

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS
COLEGIO DE PEDAGOGIA

TESIS: LA DEFICIENCIA MENTAL: UNA
VISION GLOBAL

PRESENTA: RUBEN SOTO GARCIA

FACULTAD DE FILOSOFIA
Y LETRAS



COLEGIO DE PEDAGOGIA

VERANO/ 1996

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

ESTE TRABAJO ES DEDICADO A LOS NIÑOS DEFICIENTES MENTALES DE LA ZONA DE ATIZAPAN DE ZARAGOZA, Y DE CIUDAD NEZAHUALCOYOTL QUE ME PERMITIERON APRENDER DE ELLOS.

"LA ESCUELA

La escuela esta susia de Basura

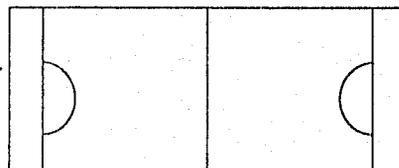
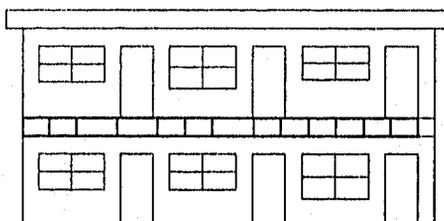
muchica juar futbol

no me gusta le taller pabagar

Los mastos guenos Los escellan estudiar

Los niños guenos gugamos folbol

esta chico El Patio para gugar mucho



Oscar Hernández

Alumno de la Escuela Primaria de Educación Especial de Nezahualcoyotl

Noviembre de 1987

A LA MEMORIA DE MI PADRE

A MI MADRE

Y A MIS QUERIDOS HIJOS: VIRIDIANA Y MAURICIO

AGRADECIMIENTOS:

**A TODOS AQUELLOS QUE CONSCIENTE O INCONSCIENTEMENTE, ABIERTA
O VELADAMENTE PERMITIERON LA REALIZACION DEL PRESENTE TRABAJO.**

**A LA PARTICIPACION EDITORIAL Y VISIONARIA DE LA SRA. LUCILA MONDRAGON
PADILLA**

**AL APOYO BECARIO Y MORAL DEL SR. KARIM REZK BALTEZAR QUE PERMITIO
EN MOMENTOS DIFICILES LA CONTINUACION DE ESTE TRABAJO**

LA DEFICIENCIA MENTAL: UNA VISIÓN GLOBAL

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCION	01
 Capítulo I: LOS ELEMENTOS SOCIALES DE LA DEFICIENCIA MENTAL	
I.1: Historia social de la deficiencia mental	03
I.2: Definición de deficiencia mental	20
I.3: Clasificación histórica de la deficiencia mental	25
I.4: Características de deficiente mental	33
I.5: Determinantes y criterios de la deficiencia mental	37
 Capítulo II ETIOLOGÍA: CAUSAS Y FACTORES DE LA DEFICIENCIA MENTAL	
II.1: La etiología en deficiencia mental	39
II.2: Panorama cromosómico	42
II.3: Etiología actual de la deficiencia mental	46
 Capítulo III: EL DIAGNÓSTICO PRENATAL	
III.1: El diagnóstico prenatal	65
III.2: Generalidades	66
III.3: Indicadores para la realización de diagnóstico prenatal	67
III.4: Procedimientos metodológicos del diagnóstico prenatal	68
III.5: Riesgos y limitaciones del diagnóstico prenatal	70
 Capítulo IV LOS SERVICIOS DE EDUCACIÓN ESPECIAL PARA PERSONAS CON DEFICIENCIA MENTAL EN MÉXICO. DIRECCION DE EDUCACIÓN ESPECIAL/SEP.	
IV.1: La historia en México de la educación para deficientes mentales	71
IV.2: La legislación educativa para deficientes mentales	76
IV.3: La política educativa del actual gobierno para educación especial, área de deficiencia mental	82
IV.4: Educación especial, área de deficiencia mental	101
 CONCLUSIONES	 118

INTRODUCCIÓN

La realización del presente trabajo de investigación documental en el campo de la deficiencia mental, tiene por objetivo obtener una visión global de los aspectos que participan en el campo señalado (históricos, sociales, definiciones, caracterizaciones, etiológicos, etc.), como una forma de elaborar y actualizar información sobre los temas tratados.

Así, vemos que a través de la historia las sociedades han mantenido actitudes diversas en tomo al grupo de discapacitados, quienes han pasado de un completo rechazo, hasta una total aceptación, así como una inicial mezcla de todos los sujetos con alguna discapacidad o varias, con otros segmentos marginados de la sociedad (asesinos, locos, leprosos, desprotegidos, etc.), hasta llegar al tratamiento del modelo educativo que funciona en la actualidad.

A pesar de la dualidad de rechazo/aceptación de la sociedad hacia los discapacitados y de limitar la atención educativa a una instrucción elemental mínima (bañarse, vestirse, alimentarse, etc.), ha existido una notoria evolución en los esfuerzos educativos destinados a los discapacitados, en este caso, de deficiencia mental.

En el presente trabajo se desarrollan los siguientes aspectos: en el primer capítulo se abordan los elementos sociales que participan en la deficiencia mental, tales como su historia; la definición de éstos como un producto social; las clasificaciones elaboradas en varias épocas; así como los determinantes y criterios sociales que participan de la deficiencia mental.

En el capítulo dos se presenta el bosquejo de un panorama cromosómico, así mismo la elaboración de una propuesta complementaria en tomo a la etiología actual en la deficiencia mental.

En el capítulo tercero se tratan temas relacionados con el diagnóstico prenatal, en lo que respecta a sus generalidades, indicadores, procedimientos, a la vez que sobre sus riesgos y limitaciones.

En el cuarto capítulo se analiza la actual política internacional sobre los discapacitados, que resultó de la "Declaración de Salamanca", en relación a la política educativa del Estado, vía la Dirección de Educación Especial/SEP, hacia las personas con necesidades educativas especiales. Igualmente, en este capítulo se resume lo que se realiza en las escuelas primarias especiales, así como en las escuelas regulares integradoras.

Actualmente, en el terreno biológico se asiste a un avance producido por la rama de la genética, lo cual ha permitido un desarrollo considerable en el campo de la etiología, sobre todo de aquella que se relaciona con los aspectos endógenos, hereditarios y/o constitucionales, principalmente en lo que se refiere a la explicación de las causas genéticas de la deficiencia mental.

La política educativa generada de los objetivos dirigidos a los discapacitados considera relevante el conocimiento *a priori* de los elementos que participan o consecuentan la discapacidad de deficiencia mental, por ello mismo, se han instrumentado servicios de diagnóstico prenatal para atender a las personas con inicial o alto riesgo de tener hijos con posible daño orgánico.

Lo más significativo en la actualidad, desde el punto de vista pedagógico, que puede determinar positiva y directamente al conjunto de los discapacitados de deficiencia mental, es el modelo educativo, el cual trata de garantizar una educación integral y adaptativa para los discapacitados con el resto de la población escolar, a partir de impulsar la estrategia de proveer de contenidos curriculares básicos a todos.

Capítulo I : LOS ELEMENTOS SOCIALES DE LA DEFICIENCIA MENTAL

I. 1: Historia social de la deficiencia mental

Las ideas o representaciones que las sociedades han forjado en relación a los sujetos con necesidades especiales y sus consecuentes actitudes hacia este grupo, quedan enmarcados a nivel general en los siguientes parámetros: Rechazo/Protección y Valorización/Desvalorización, como constantes en las diferentes sociedades y épocas.

Dichas actitudes se han presentado de manera secuencial en algunas partes y épocas, aunque también se han presentado a la par o indistintamente motivadas por el tipo de sociedad en la que se desarrollaron y causadas por el tipo de concepción que esta determinada sociedad o época ha tenido sobre tal discapacidad.

Las ideas como representaciones son el resultado del nivel de conocimiento que una sociedad ha alcanzado en torno a un fenómeno, sujeto o cosa particular. El grado de conocimientos que históricamente esa sociedad posee conjuntamente con el grupo de valores éticos y morales, determinan la actitud que la sociedad en su conjunto mantiene hacia este tipo de población.

Ahora bien, las sociedades no se encuentran constituidas en forma homogénea ni mucho menos construyen sus ideas o representaciones en forma lineal; más bien coexisten en muchas de ellas diferentes interpretaciones sobre fenómenos, sujetos y cosas.

Las Sociedades Antiguas

Las teorías primitivas acerca de las personas con discapacidades se caracteriza por la existencia de una mezcla de sujetos con variadas discapacidades, vistas en función de conceptos mágico-animistas.

La etiología de estas tipicidades se encontraba inmersa en atribuciones a las fuerzas naturales : al relámpago, al viento, o al espíritu de los muertos. Lo anterior dio como consecuencia las interpretaciones de sujetos apoderados por espíritus benignos, y luego entonces, éstos eran vistos con admiración; o poseídos por espíritus malignos, y entonces, eran vistos con horror.

En las sociedades primitivas (los antiguos chinos, hebreos, celtas, asirios, y egipcios), son los sacerdotes, brujos, o chamanes quienes realizaban los tratamientos de los "discapacitados mentales", mismos que consistían en exorcismos, encantamientos, uso de menjurjes y cocimientos mágicos, hasta el extremo de estrategias drásticas como la flagelación y el hambre. Ejemplos de lo señalado se ha encontrado en el papiro de Ebers (1550 a.C.), en el Ayur-Veda de la India (1400 a.C.), en el Talmud, etcétera.

En la antigua Grecia existieron concepciones personológicas sustentadas por los médico-sacerdotes.

Así, observamos que para Hipócrates (460-370 a.C.) es el cerebro el órgano del pensamiento, y por lo mismo, consideró a las "discapacidades mentales" como iguales a las enfermedades médicas, ocasionadas por causas naturales. También estableció una clasificación de éstas, a saber: manía, melancolía y *frenitis*. Igualmente vislumbró la importancia de la herencia, así como el papel de las lesiones en la cabeza con consecuencia en las alteraciones motoras y sensoriales.

Para Platón las "discapacidades mentales" eran debidas a trastornos morales y corporales. Éste señaló la necesidad de una protección para estas personas.

Aristóteles consideró a la mente de naturaleza inmaterial, siendo a la vez tal condición la causa de la ausencia de enfermedades o "discapacidades" para ésta.

Asclepiades (124-96 a.C.). Manifestó un desacuerdo en el uso de sangrías y de restricciones mecánicas aplicadas a las personas con "discapacidades mentales".

Arateo (30-90 d.C.) Es considerado precursor de la etiología de ciertas enfermedades físicas con algunos rasgos psicológicos.

Galeano de Pergamo (130-200 d.C.) Éste es pionero de la clasificación de las causas de las "discapacidades mentales", considerando como tales a: lesiones en la cabeza, alcoholismo, miedo, la adolescencia, cambios menstruales, reveses económicos, fracasos amorosos, etcétera.

En la era anterior a Cristo, según L. Kanner ¹, el tratamiento que se daba a los individuos con deficiencia mental era una especie de tratamiento práctico para satisfacer necesidades cotidianas elementales.

¹Citado en Zazzó, R. *Los Débiles Mentales*. Cap. 1: Perron, R.; *Actitudes e Ideas respecto de los deficientes mentales*. Ed, Fontanella, Barcelona, 1973. pp. 45-75

Las actitudes que las sociedades antiguas mantenían hacia la población con deficiencia mental son mencionadas como pertenecientes a preocupaciones prácticas, es decir, a cómo estos sujetos deberían resolver sus necesidades elementales cotidianas; también se habla de una actitud de protección social y de adaptación elemental hacia estas personas.

Ahora bien, tenemos que en esta época subsiste la confusión de todos los sujetos con tipicidades anormales, lo anterior hace que en la misma categoría se relacionen: albinos, leprosos, locos criminales, idiotas, etcétera

Las características propias de las tipicidades de esta población heterogénea causaron la existencia de diversos grados de horror, de repulsión y de temor, ocasionando que la comunidad no los aceptara.

Al mismo tiempo, dichas sociedades justifican su rechazo ante tales sujetos con la aseveración de que éstos poseían en sí mismos el castigo infligido por la "divinidad", ante su propia inmoralidad.

Igualmente -en el mismo periodo-, se deja sentir otra actitud hacia otro sector de este grupo heterogéneo: el loco y el idiota son valorados y sobreprotejidos.

Se consideraba a estas personas como poseedores de un estado de inocencia original, la cual les permitía acceder a formas directas de verdades fundamentales. De esta manera las limitaciones o privaciones de la razón se convirtieron en canales de acceso a la verdad.

El desatino de estos sujetos investidos de una aureola de inocencia original les permitió ser portadores de aquello que el hombre "razonable" no puede expresar.

Así, estos sujetos fueron poseedores de una libertad de crítica que los autorizaba a decir las cosas tal como su entender se los permitía.

Es así como en estas dos actitudes polares de rechazo-sobrevaloración coexisten en estas sociedades consecuentando la segregación de éstos de las comunidades, asimismo, se les otorgaba un papel o función sobrenatural.

Edad Media

El periodo que abarcó de 500 a 1500 d.C. se diferenció por la injerencia de la iglesia en todas las actividades humanas, así como por la realización de estudios de la mente por clérigos y filósofos especulativos.

En la Edad Media se volverá al uso de las ideas demonológicas (posesión por el demonio, las cruzadas, las procesiones de los flagelantes, la brujería, etc.), aunado a interpretaciones teológicas de las "discapacidades mentales".

El recurso que se utilizó en la Edad Media para tratar a los "discapacitados mentales" consistió en lo sustancial, en el uso de la crueldad amparada en la concepción de que tales castigos eran infligidos a los demonios o "visitaciones" que coexistían en éstos.

Por lo anterior, las prácticas de las sociedades primitivas consistieron en una mezcla, en donde se desarrollaron las siguientes acciones: azotes, hambres, cadenas, baños de agua fría, oraciones, agresiones verbales al "demonio" (epítetos y amenazas). Lo anterior mezclado con la administración de ciertas ideas galéanicas.

Algunos clérigos se destacaron por sus acciones en pro de los "discapacitados mentales", a saber:

San Basilio (329-380 d.C.) Éste desarrollo un tratamiento humano en la atención de personas con alguna "discapacidad mental".

San Jerónimo (329-420 d.C.) y San Benito (480-543 d.C.). Éstos feligreses mantuvieron un trato igualitario en las personas con enfermedades físicas, como con las personas con "discapacidades mentales".

A fines del siglo XV se establecieron distinciones entre aquellos sujetos poseídos por el demonio en forma voluntaria, de aquellos que lo eran contra su voluntad.

A partir de la primera mitad del siglo XVI se observó una disminución del uso de los conceptos demonológicos, los cuales fueron cediendo ante el avance de los conocimientos científicos de esa época.

El Renacimiento

El último periodo del siglo XV, el siglo XVI, y el siglo XVII son épocas de transición, mejor conocido como el Renacimiento. Éste se va a caracterizar por el abandono de la predominancia teológica; el florecimiento del humanismo, del racionalismo y del protestantismo, así como el desarrollo de la ciencia natural.

En el Renacimiento, —Siglo XV—, los "discapacitados mentales" son mantenidos por el presupuesto de la Ciudad, sin que se les brinde ninguna atención, sólo eran puestos en las prisiones.

En ocasiones son azotados públicamente, otras veces son perseguidos y expulsados de la ciudad con varas. Otra forma fue la vida errante que llevaban, recorriendo los campos, y las afueras de las ciudades.

Ante lo anterior, los municipios tomaron como medida la expulsión de los "discapacitados mentales" vagabundos. La finalidad era evitar que éstos merodearán indefinidamente en las cercanías de la ciudad.

Se confiaban estas personas a los marineros, asegurándose que los llevarían muy lejos, sin precisar la tierra en que desembarcarían, ni cuando, ni estableciendo de donde vienen.

A tal medida de exclusión o expulsión se le conoció con el nombre de la "*nef des fous*", la nave de los locos: "extraño barco que navega por los ríos tranquilos de Renania y los canales flamencos"²

Algunos grandes hombres de ciencia que en el campo de interés del presente trabajo sobresalieron o hicieron causas o descubrimientos relevantes fueron:

Paracelso (1493-1541). Se distinguió por su rechazo a las teorías demonológicas, y por considerar las "discapacidades mentales" como consecuencias de factores psicológicos. Su tratamiento se basaba en el uso del "magnetismo corporal".

John Weyer (1551-1588). La importancia de este personaje radicó en los hallazgos de un considerable número de "discapacitados mentales" entre los torturados y quemados bajo la acusación de una supuesta brujería.

Reginald Scott (1538-1599). Éste se opuso a la consideración de las "discapacidades mentales" por causa de espíritus malignos o demoniacos.

San Vicente de Paul (1576-1660). Estableció una similitud entre enfermedades corporales y enfermedades mentales, e indicó un trato igualitario para ambas.

Ante la desaparición gradual de las ideas demonológicas, los "discapacitados mentales" fueron trasladados de las prisiones y monasterios a los asilos especiales.

² Michel Foucault. *Historia de la Locura en la época Clásica*. Breviarios no.191. Fondo de Cultura Económica. México. 1981. Tomo 1. pp.30-40

El primer asilo para estas personas se creó en Valencia (1409), en Zaragoza se fundó uno en 1425, en Sevilla se abrió un asilo en 1435, en Valladolid fue en 1436, y en Toledo funcionó uno antes de 1500.

En Londres, Santa María de Bethlehem, fue fundado un asilo por Enrique VIII, en 1547, el cual debió su fama a las condiciones deplorables en que funcionaba, así como al uso de los internos para fines lucrativos.

Según Ramírez Moreno S. (1942):

"El hospital de San Hipólito fue establecido en México en 1566 por Bernardino Álvarez (...) fue el primer hospital para la atención de trastornos de su especie que se estableció en América"³

A nivel general se puede establecer que el tipo de atención que recibían los "discapacitados mentales" en estos asilos fue el de mantenerlos en celdas oscuras, atados con cadenas, alimentados con desperdicios, así como asignarles montones de paja para dormir.

La influencia enciclopedista

Como resultado de la influencia de los enciclopedistas se expresó un cambio significativo en la valoración del loco y del idiota. El eco del romanticismo enciclopedista permitió considerar a estas personas como seres humanos, poseedores de una dignidad, al igual que cualquier otro individuo de la sociedad.

El movimiento enciclopedista, (desarrollado en el siglo XVIII, por un círculo de personas ilustradas de todas las clases sociales y de todas las regiones de Europa y de América, el cual tuvo como principales precursores a: Diderot, D'Alembert, Voltaire, Rousseau, Buffon, Montesquieu, Duquesnay, Dumarçais, Condorcet, Turgot, Saint-Lambert, y otros;), pretendió edificar un conjunto de tratados pertenecientes a diversas ciencias y artes con la intención de alcanzar la universalidad de los conocimientos en un momento dado de su desarrollo histórico.

³ Citado por Ramón de la Fuente. *Psicología Médica*. Fondo de Cultura Económica. Décimo tercera edición. México. 1974. pp.30-40

Este movimiento esencialmente humanitario influyó en la valoración del hombre, postulando la existencia de la dignidad humana en todo individuo. Voltaire y Montesquieu apostaron a la razón como una forma humana de liberarse de la ignorancia y de la superstición, y vislumbraron la bondad como un mecanismo innato del hombre.

Lo anterior permitió entre 1750 y 1850 una transformación de las concepciones de las "anomalías humanas", por lo cual resultaron trabajos de la magnitud siguiente: Pereire investigó sobre sordomudos; Abate de L'Épèe trabajó sobre invidentes; Guggenbachi incursionó en el campo de los cretinos; y J. Itard experimentó con Víctor, "el salvaje de Aveyron".

En 1778, en Francia, Salpêtrière, se crearon Hospitales Generales, los cuales aceptaban a individuos con los más diversos grados de problemas sociales, psicológicos y enfermedades: indigentes, vagabundos, delincuentes, criminales, locos, idiotas, etc. La existencia de este grupo tan heterogéneo ocasionó que estos individuos fueran tratados más que nada, en términos psiquiátricos.

La Revolución Francesa (1789-1790) fue la prueba para las ideas de la ilustración, y señala el triunfo de la razón, de la ciencia y de las ideas democráticas. En el campo que nos ocupa, se inicia una clasificación más específica; y aunque ésta no llega a ser totalmente correcta, si consigue por lo menos liberar de las cadenas, literalmente hablando, a los locos.

En el año de 1792, Felipe Pinel (1745-1826) obtiene permiso de la comuna revolucionaria para quitar las cadenas de algunos "discapacitados mentales"; e introduce un tratamiento más bondadoso para éstos, a la vez que se les permitió circular libremente por patios y corredores, y su alimentación se vio mejorada.

Pinel ejerció el puesto de director del Hospital de la Salpêtrière en donde también estableció una reforma exitosa.

Pinel impulsó estas reformas en el campo científico consiguiendo con ellas separar en primera instancia a los criminales de los locos. A la vez, estas mismas condiciones generan una nueva actitud sobre los sujetos con deficiencia mental: por su semejanza con el estadio del niño en cuanto a dependencia e irresponsabilidad, éstos van a ser motivo de conductas de protección familiar y social.

Como resultado de esta nueva concepción sobre éstos, la sociedad y sus instituciones van a censurar las conductas de rechazo, repulsión y temor que existían hacia ellos.

Luego entonces, en este período se activa en el campo científico -con Pinel-, la clasificación de las "anormalidades", dando por resultado que los locos sean considerados como un grupo ajeno y extraño a la población con deficiencia mental.

La clasificación aludida resultó científicamente insuficiente a la luz de los tiempos actuales pues continuó manteniendo a la población con deficiencia profunda en el grupo de la idiocia.

Entre 1800 y 1860, J. Itard y Guggenbuchl, médicos educadores, influidos por la revolución y el romanticismo, desarrollan acciones educativas un tanto aisladas y fuera de la institucionalidad.

En el caso de Jean Marc Gaspard Itard (1775-1828), éste se hizo cargo de la educación de Víctor "el salvaje de Aveyron", el cual era un niño de más o menos 12 años, encontrado en los bosques de Cannes, Francia, viviendo en un estado de sociedad animal. J. Itard no consideró a Víctor como un débil mental, sino que se explicaba su estado en función de la falta de trato social humano.

En lo que respecta a sus acciones educativas, éstas se fundamentaban en la supuesta existencia de un residuo reflejo de facultad, el cual al ser despertado podía ser sujeto de entrenamiento. Se basaba en la filosofía de Candillac, por lo que su propuesta educativa abarcaba las sensaciones y emociones: baños ardientes, fricciones, cosquillas, conmociones, emociones violentas, etc. Los métodos que utilizó aparecen registrados en su *Rapport et memoire sur le Sauvage de Aveyron*. El método empleado también es asignado a Edward Seguin, su discípulo, considerándose, además, que el mismo método inspiró los trabajos ulteriores de M. Montessori.

En el caso de Guggenbuchl, éste se basaba en una filosofía que pregonaba que "el alma inmortal es esencialmente la misma en toda criatura"⁴, por lo que su práctica educativa desarrollaba un régimen sano, basado en el cuidado del cuerpo por medio de baños, y una terapia de la belleza de la naturaleza.

Guggenbuchl fundó los centros especializados denominados: *Heilanstalt Fur Kretinen und Bödsinnigen Kinder*, construido en Abendberg, Interlaken, con la pretensión de lograr una mejoría de la totalidad de la persona discapacitada; sin embargo se considera que dichos centros funcionaron como meros asilos, constituyéndose como los primeros modelos de pabellones.

⁴ Citado en : Zazzó, R. Op. Cit., pp. 45-75.

Esquirol (1772-1840). Fue discípulo y sucesor de Pinel, por lo que continuo la doctrina de aquel y la extendió a otras ciudades, también creó nuevas instituciones basadas en ideas humanitarias. En 1818, Esquirol creó y definió el vocablo idiocia, como un estado comprobable en la primera infancia, caracterizado por la ausencia de desarrollo de las facultades intelectuales, o déficit intelectual profundo, a la vez que les asignó un carácter de irreversibilidad. También distinguió la idiocia de la demencia, ésta última, según él, era un estado de regresión a partir de un anterior desarrollo intelectual normal. Para Esquirol el sujeto con idiocia se encontraba desprovisto de los medios o instrumentos para utilizar a la inteligencia.

En 1838, Esquirol inició investigaciones precursoras del síndrome de Down, al cual denominó: idiocia mixedematosa. Para Esquirol existían tres tipos de déficit: a) la confusión mental, presente en estados normales, como alteraciones pasajeras de las funciones intelectuales. b) la demencia, que consistía en una alteración de un estado no normal e irreversible. c) la idiocia, que era para éste, un estado anormal de "agrosio intelectual", la cual sugiere que las funciones intelectuales nunca se han desarrollado.

En 1837 Edward Seguin (1812-1880), en París crea la primera escuela para 'defectuosos mentales' lo cual es considerado como el inicio formal de las escuelas para débiles mentales. Su método educativo consistió en el adiestramiento de las manos y de los sentidos, desarrollado gradualmente.

En el siglo XIX, en el año de 1857, el inglés Morel, médico biólogo, propuso su teoría de la degeneración, la cual constituyó la primera etiología de la deficiencia mental; ésta consideraba que el hombre tenía un proceso - en algunas familias-, por medio del cual se abandonaba a sus instintos, olvidando su dignidad de hombre y su moral, regresando a su nivel más primitivo: el animal.

Tal proceso de degradación iba de generación en generación, siendo en su primer periodo; una familia de perezosos, desequilibrados, y delincuentes menores. El segundo periodo ; presenta perversiones, histerias, epilepsias, etc. La tercera generación daba lugar a la locura y al deterioro intelectual; y la culminación del proceso de degeneración era el nacimiento de sujetos atrasados, imbeciles o idiotas. Para Morel, las causas de tal degeneración eran debidas a condiciones socioeconómicamente bajas, en hijos de obreros, que a la vez, manifestaban la existencia de variedades morbosas de la especie en las cuales se detiene el desarrollo de las facultades intelectuales.

En 1861, Trelat consideró a los estados de imbecilidad e idiocia como estados amorfos de la inteligencia, y a la demencia le asignó un estado de ruina.

En el año de 1869, Bourneville, seguidor de los trabajos de Seguin, Delasiaque y Lauren; inicia en el Hospital de Bicétre un estudio anatómico de la deficiencia mental, a la cual asigna una clasificación clínica, proponiendo las siguientes categorías, a saber: 1a. Idiocia con microcefalia, 2a. Idiocia con hidrocefalia; 3a. Idiocia asociada a una detención en el desarrollo cerebral; 4a. Idiocia asociada a una agnosia cerebral; 5a. Idiocia con Idiocia mixedematosa.

Sociedades industriales y postindustriales

A fines del siglo XIX y principios del siglo XX, surge una toma de conciencia de las necesidades de los sujetos con deficiencia mental, inspirada en el movimiento iniciado por Guggenbuchi.

Este periodo se caracteriza por las actitudes sociales de un sinnúmero de instituciones y organismos creados con el fin de atender a deficientes mentales medios y profundos. Sin embargo, tales instituciones se ven limitadas en sus funciones y aspiraciones debido a los excesivos pronósticos educativos con que habían cubierto a los deficientes profundos.

Las características de las instituciones y organismos que se crearon para la atención de deficientes mentales medios y profundos, en este lapso de tiempo, tuvieron desde su inicio las siguientes peculiaridades:

- Las instituciones evolucionaron hacia el modelo de asilos
- Los mismos se encontraron con sobrepoblación, con largas listas de espera, y carecían de espacios infraestructurales, por la existencia de pocos créditos disponibles.
- Los planes educativos se orientaban fundamentalmente a dar cuidados de orden de necesidades básicas y de supervivencia, sin ninguna relación con contenidos escolares propiamente dichos

A nivel científico se observó la existencia de una apatía o desinterés real por parte de los profesionales del campo, para abordar y desarrollar los temas relacionados con la deficiencia mental.

El nacimiento de la categoría de deficiencia mental o debilidad mental, se dio en tomo al desarrollo industrial de los países capitalistas, como resultado de sus propias necesidades, trasladadas al ámbito escolar.

Hacia 1890, en los países europeos, como producto del desarrollo de la nueva sociedad industrial, y como consecuencia de la existencia de la escolaridad primaria obligatoria, surge un grupo de niños, los cuales eran incapaces de seguir, en los mismos tiempos, ritmos y contenidos las enseñanzas escolares, dando con ello nacimiento a la toma de conciencia de la existencia de sujetos con deficiencia mental leve, los cuales tenían como característica peculiar una insuficiencia ligera en los mecanismos intelectuales, lo que les ocasionaba el fracaso escolar.

En 1905, con Alemania a la vanguardia, y basado en una filosofía humanística, se desarrolló un movimiento con el objetivo de reagrupar a los niños con claras desventajas intelectuales, con la finalidad de proveerlos de una escolaridad especial.

Este tipo de escolaridad generó la necesidad de detectar convenientemente a este grupo de niños con necesidades especiales, por lo que se dio inicio a un tratamiento más científico del problema, dando con ello lugar al desarrollo de test o pruebas de inteligencia, siendo el pionero de éstas, el test de Binet.

Es a partir de ese momento en que, en forma incipiente y provisional, se inicia la definición de la deficiencia mental en términos del Cociente Intelectual C.I., basado en la aplicación y evaluación de las pruebas de inteligencia de Binet.

Así pues, es en los años de 1904-1905, que la noción de deficiencia o debilidad mental se crea, al ser delimitada por test de inteligencia y por las "medidas rigurosas" de un C.I. Otra Peculiaridad de A.Binet es el reconocimiento que hizo de la particularidad que posee el niño con deficiencia mental, el cual no es comparable directamente con el niño normal, es decir, el reconocimiento de las diferencias individuales.

Por otro lado, en este mismo período, ocurre un proceso de innovación pedagógica, referente a la elaboración de métodos educativos más apropiados a las mismas exigencias educacionales. A la vez, se asistió a una descripción más rigurosa, médica y genética, de los diversos síndromes.

Por lo tanto, podemos arribar a la concepción de dos líneas o fuentes de entendimiento de este tipo de sujetos, en el inicio de siglo: a) se constató la existencia de la deficiencia profunda o idiocia aparte de la presentada por los adultos. b) se constituyó el grupo de niños con fracaso escolar evidente por poseer una insuficiencia intelectual constatada por una medida del desarrollo de su C.I..

En los primeros años del siglo XX, se realizaron investigaciones sobre la etiología y clasificación de la deficiencia mental, lo cual cristalizó en una mayor exploración de los casos de niños con deficiencia profunda, misma que se presenta en la mayoría de los casos unida a trastornos neurológicos. Dichos trabajos pretendían manifestar el nexo existente entre un daño orgánico y su posterior consecuencia psíquica.

Igualmente, asistimos a un proceso de multiplicación de asilos para deficientes profundos, los cuales resultaron insuficientes; con problemas debidos a la insuficiencia de personal así como de las mismas instituciones. Este hecho es generalizado afectando aun a los países altamente industrializados.

Por otro lado, y a partir de la aplicación del test de Binet-Simon aumentó la población de deficientes mentales leves, para los cuales se instrumentaron clases especiales, las cuales han sido desfasadas y resultaron inadecuadas para la atención de esta población.

En 1912, en los E.U.A. Goddard da a conocer un estudio genealógico, en el cual expone el caso de un antepasado común (Martín Kallikak), el cual tuvo dos mujeres de dos familias diametralmente opuestas a nivel socioeconómico, resultando que la familia más desfavorecida, y que además la madre era deficiente mental, generó una descendencia de criminales, delincuentes, anormales y deficientes mentales. Por otro lado, la familia mejor acomodada no presentaba ningún caso de deficiencia mental.

El trabajo anterior sirvió como soporte para la proliferación de investigaciones genealógicas con bases histórico-psicológicas. También, se extendió la creencia de que los vínculos entre el C.I. de los padres y el de los hijos presentaba una mayor fertilidad en los deficientes mentales.

Desde 1907 hasta 1926, en los E.U.A., alrededor de veintiséis estados adoptaron una ley que permitió la esterilización de los idiotas, imbéciles y deficientes mentales, principalmente medios y profundos.

En 1929, Vermeyley describió los retrasos debidos a la debilidad armónica, partiendo fundamentalmente de la observación del comportamiento y los agrupó en los débiles disarmónicos.

Con trabajos que datan de 1908-1929-1937-1947, Tredgold con el término amantia -ausencia de inteligencia-; propuso cuatro categorías, a saber:

- a) amantia primaria.- déficit intelectual debido a la trasmisión hereditaria, endógena.
- b) amantia secundaria.- déficit intelectual debido al ambiente, exógeno.
- c) amantia primaria-secundaria.- déficit intelectual debidos a causas endógenas y exógenas.
- d) amantia sin causa determinante.

En 1933, Lewis consideró dos elementos: Primero, señaló la existencia de factores hereditarios desfavorables. Segundo, agregó las condiciones educativas pobres o anómalas. Los factores anteriores planteaban el uso de una nueva noción: "la debilidad subcultural". Lo anterior adolecía de una etiología individual, y por lo mismo consideraba difícil plantear como causa primordial el carácter orgánico para definir la deficiencia mental. Además, consideró que la "deficiencia subcultural" era una variedad extrema de las variaciones normales en donde la diferencia podría estar basada hasta en grados, en donde la separación de la normalidad es determinada por un corte convencional: el C.I. en base a las consideraciones intelectuales.

Por otro lado, Lewis creó el término de "deficiencia patológica", en donde inscribió al grupo con todas las variaciones genéticas anormales haciendo de ellas una clasificación descriptiva. Este tipo de clasificación se caracterizó por asociarse a una lesión orgánica definida o a una patología.

En 1934, Fuelling logra aislar la oligofrenia finil-pirúvica. Por otro lado, Turpin y Le Jeune dan a conocer las irregularidades cromosómicas encontradas en ciertos deficientes mentales.

Lo anterior lleva al conocimiento de causas 'accidentales' en la deficiencia mental con su consecuencia en los trabajos ulteriores en el terreno de las etiologías. Tal es el caso de la consideración no singular y exclusiva de la transmisión hereditaria como causa única de responsabilidad de deficiencia mental.

