

21025
59



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
"ACATLÁN"**

**"AFECTIVIDAD: EJE CENTRAL DEL
DESARROLLO EDUCATIVO INTEGRAL DEL
INFANTE CON DEFICIENCIA MENTAL".**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PEDAGOGÍA

PRESENTA:

SILVIA ESMERALDA TAVERA REY

ASESORA: ESTELA URIBE FRANCO



JULIO 2003

A



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS
PROFESIONALES "ACATLÁN".**

***"AFECTIVIDAD: EJE CENTRAL DEL DESARROLLO
EDUCATIVO INTEGRAL DEL INFANTE CON DEFICIENCIA
MENTAL"***

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
LIC. EN PEDAGOGIA**

PRESENTA:

SILVIA ESMERALDA TAVERA REY.

ASESORA: ESTELA URIBE FRANCO

JUNIO DE 2003.

Doy Gracias a Dios por haberme ayudado a llegar a esta meta, por darme vida, salud y por poner en mi camino personas valiosas que me han ayudado a ser mejor persona.

A mi Papá por inculcarme siempre el estudio y ayudarme a escoger esta carrera, por sacrificarte tanto para que nunca me faltara nada. Te quiero mucho.

A mi Mamá por todo el apoyo, comprensión y amor incondicional que siempre me has brindado y por tu ejemplo de lucha constante por el bienestar de tu familia.

Gracias a los dos por darme la vida, por inculcarme valores, por su paciencia, sus consejos, sus esfuerzos, por creer en mí y por darme la oportunidad de estudiar una carrera. Espero nunca defraudarlos y les ofrezco este trabajo en agradecimiento a todo lo que han hecho por mí.

A mis hermanos Miguel y Sandy por su apoyo, amor y protección, especialmente a Sandy por quererme tanto.

A Roberto el amor de mi vida por su apoyo, enseñanzas y por su valioso ejemplo de constancia y fortaleza que tanto admiro, sobre todo por permitirme conocer el amor a su lado.

TE AMO.

A Shirley, Edith y Celia por estar conmigo cuando más las necesito y por su amistad incondicional.

A Chelito por su cariño e interés en mí y mi profesión y por su valerosa lucha.

A mi asesora Estela Uribe Franco, por sus consejos, experiencias y tiempo dedicado para la realización de este trabajo.

A la profesora Judith Colli por su apoyo y ejemplo de lucha por las personas con Necesidades Educativas Especiales.

INDICE

INTRODUCCION.....	5
CAPITULO I: LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL.....	7
1.1) ¿Qué es la discapacidad intelectual?	
1.2) Causas de la discapacidad intelectual.	
1.3) El Cociente Intelectual.	
1.3.1) Pruebas Pediátricas.	
1.3.2) Psicodiagnóstico.	
CAPITULO II: LA FAMILIA DEL NIÑO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL... 23	
2.1) El medio familiar.	
2.2) Conductas problemáticas de los padres hacia los niños con discapacidad intelectual.	
2.3) Influencia de la discapacidad intelectual en la dinámica familiar.	
2.4) Mantenimiento del equilibrio familiar.	
CAPITULO III: LA SOCIEDAD ANTE LA PROBLEMÁTICA DEL NIÑO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL..... 35	
3.1) Habilidades Sociales. ¿Competencia Social?	
3.2) Situaciones de aceptación social y tipos de rechazo.	
3.3) ¿Qué significa el individuo con discapacidad intelectual para la sociedad?	
3.4) Reacciones y emociones que provoca al niño con discapacidad intelectual la incomprensión e ignorancia de la sociedad.	
3.4.1) Mecanismos de defensa.	
3.4.2) Mecanismos de evasión.	
CAPITULO IV: LA ESCOLARIZACION DEL NIÑO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL..... 47	
4.1) Historia de la Educación Especial en México.	
4.2) La escolarización en los niños con discapacidad intelectual.	
4.3) Integración Escolar.	

CAPITULO V: LA IMPORTANCIA DEL AFECTO EN EL DESARROLLO INTEGRAL DEL NIÑO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL... 67

- 5.1) Propuestas para favorecer la integración educativa y la afectividad de los niños con discapacidad intelectual límite, ligera y media que cursan el grado preescolar dentro de los Centros de Desarrollo Infantil (CENDI).
 - 5.1.1) Propuesta de un programa informativo y de sensibilización orientado a docentes que laboran en escuelas de educación preescolar para promover la integración educativa y la difusión del derecho a la educación de los niños con discapacidad intelectual límite, ligera y media dentro de los Centros de Desarrollo Infantil.
 - 5.1.2) Programa de apoyo para el docente para la estimulación de conductas afectivas en el niño con discapacidad intelectual límite, ligera y media que cursa el grado de preescolar dentro de los Centros de Desarrollo Infantil.

CONCLUSIONES. 91

GLOSARIO. 93

BIBLIOGRAFIA. 104

INTRODUCCION

En un mundo tan frío y materialista como es en el que vivimos hoy, se ha dejado en segundo plano todo lo relacionado con los afectos, siendo el principal interés el aspecto económico.

Es importante recalcar que las relaciones humanas son las que sostienen una sociedad, y que son las más difíciles de llevar.

Ignorada hasta ahora su importancia por muchos de quienes tratan con personas con discapacidad intelectual, es necesario, sin embargo, poner de manifiesto su verdadero valor. El afecto es uno de los puntos clave en la vida del individuo con discapacidad intelectual, en la evolución de sus potencialidades y en su tratamiento. De hecho, la afectividad es la base para el desarrollo cognoscitivo de cualquier niño.

El ser humano es una unidad total en la que se desarrollan aptitudes y potencialidades que le permitirán conformar su personalidad. Personalidad es de acuerdo con Allport: "la organización dinámica dentro de cada individuo, de sistemas psicofísicos que determinan su ajuste al medio".

Los sistemas psicofísicos no son otra cosa que los factores mentales y afectivos que pertenecen al propio sujeto, por lo que se les clasifica como factores internos; estos son afectados en forma determinante por los factores externos, entre los que se encuentra la familia, la escuela y factores socioculturales. Funcionalmente son inseparables, pues las emociones son producidas por la presencia de un objeto o situación percibida a través de nuestros sentidos, provocando una respuesta (reflejo) cargada de tonalidad afectiva. La satisfacción o insatisfacción hará que esa conducta se convierta en agradable o desagradable; por lo tanto es imposible separar lo psíquico de lo somático.

El problema del afecto en relación con el ser humano con discapacidad intelectual, está presente desde el origen mismo de la cuestión, y la acompaña en todos sus niveles de evolución. Ello se expresa principalmente de tres maneras:

- 1) En el origen de numerosos casos de discapacidad intelectual, está una carencia afectiva profunda.
- 2) En el tratamiento de la discapacidad intelectual, el factor afectivo ha probado ser de importancia determinante.
- 3) Dadas las características de la discapacidad intelectual, lo afectivo ocupa el plano principal en la vida interna de las personas con discapacidad intelectual, por consiguiente, todo análisis de ellos o toda tentativa de acercamiento y comunicación debe otorgar su justo valor a este aspecto.

Por consiguiente, el afecto debe ser situado en su dimensión real en relación con el conjunto de la problemática del ser humano con discapacidad intelectual.

La educación integral es una unidad total, que necesita de atención global. No es posible separar la afectividad, de las demás actividades curriculares.

El amor es de influencia eficaz sobre el desarrollo de cualquier ser humano, la aprobación y aceptación de los demás son necesarios para que el niño crezca y se desarrolle en una atmósfera de seguridad; si el niño está seguro de sí mismo logrará tener sus metas, pero si a un niño no se le acepta, sino al contrario, se le rechaza, será muy difícil que el niño logre culminar un objetivo.

El afecto es el punto clave en la vida del individuo que tiene discapacidad intelectual, pues se ha observado que es de importancia determinante aún cuando otros métodos han fracasado. El propio cuerpo, la expresión, lo afectivo y lo imaginario están en el niño estrechamente ligados y latentes.

Avanzar en el sentido afectivo implicará sin duda el descubrir nuevos caminos de comunicación y realización para ellos, a quienes debemos darles el lugar que merecen como nuestros iguales.

Mi trato con personas con discapacidad intelectual, ha hecho que se afirme mi deseo de estar cerca de ellos, además de darme cuenta de la importancia fundamental que tiene el afecto en su desarrollo, punto de partida para la elaboración de mi trabajo.

La presente tesis tiene el interés de exponer la esfera de desarrollo emocional en las personas con discapacidad, para ello, la estructura de este trabajo se inicia con el primer capítulo que incluye conceptos y aspectos generales de la discapacidad intelectual. El segundo capítulo trata de algunas generalidades de las respuestas emocionales y adaptativas de la familia ante la llegada de un niño con discapacidad intelectual al hogar y su influencia en el desarrollo del niño. En el tercer capítulo se presentan algunos de los conceptos y actitudes que tiene la sociedad para con los individuos con discapacidad intelectual y las diferentes reacciones y emociones que provoca en este. En el capítulo cuatro se expone brevemente lo que han sido a través de la historia las escuelas de educación especial y las escuelas integradoras, así como la influencia de estas en el desarrollo de la autoestima del niño con discapacidad intelectual. En el último capítulo se incluyen las propuestas para favorecer la integración educativa y la afectividad de los niños con discapacidad intelectual que cursan el grado preescolar dentro de los Centros de Desarrollo Infantil.

CAPITULO I: LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL

OBJETIVO ESPECIFICO: *Definir el concepto de Discapacidad intelectual y sus aspectos generales.*

- 1.1) *¿Qué es la discapacidad intelectual?***
- 1.2) *Causas de la discapacidad intelectual.***
- 1.3) *El Cociente Intelectual.***
 - 1.3.1) *Pruebas pediátricas.***
 - 1.3.2) *Psicodiagnóstico.***

1.1 ¿QUÉ LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL?

De acuerdo con el compilador Rafael Bautista en el libro de Necesidades Educativas Especiales. Existen diferentes criterios para definir lo que es la discapacidad intelectual:

- Criterio Psicológico o Psicométrico.

Según este criterio tiene discapacidad intelectual aquel sujeto que tiene un déficit o disminución en sus capacidades intelectuales (medidas éstas a través de tests y expresadas en términos de C.I.). Fueron Binet y Simon los principales impulsores del criterio psicométrico.

- Criterio Sociológico o Social.

Según este criterio (utilizado por Doll, Kanner y Tredgold entre otros) el individuo con discapacidad intelectual es aquella persona que presenta en mayor o menor medida una dificultad para adaptarse al medio social en que vive y para llevar a cabo una vida con autonomía personal.

- Criterio Médico o Biológico.

Según este criterio la discapacidad intelectual tendría un sustrato biológico, anatómico o fisiológico y se manifestaría durante la edad del desarrollo (hasta los 18 años). Para Lafon (citado por Garrido Landívar, 1984) "la discapacidad intelectual es la deficiencia congénita o precozmente adquirida de la inteligencia".

Estos tres criterios son recogidos por las definiciones de la A.A.M.D. (Asociación Americana para la Deficiencia Mental) y de la O.M.S. (Organización Mundial de la Salud).

La A.A.M.D. hace la siguiente definición:

"La Discapacidad Intelectual se refiere a un funcionamiento intelectual general inferior a la media o promedio, originado durante el periodo de desarrollo y asociado a un déficit en la conducta adaptativa". (Grossman, 1983).

La O.M.S. define a las personas con Discapacidad intelectual como "individuos con una capacidad intelectual sensiblemente inferior a la media que se manifiesta en el curso del desarrollo y se asocia a una clara alteración en los comportamientos adaptativos" (O.M.S., 1968).

Estas definiciones como podemos observar muy similares en cuanto que ambas contienen los tres criterios expuestos anteriormente son las más aprobadas por los diversos autores.

Existen además otros criterios más novedosos que pueden sumarse a los tres que han sido expuestos y son:

- Criterio Conductista:

Lanzado por los partidarios del Análisis Experimental de la Conducta poniendo el énfasis en la contribución del ambiente a la discapacidad intelectual. El déficit intelectual es un

déficit de conducta que ha de interpretarse como producto de la interacción de cuatro factores determinantes:

- 1) Factores biológicos del pasado (genéticos, prenatales, perinatales, postnatales).
- 2) Factores biológicos actuales (drogas o fármacos, cansancio o stress).
- 3) Historia previa de interacción con el medio (Reforzamiento).
- 4) Condiciones ambientales momentáneas o acontecimientos actuales.

- **Criterio Pedagógico.**

La persona con discapacidad intelectual es aquel sujeto que tiene una mayor o menor dificultad en seguir el proceso de aprendizaje ordinario y que por tanto tiene unas necesidades educativas especiales, es decir necesita de unos apoyos y unas adaptaciones del currículo que le permitan seguir el proceso de enseñanza ordinaria.

Por la dificultad que representa para algunos niños el seguir el proceso de aprendizaje del programa de estudios, "la escuela es el lugar donde se detectan la mayoría de las discapacidades de grado ligero y límite, ya que éstas pasan inadvertidas más fácilmente entre la población no escolar y en las primeras etapas del desarrollo."¹

La misión fundamental de la psicopedagogía consiste en investigar las posibilidades educativas de los sujetos con alteraciones en el desarrollo. La ayuda que la psicopedagogía presta, estriba en procurar una acertada educación a los casos ligados a determinados condicionamientos.

Antes de educar al niño, el maestro debe comprenderlo. En cada caso concreto de la educación se debe primero entender al niño antes de proceder a una estrategia de aprendizaje.

Entre otras a la pedagogía le interesa la posibilidad de una plenitud de vida para el individuo con discapacidad. La misión del educador consiste en enseñar al niño el modo de recorrer con cierta holgura su camino particular.

El nuevo enfoque, el modelo educativo que tiene un cambio conceptual, toma la discapacidad como debilidad que demuestra una persona dentro de un contexto determinado. Se refiere a las desventajas que experimentan las personas como consecuencia de una situación que les limita o impide el cumplimiento de roles que son normales según su edad, sexo, cultura y posición. Ocurre cuando esas personas enfrentan barreras culturales, físicas y sociales que les impide el acceso a los diversos sistemas de sociedad que están a disposición de los demás ciudadanos. La pérdida o limitación de las oportunidades de participar en la vida de la comunidad en un pie de igualdad con los demás. "No son las lesiones orgánicas las más incapacitantes sino más bien las barreras psicológicas que rodean a las personas aquejadas de una discapacidad."²

¹ BAUTISTA, Rafael, Necesidades Educativas Especiales, Editorial Aljibe, Granada España, 1993. Pág. 213.

² La integración de niños discapacitados a la educación común (fotocopias) pág. 19.

"El modelo pedagógico, educativo, asume que se trata de un sujeto con necesidades educativas especiales."³ Rechaza los términos "minusválido" y "atípico" por ser discriminatorios y estigmatizantes. La estrategia educativa es integrar al sujeto, con el apoyo educativo necesario, para que pueda interactuar con éxito en los ambientes socioeducativos, primero y sociolaborales, después.

Las necesidades educativas especiales pueden ser temporales o permanentes. Si un alumno o alumna tienen dificultades serias para acceder al currículo, puede requerir apoyo durante un tiempo o durante todo su proceso de escolarización.

Las barreras más difíciles de romper constituyen las actitudes humanas. Barreras físicas y sociales que dificultan el acceso y participación en la sociedad al ser humano con discapacidad intelectual.

El criterio pedagógico busca el desarrollo de formas de enseñanza que respondan positivamente a la diversidad del alumnado en el contexto de una escuela para todos y en la que se asuma la necesidad de que la enseñanza es algo valioso y deseable profesionalmente. Ve al niño con Necesidades Educativas Especiales como al individuo que presenta algún problema de aprendizaje a lo largo de su escolarización, que demanda una atención más específica y mayores recursos educativos de los necesarios para compañeros de su edad. Aparecen, por tanto, en esta definición, dos nociones estrechamente relacionadas: "los problemas de aprendizaje y los recursos educativos". El sistema curricular aparece como elemento central para la respuesta a las diferentes necesidades educativas, entendiendo como sistema curricular, el conjunto de elementos que informan, en el ámbito escolar, sobre qué, cómo y cuándo enseñar y evaluar a los alumnos, en función de los fines generales de la educación.

Al conceptuar a los alumnos como niños con necesidades educativas especiales, se está diciendo que su dificultad para aprender no depende sólo de ellos, sino que tienen un origen interactivo con el medio.

- Criterio Ecológico:

"Este criterio no puede comprender al sujeto individual sin atender a su inserción en el contexto social."⁴

Una perspectiva ecológica es aquella donde se concibe que el individuo se desarrolla en una relación dinámica y como parte inseparable de los escenarios (contextos sociales) en los que funciona durante toda su vida.

³ La UNESCO declaró en 1981, como el "Año de las personas con requerimientos especiales de educación". Los países miembros convinieron en adoptar esta referencia para los sujetos con discapacidad. Últimamente también es aceptada la referencia "sujetos con discapacidad" distinguiéndola de la de "discapacitado". Esta sutil diferencia remite a una significativa connotación. El primero se refiere a un rasgo de la persona, el segundo, es la clasificación de un tipo de persona. Y; desde el punto de vista de la ética y del derecho positivo, todas las personas son iguales; aunque con rasgos diferentes.

⁴ MATA, Salvador Francisco. Didáctica de la Educación Especial. Editorial Aljibe. España 1999. Pág. 60.

En la perspectiva ecológica, el desarrollo es la adaptación o ajuste continuos entre el individuo y su entorno. Es una adaptación mutua y progresiva que ocurre a lo largo de toda la vida entre los individuos en crecimiento y su entorno cambiante. Se basa en “la concepción evolutiva del ambiente ecológico de la persona y su relación con éste, así como la creciente capacidad de la persona para descubrir, sostener o alterar sus propiedades” (Bronfenbrenner, 1979). Thomas y Marshall (1977) relacionan esta adaptación o desarrollo continuos con la función de la integración. “El entorno rara vez se adapta, y nunca lo hace por completo, a las necesidades específicas de un individuo con una desventaja. Por consiguiente, el propósito último de cualquier programa de integración es asistir a este individuo para que se adapte lo mejor posible a su entorno”.

El enfoque ecológico se distingue por su interés en la acomodación actual y progresiva entre el aprendiz humano en crecimiento y su entorno inmediato y la manera en que esta relación se forma y se reconcilia por fuerzas provenientes de aspectos distintos al del medio social del individuo, los alrededores sociales del individuo.

En el enfoque ecológico, todos los individuos se conciben como personas dinámicas y en crecimiento, que se mueven en forma progresiva hacia los escenarios en que se encuentran y los reestructuran.

“Desde la perspectiva ecológica, el desarrollo humano es la acomodación mutua y progresiva, o adaptación y ajuste, entre un ser humano activo en crecimiento y los escenarios siempre cambiantes en los que funciona, así como las relaciones entre esos escenarios y los contextos ecológicos más amplios (los entornos donde se desarrolla el individuo) en los que se insertan.”⁵

Cuando hablamos del desarrollo de un individuo con discapacidad intelectual no debemos encajarlo en períodos de aprendizaje concreto teniendo en cuenta solo y exclusivamente el criterio psicométrico, sino que habría que hacer una valoración, completa y exhaustiva para situarlo dentro del proceso general de desarrollo señalando lo positivo aquello que es capaz de hacer el sujeto.

“Las principales dificultades con que nos podemos encontrar en el desarrollo de un ser con Necesidades Educativas Especiales pueden clasificarse de la siguiente manera.

- Psicomotoras.
- Sensoriales.
- En habilidades sociales.
- De autocuidado.
- De lenguaje.”⁶

Se considera la interacción con el mundo físico, experiencias corporales y de tipo perceptual: a mayor experiencia, mayor posibilidad de desarrollo de la persona.

⁵ SHEA, M. Thomas. Educación especial. Un enfoque ecológico. Editorial Mc Graw Hill. México 1999 págs. 6 y 7.

⁶ BAUTISTA, Rafael, Necesidades Educativas Especiales. Editorial Aljibe, Granada España, 1993. Pág. 220.

1.2 CAUSAS DE LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL.

Factores preconceptionales:

Existen causas sin ser específicamente una herencia, que influyen aún antes de que el niño se haya concebido, entre estas causas podemos citar el alcoholismo, intoxicaciones con plomo, mercurio, zinc, etc. Junto a estos factores se pueden colocar la mala nutrición que por generaciones viene afectando a nuestras clases de bajos recursos económicos; la dieta obligada a base de tortillas, frijol, chile no llega a permitir el mínimo de nutrición que todo organismo requiere. La edad de la mujer sobre todo si es mayor de 40 años, también es un factor importante de riesgo.

También existe la posibilidad de que existan factores genéticos que posibiliten la discapacidad como lo menciona Rafael Bautista:

Factores Genéticos:

“Estos factores actúan antes de la concepción; el origen de la discapacidad viene ya determinado por los genes o herencia genética. Son factores o causas de tipo endógeno (actúan desde dentro del mismo ser):

- 1) Genopatías: Alteraciones genéticas que producen:
 - A. Metabolopatías o alteraciones en el metabolismo de:
 - Aminoácidos (Fenilcetonuria, Homocistinuria, Síndrome de Lowe, Histidinemia Hiperglicinemia...).
 - Lípidos (Enfermedades de Gaucher y Niemann-Pick, Gangliosidosis,
 - Carbohidratos (Galactosemia, Intolerancia a la fructosa, Hipoglucemias, Glucogenosis, Mucopolisacaridosis...).
 - Otras metabolopatías (Síndrome de Lesh-Nyhan, Acidosis láctica, Cetoaciduria)
 - B. Endocrinopatías o alteraciones endocrinas y hormonales tales como: Hipotiroidismo, Pseudohipoparatiroidismo...
 - C. Síndromes Polimalformativos tales como: Síndrome de Prader Willi, Cornelia de Lange, Anemia aplásica de Fanconi...
 - D. Otras genopatías: Entre ellas pueden nombrarse las siguientes: Síndrome de Rett, Distrofia muscular progresiva, Distrofia miotónica, Hidrocéfalo, Espina Bífida, Encefalocele y otros defectos del tubo neural.
- 2) Cromosopatías: Son Síndromes debidos a anomalías o alteraciones en los cromosomas y pueden ser fundamentalmente de tres tipos:
 - A. Síndromes autosómicos específicos: Cabe destacar trisomias como las siguientes:
 - Trisomía G (trisomía 21, Síndrome de Down).
 - Trisomía E (trisomía 18, Síndrome de Edward).
 - Trisomía D (trisomía 13, Síndrome de Patau).Y deleciones de cromosomas como las del cromosoma 18 y el Síndrome de Maullido del Gato.
 - B. Síndromes Autosómicos Inespecíficos: También en este grupo se dan trisomías y deleciones de cromosomas, aunque no tan conocidas como las anteriores.

C. Síndromes Gonosómicos: Son alteraciones ligadas a los cromosomas sexuales, siendo los más conocidos los Síndromes de Turner y de Klinefelter.”⁷

Factores Prenatales:

“Estos factores que actúan antes del nacimiento pueden clasificarse en:

- Embriopatías: Actúan durante los tres primeros meses de la gestación.
- Fetopatías: Actúan a partir del tercer mes de gestación.”⁸

El momento de la concepción nos marca un punto de referencia muy importante: ese cambio radical puede influir grandemente en la psique del niño, ya no van a ser variantes anormales de plasma germinal las que influyen, sino todas aquellas afecciones de la madre que pueden haberse establecido también en el embrión.

Otra de las causas principales de esta patología es que la madre haya padecido, en el período del embarazo, enfermedades infecciosas como: fiebre tifoidea, escarlatina, rubeola, sarampión, viruela, tosferina, difteria, citomegalia, herpes, sífilis congénita, lúes, listeriosis, toxoplasmosis.

También existen alteraciones endocrinas y metabólicas que afectan al feto como: Trastornos tiroideos, Diabetes, Déficit nutritivo, Vitaminopatías.

Si durante el embarazo la madre consume o está expuesta a productos tóxicos como: Alcohol, Tabaco, Fármacos como anticonvulsivos, anticancerígenos, etc., Drogas como heroína, cocaína, LSD, etc., plomo, mercurio...acentúa las posibilidades de que el niño nazca con discapacidad intelectual.

También la exposición a factores mecánicos, radiaciones y perturbaciones psíquicas posibilitan la discapacidad.

Recurrir a maniobras abortivas, son palpablemente dañinas para el normal desarrollo del feto y pueden ser causas de discapacidad intelectual; hay que insistir en que ésta puede o no producirse y que cada caso es una individualidad, en particular en su desarrollo y en su causa final.

Algunas de las enfermedades parasitarias, si interesan grandemente la economía orgánica, pueden ser causas de discapacidad intelectual en el niño, sin aparecer en el tiempo de la gestación; entre éstas es posible mencionar el paludismo, la malaria, la enfermedad del sueño, etc. Además hay que tomar en cuenta aquellas dermatosis que causen reacciones generales y estados febriles intensos y de gran duración.

⁷ IBIDEM. Pág. 216.

⁸ IBIDEM. Pág. 218

Factores perinatales:

En la práctica tocológica se asiste a una gran cantidad de nacimientos prematuros: no quiere decir que estos niños tengan discapacidad intelectual. El trabajo de parto supone presiones, forcejeos, tribulaciones por las que tiene que pasar el feto antes de nacer; el que exista estrechez pélvica materna aumenta estas presiones e influye traumáticamente con más intensidad sobre el sistema nervioso del nuevo ser.

En algunos partos se han presentado en el bebé puntos hemorrágicos pequeños y lesiones cefálicas que llegan hasta la desgarradura del tejido; es fácilmente deducible que un encefalo en estas condiciones no puede efectuar el mismo trabajo que uno que haya resultado libre de lesiones en esta prueba.

Estas lesiones también pueden producirse por la utilización poco experimentada, deficiente o inhábil de forceps.

Como otra causa tenemos la anestesia durante el parto, si alguna pequeña porción del anestésico pasara por el torrente sanguíneo del feto, podría restarle capacidad de oxigenación y produciría lo que se conoce con el nombre de Anoxia, la cual también puede ser provocada por asfixia mecánica producida por el mismo cordón umbilical, que en los movimientos fetales haya ido enrollándose alrededor del cuello de éste y produzca un estrangulamiento de mayor o menor intensidad.

Otros factores que pueden provocar la discapacidad son: La incompatibilidad RH entre la madre y el recién nacido, el síndrome de sufrimiento cerebral que puede deberse a: placenta previa, trauma obstétrico, enfriamiento, hemorragia intracranial, hipoxia.

Factores postnatales:

Entre las causas postnatales dignas de valorar encontramos todas aquellas que pueden afectar el sistema nervioso del niño antes de los 5 años. Es común oír, al elaborar la historia de éstos casos, que la madre diga que el niño estaba bien hasta que le vinieron las calenturas muy altas y después de esto se le vio "retrasadito" en relación con sus hermanos mayores.

También están las enfermedades infecciosas que pueden complicarse e interesar el sistema nervioso, como meningitis, encefalitis, etc.

Los grandes cambios de temperatura producidos por enfermedades generales, elevando el nivel térmico sanguíneo varios grados, así como los fríos intensos, pueden afectar el cerebro del niño y dar lugar a una anomalía mental.

Algunos otros factores los menciona Rafael Bautista en el libro de Necesidades Educativas Especiales⁹ como son:

- Endocrinometabolopatías (Hipoglucemia, Hipotiroidismo, Hipercalcemias, Malnutrición...)
- Convulsiones (daño cerebral...)

