúes y mitos sobre la sexualidad (Masturbación, preferencia sexual, virginidad, etc.) La sexualidad del niño ciego Consecuencias de una inadecuada información sexual de padres a los hijos. Manejo adecuado de la sexualidad Enfermedades sexualmente transmisibles. Técnicas grupales Retroalimentación grupal.	5 sesiones por grupo	Equipo de Trabajo Social. Psicólogo Psiquiatra Médico.

<i>Técnicas</i>	<i>Unidad de medida</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exposición</li> <li>• Técnicas grupales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Control de actividades</li> <li>• Crítica</li> <li>• Fichas de trabajo</li> </ul>

<i>Actividad</i>	<i>Propósitos</i>	<i>Técnicas</i>	<i>Tipos de medios</i>	<i>Tiempo</i>	<i>Responsable</i>
- Realizar terapias grupales con padres de familias de alumnos ciegos	Detectar los casos en donde se requiere una intervención psicológica especial. Atención en el área de psicología	Observación. Análisis.	Registro.	Indefinido	Equipo de Trabajo Social. Psicólogo.
- Fomentar y difundir actividades deportivas recreativas y	Informar a los padres de familia acerca de los organismos públicos donde se llevan a cabo actividades deportivas y recreativas, en las que pueden participar sus hijos. Orientar sobre la importancia de participación de la familia en su conjunto, en la realización de dichas actividades para el proceso de integración social del niño ciego.	Exposición	Registro	Una sesión mensual por grupo.	Equipo de Trabajo Social. Psicólogo
- Proporcionar orientación sobre alternativas educativas para el niño ciego (secundarias, centros de capacitación, etc.).	Informar sobre la importancia que implica la adecuada preparación educativa del niño ciego. Orientar acerca de la trascendencia de utilizar el centro escolar que se adecúe a las habilidades y aptitudes de cada niño según sus propias características.	Exposición	Fichas de trabajo	2 sesiones por grupo	Equipo de Trabajo Social. Pedagogo

**Metas:**

Formación de cinco grupos de padres de familias de niños ciegos candidatos a integrar e integrados a escuelas regulares.

Llevar a cabo cinco talleres por cada uno de los grupos formados dentro de cinco meses (de que comprende el período escolar septiembre - julio)

Elaboración de 8 cartulinas.

Elaboración de 2 diademas por cada sesión de los 5 talleres

**FORMAS DE EVALUACIÓN:**

Aplicación de cuestionarios antes y después de impartir el programa de "Escuela para padres".

### Subprograma B

**Objetivo :** Difundir a la sociedad en general, información sobre discapacidades (especura); que permitan ampliar las posibilidades de su aceptación en la sociedad.

Actividad	Procedimiento	Técnicas	Tipología de medios	Tiempo	Responsable
Recepción de información	Selección de información en cuatro ejes: Discapacitados (en general) Niños ciegos (desarrollo) Prevención de la ceguera. Derechos y obligaciones del niño ciego. El niño ciego y su entorno social.	Análisis Selección	Fichas de trabajo	Un mes	Equipo de Trabajo Social Pedagogo
Elaboración de material	Diseño de carteles. Diseño de folletos. Elaboración de volantes.	Diseño	Registro	Un mes	Diseñador gráfico Equipo de Trabajo Social
Distribución de material	Distribuir el material en instituciones gubernamentales y no gubernamentales. Repartición de material en escuelas. Distribución en lugares públicos.	Distribución	Informes de trabajo	Indefinido	Equipo de T.S. Psicólogo Equipo del área de Integración Social, Pedagogos, Padres de Familia.
Llevar a cabo conferencias y pláticas informativas y de promoción.	Establecer en coordinación con las instituciones, los lugares donde se realizarán tanto las conferencias como las pláticas informativas. Organizar fechas Organizar temarios	Exposición	Registro Resumen Fichas de trabajo Agenda	2 veces por mes	Psicólogo Pedagogo Trabajadores Sociales Médicos Psiquiatras Muestras especialistas
Publicidad a través de sociedades	Asignación de instituciones Elección de lugares estratégicos Organización de horarios temarios Precisión de la temática	Sensibilización Organización	-Registro -Agenda -Crónica	Una vez por mes	Equipo de Trabajo Social Psicólogo Padres de familia Pedagogo

**Metas:** Producir 5000 folletos, 1000 volantes, 2500 cartelas, 10 sociedades por 11 meses (la duración del programa escolar septiembre - julio).

Impartir 20 conferencias por el periodo escolar (11 meses de septiembre a julio) ..... **Formas de evaluación:** Aplicar test de comprensión de cada información recibida.

## CONCLUSIONES

El problema de la discapacidad merece especial atención, pues se sigue incrementando el número de personas con alguna deficiencia, ya sea física, mental o sensorial. Cabe mencionar que existen organismos encargados de realizar una integración, en todos los ámbitos que conforman la sociedad; esto no sólo repercute en el mejoramiento de los niveles de vida de los discapacitados, los cuales como personas con derecho, deben tener oportunidad; sino también ayudaría a observar la capacidad competitiva de ellos, a través de su incorporación a la vida productiva.

Esto puede ser viable, pues la lucha social en favor de los derechos de las personas discapacitadas, se presenta a niveles interaccionales, siendo además numerosos. Existen países donde los barreros que se les imponen a las discapacitadas, se han superado, ya que se tiene un mayor nivel de productividad o rate de su integración social.

En cuanto al problema específico de la ceguera infantil en México, en la presente investigación se dieron a conocer los factores que lo causan, siendo los de tipo hereditario y los de tipo ambiental los que predominan, y que por lo regular se derivan del nivel cualitativo de los servicios de atención sanitaria, así como del nivel socioeconómico de la gente.

Con ello se puede afirmar que gran parte de estos trastornos pueden tratarse, o lo que es más importante PREVENIRSE, aplicando medidas de atención oftálmica y de salud pública, por ejemplo: la inmunización, atención prenatal y postnatal, educación sanitaria y provisión de una nutrición adecuada; donde el Trabajador Social tiene un extenso campo de intervención, contribuyendo a disminuir el índice de ciegos, mediante estrategias preventivas.

Por otro lado se determinó que cuando el niño ciego presenta ciertos trastornos psíquicos, definitivamente éstos son consecuencia de la misma discapacidad (cuando la lesión se extiende a órganos como el encéfalo, vías nerviosas, glándulas secretoras, etc.), sino por no satisfacer adecuadamente las necesidades que presenta el problema primario; ya que requiere que los padres le ayuden a adquirir habilidades físicas, cognitivas,

socio-emocionales y de adaptación, que no serían posibles sin una estimulación y que ayudarían mucho a reducir las diferencias que se presentan en el desarrollo, entre el niño ciego y el normalvisual.

Por otro parte, cuando en el núcleo familiar se presenta el caso, del nacimiento de un hijo ciego; surge una crisis inevitable, provocando un desequilibrio emocional, que muchas veces desemboca en una desintegración familiar. Estas primeras reacciones son consecuencia de una desinformación relativa a la situación del niño o por una información contradictoria e inadecuada.

Todo esto repercute en los demás hijos normalvisuales (si los hay), ya que se sienten relegados del núcleo familiar, pues los padres prestan mayor atención en el problema del niño discapacitado, creando en los hermanos, sentimientos adversos hacia el personaje ciego (celos, rechazo, etc.).

Ahora bien, en cuanto a sexualidad se refiere, el niño ciego carece de información al respecto, no sólo por que en esta sociedad, la educación sexual adolece de graves errores, sino porque el propio desarrollo del niño ciego, está impregnado por una serie de sensaciones y vivencias diferentes, por el ambiente familiar y cultural que lo rodea, ya que no cuenta (como el niño normalvisual) con patrones visuales de referencia, que le permita observar diferencias corporales entre un hombre y una mujer, creando sentimientos de inseguridad, y en cierta forma, temor y vergüenza, pues no se percata de que no es el único individuo que vive tales cambios físicos y emocionales propios de la adolescencia.

De ahí la importancia de que el menor ciego, posea los conocimientos teóricos veraces sobre la sexualidad, para que su concepción de dicho aspecto no se deforme.

La presente investigación también demostró una serie de carencias dentro de la institución; no obstante de ser una organización representativa y reconocida, encargada de responder a las demandas de un problema social, como lo es el Instituto Nacional para la Rehabilitación de Niños Ciegos y Débiles Visuales (INERNCIDV). Ya que su finalidad es brindar servicios de apoyo académico y de seguimiento para la integración social, estableciendo para los alumnos, los aspectos técnico-pedagógicos multidisciplinares, que propicien su incorporación a la sociedad como elementos activos. Sin embargo, actualmente se vive una etapa de estancamiento por parte de los usuarios principalmente, debido a sus diversos factores internos, que se ven acentuados por no satisfacerlos en el momento propicio.

Alguno de lo anterior, los profesores no cuentan con una preparación adecuada en la especialidad en ciegos, además, existe un fuerte "burocratismo", donde lo menos relevante, es la educación a los niños ciegos.