Las sociedades de inter y postguerra

En esta época se asistió a una nueva concepción más optimista sobre el pronóstico de la deficiencia, resultado de los trabajos científicos en dos campos principales:

I) Las investigaciones realizadas sobre los factores que son responsables de las deficiencias mentales, en donde se encontraron los siguientes factores que determinan el ritmo del desarrollo intelectual, así como el nivel del mismo que se alcanza:

- Las interacciones entre el niño y el ambiente
- Los factores psicosociológicos del medio
- Las primeras relaciones madre-hijo.

II) Los trabajos sobre investigación de nuevos síndromes, a nivel clínico, con el resultado de la existencia de nuevos síndromes.

Lo anterior permitió separar trastornos secuenciales o diferentes a la misma deficiencia mental. Tal es el caso de los trastornos de lenguaje oral y/o escrito; las llamadas dispraxias (problemas de coordinación motora); las inhibiciones neuróticas graves; y las psicosis infantiles, entre otras.

También en 1934, Warner y A. Straus elaboraron una teoría sobre el funcionamiento intelectual la cual consideraba que:

1. Existe un cuadro psicológico diferencial relacionado a la etiología;
2. La adaptación social se condiciona a tales características;
3. El diagnóstico etiológico es realizable por medio de métodos psicométricos, del cual se extrae su consecuente pronóstico.

Straus es influido por la teoría conductista y por los trabajos sobre la patología de las lesiones cerebrales que realizó Goldstein, consecuentándose desde esa óptica la creación de una doble etiología, fundamentalmente adheridas a las deficiencias de deficientes medios: Esta teoría proporcionó una etiología de doble origen; tanto las de origen endógeno, como las de creación exógena.

En el caso de la etiología de origen endógeno, ésta fue aplicada a los sujetos que no presentaban ningún síntoma de lesión cerebral. El diagnóstico de este tipo de etiología debía establecer la ausencia de información significativa de una lesión cerebral.

En el caso de la etiología exógena, se utilizan diversas informaciones y técnicas en el establecimiento del diagnóstico. A este grupo pertenecen los sujetos que presentan una afección lesional del Sistema Nervioso Central; y aquellos que se encuentran sin grandes trastornos patológicos evidentes ligados a perturbaciones neurológicas masivas. También es aplicable a sujetos que no presentan deficiencia mental pero sí otro tipo de trastornos como los que son de comportamiento o del aprendizaje.

En 1947, Straus y Lethinen precisaron que el individuo exógeno sí presentaba una lesión cerebral. Por lo anterior Straus planteó los siguientes criterios mínimos para detectar la afección del Sistema Nervioso Central, a saber:

- a. El registro en la anamnesis de un proceso inflamatorio antes del parto, en el parto y después del nacimiento.
- b. La aparición de signos neurológicos que señalen afección.
- c. Las perturbaciones psicológicas proporcionadas por la historia familiar inmediata.
- d. La ausencia del retraso mental y la presencia de perturbaciones psicológicas.

La aportación de Straus y su equipo generó una importante corriente de reeducación pedagógica más adecuada.

E. Doll (1940-1946), bajo el término de retraso, generaliza la escala de déficit intelectuales, en la cual incluye a la idiocia, la imbecilidad, y la deficiencia mental. Doll entiende por retraso a las ineficiencias o incompetencias del niño basadas en la existencia de deficiencias físicas y sensoriales; las debidas a trastornos mentales; y las ocasionadas por condiciones sociales y educativas limitadas; y aquéllas dadas por retraso.

En cuanto al retraso, Doll caracteriza dos tipos del mismo de la siguiente manera; llamó retraso primario a aquel que tiene sus orígenes en la transmisión hereditaria y que fundamentalmente es de carácter endógeno; como retraso secundario llamó a aquellos que deben su existencia a accidentes o enfermedades y que son de carácter exógeno.

Como clase, Doll propone que el retraso se entiende como la que tiene su base en una maduración mental incompleta dada en el nacimiento o en la primera infancia y que es debida a condiciones constitucionales heredadas o a influencias sociales variadas, las cuales ocasionan la insuficiencia en el desarrollo mental normal.

Doll agrega como característica del retraso una insuficiencia en el desarrollo intelectual medible debido a una deficiencia o carencia constitucional con un carácter irreversible, fundado en las bases orgánicas en que se sustenta. En el caso de la deficiencia mental, Doll consideró que ésta pertenece al grupo de retraso primario debido a transmisión hereditaria y de carácter endógeno y planteó que la deficiencia mental es una clase de idiocia ligera.

Otro déficit que Doll aborda es el de la demencia, como una situación previa de estado normal, asignándole un poder de variación. La idiocia es para Doll un estado permanente de infortunio y de miseria.

Para Doll, el "niño retrasado" corresponde a la clase de sujetos que agrupa en lo que denominó "incompetentes sociales" a quienes asignó como característica la imposibilidad de alcanzar una independencia económica superior; con niveles ineficientes de actividades sociales, educacionales y laborales, a la vez que presentan diversas dificultades sociales.

Doll proporcionó una diferenciación en grados de los niveles de idiocia, siendo la imbecilidad para él, un estado de déficit medio; más tarde admitió la noción de deficiencia mental introduciendo en ella una subdivisión en la cual incluía: débiles profundos, medios y ligeros. Igualmente, Doll elaboró una diferenciación en los tipos de debilidad mental quedando de la siguiente manera: cretinismo; mongolismo; enfermedad de tay-sachs, oligofrenia fenil-pirúvica, etcétera.

Terminada la Segunda Guerra Mundial y como resultado de los progresos del conocimiento, se asiste a un resurgimiento de la evolución de las concepciones de la deficiencia mental en donde se accede a una profundización y ampliación de las etiologías.

En 1948, S. Akirk definió como deficiencia mental el déficit mental permanente que presenta un sujeto, al cual lasignó un carácter irreversible.

En 1949, Penrose, en coincidencia con otros investigadores occidentales, propusieron tres grandes bloques de categorías de factores que influyen en la etiología de la deficiencia mental, a saber: I.- Los factores genéticos, hereditarios, endógenos o constitucionales. II.- Los factores progenéticos, y III.- Los factores extrínsecos.

En 1951 y 1953, Rene Zazzó realizó investigaciones en donde comparó niños deficientes mentales y niños disléxicos con el objetivo de establecer una distinción entre debilidad y necesidad. En el primer grupo también estudió la existencia de una diversidad de síndromes. En estas investigaciones R. Zazzó distingue a los retrasados en función de trastornos de lenguaje y simbolización por lo que los agrupó en la dislexia; y los retrasados debidos a una deficiencia de razonamiento los agrupó en debilidad mental. En este mismo periodo R. Zazzó y otros persiguen delimitar la comparación que se da entre los niños deficientes mentales y los niños normales.

En 1956, R. Zazzó, Marie-Claude Hurtig y otros publican en la revista *La Raison*; El perfil psicológico del Débil Mental.

En 1959, Sarason plantea que el estudio del diagnóstico no se ha desarrollado a la par del de la etiología considerando a ésta, como una aparición de la eventual alteración de la parte orgánica y posteriormente psíquica. Lo anterior atrajo la atención hacia el grupo heterogéneo de deficientes mentales instaurando la base etiológica de una clasificación más sistemática lo cual llevó a la consideración y delimitación de los objetivos de la clasificación y de los factores que homogenizan a tales grupos. A nivel del medio se señalaron las causas; y a nivel psicológico fueron las conductas adaptativas y de personalidad. Lo anterior ocasionó una gran variedad de clasificaciones.

En 1960 existió en Francia, Lyon, un centro de formación profesional para débiles mentales, con la dirección de Marie Paodud-Dubost y Koheler.

En el mismo año se organizó en Londres, Inglaterra, la Primera Conferencia Internacional para el estudio científico de la deficiencia mental en donde se realizó la revisión de los trabajos presentados así como también se efectuó la publicación de un manual para el examen psicológico del niño con deficiencia mental, pero dicho perfil respondía únicamente a la debilidad de génesis endógena.

Igualmente en 1960, R. Zazzó enuncia la noción de heterocronía para definir la debilidad y delimitar sus características entendiendo por esta noción; las desviaciones en el desarrollo individual, notorios en la retardación ontogenética.

También, en los años que van de 1959 hasta 1963, los investigadores soviéticos Peuzner y Luria, basados en la teoría pavloviana y en los trabajos de las actividades nerviosas superiores llegan a caracterizar a la deficiencia mental como ajena o extraña a la transmisión hereditaria, asimismo, rechazan la influencia ejercida por los factores socioculturales, abandonando para éstos últimos factores el término de endógenos.

Para estos autores, la deficiencia mental es entendida como una enfermedad adquirida; exógena o patológica que implica efectos neurológicos, caracteriales y otros, de dichos factores. Dichos autores -psiquiatra el primero, y psicólogo el segundo-, influidos por el pavlovismo adoptan medidas médico-pedagógicas y crean una clasificación de orientación sindrómica en donde se asigna a los deficientes mentales el término de oligofrénicos.

En 1962, en Trieste, el psiquiatra italiano Bolléa enfatizó la importancia de las investigaciones sobre las debilidades exógenas debidas éstas a meros accidentes.

En 1963, Ey retoma la definición de debilidad armónica y debilidad disarmónica. En el primer caso les asigna un retraso mental simple con cualidades "afectivas" para compensar tal definición. El segundo grupo los describe con una deficiencia intelectual asociada a trastornos afectivos, entre otros.

Las sociedades modernas

Después de la década de los años setentas se desarrolló un nuevo impulso sobre las etiologías de las deficiencias mentales y sobre un grupo nuevo de estudios abocados al sujeto en cuestión:

Mira Stambak realizó trabajos sobre motricidad; R. Perron analiza la personalidad afectiva de éstos; H. Santucci estudia las especificidades de las pruebas de Binet-Simon; L. Merlet-Vigier y M. Gilly investigaron sobre problemas escolares; y Michel Hurtig trabajó sobre el aprendizaje.

En este periodo se delimitaron dos temas claves; por una parte las etiologías y por otro lado, las relaciones entre debilidad y sociedad.

En la actualidad, se habla de la reunificación de un proceso múltiple de descripciones de síndromes asociados a la predominancia de enfermedades extrañas.

I. 2: Definición de la deficiencia mental

Aclaración del término de deficiencia mental

Para la asignación de un término pertinente al sujeto con deficiencia mental, consideraremos la génesis del término mismo, a la vez que ubicaremos un elemento común a éstos, el cual ha estado constante en el tiempo y en los diversos autores que han tratado y desarrollado estudios sobre el sujeto en cuestión: la insuficiencia intelectual.

Así pues, podemos señalar que los sujetos con insuficiencia mental en un principio eran señalados en forma confusa y en el mejor de los casos eran agrupados con los "niños anormales". En la edad media este tipo de personas continuaban mezclados con sujetos de la más diversa tipificación (leprosos, locos, criminales, etc), aunado a un conjunto de prejuicios que esta sociedad les guardaba.

Es hasta inicio del siglo XX, y como consecuencia de los trabajos realizados por Binet, que se realizó una ubicación de esta población de manera más clara lográndose delimitar subgrupos en base a consideraciones métricas.

Uno de los términos más antiguos o clásicos utilizados para la población de insuficientes mentales ha sido —y algunos autores aún lo utilizan—, la noción de retraso o retardo mental. Por retraso mental se entiende; el desarrollo físico y/o mental retardado, es decir, lento. Igualmente, la noción de retardo mental mantiene una significación de desarrollo físico o mental retardado.

Actualmente el término de retraso mental es utilizado por la Sociedad Americana de Minusválidos.

La característica de las nociones de retraso-retardo es el entendimiento implícito que significan; dar por hecho un proceso reversible, es decir, modificable.

En los siglos XVIII y XIX se utilizaron los términos debilidad y deficiencia indistintamente para señalar al sujeto con insuficiencia mental. En el caso del vocablo de "debilidad" éste refiere a un síntoma o signo externo que indica la presencia de una enfermedad o trastorno delimitado en forma particular y en relación directa con sus causas o etiología.

En sentido plural, se habla de síntomas que indican la inferioridad intelectual ligada a sus características particulares y a los efectos que se unen a éstas.

Igualmente, se habla de "debilidad mental" en referencia a una zona de retraso de origen congénito o lesional que tiene como característica esencial el rasgo de irreversibilidad; a la vez que es una palabra convencional pero apoyada en conocimientos que no lo son.

B. Inhelder y J. Piaget definen el vocablo de "debilidad mental" como "los retrasos y las anomalías del desarrollo del pensamiento", los cuales son entendidos bajo el nombre de *fijaciones*, dadas tanto en las "operaciones" como en las "agrupaciones"

Así, para Piaget, la debilidad atestigua la posibilidad de una "construcción operatoria", pero "inacabada", en donde el "equilibrio operatorio" se mantiene siempre inacabado.⁵

Para R. Zazzó, la misma noción tiene una propiedad de "variable singular" la cual incluye una connotación descriptiva.

En el caso de la expresión de "deficiencia" señalamos que ésta tiene una aplicación indistinta a cualquier cosa y se trata de un término constatativo, según R. Perrón. También ésta menciona una "génesis disminuida del potencial cognoscitivo"⁶.

Por otro lado, en la Rusia zarista en 1915, se crea el vocablo oligofrenia para denominar a la subnormalidad mental infantil como un síntoma.

En 1960, en una publicación colectiva aparece el término de heterocronía para diferenciar a los sujetos que poseen un desarrollo distinto del normal entre el crecimiento físico y el crecimiento mental en los sectores psicobiológicos.

E. Pichon Rivière creó la denominación de oligotimias para asignarlas a los sujetos con "retardo especial"⁷ de origen afectivo y sin implicaciones orgánicas. Tal término se diferencia de las oligofrenias, las cuales, según P. Rivière tienen su origen en las alteraciones nerviosas.

Rene Zazzó y R. Perrón recomiendan la utilización del término de "deficiencia mental" por la facilidad que tiene de constatación y porque, según ellos, lo que interesa es tener conocimiento sobre las causas de la insuficiencia mental y saber cuáles son sus perspectivas.

⁵ B. Inhelder. *El Diagnóstico de razonamiento en el Débil Mental*. Prefacio a la Primera Edición francesa. Editorial Nova Terra. 1a. Edición española. 1971 pp.7-11

⁶ Citado en Zazzó, R. Op. Cit., pp. 45-75

⁷ Zito Lema, Vicente. *Conversaciones con Enrique Pichon Riviere: Sobre el arte y la locura*. Timerrmon Editores, B. Aires, Argentina. 1976. Pp. 39-40

Definición de deficiencia mental

La definición del término "Deficiencia Mental" plantea la revisión del desarrollo de tal noción desde dos enfoques básicos: Desde el punto de vista del significado y significante del término, y en función de la época y sociedad dada.

En el caso del significado de la noción en sí, desde el enfoque de la naturaleza de los sujetos en cuestión, hallamos que la definición más tradicional de "deficiencia mental" contempla como determinantes de la misma: una insuficiencia global dada desde el nacimiento como producto de una trasmisión hereditaria, a la vez que posee un carácter irreversible.

En función del Cociente Intelectual estos sujetos se localizan en una media de 30 a 70, y por el mismo motivo, se dice que son medibles.

Desde mediados del siglo pasado, el campo psiquiátrico definió a la deficiencia mental como una enfermedad mental o psíquica.

En 1915, Kaepelin, según Battagay, designa bajo el nombre de oligofrenia a un sector poblacional que posee estados de subnormalidad mental dados desde la infancia por incidencia congénita.

Tal subnormalidad era descrita como la detención global de las funciones psíquicas, incluyendo a la de la inteligencia y delimitando una imposibilidad de precisar tales estados de subnormalidad; al igual que la carencia de una etiología acabada.

La oligofrenia fue concebida como un síntoma o conjunto de éstos; entendiendo por los mismos a los signos externos en un órgano o función de una enfermedad o trastorno. Tales síntomas eran los que definían el estado específico de subnormalidad mental infantil.

En 1933, Lewis sugiere la denominación de debilidad subcultural, para asignarla a las personas que presentan una herencia genética desfavorable unida a una formación educativa endeble. A la vez, los situó con un C.I. de 70, y consideró como zona de éstos un C.I. de 70 a 85. También los etiquetó bajo el término de oligofrenia.

Como ejemplo de las definiciones más tradicionales situamos la elaborada por E. Doll, en 1946, misma que plantea que los sujetos con deficiencia mental son entendidos en función de la existencia de "...una carencia o insuficiencia intelectual"⁸, la cual posee deficiencias físicas y sensoriales vinculadas a trastornos psíquicos. Como consecuencia del anterior estado de insuficiencia física, esta población presenta un déficit en su desarrollo educativo.

⁸ Citado por Zazzó, R. *op. cit.*, pp. 45-75

Doll termina su definición anticipando que dichos sujetos presentan una dependencia económica vinculada a un sinfín de conflictos sociales, irresolubles por ellos mismos, lo cual les ocasiona un estado permanente de indefinición y fracaso social.

En 1948, S. Akirk considera como definición de la deficiencia mental, la existencia de un déficit mental irreversible.

En 1951, la Organización Mundial de la Salud recomendó incluir en la definición de la población con "insuficiencia mental" las categorías de: grave, medio y ligero.

En el año de 1959, la American Association on Mental Deficiency señala como rasgo distintivo de esta población a la asociación de perturbaciones en la adaptación social.

Hacia 1960, Rene Zazzó introdujo la noción de heterocronia; vocablo que fue asignado al sector social que padece de insuficiencia mental como producto de las desviaciones o retrasos en el desarrollo individual del sujeto; pero a la vez, esta noción se encuentra ligada a las exigencias sociales determinadas por un tipo específico de sociedad; lo cual ocasiona que estos sujetos se vean contaminados de una insuficiencia social, es decir, que posean una insuficiencia adaptativa.

También Zazzó señaló la presencia de una insuficiencia constitucional o biológica, de carácter normal o patológica; a las cuales señaló un carácter irreversible. La población con deficiencia mental, para Zazzó, por definición posee un modo específico de sensibilidad y de captación de la realidad, siendo tal proceso viable de ser captado en su génesis.

En la misma época, Lunia y su equipo soviético desde una perspectiva pavloviana, incluyen en la definición de oligofrenia la descripción de un grupo de diversos síntomas.

Actualmente, podemos entender la definición de la deficiencia mental a partir de analizar los siguientes determinantes:

Primero, el conjunto de las propiedades elementales que resumen a la deficiencia mental se componen de los siguientes determinantes: biológicos; psicobiológicos; psicoculturales; y socioafectivos.

En el caso de las causalidades de orden biológico, se habla de una insuficiencia global y constitucional. Éstas pueden ser de orden normal o patológicas; congénita o adquirida, y contemplan un carácter irreversible.

En lo anteriormente señalado, existe convergencia de autores o corrientes que reivindican o hacen punto común de tales determinantes: R. Perron; R. Zazzó; Kraepelin; y otros.

En el caso de los determinantes psicobiológicos, podemos encontrar en este apartado otro punto de convergencia: las insuficiencias o déficit en la inteligencia asociadas a trastornos constitucionales, todos ellos de carácter irreversible.

Los autores que convergen en el anterior punto son: Forteus, Dallas Volta, R. Perron, R. Bascou, R. Zazzó, Kaepelin, Luria, etcétera.

Para B. Inhelder la debilidad mental se define como la incapacidad que estas personas tienen de acceder al pensamiento formal, la cual la distingue del simple retraso, en donde el escolar consolida las "operaciones formales", del plano hipotético deductivo.

En el caso de los determinantes psicoculturales y socioafectivos, éstos quedan englobados en el grupo de los factores sociales. En este campo también existen similitudes en los autores al considerar a los mismos como convencionales, es decir, apegados a las exigencias de una determinada sociedad, y basados en las concepciones sobre las necesidades económicas, escolares y sociales de éstas.

Por lo anterior, se entiende que los límites superiores de la deficiencia mental se encuentran definidos por los criterios económicos, escolares y culturales de una determinada sociedad, así como del estado actual de los conocimientos en cuestión.

En el aspecto social, se encuentran matices en los diferentes autores, pero en lo fundamental concuerdan en lo esencial los siguientes autores: R. Perron, Matty Chiva, R. Bascou, R. Zazzó, y otros.

En relación a los diferentes matices sobre el anterior punto es de hacer notar que a nivel de las exigencias sociales, algunos autores señalan como éstas: el que los sujetos en cuestión puedan ser responsables de sus actos. Consecuentemente, se plantea que la población con deficiencia mental mantiene un deterioro en la conducta adaptativa, es decir, no son capaces de asumir responsabilidades.

La concepción arriba comentada es sostenida por los siguientes autores: Forteus, Dallas Volta, los Psiquiatras franceses, P. Pichot (D.S.M. III), y otros.

Es necesario señalar que en las condiciones actuales de conocimientos, sigue prevaleciendo el punto de vista de considerar a la deficiencia mental como un daño irreversible.

1.3.: CLASIFICACIÓN HISTÓRICA DE LA DEFICIENCIA MENTAL

La clasificación más antigua sobre deficiencia mental es debida a Esquirol (1838), para quien ésta se presentó con diferentes grados, a saber: Idiocia, imbecilidad y estados menos graves de déficit, los cuales posteriormente —a principios de siglo— fueron llamadas "debilidades mentales".

Otro aspecto que Esquirol introduce es la diferenciación que establece para los diferentes tipos de deficiencia mental: Cretinismo, enfermedad de Tay-sachis, Oligofrenia fenil-pirúvica, etc., además de que descubre la idiocia mixedematosa o mongolismo.

En las personas con imbecilidad, éste mismo señaló como aspecto relevante de éstos, la existencia de estados de déficit menos graves.

En el grupo de las debilidades mentales introdujo una subdivisión la cual incluye las categorías de profundos, medios y ligeros.

En 1869, en Francia, en el Hospital de Bicêtre, Bourneville planteó siete categorías de la deficiencia mental basadas en aspectos anatómicos: 1. idiocia con microcefalia; 2. idiocia con hidrocefalia; 3. idiocia asociada a una detención en el desarrollo cerebral; 4. idiocia asociada a una amnesia cerebral; 5. idiocia con esclerosis hipertrófica; 6. idiocia mixedematosa; 7. idiocia con esclerosis tuberculosa.

En 1877, Ireland agrupó sujetos en función de dos aspectos diferenciales: Por un lado los grupos formados por personas con deficiencia mental debida a la herencia constitucional (hidrocefalia). Por otra parte conformó grupos de sujetos con deficiencia mental adquirida (epilepsia, etcétera).

En el año de 1895, Shottlewort estableció una diferenciación entre los factores congénitos debidos a déficits o malformaciones en el desarrollo y los adquiridos, dados por procesos degenerativos.

Como resultados de trabajos realizados en un periodo que se inicia en 1908, transcurren en 1929, 1937, y que finalizan en 1947, Tredgold creó cuatro categorías de deficiencia mental regidas por el término *amentia* (a=sin; mentia=mente, pensamiento), a saber:

1. amentia primaria.- Déficit intelectual debida a la herencia o endógena.
2. amentia secundaria.- Déficit intelectual debida al ambiente o exógena.
3. amentia primaria y secundaria.- Debidas a causas endógenas y exógenas.
4. amentia sin causa determinante.

Las anteriores categorías abarcaban desde los retrasados muy profundos (idiotas o imbéciles), hasta los débiles ligeros, suponiendo para todos ellos un origen génico.

En 1915, Kaepelin designa el término oligofrenia para nombrar un síntoma o un conjunto de síntomas los cuales son producidos por diversos factores patológicos. Tal término abarca los estados mentales infantiles subnormales congénitos o adquiridos.

Así, la oligofrenia es designada como un síntoma —en oposición a la presentación de cuadros patológicos—, basada en la consideración de la imposibilidad de formación de grupos precisos en su etiología, cuadro clínico y fundamento anatómico-patológico.

Vermeyley (1929), consideró el retraso armónico o normal; y el retraso disarmónico o patológico; clasificación que se basó en el comportamiento.

Lewis (1933), planteó una clasificación basada en dos tipos básicos; el tipo subcultural; y el tipo patológico.

En 1934, Strauss creó una clasificación que contempla a los endógenos considerados sin síntoma lesional y a los exógenos, a los cuales considera con afección lesional del Sistema Nervioso Central, trastornos patológicos y perturbaciones neurológicas.

Otra propuesta —que aún hoy en día es importante—, es la que elaboró Doll en 1946, quien bajo el vocablo de "retraso" agrupó a las personas con déficit intelectuales. Para éste, la agrupación de sujetos con "retraso" debería conformarse así:

Los primarios.- que obedecen a un orden endógeno y que encuentran su etiología en la transmisión hereditaria. A este grupo pertenecen los débiles mentales.

Los secundarios.- esta categoría de secundarios constituyó el grupo de exógenos, por su carácter de retraso adquirido. A éstos les asignó como causas las enfermedades o accidentes. En este grupo quedaban contemplados: la idiocia y la imbecilidad.

En ambos casos, Doll consideró que los déficits intelectuales abarcaban todos los niveles, aunque en el caso de las debilidades mentales, les señala una idiocia ligera.

Por su parte, los científicos soviéticos Peuzner (1959) y Luria (1963), influidos por la metodología y teoría de Pavlov crean una clasificación para la población con deficiencia mental basada en el término de oligofrenia.

Para estos investigadores la oligofrenia se manifestaba en cuatro grupos básicos negando un papel importante a la herencia y considerando preponderante la influencia debida a enfermedades o por adquisición, así como a los factores socioculturales.

Tal clasificación, se conformaba de la siguiente manera:

Primer grupo: La oligofrenia de base o primaria.- Aquí los sujetos con déficit intelectual son de retraso temporal el cual no se vincula con lesiones importantes en las regiones subcorticales y de existir tales lesiones, éstas son difusas y sin perturbaciones.

Segundo grupo: La oligofrenia con perturbación de la heurodinámica cortical.- En éstas hay perturbación en la circulación del líquido cefalorraquídeo, además de que aparecen trastornos del comportamiento y hay presentación de fatigabilidad.

Tercer grupo: Las oligofrenias con perturbación de los procesos nerviosos de base.- Se consideran como síntomas relevantes la presencia de inhibición, excitación y debilidad de los procesos nerviosos. Además se anexan los síntomas de problemas en la circulación del líquido cerebro-espinal; perturbaciones del comportamiento; perturbaciones de las capacidades intelectuales superiores; y disminución de la capacidad de trabajo.

Cuarto grupo: Las oligofrenias con deficiencia notable de los lóbulos frontales.- En éstos, hay trastornos específicos superpuestos a los déficits causados por lesiones difusas; presentan perturbaciones en el desarrollo de la personalidad; además de encontrarse trastornos motores, emocionales y de la voluntad.

Luego, entonces, la oligofrenia o los subnormales a la vez se reparten en grados de gravedad del déficit intelectual y se delimitan por el cociente intelectual, aún reconociendo su carácter arbitrario pero considerando su utilidad práctica para la elaboración de un pronóstico escolar previsible, o hasta como simple indicador.

Entonces, decimos que la teoría sobre la oligofrenia sitúa un C.I. de 70 puntos como límite superior, aunque algunos países o lugares específicos señalan un rango que fluctúa entre 70 y 85 puntos para el C.I., como zona límite para situar a los sujetos con déficit intelectual.

Igualmente, esta corriente de pensamiento ha establecido tres grupos en razón del grado de gravedad del déficit existente:

- a) Oligofrenia muy acentuada o idiocia.- con un C.I. de 0 a 19; y con un desarrollo mental de 0 a 2 años.
- b) Oligofrenia de imbecilidad media o grave.- con un C.I. de 20 a 49 puntos; y con un desarrollo mental de 3 a 6 años.
- c) Moderado.- De 50 a 70 en su C.I.; y con un grado de desarrollo mental de 7 a 10 años.

La anterior clasificación fue adoptada por la Organización Mundial de la Salud en 1954.

Desde el mismo punto de vista —oligofrenicos o subnormales—, la Association of Mental Deficiency propuso la siguiente división:

Profundo: de 0 a 25 C.I.; Grave de 26 a 39 C.I.; Moderado de 40 a 55 C.I.; Leve de 56 a 69 C.I.; y Borderline o Límitrofe de 70 hasta 85 C.I.

En el mismo sentido, en Estados Unidos de América se ha creado una clasificación que propone sólo dos grupos en razón de las especificidades en las conductas de aprendizaje:

- El Primer grupo, se halla formado por sujetos con un C.I., por debajo de 60.
- El Segundo grupo se encuentra formado por sujetos con un C.I. de 60 a 85.

Entre las corrientes que asignan el término subnormales u oligofrenicos a los sujetos con insuficiencia intelectual se encuentra un sector importante de la Psiquiatría; e igualmente también de la Psicología Patológica, las cuales también clasifican en razón de síntomas o síndromes claros y coherentes.

Para estas ciencias, la clasificación clásica se constituye de la siguiente manera: los subnormales ligeros con un C.I. de 50 a 70; los subnormales medios y graves o imbeciles con un C.I. de 25 a 50; y los subnormales profundos o idiotas con un C.I. inferior a 25.

Además incluyen categorías específicas dentro de cada rango de división.

Por otro lado, Ey, en 1963 e influido por la clasificación de Vermeylen, determinó que los "débiles armónicos" eran afectados por un retraso intelectual simple. Al grupo de "débiles disarmónicos" o patológico les adjudicó trastornos afectivos y caracteriales vinculados al déficit intelectual.

B. Inhelder conformó una clasificación en donde establece la distinción entre el imbecil y el débil mental, y entre éstos y el simple retraso, considerando para ellos, las siguientes características:

- El imbecil no admite ninguna operación del pensamiento, quedando su mente en un plano intuitivo y perceptivo.
- El débil logra acceder a las "operaciones concretas", las cuales consisten en "agrupamientos" bien establecidos, mismos que todavía requieren de manipulaciones. No logran concretar las "operaciones formales".
- El retraso simple esta compuesto por escolares que si consolidan las "operaciones formales", en el plano de las "experiencias hipotético-deductivas"¹⁰

En la actualidad, podemos señalar que existen dos posturas básicas de clasificación de los sujetos con insuficiencia mental:

Por un lado consideramos la propuesta que tiene sus raíces en la caracterización de grupos partiendo de la localización de síntomas y que principalmente sustentan la Psiquiatría y la Psicología patológica. Para éstos, el sujeto con insuficiencia mental puede ser clasificado, según señala P. Pichot — en el texto DSM III—, como: retraso mental profundo; retraso mental grave; retraso mental moderado; y retraso mental leve.

Dentro de estas categorías se incluyen los términos de idiocia, imbecilidad y debilidad, respectivamente.

Enrique Pichon Rivière (1976), en su texto sobre el arte y la locura, crea el termino de oligotimias para asignarlo a una población de sujetos con problemas de aprendizaje y comunicación los cuales, según éste, nunca habían sido educados y encuentran su origen en retardos afectivos.

Desde otra perspectiva, existe otro grupo de autores fundamentalmente occidentales, que coinciden en señalar dos categorías fundamentales en relación a los factores que inciden en la deficiencia mental:

- I. Los factores genéticos hereditarios, endógenos o constitucionales; y
- II. Los factores extrínsecos, exógenos, adquiridos o del ambiente.

Los autores que sustentan dicha clasificación son: Penrose (1949); Jervis (1957); Runde (1962); y Robinson (1965).

¹⁰ B. Inhelder, *El diagnóstico en el débil mental*. Prefacio a la Primera Edición Francesa. Ed. Nova Terra. Primera Edición . España. 1971. pp.7-11

Ahora bien, en relación a las categorías aludidas, tenemos que:

I. Los factores genéticos hereditarios, endógenos o constitucionales, definen a la deficiencia "normal" la cual es resultado de la pobreza de potencial hereditario y además incluye este grupo a los subculturales.

II. Los factores extrínsecos, exógenos, adquiridos o del ambiente definen a la deficiencia patológica la cual conlleva un origen social y es producto de la pobreza económica y cultural del medio, asimismo se explica en razón de las necesidades sociales a las que le toca responder.

En este tipo de clasificación también convergen autores como: Rene Zazzó; y Maty Chiva, quienes consideran que los endógenos son ubicados en el límite inferior de la normalidad además de admitir el juego de un mecanismo normal en su constitucionalidad como producto de los mecanismos de transmisión hereditaria; tanto simple, poligénica, como no específica.

En el caso de los exógenos, a éstos les asignan un origen accidental y no son asimilables a las variaciones génicas normales sino que más bien, según los autores referidos, son debidas a afecciones patológicas del organismo.

Matty Chiva considera además otro orden de factores de incidencia en la constitución de sujetos con deficiencia mental, a saber:

III. Los factores psicoafectivos, que tienen su origen a nivel psíquico.

CUADRO DE LAS CLASIFICACIONES REALIZADAS SOBRE DEFICIENCIA MENTAL			
ESQUIROL (1838)	BOURNEVILLE (1869)	IRELAND (1877)	SHOTTLEWORT (1895)
<p>Establece tres tipos: 1. idiocia 2. imbecilidad 3. debilidad mental</p> <p>Además incluye cuatro subtipos:</p> <p>a -cretinismo b -mongolismo c.- enfermedad de Tay-Sachs d.- Oligófrenia Fenil-Pirúvica</p>	<p>Propone siete categorías de idiocias:</p> <p>1.- con microcefalia 2.- con hidrocefalia 3.- con detención en el desarrollo cerebral 4.- con amnesia cerebral 5.-con esclerosis hipertròfica 6.- idiocia mixodematososa 7.- idiocia con esclerosis tuberculosa</p>	<p>Sugiere dos grupos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • debilidad mental por herencia constitucional • debilidad mental adquirida 	<p>Propuso dos grupos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los formados por factores congénitos • Los formados por factores adquiridos
TREGOLD (1908-1947)	KAEPERLIN (1915)	VERMEYLEN (1929)	LEWIS (1933)
<p>Con el uso del vocablo Amantia, incluye cuatro niveles:</p> <p>a.- Primario.- por herencia o endógenos b.- Secundarios.- del ambiente y exógenos. c.- Primarios y Secundarios.- endógenos y exógenos d.- sin causa determinante</p>	<p>Con el nombre de Oligofrenia crea dos clases:</p> <p>1.- Subnormales congénitos 2.- Subnormales adquiridos</p>	<p>Incluye dos grupos de retrasos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • retraso armónico o normal • retraso disarmónico patológico 	<p>Propone dos grupos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Subculturales • Patológicos

STRAUSS (1934)	DOLL (1946)	PEUZNER (1959) Y LURIA (1963)	Bärbel Inhelder (1971)
<p>Concibe dos agrupaciones:</p> <p>a.- Endógenos con afección lesional del sistema nervioso central</p> <p>b.- exógenos con afección lesional del sistema nervioso central</p>	<p>Con el término de retraso clasifico dos grupos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primarios.- endógenos por transmisión hereditaria • Secundarios.- exógenos por enfermedades o accidentes 	<p>Con el término de oligofrenia concibe cuatro categorías:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De base primaria • Con perturbación de la heurodinámica cortical • Con perturbaciones de los procesos nerviosos de base • Con deficiencias notables de los lóbulos frontales 	<p>Señalando fijaciones e equilibrios inacabados, propuso:</p> <p>3 'agrupamientos':</p> <ul style="list-style-type: none"> • Imbécil.- sin operaciones del pensamiento, plano intuitivo y perceptivo • débil.- accede a las operaciones concretas, pero requiere manipular • simple retraso.- logra las operaciones formales, en el plano hipotético-deductivo.