⁹ IBIDEM. Pág. 218.

- Hipoxia (Cardiopatías congénitas, parada cardiaca, asfixia...)
- Intoxicaciones (Monóxido de carbono, Plomo, Mercurio...)
- Traumatismos Craneoencefálicos (Hemorragias cerebrales...)
- Factores Ambientales (Deficientes "culturales-familiares", que suelen tener una discapacidad ligera o limite al igual que algún familiar cercano (padres o hermanos), no detectándose patología orgánica y perteneciendo a una familia de status social, cultural y económico bajo).

1.3 EL COCIENTE INTELECTUAL.

Esta clasificación tiene por índice el cociente intelectual, concepto introducido por Stern, que resulta de dividir la edad mental (E.M.) hallada por la aplicación válida de tests psicométricos, por la edad cronológica (E.C.) del niño o adolescente que nos preocupe y multiplicarlo por 100.

$$C.I.: \frac{E.M.}{E.C.} \times 100$$

A este dato que refleja el nivel intelectual, hay que añadir las características de desarrollo, la capacidad de aprendizaje y de adaptación social, la influencia del medio familiar.

La edad mental es un índice de madurez y expresa la capacidad mental general de un individuo determinada por una serie de pruebas que se evalúan y se comparan con los resultados correspondientes a cada edad. La edad mental es la expresión de la madurez intelectual de un individuo en un momento dado de su evolución. O sea un niño de 5 años de edad cronológica deberá tener una edad mental correspondiente de 5 años.

El cociente intelectual es una medida de brillantez intelectual que se determina comparando la edad mental del individuo con su edad cronológica.

El término cociente intelectual, ha sido de gran utilidad en el campo psicométrico, pero no se debe olvidar que el cociente intelectual proporciona solo un dato cuantitativo, ya que no informa sobre la cualidad de la organización de una personalidad.

Importa mucho que se generalice la noción de Discapacidad intelectual, que se clarifiquen las ideas respecto a la diversidad de individuos con discapacidad intelectual y que se divulgue la nomenclatura de ésta que establece la Organización Mundial de la Salud y la AADM donde se indica, que atendiendo al Cociente Intelectual, existen 5 niveles o grados de discapacidad intelectual que se mencionan a continuación:

	<i>Cociente intelectual</i>	<i>Discapacidad Intelectual.</i>
1.-	68-85	Límite
2.-	52-68	Ligera
3.-	36-51	Media
4.-	20-35	Severa
5.-	Inferior a 20	Profunda.

1.- Discapacidad intelectual límite.

Es este un grupo que se ha introducido en esta clasificación recientemente y los diferentes autores no se ponen de acuerdo aún sobre si deberían o no formar parte de ella. En la realidad tan solo manifiestan un retraso en el aprendizaje o alguna dificultad concreta de aprendizaje.

Aquí podrían incluirse muchos sujetos de ambiente sociocultural deprimido.

2.- Discapacidad intelectual ligera.

Es este otro grupo mayoritario y al igual que el grupo anterior no claramente con discapacidad intelectual y la mayoría de las veces de origen cultural, familiar o ambiental.

Pueden desarrollar habilidades sociales y de comunicación, tienen capacidad para adaptarse e integrarse en el mundo laboral.

Presentan un retraso mínimo en las áreas perceptivas y motoras.

Es en la escuela donde se detectan sus limitaciones intelectuales porque suelen tener dificultades en el aprendizaje de las técnicas instrumentales. Pueden llegar a alcanzar un nivel escolar de ciclo medio.

En un ambiente familiar y social no suelen presentar problemas de adaptación.

3.- Discapacidad intelectual moderada o media.

Pueden adquirir hábitos de autonomía personales y sociales, teniendo más dificultad en la adquisición de éstos últimos.

Pueden aprender a comunicarse mediante lenguaje oral, pero presentan con bastante frecuencia dificultades en la expresión oral y en la comprensión de los convencionalismos sociales.

Presentan un aceptable desarrollo motor y pueden adquirir las habilidades pretecnológicas básicas para desempeñar algún trabajo.

Difícilmente llegan a dominar las técnicas instrumentales (lectura, escritura y cálculo).

4.- Discapacidad intelectual severa.

Generalmente necesitan protección o ayuda ya que su nivel de autonomía tanto social como personal es muy pobre.

Suelen presentar un importante deterioro psicomotor.

Pueden aprender algún sistema de comunicación, pero tiene muchas dificultades en su lenguaje oral.

Puede enseñárseles habilidades de autocuidado básico y pretecnológicas simples.

5.- *Discapacidad intelectual profunda.*

Este grupo presenta un grave deterioro en los aspectos sensoriomotrices y de comunicación con el medio.

“Son dependientes de los demás en casi todas las funciones y actividades, ya que las discapacidades físicas e intelectuales son extremas. Excepcionalmente tienen autonomía para desplazarse y responden a entrenamientos simples de autoayuda.”¹⁰

En relación a los factores externos con la persona con discapacidad son demasiado exigentes con él, debido a que se enfrenta principalmente a la marginación. Existe una actitud de rechazo, burla, compasión o agresividad de los sujetos que no tienen discapacidad intelectual. Le marcan normas rígidas, situaciones establecidas que el individuo con discapacidad intelectual, algunas veces, se ve impedido a cumplir adecuadamente.

1.3.1 *PRUEBAS PEDIÁTRICAS.*

Las pruebas pediátricas permiten tener un diagnóstico médico de las posibles complicaciones biológicas que existen en el recién nacido o en el niño y que pueden indicar una posibilidad de discapacidad intelectual.

A continuación se nombran algunas de estas pruebas pediátricas:

- **Tamíz Neonatal:**¹¹ Es un examen de sangre que sirve para detectar en los recién nacidos algunas enfermedades ligadas al metabolismo, entre ellas Fenilcetonuria e Hipotiroidismo Congénito, el cual causa discapacidad intelectual irreversible si no se detecta y trata oportunamente. Hipotiroidismo Congénito es una enfermedad con la que nacen algunos niños, que se debe a la ausencia, localización aberrante, malformación o disfunción de la glándula tiroideas. La prueba debe efectuarse a todos los recién nacidos después de las 48 horas de vida y antes del primer mes de edad. El examen consiste en obtener seis gotas de sangre del talón del bebé, lo que no le causa ninguna reacción o malestar posterior. Si en el examen se descubre la enfermedad, se le avisará de inmediato a los familiares la necesidad de acudir a un médico especialista para dar tratamiento (medicamento) y evitar la discapacidad. Es importante saber que el Hipotiroidismo Congénito, en la gran mayoría de los casos, no se nota al nacimiento y el niño aparenta estar sano, por lo que los padres deben llevarlo al Tamíz Neonatal a la brevedad posible.

¹⁰ BAUTISTA, Rafael. *Necesidades Educativas Especiales*. Editorial Aljibe, Granada España. Pág. 215

¹¹ TAMIZ NEONATAL. Folleto del Instituto Nacional de Perinatología.

- Valoración de Apgar:** La puntuación máxima e ideal es de 10. Cada uno de estos signos se califica con 0, 1 ó 2 de acuerdo con las condiciones que presenta el niño. La valoración debe hacerse siempre al minuto, a los dos minutos y a los cinco minutos. Este hecho es frecuentemente infringido y con frecuencia se hace sólo al nacimiento. Aunque la valoración no ha resultado ser todo lo útil que se creía en un principio, en términos generales se dice que cuando un niño tiene un Apgar entre 6 y 10 el pronóstico es satisfactorio, entre 3 y 5 es grave y 0 a 2 muy grave.

Valoración de Apgar

	0	1	2
1. Frecuencia cardíaca.	Ausente.	Menor de 100.	100 o más.
2. Esfuerzo respiratorio.	No.	Llanto débil Lento, irregular.	Llanto vigoroso normal.
3. Tono muscular.	Flaccidez total.	Alguna flexión discreta de extremidades.	Flexión completa Movimiento activo.
4. Respuesta a estímulos.	Ninguna.	Reacción discreta, muecas.	Llanto, tos o estornudo.
5. Coloración.	Cianosis.	Acrocianosis. Cuerpo rosado, extremidades con cianosis.	Completamente rosado.

En el año de 1956, Silverman y Andersen describieron otro sistema para valorar al recién nacido (específicamente la función respiratoria), que es de gran utilidad, ya que, como es sabido, los trastornos respiratorios son los más frecuentes a esta edad.

Valoración de Silverman-Andersen.

VALORACIÓN	2	1	0
1. Movimientos toracoabdominales.	Rítmicos y regulares.	Tórax inmóvil, abdomen en movimiento.	Tórax y abdomen (disociación sube y baja).
2. Tiro intercostal.	Ausente.	Discreto.	Acentuado y constante.
3. Retracción xifoidea.	Ausente.	Discreta.	Muy marcada.
4. Aleteo nasal.	Ausente.	Discreto.	Muy acentuado.
5. Quejido espiratorio.	Ausente.	Leve e inconstante.	Constante y acentuado.

En este método también se utiliza la escala de 0 a 2. La puntuación general a la inversa del método de Apgar es de 0.

- **Tablas de talla, peso, circunferencia cefálica, edad ósea y función renal:** El progreso constante y dinámico de la pediatría moderna, unido al complejo e interesante fenómeno de crecimiento y desarrollo del niño obligan al pediatra a conocer y manejar adecuadamente una serie de constantes, valores, gráficas de crecimiento y desarrollo, así como variaciones en la normalidad de las cifras de laboratorio. La aplicación adecuada de estos conocimientos redunda en una mejor clínica y permite, en la gran mayoría de los casos, un diagnóstico y manejo adecuados de la patología del niño.
- **Nomograma de McLean Hastings:** El nomograma de McLean Hastings permite al clínico establecer el estado real del metabolismo de Ca. Esto tiene particular interés en aquellos casos de crisis convulsivas no bien determinadas y en los que la causa de las mismas puede ser hipocalcemia e hipoparatiroidismo.
- **Pruebas de función tiroidea:** Los padecimientos tiroideos en la edad pediátrica pueden presentarse en formas tan variadas que van desde el cretino-afiroideo congénito, hasta casos más leves como talla baja; de mayor discusión serían aquellos niños que son llevados por retardo motor, "hipotonía", y las pruebas de función tiroidea muestran hipotiroidismo.
- **Pruebas de la dentición:** La formación de una estructura dentaria adecuada se ve influida por el tipo de dieta y por la acción de la hormona tiroidea. En efecto, una dieta adecuada en proteínas, calcio, fósforo y vitaminas (especialmente C y D), así como una función tiroidea normal determinan en forma importante la aparición y estructura dentarias. Los dientes son habitualmente olvidados por los pediatras; sin embargo, hay que insistir y recordar la importancia que tiene la exploración de los mismos. Los trastornos nutritivos y una enfermedad prolongada puede afectar la calcificación de los dientes caducos y permanentes. "El retardo en la aparición de la dentición unido a hipotonía, macroglosia, etc., pueden ser las manifestaciones de un hipotiroidismo. La alteración en el esmalte puede ser debida al raquitismo por hipofosfatemia. Debe recordarse también que en ciertas familias los niños presentan un adelanto o retraso en la dentición sin que existan otros signos de retraso o aceleración del crecimiento."¹²

¹² SALAS, Alvarado Max, Ramírez Mayans Jaime. Síndromes Pediátricos. Fisiopatología clínica y terapéutica. Editorial La Prensa Médica. México 1991. Pág 537.

1.3.2 PSICODIAGNOSTICO.

El psicodiagnóstico consiste en un conjunto de entrevistas verbales (cara a cara), en exámenes neurológicos y electroencefalográficos y en tests psicométricos y proyectivos, donde se registran e interpretan los diversos materiales biográficos, expresivos, de la conducta, proyectivos y físicos que brindan el niño y su familia a los entrevistadores. Al efectuar un psicodiagnóstico debe tenerse en cuenta que previamente se hayan practicado los exámenes clínicos pediátricos completos.

Se debe aclarar que el psicodiagnóstico no es solamente el informe psicológico, su realización exige la participación de un equipo interdisciplinario compuesto por:

- Psiquiatra infantil.
- Psicólogo.
- Psicopedagogo.
- Neurólogo infantil.
- Electroencefalografista.
- Asistente social.
- Otros especialistas según el caso: fonoaudiólogos, musicoterapeutas, profesores de expresión corporal, etc.

La labor del equipo interdisciplinario, que toma varias horas de trabajo, es imprescindible para la realización del psicodiagnóstico, porque es la única forma de abarcar la multiplicidad de causas que pueden originar alteraciones en el desarrollo del niño. Por lo contrario, las pruebas aisladas nos proporcionan una visión parcial y en consecuencia incompleta y probablemente distorsionada de la problemática.

Un síntoma puede obedecer a causas diferentes: por ello es imprescindible tener una visión total del niño examinado y a partir de allí establecer una línea de tratamiento adecuado. Del trabajo del equipo interdisciplinario se extraerá una conclusión diagnóstica, es decir, un panorama dinámico de las causas que originaron el síntoma o los síntomas que motivaron la consulta, y surgirá también el programa terapéutico por cumplir. Esta conclusión diagnóstica no debe convertirse en un "rótulo" que implique segregar, aislar o separar al niño de su grupo o de la sociedad en general, sino que servirá para encaminarlo mediante un tratamiento integral.

Los instrumentos que utiliza el equipo interdisciplinario a fin de llegar a un psicodiagnóstico son los siguientes:

- Historia clínica.
- Historia social.
- Hora de juego.
- Estudio psicopedagógico. Se suelen utilizar distintas pruebas específicas, entre ellas Test Psicométricos (La Escala de Inteligencia de Terman y Merrill, Test de Wechsler-Wisc, Test de Goodenough, Test de Gessell). Tests Gráficos o Perceptivomotores (Test de Bender, Test de Raven). Test Proyectivos (T.A.T., Test del dibujo de una familia, Test de Rorschach).
- Examen neurológico.

- Examen electroencefalográfico.
- Otros estudios complementarios. En algunas ocasiones es conveniente realizar algunas pruebas como por ejemplo: auditivas, oftalmológicas, endocrinológicas, ortopédicas, inmunológicas, alérgicas, etc. Para evitar el peligro de atribuir un origen psicológico a síntomas que corresponden a una causa orgánica.

Una vez realizados todos los estudios, los profesionales que han participado en el caso efectuarán una reunión conjunta a fin de arribar a una identificación de las necesidades educativas del momento. Cada uno aportará sus propias conclusiones, que incluirán no solamente el diagnóstico, sino también el tratamiento para el desarrollo integral del sujeto.

Es muy importante que se utilice un lenguaje claro, adecuado a la capacidad de comprensión de la familia y usando la menor cantidad posible de terminología técnica que generalmente está fuera del uso común.

CAPITULO II: LA FAMILIA DEL NIÑO CON DISCAPACIDAD INTELLECTUAL

OBJETIVO ESPECIFICO: MENCIONAR LAS GENERALIDADES DE LAS RESPUESTAS EMOCIONALES Y ADAPTATIVAS DE LA FAMILIA ANTE LA LLEGADA DE UN NIÑO CON DISCAPACIDAD INTELLECTUAL AL HOGAR Y SU INFLUENCIA EN EL DESARROLLO DEL NIÑO.

- 2.1) El medio familiar.***
- 2.2) Conductas problemáticas de los padres hacia los niños con discapacidad intelectual***
- 2.3) Influencia de la discapacidad intelectual en la dinámica familiar.***
- 2.4) Mantenimiento del equilibrio familiar.***

2.1 EL MEDIO FAMILIAR.

Existen ideas sociales y culturales de lo que se considera como la "familia ideal", influenciadas sobre todo por los medios de comunicación. Una de esas ideas es que toda pareja deseará y tendrá hijos. "Los hijos simbolizan muchas cosas para una pareja; la corroboración de haber cumplido con una expectativa social; la conceptualización de ver en los hijos una extensión de sí mismo, una forma de trascender, la garantía de la seguridad económica y emocional para la vejez y hasta el orgullo de una posesión personal."¹

La familia es el lugar donde se dan múltiples aprendizajes, tanto en las funciones biológicas, como en la comunicación, de las reglas sociales como los comportamientos que son admitidos, tolerados o reprimidos por el grupo social y los valores de su medio.

Las familias introducen al niño en la sociedad, en cada una de ellas los diferentes compañeros tienen un papel y una posición particulares; porque la forma misma de la familia en la que crece el niño, el modelo familiar que le propone la sociedad en la que vive, constituyen elementos esenciales de su socialización.

Por su dependencia material y social, el niño sufre los problemas familiares sobre los que tiene muy poco control, aunque pueda encontrarse en el centro de la problemática. Esta impotencia hace al niño, más que a los padres, vulnerable a las dificultades familiares. Y esto es muy importante porque el niño vive en el seno de la familia unos cambios significativos por muchas razones (identidad y concepto de sí mismo, autonomía, relaciones interpersonales, desarrollo intelectual, etc.). La dependencia del niño con respecto de las condiciones de vida de su familia está en relación inversa con su edad. No obstante, permanece afectado por la evolución de las relaciones interpersonales y de la funcionalidad de la familia hasta su paso a la autonomía. Según tenga la familia un estilo de funcionamiento más o menos democrático, tendrá una importancia mayor o menor el punto de vista del niño en las decisiones adoptadas.

Por su parte, el desarrollo del niño afecta a la familia contribuyendo a determinar un ciclo de evolución familiar (Harley, 1973). "El ciclo de vida de la familia evoluciona en efecto según la edad de los hijos que, inicialmente dependientes de los padres, se hacen cada vez más autónomos, para eventualmente ayudar a los padres a organizar su propia existencia".²

Cuando en una familia nace un hijo con discapacidad intelectual, los padres sienten "haber fallado" como si se tratara de un acto volitivo; significa enfrentarse a la sociedad y a algunas veces sentir vergüenza en vez de orgullo al mostrar su prole; significa fracasar en la necesidad de trascendencia y perder la seguridad ante el futuro, ya que no solo implica el no recibir el apoyo de ese hijo cuando lleguen a la vejez sino la responsabilidad de cuidar

¹ GUIZAR Vázquez, Jesús. Genética Clínica. Diagnóstico y manejo de las enfermedades hereditarias. Manual Moderno. México 1994. Pág. 599.

² RONDAL, Jean-Adolphe y Hurlig Michel. Introduction à la psychologie de l'enfant. Editorial Pierre Mardaga-Brucelas 1991. Pág. 639

y proteger a ese hijo más allá de su misma vida. Toda la estructura familiar se ve afectada y sus repercusiones van más allá del individuo mismo.

Se pueden acrecentar los problemas persistentes o despertar problemas latentes. Hay cambios en el ambiente del hogar, en ocasiones se protege al niño con Necesidades Educativas Especiales y se pierde la intimidad de la pareja. En muchos casos los hermanos pueden sentirse relegados y en otros, los hermanos se avergüenzan del que tiene la discapacidad y rehuyen tener amigos y establecer relaciones formales. También es importante la influencia de la familia in extenso, que puede tener actitudes de aceptación, rechazo o culpar a alguno de los padres del niño.

IMPACTO FAMILIAR.

Durante nueve meses además de una serie de cambios en el organismo de la madre, esta va a experimentar una preparación psicológica que va a terminar de capacitarla para llenar a plenitud su papel de madre despertando y activando su instinto maternal en la medida necesaria para que pueda hacer frente a las exigencias del recién nacido.

Por su parte el padre, adquirirá también una preparación psicológica, demostrándola a través de emociones de alegría y en algunos casos de depresión.

Frecuentemente los padres, particularmente la madre, se preocupan por el embarazo y el parto, desconfiando de su habilidad para criar hijos. Surgen muchas preguntas como ¿Saldrá todo bien?, ¿Será normal?, ¿Le faltará algo?, pero la ilusión es tan grande, que estos temores se desechan o alejan para esperar el momento con ansiedad y alegría.

La mayoría de los padres tienen grandes planes y perspectivas para sus futuros hijos, augurando que van a poseer cualidades, que le van a permitir desenvolverse adecuadamente durante toda su vida. En un primer momento “esperan la revancha o el repaso de su propia infancia”³ motivo por el cual su esperanza va encaminada a llenar lo que quedó vacío en su propio pasado y alcanzar así sus metas (a través de sus hijos).

Evidentemente la actitud que el médico asuma al momento de nacer un niño con discapacidad intelectual es un elemento que interviene en la reacción de los padres, ya que mientras más conocimientos acerca del tema posea el pediatra, más tenuemente describirá el problema, tratando antes que nada que los padres no caigan en la angustia y desesperación. Sin embargo la generalidad de los médicos son bruscos y tajantes, haciendo notar únicamente lo negativo de la problemática. Esto se debe primordialmente al desconocimiento total de la situación.

Los padres entran en conflicto al darse cuenta que el hijo que esperaban con tanta ansiedad ahora no cubre sus expectativas.

³ MANNONI, Maud, El niño retardado y su madre. Edit. Paidós. Buenos Aires Argentina 1982. Pág. 89.

Debido a que todas las ilusiones que se tenían se ven truncadas y se presenta una situación totalmente nueva a la que hay que enfrentarse, vienen a los padres una serie de sentimientos como el disgusto, miedo, impotencia, etc. que los tornan confusos, sin saber qué hacer.

El duelo que causa la no comprensión, no aceptación, en ocasiones multiplica las investigaciones y búsquedas desesperadas hechas por los padres de familia para encontrar un diagnóstico esperanzador.

Esto implica un cambio en la organización de dicha familia que entra en crisis. Se adoptan conductas diferentes en el modo de vida; para algunas familias resulta difícil tratar de nuevo con los amigos, salir todos juntos, provocando muchas veces disolución del núcleo familiar.

Hay un recelo entre el hombre y la mujer, y se culpan entre sí a sus antepasados, a sus familiares, etc.

Al nacer un pequeño con NEE, llega al mundo a formar parte de una familia. Es un integrante más que necesitará cuidados atención y cariño.

Habiendo pasado la crisis, si se tiene la suficiente madurez mental, se deberá enfrentar al problema, buscar soluciones o por lo menos ponerse en una actitud diferente. Amar a un hijo, ayudarlo dentro de sus posibilidades a salir adelante, brindándole atención y las armas para defenderse de una sociedad que la mayoría de las veces se torna cruel y agresiva.

Algunos autores que tratan este tema coinciden en que después del primer impacto al saber que su hijo tiene discapacidad intelectual, la forma en que reaccionan los padres dependerá de diversos factores tales como las ilusiones que habían proyectado en el hijo, de la estabilidad psicológica de los padres y del vínculo entre los dos, de las tensiones que reinaban en la familia anteriormente y sobre todo de la forma en que los padres son informados del diagnóstico y del apoyo que van a encontrar.

CRISIS EMOCIONALES DE LOS PADRES.

La presencia de una persona con NEE en la familia es génesis de tensiones emocionales que avivan las tensiones personales de los padres, las cuales son dirigidas a su hijo.

Por la cabeza de los padres pasan infinidad de pensamientos con respecto a su hijo "diferente" y desafortunadamente no todos son positivos, a este respecto existe el fenómeno homicidio-suicidio, en donde se trata del mismo hecho agresivo, ya sea hacia la propia persona, la pareja o el niño, como una explosión de sentimientos de culpa llevados al extremo.

Algunos autores hablan sobre las etapas que pasan los padres cuando tienen un hijo con discapacidad intelectual, pero en realidad son una secuencia de estados emocionales, que se

experimentan, que varían y que incluso pueden volver a presentarse cuando se pensaba que ya habían sido superadas tales como ⁴:

- **Choque:** Sentimiento de indiferencia, en el que se escuchan las palabras, se sabe lo que quieren decir, pero no sienten nada, es como si se salieran de la realidad y pensarán que es a otra persona a la que le está sucediendo y no a ellos.
- **Negación:** Los padres niegan que existe algún problema porque no pueden afrontar que su hijo no sea perfecto y entre más tiempo dure este sentimiento, el niño tardará más en recibir el cuidado adecuado. Los padres renuncian a admitir que la discapacidad de su hijo es irreversible y es así como van de un especialista a otro en busca de un diagnóstico optimista, diferente que resuelva el problema, esto puede deberse a la incapacidad para hacer frente a la realidad.
- **Culpabilidad:** Los padres se sienten responsables y se culpan por el problema del niño, este es un sentimiento que los agota emocionalmente ya que en ocasiones se sienten más culpables de lo que pueden soportar: la madre podrá sentir que tal vez esto no sucedería si ella no se hubiera tomado una copa durante el embarazo o si se hubiera cuidado más. El siguiente paso es transferir la culpa a alguien como el esposo, el tío con parálisis o el médico que la atendió durante el parto. Es un momento difícil en donde el matrimonio necesita apoyo mutuo, pero en la mayoría de los casos no pueden librarse de este ciclo de inculpación y culpabilidad y muchas parejas llegan al divorcio.
- **Enojo:** El sentimiento de ira tiene como finalidad generar energía para actuar. Podemos hacer mención también del enojo, la frustración que se genera contra el médico que los atendió y se escucha frecuentemente si él me hubiera dicho... si él hubiera hecho... si me hubiera atendido cuando yo le dije... Y así como el sentimiento de culpa, este también se transfiere de ellos mismos a otra persona para poder descargar en alguien el cúmulo de sentimientos que los invaden.
- **Aceptación:** La aceptación significa que los padres acepten a su hijo como es, decidiéndose a superar los problemas que se presenten.

La sociedad considera el matrimonio como una unión continua de dos personas que procrean niños sanos y perfectos (Greer, 1975). Las familias que no generan hijos perfectos se consideran "diferentes" (Darling, 1979). Tal diferencia crea un estigma para los padres. Como consecuencia, los padres pueden exhibir una pérdida de autoestima, vergüenza, actitud defensiva, soledad, sentimientos de insignificancia o pérdida de la creencia en la inmortalidad, es decir, la transmisión de una parte de sí mismos a sus hijos.

⁴ BARBARANNE, J.B., Un niño especial en la familia. México 1992. Pág. 38

2.2) **CONDUCTAS PROBLEMATICAS DE LOS PADRES HACIA LOS NIÑOS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL.**

Es necesario tomar en cuenta las actitudes que asume la familia frente a la discapacidad intelectual, son el resultado de la interacción de toda la gama de experiencias que poseen a lo largo de su historia personal. Lógicamente las actitudes de la familia son muchas y diversas, por tal motivo no se pretende llevar a cabo una descripción detallada de cada una de éstas, ya que de intentarlo sólo se proyectaría una realidad recortada y mal ajustada, en donde un sinnúmero de actitudes quedarían sin una percepción objetiva. Por lo tanto a continuación expongo aquellas actitudes más frecuentes que se ven relacionadas en el desarrollo de la autonomía.