Del mismo, se encontró que el paternalismo existente ha facilitado lo antes descrito, formando al niño y a su familia sin responsabilidades y sin la EDUCACIÓN ELEMENTAL para lograr una integración adecuada y lo más tempranamente posible.

Cabe destacar que existen profesionales que laboran en el INBNCDD, asignados a realizar acciones eficientes; pero es tan reducido el número, que su trabajo es fructífero.

A lo largo de la investigación se constató la inexistencia de planes y programas de trabajo, dentro del área de integración social en el Instituto, de ahí una de las insuficiencias de las acciones emprendidas, ya que no hay fundamentos que las guíen.

Además bien, el objetivo principal del INBNCDD es lograr una integración eficaz; sin embargo, se observó que no se abordan los puntos de socialización, factor importante para cumplir con dicho objetivo.

En un sentido, la escuela debe proporcionar al niño ciego, los elementos necesarios y habituales con el fin de incorporarlos a la educación regular; pero dentro del Instituto la escuela no funciona como tal, ya que crea en el niño una mentalidad que gira alrededor de su de su propia discapacidad, provocando que no contemple la importancia de una interacción social, con personas que se están en su misma condición, formando en el niño ciego, inseguridad e incapacidad de competir a cualquier nivel en su desarrollo, por lo que se encierra en su propio mundo, y espere ayudas a la integración.

De acuerdo a los datos arrojados por la investigación de campo, se determinó que la población requiere los bienes necesarios que exige una firme socialización del menor ciego, como es la instrucción pedagógica, que permita una equivalencia entre el nivel de la educación especial y la escuela regular, ya que se encontró con que el niño en su la exige (como mínima) una aplicación eficiente de los conocimientos asociados como leer, escribir, realizar operaciones básicas, entre otros.

Así como también, se requiere que el niño ciego reciba pláticas acerca de su autoconcepto, para que de esta forma pueda conducirse en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve; se detectó el requerimiento de terapias y orientaciones psicológicas.

Por lo anteriormente expuesto, se concluye válida la hipótesis planteada inicialmente; ya que dentro del INBNCDD no se contemplan integralmente el aspecto psicológico, pedagógico y social, que congevan a una integración social del alumno ciego a la escuela regular.

De ahí la importancia de proponer alternativas de solución a este problema, aprovechando los recursos humanos y materiales con que se cuenta.

En este sentido, el estudio pretende contribuir a la consecución de expectativas que el Trabajo Social persigue, ya que se sigue pagando por el reconocimiento y superación profesional, que permitan abrir espacios de acción, donde se pueda demostrar la eficacia de estrategias, en la solución de conflictos de tipo social.

El Trabajador Social además debe promover el trabajo interdisciplinario, requerido actualmente en las organizaciones, en este caso el INBNCBO. En este sentido, la propuesta presentada, de ninguna manera será presentada como panacea para el logro total de una integración a la sociedad del niño ciego; sin embargo, es la contribución para una participación activa, que congrese en forma más óptima, en este proceso de integración social, realizado de acuerdo a las necesidades reales detectadas en la investigación de campo efectuado.

Dicha propuesta, es una estrategia donde se insertan diversos elementos de Trabajo Social, que pretenden dar un gran paso en un problema que plantea y sigue planteando desafíos, cambios de actitudes y prácticas a todas las niveles, consecución y esfuerzo común de voluntades.

Por el estudio realizado, se afirma que el éxito o fracaso de la integración de niños ciegos, a los ambientes de las escuelas regulares y concomitantemente a la sociedad; no depende solamente del perfil del alumno o de alguna técnica didáctica en especial, sino que depende de toda la comunidad educativa. Se trata de un proceso interactivo, entre los elementos que integran la comunidad escolar: del alumno ciego integrado, los demás alumnos de la clase y de la escuela, del maestro de clase y los demás maestros, así como de los directores de la escuela; de los padres de familia, tanto del niño ciego integrado como del resto de los padres; del apoyo y orientación de especialistas o maestros y padres de familia.

En fin, la integración social es un gran compromiso de todos frentes a este nuevo siglo, frente a una sociedad más justa y para la cual se requiere de profesionales dispuestos a abrirse a los cambios que se presentan. Por un mejor cambio social, por el bien de la academia, y por el bien de la sociedad.

# ANEXOS

## ANEXO GRÁFICOS :

ESTRUCTURA GRÁFICA DE ENTREVISTA A PADRES

ESTRUCTURA GRÁFICA DE ENTREVISTA A MAESTROS  
(ESPECIALISTAS)

ESTRUCTURA GRÁFICA DE ENTREVISTA A NIÑOS  
(CIEGOS)

# **GLOSARIO**

**CONGENITAS:** Las congénitas son las que existen desde el nacimiento o antes de él. Puede ser hereditaria o depender de influencias surgidas durante la gestación o incluso en el acto del nacimiento, las más comunes son:

1. **Anoftalmos:** es la falta de globos oculares.
2. **Catarata:** opacidad del cristalino con pérdida total o parcial de su transparencia.
3. **Coloboma:** constituye una de las malformaciones congénitas más frecuentes del ojo, en la que los tejidos de la uvea y los tejidos asociados de la retina o su prolongación al dorso del iris se han desarrollado mal o son deficientes.
4. **Glaucoma:** es una alteración sintomática, no una enfermedad en sí misma. El signo físico característico es el aumento de la presión intraocular.
5. **Microftalmos:** el desarrollo del ojo es insuficiente, por lo tanto su tamaño es pequeño.
6. **Retinitis pigmentaria:** esclerosis progresiva de la retina asociada con pigmentación y atrofia caracterizado por la formación de depósitos de pigmentos, obliteración y obstrucción de los vasos.
7. **Retinoblastoma:** es un tumor que se conoce comúnmente como "glioma" de la retina. Se debe a que las células neurales no han evolucionado normalmente.
8. **Toxoplasmosis:** infección protozoaria derivada principalmente de roedores y pájaros. Afecta tanto a la retina como corioides. (se transmite durante la gestación de la madre al hijo).

**ADQUIRIDAS.-** Las adquiridas son aquellas que se presentan después del nacimiento, en el período neonatal y postnatal, las más comunes son :

1. **Desprendimiento de retina:** es la separación de las dos capas retinianas, la retina, propiamente dicha y el epitelio pigmentario.
2. **Lesiones o heridas con instrumentos** ( como tijeras, picaporte, lápiz, etc.) varían en severidad desde una simple abrasión corneal hasta la rotura del globo.

- 3. Lesiones traumáticas del ojo:** los cuerpos extraños que generalmente son pequeños como partículas de polvo, esmeril, acero, etc., pueden clavarse en conjuntiva o córnea, causando escoriación y penetrando en el epitelio. Las partículas mayores de acero, piedras, vidrio, etc. pueden perforar el globo.
  
- 4. Quemaduras ocasionadas por agua, vapor caliente, cenizas, polvos explosivos, metal fundido entre otros, y las lesiones por cáusticos del tipo de cal recién preparada, o por ácidos, pueden acarrear un daño considerable en la córnea, incluso destruirla y encoger el ojo.**
  
- 5. Queratitis:** inflamación de la córnea con opacidad de la misma, causada por el polvo, viento, falta de higiene, etc.
  
- 6. Retinopatía del prematuro:** son espasmos en los vasos sanguíneos de la retina, ocasionados por la administración excesiva de oxígeno en la primeras semanas de vida del niño prematuro.
  
- 7. Tracoma:** es una queratconjuntivitis folicular crónica causada por falta de higiene.

# ***CUESTIONARIOS***

# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

## ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

Cuestionario dirigido a Padres de niños ciegos integrados a escuelas regulares, que asisten a apoyo pedagógico al Instituto Nacional para la Rehabilitación de Niños Ciegos y Débiles Visuales. (INRNCDV).

SEXO :

F	M
---	---

Ocupación :

\_\_\_\_\_

EDAD :

_____	Años.
-------	-------

Escolaridad :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

1. ¿ Considera que el nivel educativo de su hijo es similar al de sus compañeros ?

a) SI

b) NO

¿ Por qué ?

\_\_\_\_\_

2. ¿ Por qué motivo asiste su hijo al apoyo pedagógico dentro del Instituto ?

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

a) Bajo rendimiento educativo.

b) Manejo de material para ciegos.

c) Reforzar conocimientos.

d) Inadaptación a la didáctica del maestro.

3. ¿ Cree que el INRNCDV proporciona los elementos necesarios para cumplir con la adecuada integración que requiere su hijo ?

a) SI

b) NO

¿ Por qué ?

\_\_\_\_\_

4. ¿ Cómo se relaciona socialmente su hijo en la escuela ?

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

a) Bien.

b) Mal.

c) No sabe.

5. ¿ A su hijo le gusta participar en actividades recreativas ?

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

a) SI.

b) NO.

c) No sabe.