POSTURAS DE LAS SOCIEDADES CONTEMPORÁNEAS

<p>A.- Corriente de Psiquiatras y Psicólogos Patólogos, los cuales exponen con el termino de retraso cuatro clases:</p> <p>a.1.- Retraso mental profundo</p> <p>a.2.- Retraso mental grave</p> <p>a.3.- Retraso mental moderado</p> <p>a.4.- Retraso mental leve</p>	<p>B.- Corriente de autores occidentales, los cuales sugieren la conformación de grupos en base a los sigüentes factores:</p> <p>I.- Factores Genéticos, hereditarios, endógenos o constitucionales</p> <p>II.- Factores extrínsecos, exógenos, adquiridos o del ambiente</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

I.4. CARACTERÍSTICAS DEL DEFICIENTE MENTAL

La siguiente caracterización de los atributos que diferencian a la población con deficiencia mental, se enmarcan en una connotación descriptiva, en donde más que revelar las causas de éstas, se pretende dar una visión histórica y esencial de las manifestaciones que hacen específico al sector poblacional en cuestión.

A nivel histórico, es Esquirol quien marca primero las particularidades de estos sujetos; para éste, estos rasgos son: una disminución intelectual vinculada a un origen orgánico de la misma y también a un estado permanente.

Igualmente, para Doll estas cualidades son específicas de las personas con deficiencia mental; una carencia del desarrollo intelectual con raíces orgánicas; y una situación irrecuperable de las mismas.

Lewis critica las posiciones que señalan con seguridad a la causa orgánica como origen de la insuficiencia intelectual.

S. Akirk consideró la disminución intelectual como una situación de origen orgánico y coincidió con Esquirol al asignar a ésta, un carácter constante y permanente.

En la época moderna, R. Perrón plantea la inexistencia de una homogeneidad dada en la población en cuestión, basado en que la existencia de diferentes grados de deficiencia mental generan distintas categorías de "variaciones" y de niveles de insuficiencia intelectual, las cuales se asocian a las especificidades dadas, según la etapa o edad en que se localizan.

Ahora bien, en el mismo periodo, Rene Zazzó considera como condición común de la persona con deficiencia mental; la distinción que existe entre éstos y los niños normales de la misma edad; considerando que la velocidad de desarrollo del sujeto en estudio, es diferente y desigual a la que desarrolla el niño normal.

Igualmente, Zazzó coincide con M. Chiva y otros, al considera que la expresión peculiar del sujeto con deficiencia mental es su inferioridad intelectual, la cual se manifiesta en la existencia de un rompimiento entre el nivel de edad y la velocidad y exactitud del desarrollo correspondiente.

Al anterior rompimiento es lo que Zazzó denominó Heterocronia o desviaciones entre el crecimiento físico y el crecimiento mental.

Otra particularidad de la población con deficiencia mental que se vincula a las mencionadas por R. Perrón y R. Zazzó; es la aminoración o deterioro de la conducta adaptativa al medio ambiente y social.

También es fundamental de este sector la presencia de la deficiencia mental en edades tempranas (en el desarrollo infantil y antes de los diez y ocho años).

Así pues, tenemos que la insuficiencia intelectual es el aspecto relevante que caracteriza la deficiencia mental en los campos de comprensión y raciocinio, relacionado con la carencia de una capacidad de abstracción.

Aunado a lo anterior —y condicionadas por la especificidad y grado de deficiencia mental—, se añade el deterioro existente en el desarrollo del lenguaje, lo cual ocasiona una disminución en la expresión verbal de éstos, en relación a sus pensamientos, sentimientos, deseos, angustias y necesidades.

Asimismo, encontramos que estos sujetos tienen un escaso desarrollo en cuanto a los conocimientos escolares y específicamente presentan una deficiencia en la capacidad para desarrollar el cálculo mental y sus consiguientes elementos.

Otros rasgos representativos de esta población en materia son las alteraciones o trastornos que éstos presentan en diferentes fases de su desarrollo por lo que exhiben cuadros propios sintomáticos.

Retomando la propuesta elaborada en el texto DSM-III de Pierre Pichot, reelaboramos -con algunos aspectos anexos-, el cuadro de áreas afectadas, a saber:

A. El área conductual.- Contempla las alteraciones que se dan en este campo y que son: escasez de atención, desorden y agresión en la conducta e irregularidad psicomotora.

B. El área emocional.- presenta serios problemas en esta área como son: ansiedad; irregularidad en el desarrollo del juicio, muestra fuerte grado de obstinación, deficiente afectividad e inmotivación, conflicto en la capacidad de sublimación de pulsiones y una actitud sexual precoz.

C. El área somática.- presenta el cuadro sintomático siguiente: alteraciones en las conductas alimenticias con predominancia en el instinto de nutrición, signos de movimientos estereotipados, existencia de malformaciones craneanas graves y perturbaciones neurológicas que ocasionan, entre otros, el signo de Bablinsky, los clonos del pie, irregularidad en la marcha, estrabismo, crisis convulsivas, etcétera.

D. El área de desarrollo.- muestra alteraciones profundas del desarrollo e irregularidades específicas de la misma.

Además de las señaladas anteriormente, la población con deficiencia mental presentan las siguientes características aisladas o vinculadas: egocentrismo o imposición de su propia voluntad; una capacidad instintiva de las situaciones y de la conducta del medio ambiente; un saber vivencial fuerte; una sensibilidad rítmica y musical innata y admirable; y una original y notable memoria afectiva.

Ahora bien, se sabe que la deficiencia mental afecta al 4% de la población mundial y que desde una perspectiva sintomatológica estos sujetos son situados en una media de rendimiento intelectual o cociente intelectual C.I. que va de una puntuación de 45 a 75.

Dentro de los anteriores rangos señalados se habla de una subdivisión que enmarca subgrupos en razón del peso específico del C.I. y que del más pronunciado al más tenue, se les cataloga de la siguiente manera: grave; medio; y ligero.

La anterior subdivisión de sujetos con insuficiencia mental con variados rangos de desarrollo o C.I., registra las siguientes peculiaridades para éstos, a saber:

- Profundos.- Representan al 1% de la población con deficiencia mental y se distinguen por el nivel mínimo en su funcionamiento sensoriomotor. Estos sujetos requieren un medio totalmente conformado y contar con una supervisión permanente.
- Graves.- Este grupo significa el 7% del sector con deficiencia mental y detentan como signos propios; el poseer un desarrollo motor pobre vinculado a un escaso desenvolvimiento del lenguaje.

Es notorio en este conjunto de sujetos, la capacidad de adiestramiento en el manejo de hábitos elementales de higiene personal y en el cuidado de su entorno inmediato, no obstante, carecen de la posibilidad de realizar una actividad laboral sistemática. Sin embargo, en la edad adulta son capaces de realizar tareas simples contando con supervisión.

- Moderados.- Este grupo de sujetos suman el 12% de la población con deficiencia mental a nivel mundial. Tienen como cualidad representativa, la posibilidad de ser modificables.

Lo anterior habla de la casi certera adquisición del lenguaje y del ejercitamiento de la comunicación, así como de la viabilidad de un entrenamiento en actividades o tareas laborales sin requerir una constante supervisión.

También presentan logros en las habilidades y relaciones sociales pero presentan déficit en la adaptación de normas sociales; estos sujetos consiguen poder trasladarse a diferentes lugares de la región o localidad.

Igualmente, se identifican por carecer de un desarrollo educativo efectivo. En la edad adulta son capaces de desarrollar actividades laborales en talleres protegidos.

- Leves (o limítrofes).- Es el grupo más representativo de la deficiencia mental pues suman un 80% del total de la población aludida.

Es sintomático de éstos la presencia de una afección mínima en las áreas sensoriomotoras, además de que logran una comunicación normal y pueden desarrollar habilidades sociales importantes.

Académicamente es el grupo con mayor potencialidad de adquisiciones cognitivas. En la edad adulta logran realizar trabajos manuales adecuados sin la necesidad de una supervisión y además adquieren una sociabilización adaptable.

I.5: DETERMINANTES Y CRITERIOS DE LA DEFICIENCIA MENTAL

Para R. Perrón, los determinantes son de dos órdenes de factores: Los de carácter biológico y los de índole social.

Rene Zazzó encuentra una diferenciación entre criterios y determinantes. Para éste, los criterios pertenecen al ámbito social mientras que los determinantes son de orden biológico, psicobiológico, psicocultural, y socioafectivo.

En el caso de los criterios sociales, Zazzó incluye el Cociente Intelectual C.I. y la heterocronia, además de otros factores que surgen de las exigencias que una determinada sociedad considera. Dentro de las exigencias sociales se encuentran las exigencias escolares, en donde el sujeto con deficiencia mental se encuentra con un retraso o imposibilidad para acceder a la lecto-escritura y al cálculo que ocasiona la existencia de una insuficiencia en el pensamiento concreto y una incapacidad de acceder al pensamiento formal.

Desde el punto de vista social, según Zazzó, los criterios de la deficiencia mental son generados por el tipo de sociedad de que se trate.

En un primer nivel la sociedad puede ejercer nocivamente sus efectos en el ámbito fisiológico en lo que corresponde a las condiciones no óptimas de gestación y de parto. Lo anterior conlleva un posible riesgo de daño o debilidad lesional.

Otro criterio social se ejerce entre el potencial intelectual fáctico que posee el infante y las posibilidades educativas y culturales que rodean al mismo.

La deficiencia mental como consecuencia de la intervención de tales factores obedecen a la acción diferenciadora dada por un clima cultural pobre y/o una inferiorización intelectual generada por una escasez de oportunidades educativas y culturales en una clara desventaja social.

Otra exigencia o criterio social es la capacidad de adaptación con un nivel de eficiencia dado en un contexto en donde se desarrolla y se motiva la competencia.

Ante tal situación, las personas con deficiencia mental se encuentran en clara desventaja ante las exigencias desmedidas de las sociedades altamente competitivas en el ámbito de adaptación.

Como se señalaba, para Zazzó los determinantes son de carácter biológico, psicobiológico, psicocultural y socioafectivo. Siendo que en el caso de los determinantes de orden biológico se encuentran aquéllos de origen endógeno, considerando a su etiología de origen hereditario, a la vez que les asigna un carácter irrecuperable.

Para Zazzó, el determinante de la deficiencia mental por excelencia es la deficiencia o insuficiencia del razonamiento lo que hace que estos sujetos no accedan al periodo de las operaciones formales o pensamiento lógico.

Así pues, encontramos que algunos determinantes son independientes o no conservan relaciones directas con los criterios y otros son estrechamente dependientes unos de otros y variables de una época a otra y de una sociedad a otra.

Igualmente, hallamos que los determinantes se diferencian según la etapa de desarrollo del sujeto en cuestión: motora, preconceptual, conceptual o formal.

CAPÍTULO II: ETIOLOGÍA: CAUSAS Y FACTORES DE LA DEFICIENCIA MENTAL

En términos del diccionario, la etiología es parte de la medicina y se enfoca al estudio de las enfermedades. Ahora bien, se localizan dos tipos básicos de etiología, que a la vez -como reconoce M. Chiva-, son complementarios.

Por una parte, la etiología que se basa en una clasificación sindrómica la cual considera el estado final del objeto de estudio. Por otro lado, la clasificación en base a las diferencias. Esta investiga las causas u orígenes de un estado y define los factores que lo han provocado.

II.1: LA ETIOLOGÍA EN LA DEFICIENCIA MENTAL

La etiología en el campo de la deficiencia mental se encuentra estrechamente ligada a la propia medicina y a su quehacer de investigación; después de que ésta se separó de la psiquiatría general, en la segunda mitad del siglo XIX.

Así, como señala Matty Chiva, la etiología para la deficiencia mental es entendida en sus dos campos complementarios:

a) investiga las causas que han provocado la deficiencia mental en el individuo, es decir, estudia los factores que tuvieron su origen a nivel de estructura del organismo así como los que actúan sobre el psiquismo.

b) se enfoca a realizar clasificaciones con base en diferencias de los subgrupos existentes en la población con deficiencia mental basada fundamentalmente en el nivel mental como estado final.

De esa manera conforma conjuntos homogéneos de sujetos con diferentes grados de deficiencia mental; no obstante, en tales grupos no se logra reducir totalmente la heterogeneidad.

Es importante señalar la existencia de una gran diversidad de causas que coexisten en estrecha relación a la heterogeneidad de individuos que conforman la población general de deficientes mentales.

Así pues, la finalidad esencial de la etiología en el campo de la deficiencia mental es establecer una correspondencia entre causas y efectos.

Génesis de la Etiología en el campo de la Deficiencia Mental

En el siglo XIX, se inician los trabajos de lo que posteriormente se derivaría la etiología propiamente dicha; nos referimos a las teorías sobre degeneración que realizaron: Flaurens, Lucas y Claude Bernard, en el ámbito de la deficiencia mental.

En 1857, Morel elaboró un tratado de degeneración en el cual describió estados de debilidad en los contornos físico, intelectual y moral de los niños ingleses de clase baja; de lo cual resultó una especie de etiología física y socioeconómica que se caracterizó por establecer una separación entre éstos, y la deficiencia mental profunda.

En el año de 1861, Trélat estableció como causas de los estados degenerativos de la imbecilidad y de la idiocia a los factores natales y prenatales.

Irelan, en 1877, señaló como factores de la hidrocefalia, de la epilepsia y de ciertas parálisis a las causas hereditarias y a las enfermedades adquiridas de origen hereditario.

Para 1895, Shottleworth instituyó dos grandes grupos de causalidades: Las que obedecen a factores congénitos las cuales generan déficit del desarrollo y déficit de malformación; los factores no congénitos o adquiridos los cuales, según éste, son los causantes de los procesos degenerativos o inflamatorios.

A principios de siglo, dentro del auge del desarrollo de técnicas de investigación y análisis se vivió una fecundación de trabajos sobre la etiología en el terreno de la deficiencia mental, donde los médicos y científicos de la genética determinaron y constituyeron grupos homogéneos basados en las causas y los clínicos describieron un gran número de enfermedades.

Los trabajos realizados por Tredgold de 1908 a 1947, culminaron en una propuesta de etiología fundada en la descripción de cuatro categorías de amantía (o ausencia de inteligencia), a saber:

- a) La amantía primaria.- Obedece a causas hereditarias, germinales, intrínsecas o endógenas, a las cuales denominó: herencia neuropática.
- b) La amantía secundaria.- Incluye a los extrínsecos o exógenos, son relacionados con el medio ambiente.
- c) Las amantía primaria y secundaria.- Esta categoría reunía tanto a los endógenos como a los exógenos, de manera conjunta.
- d) Las amantias sin causa determinante.

En 1929, Vermeyleylen, fundo dos categorías de las cuales una llamó débiles normales. Éstos obedecían a una transmisión hereditaria, poligénica no específica; en ella localizó a los endógenos.

En la otra clase incluyó a los débiles patológicos; los cuales se debían a una transmisión hereditaria (aberraciones cromosómicas; afecciones lesionales - inflamatoria, traumática, etc.-); en ésta, contemplo a los exógenos.

Lewis en 1933, describe la causa que denominó patológica o subcultural, en la cual el agente causal obedecía a un factor de carácter patológico asociado a una lesión orgánica definida o una anomalía. Esta incluyó a todas las variaciones genéticas "raras".

A. Strauss, en 1933-34, preciso las causas endógenas, a las cuales les describió, la no presentación de ningún síntoma de lesión cerebral. Igualmente determino las causas exógenas como aquellas que presentaban sujetos con una afección lesional en el Sistema Nervioso Central. En 1947, conjuntamente con Lethinen, fijaron que los exógenos sí presentaban una lesión cerebral.

Sarason, en 1959, investigó la relación del patrimonio genético y de las afecciones orgánicas fetales con las eventuales alteraciones de la trama orgánica y después psíquica.

A nivel mundial la deficiencia mental se presenta como una problemática grave, la cual incluye los padecimientos hereditarios que tienen una consecuencia en los trastornos dados en el aprendizaje de la lectura y escritura así como en las matemáticas, los cuales pueden vincularse con cuadros patológicos relacionados con malformaciones congénitas.

El campo médico de nuestro siglo ha evidenciado dos tendencias fundamentales que mantienen una influencia en el campo médico propiamente dicho, y en el terreno etiológico, estas son:

a) El exógenismo.- Éste surge a partir de los descubrimientos realizados por Luis Pasteur en el área de las enfermedades que se originan o se consecuantan en el medio ambiente.

b) El endogenismo.- Esta tendencia se fundamenta en las investigaciones y resultados presentados por Mandel, las cuales aportaron consideraciones y descubrimientos en la zona de las enfermedades que provienen del propio organismo.

II.2: PANORAMA CROMOSÓMICO

Existen cuarenta y seis cromosomas en las células humanas, las cuales se encuentran repartidas en veintidós pares de autosomas y dos cromosomas sexuales. Durante el proceso de meiosis se efectúa la división de los espermatozoides y ovocitos.

Los espermatozoides y el óvulo no fecundado contienen un número haploide de cromosomas, es decir, veintidós autosomas y un cromosoma sexual X o bien uno Y.

La fecundación implica la restauración del número de cromosomas a cuarenta y seis en el nuevo individuo creado en el óvulo fertilizado.

Luego, entonces, en la fecundación se desarrollan complicadas maniobras en donde se pueden ocasionar accidentes u ocurrir errores en el número, el tamaño, o la configuración. A tales procesos se les ha denominado: Aberraciones cromosómicas.

Las anteriores irregularidades son producidas por: disyunción (—un par de cromosomas no se separa durante la meiosis; escisión y reordenaciones sucesivas.—), borraduras, inserciones, traslocaciones, reordenamientos, etcétera.

Los cuarenta y cuatro autosomas se encuentran divididos en siete grupos, a saber: grupo A; grupo B; grupo C; grupo D, grupo E; Grupo F, y grupo G.

El grupo (A) contiene a los pares 1,2 y 3; El grupo (B) agrupa a los pares 4 y 5; el grupo (C), a los pares 6,7,8,9,10,11, y 12; el grupo (D) abarca a los pares 13, 14 y 15; el grupo (E) implica a los pares 16,17 y 18; el grupo (F) comprende los pares 19 y 20; y el grupo (G), posee a los partes 21 y 22.

Así pues, la diferencia entre estos grupos se establece en base al tamaño y por la posición del centromero que divide cada cromosoma en dos brazos.

El cromosoma se denomina metacéntrico cuando los brazos son iguales; el cromosoma es submedial cuando los brazos son algo distintos; y se llama acrocéntrico cuando el estrechamiento está casi en un extremo.

Existe una convencionalidad establecida, según la cual, cuando un cromosoma tiene el brazo corto se conoce como p y cuando tiene el brazo largo se le conoce como q.

Aubrey Milunsky ¹¹ señala ocho criterios generales que determinan las relaciones cromosómicas normales e irregulares a saber:

- a) La ausencia de cualquier autosoma en forma total se opone a la vida misma.
- b) Para la vida y el desarrollo es necesario como mínimo un cromosoma X.
- c) La vida y el desarrollo, en algunas condiciones, pueden continuar aún de manera deficiente ante la falta del cromosoma Y.
- d) Los cromosomas enteros adicionales así como las traslocaciones o inserciones parciales de cromosomas —como evidencias de excedentes cromosómicos—, se ajustan a la continuidad de la vida y del desarrollo
- e) En general, las aberraciones cromosómicas se encuentran ligadas a múltiples imperfecciones estructurales congénitas.
- f) Los sujetos que constitucionalmente se encuentran conformados por dos o más moldes cromosómicos -mosaicismo-, son individuos que fenotípicamente son normales o con cariotipo anormal, a la vez que algunos muestran varios de los defectos que suelen depender de su irregularidad cromosómica.
- g) Se tienen bien delimitados 10 síntomas clínicos que se relacionan con otras tantas alteraciones en un grupo de autosomas, a saber: trisomías 13; 18; 21 y 22: supresión del brazo corto de los pares 4; 5 y 18: supresión del brazo corto de los pares 13; 18; 21 y 22.
- h) Se encuentran dos síndromes clínicos bien definidos, como resultado de irregularidades de los cromosomas sexuales: el síndrome de Turner y el síndrome de Klinefelter.

Ahora bien, según Boves, la frecuencia de anormalidades autosómicas es de seis por cada mil nacimientos.

Por otra parte, otras alteraciones unidas al sexo son las de Hunter, Leschnyhn y Fabry. Igualmente, se sabe que las irregularidades de cromosomas sexuales se dan en una puntuación de uno o dos por mil nacimientos.

También se conocen ciento cincuenta alteraciones ligadas al sexo, en donde ante un feto varón se da una posibilidad de hasta un 50 % de riesgo de afección.

¹¹ Citado en : Shaffer, J.A., Hellen A.M. et al : *Enfermedades del recién nacido*. Cap. II: Milunsky, A. : *Diagnóstico Antenatal de Alteraciones Congénitas*. Ed. Salvat Editores, S.A.4a. Edición méxico. 1981.

Tales irregularidades son transmitidas por portadores femeninas pero en la mayoría de las veces sólo afectan a los varones. Asimismo, se destaca que alrededor de un 60 % de abortos espontáneos se encuentran vinculados a ciertas irregularidades cromosómicas.

Así pues, en este primer grupo nos encontramos que los factores genéticos, hereditarios o endógenos son portadores de agentes capaces de producir irregularidades o vicios congénitos principalmente en dos sentidos:

Por una parte, se encuentran los factores genéticos no específicos, que en la actualidad sólo son nombrados como factores poligénicos y señalados como endógenos, subculturales o familiares.

Por otra parte, se encuentran los factores genéticos específicos que a la vez se dividen en: A) síndromes debidos a una aberración cromosómica; B) síndromes debidos a una deficiencia específica de genes; C) síndromes en los que puede intervenir un proceso genético.

Encontramos además que Aubrey Milunsky¹² consideró a la edad materna avanzada, es decir, entre 40 y 44 años, como una de las posibles causas que consecuentan irregularidades cromosómicas en un porcentaje hasta de 40%. Aún más, señaló que mujeres en una edad de 35 a 39 años ya insinúan un riesgo de 2% de posibilidades de desencadenar variaciones cromosómicas.

Otras fuentes directas de las desviaciones cromosómicas son: Las enfermedades que afectan a la madre, como la rubeola, la toxoplasmosis, las inclusiones citoplasmáticas, la ingestión de drogas, la irradiación materna, entre otras. En este tipo de factores es visible el rompimiento de los cromosomas en las células de líquido amniótico.

La alteración cromosómica más frecuente es el síndrome 21 o síndrome de Down. Algunas de las anomalías cromosómicas generadas por la edad avanzada de la madre son: trisomía 13; trisomía 18; síndrome de Klinefelter, etc.

¹² Citado en : Shaffer, J.A. Op Cit.

La Patología Genética

La patología genética se encuentra nucleada en tres formas fundamentales, que son:

a) Las heredopatías Mendelianas. Éstas corresponden al grupo de mutaciones genéticas que se relacionan con los padecimientos autosómicos dominantes, autosómicos recesivos ligados al cromosoma "X", recesivos que suman aproximadamente 2 200 diferentes entidades nosológicas y tienen una frecuencia en los nacimientos de 1 en 50.

b) Las heredopatías Multifactoriales. Este conjunto abarca a un basto número de entidades que incluyen desde alteraciones del tipo de la diabetes, la predisposición a la lepra y los defectos del cierre del tubo neural, entre otros. Este grupo representa un riesgo general de 1 en 20, por lo que se le considera como un riesgo bajo de recurrencia, pero considerable.

c) Las cromosopatías. En este contingente quedan incluidas todas las alteraciones de los cromosomas del tipo del Síndrome de Down, del Síndrome de Klinefelter y del síndrome de Turner, etc., los cuales presentan un riesgo de recurrencia bastante bajo en cuanto a las probabilidades generales.

Por otra parte, observamos como problema principal a nivel genético, el incremento de las aberraciones cromosómicas numéricas conocidas como ambiploidías, mismas que se encuentran determinadas por trastornos de los mecanismos de la disyunción cromosómica, tanto a nivel de la meiosis como de la mitosis somática en las cromosopatías más frecuentes (trisomía 21, etcétera).

II.3: ETIOLOGÍA ACTUAL DE LA DEFICIENCIA MENTAL

La propuesta que se presenta a continuación es resultado de la conformación más o menos homogénea sobre un grupo de representaciones en torno a la etiología en deficiencia mental que sustentan autores occidentales, y otros.

Antes, es preciso señalar que la convergencia de dichos autores no es total, sino que más bien toca los aspectos substanciales y generales de dichas concepciones.

Dicha convergencia fue elaborada a partir de las propuestas de los siguientes investigadores: Penrose(1949); Lervis(1957); Runde(1962); Robinson(1965); Matty Chiva; René Zazzó; R. Perrón; Milunsky(1981); A.J. Shaffer (1981); H. Kempe-Silver; etcétera.

I. Causas Genéticas, Hereditarias, Endógenas o Constitucionales

Este primer grupo de sujetos tienen en común la transmisión genética la cual a veces obedece a una herencia y otras veces se da en función de trastornos cromosómicos de un conjunto de procesos físico-químicos.

En la anterior agrupación participan: Los deficientes endógenos descritos por Zazzó y R.Perrón, los cuales se caracterizan por ser producto de una transmisión hereditaria y a la vez, implica factores orgánicos de los sujetos referidos.

R. Zazzó los señala como los "deficientes verdaderos" y ve en ellos una variabilidad "...de un rasgo a otro, y para cada rasgo, de un punto a otro..."¹³ Igualmente, el mismo autor determina para este conjunto de personas, un común denominante, a saber: una pobreza de potencial hereditario.

El texto DSM III coordinado por P. Pichot, señala para esta división un 25% de la población existente con deficiencia mental y ubica el nivel intelectual de estos sujetos en general, como pertenecientes al rango de deficientes mentales moderados y profundos. A la vez, señala el origen social de éstos, en todas las clases sociales que componen la sociedad.

¹³ Zazzó, R. *Los Débiles Mentales. La Debilidad en Cuestión*. Ed. Fontanella, España, 1973. pp.7-35

A) Síndromes debidos a una irregularidad cromosómica .

Iniciaremos por señalar al conjunto compuesto por un subgrupo de factores genéticos no específicos, en los cuales —en el estado actual de la ciencia—, sólo se registra a un grupo de factores poligenéticos mismos que generan una deficiencia: endógena, subcultural, o familiar.

Otro subgrupo es el que corresponde a los factores genéticos específicos, siendo que éstos a la vez se subdividen en dos componentes:

1. Los factores debidos a una aberración de un cromosoma autosoma; y
2. Los factores que tienen su origen en una irregularidad de un cromosoma sexual.

1. Los factores de malformaciones en los cromosomas autosomáticos:

- -Trisomía 4p (46;X4(XX))

Su causa se encuentra en la delación parcial del brazo corto del cromosoma 4.

Sus particularidades son: produce deficiencia mental grave, con microcefalia, epicanthos, colobomba, nariz rota, paladar hendido, micrognatia hipospadias, deficiencia del crecimiento del comienzo prenatal.

- -Trisomía 8 (46;47+8) Mosaicismo

Sus peculiaridades son: genera una deficiencia mental leve a moderado, estrabismo, orejas grandes, nariz volteada, labio inferior grueso invertido, paladar con arco alto, micrognatia, anomalías en la columna vertebral, anomalías genito-uterinas, piel gruesa, procidente con arrugas profundas, en especial en manos y pies, movimiento restringido de algunas articulaciones grandes y pequeñas, falta de rótula.

- -Trisomía 9p (47,XY(XX)+9p)

Los rasgos de esta irregularidad cromosómica son: deficiencia mental, dismorfia craneofacial, microcefalia, braquicefalia, nariz bulbosa, boca con curva inferior, pliegue palmar único.

- -Trisomía 13q (46,XY(XX)) Grupo D; autosoma 13

Su causa se encuentra en la delación parcial el brazo largo del cromosoma 13.

Lo singular de ésta es: deficiencia mental, retraso psicomotor, microcefalia, hipertelorismo, orejas deformes, ptosis, microftalmos y colombas, deformidad en muñeca, mano, dedos; ocasionalmente retinoblastoma, cardiopatía congénita, pie cabo, anomalías genito-urinarias, estos niños mueren pronto.

- -Trisomía 18q (46,XY(XX)) Un cromosoma extra del Grupo E (16-18)

Es responsable de esta anomalía cromosómica la delación parcial del brazo largo del cromosoma 18 por falta de disyunción.

Las distinciones de ésta son: edad madura de los padres, deficiencia mental, peso reducido al nacer, microcefalia, (micrognatia), dismorfia de la parte central de la cara, anhelix prominente, conductos auditivos atrésicos, boca en forma de carpa, criptorquidia, orejas anormales y de situación baja, dedos peculiarmente largos, puntiagudos y torcidos, anomalía cardíaca congénita, pie cabo, a menudo hay falta de iga.

- -Trisomía 21:

Para Penrose, Turpin, Le Jeune y Gauthier, se trata de una aberración cromosómica de la afección a través de un cromosoma supernumerario autosómico en posición 21. Estos cromosomas surgen por traslocación "robertsomana" en la cual, los centrómeros de 21 y 13 se han fusionado, y los brazos cortos se han perdido.

Esta trisomía fue descubierta por Seguín, en 1846; continuada en su investigación por Longdon Down, en 1866; y precisada en 1958. Son rasgos propios de esta trisomía: ser localizada desde el nacimiento, y ser prematuro en un tercio de casos; su talla es reducida, cráneo aplanado, sin protuberancia occipital, presentan un retraso considerable en función de las fontanelas, cara redonda y achatada, colorada en las mejillas y mentón, frente baja, nariz pequeña, achatada en la raíz, hendidura palpebral estrecha, el ángulo interno del ojo está bordeado por el epicanto, presencia de un blefaritis constante, los labios los tiene secos, la lengua hendida, procidente, orejas pequeñas, e implantadas muy abajo, el desarrollo sexual suele ser normal, las malformaciones congénitas asociadas más frecuentes son las cardiopatías y las sindactilias, frágiles de salud, sensibles a las infecciones, su frecuencia es de uno a dos por mil nacidos en raza blanca, la frecuencia es menor en raza negra y asiática, el déficit intelectual es común, siendo de grado variado.

-Trisomía 22 u "ojo de gato

Sus propiedades son: deficiencia mental, retardo del crecimiento, microcefalia, marcas cutáneas preauriculares o senos, orejas anormales bajas, paladar hendido, cardiopatía congénita, pulgares digitalizados o mal puestos.

- -Síndrome 5p del maullido (Cri du chat)

El factor responsable de este síndrome es que el cariotipo muestra 46 cromosomas, pero un autosoma del Grupo B; al No. 5 le falta parte del brazo corto es decir, su causa se encuentra en la borradura de los brazos cortos del cromosoma 5.

Sus particularidades son: deficiencia mental grave, microcefalia, micrognatismo, epicanto, hendiduras palpebrales oblicuas, hipertelorismo, orejas bajas, y un tipo de llanto semejante al maullido del gato.

- -Síndrome 4p

Su causa es un síndrome de supresión que afecta al brazo corto del cromosoma 4, del grupo B.

Sus rasgos son: bajo peso al nacer, retardo psicomotor profundo, microcefalia, hipertelorismo, con glabella prominente y nariz ancha, iris con coloboma, orejas simplificadas y bajas, boca de carpa, labio laporino, y paladar hendido.

- -Síndrome 18q

Su origen se debe a supresiones del brazo largo del par 18.

Sus aspectos son: deficiencia mental, microcefalia, hipotonía, deficiencia física, hipoplasia de media cara, hipertelorismo, defectos retinianos, orejas grandes con pequeño canal, boca de carpa, dedos largos y afilados, malformaciones cardíacas, pie zambo, etcétera.

- -Síndrome 21q

Sus particularidades son: microcefalia, retardo psicomotor, fisuras palpebrales inclinadas hacia abajo, un puente nasal prominente, orejas grandes y bajas, dolicocefalia e hipertonia.

- -Síndrome 22p

Sus singularidades son: microcefalia, retardo psicomotor, orejas bajas, pliegues epicánticos, puente nasal plano, ptosis, úvula bífida, clinodactilia y sindactilia.

- -Síndrome de Hurler

Su fuente se encuentra en un autosómico recesivo.

Sus manifestaciones son: deficiencia mental, hepatosplenomegalia, hernia umbilical, facies tosca, opacidad carnal, cambios esqueléticos con giba.

- -Síndrome de Hunter

Lo motiva un cromosoma recesivo ligado a X.

Sus indicios son: deficiencia mental variable, facies tosca, hepatosplenomagalia, no hay opacidad carnal ni giba.

- -Síndrome de San Filippo tipo A

Su origen se debe a un autosómico recesivo.

Sus señales son: deficiencia mental grave, con cambios esqueléticos comparativamente leves, visceromegalia, facies tosca, los tipos no pueden diferenciarse clínicamente.

- -Deficiencia de B-glucoronidasa

Se produce por un autosómico recesivo.

Sus especialidades son: deficiencia mental variable, cambios esqueléticos con giba, opacidad de la córnea y hepatosplenomegalia a tosquedad facial temprana, córnea clara, retraso y articulación laxas, es común la pérdida de audición.