- A) **Rechazo:** El rechazo no solamente es alejar a un ser determinado de nosotros, sino la conducta o actitud que asumimos hacia él y a todo lo relacionado con él.
- B) **Culpa:** Los progenitores se sienten responsables con respecto a las causas de la discapacidad intelectual, de tal forma que viven atormentados subjetivamente por este sentimiento, buscan indefinidamente una razón que les permita liberarse de su culpabilidad irracional. Por tal motivo el sentimiento de culpa tiene un impacto en la vida familiar, ya que se ve sobresaltada por gritos, sarcasmos, disputas constantes que impiden tomar decisiones acertadas.
- C) **Resignación:** Es subjetiva, al igual que otras actitudes y aparece cuando los padres se autoconsideran, como protagonistas del dolor, olvidándose así, de la persona con NEE.
- D) **Sobreprotección:** Una de las primeras reacciones de los padres, cuando se enfrentan a la discapacidad es proteger excesivamente a su hijo. En algunas ocasiones los padres sobreprotegen por la simple razón de no aceptar ser sólo espectadores de los constantes esfuerzos y fracasos de sus hijos, para adaptarse al medio. No obstante, también se hace referencia a la sobreprotección, como una actitud de comodidad por parte de los padres para así evitar el tiempo necesario para enseñar y vigilar. Un ambiente sobreprotector inevitablemente inhibe toda posibilidad de desarrollar no sólo su autonomía personal, sino que también su capacidad de enfrentarse al medio que le rodea. Es así, que un ambiente sobreprotector genera angustia en la persona con NEE, ya que se percibe como no confiable e incapaz de enfrentarse a soluciones nuevas.
- E) **Miedo y temor:** "El miedo implica asumir la presencia de un peligro real o imaginario que puede transformarse en temor".⁵ Ante el miedo de no elegir y en beneficio de la persona con NEE, evitan a toda costa tomar decisiones que tengan repercusión directa en la situación; se sienten incapaces de buscar y encontrar los medios necesarios para hacerle frente a la discapacidad. O simplemente son presa de inseguridad, nerviosismo, excitación, insomnio, etc.
- F) **Fracaso y desesperación:** Las actitudes de fracaso van a estar en función de las expectativas que tienen los padres hacia sus hijos. Cuando los padres se encuentran frente a la discapacidad, sus expectativas se ven alteradas y en ocasiones carecen de los medios para reajustar sus expectativas, por tal motivo sus actitudes de fracaso se convierten en desesperación, perdiendo así toda esperanza hacia el futuro de su hijo. De

⁵ POLAINO, Dorente Aquilino. Carbo Mercedes, Actitudes de los padres frente al hijo deficiente mental. Edit. CEFAES, Pamplona, España 1990. Pág. 45.

- este modo asume las actitud de no poder hacer nada para apoyar el desarrollo de su hijo con discapacidad intelectual, convirtiéndose solamente en espectadores.
- G) Subvaloración:** Esta actitud aparece en escena cuando se reconoce la existencia de la discapacidad, y se caracteriza por tomar en cuenta únicamente las limitaciones de la persona con NEE y por ende todo aquello que no será capaz de hacer, por consecuencia se evitan las situaciones que puedan promover un desarrollo en la persona.
- H) Sobrevaloración:** Se caracteriza cuando los padres no reconocen la discapacidad de su hijo, por lo tanto crean una serie de expectativas con relación al futuro, y ponen en práctica actividades que están fuera de las posibilidades del niño, originando experiencias frustrantes.
- I) Negligencia:** Se caracteriza por el abandono o descuido en brindar la atención necesaria.
- J) Maltrato:** Cuando los padres no han tomado conciencia real de las capacidades del niño pueden agredir a su hijo en diversas formas:
- Castigos corporales.
 - Malos tratos, corrigen en público por motivos desproporcionados, en ocasiones llegan a ridiculizar.
 - Mostrar gestos de desagrado ante las conductas de la persona con NEE.
 - Agresiones verbales.
 - Gritos, con el fin de obtener por medio de la intimidación, lo que nunca llegarán a obtener por otro medio.
- K) Aislamiento:** La persona con discapacidad queda confinada de lugares, actividades, e interacciones sociales, lo que contribuye a una desadaptación, ya que se carece de experiencias, que le permitan integrarse con el medio social.
- L) Quejas constantes:** Cuando no se ha logrado una aceptación real de la discapacidad, frecuentemente los padres continúan considerándose como portadores de una desgracia, por tal motivo, se quejan constantemente de la discapacidad, y hacen presa de ello a su hijo, "lo único que sabe hacer son berrinches".
- M) Renunciar:** Es cuando los padres por diferentes motivos son excesivamente permisivo y dejan al niño hacer todo lo que el quiera. Los padres dejan a un lado los límites de la disciplina.
- N) Imponer:** Esta actitud podría considerarse el otro extremo de la actitud anterior, aquí algunos padres educan como si el niño no tuviese libertad, por lo tanto someten y eligen como adultos lo que ellos consideran.
- O) Repetición constante:** Existen algunos padres que admiten que su hijo tiene la capacidad de ser autónomo, y para ello lo educan con base a ejercicios para que aprendan a elegir, ya que consideran que una vez que lo haya ejercitado podrá emplearlo en cualquier otra situación. Sin embargo hay que tomar en cuenta que no conduce a ningún aprendizaje enseñar sin alguna motivación, y que una vez pasada la primera novedad, no produce el desco de repetir las acciones y por último, que el hábito particular adquirido en un campo determinado no se transfiere automáticamente a otro.
- P) Padres exigentes:** Cuando no se ha aceptado la discapacidad, y por ende no se reconocen las capacidades del hijo con NEE, frecuentemente, los padres señalan metas que no todas las veces podrán ser alcanzadas por su hijo.

2.3) INFLUENCIA DE LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL EN LA DINAMICA FAMILIAR.

Cuando al nacer un niño, el médico, con voz fría informa a los padres que el niño no es igual a los demás, que tiene algo que lo diferencia entre todos nosotros, en ese momento las ilusiones y los proyectos que se habían hecho para el infante, decaen hasta lo más profundo de sus sueños, creando en el ambiente familiar agresión, abandono, culpabilidad, reproches, tensiones emocionales, rebeldía ante el problema de su hijo, la autoculpabilidad y la culpabilidad entre los cónyuges dando pie a una separación a corto o largo plazo, dependiendo de la aceptación pronta o rechazo del mismo.

Todo lo anterior sucede cuando el problema del niño está detectado desde su nacimiento, como en el caso del Síndrome de Down, pero si el problema permanece ignorado durante mucho tiempo y descubierto hasta que el niño ha cursado algún año escolar o cuando los padres han observado que su hijo no actúa de igual manera a otros niños de su misma edad, la actitud que toman los familiares llevándolo con especialistas o inclusive hasta con algún "brujo" para obtener una curación mágica. También en otros casos, los padres se refugian en sus actividades cotidianas, el padre por ejemplo, se quedará horas extras en su trabajo, las madres se encierran en sí mismas evitando el mínimo contacto con el niño con discapacidad..

En estos casos es común que los padres, sobre todo si la discapacidad se presenta en el primer hijo, lleguen a tener sentimientos de ineptitud reproductora, la posibilidad de tener otro hijo con discapacidad puede afectar la relación sexual de la pareja. Por ello es de vital importancia la información acerca de los posibles riesgos y causas de la discapacidad que se relacionan con la reproducción.

Los padres, sobre todo la madre, se vuelve muy susceptible pues una mirada curiosa por los que pasan por la calle o un comentario sin malicia por parte de sus amistades, puede ser tomado por la madre como la peor ofensa recibida y le causa un dolor muy profundo, haciéndola sentir que nunca podrá llevar una vida como los demás.

La llegada de un ser con discapacidad no afecta solamente a los padres, sino a toda la familia ya que implica necesidades especiales, mayores cuidados, más atención, y hablando económicamente algunas veces se necesitan mayores recursos que un niño sin discapacidad.

La necesidad de un tanto especial reducen el tiempo que tienen para otras actividades, incluso restringiendo la actividad laboral tanto en la madre como en el padre, teniendo consecuencias sobre los recursos económicos.

En lo que respecta a las relaciones conyugales, el contexto familiar en el que se desarrollan es de mayor incertidumbre y mayores exigencias en lo que concierne a las necesidades de cuidados y los desacuerdos sobre la disciplina y el control, así como las futuras necesidades y expectativas.

Los aspectos positivos y negativos de la relación son más extremos, dándose un refuerzo de la misma si ya había fuerte armonía antes del diagnóstico y destruyéndola si ya había dificultades matrimoniales anteriores.

"Tanto a padres como a hijos afecta la presencia de un individuo con discapacidad, pues están igualmente implicados sobre la problemática que padece dicho sujeto, así como en la evolución que va adquiriendo este a lo largo de su desarrollo integral."⁶

Básicamente las actitudes y reacciones de los hermanos están influenciadas por la forma como los padres enfrentan y manejan esta situación.

Algunas de las reacciones más comunes son los celos que los hermanos empiezan a experimentar por la atención y cuidados especiales que los padres otorgan al niño con NEE; otras actitudes pueden manifestarse a través de comportamientos destructivos, rabietas, dolores psicósomáticos o dependencia excesiva con el objeto de llamar la atención.

En otras ocasiones, los padres protegen demasiado al niño con discapacidad poniendo mayor atención a sus problemas y centrando toda la actividad familiar, incluyendo las conversaciones, en los logros o dificultades del niño especial, haciendo evidente a los demás hermanos que lo que a ellos les acontece no es tan importante, generando con esto un sentimiento de soledad y olvido.

En ocasiones los niños sin discapacidad desquitan su furia con el hermano con NEE, ya sea porque los han regañado los padres, porque no lo dejaron salir a jugar con los amigos o por otras cuestiones desconocidas, en las cuales no se involucró para nada el hermano con discapacidad, quien recibe los golpes, los malos tratos, etc., para los hermanos que no tienen discapacidad es fácil hacerlo, pues en la mayoría de los casos el hermano con discapacidad no se defiende ni cuenta lo sucedido a sus padres.

La vergüenza es uno de los factores que intervienen en la relación que tienen los hermanos y hermanas con el niño con NEE, siendo más palpable cuando el niño con discapacidad tiene un problema que sea percibido, como problema de lenguaje, malformación física, esto es más común cuando el hermano que no tiene discapacidad entra en el periodo de la adolescencia, comienza a hacer una vida más independiente y social, los intereses cambian de acuerdo a su edad, por ejemplo, en esta etapa de desarrollo hay una comunicación constante con amigos, comienzan las salidas a fiestas y las reuniones en casa. Si llegan amigos al hogar del adolescente que tienen un hermano con NEE, las reacciones de estos chicos tal vez sean de pena ante sus compañeros, quienes se enteran que en su familia existe un niño con discapacidad a quien deben cuidar y vigilar.

Suele también suceder que a los jóvenes no les guste que a la hora de ir por ellos al colegio vaya en el carro su hermanito con discapacidad.

Otro de los sentimientos de los hijos hacia el hermano con NEE, es de culpabilidad, pues al rebasar el nivel de maduración del hermano con discapacidad, el niño regular tendrá otras

⁶ IBIDEM. Pág. 54.

responsabilidades que asumir como persona independiente que es. Esta culpabilidad se percibe cuando el hermano del niño con discapacidad es capaz de realizar otras cosas diferentes o mejores que su hermano, como poder hablar bien o simplemente tener un lenguaje que su hermano no tiene, el que se pueda valer por sí mismo sin ayuda de nadie, poder resolver pequeños problemas, el entender las cosas con mayor facilidad y principalmente el tener una buena salud, esto lleva algunas veces a sobreproteger al hermano con NEE, haciéndolo dependiente e incapaz de realizar las cosas por muy sencillas que sean.

Otro sentimiento en común es el miedo a "enfermarse" igual que su hermano, o a las reacciones de la gente alrededor de su hermano o ha tener hijos con la misma condición que su hermano.

En algunas familias, los padres, implícita o explícitamente, tratan a su hijo con NEE hostilmente o con resentimiento y fijan su atención en los otros hijos y tratan de compensar las limitaciones del niño exigiendo perfección al resto de los hermanos.

Los padres pueden crear dentro del hogar, el abandono hacia el miembro con discapacidad, al cual se le brinda poca atención, cariño y ayuda tanto de los padres como de los hermanos, quienes de igual manera ignorarán la presencia del sujeto con NEE, sin darle un mínimo de cuidados, así como de comprensión, recibiendo solo ellos (hermanos) todo lo necesario para la satisfacción de sus necesidades que se requieren para la formación de su personalidad.

Como se menciona anteriormente, es normal que entre los hijos existan celos y sobre todo si se encuentra un hijo con discapacidad que recibe en ocasiones exageradamente la atención de los cónyuges, tomando así los hermanos de éste una actitud negativa como no querer o no poder aguantar todo del hermano con NEE, no dejando que participe en sus juegos, negándole el préstamo de sus pertenencias o haciendo daño físico o verbal tanto al hermano como a él mismo, con el fin de obtener la atención que requiere como ser humano perteneciente a un núcleo familiar.

Es esencial que los padres de familia no hagan distinción alguna sobre el trato que dan a los hijos, sabiendo de antemano que cada uno como sujeto autónomo tiene características, necesidades y capacidades propias que lo forman, por lo que se sugiere la constante comunicación entre los padres e hijos, escuchando las inquietudes que padece cada uno de los menores dando solución a éstas.

En los casos en que los padres han aceptado las limitaciones de sus hijos y son más equitativos entre las necesidades de cada uno, los hermanos tienen reacciones más positivas entre ellos.

Todo lo anteriormente planteado, lógicamente repercute en el seno familiar, pues la reacción de los padres es fundamental en la dinámica de ésta, así como el progreso que tenga el hijo con NEE y también de los otros miembros de la familia.

2.4) MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO FAMILIAR.

Kampfe (1989) explica la adaptación como una transición ante el nacimiento o diagnóstico de un hijo con NEE. El modelo de transición supone que el descubrimiento de la discapacidad del niño, representa un acontecimiento o transición significativa en la vida de la familia. En su modelo, Kampfe sugiere diversas variables que influyen en la adaptación de la familia:

- La condición o necesidad educativa especial específica del niño.
- Las percepciones de la familia, o el significado que le atribuyen al evento, con su grado de importancia, trastorno, manejabilidad e impacto creador de tensión psicológica.
- Variables condicionantes, que incluyen los factores individuales o situaciones que moderan la percepción, la respuesta o el resultado de la transición, lo que implica indicadores de posición social, experiencias, recursos y apoyos sociales.
- Resultados, los cuales de manera ideal son acciones constructivas hacia el desarrollo del niño.

“La adaptación de la familia es muy diversa e individualizada e incluye un conjunto muy complejo de percepciones, indicadores de posición social, experiencias, recursos personales, apoyos sociales y características de la NEE”.⁷

La orientación temprana que se les brinde a los padres de familia será determinante para emprender a corta edad de los hijos la ayuda y uso de los servicios adecuados que beneficien en el desarrollo de su hijo, creando así una persona autónoma y activa en la sociedad.

El tener en la familia un caso con NEE no es fácil de afrontar, por lo que en ocasiones es conveniente que los padres pidan ayuda a profesionales como psicólogos, maestros especialistas que sepan de la situación, recibiendo de ellos una información amplia sobre la discapacidad del menor, los avances que puede lograr dicho sujeto, así como de orientarlos en la formación de los demás hijos y generar de esta manera la aceptación y la comprensión de todos los miembros de la familia hacia el niño con NEE.

Si los padres tratan la situación en forma natural, como su estado lo exige, los hermanos y hermanas y tendrán una actitud más natural que si la madre crea en torno al que tiene la discapacidad un estado de tensión y excitación. Si los padres aceptan realmente al niño con todas sus capacidades, harán que sus hijos lo acepten de igual manera.

Recordemos que los hijos son el reflejo constante de los padres, de quienes imitan gestos y conductas manifestadas en el trato diario entre sí, de aquí la importancia de que los padres tengan cuidado en la actitud con cada uno de los hijos, y más aún si existe dentro de la familia un miembro con NEE, pues en ocasiones en lugar de fijarse en las capacidades de su hijo, los padres hacen hincapié en las limitaciones y fracasos del niño con discapacidad

⁷ SHEA M. Thomas. Educación Especial. Un enfoque ecológico. Edit. Mc Graw Hill pág. 74.

umentando sus frustraciones confirmando siempre la discapacidad del niño, creando así entre los hermanos de éste un rechazo total hacia el hermano en cuestión.

Es necesario que los padres estén bien ubicados en la situación en que viven, así como de tratar de conocer realmente a los hijos por medio de la comunicación y confianza que se tengan entre sí, para evitar de ésta manera situaciones conflictivas entre hermanos.

Para lograr un equilibrio familiar y mantenerlo es necesario que los padres platicuen y se pongan de acuerdo acerca de la manera como va a ser manejado el problema, y en los pros y los contras de éste. Incluso fijarse objetivos.

En el curso "Aspectos Básicos de la Estimulación Temprana" organizado por la Secretaría de Salud e impartido por la Psicóloga Marisol García se proponen dentro del tema: Desarrollo Afectivo una serie de objetivos que pueden fijarse los padres:

- a) Evitar en los hijos sentimientos de frustración.
- b) Informar a los demás hijos de la situación de su hermano.
- c) Lograr la aceptación de todos los miembros de la familia.
- d) Buscar los apoyos y la ayuda necesarios para el desarrollo integral del menor.
- e) Infundirle sensación de seguridad.
 - 1) Aceptar su capacidades y ayudarlo a desarrollarlas.
 - 2) Proporcionarle amor y afecto pero sin asfixiarlo (el exceso de protección genera dependencia)
 - 3) Brindarle al chico la parte justa que le corresponde de la atención de los padres.
 - 4) Crear sentimientos de autovaloración personal a base de hacerle cumplidos cuando haga algo bien.
 - 5) Evitar comparaciones con otros chicos.
 - 6) Contribuir a que el niño experimente el mayor número de éxitos posibles.
 - 7) Comprender y apoyar al niño.
 - 8) Tener confianza en él.
 - 9) Hacerlo participe del bienestar familiar, hacer que coopere en tareas domésticas.
 - 10) No pretender escudar al hijo de la sociedad, manteniéndolo apartado.
 - 11) Hacer que cobre confianza e independencia anticipándoles cambios y experiencias nuevas.
 - 12) Arreglarlo siempre igual que los demás.
 - 13) Contribuir al progreso por medio del estímulo.
 - 14) El debe de estar convencido de que puede confiar en su familia.
 - 15) Establecer límites de comportamiento.
 - 16) Ofrecer al niño oportunidades de desarrollo.

Como se ha venido mencionando, la relación que tengan los padres primeramente como cónyuges, aceptándose el uno al otro con defectos y virtudes y después como pilares de un hogar protegiendo y cuidando el bienestar de los hijos, es fundamental el diagnóstico entre ellos para el buen funcionamiento de las relaciones que existen entre los miembros de la familia, pues si ellos tienen una adecuada comunicación constante, los hijos la tendrán entre sí, evitando riñas y malos entendidos, que puedan afectar al ambiente familiar, recordando que hay una serie de sentimientos normales entre los hijos, pero más importante es no dejar trascenderlos, siendo suavizados oportunamente por los padres.

CAPITULO III: LA SOCIEDAD ANTE LA PROBLEMÁTICA DEL NIÑO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL.

OBJETIVO ESPECIFICO: *Presentar algunos de los conceptos y actitudes que tiene la sociedad para con los individuos con discapacidad intelectual y las diferentes reacciones y emociones que provoca en este.*

- 3.1) Habilidades sociales ¿Competencia social?.***
- 3.2) Situaciones de aceptación social.***
- 3.3) Qué significa el individuo con discapacidad para la sociedad.***
- 3.4) Reacciones y emociones que provoca al niño con discapacidad intelectual la incomprensión e ignorancia de la sociedad.***
 - 3.4.1) Mecanismos de defensa.***
 - 3.4.2) Mecanismos de evasión.***

3.1) HABILIDADES SOCIALES ¿COMPETENCIA SOCIAL?

¿Qué son las habilidades sociales?

- 1) El término "habilidad" hace referencia a un comportamiento aprendido y adquirido; es decir, no es un rasgo de personalidad. Una variable crucial en este aprendizaje es el entorno interpersonal.
- 2) Las habilidades sociales implican iniciativas y respuestas efectivas y apropiadas; son conductas que elicitán el reforzamiento del ambiente.
 - a) Facilitando el desarrollo de relaciones.
 - b) Generando reforzamiento social.
 - c) Impidiendo la pérdida del refuerzo, proporcionado por otros.
- 3) La conducta social es específica de una situación (incidencia del contexto). De aquí derivan las diferencias entre individuos, entre situaciones y entre habilidades.
- 4) Las conductas sociales son conductas que producen dan siempre en relación con otra persona: comportamiento interpersonal.
- 5) Las habilidades sociales incluyen comportamientos verbales y no verbales. La conducta social tiene componentes motóricos, afectivos y cognitivos.

El término que conecta las habilidades sociales con el ámbito cognitivo es el de "percepción social", definido como la capacidad del niño para comprender su entorno social, especialmente en términos de su propia conducta. En este concepto se incluyen varios componentes o capacidades:

- 1) Reconocer y calificar las emociones. Esta capacidad se relaciona positivamente con la inteligencia y con las habilidades perceptivo-motrices, así como con las habilidades sociales y con el rendimiento académico.
- 2) Expresar y comprender la entonación y el significado lingüístico que se deriva de ella.
- 3) Reconocer, interpretar y evaluar la expresión facial y los gestos.

Las capacidades de recepción, elaboración, organización y memoria contribuyen al desarrollo de la capacidad de aprendizaje social así como las habilidades metacognitivas de saber cuándo y cómo aplicar estas habilidades.

Los niños que carecen de comportamientos sociales apropiados experimentan baja aceptación por los compañeros, aislamiento social, y rechazo, así como problemas emocionales y de rendimiento académico.

La cara negativa de esta habilidad es el rechazo o la no aceptación por los otros. En efecto, los sujetos más rechazados por otros, son los que tienen menos habilidades sociales. Aunque también este efecto se deriva de otros factores: rendimiento académico, discapacidad física, apariencia.

"Las personas con discapacidades tienen deficiencias en sus habilidades sociales, son rechazadas por las demás personas, no son considerados elegidos como compañeros de juego ni para entablar una plática. En definitiva, estas personas viven en un contexto social en el que tienen menos relaciones de amistad y menos aceptación que los demás niños".¹

¹ MATA, Salvador, Francisco. Didáctica de la Educación Especial. Ediciones Aljibe, España 1999. Págs. 342 y 343.

3.2) SITUACIONES DE ACEPTACION SOCIAL Y TIPOS DE RECHAZO.

La complejidad de la vida en esta época caracterizada por el rápido progreso material, gran movilidad y un aumento increíble de la población, hace que, cada día, las relaciones humanas eficaces sean más difíciles de lograr, sobre todo cuando estas relaciones son muy necesarias no solo a nivel laboral, sino también a nivel personal.

"En la descripción de cualquier persona, los detalles, los rasgos, las características y pautas de comportamiento que le caracterizan pueden clasificarse dentro de ciertos aspectos más o menos delimitados. Estos aspectos son interdependientes y se clasifican en físicos, intelectuales, emotivos y sociales. Estos cuatro aspectos, con el sistema de valores general de la persona, constituyen rasgos calificables por la sociedad, de la buena opinión que esta tenga de ellos depende la aceptación dentro de la misma."²

Por ello, considero pertinente hacer un breve listado de algunas situaciones de aceptación que son tomadas en cuenta por la sociedad.

SITUACIONES DE ACEPTACION SOCIAL

- a) **Comportamientos y Actitud:** Una persona que se expresa bien de nosotros y que nos trata cálida y afectuosamente, despertará en nosotros, un sentimiento y un comportamiento similares. "La interacción de comportamientos y actitudes entre personas es un fenómeno dinámico y cambiante; por lo tanto, los sentimientos que se generan como consecuencia no pueden ser estáticos."³
- b) **Satisfacción de Necesidades:** Las relaciones pueden considerarse como un intercambio social; damos algo para recibir algo, es como un análisis de costos y beneficios
- c) **Familiaridad:** "Este punto recoge el hecho de que el ser humano tiende a preferir aquello que le resulta familiar".⁴ La familiaridad es, tratándose de la relación humana, la consecuencia de la convivencia, el trato y el diálogo diarios y de toque de todo conocimiento entre las personas.
- d) **Mecanismos Psicológicos:** Muchas de las causas de preferencia o rechazo no son dadas por actitudes y comportamientos de las personas, sino por las percepciones e interpretaciones que los otros individuos tienen hacia éstos.
- e) **Necesidades de consistencia:** La necesidad de consistencia es la necesidad que tenemos de actuar conforme a los que pensamos y creemos, de justificar nuestros

² BOLLIO, y Arciniega, Ernesto. Relaciones entre padres e hijos, Pág. 21 (fotocopias).

³ IBIDEM Pág. 24.

⁴ IBIDEM Pág. 25.

esfuerzos y, en última instancia, de convencernos a nosotros mismos que de lo que hacemos es valioso.

f) **La Necesidad de Valorarnos:** Las personas tienden a simpatizar con aquellos que les ayudan a valorarse. El ser humano tiene la necesidad de evaluar su actuación, de saber si está respondiendo correctamente, de comparar sus sentimientos, opiniones y capacidades con los de las otras personas.

g) **Las virtudes humanas:** Se considera que la virtud es fuente de riqueza espiritual y perfección para el hombre que la practica. Las virtudes son la presencia activa de la inteligencia y la voluntad.

h) **Rasgos Físicos y Características Personales:** Esta es quizás la situación que más estrictamente califica la sociedad. La inteligencia es una característica que en la mayoría de las personas provoca que un individuo sea aceptado o no. La apariencia física es un rasgo que influye en la aceptación a los demás. No son aceptados aquellos individuos con características evaluadas como negativas, por ejemplo que no llene las expectativas de brillantez que los demás esperan.

"Al interactuar con la sociedad con la que vive, el ser humano es impactado por la serie de creencias, ideales y de valores que la constituyen, y con ello sufre un proceso de aprendizaje que pasa inadvertido y que, en caso de ser negativo, puede llevar a una lenta y gradual depauperación de su estructura psíquica y afectiva."⁵

TIPOS DE RECHAZO.

A través del rechazo, el sujeto suprime aquellos elementos, aspectos o cosas de la realidad que él percibe como amenazantes para la estabilidad integral de su persona.

El proceso de elección de aquello que nos agrada y de rechazo de aquello que nos disgusta, forma una variada multitud de elementos y mecanismos que configuran, en su conjunto, la personalidad humana.

Podemos identificar dos formas básicas de rechazo:

1) **El rechazo intelectual:** Podemos encontrar toda una gama que va desde aquellos aspectos esenciales que son objetivamente rechazables, como lo son la mentira, la pereza, el egoísmo, etc. Hasta aspectos accidentales o secundarios de la persona en los que el rechazo radica más en la inmadurez o en el egoísmo de las personas que en lo negativo que ese aspecto concreto pudiera tener.

2) **El rechazo sensible:** La forma sensible tenderá a hacer que el rechazo sea más integral, es decir, que incluye a la totalidad de la persona. Se podría decir que mientras el rechazo intelectual se hace de forma superficial y a manera de juicio, el rechazo sensible no es solo a manera de juicio sino que involucra

⁵ IBIDEM Pág. 32.

sentimientos profundos posiblemente relacionados con experiencias difíciles vividas por el individuo.

El rechazo presenta múltiples dimensiones, matices y grados de intensidad. Esto es importante porque sus manifestaciones no siempre son aparatosas y extremas; muchas veces es más peligroso el rechazo sutil que pasa inadvertido y que es más difícil de ser detectado y manejado.

Es importante aclarar que en el rechazo hay siempre un emisor y un receptor, es decir para que se dé el fenómeno, se necesitan dos personas, y tenemos que tomar en cuenta una multitud de variables cuando se da la interacción, como son el carácter, las experiencias, el contexto, las necesidades, las expectativas y el grado de madurez de los protagonistas.

3.3) ¿QUÉ SIGNIFICA EL INDIVIDUO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL PARA LA SOCIEDAD?.