6. En la familia ¿ De qué forma participan en el proceso de integración social del niño ?

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

a) Apoyo en tareas escolares.

b) Informándose sobre el desarrollo escolar del niño

c) Apoyo moral.

d) De ninguna forma.

7. ¿ Ha participado en algún programa para padres de familia dentro del INENCDV ?

a)SI  b)NO

8. ¿ Qué actitud toman los compañeros de su hijo con él ?

- a) Rechazo.
- b) Sobreprotección.
- c) Indiferencia.
- d) Curiosidad.
- e) Otros.

9. ¿ Considera que se presenta alguna diferencia, en el trato que se le da a su hijo en relación a sus compañeros, por parte del profesor ?

a)SI  b)NO

¿Cuál ? \_\_\_\_\_

10. ¿ Considera capacitados a los maestros especialistas que laboran en el INENCDV, para lograr la socialización del niño (indispensable en una adecuada integración). ?

- a) SI.
- b) NO.
- c) NO SABE.

11. ¿ Su hijo recibió algún apoyo psicológico y social especial, antes de su integración a la escuela regular ?

a)SI  b)NO

12. ¿ Usted recibió algún apoyo psicológico y social antes de la integración de su hijo ?

a)SI  b)NO

13. ¿ Qué respuesta le proporciona el instituto cuando se presenta algún problema escolar ?

- a) Apoyo.
- b) Incumplimiento de sus labores
- c) Indiferencia.
- d) Otros.

14. ¿ Conoce la labor que realiza el Trabajador Social dentro del Instituto ?

a)SI  b)NO

15. ¿ Qué actividades hace falta llevar a cabo dentro del área de Integración Social ?

- a) Orientaciones psicológicas
- b) Orientaciones pedagógicas.
- c) Orientaciones sociales.
- d) Otras.

# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

## ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

Cuestionario dirigido a Maestros Especialistas que trabajan en el área de Integración Social, dentro del Instituto Nacional para la Rehabilitación de Niños Ciegos y Débiles Visuales. (INRNCDV).

Puesto que desempeña :
Escolaridad :

1. ¿ Considera que el nivel educativo del alumno ciego, es similar al de otros niños ?

a) SI  b) NO

¿ Por qué ?

\_\_\_\_\_

2. ¿ Por qué motivo asiste el niño ciego al apoyo pedagógico en el Instituto ?

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

- a) Bajo rendimiento educativo.
- b) Manejo de material para ciegos.
- c) Reforzar conocimientos.
- d) Falta de capacitación en los maestros de las escuelas regulares.

3. ¿ Considera que el Instituto proporciona los elementos pedagógicos, psicológicos y sociales para cumplir con la adecuada integración que requiere el niño ciego ?

a) SI  b) NO  c) A VECES

4. ¿ Sabe usted si el alumno ciego integrado, participa en actividades recreativas en su escuela ?

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

- a) SI.
- b) NO.
- c) A VECES

5. ¿ Qué dificultades enfrenta el alumno ciego para relacionarse con sus compañeros en la escuela ?

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

- a) Rechazo.
- b) Bajo rendimiento educativo.
- c) Inadaptación entre sus compañeros
- d) Agresividad por parte de sus compañeros.

6. ¿ Ha sabido si el niño ciego presenta con regularidad, conductas fuera de lo común ?

a) SI  b) NO

¿ Cuáles ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. Si es así, ¿ Qué medidas se toman ante estas conductas?

- a) Canalización al instituto.
- b) Atención por parte del maestro especialista.
- c) Ninguna.
- d) No sabe.

8. ¿ Cómo participa la familia en la integración del niño ciego ?

- a) Apoyo en labores escolares.
- b) Apoyo en actividades extraescolares.
- c) Ninguna.

9. Dentro de las experiencias que ha tenido, ¿ cuál es el trato que se le da al niño ciego, en la familia ?

- a) Sobreprotección.
- b) Indiferencia.
- c) Rechazo.
- d) Se le inculcan expectativas irreales.

10. ¿Cuál es la actitud del niño "normal", ante la presencia de un niño ciego ?

- a) Sobreprotección.
- b) Rechazo.
- c) Curiosidad.
- d) Indiferencia.

11. ¿ Existe diferencia de actitud que presenta el profesor, entre el niño ciego y sus compañeros ?

a) SI  b) NO

12. Si es así ¿ A qué atribuye que se den estas diferencias ?

- a) Por falta de información.
- b) Porque lo minimizan.
- c) Por falta de capacitación.
- d) No sabe.

13. ¿ En el instituto, existen programas de socialización para el niño candidato a integrarse ?

a) SI  b) NO

14. ¿ Hay programas para los padres de familia de estos niños ?

a) SI  b) NO

15. ¿Qué tipo de profesionistas hace falta en el área de Integración Social ?

- a) Maestra especialista.
- b) Psicólogo.
- c) Trabajador Social.

16. ¿Qué actividades hace falta realizar dentro del área de Integración Social ?

- a) Orientaciones psicológicas.
- b) Orientaciones pedagógicas.
- c) Orientaciones sociales.

17. ¿Qué porcentaje de niños ciegos están integrados a escuelas regulares ?

a)ALTO

b)BAJO

18. Aproximadamente ¿Qué porcentaje de niños ciegos integrados a escuelas regulares, logran su integración a la sociedad ?

- a) 0 - 5%
- b) 5 - 10%
- c) 10 - 15%
- d) 15 % en adelante.

# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

## ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

Cuestionario dirigido a niños ciegos integrados en escuelas regulares, que acuden por apoyo pedagógico al Instituto Nacional para la Rehabilitación de Niños Ciegos y Débiles Visuales. (INRNCDV).

SEXO :

F _____	M _____
---------	---------

EDAD :

_____ Años.
-------------

Escolaridad :

\_\_\_\_\_

1. ¿ Consideras que el nivel educativo del alumno ciego es similar al de otros niños ?

a)SI       b)NO

¿ Por qué ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. ¿ Por qué acudes al apoyo pedagógico dentro del Instituto ?


- a) Inadaptación a la didáctica del maestro.
- b) Por obligación.
- c) Por el manejo del material.
- d) Para reforzar conocimientos.

3. ¿ Te agrada participar en actividades recreativas dentro de tu escuela ?

a)SI       b)NO       c)A VECES

4. ¿ Te gusta tener amigos en tu escuela ?

a)SI       b)NO

5. ¿ Cómo te consideras en relación a tus compañeros ?


- a) En desventaja escolar.
- b) Más tímido.
- c) Más inquieto.
- d) Igual.
- e) No sabe.

6. ¿ Recibes apoyo de tu familia ?

a)SI       b)NO

¿ De qué forma ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. ¿Cómo es el trato que te dan tus compañeros ?

- a) Burla.
- b) Indiferencia.
- c) Ayuda excesiva.
- d) Otros.

8. ¿Cómo te trata el profesor, en relación a tus compañeros ?

- a) Indiferencia.
- b) Apoyo excesivo.
- c) Rechazo.
- d) Igual.
- e) No sabe.

9. ¿Antes de ser integrado, recibiste alguna orientación especial en el INRNCDV ?

- a) SI       b) NO

10. ¿Qué respuesta recibes por parte de los maestros especialistas, cuando se presenta algún problema en tu escuela ?

- a) No recurre a alguien.
- b) Ninguna.
- c) Acosaje al alumno.
- d) Acude al Instituto.
- e) Plática con maestros.

11. ¿Qué aspectos consideras necesarios reforzar antes de la integración escolar ?

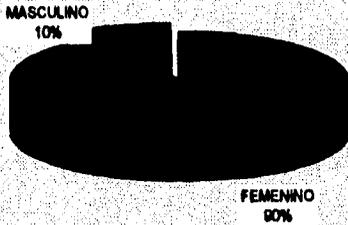
- a) Orientaciones psicológicas.
- b) Orientaciones pedagógicas.
- c) Orientaciones sociales.
- d) No sabe.