- -Monosidosis

Su causa se debe a un autosómico recesivo.

Sus singularidades son: deficiencia mental grave, facies tosca, talla corta y cambios esqueléticos, hepatosplenomegalia a tosquedad facial, retrasos leves y articulaciones laxas, es frecuente la pérdida de audición.

- -Enfermedad de Células I

Su procedencia se debe a un autosómico recesivo.

Sus propiedades son: deficiencia mental, estatura muy corta, tosquedad facial temprana, córnea clara, rigidez de las articulaciones, perímetro cefálico normal.

- -Sialidosis

Su germen se da en un autosómico recesivo

Sus aspectos son: deficiencia mental, facies tosca, displasia esquelética, convulsiones mioclónicas, mancha macular roja cereza.

2. Los síndromes que pertenecen a los factores de irregularidades en un cromosoma sexual:

- -Síndrome de Turner o aplasia gonádica.

Se presenta exclusivamente en el sexo femenino, se caracteriza por un infantilismo relacionado con una aplasia ovárica asociada a irregularidades congénitas múltiples.

Sus rasgos son: pterigión del cuello; cubitus valgus; genu-varum; trastornos en la audición; etcétera.

- -Síndrome de Klinefelter

Se presenta en varones jóvenes y se caracteriza por una ginecomastia, una disgenesia de los testículos con azoospermia, una conservación de los caracteres secundarios.

- -Hermafroditismo

Se presentan peculiaridades de intersexualidad; caracterizada por la presencia de gónadas masculinas y femeninas en un mismo individuo, siempre más o menos anormales, no funcionales.

B) Síndromes debidos a una deficiencia específica de genes:

Ahora bien, existe además un subgrupo de malformaciones que tienen su origen en la transmisión familiar y hereditaria. Unas se transmiten como carácter dominante y otras como carácter recesivo; algunas van ligadas al sexo.

En esta agrupación a la vez se tiene una subdivisión aunada a sujetos medianamente heterogéneos, a saber:

- 1) Las ectodermosis congénitas;
- 2) Los trastornos metabólicos o dismetabólicos;
- 3) Las disendocríneas; y
- 4) Las anomalías craneanas familiares.

1) Las Ectodermosis Congénitas

V. Bogaert, en 1936 las describió como displasias neuroectodérmicas congénitas. Son malformaciones que se extienden del ectodermo al sistema nervioso y hasta los órganos sensoriales.

La mayoría presenta manifestaciones cutáneas, este subgrupo comprende a: la esclerosis tuberosa, la enfermedad de Recklinghausen, y el síndrome de Sturge-Weber

- -La esclerosis tuberosa de Bourneville

Ésta se transmite a través de un gen dominante y por su carácter se conoce como enfermedad familiar hereditaria. En un 70 % de los casos existe un deterioro mental progresivo.

Sus particularidades son: signos cutáneos, adenomas sabaceos, una afección retiniana, calcificaciones craneanas, superficiales y profundas, visibles en una exploración radiológica, la epilepsia es casi constante, son posibles ciertos síndromes neurológicos asociados y malformaciones congénitas, tumores viscerales.

2) Trastornos metabólicos o dismetabólicos

En esta agrupación se encuentran las siguientes enfermedades: dislipoidosis, disproteidosis, dismetabolías de los hidratos de carbono.

- -Las dislipoidosis

Son enfermedades de almacenamiento en las que diversos lípidos se acumulan en las células ganglionares del sistema nervioso central o en el tejido retículo-endotelial.

El grupo en cuestión incluye a las idiocias amauroticas; a la enfermedad de N. Pick; a la enfermedad de Gaucher; y la enfermedad de Hurler o gargolismo.

Las idiocias amauroticas.- Son enfermedades familiares debidas a un gen recesivo y comprende tres formas en función del periodo de su declaración, a saber: la enfermedad de Tay Sachs la cual se presenta en lactantes hacia los cinco u ocho meses en forma de dificultades de salivación y sacudidas oculares.

Sus manifestaciones son: a nivel de síndrome neurológico se da una atonía muscular progresiva, acompañada de rigidez descerebrada, un síndrome ocular con una atrofia del nervio óptico que consecuenta la ceguera alrededor de los dos a tres años. A nivel de síndrome psíquico se desarrolla una involución mental grave que culmina en una demencia infantil.

A la edad de dos a diez años se presenta la enfermedad de Spielmeyer Vogts misma que presenta en el ámbito neurológico una especie de atonía con trastornos extrapiramidales y cerebelosos que provoca una marcha especial con anteflexión del tronco y flexión de las rodillas.

También se traduce en trastornos visuales que se caracterizan por una ambliopía por coriorretinitis pigmentaria, que se presenta tardíamente y evoluciona lenta y progresivamente. A nivel de síndrome mental se produce la demencia.

La última manifestación de la idiocia amaurotica es la enfermedad de Kufs, que se da en forma tardía y muy raras veces. Se caracteriza por la presentación de regiones oculares no constantes, donde los signos motores y mentales evidencian una demencia atóxica.

- -Las Disproteidosis

En esta categoría se engloban las siguientes enfermedades: la fenilcetonuria u oligofrenia fenilpirúvica, el síndrome de Hartnup, la enfermedad de Low o cerebro-oculo-renal, enfermedad de Wilson, la enfermedad de degeneración hepatolenticular.

La fenilcetonuria.- Fue explicada por Folling en 1934 para el cual, a nivel bioquímico, el ácido fenilpirúvico está presente en la sangre y en la orina como producto del bloqueo de la oxidación normal de la fenilalanina.

La fenilcetonuria es una enfermedad de transmisión hereditaria causada por un gen autosómico recesivo, siendo su frecuencia de un caso entre diez mil. Esta se expresa en el nacimiento o durante el primer año de vida.

Su morfología es: de estatura baja; ojos azules y cabellos castaños claros o rubios, sus manifestaciones neurológicas son hipertonía con temblor, movimientos atetósicos, una actitud en flexión en los miembros y una marcha a pasos muy cortos; son constantes las malformaciones congénitas, el retraso mental se manifiesta de manera permanente y llega a ser grave.

En los casos del síndrome de Hartnup; la enfermedad de Low; o cerebro-oculo-renal; y la enfermedad del jarabe de Arce; se registró que éstas provocan una deficiencia mental segura.

Para la metaglobinemia congénita; la enfermedad de Wilson; y la degeneración hepatolenticular se observó que éstas poseen una deficiencia mental irregular.

- Las dismetabolias de los hidratos de carbono:

La Galactosemia y la Hipoglucemia ideopática. Estas enfermedades fueron descubiertas por Archibald Garrold en 1908, quien notó que son enfermedades enzimáticas ocasionadas por el bloqueo de una enzima y dan lugar a un empobrecimiento del organismo en el producto final de la reacción y también ocasionan una acumulación del precursor.

Igualmente, los síndromes ligados a una perturbación del metabolismo de los hidratos de carbono implican debilidad mental y trastornos neurológicos ante la carencia de tratamiento.

3) Las Disendocrinias

Se trata de trastornos en las funciones endocrinas sin origen genético comprobado. En este grupo se integran las siguientes enfermedades: el hipoparatiroidismo, el cretinismo con bocio familiar, la diabetes insípida hetrógena y el hipotirodismo.

En éstas existe un retraso mental ligero o profundo en función de la precocidad y de la intensidad de las lesiones del sistema nervioso, así como del tipo de tratamiento o ausencia de éste.

4) Anomalías craneanas familiares

En este subgrupo se consideran a : El síndrome de Apert; microcefalias e hidrocefalias.

- -La microcefalia de Glacomini

Es una enfermedad de transmisión hereditaria originada por un gen recesivo. Presenta deficiencia mental grave.

Son peculiares de una disminución de volumen del cráneo con frente huidiza, aplanamiento de la protuberancia occipital, con retrognatismo de maxilar inferior, el cuero cabelludo es arrugado, recubierto de pelos muy duros, son de pequeña estatura.

C) Síndromes en los que puede intervenir un proceso genético:

- - La Epilepsia

Esta es admitida en este grupo cuando las lesiones cerebrales epileptógenas se admiten como hereditarias y cuando tienen como causa una tara original del germen sin acción de factor externo.

Se sabe que una relación causal directa entre epilepsia y la deficiencia mental no puede establecerse de manera unívoca, pues en los sujetos con esta enfermedad se observan todos los niveles intelectuales.

La relación genética de la epilepsia y la deficiencia mental son casos excepcionales pues en lo general, esta enfermedad se debe a causas secundarias, adquiridas o exógenas.

TABLA I: Causas genéticas, hereditarias, endógenas y constitucionales

A).Síndromes debidos a una irregularidad cromosómica (Aberraciones Cromosómicas).		B) Deficiencia. específica de genes	C) Interven- ción de un proceso genético
Factores genéticos no específicos	Factores genéticos específicos		
		↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓	↓↓↓↓↓↓
Poligénicos <hr/> -endógenos -subculturales -familiares	aberraciones de un cromosoma autosoma <hr/> -Trisomía 4p -Trisomía 8 -Trisomía 9p -Trisomía 13 -Trisomía 18q -Trisomía 21 -Trisomía 22 -Síndrome 4p -Síndrome 5p del maullido -Síndrome 18q -Síndrome 21q -Síndrome 22p -Síndrome de Hurler -Síndrome de Hunter -Síndrome de San Filippo -Deficiencia de B-Glucorinidasa. -Manosidosis -Enfermedad de Células I -Sialidosis	aberraciones de un cromosoma sexual <hr/> .Síndrome de Tumer .Síndrome de Klinefelter .Hemafrodismo	1).Ectodermosis congénitas. <hr/> • .esclerosis tuberosa de Boumeville. • neurofibromalosis • enfermedad de Reclinghausen • angiomatosis cerebral o enfermedad de Sturgeweber-Dimitri. <hr/> 2).Trastomos metabólicos o dismetabólicos. <hr/> • dislipoidosis • disproteidosis • .dismetabolias de los hidratos de carbóno <hr/> 3).Disendocrinias <hr/> 4).Anomalías craneanas familiares.
			1.Epilepsia

II. Causas extrínsecas, exógenas, adquiridas o del ambiente

En este segundo grupo, en el estado actual de la ciencia, se indica una pobreza de la idea que se tiene de este conjunto, a la vez que se le destina un carácter complejo. Por lo anterior, algunos autores hablan de un grupo de causas de origen social específicos y otros las ubican como causas desconocidas.

También pertenecen a este grupo, los exógenos que poseen una etiología de carácter accidental o debida a un conjunto de procesos metabólicos los cuales ocasionan lesiones al Sistema Nervioso Central. Por lo mismo, R. Zazzó los denominó: Patológicos.

En dicho grupo se desarrollan factores que requieren de la participación social, dados en los periodos prenatales, perinatales, y posnatales e implicando en éstos tanto a la madre como al hijo.

Igualmente participan otros factores extrínsecos o del ambiente relacionados con un entorno económico, cultural y educativo pobre e inmersos en un estado de carencia de estímulos sociales, lingüísticos y educativos que determinan la deficiencia mental.

En este grupo, en lo general, se desconoce la causa biológica que participa. Sin embargo, se detectan carencias y traumatismos afectivos tanto en las primeras etapas como en la etapa escolar del sujeto referido.

Las anteriores causas se presentan de manera casi exclusiva en las clases más desprotegidas de la sociedad.

Asimismo, se determina para este grupo un 75% del total de la población con deficiencia mental. En el ámbito del desarrollo intelectual se detecta un déficit leve con un C.I. de 50 a 70 o más. Por último, en este aspecto indicamos que las causas que afectan a este grupo raramente dependen de una única causa, pues en su mayoría se presentan vinculadas varias causas.

Factores Extrínsecos, Exógenos, Adquiridos o del Ambiente

Estas causas son accidentales y se producen durante la concepción, en los estadios de la vida intrauterina, en el parto, y durante el desarrollo, hasta la terminación de la primera infancia.

A estos accidentes se les ha atribuido un origen patológico real fundamentado en los datos arrojados por la anamnesis, a pesar de las dificultades en exactitud y veracidad que ésta presenta.

La información que sirve de base a la anamnesis para determinar la posible existencia de deficiencia mental son: la edad de la madre; el rango de la fratria (Lilienteld,1956); el sexo (Malzberg,1953), el peso al nacimiento (Robinson, 1965), las condiciones de nacimiento en relación con las estaciones y con los movimientos lunares (König,1966).

Así, pues, tenemos que existen dentro de este campo cuatro clases de factores: los factores prenatales; los factores perinatales; los factores posnatales; y los factores psicoafectivos.

A) En el caso de los elementos prenatales, estos son accidentales o incidentales patológicos del embarazo, a saber:

- La infección materna transmitida al embrión o al feto, o viriasis materna, es una causa significativa de defecto congénito posterior.
- La toxoplasmosis (Wolf y Cowen,1937), es una afección parasitaria imperceptible en la madre. Ésta mata o afecta gravemente al feto. Los niños con tal daño presentan trastornos neurológicos y alteraciones oculares frecuentes además, pueden presentar deficiencia mental.
- La psicoembriopatía rubéolica (Gregg,1941), es un agente patológico grave y relativamente frecuente. Su origen se debe a una afección vírica durante los tres primeros meses del embarazo, la cual provoca la detención de la embriogénesis ocasionando que se manifiesten múltiples malformaciones oculares, cardíacas, craneoencefálicas, aunadas a una deficiencia mental profunda o simple.
- Las embriopatías infecciosas (Joker,1965; Luzzato,1956, Pasamarick,1955), éstas son de origen diverso tanto bacteriológicas como víricas.

- Incidentes de los tratamientos medicamentosos; como los antibióticos, químicos, anestésicos (Sauvage, Nolting), los cuales tienen una repercusión directa sobre el niño.
- Maniobras abortivas por medios químicos, tóxicos o traumáticos, con igual repercusión sobre el niño.
- Anoxemia por hemorragia prenatal; ésta ocurre por desprendimiento placentario parcial, por ejemplo; por la cardiopatía crónica de la madre.
- Afección hemolítica (1939); ésta resulta de la incompatibilidad de factores sanguíneos de la madre (RH+) y el feto (RH-). Se manifiesta con la producción de sustancias tóxicas en la sangre del feto mismas que lesionan el hígado y el cerebro. Al nacer aparece una ictericia nuclear aunada a una anemia y parálisis espasmódicas.
- La irradiación Roentgen del feto. En este caso se reconoce el influjo negativo de la exposición del feto humano en periodo de desarrollo a la energía radiante.
- Agentes químicos. La exposición de la mujer a un fármaco plantea la posibilidad de que se produzca una malformación en su hijo, en función de la dosis, de la vía de administración, de la fase de gestación, y del genotipo de la madre y del embrión. Se han reconocido como principales agentes químicos a los teratógenos en los hombres, radiación en grandes cantidades, talidomina, ciertos antimetabólicos empleados en la terapia del cáncer, algunos andrógenos y agentes progestacionales sintéticos.
- Efectos retardados de la ingestión materna de los fármacos. La secuela de ingestión materna de drogas durante el embarazo ha sido la ocurrencia de adenocarcinoma de los genitales femeninos tras la exposición intrauterina a estibestrol.
- Deficiencia de vitaminas. Las deficiencias dietéticas de riboflavina, de ácido pantoténico y de ácido fólico, es probable de que produzcan malformaciones congénitas.
- Ingestión materna de venenos; el síndrome fetal de alcohol se presupone que ocasiona deficiencia mental moderada, con posibles signos físicos anormales. Otras ingestiones maternas de venenos son: ingestión de plomo e ingestión de metal-mercurio.

- Nutrición deficiente del huevo; ante la implantación del huevo fecundado en un lugar excepcional (trompa de falopio o la superficie del peritone), es bastante probable que la nutrición no sea óptima en estos lugares y se produzcan embriones con malformaciones.
- Factores mecánicos en el interior del útero. Según Denis Browne, existen tres alteraciones mecánicas que motivan deformaciones congénitas, a saber: a) la posición anormal o enclaustramiento superior del feto, b) el aumento de la presión mecánica y c) el aumento de la presión hidráulica dentro de la cavidad uterina.
- Carencia o exceso de hormonas

B) Dentro de los factores perinatales se encuentran las causas que ocasionan sufrimiento del niño en el momento del parto, a saber:

- Las perturbaciones hemodinámicas; éstas son poco conocidas en el estado actual de la ciencia.
- La anoxemia o asfixia, más o menos prolongada después de la expulsión. Esta es atribuida a una privación transitoria de oxígeno secundaria, por un parto largo y difícil originado por una sobredosis de analgésicos administrados a la madre durante el parto. Esta puede acompañar o no a los traumatismos del nacimiento en un parto distócico -presentaciones anormales-, compresiones muy fuertes en la salida, intervención de forceps, etcétera.
- Prematuridad. Se trata de fetos inviables, resultado de una interrupción accidental de los embarazos normales. Puede también tratarse de embarazos patológicos que no han podido llegar a término. El resultado es un feto patológico cuyo cerebro pudo haber sufrido desde hace mucho tiempo, antes del parto. Sus manifestaciones son: lesiones cerebrales, hemorragias meníngeas, hemorragias intraventriculares, leucomalacias periventriculares, éstas coinciden con un síndrome asfíctico del prematuro, y con diferentes mecanismos de sufrimiento del feto, en forma aislada o en asociación; hiposia; hipoglucemia, trastornos electrolíticos; acidosis respiratorio o metabólica, hipotensión, etcétera.

C) En el caso de los elementos posnatales se incluyen las afecciones del sistema nervioso, infecciones, tóxicas, traumáticas, directas o indirectas, en relación con su precocidad, gravedad y localización de las lesiones que provocan, y la implicación de los factores concomitantes.

Su manifestación se da con base en posibles secuelas y con alteración localizada o difusa del cerebro, vinculada a la deficiencia mental.

Por lo tanto, las enfermedades infantiles corrientes pueden presentar complicaciones encefálicas, como son los casos de la encefalitis, la meningoencefalitis y las meningitis.

- Encefalitis debidas al sarampión, la rubeola, la escarlatina, la viruela, las paperas.
- Encefalitis debidas a vacunas; la encefalitis jenneriana

Los anteriores síndromes son propensos a generar secuelas neurológicas y derivar en una deficiencia mental mediana.

- Las meningitis purulentas: cefaleas, vómitos, rigidez de nuca y signo de Kerning, fiebre, herpes y la asistencia de pus microbiana en el líquido cefalorraquídeo.

Los precedentes conjuntos de síntomas pueden consecuentar afecciones sensoriales o psíquicas.

- La meningitis tuberculosa: Esta enfermedad deriva en secuelas "raras", no encontrándose afección psíquica (Jonssen, 1963; Danon-Bolleau, 1954; Heuyer, 1954).
- Las convulsiones pueden declararse unidas a accesos de fiebre o sin causa clínica determinable.

Éstas son apreciadas como un signo de fragilidad o inestabilidad del cerebro. Su repetición en la primera infancia acompañadas de alteraciones del E.E.G. posibilita una evolución comicial ulterior.

- Encefalitis agudas (Kohler, 1963).
- Las toxicosis de los lactantes.

- Gastroenteritis agudas con deshidratación grave, aunado a trastornos neurológicos y trastornos de la conciencia.
- Mixedomas secundarias postinfecciosas (Shachter, 1961): Su origen se encuentra en una atrofia del cuero tiroideo con disminución del metabolismo basal, colesterolemia aumentada, fijación del yodo radioactivo ausente.

Se manifiesta en el destete a partir de la indiferencia del niño, con cara lunar, piel pálida, lengua gruesa y procidente; pared abdominal relajada, peso desproporcionado con la talla, estreñimiento constante, crecimiento longitudinal lento.

La deficiencia mental es constante en su presencia, no así en su intensidad, pudiendo ir de la idiocia a la debilidad ligera. Son sensibles al tratamiento con extracto tiroideo, de recuperación de la deficiencia mental.

- Intoxicación de óxido de carbono: estados de shock; traumatismos craneanos estados de insuficiencia mental secundarios.

El conjunto de elementos psicoafectivos son considerados actualmente como determinantes para el desarrollo de la deficiencia mental. Este ámbito de problemas también son tratados por la psiquiatría infantil.

D) En los aspectos psicoafectivos se encuentran estrechamente relacionados los factores psíquicos y físicos, muchas veces difícil de separar.

- Su origen no es puramente de factores psicógenos
- Los factores psicógenicos intervienen a partir de la concepción o en la vida intrauterina donde, la simbiosis fisiológica y afectiva madre-hijo durante el embarazo es relevante, vinculada a las condiciones psicológicas en las que la madre tuvo el parto. En el mismo proceso, la relación madre-hijo está condicionada por el significado simbólico que el embarazo representa para la madre (Maud Mannoni).
- La separación madre-hijo por causas de hospitalización u otras (Spitz, 1945-47), son consideradas como causas de una detención o una regresión del desarrollo mental del niño.
- Los niños lactantes que se encuentran en condiciones de vida afectiva desfavorable por lo general, suelen presentar un estado de salud frágil.

- Los niños que viven en colectividad institucional u hospitalaria están expuestos a múltiples afecciones físicas, las cuales se conjuntan con los factores de carencia afectiva.

Por otro lado, E. Pichon Rivier, en un texto de 1976, señaló la existencia de los oligotímicos, los cuales son causa de "retardos afectivos", planteando como sus características el no estar relacionados con lesiones orgánicas y tener formas múltiples.

También tenemos la presencia de los sujetos con deficiencia mental "de buena salud", según Penrose:

"...poseen un desarrollo físico casi correspondiente a su edad real, sin malformaciones o disgenesias congénitas, con un equipo sensorial casi satisfactorio. A veces, presentan trastornos de comportamiento y sus posibilidades de adaptación son satisfactorias. Poseen una insuficiencia intelectual límite y un equilibrio particular de sus funciones. Constituyen una gran mayoría..."¹⁴

Los elementos progenéticos son importantes desde una perspectiva filogenética o poblacional. A ese nivel, se mencionan investigaciones actuales que se realizan sobre el fondo genético del patrimonio hereditario de una población.

Tales investigaciones son realizadas en el plano de las causas de la evolución de la población y de las influencias de variaciones a que está sometida la población, en el ámbito individual, de pareja y familiar.

¹⁴ Citado en Zazzó, R.: *Los Débiles Mentales*. Cap. III: Matty chiva e Yvette Rutschman: *LA ETIOLOGÍA DE LA DEBILIDAD MENTAL*. Ed. Fontanella. España. 1973, pp. 119-175.

- Los niños que viven en colectividad institucional u hospitalaria están expuestos a múltiples afecciones físicas, las cuales se conjuntan con los factores de carencia afectiva.

Por otro lado, E. Pichon Rivier, en un texto de 1976, señaló la existencia de los oligotímicos, los cuales son causa de "retardos afectivos", planteando como sus características el no estar relacionados con lesiones orgánicas y tener formas múltiples.

También tenemos la presencia de los sujetos con deficiencia mental "de buena salud", según Penrose:

"...poseen un desarrollo físico casi correspondiente a su edad real, sin malformaciones o disgenesias congénitas, con un equipo sensorial casi satisfactorio. A veces, presentan trastornos de comportamiento y sus posibilidades de adaptación son satisfactorias. Poseen una insuficiencia intelectual límite y un equilibrio particular de sus funciones. Constituyen una gran mayoría..."¹⁴

Los elementos progenéticos son importantes desde una perspectiva filogenética o poblacional. A ese nivel, se mencionan investigaciones actuales que se realizan sobre el fondo genético del patrimonio hereditario de una población.

Tales investigaciones son realizadas en el plano de las causas de la evolución de la población y de las influencias de variaciones a que está sometida la población, en el ámbito individual, de pareja y familiar.

¹⁴ Citado en Zazzó, R.: *Los Débiles Mentales*. Cap. III: Matty chiva e Yvette Rutschmani: *LA ETIOLOGÍA DE LA DEBILIDAD MENTAL*. Ed. Fontanella. España. 1973, pp. 119-175.

TABLA II:FACTORES EXTRINSECOS, EXOGENOS, ADQUIRIDOS O DEL AMBIENTE

1.Factores Prenatales	2.Factores Perinatales	3.Factores Posnatales	4.Factores Psicoafectivos
<ul style="list-style-type: none"> • Infección materna transmitida al embrión o viriasis materna. • Toxoplasmosis • La Psicoembriología rubeólica. • Las Emrbiopatías infecciosas. • Incidentes de los tratamientos medicamentosos. • Maniobras abortivas. • Anoxemia por hemorragia prenatal. • Afección hemolítica. • La Irradiación Roentgen del feto. • Agentes químicos. • Efectos retardados de la ingestión de farmacos. • Deficiencia de vitaminas. • Ingestión materna de venenos. • Nutrición deficiente del huevo. • Factores mecánicos en el interior del útero. • Carencia o exceso de hormonas. 	<p align="center">Perturbaciones hemodinámicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anoxemia o asfixia • Prematuridad 	<ul style="list-style-type: none"> • encefalis debida al sarampión, la rubeola, la escarlatina, la viruela, las paperas. • encefalis debidas a vacunas • Las meningitis purulentas • La meningitis tuberculosa • Las convulsiones • Encefalitis agudas • La toxicosis de los lactantes • Gastroenteritis aguda con deshidratación grave • mixedemonas secundarias posinfecciosos intoxicación de óxido de carbono 	<p align="center">Factores Psicogenéticos que intervienen en la concepción o en la vida intrauterina</p> <ul style="list-style-type: none"> • La separación madre-hijo por causas de hospitalización u otras • Lactantes en condiciones de vida afectiva desfavorable • Lactantes que viven en colectividad institucional u hospitalaria

CAPITULO III: EL DIAGNÓSTICO PRENATAL

III.1: El Diagnóstico Prenatal

El desarrollo de la genética permitió la creación de una nueva ciencia: La Ingeniería Genética, por medio de la cual se inicia la existencia de una población derivada de una rigurosa auscultación genética.

También, con los avances de la Ingeniería Genética se pretende conocer las causas de ciertas enfermedades genéticas o la predisposición a anomalías infecciosas, a la vez que igualmente, se dispondrá de un diagnóstico prenatal preventivo.

Las finalidades de la ciencia genética es poder desencadenar las cadenas del ADN, y poder descifrar cada una de sus informaciones e interpretar su código.

En tanto que la información genética se encuentra depositada en los genomas, la ciencia genética se propone descifrar el genoma incluido en el ADN humano, con propósitos de utilidad máxima y práctica y tomando en consideración que el genotipo humano está compuesto de 100 000 genes, de los cuales 4, 550 se han identificado y sólo 1,500 se hallan perfectamente ubicados en los cromosomas.

Sabemos de la existencia de un proyecto de genética humana en los E.U.A., a desarrollarse en un lapso de 15 años, con el objetivo de proporcionar las bases para el conocimiento de los datos del crecimiento; del desarrollo y de la salud del hombre. Dicho proyecto se instrumenta desde fines de los años ochenta del presente siglo, por J.Watson y F. Crick.

Sin embargo, para efectos del diagnóstico prenatal los métodos y técnicas de diagnóstico tienen la peculiaridad de pretender eliminar los genes perjudiciales que subsisten en la especie humana.

El objetivo principal del diagnóstico prenatal se dirige a los padres con altos índices de riesgo de tener un hijo(a) con alteraciones o malformaciones congénitas, para proporcionarles la oportunidad de tener una descendencia normal, sin que ello atente en contra de la existencia del producto.

III.2: Generalidades

Para poder cumplir con sus funciones, el diagnóstico prenatal se propone:

- a) detectar portadores de alteraciones en alguno de los padres o en ambos;
- b) prever en la madre alteraciones letales que puedan ocasionar el aborto;
- c) prever o detectar enfermedades fetales; o ciertas alteraciones cromosómicas durante el embarazo.

Asimismo, es propio del diagnóstico prenatal considerar los problemas relativos a la heterocigosidad, a escala de población, aun en parejas sin antecedentes o historia previa, en situaciones anteriores al embarazo.

Por lo anterior, el diagnóstico prenatal también establece una prevención y un control de posibles complicaciones emocionales en los padres cuando hay posibles alteraciones cromosómicas durante la gestación o la portación de anomalías genéticas en los padres.

En consecuencia, el diagnóstico prenatal se realiza óptimamente antes de planear el embarazo.

Ejes Centrales del Diagnóstico Prenatal

1o. A partir de los estudios realizados sobre los cromosomas y sobre los genes es posible informarse con un grado confiable de certeza de las características del ser por nacer, así como de las enfermedades a las que puede exponerse.

2o. En tanto que la historia de la evolución del ser humano se encuentra hecha de variaciones, éstas ocurren tanto en una sola célula, así como a nivel somático.

III.3: Indicadores para la realización del Diagnóstico Prenatal

Uno de los casos más frecuentes que requieren del servicio de diagnóstico prenatal, es la fertilización de mujeres con una edad promedio de 37 años. Lo anterior se debe a que la edad materna avanzada; entre los 40 y 44 años o entre los 35 y 39 años, sugiere riesgo de alta incidencia de problemas cromosómicos; con un 1 a un 40 % de posibilidades en el primer grupo; y de un 2 %, en el segundo núcleo.

Sin embargo, en los casos en donde lo que se plantea es descartar o confirmar la posibilidad de síndrome de Down, es sobresaliente que el diagnóstico se ha aplicado en un 80 % de mujeres de 33 años como promedio; y que el 80 % de los productos síndrome 21, nacen de mujeres con una edad promedio menor de 34 años.

Otro indicador importante para la realización del diagnóstico prenatal es la existencia de padres portadores de traslocación o alteraciones letales, ya sea que el portador sea la madre o el padre o ambos.

El nivel de probabilidades de la existencia de traslocación es de un 4 a un 20 %, en función de asignar el portador y de la alteración en cuestión.

En este grupo se observa: un 50 % de traslocaciones D/G que se heredan; así como la producción esporádica del subgrupo G/G. También se observó que los portadores de traslocaciones 21/21, presentan un 100 % de riesgo de procrear un hijo con problemas cromosómicos.

Un indicador más, lo es la existencia de un descendiente anterior con trisomía 21 u otra alteración. En estos casos, en relación con mujeres menores de 35 años, el nivel de incidencia es de uno a dos por ciento.

Otros indicadores eventuales son: la presencia de cariotipos paternos o maternos anormales; posible hipo o hipertiroidismo materno; enfermedades hereditarias en las que existen rompimiento cromosómico; asociaciones satélite observadas en el cariotipo de cualquiera de los progenitores, etcétera.

III.4: Procedimientos Metodológicos del Diagnóstico Prenatal

Es necesaria la implantación de diagnósticos prenatales aun antes de la planeación del embarazo, así como su aplicación a parejas sin riesgo previo de procrear un hijo con problemas cromosómicos.

Igualmente se deberán contemplar, previo al diagnóstico, la siguiente información como resultado de la aplicación de cuestionarios (abiertos y/o cerrados) o de la anamnesis: considerar la notificación del análisis de la herencia; revisión de los informes hospitalarios; atención al informe de pigmentación incontinente; y el conocimiento de la historia personal de los progenitores.

Merecen mayor atención en la aplicación del diagnóstico prenatal las parejas con antecedentes previos de abortos repetidos y/o antecedentes de anomalías congénitas.

Los métodos de diagnóstico prenatal actualmente se realizan en cuatro formas:

- a) Por el procedimiento del cultivo de las células del líquido amniótico abdominal.
- b) A partir de los cultivos de fibroplastos
- c) Con el cultivo de las vellosidades coriales, y
- d) Con el apoyo del estudio ultrasonográfico.

En el caso de la técnica del cultivo de las células del líquido amniótico, ésta consiste en el reconocimiento de la estructura y el número de cromosomas de las células muestra mediante la labranza de sus células y piel fetal, conducto intestinal, vías respiratorias y tracto urinarias.

La técnica del análisis de una muestra del líquido amniótico estriba en especificar una entidad particular incluyendo su subtipo. Igualmente, a partir de este método se tiene una demostración de los cariotipos fetales, resultado del análisis cromosómico y del ensayo bioquímico. Es decir, se tiene la información de la estructura de los cromosomas del producto, así como su correspondiente número.

En los estudios a realizar sobre alteraciones congénitas, éstos revelarán posiblemente la presencia de una patología no sospechada y/o la presencia de fetos múltiples, así como se detecta la presencia de alteraciones congénitas.

El método de cultivo de fibroplastos, así como el método amniótico, consisten en retener el proceso enzimático a través de generaciones sucesivas en cultivo, con el objeto de permitir el análisis de la actividad enzimática disminuida o ausente y de detectar el exceso de material de depósito.

La técnica del cultivo de las vellosidades coriales se apoya en el estudio ultrasonográfico al producto y consiste en la toma de una muestra de las vellosidades coriales, aproximadamente a fines del segundo mes del embarazo.

En esta técnica se parte de considerar la capa celular del tejido en reproducción activa, para la obtención de un resultado preliminar directo y en una segunda etapa de cultivo, se obtiene el veredicto final en un término de 10 a 30 días.

El estudio ultrasonográfico es un estudio complementario a los anteriores y para su aplicación se recomienda que se aplique antes del método de cultivo de amniocentesis.

Con esta técnica se puede localizar la placenta, y de esa manera disminuir la frecuencia de extracciones sanguíneas y de pérdida fetal. Además, esta técnica puede detectar otras malformaciones externas en las quince semanas de germinación; y de órganos internos, a partir de la vigésima.

Igualmente, se sabe del método de diagnóstico sustentado en la producción de una sustancia llamada alfa-fetoproteína, en donde, a partir de la concentración elevada o baja de esta sustancia, se tienen probabilidades o no de alteraciones cromosómicas o problemas en el sistema nervioso central.

III.5: Riesgos y Limitaciones del Diagnóstico Prenatal

Los métodos de diagnóstico prenatal, en forma conjunta mantienen aproximadamente un índice de un siete por mil de errores en los casos estudiados, siendo los más frecuentes: el de la determinación del sexo; el análisis del cariotipo; y los errores que se dan en las alteraciones bioquímicas del metabolismo.

Una de las limitaciones de dichos métodos es que en las enfermedades de inclusiones citoplasmáticas -la rubeola, toxoplasmosis, o tras la irradiación materna o ingestión de drogas-, puede observarse rompimiento de cromosomas en las células de líquido amniótico abdominal, por lo cual en tales casos no se puede deducir el estado fetal.