La sociedad existe como tal desde que aparece el hombre sobre la tierra. "La sociedad es anterior a la humanidad, que no se concibe el hombre aislado, que éste en suma es por naturaleza social".⁶ En una sociedad materialista y llena de prejuicios como la nuestra se considera la inteligencia como uno de los más preciados dones de la naturaleza, el tener un hijo con discapacidad intelectual es para los padres un fuerte impacto que la gran mayoría supera poco a poco. Sin embargo en la sociedad, el fuerte impacto se transforma en morbo y no siente la necesidad de superarlo, y se les olvida que esos niños tienen los mismos derechos que cualquier otro niño a una vida feliz.

La sociedad exige que se cumplan ciertas condiciones para que un ser forme parte de ella, como miembro, con todos los derechos y ventajas que esto incluye. Estas condiciones existen en el campo de la conducta tanto como en el de los conocimientos. Pero en el individuo con NEE estas condiciones no se cumplen, se les mira con recelo.

La sociedad desconoce lo que es la discapacidad intelectual, tiene un concepto erróneo de lo que es, por lo cual tiende a rechazar a todo sujeto con dicha discapacidad, restringiéndolos, no permitiéndoles que se desenvuelvan en su ámbito, marginando ese desarrollo que como seres humanos tienen derecho.

El niño es víctima de una marginación sociocultural desde el seno de la propia familia, siendo en ocasiones sus características físicas y discapacidad las razones más fundamentales.

Todo niño con discapacidad intelectual, va a sufrir en alguna medida la marginación sociocultural, ya que es sujeto de rechazo por parte de los demás, principalmente por su limitación en el acatamiento de las normas y valores preestablecidos.

"A las personas con NEE se les considera un grupo rechazado y superfluo de la población, al cual se estigmatiza por su actuación desadaptada y porque salen de lo normal. Por eso algunas veces se piensa que la sociedad puede actuar perfectamente sin ellos. Ellos son considerados deshechos sociales".⁷

A las personas con NEE no se le ve en función de lo que son, sino de lo que aparenta ser; todo esto debe traducirse en un inmenso esfuerzo de educación de las conciencias en el sentido de una rebeldía activa contra todas las formas de mutilación de las vocaciones humanas.

⁶ JASSO, Luis. El niño Down, mitos y realidades. Pág. 172 (fotocopias).

⁷ GUIZAR, Vázquez Jesús. Genética Clínica, Diagnóstico y Manejo de las Enfermedades Hereditarias. Editorial Manual Moderno. México 1994. Pág. 604.

La sociedad subestima de manera automática las capacidades de las personas con NEE. Los retos son muy grandes. Conseguir empleo es sumamente difícil. Los puestos adecuados son poco comunes, las personas con discapacidad intelectual son considerados incompetentes.

Los valores sociales y actitudes de la gente hacia las personas con NEE es determinante en el trato que reciben. Si el trato social y afectivo es negativo, puede afectar sensiblemente la disposición del individuo con NEE.

ESTIGMAS Y ETIQUETAS IMPUESTAS POR LA SOCIEDAD.

En el caso de los que tienen NEE hablamos de estigma social en la medida en que la actitud de la sociedad es segregadora, etiqueta y marca diferencias dificultando la posible integración de este colectivo tanto a nivel escolar como laboral y social, encubriendo en ocasiones, esta actitud bajo formas paternalistas.

La sociedad establece los medios para categorizar a las personas y el complemento de atributos que se perciben como corrientes y naturales en los miembros de cada una de estas categorías, y es así como el medio social establece las categorías de personas que en él se encuentran.

“El intercambio social rutinario en medios preestablecidos nos permite tratar con otros sin necesidad de dedicarles una atención especial. Es probable que al encontrarnos frente a un extraño las primeras apariencias nos permitan prever en qué categoría se halla y cuáles son sus atributos, es decir su “identidad social”, ya que en él se encuentran atributos personales, como es la honestidad y atributos estructurales, como es la ocupación.”⁸

Son bien conocidas las actitudes que la gente adopta hacia una persona que posee un estigma, y las medidas que se toman respecto a ella, ya que son precisamente estas respuestas las que la benevolentan, acción social intenta suavizar y mejorar. Crean que la persona que tiene un estigma no es totalmente humana.

Valiéndose de este supuesto se practican diversos tipos de discriminación, construyendo una teoría de estigma, una ideología para explicar su inferioridad y dar cuenta del peligro que representa esa persona, basándose en el defecto original se le atribuye un elevado número de imperfecciones que pueda justificar la manera como lo tratamos.

El problema del estigma surge donde existe una expectativa difundida de quienes pertenecen a una categoría dada, deben no solo apoyar una norma particular sino llevarla a cabo.

“Cuando el individuo no es capaz de responder a las exigencias impuestas por la sociedad, cuando su presencia representa un perjuicio, una carga o un peligro, no queda más remedio que aislarlo.”⁹

⁸ RAVEN, H. Bertram y Rubien Z. Jeffrey. Psicología Social, Editorial Continental, México 1988. Pág. 144

⁹ IBIDEM. PÁG. 144.

Las personas elaboran concepciones fundamentadas o no en forma objetiva, referida a la esfera de la actividad vital, debido a las cuales un estigma particular descalifica a un individuo. La fealdad por ejemplo, tiene su efecto primero y principal en situaciones sociales, amenazando el placer que, de lo contrario, podríamos sentir en compañía de quien posee ese atributo. Sin embargo esta característica no debe tener ningún efecto sobre su idoneidad para realizar tareas solitarias, aunque, se establece cierta discriminación en perjuicio de dicho individuo simplemente por los sentimientos que produce al mirarlo.

Los individuos con NEE, como por ejemplo los que tienen síndrome de Down, tienen un impacto más inmediato en la sociedad, tal vez porque sus manifestaciones físicas propician esta situación.

Al igual que otros, los niños con alguna discapacidad que sea perceptible por el aspecto físico, son indudablemente miembros de la sociedad, suelen ser subvalorados o negados por la misma sociedad, en cuanto se descubre que el individuo es portador de una característica física. A partir de ese momento se inicia un proceso de distanciamiento social y segregación en el que hasta los padres, en algunas ocasiones, pueden participar en esas circunstancias. Todo se lleva como consecuencia que las relaciones sociales se atrofien.

Hace falta sensibilizar a la sociedad sobre las NEE y sobre la importancia que se le debe dar como cualquier ser humano. Debemos apoyar los programas propuestos por el gobierno como el artículo 41, el Programa Nacional para el Bienestar y la incorporación al Desarrollo de las Personas con Discapacidad, etc. Para que dichos programas cada vez tengan mayor espacio en la sociedad y se transformen en acciones concretas a favor de la integración de la población con discapacidad

Se debe pugnar por los mismos derechos, porque la personas con discapacidad sean tratados con la dignidad que significa ser persona.

3.4) REACCIONES Y EMOCIONES QUE PROVOCAN AL NIÑO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL LA INCOMPRENSIÓN E IGNORANCIA DE LA SOCIEDAD.

La falta de atención o la atención negativa que ocasiona daño emocional o físico. Desatender a un niño o acariciarle negativamente envía el mensaje: "Tú no estas bien". Cuando una persona es dejada de lado, embromada, disminuida, humillada, degradada físicamente, es motivo de risa, o es ridiculizada, en alguna forma está siendo tratada como si fuese insignificante; está siendo rebajada.

"Los niños con NEE ven amenazado el desarrollo de su personalidad en varias formas:

- a) Al tener dificultades para algunas actividades propias de los demás niños, tienen sentimientos de frustración;
- b) Los padres adoptan una actitud sobreprotectora o demasiado solícita, lo que provoca dependencia o una actitud demasiado exigente, y el niño se siente diferente a los demás."¹⁰

El niño se siente enfermo, no se siente bien y no sabe por qué esta "enfermo", siente que le ocurren cosas extrañas que no comprende. Se siente irritable y a veces desea estar solo.

La identidad social y personal forman parte, ante todo, de las expectativas y definiciones que tienen otras personas respecto del individuo cuya identidad se cuestiona.

Algunas personas que tienen NEE, constantemente rechazan su incapacidad y no se enfrentan a muchas situaciones que se les presentan. Son pasivos y carecen iniciativa y motivación.

El efecto resultante de las restricciones físicas y sociales es la hostilidad, la ansiedad y la baja autoestima. Finalmente, los niños pasivos aceptan las restricciones y los demás se resignan.

Las reacciones de dependencia son las que persisten más en los niños, ya que les han dado seguridad y satisfacciones durante un periodo de depresión y son las llamadas ganancias secundarias de la depresión, difíciles de abandonar. Otra reacción habitual es la rebelión, ya que algunos niños reaccionan con resentimiento, culpando a otros de su discapacidad.

Se ha señalado que la actitud de una persona con NEE, puede ser de sentirse devaluada o autorechazada o de aceptarse menos.

La conducta del ser humano con NEE o sin ella, se dirigen hacia metas que satisfagan sus impulsos de pertenencia, de sentirse amado y de ser aceptado. Cuando las metas son inasequibles suelen aparecer la frustración y conflicto.

¹⁰ JASSO, Luis. El niño Down, mitos y realidades. Pág. 172 (fotocopias)

“Cuando un ser humano se siente frustrado, puede crearse mecanismos de defensa o mecanismos de evasión que le dan cierto alivio a su dolor.”¹¹

3.4.1) MECANISMOS DE DEFENSA.

Es común que cualquier persona que se enfrenta a un problema de discapacidad, ya sea que algún familiar o esa persona presente la discapacidad recurra a uno o varios mecanismo de defensa para huir de una realidad difícil de enfrentar.

Dichos mecanismos implican una conducta en ocasiones agresiva. La persona se dedica activamente a recrearse en sus propios sentimientos.

“Algunas de las características generales que suelen manifestarse en las personas que experimentan conflictos y que utilizan mecanismos de defensa :

- 1) Fuertes sentimientos de autoinsuficiencia.
- 2) Hipersensibilidad a la crítica.
- 3) Ideas de minusvalía.
- 4) Aislamiento y falta de sociabilidad.
- 5) Respuestas pobres e inadecuadas en aquellas actividades que implican competencia.”¹²

Algunos de los mecanismos de defensa a los que las personas con o sin discapacidad recurren son: “Supercompensación, racionalización, proyección, actitudes negativas del tipo “están verdes”, identificación.”¹³

- a) Supercompensación: Es aquel intento forzado de enmascarar las propias deficiencias.
- b) Racionalización: El que utiliza este mecanismo lo hace porque encuentra doloroso encarar o afrontar los hechos directamente. La racionalización es una ceguera para la evidencia directa y consigue que la persona llegue a conclusiones que desea creer, y espera que también los demás crean.
- c) Proyección: Al proyectar sus propios temores y deseos sobre los demás, trata de vivir consigo mismo, puesto que el reconocer conscientemente sus propios móviles y necesidades destruiría la poca seguridad que tiene en sí mismo.
- d) Actitudes negativas de tipo “están verdes”: Se pasan por alto las propias deficiencias y surge negativa por hacer un esfuerzo para ser mejor y superarse. En vez de ello, trata de afirmarse en la idea de que lo que han hecho o tienen los otros, carece de importancia.
- e) Identificación: Un niño con discapacidad intelectual puede identificarse con el héroe de la película que monta un caballo blanco salvaje, mata asesinos o se deja caer por la escotilla de la locomotora para advertir al maquinista del peligro que le acecha más

¹¹ SFERRA, Wright y Rice. Personalidad y Relaciones Humanas. Editorial Mc. Graw-Hill, 1982. Pág. 61.

¹² IBIDEM. Pág. 62.

¹³ IBIDEM. Pág. 62.

adelante. El héroe es diferente a todos los que integran la sociedad al igual que se considera él; le agrada y le reconforta la idea de que quizá también él pueda llegar a ser un héroe.

Un sustituto fácil y muy frecuente, para cualquier acción consiste en identificarse a sí mismo con aquellos que han logrado cosas sobresalientes (reales o ficticias).

3.4.2) MECANISMOS DE EVASION.

Cuando una persona utiliza mecanismos de evasión, su conducta da a entender que ha renunciado a la lucha y que prefiere consolarse con una lucha mental o física. Se contempla a sí misma en una situación en la que le resulta muy difícil actuar, o que es excesivamente dolorosa para hacerle frente. Por ello, se acoge a tipos evasivos de ajuste que le proporcionan una protección contra el peligro.

Tanto las personas con NEE como las personas que no la tienen, utilizan amplia e igualmente estos diversos mecanismos, pero el ajuste logrado con ellos debe considerarse, tan solo, como una forma parcial y temporal de resolver los problemas. El uso excesivo de estos métodos de ajuste, reduce inevitablemente la eficacia de la persona en sus relaciones personales y sociales, hasta un punto en que, finalmente, llegue a ser incapaz de funcionar en cualquier tipo de actividad social.

Los mecanismos de evasión más frecuentes son: las fantasías, el aislamiento, la represión, la regresión.¹⁴

- a) Las fantasías: En mayor o menor grado, casi todo el mundo las tiene. En su imaginación hay quien alcanza lo que no puede en realidad. Cuando un niño con NEE se considera "enfermo" (por su misma discapacidad) y cree que se va a curar cuando sea grande y que va a ser igual que los demás.
Cuando las fantasías sustituyen a los logros de la vida real, deben considerarse como un medio de ajuste inadecuado para resolver determinados problemas. El hecho del placer derivado de la fantasía suele ser gravemente engañoso.
- b) Aislamiento: Alejándose de la situación que le plantea la realidad, no tiene que resolver sus problemas, el aislamiento le permite resolverlos en su fantasía.
Por ejemplo: Cuando una persona tiene que resolver un problema y este prefiere ver horas la televisión diciendo que hay programas muy importantes y que no se van a repetir.
- c) Represión: Ciertas experiencias dolorosas pueden provocar sentimientos agresivos intensos; pero, como un ataque directo pondría en peligro la autoestimación de la estimación de los demás hacia ella, se reprimirá la expresión de hostilidad. Los verdaderos sentimientos sin embargo, se expresarán por medio de una ira relacionada con otros objetos o personas cuya estimación no importa tanto. Algunas veces, suele expresarse la hostilidad contra sí mismo, a través de sueños y fantasías.

¹⁴ SFERRA, Wright y Rice. Personalidad y relaciones Humanas. Editorial Mc. Graw-Hill. 1982. Pág. 65

d) Regresión: Las pautas de conducta regresiva son menos maduras y organizadas que las que caracterizan, normalmente, al individuo. Suelen observarse en los trastornos emocionales que tienen lugar cuando una persona se siente frustrada, o cuando encuentra circunstancias tan adversas que le obligan a recurrir a una o más pautas de conducta infantil. Conductas agresivas, como el pateo, insultos, crisis de ira, terquedad y negativismo, constituyen formas de regresión.

Es fácil que cualquier persona recurra a este tipo de mecanismos para huir de una realidad que le lastima. Es mucho más fácil que un individuo que vive con rechazos constantes como el que tiene discapacidad intelectual; se aferre a escapar refugiándose en actitudes que de alguna manera protegen sus sentimientos y le dan un poco de seguridad.

CAPITULO IV: LA ESCOLARIZACION DEL NIÑO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL.

OBJETIVO ESPECIFICO: EXPONER BREVEMENTE LO QUE HAN SIDO A TRAVES DE LA HISTORIA LAS ESCUELAS DE EDUCACION ESPECIAL Y LAS ESCUELAS INTEGRADORAS, ASI COMO LA INFLUENCIA DE ESTAS EN EL DESARROLLO DE LA AUTOESTIMA DEL NIÑO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL.

- 4.1) Historia de la Educación Especial en México.***
- 4.2) La escolarización en los niños con discapacidad intelectual.***
- 4.3) Integración escolar.***

4.1) HISTORIA DE LA EDUCACIÓN ESPECIAL EN MÉXICO.

La educación especial pretende actuar sobre el individuo con necesidades educativas especiales desde temprana edad hasta la vida adulta, preparándolo para su independencia personal, comunicación, socialización y ocupación de su tiempo, para maximizar su desarrollo psicoeducativo y lograr su integración y normalización en la vida social y productiva de acuerdo a sus capacidades y diferencias individuales.

Se puede identificar a través de los tiempos las actitudes sociales, los distintos tipos de percepción y la diferenciación educativa con relación a las personas con discapacidad.

Aunque sea de forma breve, me parece conveniente presentar una visión general de cómo ha transcurrido la atención a las personas con necesidades educativas especiales a lo largo de la historia.

SEGUIMIENTO:

- "1867 En el periodo presidencial del Lic. Benito Juárez, surge la educación especial como inquietud de dar cabida a niños que requieren de dicha educación.
- 1870 Surge la escuela Nacional de ciegos
- 1914 En la Ciudad de León Guanajuato, el Dr. José de Jesús González precursor de la educación especial, forma una escuela para débiles mentales.
- 1919 y 1927 Escuela de Orientación para varones y mujeres formada por el Dr. José de Jesús González.
- 1927 En la Universidad Nacional Autónoma de México fundan grupos de capacitación y experimentación Pedagógica.
- Salvador M. Lima fundó en Guadalajara la Escuela para débiles mentales.
- José de Jesús González en 1932 funda la escuela modelo de recuperación mental en el local anexo a la Policlínica No. 2 del D.F.
- 1933 el Dr. Oftalmólogo José de Jesús González, que hizo una gran labor en la educación de los individuos con deficiencia mental, muere, por lo que no les es posible la aplicación de ningún programa de capacitación laboral, lo que estaba en mente de dicho doctor. Un año antes de su muerte, se inaugura la escuela que lleva su nombre, fundada por el Dr. Santamarina en el local anexo a la Policlínica No. 2 del D.F.
- 1935 El secretario de Educación Pública, Lic. García Tellez, ordena la creación de una institución para atender a niños y adolescentes con deficiencia mental.
- 1935 Dr. Roberto Solís Quiroga (gran promotor de la educación especial en nuestro país; incluyó en la ley orgánica de Educación un apartado referente a la protección de los deficientes mentales por parte del Estado).
- El 7 de junio de 1935 surge el Instituto Médico Pedagógico del parque Lira, fundado y dirigido por Solís Quiroga, en donde se llevó a cabo un plan de trabajo con atención pedagógica y médica, así como la iniciación de talleres."¹

¹ Dirección General de Educación Especial, 1981. La Educación Especial en México. SEP FONAPAS.

- “1937 Fundación de la clínica de la conducta y ortolalia.
- 1940 A fines de este año el Dr. Roberto Solís Quiroga, gran profesor de la educación especial en México y América, renuncia a la Jefatura del Departamento de Prevención Social y regresa a la dirección del Instituto Médico-Pedagógico, donde permaneció hasta 1957.
- 1941 El Lic. Octavio Vejar Vázquez, ministro de educación propone la creación de una escuela de especialización de maestros en Educación Especial.
- 7 de junio de 1943 se funda la escuela de formación docente para maestros especialistas en educación especial en el mismo local del Instituto Médico Pedagógico a cargo de Solís Quiroga. Forma especialistas en educación de deficientes mentales y menores infractores.
- 1945 Se agregan a la Escuela Normal de Especialización las carreras de educación de ciegos y sordomudos.
- 1954 creación de la Dirección de Rehabilitación.
- 1955 se agregó a la escuela de especialización la carrera de Especialista en el Tratamiento de Lesionados en el Aparato Locomotor.
- 1958 Se funda en Oaxaca una Escuela de Perfeccionamiento y Rehabilitación.
- 1959 La Profesora Odalmira Mayagoitia de Toulet, inicia la primera investigación sobre la alta incidencia de reprobados, con fundamentos científicos en los sectores V y XIII en el Distrito Federal, en 109 escuelas de educación primaria con una población de 25,303 alumnos de primer grado, esto da origen a la oficina de coordinación de educación especial. Al comienzo de este año se retira el Dr. Roberto Solís Quiroga de la Dirección de la Escuela Normal de Especialización.
- 1959 Manuel López Dávila creó la Oficina de Coordinación de Educación Especial, dependiente de la Dirección General de Educación Superior e Investigaciones Científicas a cargo de Mayagoitia, la oficina se abocó a la atención temprana de los niños con deficiencia mental.
- 1960 Se fundó la Escuela Primaria de Perfeccionamiento números 1 y 2.
- 1961 Se funda la Escuela Primaria de Perfeccionamiento números 3 y 4. En los siete años que la profesora Mayagoitia estuvo al frente de la Coordinación de Educación Especial, logra la apertura de diez escuelas en el D.F. y 12 en el interior del país: Monterrey, Aguascalientes, Puebla, Tampico, Córdoba, Saltillo, Culiacán, Mérida, Colima, Hermosillo, Chihuahua y San Luis Potosí.
- 1962 Inauguración de la escuela para niños con problemas de aprendizaje en Córdoba Veracruz. Iniciación de actividades de la escuela mixta para adolescentes.
- 1963 Se separa la escuela para ser dirigida a adolescentes mujeres.
- 1964 Funciona el centro de cooperación No. 2 donde se reciben aquellos casos que por sus características no podrían ingresar en las escuelas de perfeccionamiento.
- 1966 Se crean dos escuelas: Santa Cruz Meyehualco y San Sebastián Tecoloxtlán.
- El decreto del 18 de diciembre de 1970 ordena la creación de la Dirección General de Educación Especial dependiendo de la Subsecretaría de Educación Básica; a esta institución se le asignaron actividades de “organizar, dirigir, supervisar, promover y desarrollar” un sistema Federal de Educación Especial para niños y adolescentes atípicos; así como la preparación de personal docente especializado a través de la Escuela Normal de Especialización. Estando a cargo por la profesora Odalmira Mayagoitia.

- 1976 Termina el cargo de la profesora Mayagoitia en la Dirección General de Educación Especial.
- 1976 creación de los primeros Centros de Rehabilitación y Educación Especial (CREE).
- 1978 La Dra. Margarita Gómez Palacios se hace cargo de la Dirección General de Educación Especial hasta 1988.”²
- De 1978 a 1982 surge el “Programa Primaria para Todos los Niños”. Su propósito era aumentar la eficiencia terminal de la escuela primaria, ya que en años anteriores la eficiencia terminal de la escuela primaria no superaba el 50%, pese a los esfuerzos del Gobierno de la República.
- En 1979 hasta 1992 el proyecto de “Grupos Integrados” constituyó una medida estratégica de integración institucional en el marco del “Programa Primaria para Todos los Niños”. Esta cooperación entre Educación Especial y Educación Primaria fue de gran trascendencia para iniciar uno de los relevantes periodos de mejoramiento de la calidad educativa en nuestro país. La expansión de la Educación Especial se vio duplicada en este periodo.
- 1980-1981. Los grupos integradores (Subsistemas de Educación Especial) logró una “Propuesta para el aprendizaje de la Lengua Escrita”. Dicha propuesta trascendió los límites del programa y fue de una importancia estratégica para la educación primaria regular, ya que sirvió de plataforma para lo que después se constituyó en el proyecto IPALE, PALE-PALEM.
- 1980 la Dirección General de Educación Especial difunde su política educativa para la atención para las personas con requerimientos de educación especial y se inició el modelo educativo de ese nivel a través del documento titulado “Bases para una Política de Educación Especial”. Su referencia jurídica indirecta: Artículo 48 y 52 de la Ley Federal de Educación. Directa: Derechos a la igualdad de oportunidades para la educación.
- 1988 El Profesor Salvador Valdéz Cárdenas queda como Director General de Educación Especial hasta 1989.
- 1989-1994. Se establece el Programa de Modernización Educativa (PROMODE). Su meta: Integrar a la escuela regular el 50% de la matrícula total de Educación Especial.
- En el D.F. (1993-1994) Existía un total de instituciones igual a 277, alumnos igual a 44,742, personal igual a 4,151.
- “El 9 de julio de 1993 se publica en el diario oficial de la federación el Artículo 41 de la Ley General de Educación. Las cuestiones más relevantes del artículo 41 son: que la población con alguna discapacidad está contemplada, por ley, en la contribución de gasto público; y la orientación educativa que dicha atención deberá ser no discriminatoria y asumir la diversidad de las diferencias individuales con un trato de equidad.
- 12 de mayo de 1993. Cambios al Artículo Tercero Constitucional y la actual Ley General de Educación, requiere incorporar la educación especial a la actualidad política de educación básica.”³

² IBIDEM.

³ SEP 1993, Artículo 3º. Constitucional y Ley General de Educación.

- En 1994 se adiciono al Art. 33 la Ley de Adquisiciones y Obras Públicas de la Federación, el que sean consideradas la eliminación de barreras arquitectónicas en todos los edificios.
- “Del 7 al 10 de junio de 1994 se presenta en Salamanca España el “Proyecto sobre el Marco de Atención sobre Necesidades Educativas Especiales” en la conferencia Mundial sobre Necesidades Educativas Especiales, en cooperación con la UNESCO. Se basa principalmente en la experiencia acumulada mediante los programas nacionales durante los dos últimos decenios; que se expone en varios documentos preparados por organismos del sistema de las Naciones Unidas y otras organizaciones intergubernamentales, en particular las Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las personas con discapacidad. Su propósito es servir de referencia y orientación para los gobiernos, las organizaciones para los gobiernos, las organizaciones internacionales, los organismos de ayuda bilateral y las organizaciones no gubernamentales para ayudarlos en la formulación de sus planes de acción sobre Necesidades Educativas Especiales, en particular para “crear escuelas integradoras”. El proyecto influyó en la toma de decisiones que tuvo México para la integración educativa como las USAER.”⁴
- A partir de 1994 aparecen Unidades de Servicios de Apoyo a la Educación Regular (USAER) que hasta la fecha atiende a los alumnos con Necesidades Educativas Especiales dentro del ámbito escolar de dichos alumnos. Se proporciona en el aula de la escuela regular o en aulas de apoyo diseñadas para tal fin. USAER tiene dos estrategias: atención a los alumnos y orientación al personal de la escuela y a los padres de familia.
- En mayo de 1995, La Comisión Nacional Coordinadora de Los Pinos, presenta un “Programa Nacional para el Bienestar y la Incorporación al Desarrollo de las Personas con Discapacidad. Su objetivo general: Promover la integración de los menores con discapacidad a la escuela regular y la cultura del respeto a la dignidad y los derechos humanos, políticos y sociales de las personas con discapacidad.
- El Poder Ejecutivo Federal presenta el “Programa de Desarrollo Educativo 1995-2000”, que pone especial énfasis en la necesidad de atender a los menores con discapacidades transitorias o definitivas como parte de las acciones educativas orientadas a la equidad. La población tiene derecho a obtener un servicio que le permita acceder a los beneficios de la formación básica, como recurso de su desarrollo personal y su incorporación productiva a las actividades de la colectividad.
- En octubre de 1995 la Comisión Nacional de Educación a favor de la Infancia presenta el “Programa Nacional de Acción a favor de la Infancia (1995-2000) (SEPARATA)”. Este busca que tanto los niños mexicanos como las mujeres de edad productiva, cuenten con mejores expectativas y condiciones de bienestar, busca incidir en aquellas condiciones que afecten las probabilidades de desarrollo de los niños. La meta para el año 2000 era brindar mayor protección a niños en circunstancias difíciles.

⁴ UNESCO y Muestuario de Educación y Ciencias (1994). Proyecto del Marco de Atención sobre Necesidades Educativas Especiales. Conferencia Mundial sobre Necesidades Educativas Especiales: Acceso y Calidad Salamanca, España.