**GRÁFICOS**

***RELACIÓN >  
PADRES...***

**GRÁFICA 1**

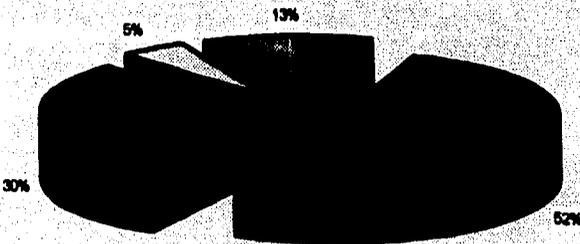
**SEXO DE LOS PADRES DE FAMILIA**



ALTERNATIVAS	F. ACUM.	F. REL.
FEMENINO	36	90%
MASCULINO	4	10%
TOTAL	40	100%

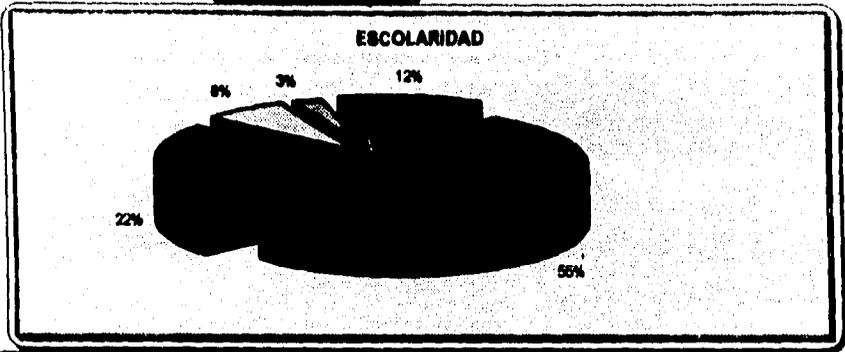
**GRÁFICA 2**

**OCUPACIÓN**



ALTERNATIVAS	F. ACUM.	F. REL.
HOGAR	21	52%
EMPLEADO	12	30%
INDEPENDIENTE	2	5%
OTRO	5	13%
TOTAL	40	100%

**GRÁFICA 3**



ALTERNATIVAS	F. ACUMULADA	F. RELATIVA
PRIMARIA	22	55%
SECUNDARIA	9	22%
BACHILLERATO	3	8%
PROFESIONAL	1	3%
ANALFABETA	5	12%
TOTAL	40	100%

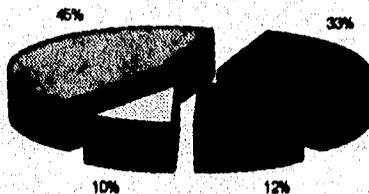
**GRÁFICA 4**



ALTERNATIVAS	F. ACUMULADA	F. RELATIVA
SI	3	8%
NO	37	92%
TOTAL	40	100%

**GRÁFICA 5**

**MOTIVO POR EL CUAL ASISTE EL MENOR CIEGO AL APOYO PEDAGÓGICO**



ALTERNATIVAS	F. ACUM.	F. REL.
BAJO RENDIMIENTO EDUCATIVO	15	33%
MANEJO DE MATERIAL PARA CIEGOS	5	12%
REFORZAR CONOCIMIENTOS	4	10%
INADAPTACIÓN A LA DIDÁCTICA DEL MAESTRO	18	45%
TOTAL	40	100%

**GRÁFICA 6**

**EXISTEN LOS ELEMENTOS NECESARIOS EN EL INRNCDV, PARA CUMPLIR CON LA INTEGRACIÓN DEL NIÑO CIEGO.**

NO  
85%

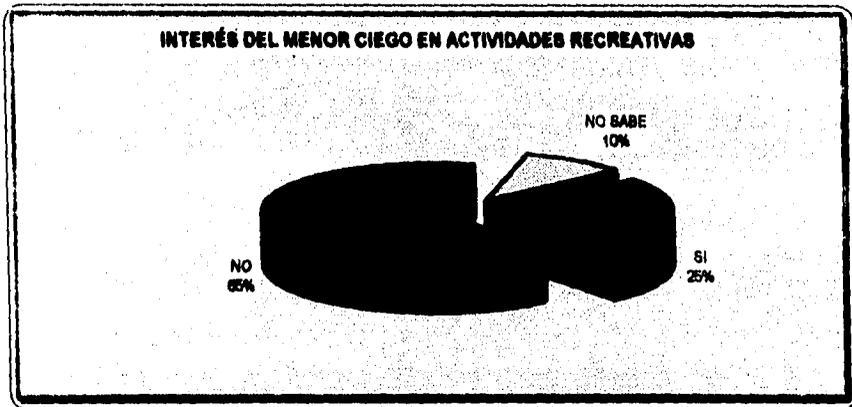
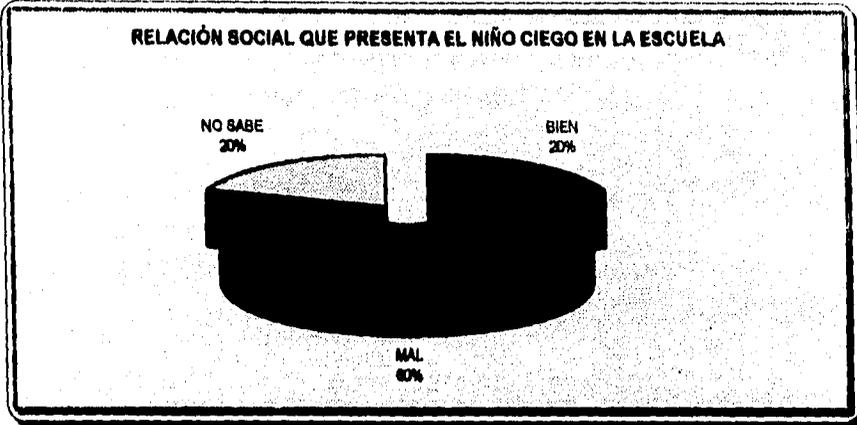


SI  
15%

ALTERNATIVAS	F. ACUM.	F. REL.
SI	5	15%
NO	34	85%
TOTAL	40	100%

ALTERNATIVAS	F. ACUM.	F. REL.
BIEN	8	20%
MAL	24	60%
NO SABE	8	20%
TOTAL	40	100%

**GRÁFICA 7**



ALTERNATIVAS	F. ACUM.	F. REL.
SI	10	25%
NO	28	65%
NO SABE	4	10%
TOTAL	40	100%

**GRÁFICA 8**

**GRÁFICA 9**

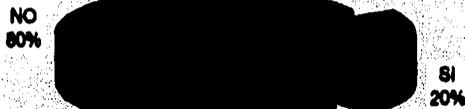
**FORMA DE PARTICIPACIÓN FAMILIAR EN EL PROCESO DE INTEGRACIÓN DEL NIÑO CIEGO**



ALTERNATIVAS	F. ACUM.	F. REL.
APOYO EN TAREAS ESCOLARES	28	70%
INFORMES SOBRE EL DESARROLLO ESCOLAR DEL MENOR	7	18%
APOYO MORAL	3	7%
DE NINGUNA FORMA	2	5%
TOTAL	40	100%

**GRÁFICA 10**

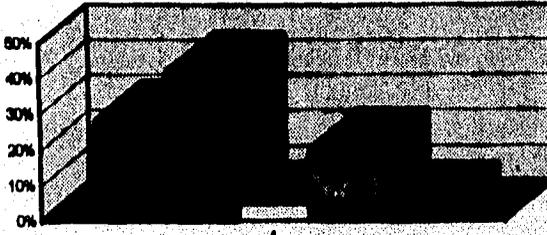
**PARTICIPACIÓN DE PADRES DE FAMILIA EN PROGRAMAS IMPARTIDOS POR EL INRNGDV**



ALTERNATIVAS	F. ACUM.	F. REL.
SI	8	20%
NO	32	80%
TOTAL	40	100%

**GRÁFICA 11**

**ACTITUD DE LOS COMPAÑEROS DEL NIÑO CIEGO HACIA ÉL**



ALTERNATIVAS	F. ACUM.	F. REL.
RECHAZO	11	28%
SOBREPROTECCIÓN	17	42%
INDIFERENCIA	2	5%
CURIOSIDAD	8	20%
OTROS	2	5%
TOTAL	40	100%

**GRÁFICA 12**

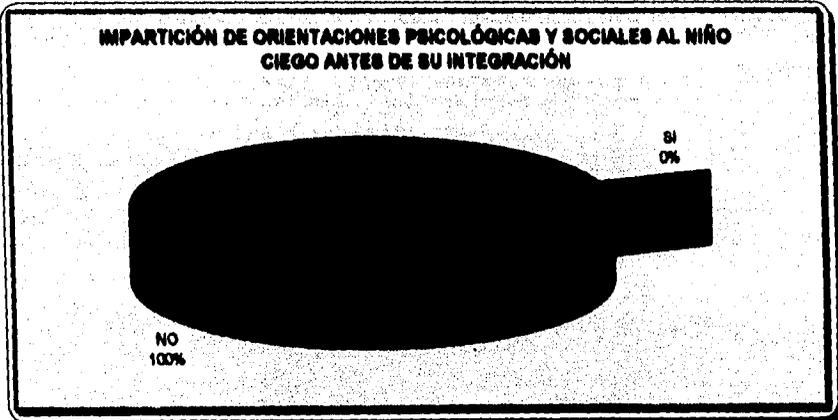
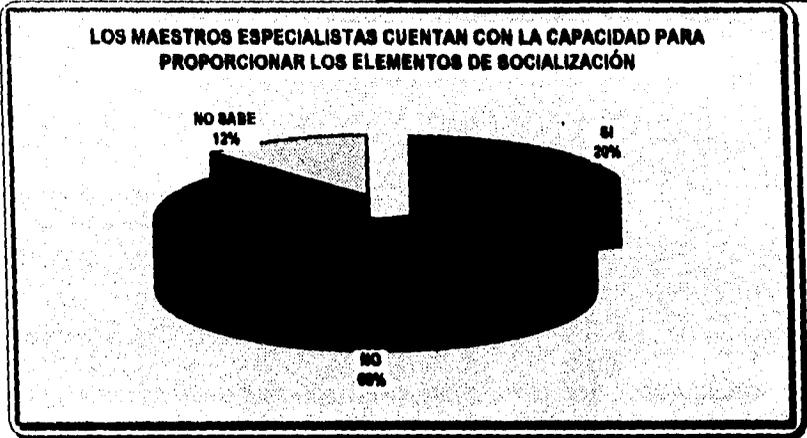
**DIFERENCIA DE TRATO DEL PROFESOR ENTRE EL NIÑO CIEGO Y SUS COMPAÑEROS**