Igualmente, las observaciones citogenéticas presentan dificultades de interpretación en los siguientes casos:

- a) los grados elevados de poliploides son compatibles con un sujeto cariotípicamente normal;
- b) el mosaicismo puede pasar fácilmente inadvertido;
- c) el cultivo celular puede producir variaciones espontáneas como traslocaciones;
- d) las variaciones en el HP del medio de cultivo inducen a errores cromosómicos;
- e) la contaminación de los cultivos por microplasma produce a veces anomalías cromosómicas, incluyendo mosaicismo no habitual, etc.

Por otra parte, y de manera fundamental, hallamos que el principal riesgo que mantiene un diagnóstico preventivo es la modalidad de que los cromosomas dominantes (perjudiciales o no) pueden pasar en inmediatas o futuras generaciones a ser recesivos; y los cromosomas recesivos (perjudiciales o no), pasen a ser dominantes.

**CAPÍTULO IV : LOS SERVICIOS DE EDUCACIÓN ESPECIAL
-ÁREA DEFICIENCIA MENTAL- DIRECCIÓN DE
EDUCACIÓN ESPECIAL(DEE)/SEP. MÉXICO.**

**IV. 1: LA HISTORIA DE LA EDUCACIÓN EN MÉXICO (ÁREA DE
DEFICIENCIA MENTAL, Y Otras).**

CUADRO CRONOLÓGICO:

-1867.- Bajo el mandato del Presidente B. Juárez, se fundó la Escuela Nacional de Sordos

-1870.- Se crea la Escuela Nacional de Ciegos.

Estas dos escuelas representan los primeros centros escolares oficiales de atención a necesidades especiales

-1914.- Se principia la organización de la escuela para deficientes mentales, en la CD. de León Gto., promovida por el Oftalmólogo Dr. José de Jesús González.

. El Dr. José de Jesús González realiza estudios sobre las relaciones dadas entre la deficiencia visual y la deficiencia mental.

. El Dr. J. de J. González es considerado precursor de la necesidad de atención a niños con deficiencia mental, por medio de la creación de escuelas modelo.

1918.- Se fundan las escuelas de orientación para varones y niños.

-1919 a 1927.- La UNAM, en el D.F., organizó grupos de capacitación y experimentación pedagógica, de atención a deficientes mentales.

. Se inicia una escuela para deficientes mentales, en Guadalajara, Jal., promovida por el Prof. Salvador M. Lima.

-1924.- El Dr. Santamarina realiza las primeras clasificaciones de los alumnos en algunas escuelas primarias.

-1930.- El Dr. Santamarina elaboró un estudio comparativo de la escala Binet-Simon- revisión Stanford-, y la adaptación hecha por el Dpto. de psicopedagogía, siendo el primero en adoptar y standarizar la aplicación de pruebas mentales.

El Dr. Santamarina da a conocer una investigación realizada con niños de clases populares, en donde se concluye que el medio determina una inferioridad en contra de los niños de clases desprotegidas y a favor de la clase media

-1932.- Se funda la escuela para anormales: 'Dr. José de Jesús González' impulsada por el Dr. Santamarina, con sede en el anexo a la policlínica No. 2.

.Educación pública, por medio de su sección de Higiene Escolar, creó —a instancias del Dr. Santamarina y del Mtro. Lauro Aguirre—, el Departamento de Psicopedagogía. En éste, se realizaron investigaciones sobre las constantes del desarrollo físico y mental en niños de algunas escuelas primarias del país. Sus conclusiones señalan la desnutrición como factor que afecta el aprovechamiento escolar.

. Los anteriores estudios y otros problemas psicopedagógicos culminaron con la creación del Centro de Investigaciones, y la apertura de la Escuela de Recuperación Física, con domicilio en el anexo de la policlínica No.1.

-1935.-La necesidad de ampliar el carácter oficial de la educación especial fue promovida por el Dr. Roberto Solís Quiroga.

.Como consecuencia de la promoción lograda por el Dr. Solís Quiroga, se incluye en la Ley Orgánica de Educación un apartado referido a la protección de los deficientes mentales a cargo del Estado.

.Las anteriores acciones influyeron en la creación del Instituto Médico-Pedagógico, el cual tuvo como objetivo la atención de niños deficientes mentales. La jefatura estuvo a cargo del Dr. Solís Quiroga. Su sede quedó en el Parque Lira, hasta 1957.

-1937.-Se establecen las Clínicas de Conducta y la de Ortolalia.

-1941.- El Ministro de educación, Lic. Octavio Vejar Vásquez, por recomendación del Dr. Solís Quiroga, promueve la Fundación de la Escuela de Especialización de Educación Especial.

. En consecuencia, las Cámaras de Diputados y Senadores aprueban los cambios hechos a la Ley orgánica de Educación.

-1942.- Se inician experimentalmente dos grupos diferenciales en la escuela anexa a la Normal de Maestros.

-1943.- Apertura de la Escuela de Formación Docente para Maestros Especialistas en Educación Especial, siendo su domicilio la sede del Instituto Médico-Pedagógico, Parque Lira.

-1944.- Existen diez grupos diferenciales en diferentes escuelas del D.F.

-1945.-La Escuela de Educación Especial se amplía con las especialidades de educación para ciegos y sordomudos.

-1954.- Inicia sus funciones la Dirección de Rehabilitación.

-1955.-La Escuela de Especialización en Educación Especial crece con la introducción de lesionados del aparato locomotor.

-1958.- En la Cd. de Oaxaca se creó una Escuela de Educación Especial.

-1959.- Inicia sus funciones la Oficina de Coordinación de Educación Especial, (OCEE), quedando adscrita a la Dirección General de Educación Superior e Investigaciones Científicas. La Dirección la llevó a cabo la Profesora Odalmira Mayagoitia.

.Dicha Oficina elaboró los fundamentos, definiciones, conceptos básico, normas y estrategias de la Educación Especial.

-1960.-La Oficina de Coordinación de Educación Especial (OCEE), creó las Escuelas Primarias de Perfeccionamiento Nos. 1 y 2, las cuales incluyeron la atención temprana de niños con deficiencia mental.

.La (OCEE), a cargo de la Profra. Mayagoitia impulsó estudios sobre los niveles mentales de alumnos de 1o. y 2o. grado en varias primarias del D.F.

. En consecuencia, se fundaron varias Escuelas de Educación Especial, antes Primarias de Perfeccionamiento.

-1961.- Inicio de funciones de las Escuelas de Perfeccionamiento Nos. 3 y 4.

-1964.- Se crearon los Centros de Cooperación Nos. 1 y 2, como alternativa para los niños que por sus características fueron rechazados de las escuelas de perfeccionamiento.

-.Existen diez Escuelas de Perfeccionamiento en el D.F.: y doce en todo el País (Monterrey, Aguascalientes, Puebla, Tampico, Córdoba, Saltillo, Culiacán, Mérida, Colima, Hermosillo, Chihuahua y San Luis Potosí).

-1966.- La Escuela de Especialización de Educación Especial, bajo la Dirección de la Profra. Mayagoitia, inicia la reforma de los planes y programas de estudio de las especialidades de dicho centro de estudios.

.La Escuela de Especializaciones de Educación Especial cambia su domicilio, para quedar ubicada en Campos Elíseos.

-1970 a 1976 .-(D:G:E:E:).En diciembre de 1970 se creó la Dirección General de Educación Especial (DGEE), como resultado de una nueva actitud educativa del Estado, en vinculación con las recomendaciones de la UNESCO, en reflejo del interés Mundial de atención a los discapacitados.

-El Decreto de creación de la (DGEE), le otorgó las siguientes funciones: organizar, dirigir, desarrollar, administrar y vigilar el Sistema Federal de Educación para niños atípicos y la formación de profesores especialistas.

.-Lo anterior permitió que oficialmente se sistematizaran y coordinaran acciones hasta entonces dispersas y fragmentarias.

-La (DGEE) de 1970 a 1976 estuvo a cargo de la Profra. Odolmira Mayagoitia, siendo de este periodo las siguientes acciones:

- Se extendieron los servicios de educación especial a algunos estados más del interior del país.
- Se formaron los primeros grupos integrados en el D.F. y Monterrey.
- Se iniciaron los Centros de Rehabilitación y Educación Especial (CREE).

-1976 a 1978.- (DGEE).- Dicho periodo estuvo bajo la Dirección de la Profra. Guadalupe Méndez Gracida. En el mismo se realizaron las siguientes tareas:

- Ampliación de los Servicios,
- Consolidación de los grupos integrados,
- Continuación de la instalación de Coordinaciones en el D.F. y en los Estados.

-1978 a 1987.- (DGEE).- Dicho periodo lo dirigió la Dra. Margarita Gómez Palacio, la cual realizó las siguientes acciones relevantes:

- Amplió los servicios de educación especial a todo el país, duplicándose anualmente los servicios existentes.
- Realizó la revisión de la estructura y programas de los servicios de educación especial.
- Acrecentó la formación y actualización del personal docente en servicio.

- Extendió las coordinaciones abarcando toda la nación.
 - Realizó innovaciones psicopedagógicas e institucionales
 - Fomentó la promoción de investigaciones novedosas sobre lecto-escritura, matemáticas, etcétera.
- 1980.- Se editan las "*bases para una política de educación especial*".
- 1981.- La UNESCO celebra, a iniciativa de México, el año de 1981 como el "*año internacional de las personas con requerimientos de educación especial*", y exhorta a los países miembros a adaptar esta referencia para los sujetos con cualquier discapacidad.
- 1984.- IPALE/PALEM. Se realiza la implantación de la propuesta de aprendizaje de la lecto-escritura y la matemática.
- 1987 a 1989.- (DGEE). Periodo a cargo de Salvador Valdés Cárdenas.
- 1989 a 1992. (DGEE). Periodo bajo la Dirección de Humberto Galeana Romano.
- 1992 a la fecha. (D.E.E.). Periodo jefatureado por Elíseo Guajardo Ramos.
- Mayo de 1992.**- El Acuerdo Nacional para la Modernización Educativa modificó el artículo 3o. Constitucional y creó la Ley General de Educación.
- 13 de julio de 1993.**- La *Ley General de Educación* incluye el artículo 41 con la referencia explícita a Educación Especial.
- 1994.- Se inicia la política educativa de integración y "*educación para todos*"
- Se crean las Unidades de Servicios de Apoyo a la educación Regular (USAER).
- 1995.- Establecimiento del Programa Nacional para el Bienestar y la Incorporación al Desarrollo de las Personas con Discapacidad.
- Junio de 1996.**- Evaluación del primer año del Programa Nacional para el Bienestar y la Incorporación al Desarrollo de las Personas con discapacidad.
- Presentación del Registro Nacional de Menores con Discapacidad.

IV. 2: LA LEGISLACIÓN EDUCATIVA PARA LA EDUCACIÓN ESPECIAL EN MÉXICO.

La legislación educativa es el rubro que aborda el sustento jurídico que fundamentan las estrategias y políticas educativas de todos los niveles del Sistema Educativo Nacional, o de alguno en específico, como Educación Especial. Esto es, la legislación educativa diseña y eleva a rango constitucional la leyes, normatividad y lineamientos que rigen a la educación o a un sector o nivel de ella.

Antecedentes

Primeramente, el reconocimiento de la educación especial como parte integrante del Sistema Educativo Nacional, queda inscrito en el artículo 15 de la ley Federal de Educación, a saber:

"Capítulo II. Sistema Educativo Nacional
artículo 15.- El Sistema Educativo Nacional comprende los tipos elemental, medio y superior, en sus modalidades escolar y extraescolar (...).

El Sistema Educativo Escolar comprende, además, la educación especial o la de cualquier tipo y modalidad que se imparta de acuerdo con las necesidades educativas de la población y las características particulares de los grupos que la integran."¹⁵

También, encontramos referencias jurídicas aplicables a la educación especial, en un periodo que podemos señalar perteneciente al sexenio próximo pasado (hasta 1989). En dicho periodo existieron dos formas de legislación: la directa y la indirecta.

Referencia Jurídica Indirecta:

En esta parte se encuentran los artículos 48 y 52 pertenecientes a la Ley Federal de Educación.:

" Artículo 48.- Los habitantes del país tienen derecho a las mismas oportunidades de acceso Sistema Nacional, sin más limitación que satisfacer los requisitos que establezcan las disposiciones relativas.

¹⁵ Citado en : *Bases para una Política de Educación Especial*. Tema 2: Fundamentos Legales, Dirección General de Educación Especial. SEP, 1980. pp. 7-9

Artículo 52.- Son derechos de quienes ejercen la patria potestad o tutela:
I. Obtener la inscripción escolar necesaria para que sus hijos o pupilos menores de edad reciban la educación primaria; (...)¹⁶

A la vez, los referidos artículos pertenecientes a la Ley Federal de Educación (15,48 y 52), quedan inscritos en los fines y principios establecidos en el artículo 3o. Constitucional:

"Artículo 3o.- La educación que imparta el Estado-Federación, Estados-Municipios-, tenderá a desarrollar armónicamente todas las facultades del ser humano (...)"¹⁷

Referencia Jurídica directa

En este aspecto, encontramos dos modalidades: los compromisos sostenidos con organismos internacionales, y los documentos elaborados por profesionales interesados en el sector de educación especial.

En el primer caso tenemos la *Declaración de los Derechos del Niño*, promulgado en 1959; la *Declaración de las Personas mentalmente Retardadas*, hecha en 1971; y la *Declaración de los Derechos de los Impedidos*, realizada en 1976. En general, los documentos señalados sugieren las acciones nacionales e internacionales sobre puntos y bases convergentes que aseguren a los afectados, la dignidad humana, la salud, la educación, la rehabilitación para el trabajo, la participación social y política, además de todas las condiciones de vida plena.

La Trabajadora Social y Profesora Carolina Baur Arenas elaboró el *Decálogo de los Derechos del Niño Mexicano*, el cual declara en su inciso IX, que:

"El niño lisiado, débil física o socialmente, tiene derecho a que se le rehabilite con medios modernos de educación a fin de incorporarlo a la sociedad"¹⁸

¹⁶ Citado en *op cit.*, pp.7-9

¹⁷ Citado en *op cit.*, pp. 7-9

¹⁸ Citado en *op cit.*, pp. 7-9

Legislación vigente

En mayo de 1992, el Gobierno sexenal en turno (1989-1994), instrumentó el Acuerdo Nacional para la Modernización Educativa, mismo en el que se estableció la modificación del artículo 3o. Constitucional, así como la Reforma a la Ley Federal de Educación, como puntos prioritarios de su política educativa: "la integración educativa para todos".

Lo anterior se relaciono con la necesidad de incluir en la integración educativa al sujeto con discapacidades, para lo cual era necesario una cobertura legal. Así, en las modificaciones realizadas al 3o. Constitucional; y a la Ley Federal de Educación, se consideró la incorporación de la educación especial a la actual Política de Educación Básica.

El nuevo artículo 3o. de la *Constitución Política Mexicana* quedó de la siguiente manera:

"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 (...)"¹⁹

Los cambios efectuados a la Ley Federal de Educación, culminaron con la creación de la Ley General de Educación, en el decreto publicado en el Diario Oficial, el día 13 de Julio de 1993, lo cual incluyó, en relación a nuestro tema, los siguientes aspectos:

Legislación Indirecta

"Artículo 2o. Todo individuo tiene derecho a recibir educación y todos los habitantes del país tienen las mismas oportunidades de acceso al Sistema Educativo Nacional, con solo satisfacer los requisitos que establezcan las disposiciones generales aplicables.

¹⁹ Incluido en: *CONSTITUCIÓN POLITICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS*. Dirección General de Gobierno. Secretaría de Gobernación. Diario Oficial de la Federación. México. Febrero de 1994.

La educación es el medio fundamental para adquirir, transmitir y acrecentar la cultura; es proceso permanente que contribuye al desarrollo del individuo y a la transformación de la sociedad, y es factor determinante para la adquisición de conocimientos y para formar al hombre de manera que tenga sentido de solidaridad social.

Artículo 3o. El Estado está obligado a prestar servicios educativos para que toda la población pueda cursar la educación preescolar, la primaria y la secundaria (...).

Artículo 4o. Todos los habitantes del país deben cursar la educación primaria y la secundaria. Es obligación de los mexicanos hacer que sus hijos o pupilos menores de edad cursen la educación primaria y secundaria. (...)

Artículo 7o. La educación que impartan el Estado, sus Organizaciones Descentralizadas (...) además de los fines establecidos en el 2o. párrafo del artículo 3o. Constitucional [-incluye-] los siguientes:

I. Contribuir al desarrollo integral del individuo para que ejerza plenamente sus capacidades humanas.

II. Favorecer el desarrollo de facultades para adquirir conocimientos, así como la capacidad de observación, análisis y reflexión crítica. (...) ²⁰

Legislación Directa

En esta parte se incluyen los artículos de la Ley General de Educación que de manera manifiesta abordan una política educativa y que establecen un marco legal que compete a la Educación Especial :

"Artículo 10 Constituyen el Sistema Educativo Nacional:

I. Los educandos y educadores

II. Las autoridades educativas

III. Los planes, programas, métodos y materiales educativos.

IV. Las instituciones educativas del Estado y sus organismos descentralizados.

(...)

²⁰ Ley General de Educación. Diario Oficial de la Federación. Secretaría de Gobierno. SEP. 13 de Julio de 1993.

Las instituciones del sistema educativo nacional impartirán educación de manera que permita al educando incorporarse a la sociedad y, en su oportunidad, desarrollar una actividad productiva y que permita, asimismo, al trabajador estudiar.

(...)

CAPÍTULO III: DE LA EQUIDAD EN LA EDUCACIÓN

Artículo 32. Las autoridades educativas tomarán medidas tendientes a establecer condiciones que permitan el ejercicio pleno del derecho a la educación de cada individuo, una mayor equidad educativa, así como el logro de la efectiva igualdad en oportunidades de acceso y permanencia en los servicios educativos.

Dichos modelos estarán dirigidos de manera preferente, a los grupos y regiones con mayor rezago educativo o que enfrenten condiciones económicas y sociales de desventaja.

CAPÍTULO IV. DEL PROCESO EDUCATIVO

Sección 1. De los tipos y modalidades de educación.

Artículo 37. La educación del tipo básico está compuesta por el nivel preescolar, el de primaria y el de secundaria. La educación preescolar no constituye un requisito previo a la primaria.

(...)

Artículo 39. En el Sistema Educativo Nacional queda comprendida la educación inicial, la educación especial y la educación para adultos.

De acuerdo con las necesidades educativas especiales de la población, también podrá impartirse educación con programas o contenidos particulares para atender dichas necesidades.

Artículo 41. La educación especial está destinada a individuos con discapacidades transitorias o definitivas, así como aquéllos con aptitudes sobresalientes. Procura 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 a alumnos con necesidades de educación especial”²¹

Actualmente, el Gobierno sexenal en turno, enunció el Plan Nacional de Desarrollo (1995-2000), en el cual, en relación al tema de nuestro trabajo, fundamenta una educación de calidad basada en una formación sólida de: valores, actitudes, hábitos, conocimientos y destrezas, éstos desarrollados desde la primera infancia, a través de los niveles preescolar, primaria y secundaria, con el objetivo central de garantizar a todos los niños y jóvenes una educación gratuita, etcétera.

Dicho plan también incluye adicionalmente, el refuerzo de la educación especial en beneficio de la población que atiende. Y marca como estrategias centrales: la aplicación de programas y acciones que garanticen el acceso al nivel preescolar, primaria y a la secundaria, entre otros.

Compromisos Internacionales

Además de la legislación educativa, existen acuerdos y declaraciones avaladas por los gobiernos en turno, en representación de nuestro país, y que abordan directamente; los derechos y la política educativa hacia el sector de educación especial, específicamente -para interés de nuestro trabajo-, el caso de deficiencia mental:

- Declaración Universal de Derechos humanos de 1948, en donde en resumen, se establece el derecho que tienen todas las personas a la educación.
- Declaración Mundial sobre "Educación para todos" de 1990, en su artículo 3.5 plateó garantizar el derecho a la educación a todos, independientemente de sus diferencias particulares.
- Normas Uniformes sobre Igualdad de Oportunidades para las Personas Discapacitadas. Resolución 48/96 aprobada por la asamblea General de la O.N.U., el 20 de diciembre de 1993. Aquí se invito a los países miembros a garantizar la educación proporcionada a sujetos con discapacidad como parte integrante del Sistema Educativo.

²¹ Citado en el *Diario Oficial de la Federación*, loc cit.

- Declaración de Salamanca, realizada en España en Junio de 1994, e impulsada por la UNESCO y el Gobierno Español. En esta declaración se plantean Principios, Política, Práctica y un Marco de Acción para los países y organizaciones participantes. En síntesis, nuestro país, representado por la Dirección de Educación Especial/SEP, adquirió en esta reunión los siguientes compromisos: promover la educación para todos; escuelas para todos, con especial atención a los niños que tienen necesidades de educación especial; se bosquejaron los principios de integración de éstos, así como los de una educación integradora; igualmente, se estableció el respeto a las diferentes características y necesidades de cada sujeto. También, en dicha reunión, se delineó una política de participación social en la educación, principalmente especial (escuela, familia y comunidad).

IV. 3: LA POLÍTICA EDUCATIVA DEL ESTADO PARA EDUCACIÓN ESPECIAL (ÁREA: DEFICIENCIA MENTAL).

ANTECEDENTES

En Junio de 1994, en Salamanca, España, contando con la participación de alrededor de 300 participantes, representando a 92 países y 25 organizaciones internacionales, se realizó la Conferencia Mundial sobre Necesidades Educativas Especiales, auspiciado por la UNESCO y el Gobierno Español, con las metas centrales de concensar una política educativa que promoviera la "educación para todos", y que capacitara a las escuelas que atienden a niños con necesidades especiales.²²

Los acuerdos y trabajos previos anteriores que sirvieron como marco de referencia para la citada Conferencia Mundial, fueron:

- La Declaración Mundial de Derechos Humanos (1948)
- La Declaración de Satisfacción de las Necesidades Básicas del Aprendizaje para el Decenio de 1990. UNESCO.
- La Conferencia Mundial sobre la Educación para Todos, de Jomtiem, Tailandia, realizada en marzo de 1990.
- Las Normas Unitarias sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad. O.N.U. Dic. 1993.

²² Extraído de la Declaración de Salamanca de Principios, Política y Práctica para las Necesidades Educativas Especiales. Marco de Acción sobre Necesidades Especiales. Conferencia Mundial sobre Necesidades Educativas Especiales. Salamanca. España, Junio de 1994. Ed. Dirección de Educación Especial. Cuadernos de Integración Educativa. No. 3 SEP. México. Nov. 1994.

Los acuerdos consensados en que culminó la Conferencia mundial de Salamanca, abordaron tres ejes centrales, a saber:

1. La declaración de Principios
2. La Elaboración de una Política Educativa
3. El Diseño de una Práctica o Marco de Acción Sobre Necesidades Educativas Especiales.

A continuación, glosaremos cada uno de dichos apartados, concretamente en su vinculación con el área de deficiencia mental de la educación especial.

1. PRINCIPIOS

- Todos los niños tienen el pleno derecho a una educación con igual oportunidad de alcanzar y mantener un nivel aceptable de conocimientos.
- Cada niño tiene características, intereses, capacidades y necesidades de aprendizaje particulares.
- La integración y la participación forma parte esencial de la dignidad humana y del disfrute y ejercicio de los derechos humanos.
- El término "necesidades de educación especial" se refiere a todos los niños y jóvenes cuyas necesidades se derivan de su capacidad o sus dificultades de aprender.
- Las personas con necesidades de educación especial debe acceder a escuelas regulares e integrarse apoyados por una pedagogía especial centrada en las características particulares del niño.
- Por experiencia, se reconoce que las escuelas regulares de orientación integradora son el medio más eficaz para combatir actitudes discriminatorias, crear comunidades de aceptación, construir una sociedad integradora y lograr una educación para todos.

2. POLÍTICA

- La Declaración de Salamanca recomendó a todos los gobiernos participantes que incluyan como prioridad política y presupuestaria la atención al mejoramiento de sus sistemas educativos.
- La política educativa de cada gobierno debe reconocer la estrategia de creación de escuelas integradoras en zonas rurales y urbanas, como la forma más eficaz de garantizar una "educación para todos", e incluirla como programas clave de desarrollo del país.

- Ante el aumento de la población con necesidades educativas especiales, principalmente en los países en desarrollo, deben de generarse acciones conjuntas, a nivel nacional e internacional.
- Promover la realización de reuniones, seminarios, convenciones, conferencias, etc., tanto nacionales como internacionales, sobre temas de capacitación relacionados a la educación en general, los cuales deberán incluir integralmente a la educación especial. Además, se sugirió la cooperación técnica internacional sobre los mismos tópicos.
- A los Organismos de financiamiento, se les propuso apoyar y fomentar las iniciativas relacionadas con la "educación para todos", así como también se les aconsejó la integración de los servicios de educación especial en todos los proyectos de desarrollo.
- Se recomendó la cooperación entre Departamentos Universitarios e Instituciones de Capacitación a nivel internacional, en la realización de: estudios comparados; publicaciones de documentos de referencia; elaboración y publicación de materiales didácticos.
- También se mencionó el apoyo a la creación de Asociaciones de Profesionales interesados en la problemática de educación especial.
- Se invitó a los gobiernos asistentes a desarrollar una política de asistencia informativa y técnica preventiva de las causas de discapacidad.
- Otra recomendación aplicable a nivel nacional, fue la realización de campañas de información pública como estrategias directas contra los prejuicios hacia la población con necesidades especiales, con miras a fomentar actitudes positivas hacia éstos.
- También se consideró necesario garantizar el éxito de las escuelas integradoras a partir de la inserción de cambios en la escolarización, y otros, a saber: programas de estudio, edificios, organización de las escuelas, pedagogía, evaluación, dotación de personal, ética escolar y actividades extraescolares.
- Lo anterior, es incluido en una amplia reforma de la enseñanza con la finalidad de mejorar la calidad y pertinencia de ésta, así como de la promoción de un mejor aprovechamiento escolar para todos los alumnos, incluidos los alumnos con necesidades especiales.
- Se exhortó a adoptar sistemas educativos más flexibles y adaptados, capaces de responder a las diferentes necesidades de los alumnos.
- La eficacia y adecuación de la integración de los alumnos con necesidades especiales fueron prevenidas al tomarse en consideración en los planes de estudio los siguientes aspectos: a) la educación preescolar, b) la transición de la vida escolar a la vida laboral activa, c) incluir prioritariamente la educación de las niñas.
- Se invitó a los países y demás asistentes a derribar los obstáculos que impiden el traslado de alumnos con necesidades educativas especiales a escuelas regulares, y a organizar una estructura común entre estas dos modalidades que permita el tránsito de la primera a la segunda.

- Dentro de un enfoque de educación integral, se sugirió a los gobiernos participantes que los niños con necesidades especiales formen parte integral de los planes nacionales de "educación para todos". Para los casos excepcionales de alumnos que no pueden instalarse permanentemente en las escuelas regulares por sus propias particularidades, se reconsidero para éstos, la asistencia parcial a escuelas regulares en varias formas.
- Se deberán procurar las medidas necesarias que garanticen una política integradora de jóvenes y adultos con necesidades especiales, en la enseñanza media superior, al igual que en los programas de formación.
Se planteó a los asistentes la necesidad de garantizar la elaboración de extensos programas de orientación y formación profesional, con el objetivo de fortalecer la atención a las necesidades de educación especial, tanto a nivel inicial como continua en las escuelas integradoras, así como de tomar las medidas necesarias de creación de servicios de apoyo con el mismo sentido. Además, lo anterior deberá ir unido a la inclusión de niños y jóvenes con necesidades especiales en los planes educativos elaborados para la mayoría de niños y niñas. Especialmente, se recomendó a los gobiernos, el apoyo a los programas de educación para niños con necesidades educativas especiales.
- Se priorizó la particular atención a las necesidades de niños y jóvenes con discapacidades graves o múltiples, reconociéndoles igual derecho que los demás de tener una adultez con el máximo de independencia, en la medida de sus capacidades.
- Centralmente, se sugirió la necesidad de reconocer y tomar en consideración las diferencias individuales, así como de considerar en el proceso educativo las distintas situaciones a que hay lugar.
- Se consideró relevante el hecho de que se tuviera una subrayada atención a la implementación de igualdad de oportunidades de acceso a los servicios educativos integrales a las niñas y mujeres con discapacidades, por reconocerse que éstas están doblemente desfavorecidas.
- Igualmente, se delineó la necesidad de una política para fomentar y facilitar la participación de padres de familia, comunidades y organizaciones de personas con discapacidades tanto en el proceso de adopción de decisiones como en la atención a los alumnos con necesidades educativas especiales, con miras a la formación de sociedades integradoras.

3. PRÁCTICA (Marco de Acción Sobre Necesidades Educativas Especiales).

- La primera acción recomendada que deberán emprender los gobiernos es el diseño y aplicación de sistemas educativos y programas que consideren el universo existente de las diferentes características y necesidades educativas.

- La creación de escuelas regulares integradoras posibilitan un marco favorable para lograr una igualdad de oportunidades para todos, conjuntando la participación del personal docente y administrativo de la escuela, así como el de la familia y la comunidad.
- Las Escuelas Regulares Integradoras (ERI) deberán adoptar como principio la aceptación de todos los niños, sin reparar en sus condiciones físicas, sociales, emocionales, lingüísticas, u otras, hasta donde sea posible.
- Las (ERI) reconocerán las diferentes necesidades de sus alumnos para responder a ellas, así como deberán adaptarse a los diferentes estilos y ritmos de aprendizaje de éstos, garantizando una educación de calidad vía programas de estudio pertinentes; una buena gestión escolar, la utilización acertada de recursos; y contando con una asociación con sus comunidades.
- Las (ERI) serán una comunidad colectiva responsable del desarrollo del proceso educativo de cada uno de sus alumnos. El total del equipo docente deberá compartir la responsabilidad de la enseñanza impartida a los niños con necesidades educativas especiales.
- Las (ERI) tendrán como objetivos centrales; elevar la calidad de la educación e intentar cambiar las actitudes de discriminación, creando comunidades de aceptación y generando sociedades integradoras.
- Los Directivos de las (ERI) deberán responsabilizarse de fomentar actitudes positivas en la comunidad escolar, así como de propiciar una cooperación eficaz entre los Profesores regulares y los Maestros especialistas de apoyo.
- Las (ERI) tendrán como estrategias de alta prioridad la identificación, evaluación y estimulación de niños muy pequeños con necesidades educativas especiales.
- Las escuelas especiales podrán continuar funcionando, atendiendo a pocos alumnos, que por sus características particulares, no puedan ser atendidos en las escuelas o clases regulares.
- Se deberán diseñar y aplicar programas educativos destinados a este sector, en los cuales se procurará la participación de personas adultas con discapacidad en su elaboración.
- Se elaborarán programas dirigidos a niños menores de 6 años, en los cuales se reconocerá el principio de integración y su desarrollo incluirá una visión integral, en la cual se combinen las actividades preescolares y la atención a la primera infancia.
- Las personas con necesidades educativas especiales incluidas en las (ERI) deberán ser atendidas por una pedagogía especial, la cual se centrará en las capacidades, características y necesidades del niño y deberá ser capaz de educar con éxito a todos los alumnos, comprendidas las discapacidades graves a partir del desarrollo de estrategias que posibiliten una auténtica igualdad de oportunidades.
- El contenido de la enseñanza y sus derivadas estrategias deberá de responder a las necesidades de los individuos a fin de que éstos puedan participar plenamente en el desarrollo educativo.

- Se exhortó a los gobiernos asistentes a asegurar que los jóvenes con necesidades educativas especiales vivan una correcta transición de la escuela a la vida adulta, proporcionándoles técnicas de capacitación apropiadas y experiencias directas en situaciones extracurriculares, así como inculcándoles las aptitudes necesarias y enseñándoles las habilidades funcionales que respondan a las demandas sociales y de comunicación, y a las expectativas de la vida.
- Especialmente se esforzarán los Estados en impartir capacitación y educación a niñas con necesidades educativas especiales, a la vez que se asegurará su ingreso a la escuela, así como su acceso a la información, orientación y a modelos que les ayuden a escoger opciones realistas para la vida adulta.
- La atención a los adultos con discapacidades se desarrollará a partir del diseño y aplicación de cursos especiales y programas educativos que se ajusten a las necesidades y condiciones de los diferentes grupos de adultos con discapacidades, en donde en su elaboración colaboren personas adultas con discapacidad.
- La participación de la comunidad se logrará al facilitar y fomentar la colaboración de padres de familia, organizaciones de personas discapacitadas, corporaciones de vecinos, etc., tanto en la toma de decisiones como en la complementación de actividades escolares y extraescolares (en el hogar y en la comunidad), en la elaboración de programas, etcétera.
- La propuesta de convocar a los medios de comunicación como mecanismos de sensibilización pública, tienen la intención de fomentar actividades favorables a la integración social de las personas con discapacidades, así como de vencer los prejuicios y corregir la información errónea e incluir un mayor optimismo sobre el potencial de las personas con discapacidades. Estas campañas de sensibilización pública deberán reafirmar periódicamente su compromiso de fomentar la integración e involucrar una actitud positiva en los niños, los profesores y el público en general, hacia las personas con necesidades especiales.

Los antecedentes vertidos arriba son necesarios de considerar, pues de hecho delimitarán el tratamiento de las políticas educativas esgrimidas por el Estado mexicano para el sector de personas con necesidades educativas especiales.

Programa para la Modernización Educativa (1989-1994).

La reforma al Sistema Educativo Nacional se realizó en un contexto de eventos y políticas a nivel nacional e internacional que orientarán los cambios organizativos y técnicos en este sector.

En el orden internacional se ha recogido y sistematizado por la UNESCO (Salamanca, etc.) consensos sobre premisas de una política educativa internacional, que con base en medidas recomendadas, orienta a las instancias pertinentes de los países miembros para realizar el reordenamiento de sus sistemas educativos. Tales premisas se resumen en tres puntos claves, a saber:

1. Educación para todos
2. Atención a la diversidad de la población
3. Educación con calidad

En la situación nacional, el Programa de Modernización Educativa (1989-1994),²³ diseñó una política educativa de reestructuración del Sistema Educativo, por lo cual, en mayo de 1993, se escribió el Acuerdo Nacional para la Modernización de la Educación Básica, en donde se fijó la reestructuración del Sistema Educativo Nacional, a partir de priorizar tres líneas de acción:

- La reorganización del Sistema Educativo Nacional
- La reformulación de contenidos
- La formulación de materiales educativos.