A lo largo de todos estos años ha habido distintos modelos que han evolucionado:

- Asistencial: Considera al sujeto especial como un minusválido.
- Terapéutico: Lo considera como atípico.
- Educativo: Lo considera como sujeto con Necesidades Educativas Especiales.

“El derecho a la igualdad de oportunidades reconoce los siguientes grupos de atención a menores: discapacidad intelectual, dificultades de aprendizaje, trastornos de audición y lenguaje, discapacidades visuales, impedimentos motores, problemas de conducta. Anuncia la atención a niños con capacidades y aptitudes sobresalientes y a niños con autismo. La atención será con una pedagogía especial, no debe considerarse separado de la educación general. La integración se reconoce en diversos planos, requiere de una acción integral: en salud, recreación y deporte, educación y asuntos laborales.”⁵

A través del tiempo podemos notar que el cambio conceptual y de actitudes acerca de la discapacidad y el sujeto discapacitado ha significado un cambio sustancial para la educación especial y su población meta. Se han abierto nuevas y variadas instituciones que tienen como finalidad lograr la educación integral de las personas con Necesidades Educativas Especiales.

“La integración dentro del contexto histórico, puede ser considerada como el producto final de un proceso que ha sufrido una metamorfosis social, psicológica, filosófica y legal. Desde el concepto evolucionista de “supervivencia de los más aptos”, pasando por el surgimiento de la filosofía humanista y el actual concepto de normalización. El tratamiento de las personas discapacitadas ha transitado desde el abandono, pasando por la segregación, hasta la integración mediante su incorporación a los sistemas educativos regulares” (de Lorenzo, 1985, p. 32).⁶

⁵ STEENLAND V. Bases Ideológicas de la Integración Escolar. La integración de niños discapacitados a la Educación común. Orelac, Chile 1991.

⁶ IBIDEM.

4.2) LA ESCOLARIZACION EN LOS NIÑOS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL.

“Los propósitos principales de la reforma de la educación básica son mejorar la calidad de la educación y fortalecer la equidad en la prestación del servicio educativo. Es decir, busca asegurar que todos los niños y niñas-con independencia de sus condición social, de la región en la que habiten o del grupo étnico al que pertenezcan- tengan oportunidades de acceder a la escuela y de participar en procesos educativos que les permitan alcanzar los propósitos fundamentales de la educación básica y desarrollar todas sus potencialidades como seres humanos.”⁷

El fin de la educación es preparar nuevas generaciones para recibir, conservar y enriquecer la herencia cultural del grupo, también proporciona en cada individuo una adecuada atención según sus posibilidades, a modo que se favorezca el pleno desenvolvimiento de su persona.

El niño con discapacidad intelectual al igual que cualquier otro niño, dependiendo del grado de discapacidad que presente, tendrá en algún momento que asistir a una escuela.

La escuela significa para el niño con discapacidad, un medio para integrarse a la sociedad.

En ella debe sentirse apoyado, estimulado proporcionándole caminos, desarrollando habilidades y capacidades encausándolo hacia el trabajo, autoestima e independencia.

La escuela como institución educativa debe utilizar métodos y procedimientos especiales para lograr el máximo desarrollo del niño con necesidades educativas especiales, considerando el área cognitiva de lenguaje, psicomotor, afectiva y social; exige de una especial organización para cubrir todas las áreas y lograr su desarrollo integral.

Considerando que se debe utilizar todas aquellas posibilidades que presenta, por mínima que sea su manifestación, para así lograr una mejoría y una nueva adquisición en su aprendizaje.

La escuela es la agencia de la sociedad que se encarga de propiciar la socialización del sujeto mediante la adquisición de conocimientos, valores, experiencias, hábitos, actitudes, etc.

Al igual que todo niño común, el niño con NEE siente temor y/o confusión al asistir a la escuela, ya que sale de su hogar, su familia, para conocer otro mundo distinto al suyo, la escuela.

La mejor manera de ir introduciendo a los niños con NEE en su comunidad es no ocultarlos. A través de los contactos diarios se sentirán más cómodos con personas que le son menos familiares. Cuando el niño tenga la edad suficiente para ir al centro educativo

⁷ GARCIA, Cedillo Ismael. Et. Al. La Integración Educativa en el Aula Regular. Principios, Finalidades y Estrategias. Secretaría de Educación Pública. México D.F. 2000. Pág. 9.

hay que decirle que, aún sabiendo que no lo entenderá del todo, debe asistir a la escuela. El asistir implica también la participación de los padres en esta educación.

Todos los niños aprende muchas cosas desde la guardería, pueden presentar una gama amplia en su desarrollo. Cada niño puede aprovecharse de la interacción social y de una disciplina amable trabajando en las técnicas de autonomía personal, practicando la coordinación de la motricidad gruesa y fina y aprendiendo a vivir con gente de tipo y comportamiento distintos.

Actualmente, mediante capacitación y asesoría permanente, se procura flexibilizar el acceso de menores sanos con necesidades educativas especiales a los CENDI's para que a través de la integración reciban los beneficios de una convivencia natural con otros niños desde la más temprana edad.

Asimismo, de manera incipiente, los menores con discapacidad de 45 días de nacidos hasta los 4 años de edad se han estado integrando a los CENDI's, contando para ello con el apoyo de maestros de educación especial que brindan asesoría al personal de los centros y a los padres de familia en distintas modalidades de atención.

Los CENDI's son instituciones que proporcionan básicamente educación y asistencia al niño que tiene todo el derecho de recibir atención y estimulación dentro de un marco afectivo que le permita desarrollar al máximo sus potencialidades para vivir en condiciones de libertad y dignidad.

En los Centros de Desarrollo Infantil una de las habilidades más valiosas que puede adquirir un niño es aprender a jugar. El juego es el medio natural de desarrollo y aprendizaje. En las primeras etapas estos niños necesitan ayuda para jugar, tienen que imitar, aprender mediante el ejercicio y hacer que las cosas ocurran. Tienen que elegir y compartir. Se ponen límites a sus formas de comportarse y tienen que aprender a cooperar.

Todas estas técnicas ayudan a conformar una conducta positiva y a mejorar los objetivos de los padres y educadores.

Es importante que a estos niños se les dé la oportunidad de triunfar en el campo educativo. Cada niño tiene su propio potencial que debe analizarse, evaluarse y después ser puesto a prueba.

El conseguir lo que se propone, proporciona al niño un sentimiento agradable, le alienta, le aumenta su propia estimación y lo estimula hacia nuevas empresas.

A menudo el incentivo correcto es el que llega a determinar el grado de esfuerzo que ha de poner para efectuar la tarea. Una sonrisa, un gesto de aprobación, unas pocas palabras de aliento suelen bastar para que el niño con necesidades educativas especiales ponga más esfuerzo.

El niño busca la aprobación de los adultos. Si la persona que trabaja con un niño inicia un acercamiento positivo que el niño va a aceptar, la dirección y el aprendizaje que de él derive serán indudablemente eficaces, pero si los niños presienten que no son aceptados o

que alguien no quiere trabajar con ellos, se levanta entonces un muro entre el estudiante y el maestro que limita la motivación del educando y el proceso de aprendizaje.

Es indispensable una estrecha y sincera colaboración y la constante presencia de los padres de familia con la escuela para comprobar y aquilatar los avances pretendidos y obtener el éxito esperado.

La interacción entre la comunidad y la escuela representan papeles y responsabilidades diferentes. Varía enormemente el grado hasta el cual, los padres como grupo pueden ejercer algún control sobre la escuela. El educador contribuye en gran parte a determinar el tipo de relación que se lleve en un momento dado.

La inclusión de estos es un derecho y una obligación de la comunidad adulta, sobre todo cuando se trata de la educación de un niño con NEE.

Existe un interés mutuo en el bienestar y crecimiento de los niños y son responsables de diferentes maneras de su evolución, requiriendo de una comunicación entre los padres y los educadores para identificarse y para aclarar estos problemas de responsabilidad para ambos.

El educador debe tomar la iniciativa para marcar los papeles que representan él y los padres en el marco escolar. El interés común deberá ser siempre el bienestar del niño; los padres como colaboradores apoyarán y reforzarán al maestro.

El educador debe poseer determinadas características que le permitan asumir su papel con responsabilidad, conocimiento y amplia capacidad para establecer relaciones interpersonales afectivas. Algunas de las características anteriormente mencionadas son las siguientes:

- Tener humanidad y la sensibilidad suficiente para no ver a los niños como "material" de trabajo.
- Ser un excelente observador.
- Ser respetuoso y evitar toda clase de críticas, comparaciones y expresiones desagradables.
- Ser capaz de propiciar un ambiente de confianza, afecto y seguridad.
- Ser comprensivo.
- Ser justo y confiable.
- Crear un ambiente de comunicación y estimulación.

El educador debe de evitar categorizar a los alumnos, debe estar más orientado hacia el diseño de estrategias que permitan al niño con necesidades educativas especiales superar sus dificultades para aprender y que, además, beneficien el aprendizaje de todo el grupo.

Es especialmente importante saber hasta que punto comparten metas y expectativas similares la familia y la escuela y estén de acuerdo en los patrones de educación de los pequeños.

La división natural entre la familia y la escuela es algo que debe evitarse. Una forma convincente en que el maestro puede considerar su participación, es la de unirse a un

sistema existente entre los padres y el hijo. Cada sistema constituye una unidad familiar en la cual el educador tiene un papel primordial sirviendo de enlace entre los dos mundos del niño.

Este enlace adquiere mayor importancia cuando se trata de comunicar a los padres el programa de actividades a seguir con sus hijos.

Cuando esos padres tienen un pequeño con NEE, su contacto con el maestro cobra una importancia más profunda. El padre aprende a aceptar al niño y en ese proceso de aprendizaje participa el educador con su orientación y asesoramiento.

En mi criterio, es la afectividad factor determinante en el éxito de estas relaciones, así como en el desarrollo del programa aplicado al niño.

He observado que en la mayoría de las escuelas existen programas que dedican más tiempo a aspectos cognoscitivos, motores y destrezas manuales y lo afectivo queda incluido en las actividades diarias. Muchas veces no estimulamos conductas afectivas que son necesarias de madurar y nos dedicamos exclusivamente a ver rendimiento, logros académicos como satisfacción propia.

El argumento que predomina cuando se habla de afectividad, es el que ésta debe estar incluida siempre en la actitud personal del educador y en todas las actividades; sin embargo esto no sucede así; en ocasiones la relación alumno - maestro se sustrae de esa carga afectiva o depende de la oscilación emocional del adulto.

La participación de la familia en la educación del niño con NEE es importantísima, ya que hay que poner mayor atención y mayor empeño en los programas educativos para así continuarlos en el hogar y hacer un trabajo paralelo con la escuela, proporcionando de esta manera al niño más probabilidades, de las que puede recibir con sólo aplicarse el programa unas cuantas horas al día en la escuela.

Para lograr una consciente y activa participación de los padres, es necesario explicar la necesidad de que su niño sea intervenido a la edad más corta posible, fundamentando que el desarrollo decisivo del ser humano se da durante los primeros años de vida y por tal motivo se puede aprovechar más ampliamente el potencial del niño.

El educador juega un papel primordial en la integración de los padres a la educación de sus hijos y a la institución misma, ya que es el quien debe conservar latente y activa la participación de los padres, esto puede lograrlo orientándolos constantemente, aclarando sus dudas, clarificando el objetivo que persigue, brindándoles los materiales de apoyo que se requieran y principalmente conscientizándolos acerca de que la labor que tienen que realizar es importantísima para proporcionar un desarrollo armónico en el niño con NEE. Por lo tanto es necesario que se presente frecuentemente una interacción positiva con los padres.

4.3) INTEGRACION ESCOLAR.

La integración educativa se refiere al proceso de educar-enseñar juntos a niños con y sin discapacidad durante una parte o en la totalidad del tiempo.

Algunas definiciones de integración educativa que suelen darse son las siguientes:

- “La NARC (National Association for Retarded Citizens, EEUU) define la integración educativa como una filosofía o principio de ofrecimiento de servicios educativos que se pone en práctica mediante la provisión de una variedad de alternativas instructivas y de clases que son apropiadas al plan educativo para cada alumno, permitiendo la máxima integración instructiva, temporal y social entre alumnos “deficiente o no deficientes” durante la jornada escolar normal (Sanz del Rio, 1988).
- La integración educativa implica mantener a un niño excepcional con sus compañeros no excepcionales en el ambiente menos restrictivo en el que pueda satisfacer sus necesidades. Para esto se requieren programas y servicios educativos flexibles que influyan en un continuo y que permitan al niño con discapacidad integrarse en cualquier punto de este continuo cada vez que sea necesario (Fairchild y Henson, 1976).
- La integración educativa es el proceso que implica educar a niños con y sin necesidades educativas especiales en el aula regular, con el apoyo necesario. El trabajo educativo con los niños que presentan necesidades educativas especiales implica la realización de adecuaciones para que tenga acceso al currículo regular (Bless, 1996).

Estas definiciones abarcan principalmente tres puntos:

- a) La posibilidad de que los niños con necesidades educativas especiales aprendan en la misma escuela y en la misma aula que los demás niños.
- b) La necesidad de ofrecerles todo el apoyo que requieran, lo cual implica realizar adecuaciones curriculares para que las necesidades específicas de cada niño puedan ser satisfechas.
- c) La importancia de que el niño y/o el maestro reciban el apoyo y la orientación del personal de educación especial, siempre que sea necesario”⁸.

Las modalidades de enseñanza integrada son:

- Aula especial a tiempo completo.
- Aula regular a tiempo parcial.
- Aula regular a tiempo completo.

⁸ IBIDEM. Pág. 54.

- *FORMAS DE INTEGRACIÓN ESCOLAR:*

- a) *Integración física:*

- Reducción de la distancia física, es decir geográfica entre las personas con o sin discapacidad.

- b) *Integración funcional:*

- Utilización de los mismos medios y recursos por parte de las personas con o sin discapacidad de forma separada o simultánea.
- Utilización de algunas instalaciones comunes, simultáneamente y con objetivos educativos comunes.

- c) *Integración social:*

- Supone la inclusión individual de un alumno considerado como discapacitado en un grupo de clase ordinario.
- Las personas con discapacidad forman parte de una misma comunidad con los no discapacitados, hay contacto espontáneo y regular y se establecen lazos afectivos.

- d) *Integración a la comunidad:*

- Las personas con discapacidad tienen las mismas posibilidades legales, administrativas de acceso a los recursos sociales, de influir en su propia situación, de realizar trabajo productivo.

- *BASES IDEOLÓGICAS DE LA INTEGRACIÓN ESCOLAR.*

Históricamente:

Se crearon dos tipos de educación: regular y especial. Niños diferentes, educación diferente.

Ha llegado el momento para la educación especial y regular de fusionarse en un solo sistema unificado, estructurado para atender las necesidades propias de todos los alumnos.

El proceso de cambio es en el ámbito escolar, en los valores, normas sociales y juicios éticos que de ellos se desprenden.

Se piensa en una filosofía humanista. Ya no en la supervivencia de los más aptos.

Como anteriormente lo dije; las barreras más difíciles de romper las constituyen las barreras humanas. Barreras físicas y sociales que dificultan el acceso y participación.

Anteriormente se utilizaba el modelo médico para definir a las personas con discapacidad. En este modelo la persona con discapacidad es igual a enfermo, hacen caso omiso de los factores causales ubicados en los procesos sociales, políticos y de organización más amplios, externos al individuo. Se considera la discapacidad como un atributo personal; como condición objetiva, patológica de personas. Se sigue considerando a la persona discapacitada como portadora de un defecto que está llamado a corregirse. Los prejuicios producen segregación, la segregación produce prejuicios.

Actualmente se utiliza un nuevo enfoque existe un cambio conceptual. Discapacidad es igual a incapacidad o debilidad que demuestra una persona dentro de un contexto determinado. Se refiere a las desventajas que experimentan las personas como consecuencia de un defecto: les limita o impide el cumplimiento de roles que son normales según su edad, sexo, cultura y posición social. Ocurre cuando esas personas enfrentan barreras culturales, físicas y sociales que les impide el acceso a los diversos sistemas de sociedad que están a disposición de los demás ciudadanos. La pérdida o limitación de las oportunidades de participar en la vida de la comunidad en un pie de igualdad con los demás. No son las lesiones orgánicas las más incapacitantes sino más bien las barreras psicológicas que rodean a las personas aquejadas de una discapacidad.

Como personas merecen el respeto de los demás. Son miembros de la sociedad, tienen derecho a la salud, educación, trabajo y participación en la vida social.

“Equiparación de oportunidades”: Proceso mediante el cual el sistema general de la sociedad, tal como el medio físico y cultural, la vivienda y el transporte, los servicios sociales y sanitarios, las oportunidades de educación y trabajo, la vida cultural y social - incluidas las instalaciones deportivas y la recreación- se hacen accesibles para todos.

Igualdad de oportunidades no significa tratar a todos de la misma manera. Ya que los niños son distintos unos de otros, se les debe de tratar de manera diferente para alcanzar metas comunes.

Se define a los alumnos con necesidades educativas especiales como aquel que presenta una dificultad para aprender, mayor que la mayoría de los niños de su edad, o que tiene una discapacidad que le dificulta utilizar las facilidades educativas que la escuela proporciona normalmente.

El término de Necesidades Educativas Especiales es propicio para la integración escolar, se hace eco de las necesidades educativas permanentes o temporales de los alumnos/as. Admite como origen de las dificultades de aprendizaje y/o desarrollo una causa personal, escolar o social. Tiene implicaciones educativas de marcado carácter positivo. Se refiere al currículo ordinario e idéntico sistema educativo para todos los alumnos. Fomenta las adaptaciones curriculares individualizadas, que parten del Diseño Curricular ordinario.

Las Necesidades Educativas Especiales, son necesidades que no son fácilmente cubiertas con las dotaciones que tenemos actualmente en las escuelas. El término no se deriva solamente del individuo, sino que también están involucradas con el medio y la sociedad que debe darle respuesta.

La integración educativa también puede beneficiar a los demás integrantes del grupo, su presencia en las aulas implica un llamado de atención hacia el reconocimiento de las características particulares de cada uno de los alumnos, de sus intereses y capacidades siempre diversas, y constituye una oportunidad excepcional para promover la convivencia, la comunicación y el respeto entre los diferentes.

• **FUNDAMENTOS FILOSOFICOS DE LA INTEGRACIÓN EDUCATIVA:**

- “Respeto a las diferencias: Acordes con una sociedad cada vez más heterogénea, que establecen la necesidad de aceptar las diferencias y de poner al alcance de cada persona los mismos beneficios y oportunidades para tener una vida normal.
- Derechos humanos e igualdad de oportunidades: Para ello es necesario, primero, que se le considere como persona, y después como sujeto que necesita atención especial. Más que una iniciativa política, la integración educativa es un derecho de cada alumno con el que se busca la igualdad de oportunidades para ingresar a la escuela.
- Escuela para todos: El concepto va más allá de la garantía de que todos los alumnos tengan acceso a la escuela, que la escuela reconozca y atienda a la diversidad. Una escuela para todos sería aquella que: se asegura de que todos los niños aprenden, se preocupa por el progreso individual de los alumnos, con un currículo flexible que responda a sus diferentes necesidades, cuenta con los servicios de apoyo necesarios, reduce los procesos burocráticos, favorece una formación o actualización más completa de los maestros, entiende al aprendizaje como un proceso que construye el propio alumno con su experiencia cotidiana”.⁹

• **CONCEPTOS VINCULADOS A LA INTEGRACION ESCOLAR:**

- Normalización: Base filosófico-ideológica de la integración (escolar o regular). El principio de la normalización significa poner al alcance de los que tienen NEE unos modos y condiciones de vida diarios lo más parecida posible a las formas y condiciones de una vida del resto de la sociedad. Un término que acerca al significado de normalización según Wolfensberger sería el de “(re-)valuación, en el sentido social”.
- Sectorización: Significa descentralizar los servicios, aproximarlos a las regiones y/o localidades en donde viven las personas que los requieren. Acercar los servicios a las personas y no lo contrario.
- Integración: Proceso de incorporar física y socialmente dentro de la sociedad a las personas que están segregadas y aisladas de nosotros. Significa ser un miembro activo de la comunidad, viviendo donde otros viven, viviendo como los demás y teniendo los mismos privilegios y derechos que los ciudadanos no discapacitados. Niveles de integración: Integración física, Integración funcional, Integración social, Integración societal. La integración debe considerarse en términos de reforma del sistema escolar, cuya meta es la creación de una escuela común que ofrezca una educación diferenciada a todos en función de sus necesidades y en un marco único y coherente de planes de estudio.
- Mainstreaming: Literalmente significa “corriente principal”, se conceptualiza como un canal educativo general que tiende a acoger en sus corrientes todo tipo de alumnos, con o sin discapacidad o necesidad especial. Todos pasan por la corriente educativa principal. En las situaciones mainstreaming no todos los alumnos discapacitados tienen cabida, únicamente aquellos que han sido elegidos a partir de

⁹ IBIDEM. Pág. 42.

un diagnóstico supuestamente objetivo que detecte sus necesidades educativas y permita al personal docente decidir si este marco escolar se acomoda o no a estas necesidades. Un sistema de integración escolar puede denominarse *mainstreaming* cuando tiene el poder de acomodar/adaptar el entorno educativo a todos los alumnos en todas las áreas curriculares. *Mainstreaming* se refiere a la integración temporal, instruccional y social de niños excepcionales escogidos con sus compañeros regulares, basados en un continuo proceso de programación y planificación educacional determinada individualmente y que requiere la clarificación de responsabilidades entre el personal educativo regular y especial, tanto administrativo como instruccional y auxiliar.

- *Entorno menos restrictivo*: el entorno más normalizado posible para un alumno determinado, el que cuenta con el mínimo imprescindible de servicios especializados.
- *Individualización de la enseñanza*: Se refiere a la necesidad de adaptar la enseñanza a las necesidades y peculiaridades de cada alumno y alumna, mediante adecuaciones curriculares. En el aula no debe existir una respuesta educativa única ya que el grupo es un conjunto heterogéneo y diverso de alumnos en cuanto a intereses, forma de aprender y manera de actuar.

• **PROGRAMA DE DESARROLLO EDUCATIVO 1995-2000.**

Poder Ejecutivo Federal.

El Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 pone especial énfasis en la necesidad de atender a los menores con discapacidades transitorias o definitivas como parte de las acciones educativas orientadas a la equidad. La población que demanda atención especial tiene pleno derecho a obtener un servicio que, de acuerdo con sus variadas condiciones, le permita acceder a los beneficios de la formación básica, como recurso para su desarrollo personal y su incorporación productiva a las actividades de la colectividad.

“La Ley General de Educación establece la obligación gubernamental de satisfacer mediante distintas estrategias las necesidades básicas de aprendizaje de las poblaciones mencionadas. Recomienda que las acciones que se realicen incluyan la orientación a padres y tutores, así como a los maestros de escuelas regulares que atienden alumnos con necesidades educativas especiales”.¹⁰

El Programa de Desarrollo Educativo 1995-2000 indica que cada entidad federativa debe diseñar una estrategia de planeación en cada zona y región escolar, para así incorporar gradualmente a la población de niños con discapacidad al Sistema Educativo. Acorde con este planteamiento se subraya la necesidad de que la planeación defina las prioridades y modalidades de atención según la diversidad específica que presenta la población, los grados de discapacidad, la infraestructura de servicios educativos, el grado de sensibilización de los padres, los maestros de las escuelas regulares y sus comunidades, así

¹⁰ PROGRAMA DE DESARROLLO EDUCATIVO 1995-2000. PODER EJECUTIVO FEDERAL.

como la competencia profesional de los especialistas disponibles en cada localidad y región.

La búsqueda de estrategias específicas para cada localidad, permitirá elevar la calidad de la educación en la entidad así como la prestación oportuna del servicio en tiempos, contenidos y lugares accesibles a la población con discapacidad. Dichas estrategias – inscritas en el marco de los compromisos educativos en el Programa Nacional para el Bienestar y la Incorporación al Desarrollo de las Personas con Discapacidad- se describen a continuación:

- **PROGRAMA NACIONAL PARA EL BIENESTAR Y LA INCORPORACION AL DESARROLLO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD.**
*Comisión Nacional Coordinadora. Los Pinos Mayo 1995.*¹¹

EDUCACION:

- **Objetivo General:** Promover la integración de los menores con discapacidad a la escuela regular y la cultura del respeto a la dignidad y los derechos humanos, políticos y sociales de las personas con discapacidad.
- **Objetivos Específicos:**
 - Promover el acceso de los niños con discapacidad a los Centros de Desarrollo Infantil de la SEP.
 - Integrar a niños con discapacidad a la educación básica regular.
 - Integrar a jóvenes y adultos discapacitados a las opciones educativas existentes.
 - Capacitar y sensibilizar al personal docente.
 - Promover la elaboración de materiales educativos.
 - Introducir en las diversas asignaturas desde la primaria hasta la educación superior el respeto de los derechos humanos y la dignidad de las personas.
 - Establecer en las carreras de nivel técnico y superior contenidos curriculares sobre la discapacidad.
 - Generar el material educativo que requieran las diversas discapacidades.
 - Promover a padres con hijos menores de cuatro años con discapacidad, participen en el Programa de Educación Inicial no Escolarizada.
- **Líneas Estratégicas de Acción:**
 - Reorientar los Centros de Desarrollo Infantil (CENDI) para flexibilizar el acceso a los menores con discapacidad.
 - Educación Especial brindará capacitación y asesoría permanentemente al personal de los CENDI, para la atención de los niños con necesidades especiales.

¹¹ PROGRAMA NACIONAL PARA EL BIENESTAR Y LA INCORPORACION AL DESARROLLO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD. COMISION NACIONAL COORDINADORA, LOS PINOS, MAYO 1995.

- Los CENDI brindarán a los padres de familia orientación sobre la educación integrada.
 - Diseñar un programa de impulso paulatino de integración escolar para los menores con discapacidad, estableciendo en cada estado el plan que permita apoyar la integración sin descuidar el apoyo en educación especial y salud.
 - Determinar las características de los menores con discapacidad con posibilidades de integrarse a la educación básica regular con la participación de las organizaciones no gubernamentales.
 - Identificar en cada estado la infraestructura de educación especial y salud para integrar equipos multiprofesionales de apoyo a la integración escolar.
 - Identificar en cada estado a las organizaciones de personas con discapacidad y establecer acciones de colaboración para apoyar la integración de menores con discapacidad a la escuela regular.
 - Sensibilizar a los padres o tutores, maestros y personal de las escuelas regulares y a los alumnos no discapacitados respecto de los menores con discapacidad. Aprovechando los Consejos Escolares de Participación Social, como espacios idóneos de consenso social para la solidaridad con los alumnos con necesidades educativas especiales.
 - Brindar orientación a los padres de familia que participan en el Programa de Educación Inicial no Escolarizada sobre la detección oportuna de alteraciones en el desarrollo del niño y prevención de discapacidades en los menores de 4 años de edad.
 - Coadyuvar con las instituciones especializadas en la detección de niños menores de 4 años de edad y padres de familia discapacitados que viven en zonas rurales e indígenas para su canalización y atención correspondiente.
- Compromisos Institucionales:
 - La SEP incrementará la integración de los niños con discapacidad a los Centros de Desarrollo Infantil (CENDI) con el objetivo de impulsar la educación integrada desde la educación inicial.
 - La SEP fortalecerá el proceso de integración escolar de los menores con discapacidad a partir de las inscripciones de septiembre de 1995.
 - La SEP fortalecerá e incrementará las Unidades de Servicio de Apoyo a la Educación Regular (USAER-Educación Especial) para la atención de las necesidades educativas especiales de los alumnos con discapacidad que ingresen a las escuelas regulares.
 - El DIF, a través de sus Centros de Rehabilitación, apoyará a los niños con discapacidad integrados a la escuela regular, para facilitar los servicios asistenciales y de rehabilitación complementarios.
 - El DIF, a través de sus Centros de Rehabilitación, apoyará la valoración de los niños discapacitados para su integración a la escuela regular.
 - La SEP a través de CONAFE, y en particular mediante el Programa de Educación Inicial No Escolarizada, identificará, con el apoyo de los promotores educativos y padres de familia, a niños menores de 4 años de edad con problemas de discapacidad y los canalizará al DIF para su valoración y atención.