ALTERNATIVAS	F. ACUM.	F. REL.
SI	34	88%
NO	6	12%
TOTAL	40	100%

**GRÁFICA 13**

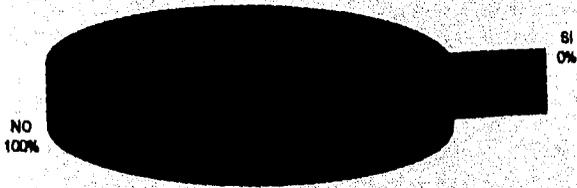
ALTERNATIVAS	F. ACUM.	F. REL.
SI	8	20%
NO	27	68%
NO SABE	5	12%
TOTAL	40	100%



ALTERNATIVAS	F. ACUM.	F. REL.
SI	0	0%
NO	40	100%
TOTAL	40	100%

**GRÁFICA 15**

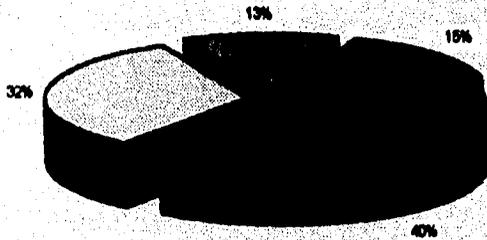
**IMPARTICIÓN A PADRES DE FAMILIA, DE ORIENTACIONES PSICOLÓGICAS Y SOCIALES ANTES DE LA INTEGRACIÓN DEL MENOR.**



ALTERNATIVAS	F. ACUM.	F. REL.
SI	0	0%
NO	40	100%
TOTAL	40	100%

**GRÁFICA 16**

**RESPUESTA QUE PROPORCIONA EL INRNCDV ANTE UN PROBLEMA ESCOLAR QUE PRESENTA EL NIÑO CIEGO**



ALTERNATIVAS	F. ACUM.	F. REL.
APOYO	8	18%
INCUMPLIMIENTO DE SUS LABORES	18	40%
INDIFERENTE	13	32%
OTROS	5	10%
TOTAL	40	100%

**GRÁFICA 17**

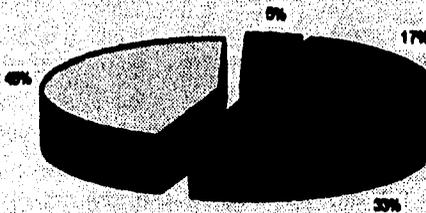
**CONOCIMIENTO DE LA LABOR QUE REALIZA EL TRABAJADOR SOCIAL DENTRO DEL INRNCDV.**



ALTERNATIVAS	F. ACUM.	F. REL.
SI	17	43%
NO	23	57%
TOTAL	40	100%

**GRÁFICA 18**

**ACTIVIDADES QUE ES NECESARIO SE EFECTÚEN DENTRO DEL ÁREA DE INTEGRACIÓN SOCIAL EN EL INRNCDV .**

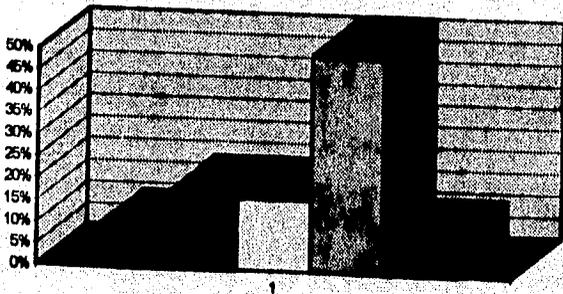
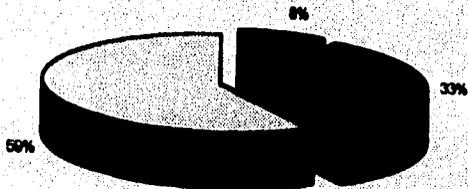


ALTERNATIVAS	F. ACUM.	F. REL.
ORIENTACIONES PSICOLÓGICAS	7	17%
ORIENTACIONES PEDAGÓGICAS	13	33%
ORIENTACIONES SOCIALES	18	49%
OTRAS	2	5%
TOTAL	40	100%

**RELACIÓN >  
MAESTROS  
ESPECIALISTAS**

**GRÁFICA 1 A**

ALTERNATIVAS	F. ACUM.	F. REL.
LIC. EN PEDAGOGÍA	1	8%
MTRO. NORMALISTA	2	17%
MTRO. NORMALISTA C/ESPECIALIDAD	2	17%
MTRO. ESPECIALISTA	6	50%
PREPARATORIA	1	8%
TOTAL	12	100%

**ESCOLARIDAD****GRÁFICA 2 A****PUESTO QUE DESEMPEÑA****ALTERNATIVAS**

ALTERNATIVAS	F. ACUM.	F. REL.
COORDINADOR DEL AREA DE INTEGRACION SOCIAL	1	8%
MAESTRO ITINERANTE	4	33%
MAESTRO DE APOYO PEDAGOGICO	7	59%
TOTAL	12	100%

**GRÁFICA 3A**

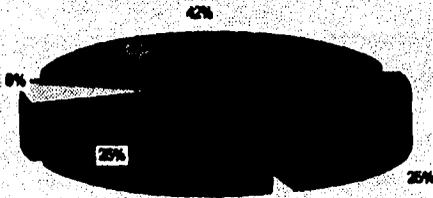
**ES SIMILAR EL NIVEL EDUCATIVO DEL NIÑO CIEGO EN RELACIÓN A  
SUS COMPAÑEROS**



ALTERNATIVAS	F. ACUM.	F. REL.
SI	4	33%
NO	8	67%
TOTAL	12	100%

**GRÁFICA 4A**

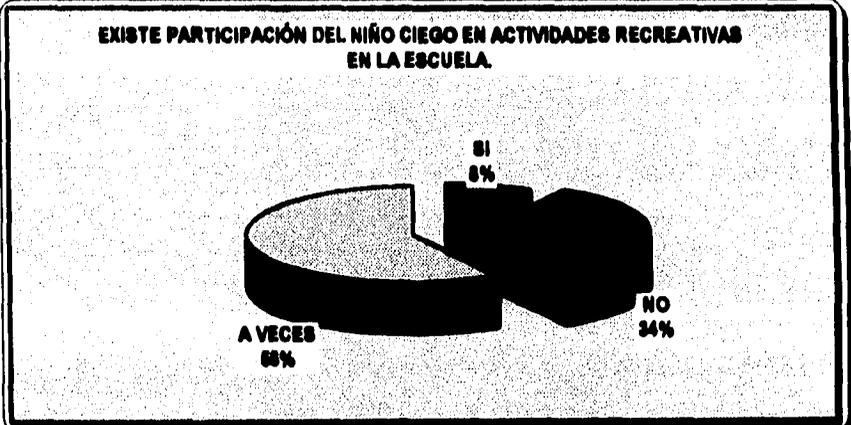
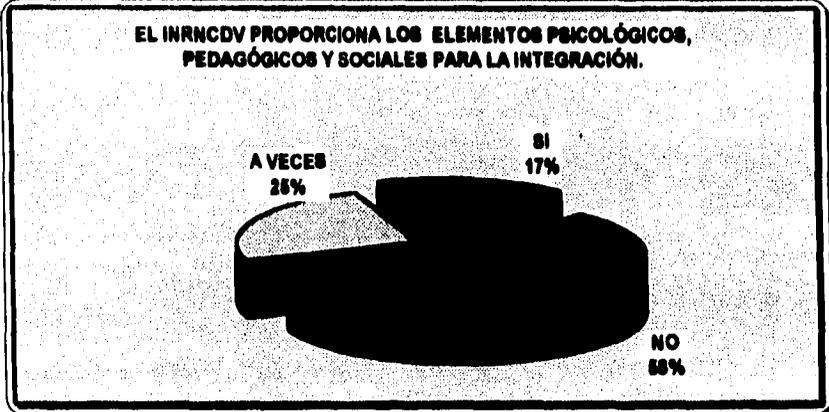
**MOTIVO POR EL CUAL EL NIÑO CIEGO ASISTE AL APOYO PEDAGÓGICO  
EN EL INRNGDV .**