Los anteriores acuerdos culminaron en la modificación del artículo 3o. Constitucional, y en la aprobación de la actual Ley General de la Educación, la misma que establece por primera vez un marco legal para la educación especial en México (artículo 41).

La Reforma Educativa de la Educación Básica en nuestro país se conjuntó con la política educativa de reconocimiento de las necesidades educativas especiales, en donde se consideró que los objetivos de la educación especial son similares a los de la educación general: posibilitar al máximo el desarrollo individual de las aptitudes escolares y sociales, para integrar a los ciudadanos a una vida económica y social. Por lo mismo, se diseñaron cuatro trayectorias clave:

1. El reordenamiento del Sistema Educativo, desde la reestructuración del sistema hasta la gestión escolar de los centros escolares.
2. La flexibilización del currículo básico
3. Actualización y capacitación permanente del personal docente
4. Participación de padres de familia y de la comunidad escolar, en el quehacer educativo.

Al mismo tiempo se reconceptualizaron los mecanismos de atención a los alumnos con necesidades especiales, en donde se concibieron los siguientes postulados:

²³ Includo en el Programa para la Modernización Educativa 1989-1994. Poder Ejecutivo Federal. Nov. De 1989. pp.60-61

a) Las escuelas regulares deben dar atención a todos los alumnos, independientemente de sus características.

b) La atención de las necesidades educativas especiales conlleva transformaciones profundas en la estructura y funcionamiento de la educación regular y de la educación especial, implicando modificaciones de ajuste y adecuación en el Sistema Educativo Nacional.

c) Las necesidades educativas especiales son relativas y dependen del nivel de aprendizaje, de la comunidad escolar, de los recursos disponibles y de la política educativa del Estado Mexicano.

d) Las dificultades educativas surgen de la interacción entre las características del alumno y las características del contexto.

Los anteriores presupuestos permitieron el planteamiento de concepciones teóricas sobre aspectos como: educación básica; necesidades educativas, la gestión escolar; la función social de la educación y la función de la educación, entre otras.

Dichos planteamientos admitieron la importancia de responder a las necesidades básicas de aprendizaje de los alumnos con calidad y equidad social, a la vez que incluyen la exigencia de que se adecuen a la diversidad cultural, económica, física, cognoscitiva, etcétera.

Una consecuencia directa de los postulados anteriores es la constitución de las Unidades de Servicios de Apoyo a la Educación Regular (U.S.A.E.R), en algunas escuelas piloto en el D.F. (Iztapalapa, etc.), como inicio de las transformaciones a realizarse en dichos ámbitos, ubicandolas en los espacios que anteriormente funcionaban los Grupos Integrados, sin que hayan desaparecido todavía éstos.

Las (U.S.A.E.R.) componen una estrategia microestructural de orientación de los servicios, con miras a potenciar la efectividad de sus acciones en la innovación de gestión escolar, en los centros educativos regulares y en los de tipo especial.

'Educación para Todos'

La Conferencia Mundial sobre la Educación Básica realizada en Jomtien, en 1990, formula la declaración sobre la "educación básica para todos", vinculada con la población escolar con necesidades educativas especiales.

Como derivación, la política educativa del Estado mexicano en el próximo pasado sexenio y en el actual, se responsabilizó a impartir educación básica como un derecho para toda la población.

La política de "educación para todos" incluye a las poblaciones, comunidades e individuos que antiguamente habían estado marginados de la educación básica (preescolar, primaria y secundaria), es de subrayar —para efectos de nuestro estudio—, que entre ellos se encuentra la población con deficiencia mental.

Ahora bien, ante una población por demás heterogénea y con la finalidad educativa de lograr una equidad en el acceso y en la calidad de los objetivos educativos, la educación básica en todos sus subniveles, tendrá que asumir una metodología flexible que permita equidad y acceso educativo a toda la población.

La educación básica por principio es incluyente. Esto es, que bajo ningún pretexto, aun científico, no excluye a ningún sujeto, y más, exige que no se omita ninguna tipología o persona con discapacidad, conocida o por conocer, voluntaria o involuntariamente.

Así, pues, entendemos que la política de 'educación para todos' tiene el objetivo para el sector de sujetos con necesidades especiales de educación, de lograr su integración total o parcial a escuelas regulares sin restricción, siendo que en los casos en que esta integración no pueda realizarse, existe la opción de ofrecer varias alternativas: al principio del ciclo escolar o al final; o en el intermedio de la curricula escolar, con la intención de continuar propiciando la integración educativa sin restricción alguna, hacia los ambientes escolares normalizados.

Personas con Necesidades Especiales

Luego, entonces, en el terreno teórico se replanteo el concepto de "sujetos con necesidades especiales de educación", llegando a la conclusión de que éste es aquel alumno que en relación a sus compañeros del grupo, enfrenta dificultades al desarrollar el aprendizaje de los contenidos asignados en el currículo escolar en los mismos tiempos y con los mismos ritmos que el grueso del grupo escolar, por lo que se requiere que a su proceso escolar se incorporen mayores recursos y/o recursos adecuados a su nivel de desarrollo y necesidades particulares, a fin de que logre los fines y objetivos curriculares.

Currículum básico para todos

La atención curricular a los alumnos con necesidades educativas especiales requirió que la Dirección de Educación Especial (DEE)/SEP los situará en el currículo escolar básico, el cual debería de ser amplio y coherente, a la vez que sensible a las necesidades educativas especiales, con la meta de lograr la normalización de éstos.

Ahora bien, la (DEE) realiza acciones para coordinar la transformación de las escuelas básicas regulares con sus instancias propias, también realiza cambios en sus propios servicios, con la intención de reorientar el perfil y el programa de éstos: inicialmente se han creado las (U.S.A.E.R.), como una respuesta en ese sentido en la educación especial.²⁴

A nivel del currículo, el hecho de situar a los sujetos con necesidades educativas especiales en el currículo escolar básico regular obedece al compromiso de lograr la normalización de éstos en las condiciones reales del contexto escolar.

Así, encontramos que las implicaciones de la política anteriormente señalada son:

- Considerar como marco para la atención proporcionada a los sujetos con necesidades educativas especiales, el currículo de la educación básica regular.
- La intervención educativa dada por escuelas regulares se extiende a todos los alumnos, sin importar sus características.
- Considerar el surgimiento de las dificultades de los alumnos como producto de la interacción entre las características del alumno y las características del contexto.
- Asignar a las necesidades educativas especiales un carácter relativo dependiente del nivel de aprendizaje; de la comunidad escolar, así como de los recursos disponibles y de la concepción de la política educativa del sector.
- Dotar a las escuelas básicas regulares de recursos suficientes para que puedan responder a las necesidades de los contenidos escolares y de su población cada vez más heterogénea.

Para los casos excepcionales en que el alumno no pueda ser integrado total o parcialmente a las escuelas básicas regulares, la (D.EE.) estableció que las escuelas especiales continuaran funcionando para aquellos alumnos que por sus propias características requieran de éstá.

²⁴ Extraído de: *UNIDAD DE SERVICIOS DE APOYO A LA EDUCACION REGULAR (USAER)*, Edit. Dirección de Educación Especial. Cuadernos de Integración Educativa No. 4 SEP. México. Nov. De 1994.

Por lo anterior, las escuelas de educación especial en deficiencia mental fueron consideradas como una modalidad más de la educación básica, además de la obligación asumida por el estado de brindar atención educativa a esta población unida a acciones de orientación a los padres de familia y a los Profesores de las escuelas regulares.

Integración/ Normalización/ Adaptación

Los sujetos con necesidades educativas especiales, independientemente de la discapacidad que padezcan y del grado de desarrollo de dicha discapacidad —en el grupo de las discapacidades permanentes—, éstos no logran fomentar la plena capacidad que les permita responder a las exigencias dadas de una determinada sociedad, en forma completa. Por el contrario, se encuentran en una desventaja física o psíquica o ambas en diferentes grados y por diferentes causas.

En consecuencia, su condición de discapacitado genera una personalidad de éste que se expresa en un temor al rechazo y a la exclusión del grupo, lo cual es a su vez la causa de su inseguridad social, misma que determina de manera negativa su realización como ser humano, lo cual agrava su situación.

Estas condiciones, por diversos mecanismos, son la raíz de ciertas conductas antisociales, como el retraimiento y la agresión, entre otras.

Lo señalado puede ser revertido mediante un proceso de "normalización" del proceso educativo de dichos sujetos. A la vez, lo anterior se conjunta con la voluntad o política educativa de los valores dominantes de la sociedad imperante.

Esto es, con una política educativa que incluya valores de reivindicación de la dignidad humana para los discapacitados, éstos pueden actuar sobre las condiciones de su contexto, apoyados por una política educativa de "normalización", lo que es probable que redunde en la atenuación de las manifestaciones antisociales.

En el periodo dirigido por la Dra. Margarita Gómez Palacio, La ex-Dirección General de Educación Especial diseño como finalidad la promoción —en los mayores grados posibles—, de la "normalización" de las condiciones de vida de los sujetos con necesidades educativas especiales como una necesidad existencial de primer orden.

De esa manera, las escuelas básicas regulares fueron concebidas como los lugares idóneos en donde se podría brindar el máximo de posibilidades para que los alumnos realizaran y desarrollaran el mayor potencial de sus posibilidades de acuerdo a sus capacidades.

Por lo anterior, dichos centros educativos, al permitir accionar al máximo el potencial de sus alumnos y otorgarles un reconocimiento a los logros y éxitos obtenidos, proporcionaban la seguridad y pertenencia que les son necesarias como seres humanos.

Sin embargo, la conducta adaptativa fue evaluada por medio de escalas de medición de la madurez social, resultando que éstas mostraron nula efectividad.

Los antecedentes propiamente dichos del programa de integración obedecieron al proyecto de canalizar a los sujetos con deficiencia mental leve de las escuelas especiales de deficiencia mental a las escuelas básicas regulares para efectos de integrarlos a éstas, a partir de priorizar las acciones sobre los contenidos académicos del currículum, apoyados por los servicios de Grupos Integrados y de los Centros Psicopedagógicos, en turnos alternos y/u opuestos.

Antes de dicho proyecto, se habían experimentado diferentes modalidades: "clase especial", "clases de perfeccionamiento", etc., dadas en escuelas regulares. Las experiencias acumuladas en la aplicación de programas piloto confirmaron la superioridad del aula regular como lugares óptimos del proceso de enseñanza-aprendizaje para los deficientes mentales leves o superficiales.

También resultó que en dicha modalidad no podían ser integrados todos los alumnos con necesidades educativas especiales por sus propias características. Más bien se concluyó que cada caso debe tener el medio que ofrezca los mayores estímulos apropiados para su desarrollo y educación.

Así pues, encontramos que el término de "integración" en sus inicios fue utilizado como una estrategia para lograr la integración de los alumnos de escuelas especiales de deficiencia mental a las escuelas regulares, durante la edad de desarrollo, y con la finalidad central de lograr una "normalización" en dicho proceso.²⁵

En el mismo sentido, la palabra "integración" se entendió en una relación específicamente educativa, es decir, como el medio en donde se desarrollaría la formación sistemática de los sujetos con necesidades educativas especiales.

²⁵ Contenido en: *BASES PARA UNA POLÍTICA DE EDUCACIÓN ESPECIAL*. Dirección General de Educación Especial. Edita: Dirección General de Publicaciones y D.G.E.E./SEP. México, Febrero de 1980.

Ahora bien, al considerar que a cada caso le corresponde un medio propio, también se entiende que en cada caso se manifiesta un grado y naturaleza de sus limitaciones, las cuales exigen diversos recursos que responden a condiciones concretas de cada caso específico, en una relación inversa y contraria, esto es: a menor limitación, mayor integración; y a mayor limitación menor integración.

A este periodo pertenece la 1a. propuesta de los diversos niveles de integración, a saber:

a) Asistencia al aula regular con auxilio de Maestro especialista; los recursos serían :-asistencia directa y una colaboración dada entre el Maestro regular y el Maestro especialista, además de la utilización de estrategias y técnicas adicionales.

b) Asistencia al aula regular contando con una asistencia pedagógica dada en turnos opuestos. Atención en los Centros psicopedagógicos.

c) Conformación de grupos pequeños en donde se realice la construcción de aprendizajes, con vistas a reintegrarlos al grupo regular. Atención en grupos Integrados.

d) Estancia en las escuelas especiales, etcétera.

Además, se consideró que en algunos de los niveles señalados requerían de la participación de Maestros especialistas con apoyo multiprofesional.

Programa actual de Integración

El Programa de integración surge como un programa de desarrollo del Estado y sus instituciones educativas del sector. Se concibe como un espacio de calidad educativa para todos, independientemente de sus características.

En consecuencia, el Programa de Integración requirió de una cobertura legal para su aplicación a los sujetos con necesidades educativas especiales, por lo que se creó la Ley General de Educación, que en su artículo 41 incluye una postura no discriminatoria, la cual permitirá la aplicación de estrategias de integración educativa dirigidas a este sector.

Así el Estado defiende el enfoque de las escuelas integradoras, además de apoyar los programas de educación para los sujetos con discapacidad.

Por lo tanto, encontramos que el concepto de integración asume una significación más bien ética, no excluyente del derecho equitativo a los beneficios de la educación basados en los avances de la psicopedagogía y apoyados en el desarrollo del currículo escolar.

Tenemos entonces, que la noción de integración enfocada a los sujetos discapacitados consistiría en ser un medio estratégico y metodológico para lograr un objetivo ético y educativo: educación básica para todos.

Lo anterior se argumentó al reconsiderar la imposibilidad de pronosticar psicológicamente la susceptibilidad de integración o no, o más bien de ubicar los preceptos de derechos humanos por encima de lineamientos o consideraciones técnicas y/o científicas.

De lo precedente, se determinó que el Programa de Integración pretende más bien la instalación de múltiples opciones graduales de integración dirigidas a los alumnos con necesidades educativas especiales, teniendo como finalidad el dotarlos de una educación de calidad y de hacerles accesibles el derecho que tienen a ambientes normalizados de educación, sin funcionar como sistema paralelo, sino más bien considerando a la educación especial como una modalidad de educación básica con el apoyo de programas adicionales y contando con la participación de los profesionales especialistas y de la comunidad escolar.

Los trabajos realizados en ese sentido deberán ser evaluados a través de la presentación de estadísticas y encuestas que reflejen el beneficio obtenido por alumnos con discapacidades y plasmado en el número de alumnos con discapacidad matriculados en las escuelas básicas regulares de integración (EBRI).

La Integración Escolar

La integración de los sujetos con necesidades de educación especial es entendida prioritariamente como una estrategia escolar, sin embargo esta estrategia se halla centrada en dos ámbitos determinados: el escolar y el social.

En el sentido de considerar a la integración escolar como parte complementaria de la integración social, ésta a su vez es incluida en un plano integral más amplio que genera otro grupo de campos que giran al rededor del aspecto educativo: salud, recreación, cultura, deporte laboral, etcétera.

Planes o Niveles de Integración Escolar

La Integración escolar a su vez se encuentra dividida en varios planos, a saber:

- En el aula regular; con apoyo de Maestro especialista; atención directa y elaboración de estrategias y técnicas adicionales.
- En el aula regular directa con asistencia pedagógica en turnos opuestos o alternos.
- Organizando grupos pequeños de recursos de aprendizaje con instancias a reintegrarse a grupo regular.
- Clases especiales en escuelas regulares en un horario alterno.
- Escuelas de educación especial.
- Espacios no escolares: hogar, hospitales, etcétera.
- Integrado al plantel, asistiendo a aulas especiales para su educación especial, compartiendo actividades comunes y recreos con alumnos de escuela regular.
- Integrado al plantel de la escuela regular por determinados ciclos escolares, acudiendo a la escuela especial en los ciclos escolares que acusen mayor dificultad curricular o que requieran una atención especial.
- Al inicio asiste a la escuela especial y luego a la escuela regular, en los últimos ciclos.
- Asiste a escuela regular en los primeros ciclos y en los últimos asiste a escuela especial.
- Asiste intermitentemente a escuela regular y a escuela especial, conforme al desarrollo curricular.

La integración de los sujetos con necesidades de educación especial deberá estar incluida en los programas nacionales de los gobiernos en turno, con carácter de prioritarios. En la actual política educativa del Estado: "educación para todos", la población de discapacitados deberán ser incluida en los planes educativos elaborados para la población escolar regular.²⁶

Adicionalmente se deberá garantizar por el Estado un apoyo complementario a los programas dirigidos a los sujetos con necesidades de educación especial, los cuales garantizan una educación eficaz y de calidad.

²⁶ Extraído de: Guajardo Ramos Eliseo. *LA INTEGRACION EDUCATIVA COMO FUNDAMENTO DE LA CALIDAD DEL SISTEMA DE EDUCACION BASICA PARA TODOS*. 2o. Encuentro de educación especial. Queretaro, Qro. Junio de 1994. Edita: Dirección de Educación Especial. Cuadernos de Integración Educativa No. 5. SEP. México, Nov. De 1994.

Planes o Niveles de Integración Escolar

La Integración escolar a su vez se encuentra dividida en varios planos, a saber:

- En el aula regular; con apoyo de Maestro especialista; atención directa y elaboración de estrategias y técnicas adicionales.
- En el aula regular directa con asistencia pedagógica en turnos opuestos o alternos.
- Organizando grupos pequeños de recursos de aprendizaje con instancias a reintegrarse a grupo regular.
- Clases especiales en escuelas regulares en un horario alterno.
- Escuelas de educación especial.
- Espacios no escolares: hogar, hospitales, etcétera.
- Integrado al plantel, asistiendo a aulas especiales para su educación especial, compartiendo actividades comunes y recreos con alumnos de escuela regular.
- Integrado al plantel de la escuela regular por determinados ciclos escolares, acudiendo a la escuela especial en los ciclos escolares que acusen mayor dificultad curricular o que requieran una atención especial.
- Al inicio asiste a la escuela especial y luego a la escuela regular, en los últimos ciclos.
- Asiste a escuela regular en los primeros ciclos y en los últimos asiste a escuela especial.
- Asiste intermitentemente a escuela regular y a escuela especial, conforme al desarrollo curricular.

La integración de los sujetos con necesidades de educación especial deberá estar incluida en los programas nacionales de los gobiernos en turno, con carácter de prioritarios. En la actual política educativa del Estado: "educación para todos", la población de discapacitados deberán ser incluida en los planes educativos elaborados para la población escolar regular.²⁶

Adicionalmente se deberá garantizar por el Estado un apoyo complementario a los programas dirigidos a los sujetos con necesidades de educación especial, los cuales garantizan una educación eficaz y de calidad.

²⁶ Extraído de: Guajardo Ramos Eliseo. *LA INTEGRACION EDUCATIVA COMO FUNDAMENTO DE LA CALIDAD DEL SISTEMA DE EDUCACION BASICA PARA TODOS*. 2o. Encuentro de educación especial. Queretaro, Qro. Junio de 1994. Edita: Dirección de Educación Especial. Cuadernos de Integración Educativa No. 5. SEP. México, Nov. De 1994.

En los casos excepcionales, que por sus propias características y necesidades, sea necesario que estos alumnos con necesidades educativas especiales deban ser escolarizados en escuelas de educación especial, no es necesario que su educación quede completamente segregada. Al contrario, se deberán elaborar propuestas alternativas para que éstos asistan tiempo parcial a escuelas básicas regulares integradoras.

Asimismo, en los casos de los jóvenes y adultos con discapacidades, se deberán instrumentar medidas que garanticen una política educativa integral para estas personas, en los niveles de enseñanza secundaria, media superior, así como en programas de formación.

Escuelas Básicas de Regularización Integral (EBRI)

La integración como estrategia de normalización forma parte esencial de la dignidad humana y como la condición necesaria para el disfrute y ejercicio de los derechos humanos, inscritos en una igualdad de oportunidades.

Garantizar los medios que permitan las finalidades señaladas en los derechos humanos es el objetivo para el que fueron o serán creadas las escuelas básicas de regulación integrales(EBRI), las cuales sostendrán como principio rector; el que todos los niños puedan aprender juntos, independientemente de sus dificultades y de sus diferencias.

Las (EBRI), fueron concebidas como el medio más eficaz para combatir y eliminar las actitudes discriminatorias, siendo su principal ambición el contribuir a la formación de sociedades de aceptación, así como de crear sociedades integrales, en donde se impulse una sociedad integral para todos.

Las (EBRI) estimularán la integración educativa en beneficio de todos sus alumnos, tanto para los niños con necesidades educativas especiales, como para los que no lo son. Además, los egresados de las (EBRI) serán incluidos en la matrícula regular de certificación oficial, sin el anexo de sellos discriminatorios.

Las (EBRI) funcionaran curricularmente, en atención a una nueva concepción de gestión escolar, en donde la participación de la comunidad escolar es un requisito necesario, además de que la elaboración de programas tendrá el objetivo de garantizar programas de estudio apropiados y adaptables a los diferentes estilos y ritmos de aprendizaje de los niños, unido a una utilización pertinente de los recursos.

En la presente administración de la Dirección de Educación Especial se han impulsado las primeras experiencias piloto en algunas escuelas regulares del D.F., a partir de la implementación de las (U.S.A.E.R.), como una estrategia promotora de lo que serán las (EBRI), en donde se pretende potenciar las acciones de una nueva gestión escolar y de una atención curricular normalizadora de tipo especial.

Escuelas de Educación Especial

El modelo de Escuelas de Educación Especial o clases especiales con carácter permanente, pero no aislada de las escuelas regulares, deberá ser una excepción aplicable a pocos casos y poco frecuente; sólo para los alumnos que no se logran desempeñar adecuada y satisfactoriamente en la educación integradora y que además se demuestre que la educación en las clases regulares no satisface las necesidades educativas o sociales del alumno; o cuando sea necesario para el bienestar del propio niño o de otros niños, entonces, y solo entonces, recibirán su educación básica en escuelas especiales, en donde se les dará atención de aprendizajes básicos encaminados a la autónoma convivencia social y productiva.

En ese estado de cosas, las escuelas de educación especial continuarán brindando sus servicios a los escasos alumnos que no puedan ser atendidos en las (EBRI), sin que ello signifique la negación de la política educativa de integración escolar y social, por lo cual se buscarán aun para estos pocos alumnos, mecanismos alternos que les permitan la integración y la normalización escolar y social adecuada a sus necesidades y posibilidades.

Igualmente, se abre históricamente la posibilidad de que en la política de educación integral para todos se incluyan a los niveles más profundos de deficiencia mental —de relevante importancia para el presente estudio—. Esto es, que los niños y jóvenes con discapacidades graves o múltiple también serán beneficiados por el programa de integración, con los mismos derechos de máxima independencia, en un marco señalado por sus propias capacidades.

Pedagogía Especial

La atención pedagógica brindada a la población con necesidades educativas especiales será aquella que se fundamente en el conocimiento integral del niño y que por lo mismo pueda derivar en la instrumentación de programas de estudio que sean apropiados para éstos.

Igualmente, dicha pedagogía buscará socialmente el cambio de la concepción de la educación por un concepto renovado de aceptación de las diferencias.

Por consecuencia, currícularmente la pedagogía especial deberá tener las finalidades siguientes:

- Reconocer las diferentes necesidades particulares de los alumnos con discapacidad.
- Responder a las diferentes necesidades y adaptarse a los diferentes estilos y ritmos de aprendizaje de los niños y jóvenes con discapacidad.
- Diseñar programas adicionales de estudio apegados a las condiciones de la población con discapacidades.
- Elaboración adecuada de recursos didácticos especiales

El Plan Nacional de Desarrollo (1995-2000)

De manera ya clásica la educación ha sido vista como un fin en sí misma, siendo el papel de la escuela el de una constante a superar desigualdades naturales, sociales, e históricas. Se esperaba que en la escuela se desarrollaran en los alumnos las capacidades cognoscitivas, físicas, emocionales, críticas y estéticas que le son propias como seres humanos. También se le asignaba a la escuela el rol de facilitar la integración de los individuos a la sociedad como miembros con plena capacidad (Bowles y Gintis, 1983)²⁷

La actual administración sexenal del Estado mexicano (1995-2000),²⁸ considera los siguientes presupuestos que trazan su política educativa en este periodo:

²⁷ Citado por: Gutierrez Olvera Arturo, en "Escuela, Economía y Familia." *Revista Pedagógica*. Año 1, No.2 U.P. N. de Sinaloa, México, junio de 1984.

²⁸ *PLAN NACIONAL DE DESARROLLO* (1995-2000). Poder Ejecutivo Federal. Secretaría de Hacienda y Crédito Público. México, Junio de 1995.

Responder a la demanda de una cobertura suficiente y de buena calidad en nuestro Sistema Educativo Nacional, que comprenda a la mayoría de los mexicanos.

- El propósito central del Plan es hacer realidad lo mandatado por el artículo 3o. Constitucional, de garantizar a todos los niños y jóvenes una educación básica, en donde reciban una sólida formación de valores, actitudes, hábitos, conocimientos y destrezas desde la primera infancia a través de los niveles preescolar, primaria y secundaria.
- Como resultado de lo anterior, dicho plan se propone: diseñar y aplicar programas y acciones para garantizar el acceso al nivel preescolar, a la primaria y a la secundaria, así como elevar sustancialmente la eficacia terminal en toda la educación básica.
- Dicho Plan considera que adicionalmente se reforzará a la educación especial con la finalidad de que ésta transfiera sus beneficios a la población que necesita de ella.

Además, a nivel curricular, el Plan propone superar el proceso de enseñanza-aprendizaje a partir de mejorar los contenidos, métodos y materiales educativos. Es también un punto clave del Plan la adquisición de las capacidades básicas de lectura, expresión oral y escritura y matemáticas por ser consideradas como aspectos fundamentales de todo aprendizaje.

Podemos interpretar la política mencionada como un intento de continuidad de la política educativa empleada por la administración del gobierno sexenal próximo pasado, en donde se había impulsado una política de: "educación para todos" con calidad; además de la integración de los sujetos con necesidades de educación especial a la educación básica.

IV. 4: EDUCACIÓN ESPECIAL (ÁREA DE DEFICIENCIA MENTAL)

El Sistema de Educación Especial se desarrolló como un sistema paralelo al Sistema Básico Escolar (alrededor de 128 años). A lo largo de este desarrollo se implementaron distintos modelos de atención en educación especial, (asistencial, médico-terapéutico y educativo), siendo hasta 1980 cuando se publicaron las "bases para una política en educación especial",²⁹ lo que señaló el principio del modelo educativo en Educación Especial.

En la actualidad, Educación Especial es considerada como una modalidad de Educación Básica, por lo que se ha requerido de un programa sectorial del Estado que posibilitara la implementación de esta política educativa.

La estrategia educativa principal fue integrar al alumno con discapacidad en un entorno escolar regular, contando con el apoyo educativo que le permitiera interactuar eficazmente tanto en el ámbito socioeducativo, como en el que corresponde al campo sociolaboral.

Por lo anterior, se han considerado múltiples alternativas, las cuales se aplicarán gradualmente con base en las particularidades y necesidades de los alumnos con necesidades educativas especiales, con la intención de dotarlos de ambientes normalizados de educación regular, contando con el apoyo de un grupo multiprofesional de especialistas de varias áreas.

Igualmente se pretende una permanente orientación y actualización de los Maestros regulares y de los pertinentes programas dirigidos a los padres de familia, unido a la elaboración de consensos sociales de aceptación en la comunidad escolar y social, que garanticen el uso de los plenos derechos a la educación y de una aceptación digna como seres humanos.

En una primera instancia, los sujetos con necesidades educativas especiales serán incluidos en las (EBRI)-(USAER), con la finalidad de lograr su integración escolar y social. El fracaso de dicha medida ocasionará que los alumnos que no logren dicha integración sean trasladados a los servicios de educación especial.

²⁹ *BASES PARA UNA POLÍTICA DE EDUCACION ESPECIAL*. Dirección General de Educación Especial. Ed. Dirección General de Publicaciones y D.G.E.E./SEP. México. Febrero de 1980.

Definición de Educación Especial: Sus Fines Generales y Específicos

La Educación Especial considera como sujetos de educación a los niños que presentan en cualquier momento de su desarrollo necesidades educativas especiales, independientemente de la naturaleza de su problemática.

En cuanto a los fines y principios que sostienen a la Educación Especial, encontramos que éstos no se contraponen o enfrentan a los que enuncian la educación básica regular, sino más bien se inscriben en los mismos presupuestos legales que sustentan a éstos: el artículo 3o. Constitucional.

Es relevante puntualizar la finalidad de este artículo en lo que respecta a la educación para todos y el derecho al desarrollo armónico de todas las facultades del ser humano, así como las que señalan para la educación regular y que también les son aplicables: "el máximo desarrollo individual de las actitudes escolares y sociales, para integrar a los ciudadanos a una vida económica y social".

También es particular de la Educación Especial la creación de un marco legal representado por el art. 41 de la Ley General de Educación, en donde se puntualiza una orientación educativa que pretende alcanzar la diversidad de las diferencias individuales de manera indiscriminatoria, con equidad social, consistente en aceptar a las personas con sus limitaciones, adecuando sus servicios a éstos.

Para atender las problemáticas particulares de estos alumnos, se han señalado fines específicos, a saber:

1. Capacitar al individuo con necesidades especiales para realizarse como persona autónoma, posibilitando su interacción y participación en su medio social, para que pueda disfrutar de una vida plena.
2. Actuar preventivamente en la comunidad y sobre el individuo, desde su gestación hasta la vida adulta para lograr el máximo de su educación psicoeducativa.
3. Aplicar programas adicionales para desarrollar o corregir o compensar las deficiencias o alteraciones específicas que les afectan.
4. Preparar al alumno con necesidades especiales, a partir de la elaboración y aplicación de guías curriculares, para la independencia personal, la comunicación, la socialización, el trabajo y el tiempo libre.
5. Desarrollar la aceptación de los niños y personas con necesidades especiales, por parte del medio social, haciendo progresivamente vigentes los principios de integración y normalización.

El marco de referencia que permite ubicar pertinentemente, tanto a los objetivos generales como a los específicos, es el entendimiento de que la Educación Especial se encuentra orientada por una filosofía humanista, misma que considera a todo individuo como ser humano, no deteniéndose en sus limitaciones.

En consecuencia, las acciones educativas dirigidas a los sujetos con necesidades educativas especiales no fijarán de antemano ningún tipo de obstáculos o limitaciones.

Los Servicios de Educación Especial

Los Servicios de Educación Especial se encuentran agrupados en dos grandes bloques, según el tipo de atención o carácter dominante del problema que requieren los sujetos con necesidades educativas especiales.

El primer bloque engloba a sujetos cuya necesidad de educación especial es fundamental para su integración y normalización, incluye a las áreas de: trastornos visuales y auditivos; impedimentos neuromotores; autismo y —el motivo de este trabajo— deficientes mentales.

El segundo bloque comprende a sujetos cuyo rasgo propio es la necesidad de atención de apoyo transitorio y complementaria a su evolución escolar regular, abarca las siguientes áreas: problemas de aprendizaje; problemas de lenguaje; trastornos de la conducta; y capacidades y aptitudes sobresalientes (CAS).

En los bloques descritos, la mayoría de la población de estos grupos presentan asociados a la problemática dominante, algunas de las dificultades que caracterizan a las otras agrupaciones.

Como principio de referencia, se deberá prestar atención a cualquier sujeto que requiera de educación especial en cualquier momento de su vida.

Normas de la Educación Especial

En los diversos grupos que forman la educación especial, existe una diversidad importante de limitaciones o dificultades que en cada caso presentan distintas manifestaciones, las cuales responden a etiologías diversas. Por lo mismo, se establecieron normas o preceptos que regulan a la educación especial:

1. Basarse en las posibilidades del alumno más que en sus limitaciones.
2. Por la naturaleza, la diversidad y la complejidad de los problemas que afectan a los sujetos con necesidades especiales, cada niño requiere de una atención individualizada. Tal atención individualizada, no es concebida como una relación de enseñanza-aprendizaje de uno a uno, sino la proporcionada en pequeños grupos, en donde la confrontación de experiencias y elaboraciones mentales de logros y fracasos favorezca los aprendizajes del sujeto.
3. la elaboración de los programas deben responder a los intereses de los alumnos, según su edad, y su nivel de desarrollo, considerando que en algunos casos, ciertos aprendizajes escolares se inician cuando se alcanza la pubertad o la adolescencia.
4. los contenidos deberán ser de entrada los mismos que se contemplan en los programas de las escuelas básicas regulares, con la adición de programas de complementación, según las necesidades del alumno.

Definición de la deficiencia mental (D.E.E./SEP)

La Dirección de Educación Especial (D.E.E.) para definir al sujeto con deficiencia-mental considera que éste presenta una disminución significativa y permanente en el proceso cognoscitivo, unida a alteraciones en la conducta adaptativa.

Igualmente la (D.E.E.) estableció la siguiente clasificación de los sujetos con deficiencia mental., a partir del Cociente Intelectual C.I.:

- Leve o límite 50 a 70 C.I.
- Moderado o Medio 35 a 50 C.I.
- Grave 20 a 35 C.I.
- Profundo 0 a 20 C.I.

Para efectos de diagnóstico, se consideran las alteraciones orgánicas que determinan los componentes del C.I. Para el grado de Leve o Límite, se determina deficiencia mental cuando existen evidencias de compromiso orgánico.

En el ámbito curricular, el principio que dirige la acción educativa es la consideración de que el sujeto con deficiencia mental por sus características requiere de una formación estrechamente vinculada a la vida práctica y a las necesidades vitales que de ella se derivan.

Escuelas Primarias de Educación Especial -Deficiencia Mental-

Las Escuelas Primarias de Educación Especial tienen como finalidad dar servicio a los sujetos con deficiencia mental que no logran integrarse a las escuelas regulares (EBRI-USAER), y que sus características son las de poseer una discapacidad más o menos definida.