Se ha iniciado un proceso de flexibilización de acceso al currículum para favorecer el ingreso a los menores con discapacidad a los CEENDI's a través de diversos cursos de capacitación y actualización que brindan educación especial al personal docente y de apoyo. La capacitación se orienta al manejo y estimulación de capacidades motoras y de comunicación del niño con discapacidad, de su convivencia y su autonomía, haciendo énfasis en que la discapacidad es una condición de diversidad, no de exclusión o aislamiento, este proceso permitirá que el docente reconozca las potencialidades de sus alumnos con discapacidad.

"Para los centros escolares, la integración educativa requiere su reorganización interna y fortalecimiento, con el fin de que las escuelas sean más activas, convirtiéndose así en promotoras de iniciativas, en centros que aspiran a mejorar la calidad de la educación. Lo anterior implica que han de buscar los recursos necesarios para poder atender a todos los niños, tengan o no necesidades educativas especiales. Para la práctica educativa cotidiana, la integración es el esfuerzo de maestros, alumnos, padres de familia y autoridades, por mejorar el aprendizaje de todos los niños".¹²

• "ARTICULO 41." ¹³

La educación especial está destinada a individuos con discapacidades transitorias o definitivas, así como aquellos con aptitudes sobresalientes.

Procurará atender a los educandos de manera adecuada a sus propias condiciones con equidad social.

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

Se considera el apoyo a los padres y tutores, así como también a los maestros y personal de escuelas de educación básica regular que integran alumnos con necesidades especiales de educación.

Para alcanzar los propósitos de la integración educativa de menores con discapacidad, se ha propuesto la reorientación de los servicios educativos de educación especial, con lo que se pretende que los niños reciban educación en centros escolares cercanos a sus hogares y, en la medida de lo posible, en ambientes de educación regular. En tal sentido se cuenta ahora con las opciones que ofrecen los Centros de Atención Múltiple (CAM), y las escuelas regulares con apoyo de las Unidades de Servicio de Apoyo a la Educación Regular (USAER).

¹² GARCIA, Cedillo Ismael. Et. Al. La Integración Educativa en el Aula Regular. Principios, Finalidades y Estrategias. Secretaría de Educación Pública. México D.F. 2000. Pág. 54.

¹³ http://www.sep.gob.mx/res/sep/sep_643_integracion_educativ/7719?op=1

• **PROCESO DE LAS USAER.**

La integración educativa de las USAER busca que los niños(as) con Necesidades Educativas Especiales, estudien en las mismas aulas que el resto de los pequeños, recibiendo los apoyos que requieren para obtener una educación de calidad.

Algunas estrategias que tienen los maestros para el proceso de integración escolar en las USAER son:

- Sensibilidad: para distinguir las necesidades de los niños.
- Creatividad: en la aplicación de nuevas técnicas de enseñanza.
- Trabajo en equipo: entre los maestros de grupo y profesionales de educación especial.

La escuela debe trabajar como una unidad, pues la planeación de actividades en equipo, el trabajo colegiado, y el diseño de un proyecto escolar, son factores indispensables que posibilitan la integración de los niños con NEE a las escuelas regulares.

Las USAER se fijan más en las habilidades y capacidades de los niños y no en las dificultades que presenta, se busca poder ofrecerles a los niños las oportunidades que requieren para integrarse a la sociedad en la que viven.

Las condiciones básicas que deben tener las USAER para la integración escolar son:

- 1) Actualización para profesores de las escuelas regulares. Los maestros regulares deben de tener información y sensibilización, ya que es su decisión elegir las estrategias de enseñanza, las modalidades sensoriales más adecuada y elegir el material a utilizar.
- 2) Los profesores deben de elegir procesos que permitan la colaboración y apoyo entre profesores.
- 3) Que los profesores promuevan la participación de los padres de familia en la educación de sus hijos.
- 4) Procesos de actualización de los profesionales de educación especial para poder pasar con facilidad del modelo médico al modelo educativo.
- 5) Comprensión de programas y planes de educación básica (por parte de la educación especial) para que puedan trabajar colaborativamente con los profesores de las escuelas regulares.
- 6) Se requieren cambios en sus prácticas desde la evaluación hasta en la manera en la que operan.
- 7) Apoyo de autoridades educativas.
- 8) Apoyo a los alumnos con Necesidades Educativas Especiales.

La clave del éxito de la integración educativa es la colaboración entre maestros, especialistas, alumnos y padres de familia.

No se les pide a los niños más de lo que pueden dar en función a sus posibilidades, pero tampoco se les pide menos porque no se llevarían a cabo los propósitos de la integración educativa. Se trata de darle a cada quién lo que necesita para el aprendizaje.

A continuación presento algunos de los argumentos de quienes defienden la necesidad de que los niños con discapacidad formen parte de las escuelas regulares:

1. "La educación especial se fundamenta en el modelo médico-clínico, elaboran un diagnóstico y un programa para su curación o rehabilitación. Estas instituciones favorecen la segregación y el etiquetado, cuando un niño es atendido por el subsistema de educación especial, difícilmente se reintegra al sistema regular. El diagnóstico se transforma en destino educativo, social y laboral.
2. La educación especial basada en el modelo médico cree que es posible saber con precisión cuáles niños han de recibir educación regular y cuáles necesitan escolarizarse en instituciones de educación especial. Para ello, los especialistas utilizarán algo similar a los análisis de laboratorio: las pruebas psicométricas. Estos instrumentos pueden ser muy útiles para diferenciar una patología de otra, en realidad al educador le sirve de poco saber qué "etiqueta" merece el niño, pues eso da pocas pistas respecto de sus posibilidades reales de aprendizaje.
3. La clasificación niños con discapacidad y niños sin discapacidad es poco útil y, además, injusta. Poco útil porque no indica posibilidades de aprendizaje; e injusta para ambos grupos de niños, pues para los primeros implica el inicio de una ruta arcada por la discapacidad y para los segundos porque, al no presentar ninguna discapacidad, se deduce que sí tienen una trayectoria escolar poco exitosa sólo ellos son culpables y, más que apoyos, requieren medidas disciplinarias y de control.
4. La integración educativa no implica la desaparición de la educación especial, los profesionales de educación especial acuden a las escuelas regulares para apoyar a los niños con dificultades y a sus maestros, lo cual contribuye a evitar la segregación y el "etiquetado".
5. Los procesos de segregación y "etiquetado" privan de oportunidades y condenan al aislamiento a los niños con NEE; la integración posibilita el desarrollo armónico de estos alumnos.
6. Cuando los adultos dejamos de proyectar nuestros propios miedos en los niños con quienes convivimos, generalmente ellos no tienen problemas para convivir con compañeros que tienen NEE
7. Por ser el ámbito natural de la enseñanza intencional, la escuela regular es el mejor espacio educativo y social para todos los niños, tengan o no NEE, pues están sujetos a las reglas que rigen a todos los alumnos.
8. Representa un reto para el maestro regular, la reflexión sobre las características de esos niños y la necesidad de utilizar con ellos estrategias adecuadas para lograr el aprendizaje, abren un abanico de opciones para la enseñanza que enriquece su trabajo con el resto del grupo.
9. Tal como lo han mostrado algunos estudios, en nuestro país se han desarrollado experiencias exitosas de integración educativa, cuando se planifica adecuadamente y se proporcionan los recursos para ponerla en marcha."¹⁴

¹⁴ GARCIA, Cedillo Ismael. Et. Al. La Integración Educativa en el Aula Regular. Principios, Finalidades y Estrategias. Secretaría de Educación Pública. México D.F. 2000 Pág. 14

CAPITULO V: LA IMPORTANCIA DEL AFECTO EN EL DESARROLLO INTEGRAL DEL NIÑO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL.

OBJETIVO: *Poner en relevancia la importancia que tiene el afecto en el desarrollo integral del niño con necesidades educativas especiales y presentar unas propuestas para favorecer la integración educativa y la afectividad de los niños con discapacidad intelectual límite, ligera y media que cursa el grado preescolar dentro de los Centros de Desarrollo Infantil (CENDI).*

5.1) Propuestas para favorecer la integración educativa y la afectividad de los niños con discapacidad intelectual límite, ligera y media que cursa el grado preescolar dentro de los Centros de Desarrollo Infantil (CENDI).

5.1.1) Propuesta de un programa informativo y de sensibilización orientado a docentes que laboran en escuelas de educación preescolar para promover la integración educativa y la difusión del derecho a la educación de los niños con discapacidad intelectual límite, ligera y media dentro de los Centros de Desarrollo Infantil.

5.1.2) Programa de apoyo para el docente para la estimulación de conductas afectivas en el niño con discapacidad intelectual límite, ligera y media que cursa el grado preescolar dentro de los Centros de Desarrollo Infantil (CENDI).

5.1) PROPUESTAS PARA FAVORECER LA INTEGRACION EDUCATIVA Y LA AFECTIVIDAD DE LOS NIÑOS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL LIMITE, LIGERA Y MEDIA QUE CURSA EL GRADO PREESCOLAR DENTRO DE LOS CENTROS DE DESARROLLO INFANTIL (CENDI).

El Centro de Desarrollo Infantil es una institución que proporciona básicamente educación y asistencia al niño que tiene todo el derecho de recibir atención y estimulación dentro de un marco afectivo que le permite desarrollar al máximo sus potencialidades para vivir en condiciones de libertad y dignidad.

La labor del CENDI esta encaminada a promover el desarrollo de las capacidades físicas, afectivo-sociales y cognoscitivas del niño, dentro de un ambiente de relaciones humanas que le permita adquirir autonomía y confianza en sí mismo para integrarse a la sociedad.

Repentinamente, en estos Centros de Desarrollo Infantil como en cualquier otra escuela, a los maestros les preocupa mucho recibir en su grupo a un chiquito con discapacidad intelectual; lo primero que el maestro expresa es "yo no sé nada de niños con discapacidad", "cómo le voy a explicar". Y no sólo es un chiquito con necesidades educativas especiales, sino que tiene de 25 a 32 niños más con características totalmente diferentes.

Es muy difícil para un maestro de grupo, un maestro que hasta antes de la integración educativa, se concretaba a decir este niño es flojo o burro cuando no aprende.

Es difícil lograr la integración educativa principalmente de las personas con discapacidad intelectual, ya que para el personal docente la integración de estos sujetos es un experimento o cuestión de lástima o caridad, lo que considero realmente preocupante ya que en gran medida, es de los maestros de educación regular de los que depende que la integración de estas personas sea una realidad o un sueño.

Los maestros pueden ser un gran obstáculo para lograr la integración de los alumnos con discapacidad intelectual, con el pretexto de que no están preparados para atender a esta población, no se cuenta con los recursos necesarios para que el niño esté dentro de la escuela, "los niños son especiales", "no deberían estar aquí sino en educación especial", "a quién se le habrá ocurrido", haciéndoles fácil "sugerir que los regresen a su escuela", "que se los lleven a su casa o a educación especial", ya que en la escuela regular según ellos, "no pueden hacer nada y no deberían estar".

No toman en cuenta que la educación es un derecho que el alumno con discapacidad debe ejercer igual que cualquier otro ser humano. Independientemente de sus características físicas o mentales y que la integración es un medio para que ejerza este derecho.

La mayoría de los maestros de los grupos en que se encuentra un alumno con discapacidad, hacen notar siempre las aptitudes negativas de los alumnos integrados, dejando en el olvido sus pequeños logros, lo que provoca que el personal docente, en especial lo identifique como un gran problema, una carga de trabajo sin grandes frutos, una pérdida de tiempo, por lo que también se les hace fácil rechazar tajantemente el grupo en que el alumno estará el siguiente ciclo escolar, independientemente de que sea o no promovido.

Ante tal situación, los directores se ven en la "necesidad" de solicitar amablemente a los padres que los lleven a otra escuela porque en ésta nadie está dispuesto a proporcionarle la atención; como si ésta fuera una decisión que ellos pudieran tomar, ven a este alumno como un sujeto sin derecho a una educación como la que recibe cualquier otro individuo de su edad.

Por esto considero necesario sensibilizar a los profesores, difundir el derecho de la educación de las personas con necesidades educativas especiales, que el maestro observe los fundamentos y el proceso de integración, así como los cambios que se han dado como resultado de éste, en el sistema educativo nacional.

Es necesario que los maestros asuman sus responsabilidades laborales para con todos los alumnos, independientemente de sus características físicas o mentales, que no les cierren las puertas a los alumnos que tienen la posibilidad de integrarse a la educación básica.

Los educadores al margen de nuestras creencias culturales, religiosas, educativas, etc. debemos asumir nuestras responsabilidades laborales buscando siempre el bienestar de los alumnos, con el fin de lograr su desarrollo integral y en nuestro caso requerimos que los alumnos con discapacidad intelectual, logren su integración y normalización, que tengan las mismas oportunidades educativas que el resto de los alumnos y el programa que propongo considero que es un medio que nos puede permitir lograrlo.

Titánica es la función para lograr que el maestro de grupo tome las cosas con calma y empiece a conocer a su niño, y lo primero que debemos lograr en el maestro, es que lo vea como lo que es; un niño con un millón de posibilidades.

Para lograr lo anteriormente dicho, se deben implementar diversas estrategias para guiar al maestro en esa difícil tarea:

- Proporcionar al maestro toda la información que requiera dependiendo de las características que tenga su niño o niña con necesidades educativas especiales; pero no se trata de llenarlo de información, porque es evidente que el maestro entre su grupo, sus actividades, lo administrativo y que aparte atiende y mantiene un hogar nunca va a leer, de lo que se trata es de adecuar esa información lo más próximo a sus necesidades inmediatas.
- Proporcionarle al maestro actividades dinámicas de fácil elaboración, esto quiere decir que no se le proporcionen actividades donde tenga que hacer mil hojitas de papel, porque tampoco eso sería práctico, generalmente son de juegos activos, y también se le apoya con actividades de elaboración de material pero por parte de los alumnos o pidiendo la colaboración a padres de familia.

- Que el maestro compruebe que las actividades van a favorecer a todo su grupo. Ya que un papel muy importante lo juegan los protagonistas de la historia, los niños y las niñas; porque la integración educativa no solo debe interesar a los que lo hacen, sino a los que lo viven directamente, y qué más real y directo que el salón de clases, porque si se acordó educación para todos, efectivamente debe ser para todos, esto involucra también a los niños regulares.
- Buscar los tiempos para que el maestro, el padre del niño con necesidades educativas especiales y el pedagogo se reúnan para que se conozcan, manifiesten sus inquietudes, dudas, etc. y platicuen en cuanto al trabajo a seguir con la finalidad de lograr mayor grado de comunicación para trabajar conjuntamente.
- La comunicación constante con la directora, maestros y pedagogo, ayuda para cuando se tiene que tomar medidas urgentes si se llegaran a presentar problemas en cuanto a la conducta de los niños, ya eso es muy común, así cada cual conoce los casos a profundidad y en determinado momento se puede citar a los padres y buscar soluciones.

Este programa es una propuesta, que de ninguna manera se considera un documento con proposiciones acabadas y definitivas ya que se espera sea flexible y se adapte a las características y necesidades de la población a la que se decida dirigirlo, para que los resultados sean más satisfactorios y se logre el objetivo.

5.1.1 PROPUESTA DE UN PROGRAMA INFORMATIVO Y DE SENSIBILIZACION ORIENTADO A DOCENTES QUE LABORAN EN ESCUELAS DE EDUCACION PREESCOLAR PARA PROMOVER LA INTEGRACION EDUCATIVA Y LA DIFUSION DEL DERECHO A LA EDUCACION DE LOS NIÑOS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL LIMITE, LIGERA Y MEDIA DENTRO DE LOS CENTROS DE DESARROLLO INFANTIL.

Esta propuesta se elaboró fundamentándola en los programas educativos como: el "Programa de Desarrollo Educativo 1995-2000" elaborado por el Poder Ejecutivo Federal y el "Programa Nacional para el Bienestar y la incorporación al desarrollo de las personas con Discapacidad", elaborado por la Comisión Nacional Coordinadora. Los Pinos mayo 1995, que fueron expuestos anteriormente en el capítulo IV, en donde se habla en una de sus partes de la integración educativa dentro de los Centros de Desarrollo infantil.

Objetivo:

Dar orientación al personal docente de los Centros de Desarrollo Infantil para que tengan la sensibilización y confianza de apoyar a los niños con necesidades educativas especiales en el proceso de integración educativa, y así, acepten a esta (integración educativa) como un derecho de las personas con discapacidad intelectual y asuma su labor docente independientemente de las características físicas o mentales de sus alumnos.

Esta propuesta está dirigida al personal docente que labora en los Centros de Desarrollo Infantil con la finalidad de que los profesores tengan la oportunidad de informarse sobre los niños con discapacidad intelectual y la importancia que tiene la educación integradora.

El programa informativo de sensibilización para promover la integración educativa y la difusión del derecho a la educación de los niños con discapacidad intelectual límite, ligera y media dentro de los centros de desarrollo infantil consta de tres etapas:

ETAPA I

• Promover la autorreflexión
• Difusión a través de: Carteles y cartas sobre situaciones vivenciales que benefician o afectan a la persona con discapacidad intelectual.
• Destinatarios: Personal docente (CENDI)
• Sesiones: 4, un cartel y una carta por semana.

Actividades Etapa I "Promover la autorreflexión":

Se repartirá una carta por semana a cada una de las maestras que laboran en el CENDI, para que estas la lean y se involucren de alguna manera con la problemática provocando así un cierto grado de sensibilización. También se propone incluir un cartel en el periódico mural de la escuela al inicio de cada semana para ser observado por el personal docente durante este tiempo con el fin de promover en él la autocrítica y a su vez lo prepare para recibir la información subsecuente.

ETAPA II

• Confrontar teoría práctica
• Difusión a través de: Material impreso con la información pertinente. Película sobre discapacidad intelectual. Análisis y reflexión dentro del grupo.
• Destinatario: Personal docente.
• Sesiones: 4 de 2 horas aproximadamente.

Actividades Etapa II "Confrontar teoría práctica"

Sesión #1:

- a) Lectura y análisis de los puntos más importantes del material impreso "La persona con discapacidad intelectual". Se les pide a los maestros que lean el material completo en sus casas.
En este material se encontrará información breve y objetiva sobre lo que son las personas con discapacidad intelectual.
 - Definiciones a lo largo del tiempo hasta llegar a las actuales.
 - Discapacidad intelectual.
 - Características particulares de las personas con discapacidad intelectual.
 - Etapas críticas en el desarrollo bio-psicosocial del niño con discapacidad intelectual.
- b) Dinámica. Se solicita a los maestros respondan por escrito a la siguiente pregunta: ¿Cómo creen que sea la dinámica grupal de un salón de clase al que asiste un alumno con discapacidad intelectual?. Después se les pide que intercambien sus respuestas y comenten lo que escribió su compañero y si están de acuerdo con él o no. El coordinador les hace preguntas sobre el por qué de sus respuestas sin hacer juicios.
- c) Se pide a los maestros que elaboren un dibujo que responda a esta pregunta: ¿Cómo son las personas con discapacidad intelectual? Escribiendo una palabra que según ellos defina a las personas con discapacidad intelectual. Lo ideal es que lo dibujen y defina igual a cualquier otra persona, si no es así se les pregunta el porqué de sus respuestas. Después se les pide que sus dibujos los peguen en el periódico mural de la escuela.

Sesión #2:

- a) Dinámica "Viaje espacial": se le pide a los maestros que formen equipos, se les menciona que en esta actividad es necesario imaginar que en dos días caerá un meteoro que destruirá el planeta tierra. Existe un solo refugio en el que caben cinco personas y ellos deben decidir quiénes deben ir a ese lugar para salvarse. Entre las personas que están es espera de esa decisión se encuentran: dos maestros jóvenes homosexuales, un adolescente de 18 años con discapacidad intelectual, una prostituta de 32 años, un sacerdote de 70 años, una niña de 8 años sordomuda, un violinista psicópata que sólo acepta ir con su pistola, una señora de 26 años que acaba de salir de un hospital psiquiátrico, un licenciado de 28 años que es esposo de la señora de 26 años y que no piensan reconciliarse, pero sólo aceptan ir juntos, señora de 35 años con secuela de parálisis cerebral.
- b) Cada equipo menciona por qué eligieron esas cinco personas, por qué consideraron que unas personas tenían más derecho que otras para vivir. El coordinador provoca un pequeño debate entre los equipos. Y finaliza preguntándoles por qué no consideraron la opción de dejarlo al azar (en el caso de que ningún equipo lo haya hecho).

- c) Lectura y análisis de los puntos más importantes del material impreso "La sociedad y la persona con discapacidad intelectual". Se les pide a los maestros que lean el material completo en sus casas.

En este material se encontrará información breve y objetiva sobre la problemática que enfrenta la persona con discapacidad intelectual al encontrarse con la sociedad.

- Qué significa el individuo con discapacidad intelectual para la sociedad.
- Tipos de rechazo.
- Estigmas y etiquetas impuestas por la sociedad.
- Reacciones y emociones que provoca la incomprensión e ignorancia de la sociedad al niño con discapacidad intelectual.

Sesión #3:

- a) Lectura y análisis de los puntos más importantes del material impreso "La escolarización en los niños con discapacidad intelectual y la importancia del afecto en el desarrollo integral del niño con discapacidad intelectual".

En este material se encontrará información breve y objetiva sobre la importancia de la escolarización de los niños con necesidades educativas especiales y la trascendencia del afecto en su desarrollo integral.

- La importancia y finalidad de la educación.
- La escuela como encargada de propiciar la socialización en el individuo.
- La afectividad como estrategia en el desarrollo integral del niño.
- El papel del educador.

- b) Pedirles a los maestros que hagan una reflexión sobre la lectura y la comenten con sus compañeros.

Sesión #4:

- a) Se les pide a los maestros que comenten lo visto en las sesiones anteriores a manera de recordatorio y reforzamiento.
- b) Se solicita a los maestros que expresen sus opiniones y dudas con respecto a la información de las sesiones.
- c) Película sobre discapacidad intelectual donde se muestre la problemática de la vida cotidiana de la persona con discapacidad intelectual en el contexto social. Película propuesta: "Yo soy Sam"

ETAPA III

• Fundamentación teórica.
• Difusión de los fundamentos teóricos de integración educativa a través de: Material impreso con la información pertinente Videos relacionados con la integración educativa.
• Destinatarios: Personal docente.
• Sesiones: 4 de 2 horas.

Actividades Etapa III "Fundamentación teórica"

Sesión #1:

- a) Lectura y análisis de los puntos más importantes del material impreso "Integración educativa".

En este material se encontrará información breve y objetiva sobre las bases ideológicas de la integración escolar y los conceptos vinculados a la integración escolar.

- La integración educativa en México.
- Bases ideológicas de la integración escolar.
- Conceptos vinculados a la integración escolar (normalización, sectorización, integración, etc.)

- b) Se les pide a los maestros expresen sus opiniones y/o dudas sobre la información anteriormente analizada.

Sesión #2:

- a) Dinámica de sensibilización: "Ayúdame que yo te ayude". Se pone al centro del salón una mesa con todo lo necesario para hacer un sandwich, y se les pide a los maestros que hagan un círculo alrededor de la mesa. Después se les pide que entrelacen sus brazos con los de sus compañeros a manera que formen una especie de cadena para así amarrarles los brazos

- b) Se les pide a los maestros que expresen sus sentimientos y cómo llegaron a solucionar las problemáticas que se les presentaron, haciendo hincapié, en que si trabajamos juntos se pueden lograr mejores resultados.
- c) Presentación del video "Integración educativa"

Sesión #3:

- a) Lectura y análisis de los puntos más importantes del material impreso "El derecho a la educación de las personas con discapacidad intelectual".
En este material se encontrará información breve y objetiva sobre el derecho a la educación y fundamentos legales.
 - El derecho a la educación.
 - Ley general de educación (Art. 41 de 1993).
 - Art. 3° Constitucional.
 - Programa del desarrollo educativo 1995- 2000 (Poder Ejecutivo Federal).
 - Programa nacional para el bienestar y la incorporación al desarrollo de las personas con discapacidad (Comisión Nacional Coordinadora. Los Pinos mayo 1995)
- b) Se les pide a los maestros que expresen sus opiniones y/o dudas sobre la información anteriormente analizada.

Sesión #4:

- a) Se les solicita a los maestros que entre todos realicen de manera oral un breve resumen del aprendizaje obtenido a lo largo de todas las sesiones.
- b) Se les invita a que expresen sus dudas, inquietudes, sentimientos, temores, acuerdos desacuerdos, etc. Con respecto a toda la información recibida.
- c) Para finalizar el programa, se les pide a los maestros que formen equipos y que elaboren un cartel que permita difundir la integración educativa.

- *Las sesiones correspondientes a la segunda y tercera etapa se llevaran a cabo en un lapso de ocho semanas. Una sesión semanal dentro de la institución.*

5.1.2 PROGRAMA DE APOYO PARA EL DOCENTE PARA LA ESTIMULACIÓN DE CONDUCTAS AFECTIVAS EN EL NIÑO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL LIMITE, LIGERA Y MEDIA QUE CURSA EL GRADO PREESCOLAR DENTRO DE LOS CENTROS DE DESARROLLO INFANTIL (CENDI)

A continuación presentaré un programa de actividades que estimulen las conductas afectivas en el pequeño con discapacidad intelectual dentro de un CENDI, con el principal objetivo de desarrollar actitudes sociales, incrementando el conocimiento que tiene el niño de sus sentimientos, de sí mismo en relación con los demás y de sus aportaciones a un grupo.

Para la realización de este programa es necesario contar con un espacio, clima, ventilación, e iluminación adecuados para hacer el trabajo agradable.

El espacio físico, el espacio psicológico y el espacio social constituyen un ambiente favorecedor para las experiencias de aprendizaje.

Algunas de las actividades que menciono en el programa permiten tener los siguientes beneficios.