ALTERNATIVAS	F. ACUM.	F. REL.
BAJO RENDIMIENTO EDUCATIVO	3	25%
MANEJO DE MATERIAL PARA CIEGOS	3	25%
REFORZAR CONOCIMIENTOS	1	9%
FALTA DE CAPACITACIÓN DE LOS MAESTROS EN ESCUELAS REGULARES	5	42%
TOTAL	12	100%

ALTERNATIVA	F. ACUM.	F. REL.
SI	2	17%
NO	7	58%
A VECES	3	25%
TOTAL	12	100%

**GRÁFICA 5A**

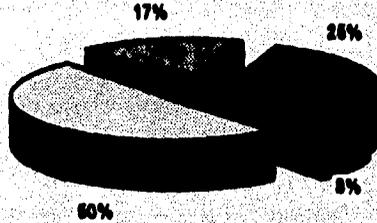


**GRÁFICA 6A**

ALTERNATIVA	F. ACUM.	F. REL.
SI	1	8%
NO	4	34%
A VECES	7	58%
TOTAL	12	100%

**GRÁFICA 7A**

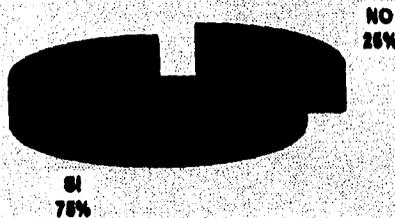
**DIFICULTADES QUE ENFRENTA EL NIÑO CIEGO PARA RELACIONARSE CON SUS COMPAÑEROS**



ALTERNATIVAS	F. ACUM.	F. REL.
RECHAZO	3	25%
BAJO RENDIMIENTO EDUCATIVO	1	8%
INADAPTACION ENTRE SUS COMPAÑEROS	6	60%
AGRESIVIDAD POR PARTE DE SUS COMPAÑEROS	2	17%
TOTAL	12	100%

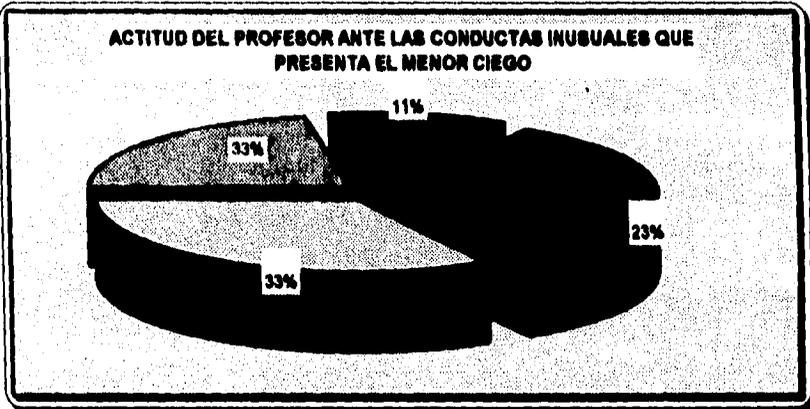
**GRÁFICA 8A**

**PRESENCIA DE CONDUCTAS FUERA DE LO COMÚN EN EL NIÑO CIEGO.**



ALTERNATIVAS	F. ACUM.	F. REL.
SI	9	75%
NO	3	25%
TOTAL	12	100%

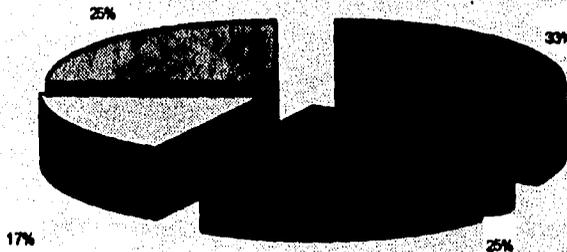
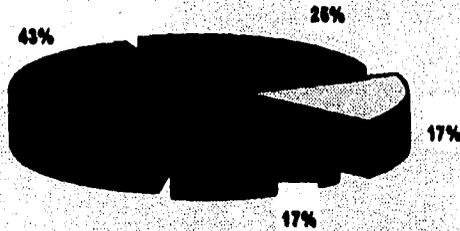
<b>GRÁFICA 9A</b>		
<b>ALTERNATIVAS</b>	<b>F. ACUM.</b>	<b>F. REL.</b>
CANALIZACIÓN AL INRNCDV	1	11%
ATENCIÓN POR PARTE DEL MTRO. ESPECIALISTA	3	33%
NINGUNA	3	33%
NO SABE	2	23%
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>100%</b>



<b>ALTERNATIVAS</b>	<b>F. ACUM.</b>	<b>F. REL.</b>
APOYO EN LABORES ESCOLARES	6	67%
APOYO EN ACTIVIDADES EXTRA-ESCOLARES	1	8%
NINGUNA	5	25%
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>

**GRÁFICA 11A**

ALTERNATIVAS	F. ACUM.	F. REL.
SOBREPROTECCIÓN	4	33%
INDIFERENCIA	3	25%
RECHAZO	2	17%
SE INCULCAN EXPECTATIVAS IRREALES	3	25%
TOTAL	12	100%

**ACTITUDES POR PARTE DE LA FAMILIA HACIA EL MENOR CIEGO.****GRÁFICA 12A****COMPORTAMIENTO DEL NIÑO ANTE LA PRESENCIA DE UN NIÑO CIEGO**

ALTERNATIVAS	F. ACUM.	F. REL.
SOBREPROTECCIÓN	8	43%
RECHAZO	3	26%
CURIOSIDAD	2	17%
INDIFERENCIA	2	17%
TOTAL	12	100%

### GRÁFICA 13A

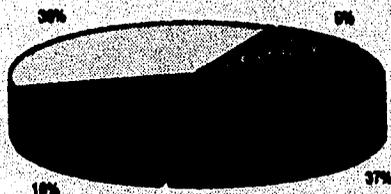
SE PRESENTAN DIFERENCIAS EN EL TRATO DEL PROFESOR ENTRE EL MENOR CIEGO Y SUS COMPAÑEROS.



ALTERNATIVAS	F. ACUM.	F. REL.
SI	11	92%
NO	1	8%
TOTAL	12	100%

### GRÁFICA 14A

MOTIVO POR EL CUAL EL PROFESOR PRESENTA DIFERENCIAS DE TRATO ENTRE EL NIÑO CIEGO Y SUS COMPAÑEROS.



ALTERNATIVAS	F. ACUM.	F. REL.
FALTA DE INFORMACION	4	36%
PORQUE LO MINIMIZA	2	18%
POR FALTA DE CAPACITACION	4	37%
NO SABE	1	6%
TOTAL	11	100%

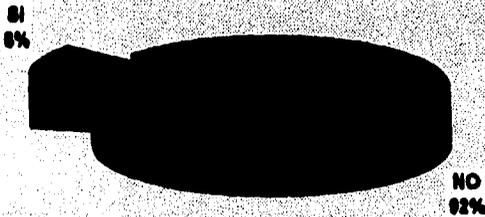
ALTERNATIVA	F. ACUM.	F. REL.
SI	1	8%
NO	11	92%
TOTAL	12	100%

**GRÁFICA 15A**

**EXISTENCIA DE PROGRAMAS DE SOCIALIZACIÓN PARA EL NIÑO  
CANDIDATO A INTEGRARSE, EN EL INRNCDV.**



**EXISTENCIA DE PROGRAMAS ESPECIALES PARA LOS PADRES DE  
FAMILIA DE NIÑOS CIEGOS, DENTRO DEL INRNCDV.**



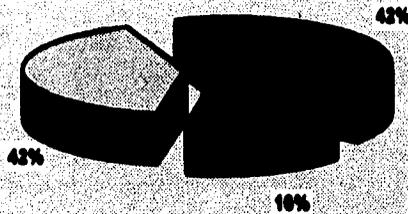
**GRÁFICA 15A**

ALTERNATIVAS	F. ACUM.	F. REL.
SI	1	8%
NO	11	92%
TOTAL	12	100%

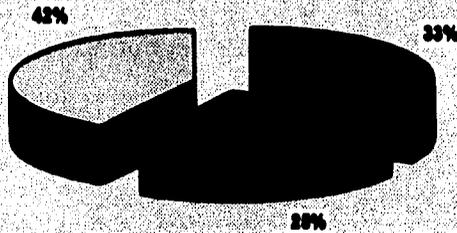
ALTERNATIVAS	F. ACUM.	F. REL.
MAESTRO ESPECIALISTA	5	42%
PSICOLOGO	2	16%
TRABAJADOR SOCIAL	5	42%
TOTAL	12	100%

**GRAFICA 17A**

**PROFESIONISTAS NECESARIOS PARA EL ÁREA DE INTEGRACIÓN SOCIAL**



**ORIENTACIONES NECESARIAS DENTRO DEL ÁREA DE INTEGRACIÓN SOCIAL**



**GRAFICA 18A**

ALTERNATIVAS	F. ACUM.	F. REL.
ORIENTACIONES PSICOLÓGICAS	4	33%
ORIENTACIONES PEDAGÓGICAS	5	28%
ORIENTACIONES SOCIALES	3	42%
TOTAL	12	100%