Este enfoque educativo procura la satisfacción de las necesidades básicas de aprendizaje para la autónoma convivencia social y productiva. Su atención se desarrolla en torno a los sujetos con deficiencia mental, y ésta es fundamental para la integración y normalización de éstos.

Evaluación Diagnóstica (Área de Pedagogía)

Los Profesionales que realizan la acción de evaluación diagnóstica en el área de pedagogía son los Maestros Especialistas y los Pedagogos. Los instrumentos de evaluación diagnóstica de esta área son:

- El Diagrama de Análisis de Progresos (PAC), y
- El Diagrama de Evaluación Personal

El Diagrama de Análisis de Progreso (PAC).-

Este instrumento de evaluación lo elaboró el Dr. H.G. Gunsberg, con el objetivo de valorar las actuaciones en los sujetos con Deficiencia mental (niños, adolescentes y adultos).

El PAC experimentó varias modificaciones hasta 1969, en que el Congreso Mundial sobre el Tratamiento de la Deficiencia Mental, realizado en CD. de Copenhague, lo aprobó íntegramente.³⁰

³⁰ Contenido en: *DIAGRAMA DE ANÁLISIS DE PROGRESOS (PAC)*. Dirección General de Educación Especial. Dirección Técnica. Departamento de Programación Académica. Documento Mimeo-grafiado, sin fecha.

La información obtenida a través de la aplicación sistemática y periódica del PAC nos permite ubicar datos sobre el nivel mental de los alumnos.

Objetivos:

1. Conocer las actividades prácticas que el sujeto evaluado realiza en su medio.
2. Diseñar el plan de acción educativo a seguir de acuerdo a las características individuales y/o grupales.
3. Planear objetivos operacionales para cada una de las conductas exigidas; implicando distintos procesos psicosociales.
4. Obtener una evaluación permanente de rendimientos progresivos que permite dinamizar el proceso a través de objetivos alcanzables para el alumno.
5. Llevar un registro gráfico que facilita la evaluación

Estructura del Instrumento

El PAC se constituye de tres formas progresivas que se refieren a las tres etapas evolutivas:

Primer Diagrama de Análisis de Progresos (PPAC); esta forma de evaluación corresponde al desarrollo sensoriomotriz de un niño normal hasta los 3 años. Su aplicación se realiza en deficientes mentales de distintos grados y edades, con la peculiaridad de encontrarse evolutivamente en estos estadios de desarrollo.

La evaluación se realiza a través de las observaciones directas en situaciones familiares o escolares.

Diagrama de Análisis de Progresos 1 (PAC-1); Este formato corresponde al desarrollo normal entre los 3 y 8 años de edad. Se aplica a los sujetos con deficiencia mental con una edad de 6 a 16 años, cuyo C.I. no exceda de 55. Su relación con una etapa de desarrollo más compleja exige que ésta sea enriquecida con nuevos objetivos, en razón de las características presentadas por los alumnos.

Su aplicación evaluatoria se realiza a través de observaciones directas en situaciones familiares o escolares.

Diagrama de Análisis de Progresos 2 (PAC-2); La aplicación de este formato se realiza sobre adolescentes y adultos cuyo C.I. fluctúe entre 50 y 70. Los reactivos están establecidos en función de su utilidad en situaciones específicas según la selección de conductas sociales y educativas. Esta forma corresponde a los grados superiores de la primaria especial, a la vez que requiere completar los datos con información proporcionada por personas o familiares que conviven cotidianamente con el alumno, además de la entrevista con el propio sujeto.

La aplicación de este instrumento se realiza también a través de observaciones directas en situaciones familiares o escolares, añadiéndole actividades realizadas en la comunidad.

Cada forma de evaluación (PPAC/PAC-1/PAC-2), contiene un inventario de conductas que representan un diagrama el cual corresponde a 4 áreas: Independencia Personal; Comunicación; Socialización e Información sobre el Entorno Físico y Social; y Ocupación. Cada una de estas cuatro áreas tiene a su vez subáreas que contienen conductas, respectivamente.

Los diagramas de evaluación poseen divisiones concéntricas designadas con letras llamadas niveles de eficacia, los logros básicos están colocados en el centro del diagrama y se van haciendo más complejos a medida que se acercan a la periferia (orden progresivo).

Diagrama de Evaluación Personal

El diagrama de evaluación personal es un instrumento de aplicación complementaria al PAC, y sus objetivos son:

- Conocer el grado del funcionamiento personal y su posibilidad de aceptación en la comunidad.
- Obtener una evaluación permanente de la evolución en aspectos de la personalidad.
- Llevar un registro gráfico que facilite la evaluación y su análisis.
- Delinear la elaboración de un plan de acción.

La estructura de este diagrama presenta cinco circuitos concéntricos con 13 radios para los diferentes aspectos de la personalidad que se evalúan. Cada radio tiene una graduación en 5 puntos, en donde el más alto indica el mayor grado de aceptabilidad que se le puede pedir a un sujeto con deficiencia mental.

Su valoración se realiza de forma directa, a través de la observación de los aspectos a evaluar. Para su mejor valoración, este formato requiere que su llenado cuente con la participación o corroboración de información de las áreas de Psicología y Trabajo Social, como de la que pueda registrarse de la proporcionada por la familia o personas de su entorno social inmediato.

Acciones previas a la intervención psicopedagógica

Por experiencia, lo que se deberá realizar en el área de intervención pedagógica después de que se hayan asignado los grupos correspondientes a atender, será:

- Revisión de expedientes de cada alumno, uno a uno, del grupo asignado.
- Elaborar resumen de áreas decrementadas de las evaluaciones de psicología, especialmente aquellas que estén involucradas con el proceso de enseñanza-aprendizaje.
- Registrar el C.I. expuesto por el área de psicología.
- Resumir las áreas o aspectos que presentan un decremento o dificultad en el lenguaje, incluidos en los reportes de evaluación del área de lenguaje.
- Elaborar un resumen del reporte presentado por el área de Trabajo Social, especialmente de aquellos aspectos familiares o sociales que obstaculizan el proceso educativo.
- Registrar los posibles compromisos de daño orgánico que notifique el informe médico, así como las posibles causas de la deficiencia mental remitidas por el estudio médico.

En caso de que los alumnos del grupo asignado, o de algunos de ellos ya tengan completo su estudio de caso, elaborado interdisciplinariamente, se deberá extraer los informes sobre áreas decrementadas o los aspectos que favorezcan u obstaculicen el proceso educativo.

En función de los datos obtenidos, se procederá a agruparlos según su propia naturaleza por: edad; C.I.; áreas decrementadas; historia académica; nivel de desarrollo en contenidos escolares (lecto-escritura y matemáticas, etc), para efectuar un reagrupamiento en pequeños subgrupos de 3 a 5 alumnos, unidos por una posible identidad u homogeneidad más o menos relativa, de su nivel de desarrollo.

Su valoración se realiza de forma directa, a través de la observación de los aspectos a evaluar. Para su mejor valoración, este formato requiere que su llenado cuente con la participación o corroboración de información de las áreas de Psicología y Trabajo Social, como de la que pueda registrarse de la proporcionada por la familia o personas de su entorno social inmediato.

Acciones previas a la intervención psicopedagógica

Por experiencia, lo que se deberá realizar en el área de intervención pedagógica después de que se hayan asignado los grupos correspondientes a atender, será:

- Revisión de expedientes de cada alumno, uno a uno, del grupo asignado.
- Elaborar resumen de áreas decrementadas de las evaluaciones de psicología, especialmente aquellas que estén involucradas con el proceso de enseñanza-aprendizaje.
- Registrar el C.I. expuesto por el área de psicología.
- Resumir las áreas o aspectos que presentan un decremento o dificultad en el lenguaje, incluidos en los reportes de evaluación del área de lenguaje.
- Elaborar un resumen del reporte presentado por el área de Trabajo Social, especialmente de aquellos aspectos familiares o sociales que obstaculizan el proceso educativo.
- Registrar los posibles compromisos de daño orgánico que notifique el informe médico, así como las posibles causas de la deficiencia mental remitidas por el estudio médico.

En caso de que los alumnos del grupo asignado, o de algunos de ellos ya tengan completo su estudio de caso, elaborado interdisciplinariamente, se deberá extraer los informes sobre áreas decrementadas o los aspectos que favorezcan u obstaculicen el proceso educativo.

En función de los datos obtenidos, se procederá a agruparlos según su propia naturaleza por: edad; C.I.; áreas decrementadas; historia académica; nivel de desarrollo en contenidos escolares (lecto-escritura y matemáticas, etc), para efectuar un reagrupamiento en pequeños subgrupos de 3 a 5 alumnos, unidos por una posible identidad u homogeneidad más o menos relativa, de su nivel de desarrollo.

Después de haber formado pequeños subgrupos más o menos con similitudes o cercanías en su desarrollo, trazar líneas de intervención psicopedagógicas extraídas de la guía curricular correspondiente, para realizarlas fundamentalmente en clases de salón, en las salidas a la comunidad, así como para delimitar tareas o actividades a realizarse en casa con apoyo de familiares u otros.

A continuación, y dado que el objetivo del presente estudio no es profundizar sobre el modelo curricular, lo cual por la naturaleza compleja de los temas, requeriría un trabajo aparte, nos limitaremos a presentar un ejemplo de dicho modelo curricular utilizado en las escuelas primarias especiales.

Intervención psicopedagógica

Profesional responsable : Maestro Especialista o Pedagogo

Nivel: Intervención Temprana: Etapa Sensoriomotora: subestadio: El uso de los reflejos.

Edad Cronológica: (1 mes).

Fundamentación de Intervención temprana (1 mes)

El periodo general en que se ubica pertenece al sensoriomotor (de 0 a 2 años) por lo que los fines últimos de éste se suscriben en el desarrollo de forma progresiva del concepto de objeto permanente, así como el paso del nivel reflejo a una organización relativamente coherente de las acciones sensorio-motoras.

Peculiaridades del subestadio 1: El uso de los reflejos

El subestadio 1 presenta : un comportamiento limitado con pocas actividades inconexas del tipo de los reflejos: succión, movimiento de la lengua, deglución, llanto, actividad corporal general, etc. Otra característica es la ausencia de un genuino comportamiento inteligente aun del tipo sensorio-motor más elemental.

Los reflejos simples del infante experimentan modificaciones adicionales por el contacto con el ambiente, y convirtiéndose en adaptaciones adquiridas, en lugar de nuevos reflejos. Así, los reflejos innatos son considerados la base sensorio-motora, y también se estima que la inteligencia se inicia en los reflejos y constituye una adaptación al medio ambiente.

Las características básicas del subestadio de los reflejos simples (0 a 1 mes) son: Conducta refleja, fijación del mecanismo como tal, asimilación perceptiva y motriz, reflejos hereditarios, e inicio de la discriminación.

Al nacer, la actividad del bebé es refleja. El reflejo puede ser considerado en razón de su funcionamiento. El niño debe presentar las características de esta edad para considerarlo dentro de los límites normales de desarrollo.

Algunas situaciones no normales que pueden presentarse son:

- a) La ausencia de las características propias de esta edad.
- b) Que los reflejos que deben desaparecer (Moro y/o Babliski) no lo hagan y permanezcan por mayor tiempo.

Una acción pedagógica consecuente será la estimulación de los reflejos (succión, visión, prensión, fonación audición, etc.), a efectos de lograr su consolidación. Igualmente se buscará la reproducción de formas de acción, con la finalidad de que el bebé acomode progresivamente sus experiencias a nuevas situaciones para que a su vez sean generalizables a otras experiencias.

La ejercitación del reflejo presenta una secuencia: repetición del acto reflejo, incorporación de nuevos objetos al reflejo mismo y reconocimiento de los objetos incorporados. La repetición del reflejo es una acción necesaria y determinada por aspectos tanto biológicos como psicológicos que lo conforman en una constante acomodación y organización de las experiencias obtenidas por la repetición de la acción.

La percepción del mundo llega al bebé a través de cuadros sensoriales que aparecen y desaparecen de su campo visual, auditivo y motriz. El enriquecimiento de esquemas reflejos es favorecido por los cambios posturales a que sea sometido el niño. La comunicación en este periodo es muy importante, por lo tanto se le deberá hablar mucho, en tono afectivo y cambiarlo constantemente de posición, acariciarlo y tocarlo frecuentemente su cuerpo con objetos de texturas diversas, bañarlo, cambiarlo y mantenerlo cómodo, bien abrigado pero con libertad de movimientos que favorezcan su relación con el medio que lo rodea, y alimentarlo bien.

Comportamientos característicos³¹

ÁREAS ESCOLARES	ETAPA: 1 MES (USO DE REFLEJOS)
<u>COGNOSCITIVA</u>	<ul style="list-style-type: none">-Emite pequeños sonidos guturales-vocalizaciones reflejas-Exhibe una sonrisa refleja al estímulo táctil, visceral, cinestésico-Grita-Es capaz de diferenciar voces de otros ruidos-Reacciona a los sonidos con el reflejo de Moro-Reduce o cesa las actividades cuando escucha sonidos próximos a él-Disminuye su actividad al escuchar un sonido-Mira indefinidamente a su alrededor-Ve a las personas y su actividad disminuye-Se tranquiliza al oír la voz humana.-etcétera.
<u>SOCIAL</u>	<ul style="list-style-type: none">-Llora, se irrita o se asusta a la menor provocación-Se calma cuando lo golpean suave en el cuello.-Acepta ser abrazado
<u>DE LA VIDA DIARIA</u>	<ul style="list-style-type: none">-Toma dos biberones durante la noche-Llora cuando esta mojado (llanto de incomodidad).-ingiere alimentos líquidos.
<u>PSICOMOTORA</u>	<ul style="list-style-type: none">-Presenta movimientos no dirigidos de todas partes del cuerpo: mueve manos y pies, extiende y cierra las manos, gira la cabeza si lo colocamos boca abajo-En supino-posición asimétrica representa reflejo tónico cervical asimétrico-En supino, predomina la posición lateral de la cabeza

³¹ Extraído de: la *GUÍA PARA LA INTERVENCIÓN TEMPRANA*. Dirección General de Educación Especial. Dirección Técnica. Departamento de Programación Académica. SEP. México, 1984.

	<ul style="list-style-type: none"> -En supino, rota parcialmente hasta un lado -En el intento de sentado, cae la cabeza para atrás. -En suspensión ventral, la cabeza cae para el frente -En pronación levanta momentáneamente la cabeza -En pronación, la cabeza gira para un lado -Mantiene las manos cerradas- -Presenta reflejo de garra -Presenta reflejo tónico-cervical -Succiona cuando se le tocan los labios -El niño gira la cabeza cuando se le toca la cara -Presenta reflejo de Moro -Presenta reflejo de Babinski -Presenta reflejo pupilar -Mira un objeto cuando es colocado en línea de visión, siguiéndolo hasta la línea media con la mirada sin conseguir en tanto alcanzarla con los brazos -Deja caer los objetos que le colocamos en las manos -etcétera.
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Actividades Propuestas (1 MES)

- Colocar al niño en diferentes posiciones
 - . en pronación (boca abajo)
 - . en supinación (boca arriba)
- Colocar al bebé en supinación y pronación y movilizar lentamente sus brazos y piernas
- Abrir y cerrar suavemente sus manitas
- Colocar un dedo en la mano del niño. En caso que no consiga retenerlo, se le ayudará a sujetarlo, ejecutando con él el movimiento de prensión
- Movilizar suavemente los pies del niño en todas las direcciones: para el frente, para atrás, para un lado o para otro.
- Hacer ruido con sonajas y juguetes de goma y observar si el niño percibe el sonido
- Conversar bastante con el niño en un tono normal de voz
- Cantar canciones suaves junto al niño

- Dejar caer objetos al suelo y observar si el niño reacciona a los ruidos producidos por los mismos
- Recostar al niño en supinación, colocar juguetes y objetos coloridos frente a sus ojos y observar:
 - .si sigue al objeto con la mirada por pocos segundos
 - .si mueve los brazos y dirige la mirada hacia los mismos
- Colocar al niño en supinación, colocar una sonaja u objeto colorido y moverlo de un lado para otro frente a los ojos del niño
- Colocar al niño sostenido del cuello para darle el biberón
- Estimular brazos, piernas , cuello y el cuerpo del niño con toallas de felpa de texturas diferentes.

Preescolar y Primaria Especial³²

Las escuelas de educación especial son instituciones oficiales, con un horario de atención semejante al que presentan las escuelas regulares. La secuencia global del proceso educativo consta de cuatro etapas: las tres primeras presentan una duración máxima de hasta 2 años, y la cuarta etapa se cursa hasta en tres años. La primera etapa corresponde al nivel preescolar y las tres restantes integran a los grados de 1o. a 6o. año del nivel básico de educación especial.

Las dos primeras etapas (preescolar y primer año), son comunes a todos los alumnos. La tercera etapa es concebida para aquellos alumnos que en función de sus capacidades evaluadas se les pronostica la posibilidad de acceder a aprendizajes más complejos y abstractos, principalmente aquellos que corresponden a la lecto-escritura y a las matemáticas, y demás contenidos escolares. La cuarta etapa es cursada por los alumnos que directamente, es decir sin cursar el tercer grado, intensificarán su instrucción prelaboral, la misma que es complementada, en algunos casos, con actividades de lecto-escritura y cálculo a nivel socioutilitario.

El paso de una etapa a otra es flexible, sólo determinado por las posibilidades de cada alumno y por los logros individuales evaluados en el proceso de enseñanza-aprendizaje, el cual no necesariamente se apega a un calendario formal.

La evaluación tiene un carácter permanente y se realiza de manera individual, en base a los formatos PPAC, PAC 1, PAC2, según las propias características del alumno.

³² Extraído de: *GUIA CURRICULAR PREESCOLAR Y PRIMARIA ESPECIAL*. Ed. Dirección General de Educación Especial. Dirección Técnica. Departamento de Programación Académica. SEP. México. 1984.

Los alumnos que terminan su proceso educativo en las escuelas primarias de educación especial son canalizados a los centros de capacitación para el trabajo y/o a las industrias protegidas.

La formación educativa se desarrolla con base en las características predominantes del proceso evolutivo del sujeto desde el punto de vista biopsicosocial y apegado a ciertas épocas más o menos delimitadas, las cuales se incluyen en el plan de estudios de dichos centros escolares para deficientes mentales.

El plan de estudios mencionado, propone cuatro áreas curriculares a desarrollar, las cuales pretenden englobar contenidos que satisfagan las necesidades virtuales del sujeto con deficiencia mental. Tales áreas son:

- Independencia Personal y Protección de la Salud (I.P.P.S.)
- Comunicación (C)
- Socialización e Información del Entorno Físico y Social (S.I.E.F.S.)
- Ocupación (O)

El plan de estudios de las Escuelas Primarias de Educación Especial se incluyen en las Guías Curriculares (G.C.), proporcionadas por la (D.G.E.E.), las cuales fueron elaboradas en el período a cargo de la Dra. Margarita Gómez Palacio.

Como características de las Guías Curriculares (G.C) es que estas son conceptualizadas como documentos técnicos de orientación pedagógica, los cuales tienen una aplicación flexible, con posibilidades de cambios realizables en su aplicación, pues la intención es que dicho documento se adecue al proceso de enseñanza-aprendizaje del alumno.

El objetivo general de la Guía Curricular (G.C.) de dichos centros educativos, es recomendar perspectivas determinadas que apoyen la obtención de los objetivos señalados en el proceso educativo en los alumnos.

A la vez, las (G.C.) señalan los objetivos de las áreas ya mencionadas, a saber:

- Independencia Personal y Protección de la Salud (I.P.P.S.) : desarrollar hábitos personales, sociales y de la salud que favorezcan en el mayor grado posible la autonomía e integración social.
- Comunicación (C) : desarrollar el máximo de conductas que faciliten la comunicación con el grupo social del que forma parte, como una de las formas básicas de integración y normalización.

- Socialización e Información del Entorno Físico y Social (S.I.E.F.S) : desarrollar conductas socio-adaptativas que aseguren una participación eficiente en los medios sociales en que le corresponda desempeñarse y que garanticen el respeto y la aceptación de sí mismo y de los demás.
- Ocupación (O): estimular y desarrollar habilidades y destrezas generales y específicas que permitan un pronóstico científico de las capacidades laborales tanto en función del sujeto mismo como de las reales posibilidades ocupacionales.

Actualmente, en los primeros días del mes de junio del año de 1996, la Convive (Comisión Nacional Coordinadora), ante la Comisión Nacional para la Integración de Personas con Discapacidad; Legisladores al Congreso de la Unión; Representantes de los Sectores Productivos, Organizaciones Solidarias con las Personas con Alguna Discapacidad; y ante las Organizaciones de Personas con Alguna Discapacidad; presentó al presidente del país, el Primer Informe Anual del Programa Nacional para el Bienestar y la Integración de Personas con Discapacidad.

También en el mismo acto se dio a conocer el Registro Nacional de Menores con Discapacidad.

En el caso de la evaluación del primer año del Programa Nacional para el Bienestar y la Incorporación al Desarrollo de las Personas con Discapacidad, el presidente del país remarcó la necesidad de seguir fortaleciendo la "cultura de respeto a los derechos y a la condición y dignidad de las personas con alguna discapacidad, como imperativo ético y de justicia".³³ Igualmente puntualizó que "las personas con alguna discapacidad tienen exactamente los mismos derechos que todos los demás, y es un deber del gobierno y de todos los grupos sociales respetar y hacer respetar esos derechos".³⁴

Dentro de los objetivos a alcanzar por el Programa Nacional para el Bienestar y la Incorporación al Desarrollo de las Personas con Discapacidad, se encuentran los siguientes:

- Privilegiar los enfoques preventivos
- Abordar la rehabilitación desde una visión integral
- Identificación y estimulación temprana de los menores con discapacidad
- Combinar la educación especial con más posibilidades de integrarse a la educación regular y a la capacitación para el trabajo
- Promoción de la integración al trabajo para personas con alguna discapacidad

³³ Citado por Hilario Monroy Aguirre. *Respeto y Apoyo a Discapacitados "Imperativo ético"*. Periódico 1+1. 7 de junio de 1996. pp. 1 y 8 [El subrayado es nuestro].

³⁴ Citado en *op cit* pp. 1 y 8

- Posibilitar el acceso de adolescentes con discapacidad a las secundarias Técnicas y a Centros Educativos de Capacitación
- Promover la creación artística e intelectual de los discapacitados
- Acceso de los discapacitados a los Centros Culturales y Recreativos.
- Abrir espacios y oportunidades deportivas, para personas con algún tipo de discapacidad.

Por su parte, los titulares de El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), y del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) destacaron que : "el reto educativo para el sector de niños con necesidades educativas especiales, además de la cobertura, es la atención específica de los menores que se encuentran en la matrícula de las escuelas regulares"³⁵

También se informó la existencia en la mitad de los Estados del país de una legislación que dota a las personas con necesidades especiales de un estado de pleno derecho.

Como conclusión de esta primera evaluación del programa citado, se remarcó la existencia de información más precisa, completa, y actualizada sobre los infantes con necesidades educativas especiales.

La incorporación laboral del discapacitado —se dijo—, observa los siguientes obstáculos: la desinformación, los prejuicios de los contratadores, la desvaloración de las capacidades del discapacitado, la ausencia de una adecuada capacitación laboral, así como la asignación de trabajos no relacionados con las habilidades e intereses reales de los afectados.

Asimismo, en el mismo evento se dio a conocer el Registro Nacional de Menores con Discapacidad. Dicho proyecto fue concebido por la Sra. Nilda Patricia Velasco de Zedillo, y su instrumentación quedó a cargo de la SEP en colaboración con el INEGI.

Se informó que la elaboración de dicho proyecto significó la repartición de 23 millones de células de registro en igual número de familias. Los resultados obtenidos por tal Registro, y presentados en tal acto, fueron:

³⁵ Citado por Roberto Garduño. Sin atención 606 mil niños mexicanos discapacitados. Periódico La Jornada. 10 de Junio de 1996. Pp. 14 y 60

Niños con alguna discapacidad

Sin atención de ningún tipo de servicio educativo	Con atención en escuelas de educación especial	Integrados al sistema escolar regular	Inscritos en escuelas regulares	Reciben algún tipo de servicio educativo
606 062	303 000	11 000	1, 818,000	2,121,000

Fuentes: Hilario Monroy Aguirre. 1+1. 7 de junio de 1996. Pp.1 y 8

Roberto Garduño. La Jornada. 10 de junio de 1996. Pp. 14 y 60

De la información proporcionada en dicho acto, sobresalen por su relevancia los siguientes datos:

- Existen más de 10 millones de discapacitados
- Se encuentran inscritos en el Registro Nacional de Menores con Discapacidad, según la fuente del 1+1; 2,227,987. Y según el reportero de La Jornada; suman 2,700.000.

Otros datos que se informaron en tal suceso fueron: La discapacidad con mayor incidencia fue problemas visuales, con un 29 %; le sigue el de personas con más de una discapacidad, que representan el 11.6 %, y le precede problemas de lenguaje, con un 11.3 %.

A los anteriores datos, añadimos los proporcionados por la Dirección de Educación Especial/SEP, en 1994, sobre el objeto del presente trabajo, a saber:

1. A nivel Nacional, la demanda potencial de deficientes mentales es de 1,020,277, con una población atendida de 36, 058, a la fecha de 1992.
2. A nivel del Distrito Federal, la demanda potencial de deficiencia mental es de 68,099, con una población atendida de los mismos de 6, 912, a la fecha del ciclo escolar de 1994.

CONCLUSIONES GENERALES

Las sociedades construyen representaciones de los fenómenos, sujetos o cosas en forma heterogénea y apegados a las condiciones existentes de conocimiento sobre el fenómeno o cosa en cuestión. Estas representaciones o ideas sociales, en el caso de la deficiencia mental, han mostrado una evolución desigual y combinada, en donde se han apreciado actitudes hacia este grupo, que van de la protección al rechazo y de la valoración a la desvaloración, indistintamente.

En las sociedades antiguas se realizó una conjunción de actitudes sociales: Por un lado, la manera de agrupar a las tipicidades humanas se dio de tal modo que existía una mezcla de sujetos con tipicidades o síndromes diferentes. Esto ocasiono una actitud de horror, repulsión, temor y rechazo hacia éstos, a la vez que las sociedades los condenaban por 'inmorales'. Lo anterior justificó la segregación de éstos de las sociedades antiguas.

Por otro lado, se tuvo una sobrevaloración de los sujetos con tipicidades anómalas, en donde se dotaba a éstos de atenciones de orden de necesidades elementales básicas. A la vez, estas sociedades miraban en especial a estos sujetos, por su situación de inocencia o pureza original, lo que les permitía una condición de vidente, es decir, de acceso a formas de verdad.

El romanticismo enciclopedista permitió una nueva valoración de las discapacidades humanas, ampliando para éstos una condición de dignidad, al igual que para todo ser social. Bajo ese influjo se reprocharon las conductas de rechazo, repulsión horror y terror que existían para las "discapacidades humanas", cambiándolos por una valoración de éstos, expresada en sentimientos de protección familiar y social.

El proceso abierto por la Revolución Francesa posibilita el desarrollo de nuevas investigaciones y el surgimiento de nuevas concepciones sobre las discapacidades de la especie humana. Lo anterior, explica por sí mismo el desarrollo de nuevos estudios en el campo de las irregularidades humanas, los cuales dotaron de información más específica sobre las discapacidades conocidas hasta ese momento.

Asimismo observamos la formación de las primeras agrupaciones de discapacitados por similitudes o pertenencias, lo cual lo consideramos como formas promotoras de las consiguientes etiologías. Este incipiente ordenamiento de las discapacidades logró la separación de hecho entre criminales y locos, así como la que se dio entre locos y sujetos con insuficiencia mental.

Ejemplos de lo anterior los hallamos en Esquirol, quien establece tres tipos de déficits intelectuales (confusión mental, demencia e idiocia). Al igual que entendió a la idiocia como una deficiencia profunda e irrecuperable de la inteligencia.

Otro ejemplo lo tenemos con Morel, quien crea la etiología de la degeneración, basada en condiciones socioeconómicas bajas en hijos de obreros y que se expresa en una tendencia degenerativa, la cual se desarrolla a partir de la presencia de perezosos, perversos, locos, etc., hasta llegar al grado de imbeciles o idiotas.

Otro caso es el que encontramos en Trelat, para quien la imbecilidad y la idiocia son expresiones de estados amorfos de la inteligencia. También Bourmeville aporta estudios sobre los estados anatómicos de los sujetos anormales y sugiere una clasificación de éstos basada en siete categorías.

El fin del Siglo XIX y el principio del Siglo XX fueron testigos de una renovada toma de conciencia de la existencia de sujetos con insuficiencias mentales; y del surgimiento de centros educativos para personas con necesidades especiales.

El nacimiento explícito de la categoría de deficiencia mental se da como consecuencia del traslado de las necesidades industriales al ámbito escolar. Esto es, la creación de la escolaridad obligatoria y la aplicación de test de la inteligencia (Binet), a través de la medición del Cociente Intelectual C.I., evidenció la existencia de un sector de niños con un desarrollo más lento y menor cualitativa y cuantitativamente al resto de los niños normales.

Por otro lado, asistimos a la creación de instituciones educativas destinadas para deficientes medios y profundos. Las problemáticas que vivieron tales centros desde sus orígenes fueron: escasez de espacios, sobrepoblación, ausencia de recursos financieros y una orientación pedagógica tipo hospicio, vinculados a la falta de profesionales en esta área.

También observamos en esta etapa una ausencia o desinterés científico hacia los problemas de la deficiencia mental, lo cual en el terreno académico se expresó en una planeación educativa desvinculada de contenidos escolares y que se inscribió en una mera atención simplista de las formas esenciales de subsistencia.

Sin embargo, es a principios de siglo y como producto del diagnóstico, resultado de los test de Binet, conjuntado al C.I., así como de la formación de grupos de niños con necesidades especiales, es que se abre un proceso de innovación pedagógica el cual introduce métodos didácticos más apropiados a estos sujetos.

Conjuntamente a lo anterior, se concurre a un tratamiento más científico de la etiología en la deficiencia mental, en donde se establece la necesidad de una descripción más rigurosa, metódica y basada en la genética de los síntomas.

Aparte, en los EUA, en la década de los años veinte se presenciaron dos hechos significativos: el caso Kallikak presentado por Goddard, por el cual se prejuzga la relación de padres e hijos en términos psicológicos y de C.I. Simultáneamente, en 26 estados se realizaron esterilizaciones y segregaciones de imbeciles, idiotas y deficientes mentales medios y profundos.

Vermeulen describió la 'debilidad armónica' a partir de observaciones sobre el comportamiento. Tredgold propuso el vocablo 'amentia' para precisar ausencia de inteligencia y creó cuatro categorías.

Lewis habló de la "debilidad subcultural" y de la "deficiencia patológica", en donde considera para la primera factores hereditarios desfavorables con situaciones educativas adversas. La segunda noción la explica a partir del estado de variaciones genéticas asociadas a una lesión orgánica.

Por último, Turpin y Le Jeune presentan sus trabajos sobre irregularidades cromosómicas, mismas que tendrán una relevante importancia para la elaboración y profundización de las etiologías.

En la época postindustrial, manejamos cuatro variantes en donde se expresan las modalidades que significaron este lapso social, a saber: a) Las investigaciones realizadas en tomo a los factores que participan en la deficiencia mental; b) Los estudios hechos sobre nuevos síndromes clínicos; c) Los trabajos sobre trastornos diferentes a la deficiencia mental; y d) Las propuestas educativas para la población con deficiencia mental.

Las experiencias realizadas sobre síndromes tienen el objetivo de señalar las causas. Así Akirk describe la deficiencia mental como un déficit permanente e irreversible.

R. Zazzó realizó trabajos sobre: las peculiaridades de los niños disléxicos, en comparación con las de los niños deficientes mentales; también estableció una distinción entre necedad y debilidad; al igual, comparó niños normales con niños deficientes mentales. En conjunto con Hurtig realizaron el perfil del deficiente mental; en colaboración con otros, elaboraron la noción de heterocronía para definir la deficiencia mental como desviaciones en el desarrollo.

En Londres, Inglaterra, se realizó la Primera Conferencia Internacional sobre el estudio científico del deficiente mental. Esta misma etapa es testigo de la invención del primer examen psicológico del niño con deficiencia mental.

Peuzner y Luria entendieron a la deficiencia mental como una enfermedad adquirida, exógena o patológica, la cual conlleva efectos neurológicos. Estos autores utilizan la denominación de oligofrenia para establecer una clasificación sindrómica. Bollée en 1962, también se decide por establecer el carácter exógeno debido a accidentes, para explicar la insuficiencia mental.

Continuando con el otro inciso, tenemos que aquí se puntualiza una gran variedad de clasificaciones, a la vez que éstas se establecen más sistemáticas, profundas y amplias.

Primero, tenemos el aporte de Warner y de Straus, con su teoría del funcionamiento intelectual, en donde conciben una doble etiología: endógena y exógena. También señalaron la participación de otros elementos subyacentes a la deficiencia mental, como es la unión de su propuesta etiológica a los factores psicológicos diferenciales, etcétera.

También tenemos como nuevos síndromes los siguientes: En el caso de Doll, éste fija una escala de déficit de la inteligencia (idiocia, imbecilidad y deficiencia mental), que tienen su base en las deficiencias físicas y sensoriales ligadas a las condiciones educativas y sociales limitadas. Este autor utiliza el término de retraso para referirse a una inmaduración mental dada desde el nacimiento o primera infancia. Este vocablo lo divide en primario(endógeno), y secundario (exógeno); y agrega factores fusionados a la deficiencia mental (dependencia económica, ineficiencia escolar y laboral, etcétera).

Doll introduce los niveles de profundos, medios y ligeros para la deficiencia mental, y determina los tipos de éstos, a saber: cretinismo, mongolismo, enfermedad de Tay-Sachs, y la oligofrenia fenil-pirúvica.

El siguiente inciso aborda la separación de los trastornos secuenciales y/o diferentes de la deficiencia mental, mismos que se disponen de la siguiente manera: Problemas de lenguaje, neurosis infantil, etcétera.

Por último, este periodo se diferencia por la producción de nuevas perspectivas en el tratamiento dado a los sujetos con necesidades especiales, en donde se han venido sugiriendo nuevos métodos y estrategias relacionadas con la Psicología del Desarrollo y apegados a una propuesta didáctica activa, en función del desarrollo presentado por el sujeto.