- 1) **Socialización:** Con la realización de ejercicios y juegos en esta área, se puede descubrir la creatividad que pueden tener los niños, así como la seguridad en la ejecución de los mismos. Mejora su atención, mostrando interés por relacionarse con el mundo exterior.
- 2) **Cooperación:** en este aspecto se puede notar la disponibilidad de parte de los niños para participar. Los niños pueden sentir gran satisfacción al descubrir sus capacidades así como la experiencia que le permite aprender a compartir con los demás.
- 3) **Hábitos:** Se experimentan conductas como el sentido de la posesión y la responsabilidad en el cuidado de su persona y pertenencias.
- 4) **Psicomotricidad:** Esta área permite tener en los niños una imagen más clara y precisa de su cuerpo. Descubren su sentido del ritmo, pueden identificar animales, objetos comunes, existe trabajo en equipo e interés por los diversos materiales empleados.
- 5) **Autoconocimiento a través del juego:** Esta es una oportunidad vital que se ofrece al niño para que este pueda expresar sus sentimientos y problemas, sus temores, su odio, soledad, sentimientos de fracaso y desadaptación por medio del juego. Esta área permite que el educador reconozca los sentimientos que está expresando el niño y reflejarlos de nuevo al niño. Eso ayuda al niño a lograr una visión y entendimiento. Logra que los sentimientos afloren y ayuda a prevenir una acumulación de sentimientos reprimidos.
- 6) **Expresión oral:** La expresión oral permite al educador conocer de los niños, sus pensamientos, la visión y la idea que tienen de la vida, sus conceptos, sus experiencias, etc., mediante una plática abierta y amena donde los niños pueden dar sus opiniones libremente.
- 7) **Creatividad y expresión artística:** El arte en sus diversas expresiones (dibujo, modelado, música, baile, actuación, etc.) ofrece al niño una puerta para dejar salir sus emociones puras, sirviendo como válvula de escape a sus sentimientos. Lo dejará cultivar conceptos de belleza, canalizando otros como el odio, rencor, etc. El educador a

través de los trabajos manuales, de los comentarios y de la actitud que toma el niño mientras hace su trabajo, puede darse cuenta de los sentimientos del niño y así ayudarlo a canalizar de mejor manera sus sentimientos negativos y apoyar sus sentimientos positivos.

- 8) **Autocontrol y autoexploración:** A través de las actividades de esta área el niño puede experimentar ejercicios que le permitan terminar con los sentimientos de ansiedad que puedan presentarse. El tener de alguna manera conocimiento sobre su propio cuerpo hace que el niño tenga cierto poder que se convierte en seguridad. La educadora, a través de estos ejercicios puede controlar a sus alumnos y ayudarlos a canalizar emociones, permitiéndole conocerlos más.

- **Aspecto:** Socialización (juego individual y colectivo)
- **Objetivo:** Al término de las actividades programadas el niño manifestará habilidades para expresar sus sentimientos por medio del juego y a nivel gráfico, dejando salir sus inquietudes, compartiendo materiales y experiencias con sus compañeros. Se integrará a un grupo de trabajo; aportando ideas y enriqueciendo el juego colectivo.
- **Actividades:**
 - 1) Se escoge un tema determinado, por ejemplo, “jugar a la casita”. Iniciar una plática sencilla, invitándolos a jugar. Se seleccionan personajes y papeles que realizará cada uno. El salón de clases se convertirá en un hogar: los papás, hijos, ponen la mesa, etc. Es importante que el maestro se integre al equipo de juego como uno más, para lograr mayor acercamiento con sus alumnos.
 - 2) **Pantomima:** Se le pide a un niño que pase al frente del grupo, la maestra le dice en secreto una palabra (por ejemplo: frío, calor, tristeza, alegría, patinar, correr, etc.), después se le pide al niño que sin hablar actúe esa palabra. Los demás niños intentarán adivinar de qué se trata.
 - 3) **Rincones de juego:** Se divide el salón en zonas (máximo 4); a) libros, b) masa, c) pintura, d) material de construcción. Se describe, por ejemplo, a los niños lo que pueden hacer en cada zona y se les deja en libertad para que ellos escojan lo que deseen. Tienen la oportunidad de recorrer todos los rincones, siempre y cuando no cambien el material de su lugar. Esta actividad estimula la creatividad del niño y la convivencia con sus compañeros, propicia la formación de equipo. El niño tiene que compartir su material, tiempo y espacio con los demás.
 - 4) **Proyección de transparencias y películas:** Esta es una actividad que abarca tanto repertorios académicos como afectivos. Proporciona al niño conocimientos del medio que le rodea sin el peligro de salir a la calle con el grupo a zonas poco accesibles, propicia convivencia con sus compañeros al expresar sus opiniones

teniendo como modelador a la maestra. Esta actividad también puede servir de apoyo a otras actividades como las de expresión oral, autocontrol y autoexploración, etc.

- 5) Visitas extra-escolares: Paseos a lugares cercanos. Lo ayuda al rompimiento simbiótico de la madre; aumenta su conocimiento del medio ambiente y surge mayor acercamiento con el maestro y compañeros. Las visitas pueden ser al zoológico, a museos, a áreas verdes como parques, etc.
- 6) Convivencia: Es muy conveniente propiciar convivencias con grupos de la misma escuela, ampliando su núcleo de amigos. La convivencia se puede hacer formando equipos de juegos, haciendo mini fiestas, días de campo dentro de la escuela, etc. Lo importante es hacer que los niños se conozcan y compartan el mismo espacio.

- **Aspecto:** Cooperación.
- **Objetivo:** Al término de las actividades programadas el niño participará espontáneamente en la realización de diversos trabajos con sus compañeros.
- **Actividad:**
 - 1) Actividad de hogar: Elaboración de comidas, interviniendo todos los miembros del grupo. (ensaladas, postres, aguas frescas, etc.). Las comidas que se preparen deben ser sencillas, también se debe evitar cualquier instrumento que represente peligro para el niño.
 - 2) Aseo del salón: Formar comisiones por equipos.
 - a) Limpieza de mesa; del salón de clases en general.
 - b) Orden en el material que ocupa.
 - 3) Dividir a los niños en parejas y vendarle los ojos a uno de ellos, después, señalarles una meta. El niño que no tiene la venda debe tomar a su compañero de la mano y guiarlo con especial cuidado para evitar golpes y caídas hasta la meta señalada. El niño que tiene los ojos vendados debe depositar toda su confianza en el compañero que lo está guiando y obedecer las indicaciones que le den, por otro lado, el niño que guía debe de tener el sentimiento de responsabilidad poniendo mucho cuidado en llevar a su compañero hasta la meta sano y salvo. Para esta actividad se debe elegir un lugar que no sea muy conflictivo, pero que si presente algunos obstáculos como por ejemplo algunos escalones, árboles o sillas, paredes, etc., teniendo cuidado de que ninguno de estos represente un peligro para los niños. Al terminar la actividad la maestra debe recalcar lo importante que es el compañerismo y la cooperación para poder llegar a un fin o una meta.

- 4) Formar equipos de 5 niños. A cada equipo se le da un rompecabezas sencillo, dividiéndose las piezas entre los compañeros. Cada equipo debe intentar armar el rompecabezas lo más rápido posible para ganarle a los demás. La maestra al final debe aclarar que lo importante no es ganar, sino lograr que haya comunicación entre los compañeros, cooperación y trabajo en equipo. El niño en esta actividad puede comprender que el trabajo colectivo, la colaboración, el aporte personal y la actitud de colaboración de los miembros de un equipo ayudan fácilmente a llegar a un fin o meta determinada.
- 5) Jugar a “La gente pide”: Se forman dos o más grupos, cada grupo nombra a su jefe. La maestra va a pedir una serie de objetos que tengan los niños o que se encuentren en el salón donde se encuentren reunidos. La maestra debe señalar un lugar fijo donde se coloquen los objetos de cada grupo. Los jefes y sus respectivos equipos deben conseguir lo que se pide; los jefes son los que deben entregar el objeto solicitado a la maestra. La maestra solo recibe el objeto del grupo que llegue primero, los otros no. El grupo que llegue a entregar más cosas es el que gana. Después se decide que grupo fue el ganador y se discute cómo trabajó cada grupo y como se comportó su jefe. En la discusión se hace una reflexión sobre la colaboración y la coordinación en el trabajo colectivo, permite analizar la función e importancia del trabajo en equipo.

- Aspecto: Hábitos.

- Objetivo: Al término de las actividades programadas el niño adquirirá hábitos de aseo personal, así como comer correctamente empleando los utensilios adecuados. Será capaz de cumplir con una responsabilidad cuidando sus cosas y la de los demás.

- Actividades:

- 1) Siembra (germinador): El niño tendrá la oportunidad de tener a su cuidado algo que le pertenece. Según sea su responsabilidad, los resultados de ese cuidado serán agradables o no.
- 2) Cuidado de animales: Puede tener una mascota a la cual deberá brindar todo su cariño y cuidado (en casa). Dentro de la escuela se puede tener animalitos, (peces, conejos, pájaros). Los niños alimentarán y asearán diariamente haciéndose responsables de ellos.
- 3) Comer: Se aprovechará la hora del refrigerio para mejorar los hábitos alimenticios de los alumnos.

- 4) **Trabajos en equipo:** Se realizarán actividades en equipo, con el fin de formar hábitos de cooperación en los niños, para que aprendan a compartir ideas y materiales con los demás.

- **Aspecto:** Psicomotricidad

- **Objetivo:** Al término de las actividades programadas el niño conocerá su propio cuerpo reconociendo en sí mismo las partes que lo forman. Participará en actividades libres estimulando su creatividad a través del movimiento, haciendo representaciones simbólicas de actividades determinadas, o bien siguiendo el ritmo de la música ya sea en forma individual o en la colaboración con todo el grupo.

- **Actividades:**

- 1) **Caminatas:** Caminando se consigue un mayor contacto con el lugar y con otra gente. Se goza de completa libertad; detenerse, ir rápido, lento, a la izquierda, a la derecha, etc. Para un individuo con discapacidad intelectual, caminar puede significar enriquecer su mundo.
- 2) **Terapia Musical:** Se sugiere poner música a los niños, de preferencia relajante. Hacer que muevan cada parte de su cuerpo al compás de la música o bien en libertad de expresar lo que sienten. Otra variedad puede ser expresión corporal, imitando los movimientos de algunos animales u objetos conocidos. Es importante también, poner música de fondo mientras se está realizando una actividad manual. Esto propicia un mejor rendimiento y control del grupo.
- 3) **Expresiones faciales:** Observará dibujos o fotografías de caras con determinados gestos. (alegría, tristeza, enojo). Imitación de las mismas. Es recomendable usar un espejo para que el niño se vea reflejado en él.
- 4) **Juegos recreativos al aire libre:** Pueden ser juegos organizados como: el gato y el ratón, juegos con pelota, competencias, etc. Estos dan la oportunidad al niño de moverse en un espacio amplio, además de compartir su juego e iniciar la labor de equipo. Algunas opciones son las siguientes:
 - a) **"Calles y avenidas":** El grupo debe ser de un mínimo de 20 niños. Se les pide que se formen en tres o cuatro filas, cada una con el mismo número de niños, una al lado de otra. Cada fila se da la mano entre sí, quedando formadas las avenidas. A una señal de la maestra, todos se vuelven para la derecha y se dan la mano formando las calles, cada vez que la maestra dé una señal se girará a la derecha formando las calles o avenidas. Se piden dos voluntarios: uno va a ser el gato y otro el ratón, el gato perseguirá al ratón a través de las calles y avenidas tratando de atraparlo. Los demás deben impedir que el gato se coma al ratón, por lo que la maestra debe estar muy atenta para dar la señal en el momento

preciso y los que conforman las calles y avenidas para cambiar rápidamente. El gato y el ratón no pueden pasar por donde están las manos cogidas. En el momento en que el ratón sea atrapado, acaba el juego y pueden pasar otros a hacer los papeles de gato y ratón.

- b) "Mar adentro-mar afuera": Todos los niños se ponen de pie. Puede ser en círculo o en una fila, según el espacio que se tenga y el número de niños. Se marca una línea que representa la orilla del mar, los niños se ponen detrás de la línea. Cuando la maestra de la voz de mar adentro, todos dan un salto hacia delante sobre la raya. A la voz de mar afuera todos dan un salto hacia atrás de la raya. De hacerse de forma rápida, los que se equivocan salen del juego.
 - c) "El Chocolateado": Se agrupan a los niños por parejas tomándose de la mano, se colocan formando un círculo y dejan a una pareja fuera. La pareja que queda afuera camina alrededor (siempre tomados de la mano), en el sentido de las agujas del reloj. En un momento determinado, la pareja que va caminando se pone de acuerdo y le pega en las manos a una de las parejas del círculo. En ese instante, ambas parejas deben correr alrededor del círculo en sentidos contrarios, tratando de llegar primero al lugar que quede vacío. Los que lleguen al último pierden y repiten el ejercicio.
- 5) Actividad motriz espontánea: Consta de 4 pasos fundamentales:
- 1) descubrimiento del objeto, 2) utilización del objeto, 3) búsqueda del gesto y 4) descubrimiento de las actividades corporales. En un salón libre de muebles, se pone a disposición de los niños una serie de materiales para que elijan el que más les agrada. Este material se encontrará en una caja: aros, pelotas, cuerdas. Se deja que jueguen con estos objetos el tiempo necesario para su reconocimiento. Animarlos a que los lancen, boten, es decir, a su descubrimiento. Iniciar la imitación de movimientos, de esta forma el niño va realizando actividades espontáneamente y surge la comunicación gestual. Irán apareciendo las ordenes: colócalo arriba, abajo, adentro, etc. Más adelante se estimulará a los niños a formar parejas para jugar hasta llegar a la unión de grupos.
- 6) Competencias: Juegos colectivos de rapidez y eficacia. Además de estimularlo, se le presenta la posibilidad de tener tolerancia a la frustración cuando no puede realizar algo. La tolerancia puede formarse con ayuda de todos, especialmente de la maestra, apoyando al niño con palabras de consuelo y aliento para que se esfuerce más al siguiente juego. Se le puede decir que no es lo más importante ganar, sino convivir y compartir ese momento con sus compañeritos.

- **Aspecto:** Autoconocimiento (a través del juego).
- **Objetivo:** El niño con ayuda de la maestra podrá reconocer los sentimientos que está expresando y reflejando a través del juego, logrando que sus sentimientos afloren, proporcionándole una visión y entendimiento de su situación y así ayudar a prevenir una acumulación de sentimientos reprimidos.

- **Actividades:**

Si se dispone de dinero, el lugar que se ocupará deberá ser: Una habitación adaptada contra ruidos, de ser posible, se debe de disponer de un fregadero con agua caliente y fría en la habitación, las ventanas deberán tener cortinas. Las paredes y pisos deberán ser protegidos con un material de fácil limpieza.

Materiales de juego: botellas de alimento infantil, una familia de muñecos, una casa de muñecas amueblada, soldados de juguete, materiales domésticos de juego incluyendo mesa, silla, catre, cama de muñecas, estufa, vasijas de hojalata, sartenes, cucharas, vestidos de muñecas, cordel de tender, pinzas para la ropa, cesto para la misma, una muñeca grande de trapo, títeres, un escenario para títeres, tiza de colores, arcilla, pinturas, arena, agua, pistolas de juguete, juego de palas, mazo de madera, muñecas de papel, autos pequeños, aeroplanos, una mesa, un caballete de pintor, una mesa recubierta de esmalte para dibujar y hacer trabajos con barro, un teléfono de juguete, estantes, una palangana, una pequeña escoba, un trapeador, trapos, papel para dibujar, papel para pintar, periódicos viejos, papel barato para cortar, recortes de personas, casas, animales y otros objetos. Es importante que no haya juguetes mecánicos y poco resistentes ya que los niños frecuentemente los golpean contra el piso.

Si no se dispone de dinero, basta con tener una habitación poco ruidosa y un grupo de muñecas y unas cuantas piezas de mobiliario como: camas, mesas, sillas; mamilas, barro, plastilina, cajas de pintura, frascos de pintura de agua, papel para dibujar, gises de colores, pistolas de juguete, soldados de juguete, auto de juguete, títeres, muñeca de trapo, teléfono.

La maestra debe ser permisiva y accesible con el niño, debe poseer una bondadosa paciencia y sentido del humor que relaje al niño, lo tranquilice, y lo aliente a compartir con ella su mundo interior. Debe estar alerta a reconocer los sentimientos expresados por el niño y "no dirigir" las acciones o conversaciones del niño en forma alguna. La maestra puede ayudar a los niños reconociendo los sentimientos que están expresando y reflejando estos sentimientos de nuevo a los niños, sirviendo de espejo, sin juzgarlos, reprenderlos, o demostrar con palabras o gestos que no está de acuerdo con sus actitudes y sentimientos, se le debe de dar al niño la sensación de que está en completa libertad de hacer lo que el quiera sin sentirse culpable. El educador adopta actitudes que transmiten sentimientos de seguridad al niño, dándole la oportunidad de explorar no solo el cuarto de los juguetes, sino también a sí mismo en esta relación y experiencia.

El niño puede tomar los juguetes que desee y hacer con ellos lo que el quiera. El cuarto de juegos se convierte en un lugar de completa libertad donde seguramente tratará de hacer todo lo que se le ha prohibido en otros lugares.

En el salón especial para el juego puede estar jugando un solo niño con los juguetes o varios. La experiencia de grupo exterioriza problemas de desajuste que no es posible aflorar en la experiencia individual. El niño tiene la ventaja de hacer uso del juego para explorar a sus compañeros y experimentar el mismo trato con relación a otros niños. El educador debe poner mucha atención en las expresiones de todos los niños y se las debe

de ingeniar en caso de pleitos entre niños para separarlo sin que estos se sientan reprendidos o juzgados.

Se debe establecer un horario para esta actividad, de preferencia que no se prolongue por más de una hora y que no sea diario, de preferencia una vez a la semana para que los niños tengan el interés suficiente de repetir esa actividad y la aprovechen al máximo cuando llegue el momento.

Existe una actitud franca, honesta y viva en la manera en que se comportan los niños en una situación de juego. Sus sentimientos, actitudes y pensamientos emergen en una forma totalmente desenvuelta y sin inhibiciones. El niño adquiere una mejor comprensión de sí mismo y de los demás para poder llegar a relacionarse emocionalmente con más generosidad con otras personas. Respetándose no solo a sí mismo sino también a los demás utilizando la libertad con un sentido de responsabilidad.

- **Aspecto:** Expresión Oral.
- **Objetivo:** Los niños pueden expresar libremente sus opiniones ante determinada situación frente a sus compañeros de grupo, esto permite ampliar sus conceptos, compartir pensamientos, entender a sus compañeritos y aprender a escuchar y a participar. Los niños tienen la sensación de que su opinión es válida y que también cuenta.
- **Actividades:**
 - 1) Colocar dentro de una bolsa negra un objeto (lo importante es que el niño no pueda ver el objeto), y hacer que el niño meta la mano a esa bolsa para que por medio del tacto trate de reconocer el objeto que está dentro. El objeto puede ser algo mojado, raso, liso, baboso, etc., entre más extraño sea al tacto mejor porque causará más curiosidad al niño y sensaciones diferentes. Después se le debe pedir a los niños que describan el objeto, que digan que sintieron, y qué creen que sea, para así formar una especie de debate entre ellos.
 - 2) Mostrar al grupo de niños un cuadro de un paisaje (entre más cosas tenga esa pintura será mejor como por ejemplo: gente, animales, casitas, agua, etc.). Después de un rato de observación pedirles que entre todos formen una historia de quién vive ahí, con quién, cómo es, a que se dedica. Para conservar el orden se les puede pedir que cada uno diga una parte del cuento. La maestra debe estar atenta para organizar la historia con el fin de que esta lleve una secuencia. Al final entre todos le pondrán un título al cuadro.

- 3) Plantear un problema de acuerdo a la edad de los niños, por ejemplo: ¿Qué pasaría si un niño se tragara una canica?. Se debe escuchar con atención la opinión de cada uno de los niños y continuar con preguntas que alargue la plática y que hagan que el niño busque una solución; ¿por qué?, ¿cómo?, ¿qué harías?, etc. La expresión oral se convierte en una lluvia de ideas.
- 4) Preguntar a los niños cuales son las cosas que más les molestan o les gustan de su vida y que opinen frente al grupo, cosas a las que temen, cosas que les gusten o les disgusten, cosas que desearían poder hacer, preguntar si desearían ser otra persona, etc. Al igual que la actividad anterior, la maestra debe continuar con preguntas que permitan que el niño continúe expresándose, y que le de un sentimiento de que a todo el grupo le interesa y respeta lo que dice y siente. La maestra debe tener especial cuidado en poner el orden y en hacer que los niños pongan atención y respeten lo que esta diciendo el niño que en ese momento está hablando, decirles que ellos también tendrán su oportunidad y que todos los demás van a poner la misma atención en cada uno de los compañeros.

El papel de la maestra es muy similar al del terapeuta en ambas situaciones el de una persona permisiva y accesible que está dispuesta a permitir en gran medida que los niños se expresen en libertad y tomen sus propias decisiones.

- **Aspecto:** Creatividad y expresión artística.
- **Objetivo:** Ofrecer al niño a través de actividades artísticas, una puerta para dejar salir sus emociones, sirviendo como válvula de escape a sus sentimientos. Ofrecer un espacio que le permita canalizar sus emociones negativas y/o positivas, plasmándolas en un objeto artístico.
- **Actividades:**

Expresar sentimientos se puede hacer por medio de cualquier material artístico como por ejemplo:

- 1) Expresión libre por medio del dibujo: Por medio del dibujo, todo sujeto tiene la facilidad de expresarse libremente. A través de la expresión gráfica, el niño desarrolla no solamente destrezas, sino que a su vez favorece la evolución y perfeccionamiento de aptitudes intelectuales artísticas, sociales y afectivas. En el dibujo el niño expresa sus necesidades, sentimientos, afectos, etc. Que en muchos casos y específicamente existiendo discapacidad intelectual, no pueden ser satisfechos mediante la escritura o el lenguaje. Por otra parte, la libertad que se le proporciona al niño, le permite proyectar en estas actividades su forma de ser, de pensar a la vez de servirle de liberación de sus problemas y tensiones emocionales, así como al maestro como medio de acercamiento hacia sus alumnos. Tanto en el

niño regular como en un niño con necesidades educativas especiales, el dibujo es un medio de lenguaje, valioso documento para conocer sus ideas, comprensión, poder de asociación y asimilación. El objetivo principal de que los niños realicen esta actividad es estimularlos a que dejen salir sus experiencias, el concepto que tienen de sí mismos y que proyecten sus necesidades afectivas. En ningún momento se pretende ser aplicado como test. Para la realización de esta actividad se debe proporcionar al niño papel y materiales diversos (plumones, acuarelas, material de desperdicio, etc.). Estimularlo a que exprese en su dibujo lo que más le guste o bien proponerle un tema determinado.

- 2) El niño puede hacer una escultura con barro o plastilina libremente o se le puede sugerir un tema como por ejemplo: pedirles que piensen y que imaginen que el miedo tiene una forma ¿cómo sería para cada uno de ellos?, y que lo plasmen, después hacerles preguntas en cualquiera de los dos casos (escultura libre o con tema sugerido) como ¿qué significa eso que hicieron? ¿Por qué lo hicieron de esa forma?, ¿qué o quién les sirvió como inspiración?, etc. Se pueden encontrar sorpresas en sus respuestas. Las preguntas se pueden hacer frente a todos los compañeritos o de manera individual, dependiendo el grado de ansiedad que encuentre la maestra en el niño.
- 3) La misma idea puede servir para diferentes materiales como por ejemplo: pintura, dibujo, etc.
- 4) Narración de cuentos: Esta actividad puede ser muy enriquecedora, ya que se le da la oportunidad al niño de ser el narrador. Las imágenes internas que forma su cerebro, se conecta con su emoción en el momento en que narra un cuento. La imaginación es tan importante que el niño contará la historia a su manera y la incorporará en su cuerpo, a través del movimiento, asumiendo el papel de alguno de los personajes, lo que manifiesta su propia creatividad.
También se puede hacer de la siguiente manera: Todos los niños se sientan en círculo. La maestra empieza a contar un relato sobre cualquier cosa, donde incorpore personajes y animales en determinadas actitudes y acciones. Se explica que cuando la maestra señale a cualquier compañero, este debe actuar como el animal o persona, sobre la cual la maestra está haciendo referencia en su relato. Una vez iniciado el cuento, la maestra puede hacer que el relato se vaya construyendo colectivamente de manera espontánea, dándole la palabra a otro compañero para que lo continúe.
- 5) Teatro: Proporcionar al niño disfraces (sacos, zapatos, sombreros, vestidos, etc.) y darle la libertad de que se exprese como desee. Más adelante dirigirlo para que pueda representar una situación específica. Se puede variar haciéndolo con muñecos guiñol.
- 6) Jugar a "Cuerpos expresivos": Se le dice a cada niño en el oído el nombre de un animal (la maestra debe asegurarse que a cada niño (a) que le diga el nombre de un animal macho, debe existir otro niño que lleve el mismo nombre pero hembra, por ejemplo: león, leona). Se les pide a los niños que a nadie le digan que animal

son y que tampoco hagan ningún ruido hasta que escuchen la indicación. Después se les pide que durante 5 minutos actúen como el animal que les toco y que de esa manera busquen y encuentren a su pareja. Cuando crean que encontraron a su pareja, se toman del brazo y se quedan en silencio alrededor del grupo; no se le puede decir a su pareja qué animal es hasta que lo indique la maestra. Una vez que todos tienen su pareja, dice qué animal estaba representando cada uno, para ver si acertaron. También puede hacerse que la pareja vuelva a actuar y el resto de los niños decir qué animal representa y si forman la pareja correcta.

- 7) Cantos y ritmos: Invitar a los niños a cantar, moviendo el cuerpo, usando la mímica. Seguir ritmos marcados con partes de su cuerpo o bien con instrumentos.

Para estas actividades se recomienda poner como música de fondo a Mozart, ya que según algunos estudios la agilidad de las notas y el aumento en el ritmo provoca en la persona un estado de alerta constante manteniéndola en condiciones de lograr un aprendizaje más activo, esto es, con más interacción mente y cuerpo, logrando así un desarrollo mayor de la creatividad.

- **Aspecto:** Autocontrol y exploración de él y su medio.
- **Objetivo:** El niño al realizar estos ejercicios obtendrá un mayor conocimiento de su cuerpo, al mismo tiempo podrá canalizar y deshacerse de tensiones y de sentimientos de ansiedad que en algunas ocasiones se presentan.
- **Actividad:**
 - 1) Necesidad de aislamiento. Todo ser humano en un momento dado necesita aislarse de los demás. Una persona con discapacidad intelectual demuestra su frustración ante algo, de igual manera. Colocar casitas de jardín completamente abiertas en lugares estratégicos con la facilidad de permitir al niño con deficiencia mental un "relativo" aislamiento y a la vez facilitar al maestro la observación.
 - 2) En alguna zona abierta de la institución, de preferencia en una área verde donde se pueda contar con árboles pedirles a los niños que griten todo lo que quieran y lo más fuerte que puedan, como si quisieran por medio del grito deshacerse de todos los sentimientos que les molestan, después comenzar a sacudirse como si se quisieran quitar telarañas que les estorban, pueden ayudarse con los árboles, tirándose en el pasto, brincar, etc. después de esto, pedirles a los niños que se recuesten por un momento viendo el cielo y respirando profundamente cuatro veces. Se puede comenzar cualquier actividad de autocontrol y autoconocimiento con esta actividad.