**GRÁFICA 19A**

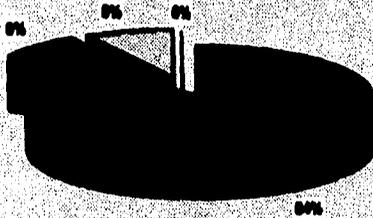
**PORCENTAJE DE INTEGRACIÓN ESCOLAR DE NIÑOS CIEGOS**



ALTERNATIVA	P. ACUM.	P. REL.
ALTO	11	82%
BAJO	1	8%
TOTAL	12	100%

**GRÁFICA 20A**

**PORCENTAJE DE INTEGRACIÓN A LA SOCIEDAD. (DE NIÑOS CIEGOS INTEGRADOS A ESCUELAS REGULARES).**



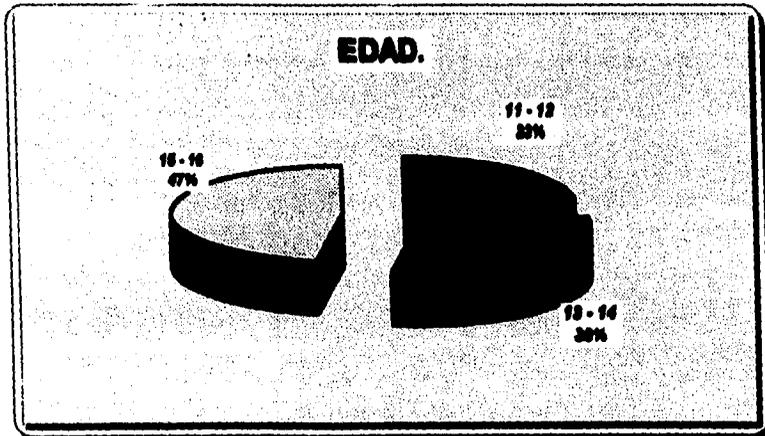
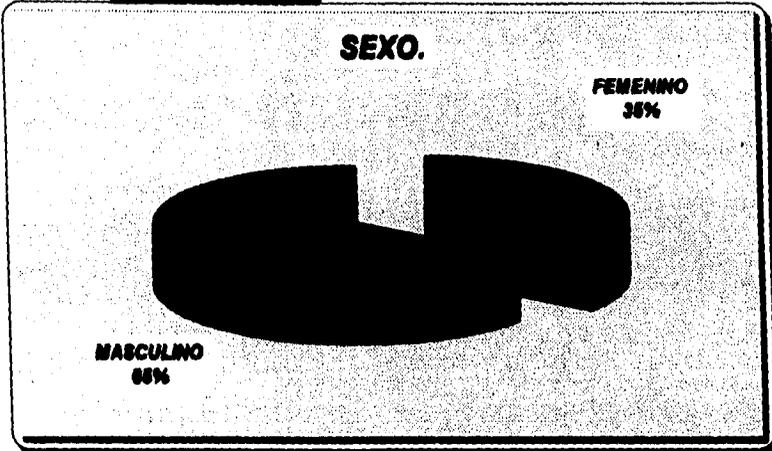
ALTERNATIVAS	P. ACUM.	P. REL.
0 - 5 %	10	83%
5 - 10 %	1	8%
10 - 15 %	1	8%
15 % O MAS	0	0%
TOTAL	12	100%

***RELACIÓN >  
NIÑOS  
[CIEGOS]***

SEXO

ALTERNATIVAS	P. ACUM.	P. REL.
FEMENINO	14	35%
MASCULINO	28	65%
TOTAL	40	100%

GRÁFICA 1B



GRÁFICA 2B

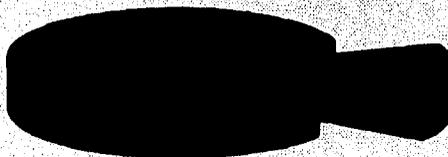
EDAD

ALTERNATIVAS	P. ACUM.	P. REL.
11 - 12	9	23%
13 - 14	12	30%
15 - 18	18	47%
TOTAL	40	100%

**GRÁFICA 3B**

**ES SIMILAR EL NIVEL EDUCATIVO DEL NIÑO CIEGO AL DE OTROS NIÑOS**

**NO  
85%**

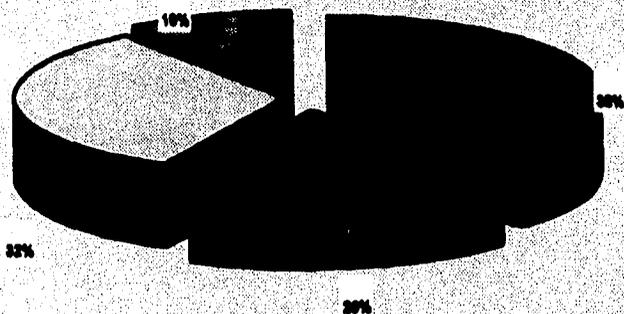


**SI  
15%**

ALTERNATIVAS	P. ACUM.	P. REL.
SI	6	15%
NO	34	85%
TOTAL	40	100%

**GRÁFICA 4B**

**MOTIVO DE ASISTENCIA AL APOYO PEDAGÓGICO DEL NIÑO CIEGO**

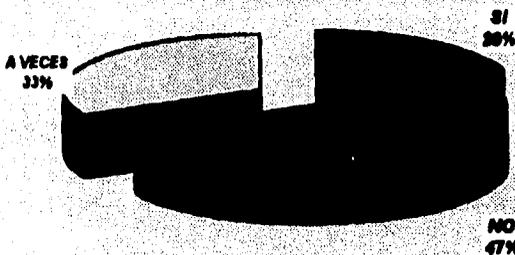


ALTERNATIVAS	P. ACUM.	P. REL.
INADAPTACION A LA DIDACTICA DEL MAESTRO	15	38%
POR OBLIGACION	6	20%
MANEJO DE MATERIAL	13	32%
REFORZAR CONOCIMIENTOS	4	10%
TOTAL	40	100%

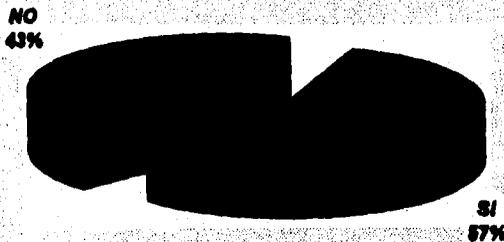
ALTERNATIVAS	F. ACUM.	F. REL.
SI	8	20%
NO	19	47%
A VECES	13	33%
TOTAL	40	100%

**GRÁFICA 5B**

**EXISTE PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES RECREATIVAS DEL NIÑO CIEGO DENTRO DE LA ESCUELA.**



**INTERÉS DEL NIÑO CIEGO POR CREAR LAZOS DE AMISTAD CON SUS COMPAÑEROS.**

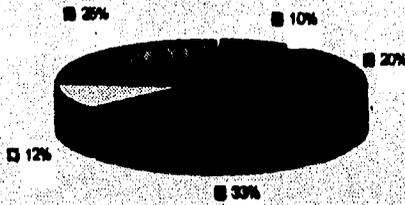


**GRÁFICA 6B**

ALTERNATIVAS	F. ACUM.	F. REL.
SI	23	57%
NO	17	43%
TOTAL	40	100%

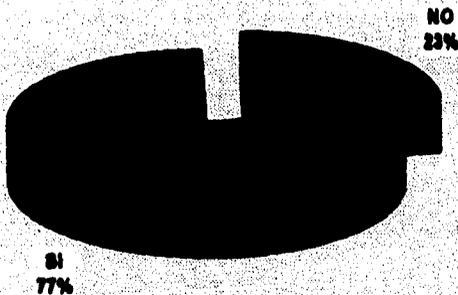
**GRÁFICA 7B**

**AUTOCONCEPTO DEL NIÑO CIEGO EN RELACIÓN A SUS COMPAÑEROS.**



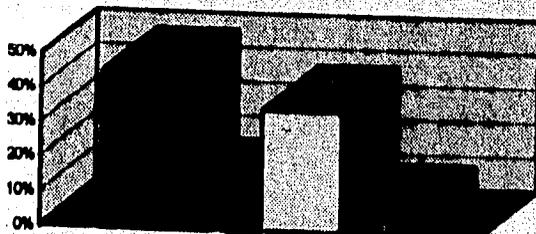
ALTERNATIVAS	P. ACUM.	P. REL.
Menos ventaja escolar	6	12%
Más tímido	13	33%
Más inquieto	8	20%
Igual	10	28%
No sabe	4	10%
TOTAL	40	100%