En la Modernidad se vislumbra un nuevo impulso, a partir de la generación de estudios sobre diferentes áreas vinculadas o directamente afectadas por la deficiencia mental, a saber: M. Stambak, sobre motricidad; R. Perrón sobre Personalidad; H. Santucci sobre la aplicación de las pruebas de Binet; Hurtig, sobre el aprendizaje, etcétera.

Además se contempla una proliferación de trabajos abarcadores de la etiología así como de las relaciones entre debilidad y sociedad.

Establecer una génesis de los diferentes términos que se han utilizado para señalar a los sujetos con insuficiencia mental, parte de reconocer que tal evolución no ha sido lineal ni ininterrumpida, sino que más bien se ha dado un proceso de avances y retrocesos saltos y piruetas, acercamientos y alejamientos, uniones y separaciones para llegar a puntos comunes o regresar. Esto es, una **génesis desigual y combinada** marcada por las particularidades de cada época y sociedad.

La forma de referirse a los sujetos con déficit intelectual ha pasado de una confusión inicial, ocasionada por la carencia de conocimientos sobre este hecho; pasando por la utilización de términos tales como retraso/retardo; debilidad/deficiencia; oligofrenia; heterócronia, etcétera.

Es de capital importancia subrayar que cada vocablo utilizado no ha sido ingenuo, si no que más bien en cada uno de ellos se halla un significado subyacente que define, caracteriza o determina las modalidades del sujeto etiquetado.

En la noción retraso/retardo se señalan los síntomas o signos externos, además de que esta noción implícitamente concibe una posible modificación de tal estado.

Los usos de los términos debilidad/deficiencia, nos ligan directamente a las propias etiologías abordadas, así como a sus posibles consecuencias. El vocablo debilidad nos remite al origen congénito o lesional de ésta, y a su situación de irrecuperabilidad.

En la Rusia zarista se concibió el término de oligofrenia, y después este mismo fue continuado por Luria y sus colaboradores. Esta palabra manifiesta el significado de "subnormalidad mental" a quienes se les aplica.

En la época moderna, y para efectos de este trabajo hemos elegido la noción de "deficiencia mental" en la asignación de un término aplicable a los sujetos con necesidades especiales. Lo anterior se retoma como experiencia y conveniencia del uso del vocablo, en tanto que registra una génesis disminuida del potencial cognoscitivo (R.Perrón), e incluye la posibilidad de constatarla (R. Zazzó), al igual que permite delinear sus posibles tratamientos.

Igualmente es aplicable el entendimiento de tal estado de déficit intelectual como un corte dado a una evolución continua.

El desarrollo de la definición de la deficiencia mental ha mantenido desde sus primeras aproximaciones, rasgos que se han ampliado y que en lo general, se delinear en dos propuestas:

Por un lado observamos la concepción que se conforma a partir de considerar al estado en cuestión como una enfermedad o trastorno, lo que configura una condición de subnormalidad mental. Lo anterior se basa en el hecho de aglutinar un conjunto de síntomas que permitirían la identificación de las funciones de una enfermedad. Esta concepción no ha logrado resolver el aspecto de considerar al estado en referencia como producto de trasmisión hereditaria y de influencias sociales, o solamente como estado externo, producto de accidentes.

Por otra parte, analizamos la concepción de una insuficiencia global con orígenes genéticos o hereditarios, anexados a una deficiente o inexistente formación escolar, y a una insuficiencia constitucional o sensorial, lo que culmina en una comprensible inadaptación social con carácter global de irrecuperabilidad, y su consecuente fracaso social.

Para efectos del presente trabajo, la definición que nos convence, se estructura por determinantes de carácter biológico, psicobiológico, psicocultural y socioafectivo.

Dicha definición entiende por determinantes biológicos aquellos que tienen una base congénita o pueden ser adquiridos, y que son de orden normal o patológico, configurando una insuficiencia global y constitucional.

Los determinantes psicobiológicos son: la insuficiencia dada en la inteligencia, unida a trastornos constitucionales irreversibles, y que en el contexto del desarrollo del pensamiento impedirían el acceso al nivel formal.

Por último, los determinantes psicoculturales y socioafectivos se entienden como el conjunto de factores sociales de carácter convencional, anexados a las demandas del tipo de sociedad en que se dan, e incluyen las concepciones sobre las necesidades económicas, sociales y escolares. En lo general, este rubro conduce a la definición del fracaso o inadecuación de la conducta adaptativa del sujeto con necesidades especiales.

Esquirol, Doll y Akirk, aunque ponderan la utilización de diferentes términos, coinciden en señalar una disminución o carencia del desarrollo intelectual de carácter orgánico e irrecuperable.

La propuesta del presente trabajo coincide con R.Perrón al precisar la existencia de diferentes grados de deficiencia mental (profundos, graves, moderados y limitrofes), lo mismo que los consecuentes distintos niveles de insuficiencia mental.

Igualmente, se retoman los planteamientos de desarrollo de los conocimientos escolares relacionados con una incapacidad o disminución de la abstracción.

Nos es importante incluir las insuficiencias o rasgos particulares dados en cada área, los cuales en su mayoría son los propuestos por el texto DSM-III:

1. Área conductual	2. Área emocional	3. Área sómatica	4. Área de desarrollo
<ul style="list-style-type: none"> • escasez de atención • desorden y agresión en la conducta • irregularidad psicomotora 	<ul style="list-style-type: none"> • ansiedad • irregularidad en el desarrollo del juicio • fuerte grado de obstinación • deficiente afectividad • inmotivación • conflicto en la capacidad de sublimación de pulsaciones • actividad sexual precoz 	<ul style="list-style-type: none"> • alteraciones en las conductas alimenticias • signos de movimientos estereotipados • malformaciones craneanas graves • perturbaciones neurológicas 	<ul style="list-style-type: none"> • alteraciones profundas del desarrollo e irregularidades específicas.

Además, se registraron las siguientes características, vinculadas o no a las ya mencionadas:

- egocentrismo o imposición de la propia voluntad
- capacidad intuitiva de las situaciones

- saber vivencial fuerte
- sensibilidad rítmica innata
- memoria afectiva

El peso social es fijado por los criterios, los cuales incluyen : Las exigencias de la época o de la sociedad concreta, unidas a las posibilidades culturales y educativas que generan dichas sociedades, además de la situación dada en las condiciones de gestación y de parto, así como de las necesidades de adaptación que las sociedades reclaman. Es también un criterio el uso del Cociente Intelectual C.I.

Los determinantes los encontramos englobados en los siguientes campos: biológicos, psicobiológicos, psicoculturales, y socioafectivos. Los de carácter biológico incluyen a los endógenos y/o hereditarios; los psicobiológicos son del orden del nivel del pensamiento, siendo el caso de la población aludida, la determinación sobre éstos de no acceder al pensamiento formal.

A lo largo de la historia de las sociedades humanas, el punto de vista social hacia los sujetos con discapacidad de deficiencia mental mantuvo un desarrollo desigual, en donde sin embargo hemos encontrado un avance significativo no sólo en cuanto a las concepciones sobre este sector poblacional, sino también en cuanto a las intenciones de las políticas y estrategias educativas, donde sobresalen las perspectivas contemporáneas que se pretenden instrumentar hacia éstos (integración, acceso al curriculum básico, plenos derechos, etcétera).

Igualmente vemos un adelanto en las investigaciones y estudios actuales elaborados sobre las características, clasificaciones, definiciones, etiología, diagnósticos prenatales, etc., que afectan a la deficiencia mental.

Se han realizado trabajos importantes sobre la etiología de la deficiencia mental, en donde la genética -como rama de la biología-, ha elaborado teorías que posibilitan la explicación de la existencia de alguna discapacidad específica, y que además permite contar con datos confiables sobre las razones de su surgimiento.

Los estudios genéticos permiten explicar las causas que originan la deficiencia mental, tanto en el nivel prenatal (infecciones maternas transmitidas al embrión, maniobras abortivas, ingestión materna de venenos, etc.), como sobre los motivos perinatales (anoxemia o asfixia, prematuridad, etc.), así como también sobre los móviles psicoafectivos y culturales (separación madre-hijo por diferentes causas, etcétera).

Por lo mismo, al considerar el campo de los determinantes de orden biológico, psicobiológico, psicocultural y socioafectivo, al igual que a los factores o criterios de índole social que participan en la vida del sujeto con deficiencia mental, desde antes del nacimiento y que también pueden actuar en las etapas de desarrollo de éstos, nos llevó al reconocimiento y ubicación del grupo de factores que determinan la discapacidad de deficiencia mental.

Así, la etiología es entendida en sus bases de naturaleza biológica, psicocultural, así como en sus causas de carácter endógeno o constitucional. Al igual que aquellos factores que son adquiridos o se derivan del ambiente.

Organismos internacionales, conjuntamente con la UNESCO, han realizado eventos en pro de los discapacitados, en donde sobresalen los trabajos que antecedieron a la 'Declaración de Salamanca', y la declaración mencionada.

Estos actos internacionales han permitido que a nivel nacional existan ya las bases legales que permitan la introducción de nuevas perspectivas educativas y sociales para los discapacitados, y concretamente para los deficientes mentales.

La época actual se caracteriza por la pretensión de mantener el dominio del modelo educativo en la atención escolar proporcionada a los discapacitados.

Ahora bien, el nuevo impulso de los modelos educativos de atención a los discapacitados obedece más bien no al avance de la ciencia, ni al aporte de nuevos conocimientos sobre aspectos que involucren a la población en cuestión, sino que éstos son resultado de una política de carácter moral y ética: el reconocimiento de los sujetos con necesidades educativas especiales a ser considerados plenamente como seres humanos, y por ende, a tratar de dar solución a sus intereses, en donde sobresale su derecho a la educación.

Dentro de los logros que han obtenido en los últimos años los discapacitados que son atendidos por instituciones del Estado, están los avances obtenidos a nivel técnico operativo, en donde se cuenta con el diseño y actualización de diagnósticos en la mayoría de las áreas que competen a la atención de la discapacidad mencionada: psicología, pedagogía, lenguaje, medicina, trabajo social, deporte, etcétera.

En la actualidad, los diagnósticos señalados se realizan en las coordinaciones o sedes que hay en todo el país, o en los mismos servicios de diagnóstico *ex-profeso*, o en las propias escuelas de educación especial. En estos centros de diagnóstico los candidatos al servicio son diagnosticados en las diferentes áreas ya mencionadas. Los candidatos son canalizados por los servicios de salud, por educación preescolar, por educación básica, o por las propias comunidades, entre otros.

En nuestro país, el Estado, por medio de la Dirección de Educación Especial/SEP, ha retomado recientemente; los principios, política y marco de acción para beneficio de los sujetos con necesidades educativas especiales, que resultaron en la Declaración de Salamanca.

Por lo mismo, la (D.E.E./SEP) ha instrumentado como política educativa para este sector educativo: la educación integral, la cual considera dotar de los conocimientos básicos a todos, incluyendo a todos los discapacitados.

En ese sentido la (D.E.E./SEP) amplía y consolida la política educativa de reubicación de la matrícula de educación especial, lo cual pretende fundamentalmente ubicar en las escuelas regulares o integrales, a la mayoría de la población con alguna discapacidad.

Asimismo, la (D.E.E./SEP) mantiene las escuelas primarias de educación especial como alternativa para los alumnos que por sus propias condiciones no lograron adaptarse a las escuelas regulares o integrales.

Sin ninguna duda, la política de integración de los discapacitados en las escuelas regulares representa un avance sin precedentes, ya que con ello se posibilita que la gran mayoría de discapacitados por deficiencia mental se vean trasladados a ámbitos escolares normales, en donde podrán ser objeto de la obtención de conocimientos básicos, contemplados en la currícula de educación básica.

Sin embargo lo anterior presenta grandes retos para la (D.E.E./SEP), pues ésta deberá procurar una educación a la comunidad local, así como a la comunidad escolar, con el objetivo de sensibilizar y conseguir la aceptación de los sujetos con necesidades educativas especiales en estas comunidades.

También, la (D.E.E./SEP) deberá responder a las necesidades conceptuales y de enseñanza-aprendizaje de los contenidos escolares señalados en la currícula básica, por ello deberá de retomar los trabajos realizados en las áreas de lecto-escritura y de cálculo que se elaboraron en la atención proporcionada a los Grupos Integrados (G.I.), como aquellas que se realizaron en los Centros Psicopedagógicos (C.P.P.), con la finalidad de adecuar y actualizar estos estudios a las condiciones de la población con deficiencia mental.

Es de igual importancia hacer notar el reto que también existe en lo referente a los recursos y materiales didácticos que se utilizan en el proceso de enseñanza-aprendizaje de la población tratada, pues las mismas características de la población aludida exige la elaboración de material didáctico activo.

Entender los hechos sociales que suceden en los momentos actuales requiere de ubicar nuestra temporalidad en donde ésta se encuentra: fin de siglo y fin de milenio.

Los hechos sociales más relevantes que han acontecido en estos años son la caída de la Ex-URSS; y la terminación de el "socialismo real" en Europa Occidental, lo cual implicó "el derrumbe del muro del Berlín", como un símbolo de la caída de los gobiernos totalitaristas.

En el campo de los conocimientos, lo anterior guarda relación con las teorías sociales que sostenían un inevitable desarrollo de las sociedades industriales hacia las formas socialistas y posteriormente comunistas, basadas en la determinación económica y en las fuerzas sociales del momento histórico.

Lo anterior no puede ser visto desde una óptica fatalista, pues tales "sucesos históricos" se han desenvuelto con el menor costo social registrado en los actuales tiempos, y además han golpeado en lo primordial las posturas fundamentalistas y autoritarias.

La relación de las etapas históricas con los conocimientos es mostrado en el presente trabajo al establecer un vínculo entre las creencias mágico-anímistas de las sociedades antiguas con el trato realizado con las "discapacidades mentales", consideradas éstas como "ocupaciones" de espíritus benignos o malignos.

Igualmente lo hemos visto en la relación dada entre la concepción demoniaca, sostenida en la Edad Media y su enlace con las acepciones "demonológicas" que se tuvieron sobre las "discapacidades mentales".

El efecto del Renacimiento en las "discapacidades", señala la marcada influencia de las posturas "protestantistas y reformistas" en dicha época. Para el sujeto de nuestro trabajo, la mayor atención inicia con las posturas filosóficas y humanistas que permitieron a la Revolución Francesa. Felipe Pinel y Jean Itard, entre otros, dotan de una nueva visión al tratamiento dado a los "discapacitados", y abrieron una nueva etapa sobre los trabajos realizados en beneficio de la concepción sobre las "discapacidades", así como sobre el tipo de atención hacia éstos.

Las sociedades modernas se han caracterizado por su continuo trabajo sobre aspectos relacionados con las diferentes "discapacidades" (R.Zazzó, M. Stambak, R. Perron, H. Santucci, etc.), así como por la delimitación de investigaciones sobre la relación de las discapacidades y la sociedad.

Es así como estableciendo una génesis social del problema de las "discapacidades", entendemos la actual política de "integración educativa, social y económica, entre otras, hacia los discapacitados, concebida por organismos internacionales como la UNESCO.

Nuestro país y su gobierno en turno, como integrante de la UNESCO, y de otras organismos afines, ha hecho suya la política de "educación para todos", lo cual ha generado la estrategia educativa de "integración de los discapacitados", con bases "éticas y de justicia".

Lo anterior no puede ser visto como negativo o contraproducente, pues contemplado históricamente no podemos negar el avance que significó el haber sacado de las cárceles y de los asilos para "discapacitados mentales" a los deficientes mentales.

Tampoco podemos negar la importancia de haber quitado las cadenas literalmente hablando, de tales personas, ni mucho menos podemos dejar de apreciar las mejoras que se han instrumentado en las atenciones proporcionadas a estos grupos (asistencial, médico y educativo), así como en la aceptación elaboradas hacia ellos.

Así, desde ese contexto, consideramos como un avance la "política de integración social de los discapacitados", aunque dicha estrategia carezca de conocimientos perfectamente estructurados, confiables y verificables como base de ésta.

Esto es, avalamos como política acertada el traslado de los diferentes grupos de discapacitados hacia las escuelas regulares, tanto a nivel de estimulación temprana, preprimaria, primaria, y su extensión a niveles de educación media básica y técnica, entre otras.

En lo general, las recomendaciones, el plan de acción y las aceptaciónes sobre los discapacitados, emanadas de la Declaración de Salamanca merecen el reconocimiento, así como la suma de los mejores esfuerzos para que dicho plan pase de los cubículos de investigación, de las mesas de negociaciones, a la cotidianidad de los centros escolares, en razón de las verdaderas potencialidades de los discapacitados, en lugar de la separatividad de éstos bajo una concepción competitiva de la sociedad.

Los trabajos de sustentación académica que requiere dicha política significa un verdadero esfuerzo para las sociedades actuales, y en particular para los profesionales relacionados con esta problemática, en donde se ubica la pedagogía especial.

ESCUELA DE EDUCACION ESPECIAL DEFICIENCIA MENTAL

OBJETIVO

PROPORCIONAR A NIÑOS Y JOVENES QUE PRESENTEN DEFICIENCIA MENTAL, ATENCION ESPECIALIZADA QUE LES PERMITA DESARROLLAR SUS POSIBILIDADES, A EFECTO DE PROPICIAR SU INTEGRACION Y PARTICIPACION EN EL MEDIO SOCIAL.

NORMAS DE INGRESO

- EDAD DE 0 a 15 AÑOS
- ACTA DE NACIMIENTO ORIGINAL Y FOTOCOPIA
- ESTUDIO MEDICO
- C. I. DE 30 a 70
- PROCEDENCIA DE CENTROS DE ORIENTACION Y CANALIZACION (C. O. E. C.)

PERSONAL

- DIRECTORA
- APOYO ADMINISTRATIVO
- RESPONSABLE DE LA ATENCION
 - MAESTROS ESPECIALISTAS
 - PSICOLOGOS
 - PEDAGOGOS
 - MTRO. LENGUAJE
 - MTRO. DE TALLER
 - TRABAJO SOCIAL

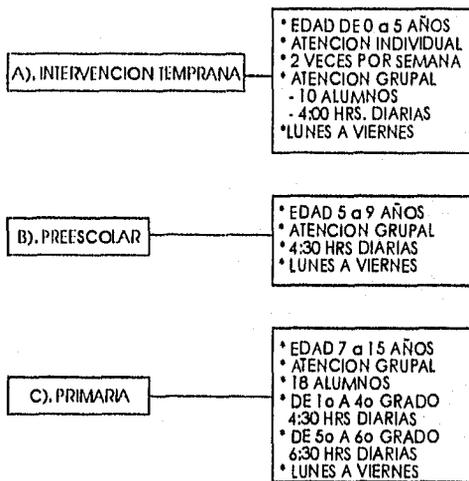
ACCIONES

- ORIENTACION
- EVALUACION DIAGNOSTICA
- PLANEACION DE LA INTERVENCION
- INTERVENCION
- EVALUACION CONTINUA

PERMANENCIA

HASTA 2 CICLOS ESCOLARES EN CADA GRADO CON LA FINALIDAD DE CUBRIR OBJETIVOS DE CADA ETAPA.

NIVELES DE ATENCION



INTERVENCION PSICOPEDAGOGICA

• LA GUIA PARA INTERVENCION TEMPRANA, POR NIVELES Y ETAPAS SEÑALA EN CUATRO AREAS:

- CONGNOCITIVAS
- SOCIAL
- DE LA VIDA DIARIA
- PSICOMOTORA

LOS COMPORTAMIENTOS CARACTERISTICOS; LA FUNDAMENTACION Y SUGERENCIAS DE INTERVENCION; Y LAS ACTIVIDADES PROPUESTAS.

• LA GUIA CURRICULAR PARA PREESCOLAR Y PRIMARIA ESPECIAL EN LAS AREAS DE:

- INDEPENDENCIA PERSONAL Y PROTECCION DE LA SALUD.
- COMUNICACION
- SOCIALIZACION E INFORMACION DEL ENTORNO FISICO Y SOCIAL.
- OCUPACION

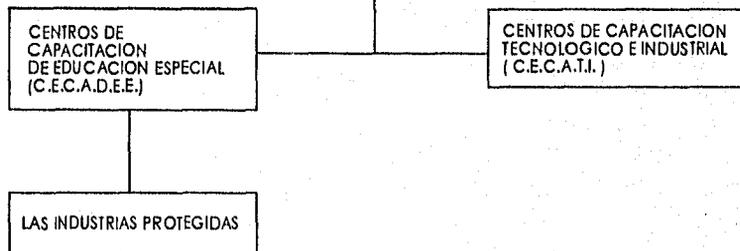
• SE DISEÑAN OBJETIVOS ESPECIFICOS QUE SE TRADUCEN EN ACTIVIDADES INTEGRADORAS A MANERA DE TECNICAS DIDACTICAS

• LA APLICACION DE LA GUIA CURRICULAR PERMITE EL DESARROLLO DE LOS CONTENIDOS ACADMICOS

EGRESO

AL CUMPLIR PROCESO ESCOLAR

CANALIZACION



UNIDAD DE SERVICIOS DE APOYO A LA EDUCACION REGULAR (U.S.A.E.R.)

QUE ES

LA UNIDAD DE SERVICIOS DE APOYO A LA EDUCACION REGULAR (USAER), ES LA INSTANCIA TECNICO OPERATIVA Y ADMINISTRATIVA DE LA EDUCACION ESPECIAL, SE CREA PARA OFRECER LOS APOYOS TEORICOS Y METODOLOGICOS EN LA ATENCION DE LOS ALUMNOS CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES, DENTRO DEL AMBITO DE LA ESCUELA REGULAR, FAVORECIENDO ASI LA INTEGRACION DE DICHOS ALUMNOS Y ELEVANDO LA CALIDAD DE LA EDUCACION QUE SE REALIZA EN LAS ESCUELAS REGULARES.

PROPOSITOS

APOYAR A LA ESCUELA REGULAR EN LA ATENCION DE LOS ALUMNOS CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES, CON LA FINALIDAD DE AMPLIAR LA COBERTURA Y EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DEL SISTEMA EDUCATIVO.

NORMAS DE INGRESO

- ALUMNOS DE 1^{er}o. a 6^{to}. GRADOS QUE PRESENTAN DIFICULTAD DE APRENDIZAJE QUE OBSTACULIZAN LA APROPIACION DE LOS ASPECTOS DEL SISTEMA DE ESCRITURA Y MATEMATICAS.
- INGRESO EN TRES MOMENTOS:
 - AL INICIO DEL PERIODO ESCOLAR
 - EN LA PRIMERA QUINCENA DE NOVIEMBRE
 - EN LA SEGUNDA QUINCENA DE ENERO

PERSONAL

- DIRECTOR
- APOYO ADMINISTRATIVO
- MAESTROS DE APOYO
- EQUIPO DE APOYO TECNICO:
 - PSICOLOGOS
 - MAESTROS DE LENGUAJE
 - TRABAJADORES SOCIALES
 - OTROS

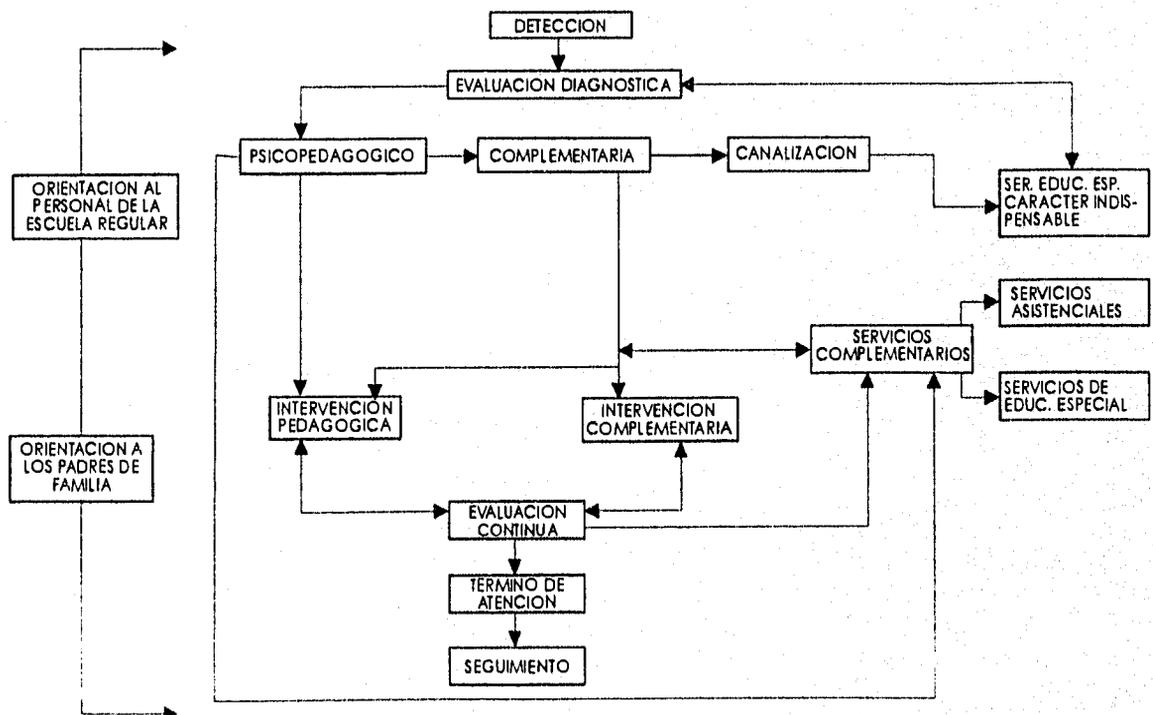
FORMACION DE GRUPOS Y HORARIOS

- ATENCION EN LA ESCUELA REGULAR
- ATENCION POR CICLOS
- ATENCION INDIVIDUAL O GRUPAL
- GRUPOS DE 5 ALUMNOS COMO MAXIMO
- SESIONES DE 45 A 90 MINUTOS

PERMANENCIA

- DETECCION DE NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES
- EVALUACION DIAGNOSTICA
- ORIENTACION AL PERSONAL DE LA ESCUELA Y A LOS PADRES DE FAMILIA
- PLANEACION DE LA INTERVENCION
- INTERVENCION
- EVALUACION CONTINUA

PROCESO DE ATENCION



BIBLIOGRAFIA GENERAL

LIBROS:

1. BACH HEINZ. LA DEFICIENCIA MENTAL. ASPECTOS PEDAGOGICOS. Edit. Cincel-Kapelusz. Madrid.1981.
2. BARBEL INHELDER. EL DIAGNOSTICO DEL RAZONAMIENTO EN EL DEBIL MENTAL. Ed. Nova Terra. 1a. Edición España, 1971.
3. DE LA FUENTE MUÑIZ, RAMON. PSICOLOGIA MEDICA 13ava. Reimpresión. Fondo de Cultura Económica. México, 1974.
4. FOUCAUL, MICHEL. HISTORIA DE LA LOCURA EN LA EPOCA CLASICA. Tomo I, Breviarios No. 191, Fondo de Cultura Económica, México, 1981
5. GALEANO R. HUMBERTO, ROSALES G. AMANDA, SAUSTE A. JESUS. EDUCACION ESPECIAL EN MEXICO. INTRODUCCION A LA HISTORIA DE LA EDUCACION ESPECIAL HACIA LOS ATIPICOS. Cap. 5. LOS MENTALMENTE IMPEDIDOS. Edita: Investigaciones sobre la Educación A.C. México, enero de 1982.
6. KEMPE C.H., K. SILVER H., O'BRIEN DONOUGH, ET AL: DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PEDIATRICOS. Cap. 33: ROBINSON A., GOODMAN S.I., Y O'BRIEN D., : TRASTORNOS GENETICOS Y CROMOSOMICOS, ERRORES CONGENITOS DEL METABOLISMO. Ed. Manual Moderno S.A. 5a. Edición México, 1983.
7. PIAGET, JEAN, SEIS ESTUDIOS DE PSICOLOGIA, Ed. Seix Barral, Barcelona, 1973.
8. PICHOT, PIERRE, ET AL : DSM-III. MANUAL, DIAGNOSTICO Y ESTADISTICA DE LOS TRASTORNOS MENTALES. Edit. Masson. México.1984.
9. SHAFFER, J.A., HELLEN A.M., ET AL: ENFERMEDADES DEL RECIEN NACIDO Cap. III: MILUMSKY, A.: DIAGNOSTICO ANTENATAL DE ALTERACIONES GENETICAS. Ed. Salvat Editores, S.A. 4a. Edición. México, 1981.
10. ZAZZO, RENE. LOS DEBILES MENTALES, LA DEBILIDAD EN CUESTION; Cap.1: PERRON, ROGER.: ACTITUDES E IDEAS RESPECTO DE LAS DEFICIENCIAS MENTALES; Cap. III: MATTY CHIVA E YVETTE RUTSCHMAM; LOS DEBILES MENTALES, Editorial Fontanella, barcelona, España, 1973.
11. ZITO LEMA, VICENTE: CONVERSACIONES CON ENRIQUE PICHON RIVIERE, Timerrmon Editores, S.A. Argentina, 1976.

ENCICLOPEDIAS Y DICCIONARIOS

1. BATTEGAY RAYMOND, JOHAN GLATZEL, ET AL; DICCIONARIO DE PSIQUIATRIA. Edit. Herder, España, Barcelona, 1989.
2. DICCIONARIO ENCICLOPEDICO ESPASA, Tomo II, Edit. Espasa-Calpe, Madrid, 1978.
3. ENCICLOPEDIA BARSÀ, ENCYCLOPEDIA BRITANNICA, Tomo II, México, 1988.
4. ENCICLOPEDIA UNIVERSAL ILUSTRADA EUROPEO-AMERICANA. Ed. Espasa Calpe, Madrid, 1978.
5. MC. GRAW HILL. DICCIONARIO ENCICLOPEDICO DE LAS CIENCIAS MEDICAS. LIBROS MC. GRAW HILL. 4a. Edición México, 1985.
6. SAGATORE, LUIS, DICCIONARIO MEDICO TAIDE, Edit. Taide, 4a. Reimpresión, Barcelona, 1987.
7. SELECCIONES READERS DIGEST, DICCIONARIO MEDICO FAMILIAR, México, 1981.

HEMEROTECA:

1. BASES PARA UNA POLITICA DE EDUCACION ESPECIAL. Dirección General de Educación Especial. Ed. D.G.P. y D.G.E.E./SEP, México, Febrero de 1980.
2. B. BRUSLAUSKY, MARGARITA GOMEZ P., ET AL: PLAN DE ESTUDIOS Y GUIA CURRICULAR PARA DEFICIENTES MENTALES. Proyecto Experimental. Dirección General de Educación Especial. Dirección Técnica. Oficina de Planes y Programas. SEP. 1980-1982.
3. CONSTITUCION POLITICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS. Dirección General de Gobierno. Secretaria de Gobernación. Diario oficial de la Federación. México, Febrero de 1994.
4. DECLARACION DE SALAMANCA DE PRINCIPIOS, POLITICA Y PRACTICA PARA LAS NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES. MARCO DE ACCION SOBRE NECESIDADES ESPECIALES. CONFERENCIA MUNDIAL SOBRE NECESIDADES EDUCATIVAS Salamanca, España, Junio de 1994. Edit. Dirección de Educación Especial. Cuadernos de Integración Educativa No.3 SEP, México, Nov. 1994.
5. DIAGRAMA DE ANALISIS DE PROGRESOS (PAC), Dirección General de Educación Especial. Dirección Técnica. Departamento de Programación Académica. Sin Fecha. SEP.

6. FOLLETO INFORMATIVO, SERVICIOS DE EDUCACION ESPECIAL, IZTAPALAPA. UNIDAD DE SERVICIOS EDUCATIVOS IZTAPALAPA. COORDINACION TECNICA REGION SAN MIGUEL TEOTONGO, SEP, MEXICO, 1995.
7. GUAJARDO RAMOS ELISEO. LA INTEGRACION EDUCATIVA COMO FUNDAMENTO DE LA CALIDAD DEL SISTEMA DE EDUCACION BASICA PARA TODOS. 2o. Encuentro de Educación Especial, Queretaro, Qro. Jun/1994. Edit. Dirección de Educación Especial. Cuadernos de Integración Educativa No.5 México, Nov. de 1994.
8. GUIA DE INTERVENCION TEMPRANA. Dirección General de Educación Especial. Dirección Técnica. Departamento de Programación Académica. SEP. México, 1984.
9. GUIA CURRICULAR DE PREESCOLAR Y PRIMARIA ESPECIAL. Edit. Dirección General de Educación Especial. Dirección Técnica. Departamento de Programación Académica. SEP. México. 1984.
10. GUTIERREZ OLVERA, ARTURO, ESCUELA, ECONOMIA Y FAMILIA, Revista Pedagógica Año 1, No.2 U.P.N. de Sinaloa, México, Junio de 1991.
11. LA EDUCACION ESPECIAL EN MEXICO NO. 8 cuadernos Edit. Dirección General de Publicaciones y D.G.E.E./SEP. México, 1981.
12. LEGISLACION EN MATERIA DE PROFESIONES. SEP. MÉXICO, 1994.
13. LEY GENERAL DE EDUCACION . Diario Oficial de la Federación SEP. México, Julio de 1993.
14. PLAN NACIONAL DE DESARROLLO (1995-2000) Poder Ejecutivo Federal. Secretaria de Hacienda y Crédito Público. México, Junio de 1995.
15. PROYECTO GENERAL PARA LA EDUCACION ESPECIAL EN MEXICO. edit. Dirección de Educación Especial. Cuadernos de Integración Educativa No.1 México, nov.1994.
16. UNIDAD DE SERVICIOS DE APOYO A LA EDUCACION REGULAR (USAER), Edit. Dirección de Educación Especial. Cuadernos de Integración Educativa No. 4 SEP. México, Nov. 1994.
17. HILARIO MONROY AGUIRRE. Diario 1+1. 7 de junio de 1996. Pp.1 y 8
18. ROBERTO GARDUÑO. La Jornada. 10 de junio de 1996. Pp. 14 y 60
19. PROGRAMA PARA LA MODERNIZACION EDUCATIVA (1989-1994). Poder Ejecutivo Federal. Nov. de 1989.