**EXISTE APOYO DE LA FAMILIA HACIA EL NIÑO CIEGO**

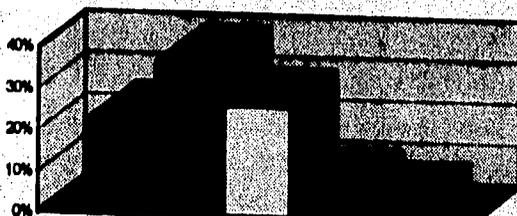


**GRÁFICA 8B**

ALTERNATIVAS	P. ACUM.	P. REL.
SI	31	77%
NO	9	23%
TOTAL	40	100%

**GRÁFICA 9B****TRATO RECIBIDO DEL NIÑO, POR PARTE DE SUS COMPAÑEROS**

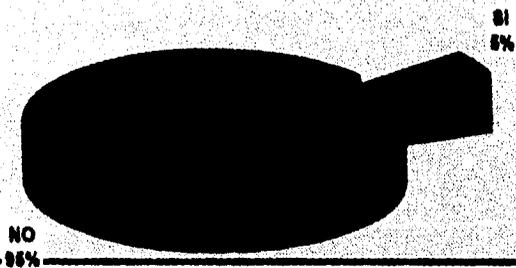
ALTERNATIVAS	P. ACUM.	P. REL.
BURLA	18	48%
INDIFERENCIA	8	15%
AYUDA EXCESIVA	14	38%
OTROS	3	7%
TOTAL	40	100%

**GRÁFICA 10B****TRATO QUE RECIBE EL NIÑO CIEGO DEL PROFESOR, EN RELACIÓN CON SUS COMPAÑEROS.**

ALTERNATIVAS	P. ACUM.	P. REL.
INDIFERENCIA	6	23%
APOYO EXCESIVO	15	37%
RECHAZO	11	27%
IGUAL	3	8%
NO SABE	2	5%
TOTAL	40	100%

**GRÁFICA 11B**

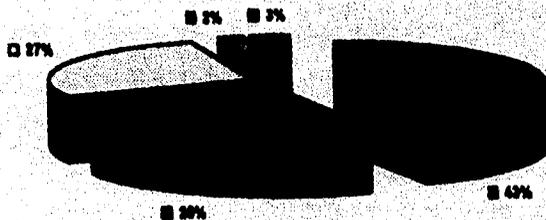
**IMPARTICIÓN DE ORIENTACIONES ESPECIALES DENTRO DEL INRNCDV. ANTES DE LA INTEGRACIÓN ESCOLAR.**



ALTERNATIVAS	F. ACUM.	F. REL.
SI	2	5%
NO	38	85%
TOTAL	40	100%

**GRÁFICA 12B**

**RESPUESTA DE LOS MAESTROS ESPECIALISTAS ANTE UN PROBLEMA PRESENTADO POR EL NIÑO CIEGO.**

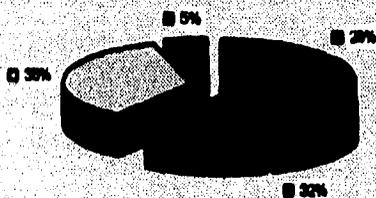


ALTERNATIVAS	F. ACUM.	F. REL.
NO RECURRE A ALGUIEN	17	43%
NINGUNA	10	25%
ACONSEJA AL ALUMNO	11	27%
ACUDE AL INSTITUTO	1	2%
PLATICA CON MAESTROS	1	3%
TOTAL	40	100%

**GRÁFICA 13B**

ALTERNATIVAS	F. ACUM.	F. REL.
ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA	11	28%
ORIENTACIÓN PEDAGÓGICA	13	32%
ORIENTACIÓN SOCIAL	14	35%
NO SABE	2	5%
TOTAL	40	100%

**ASPECTOS QUE EL NIÑO CIEGO CONSIDERA REFORZAR ANTES DE LA INTEGRACIÓN ESCOLAR.**



## BIBLIOGRAFIA

1. AGUIRRE, Gómez Apolonio.  
El papel del Trabajador Social en la Integración Social  
de los deficientes visuales.  
México, 1969.  
ENTS-UNAM.
2. ALVAREZ Mezquita, José.  
Historia de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Tomo III  
Ed. SSA.  
México, 1960.
3. ANDER EGG, Ezequiel.  
Hacia una metodología de Trabajo Social.  
Ed. El Ateneo.  
Barcelona, 1972.
4. ANDER EGG, Ezequiel.  
Investigación y diagnóstico para el Trabajo Social  
Ed. Humanitas.  
Buenos Aires, 1977.
5. ANDER EGG, Ezequiel.  
Diccionario de Trabajo Social.  
Ed. El Ateneo, S.A. de C.V.  
México 1991
6. APODACA Rangel, María de Lourdes.  
La discapacidad en México  
UNAM - ENTS.  
México, 1992.
7. AUTORES VARIOS.  
Primer seminario técnico - científico y profesional para invidentes.  
Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia  
México, 1993
8. CALDWELL, Bettye M. y STEDMAN, Donald J.  
Educación de Niños Incapacitados.  
Edit. Trillas.  
México 1991.
9. CAPACE, Norma M. y LEGO, Néilda A.  
Integración del discapacitado.  
Edit. Humanitas.  
Buenos Aires, 1977.
10. Comisión Nacional de los Derechos Humanos.  
Los derechos humanos de los discapacitados.  
Talleres SEMIAB, S.A.  
México, 1991.

11. CUNNINGHAM, Cliff y DAVIS, Hilton.  
Trabajar con los padres.  
Edit. Ministerio de Educación y Ciencia y Siglo XXI.  
España, 1988.
12. CHAVEZ, Luna Blanca Laura.  
Los Factores que intervienen en la rehabilitación  
integral del individuo ciego y débil visual.  
México, 1989.  
ENTS-UNAM.
13. Diario Oficial de la Federación. México, 1992.
14. Diccionario Enciclopédico Salvat.  
De. Salvat. México. 1992.
15. Diccionario Kapeluz de la lengua Española.  
Ed. Kapeluz.  
España, 1989.
16. D.I.F. (sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia).  
El Perfil del Niño Mexicano.  
AIN - México. 1980. Tomo II (IV).
17. DORSCH, Friedrich.  
Diccionario de Psicología.  
Ed. Marcelega.  
España 1991.
18. Diccionario General de Educación Especial. (SEF).  
La Educación especial en México. 1989.
19. ERASTA Placia, María de Jesús y VALLEJO Salinas, Alicia.  
Integración en la escuela.  
edit. Popular.  
España, 1986.
20. FROSTIG, Marianne.  
Educación especial para una integración social apropiada.  
Edit. Panoramica.  
Buenos Aires, 1990.
21. FOULQUE, Paul.  
Diccionario de Pedagogía.  
El Alhambra Mexicana, S.A.  
México, 1985.
22. FABIA, Bernardo.  
Minauvalia.  
Edit. El Ateneo.  
España, 1991.

23. **GUERRA Lisi, Stefania.**  
**La integración interdisciplinaria del deficiente.**  
 Edit. CEAC.  
 España, 1992.
24. **HERRERA, Romero José Miguel.**  
**Canales de comunicación en familias de hipocóclicos.**  
**Estudio de población en el Instituto Rosendo Ollata.**  
 México 1994.  
 ENTS-UNAM.
25. **Historia, Biografía y Geografía de México.**  
 Edit. Porrúa. 5a. edición.  
 México, 1986.
26. **HOBLOCK, Elizabeth B.**  
**Psicología de la adolescencia.**  
 Edit. Faldas.  
 México, 1991.
27. **Instituto Nacional para la Rehabilitación de los Ciegos.**  
**Folleto.**  
 México, 1998.
28. **MCINNES, Jean M. y TREFRY, Jacquelyn A.**  
**Guía para el desarrollo del niño sordo-ciego.**  
 Edit. Ministerio de Educación y Ciencia.  
 España, 1988.
29. **MENDEZ, Ignacio y NAMHIRA, Dolis.**  
**Protocolo de investigación.**  
 Edit. Trillas.  
 México, 1991.
30. **Organización Mundial de la Salud (OMS).**  
**Prevención de la Ceguera Infantil.**  
 Ginebra, 1993.
31. **RICO Vercher, M.**  
**Experiencias de integración escolar.**  
 Edit. Marciala.  
 España, 1984.
32. **ROBERTIS, Cristina de.**  
**Metodología de la intervención en Trabajo Social.**  
 Edit. El Ateneo.  
 Argentina, 1991.
33. **ROVERE, Ana Ma.**  
**Propuestas Metodológicas para el Trabajo Social.**  
 Edit. Humanitas.  
 Argentina, 1984.

**34. SANCHEZ Mejorada, Cristina.**  
**Historia y Metodología del trabajo Social.**  
**Edic. Quinto Sol.**  
**México, 1998.**

• se utilizaron para la historia del Instituto Nacional para la  
Rehabilitación de Niños Ciegos y Débiles Visuales