- 3) Recostados en el pasto pedirles que reconozcan el lugar utilizando sus sentidos, que escuche cada sonido, que sientan el pasto en su cuerpo, que sientan el olor de los árboles y el pasto, etc. después de un momento pedirles que se sienten en forma de círculo que cuente cada uno su experiencia.
- 4) Sentados en forma de círculo en una zona verde, y después de platicarles a los niños la manera en la que nace, crece, se alimenta y muere una flor, pedirles que se imaginen una flor, que se fijen en sus movimientos con el aire, con el agua, etc. Después pedirles que se pongan de pie y que en silencio y con los ojos cerrados la imiten desde que nace hasta que muere. Para esta actividad se puede poner de ejemplo una flor, el pasto, un árbol, un pájaro, etc. puede hacerse de manera individual, en equipos o todo el grupo completo. Se puede pedir que pase solamente un equipo y que los demás miembros del grupo observen.
Después de la actividad se les pide que expresen sus experiencias. Y que comenten si les gustaría ser flor aunque no se pudieran mover de su lugar por sus raíces.
- 5) Con los ojos tapados con una mascada y con música relajante (como sonidos de agua, mar, cascadas, bosque, etc.) formar a los niños en dos hileras paralelas y en completo silencio, hacer que los niños se toquen para que por medio del tacto intenten reconocer al compañero que tienen enfrente. Se debe tener cuidado en los movimientos bruscos que se pueden presentar en todos los niños, pero especialmente en los niños que tienen discapacidad intelectual. Se puede tocar al compañero de los hombros para arriba incluyendo los brazos y las manos.
Esta actividad puede ayudar a que el niño tenga la capacidad para comprender que los demás no son iguales a uno mismo (tienen características diferentes como pelo largo, corto, chino, lacio, etc.) pero que su forma de ser es igualmente válida porque aunque sean diferentes, al fin y al cabo todos son igualmente niños. Después de la actividad es conveniente que los niños platiquen entre todos cuales fueron sus experiencias, cómo identificaron a su compañero, con quien lo confundieron, que sintieron al tocar a su compañero, etc.
- 6) Dibujo del cuerpo humano: Formar parejas con los niños, y darles papel grande y lápices para que uno de los niños se acueste sobre el papel y el otro dibuje su silueta, después repetir la actividad con el otro niño. Después, cada quién con su dibujo, pedirles que completen su silueta dibujando con crayolas sus ojos, nariz, uñas, cabello, uniforme, etc. La maestra en un principio debe dejar que el niño rellene su silueta con lo que el crea que se necesite para estar completa, después la maestra debe ayudarles sugiriéndoles que le pongan cosas que le hacen falta (nariz, uñas, etc.) También se les puede pedir que hagan en un cartón de manera individual o también en parejas la plantilla de su mano o pie y pedirles que la completen.
Es recomendable que cuenten con uno o varios espejos de cuerpo completo donde los niños puedan verse.
Para el niño será algo divertido, y al mismo tiempo podrá verse reflejado en un papel, además deberá poner más atención en cada parte que lo conforma, logrando con esto una mejor imagen de su cuerpo.

• *Algunas sugerencias como reforzamiento al programa:*

- 1) Este programa no solamente estimula las conductas afectivas de los niños con NEE, sino también de todos los demás niños. Se debe poner especial atención en el o los niños con discapacidad intelectual, alentarlos a que participen, estimularlos, hacerles sentir seguridad demostrándoles cariño constantemente y apoyándolos cuando se sientan fracasados. Los niños con NEE necesitan más que ninguno sentirse queridos y aceptados a cada momento.
- 2) Si se sabe observar a los niños, siguiendo la dinámica de su pensamiento (no imponiendo el deseo del maestro) los pequeños son capaces de mantener su atención largo rato, manipulando y jugando con diversos materiales sin cansarse, con alegría y entusiasmo.
- 3) Es muy importante, evitar toda clase de críticas, expresiones desagradables o bien comparaciones acerca de la calidad del trabajo de cada niño.
- 4) El maestro debe propiciar un ambiente de confianza, afecto y seguridad en el grupo.
- 5) Así mismo debe demostrar una actitud comprensiva ante las necesidades y limitaciones que se presenten, estimulando al alumno a actuar, sin ayudarlo en exceso, quitándole la oportunidad de salir adelante por sí mismo.
- 6) Evitar preferencias o rechazos.
- 7) Estimular siempre a cada uno de los niños del grupo después de sus intervenciones, especialmente al niño que tiene NEE.
- 8) Se debe mantener a cada momento y en todas las actividades la comunicación con los niños. Preguntarles siempre ¿qué piensan?, ¿qué les parece?, ¿qué sienten al realizar esa actividad?, ¿cuáles fueron sus experiencias?, etc.
- 9) Es importante proveer a los niños de un ambiente bajo en estrés, donde se sientan con gran confianza para manifestarse, tanto en sus emociones como en sus aciertos y errores, donde no se manje el sentido de culpa, donde se respete al niño como persona que es, donde no haya burlas a sus procesos mentales.
- 10) Se puede utilizar música durante todas las actividades, dependiendo de estas puede ser música que estimule la creatividad como la de Mozart, música barroca que logra estados y condiciones propicios para el aprendizaje, música de relajación como la de sonidos naturales (mar, delfines, montañas, cascadas, etc.).

Este programa pretende resaltar aquellas actividades que favorecen la afectividad, como sugerencia para que los maestros lo tomen en cuenta en la elaboración de sus planes de trabajo.

Cada movimiento, desde la infancia, es decisivo en la creación de redes neuronales que de hecho formarán la esencia del aprendizaje. A través de nuestros ojos, oídos, nariz, lengua y piel recibimos las sensaciones. Estas se convierten así en el funcionamiento del conocimiento. Nos expresamos a través de nuestro cuerpo, los músculos se mueven cuando hablamos, cuando ejecutamos algún instrumento musical, cuando cantamos o bailamos, cuando escribimos o simplemente cuando caminamos.

Al experimentar el mundo gracias a la vista, el oído, el gusto, el olfato y el tacto, nuestro cuerpo se transforma en un increíble receptor sensorial que recoge la información necesaria de nuestros sentidos y la incorpora al aprendizaje. Por consiguiente, crear ambientes donde la experiencia sensorial sea rica y libre, donde exista posibilidad de formar patrones de aprendizaje complejos, se active el pensamiento y se propicie la creatividad.

Los educadores progresivos han reconocido el valor de liberar los sentimientos del niño en determinada forma tangible - pintando, trabajando el barro, por medio de la música, el ritmo, el drama, o el juego libre - todas estas medidas son utilizadas como forma de escape para los sentimientos del niño.

“¿Qué falta a todos los esfuerzos educacionales?. El cerebro que siente. El afecto es la primera característica del crecimiento de los mamíferos”.¹ Cuando la educación parece convertirse a veces en un mero ejercicio intelectual, es tiempo de lograr que aprendamos mediante un compromiso emocional.

Las actividades refuerzan las conductas afectivas no solo de los niños con NEE, sino también de los demás niños, fomenta la integración, el conocimiento y la creatividad. Puede crear un ambiente de comprensión y complicidad entre ellos, estableciendo sentimientos de compañerismo logrando armonizar los sentimientos de todos, evitando así el rechazo y rompiendo barreras.

¹ DE BEAUPORT, Elizabeth, “Tarrytown Newsletter”, 1983 (fotocopias)

CONCLUSIONES

SOBRE EL INDIVIDUO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL:

Cada ser humano es uno, irrepetible, singular, con potencialidades propias, con limitaciones y posibilidades. Las personas con discapacidad intelectual, deben ser tratadas con toda la dignidad y respeto que merece un ser humano.

Es importante una interacción mayor del sujeto con su medio porque gracias a esta interacción se irán modificando sus estructuras mentales realizándose así la construcción del conocimiento.

En la familia, base de la sociedad, el niño inicia su vida, dependerá de las relaciones que se lleven dentro de ella, la seguridad y equilibrio emocional que el pequeño adquiera.

La unidad familiar es básica para proporcionar al hijo con discapacidad intelectual un ambiente de tranquilidad y aceptación, factores importantes en su desarrollo. Es el principal responsable de proporcionar un ambiente de amor y afecto, que esto a su vez se traducirá en seguridad para el niño y así valerse por sí mismo y desarrollar sus potencialidades.

Es necesario que el niño se integre socialmente, ya que las relaciones sociales le ayudarán a descentralizarse y formar parte del universo que le rodea.

La sociedad debe de respetar al individuo con discapacidad intelectual, como un miembro más de ella, evitando la sobreprotección y rechazo, simplemente dándole las mismas oportunidades que a los demás.

La comunicación afectiva es de gran importancia porque si ésta no proporciona un ambiente adecuado, no se podrá guiar al niño a la búsqueda de sí mismo.

Es necesario que los contactos afectivos verbales y no verbales sean los adecuados, porque crearán un ambiente donde el pequeño se sentirá querido y seguro permitiéndole así la conquista de su identidad.

La sensación de afecto y aceptación que la sociedad brinde a la persona con discapacidad intelectual a través de sus comportamientos, tratos y actitudes y mensajes no verbales influirán de manera determinante con la integración de ésta a la sociedad.

El afecto es un punto clave en la vida de la persona con discapacidad intelectual pues se ha observado que es de importancia determinante aún cuando otros métodos han fracasado.

SOBRE LA EDUCACIÓN Y EL EDUCADOR:

La educación debe ser un crecimiento total, un desarrollo y adaptación físico, emotivo e intelectual del sujeto.

Cuando la educación permite el desarrollo de la capacidad del sujeto para dirigir su propia vida, logra la realización personal de sí mismo.

Tenemos que entender que tanto en las personas con o sin discapacidad intelectual, las habilidades están por encima de las deficiencias.

El educador debe conocer y respetar las diferencias individuales de cada persona.

El educador debe demostrar una actitud comprensiva ante las necesidades y limitaciones que se presenten, estimulando al alumno con o sin discapacidad intelectual a actuar, sin ayudarlo en exceso, sin quitarle la oportunidad de salir adelante por sí mismo.

Es necesario que los padres asuman una posición de comunicación, apoyo y cooperación constante hacia el educador, con el fin de proporcionar a su hijo una mejor educación.

Con un conjunto de medidas legales se intenta legitimar el derecho de las personas con NEE a recibir una educación dentro del ámbito de la escuela formal. Derechos en cuanto a igualdad de condiciones y oportunidades en su medio social, familiar y escolar.

Debemos vencer las barreras representadas por la desinformación y darnos cuenta de que todos podemos contribuir con un grano de amor en la formación de los niños con NEE permitiendo y aceptando la integración física, social y educativa de personas que nunca debieron estar aisladas

GLOSARIO.

- 1) **Acidosis láctica:** pérdida sensorioneural del oído, demencia y estatura corta, deleciones de DNA mitocondrial demostradas esporádicamente. Esta, como otras enfermedades neuromusculares están asociadas con mutaciones del DNA mitocondrial (mtDNA). Una característica única del mtDNA es su herencia materna. El óvulo contiene muchas mitocondrias, pero los espermatozoides contienen pocas y éstas no persisten en la descendencia. La madre transmite su mtDNA a toda su descendencia. Sus hijas lo transmiten a su vez, pero sus hijos no.
- 2) **Anemia aplásica de Fanconi:** Se caracteriza por pancitopenia, hipoplasia medular y anomalias congénitas como pigmentación de la piel, hipogenitalismo, enanismo, estrabismo, ptosis nistagmus, atraso mental y anomalías del esqueleto. Estas alteraciones esqueléticas se caracterizan por ausencia o acortamiento del pulgar, defectos radiales y dislocación congénita de la cadera. La anemia suele aparecer en la infancia, aunque las alteraciones esqueléticas pueden verse desde el nacimiento. No se ha descrito el período que transcurre entre la hipoplasia medular y la aparición de otras anomalías. La enfermedad se transmite como rasgo autosómico recesivo. Suele afectar mayormente a varones, sin predilección racial, y se halló consanguinidad en cierto número de casos. No es una enfermedad frecuente.
- 3) **Cetoaciduria:** Este es un trastorno innato del metabolismo, que afecta a los aminoácidos de cadena ramificada (leucina, isoleucina y valina) y sus cetoácidos análogos. Se hereda como un rasgo autosómico recesivo, es poco frecuente y ocurre en aproximadamente un caso cada 200.000 recién nacidos vivos. El defecto básico está en el mecanismo que controla la actividad de las tres cadenas ramificadas α -cetoácido de carboxilasa. Como consecuencia de esta anomalía, el niño afectado presenta concentraciones aumentadas de aminoácidos de cadena ramificada y sus correspondientes cetoácidos. Esta enfermedad también es conocida como enfermedad de la orina de jarabe de arce.
- 4) **Cornelia de Lange:** Retraso mental, micromelia sinofrida y otras anomalías. Las extremidades, especialmente las manos, muestran una amplia variedad de malformaciones como oligodactilia, polidactilia, braquidactilia y sindactilia, que pueden aparecer en forma aislada. La oligodactilia, se observa con frecuencia en el síndrome esporádico de Cornelia de Lange o de Brachmann-de Lange, con deficiencia del crecimiento prenatal, hirsutismo, retardo mental y facies características, que incluye sinofris, nariz antevertida y corta, labio superior inclinado hacia abajo y delgado y filtro prominente.
- 5) **Distrofia miotónica:** Es la enfermedad neuromuscular hereditaria más común en el adulto con incidencia de 1 en 8 000. Se caracteriza en el adulto por miotonía progresivo, debilidad muscular y un tipo particular de catarata. El pediatra puede sospecharla en el recién nacido por hipotonía severa, diplejía facial y dificultades ventilatorias. El gen involucrado en DM codifica una miotonin-protein-quinasa y está localizado hacia 3' de la secuencia codificante de la proteína. Se ha determinado que el

número normal de repeticiones del triplete (CTG) es de 5 a 37; en portadores obligados sin signos clínicos o extremadamente leves la expansión es de 52 a 60 copias (premutación) y en los individuos afectados la aplicación excede los 200 tripletes.

- 6) **Distrofia muscular progresiva:** El término se aplica a miopatías degenerativas y determinadas genéticamente. La distrofia muscular (DM) ligada al cromosoma X puede manifestarse en forma grave (DMD) o intermedia (DMB). Los estudios de genética molecular y de mapeo génico define que ambas entidades son alélicas y que las mutaciones ocurren en el gen codificador para distrofia. La DMD afecta a 1 de 3 000 a 4 000 recién nacidos vivos, se manifiesta clínicamente entre los 2 y 6 años de edad con pseudohipertrofia de los músculos gemelos, debilidad de las extremidades inferiores y los músculos de la cintura pélvica, que progresa hacia la cintura escapular y extremidades superiores; las alteraciones musculares son simétricas. Las primeras manifestaciones pueden ser dificultad para subir escaleras o levantarse del suelo. Es una enfermedad muy invalidante en la cual los pacientes quedan confinados a una silla de ruedas a la edad de 15 años; y fallecen alrededor de los 20 años de edad por infecciones respiratorias o insuficiencia cardíaca. Los afectados no se reproducen por la gravedad de la debilidad muscular. Se han descrito algunas familias con DMD que afecta a ambos sexos y sugiere herencia autosómica recesiva.

La incidencia de la DMB es de 3.2/100 000. La progresión es lenta y los pacientes quedan confinados a una silla de ruedas entre los 20 y 30 años de edad. El promedio de vida está un poco disminuido, y los pacientes fallecen entre los 23 y los 63 años por complicaciones cardíacas o respiratorias. La DMB es más benigna, de progresión más lenta y los varones afectados pueden reproducirse, aún cuando su fertilidad puede estar disminuida.

- 7) **Encefalocele:** En el cráneo bifido, la herniación neural se denomina encefalocele y puede consistir en parénquima encefálico y meninges o solo meninges. El cráneo bifido con encefalocele occipital afecta más a las niñas. Si bien la lesión craneal puede ser la única anomalía, un número importante de casos se asocia con otros defectos, como mielomeningocele, fisuras faciales de la línea media, deformidades de las extremidades o cardiopatía congénita. A menos que el encefalocele sea pequeño y esté revestido por cabello, es fácilmente evidente al nacimiento en forma de una masa blanda y redondeada en la línea media que suele estar cubierta parcial o totalmente por piel y que varía en tamaño desde un centímetro de diámetro hasta dos o tres veces la circunferencia cefálica del niño. El tamaño cefálico del recién nacido con encefalocele occipital es normal en algunos casos; en otros se presenta inicialmente microcefalia y con posterioridad se desarrolla hidrocefalia.

- 8) **Enfermedades de Gaucher:** Es una enfermedad poco frecuente, caracterizada clínicamente por hemorragia, esplenomegalia, lesiones óseas, manifestaciones neurológicas y pigmentación cutánea debida a anomalías del metabolismo cerebrosido. Un modo de herencia dominante no puede excluirse completamente. La enfermedad de Gaucher se debe a un defecto del metabolismo cerebrosido y la acumulación de glucocerebrosidos en las células reticuloendoteliales produce las lesiones características. El llanto se vuelve débil, la deglución se ve dificultada, el estrabismo es común y los músculos faciales están relativamente inmóviles. El trismo inicial puede ir

seguido de una caída de la mandíbula. Otro signo prominente es una retroflexión de la cabeza. Gradualmente, se desarrolla una parálisis espástica y, por último, se produce un estado descerebrado con muerte por aspiración. La anomalía prevalente es una profunda degeneración y pérdida de neuronas del tálamo, ganglios basales, núcleos del tronco encefálico, médula espinal y cerebelo.

9) *Enfermedad de Niemann-Pick*: Es una enfermedad poco frecuente del metabolismo lipídico que comienza en la infancia y se caracteriza por ictericia, retraso del crecimiento y desarrollo hepatosplenomegalia. Se encuentra anemia moderada, leucopenia y trombopenia. Se encuentran grandes células espumosas en la médula ósea. Las bases genéticas de la enfermedad de Niemann-Pick son heterogéneas y parece ser debida a una doble dosis de genes anormales, es decir, rasgo recesivo. La enfermedad es más frecuente en los judíos, aún cuando se ha descrito en todas las razas. Los defectos bioquímicos son desconocidos. El pronóstico es malo y la mayoría de los niños mueren antes de los 5 años. Se ha descubierto una forma poco frecuente, benigna en los adultos.

10) *Espina bífida*: Serie de malformaciones congénitas que presentan en común y como característica fundamental una hendidura congénita de la columna vertebral como resultado de un cierre anormal del tubo neural alrededor de los 28 días de gestación o bien podrá deberse según otra teoría a una rotura posterior de un tubo ya cerrado previamente. Se debe a una predisposición hereditaria poligénica sobre la cual factores ambientales muy diversos determinan la aparición de la malformación en el embrión. Son numerosos los factores ambientales como el ácido valproico, el etretinato, niveles séricos disminuidos de varias vitaminas, hipertermia y gripe materna. La frecuencia de aparición de esta malformación varía según el tiempo, localidad, grupos étnicos, sexo, clase social y edad de la madre. La frecuencia global oscila entre el 1 y 4 por mil nacidos vivos. El riesgo de tener un segundo hijo con la misma malformación es de 3 a 5 % y en caso de tener un tercer hijo con dos hermanos anteriores afectados, la posibilidad es de un 50%. La existencia o gravedad de estas lesiones asociadas dependen fundamentalmente de la altura o nivel en que se produce la Espina Bífida así como de su extensión. Los principales niveles de afectación neuromuscular son: 1) nivel torácico superior, 2) nivel torácico inferior, 3) nivel lumbar superior, 4) nivel lumbar inferior, 5) nivel sacro.

11) *Fenilcetonuria*: la fenilcetonuria (oligofrenia fenilpirúvica) fue la primera alteración metabólica que mostraba ser un factor etiológico en el retraso mental y el primer ejemplo de una causa evitable de deficiencia mental. Esta enfermedad se transmite como un simple rasgo autosómico recesivo. La clásica fenilcetonuria es un defecto metabólico que casi siempre termina en retraso mental grave. Algunos hallazgos son característicos. Al principio es el olor a humedad o a ratones que impregna los vestíbulos de las viviendas que alojan niños fenilcetonúricos. Los pacientes generalmente están inquietos, espasmódicos y temerosos, con hiperactividad, irritabilidad y rabietas de mal genio incontrolables. Con frecuencia se les ve sentados en "posición de sastrero" con incesantes movimientos rítmicos. Los ataques convulsivos aparecen en un gran porcentaje de casos y la mayoría tienen unos patrones electroencefalográficos anómalos. Los niños presentan en ocasiones grandes vómitos.

El término fenilcetonuria deriva de la presencia del ácido fenilpirúvico en la orina de los sujetos afectados. El bloqueo genético en los individuos afectados es una falta de actividad de la hidroxilasa de la fenilalanina en el hígado. Con vigilancia cuidadosa de la dieta y frecuentes controles de los niveles sanguíneos, los niños tratados alcanzan un C.I. significativamente mejor que los hermanos no tratados si la dieta se establece en los primeros meses de vida. El desarrollo mental no mejora si el tratamiento empieza después de los tres años.

- 12) Galactosemia:** *Es un trastorno de carbohidratos. Enfermedad de almacenamiento de glucógeno de tipo II, III, IV. El tratamiento de la enfermedad genética puede ser mediante manipulación metabólica como la restricción dietaria de galactosa.*
- 13) Gangliosidosis:** *Esta afección se caracteriza por un cuadro clínico de grave degeneración cerebral progresiva que lleva a la muerte en el segundo año, con acumulación de un glucolípido en las neuronas y los histiocitos de las vísceras. Se ha observado deformidades esqueléticas. Al principio, la evolución puede ser lenta, pero los pacientes tienden a deteriorarse progresivamente hacia el primer año de vida. En algunos casos destacan las sacudidas mioclónicas y la sensibilidad de los estímulos auditivos, también están ampliamente afectados bazo, ganglios linfáticos, hígado, médula ósea y pulmones con un depósito celular que es PAS-positivo. El defecto metabólico de este gangliósido, y quizá también en otros, esté relacionado con el catabolismo normal de los gangliósidos.*
- 14) Glucogenosis:** *Enfermedad de la infancia, caracterizada por la acumulación excesiva de glucógeno en el hígado y en el riñón. Produce hipoglucemia y detención general del desarrollo. También recibe los nombres de Von Gierke, hepatomegalia glucogénica, enfermedad glucogénica y tesarismosis glucogénica.*
- 15) Hidrocéfalo (Hidrocefalia recesiva ligada al cromosoma X):** *Suele relacionarse con espina bífida y debe efectuarse una exploración adecuada antes de concluir que es aislada o primaria. Las alteraciones clínicas observadas en la forma recesiva ligada al cromosoma X son: deficiencia mental, espasticidad fundamentalmente de extremidades inferiores, estenosis del acueducto de Silvio y pulgar flexionado sobre la palma con acortamiento del primer metacarpiano. Debe realizarse un estudio minucioso del producto afectado, así como historia familiar completa. Cuando se establece que la hidrocefalia tiene herencia recesiva ligada al cromosoma X, el asesoramiento médico debe basarse en la posibilidad específica de riesgo. Esta enfermedad muestra las características familiares de transmisión de un gen recesivo ligado al cromosoma X, que debido a los avances técnicos ha permitido establecer una alteración estructural en el cromosoma X denominada X frágil. La presencia de deficiencia mental con herencia recesiva ligada al cromosoma X, constituye un grupo heterogéneo. Un subgrupo se presenta acompañada de manifestaciones clínicas en el varón, estas consisten en deficiencia mental, macroorquidia, perímetro cefálico ligeramente aumentado, frente y mandíbula prominentes y pabellones auriculares grandes.*
- 16) Hipercalcemia:** *Concentración de calcio sérico total superior a 11 mg/dl y una concentración de calcio ionizado mayor de 5 mg/dl. La hipercalcemia neonatal se*

asocia con una serie de entidades clínicas y, cuando es severa, se presenta como una emergencia médica. Los hallazgos clínicos consisten en mala actitud alimentaria, vómitos, hipotonía, letargo, poliuria, hipertensión, dificultad respiratoria, convulsiones, la hipercalcemia causa poliuria y polidipsia por interferir en la acción de la hormona antidiurética en los túbulo colectores renales, lo que provoca deshidratación. Las manifestaciones del sistema nervioso central obedecen a un efecto directo del calcio sobre las células nerviosas, así como a encefalopatía hipertensiva e isquemia cerebral. La hipertensión probablemente sea secundaria a un efecto vasoconstrictor directo del calcio y al aumento de actividad del sistema renina-angiotensina, que resulta de la constricción arteriolar renal. La hipercalcemia persistente puede provocar calcificación del riñón, la piel, el tejido subcutáneo, la hoz del cerebro, las arterias, el pulmón y la mucosa gástrica.

17) Hiperglicinemia: Formas cetósica y no cetósica.

- 1) **Hiperglicinemia cetósica idiopática.** Los síntomas de hiperglicinemia idiopática tienen origen en la primera infancia y consiste en episodios de vómitos, hiperpnea, acidosis metabólica y cetosis grave. Puede aparecer una deshidratación grave y coma. En la mayoría de los casos las manifestaciones empiezan en las dos primeras semanas de vida, incluso en las primeras horas después del nacimiento, pero en un caso los síntomas no fueron evidentes hasta cuatro meses de edad. Otras características clínicas prominentes son la trombocitopenia, infecciones frecuentes, neutropenia, ataques convulsivos, retraso en el desarrollo y osteoporosis. Las concentraciones de glicina en la sangre, orina y líquido cefalorraquídeo son elevadas. Generalmente aparece la muerte precoz a causa de una acidosis grave. Los hallazgos autopsícos no muestran ningún patrón característico.
- 2) **Hiperglicemia no cetósica.** El tipo no cetósico de hiperglicemia se caracteriza también por un comienzo neonatal precoz de indiferencia y convulsiones y continúa con un retraso del desarrollo grave, se han hallado niveles normales de leucocitos circulantes en los pocos casos documentados.

18) Hipoglucemia: Se define como la concentración persistente de glucosa sérica por debajo de 25 mg por ciento en cada niño prematuro o de bajo peso, por debajo de 35 mg por ciento de nacimiento a las 72 horas y por debajo de 45 mg por ciento después de las primeras 72 horas en el niño a término. Las manifestaciones en el niño incluyen enrojecimiento o palidez, diaforesis, taquicardia, nerviosismo, hambre (reflejan secreción excesiva de epinefrina), cefalea, tensión, fatiga, dificultad en el pensamiento, alucinaciones, agresión, confusión mental, hemiplejía, vértigo, ataxia, diplopía, visión borrosa, síndrome extrapiramidal, comportamiento psicótico, crisis de cianosis, reflejos primitivos débiles o ausentes, periodos de apnea, llanto de tono alto, dificultad en la alimentación, midriasis, movimientos torpes, hiperreflexia, convulsiones y muerte (indican disfunción cerebral). La hipoglucemia se puede presentar tan pronto como a las dos horas de nacido o tan tardía como a las 36 horas de edad.

19) Hipotiroidismo: Es un trastorno clínico bastante común de variada etiología que deriva de una deficiencia de hormonas tiroideas. La mayoría de los enfermos que padecen hipotiroidismo congénito grave o cretinos con ausencia o disgenesia grave de la glándula tiroidea se manifiestan normales al nacer, a pesar de que su peso es 500 g

más elevado que el de los controles. Aún cuando algunos niños pueden presentar una lengua enorme, ictericia del recién nacido prolongada y aparecer hinchados, a menudo no se sospecha el diagnóstico al nacer. Se observa un desarrollo óseo retrasado al nacer, según se advierte por radiografías de la rodilla; éstas presentan ausencia del núcleo epifisario femoral distal. Si dejan de tratarse los enfermos que padecen hipotiroidismo congénito grave desarrollan un retraso mental notable. Una de las más características manifestaciones es una disminución del crecimiento lineal de los enfermos que guardan proporciones corpóreas infantiles debidas a extremidades cortas y a un tronco rechoncho. La edad dental también se retrasa, pero no tan gravemente como el desarrollo óseo.

- 20) **Histidinemia:** Trastorno autosómico recesivo, es el resultado de un defecto en la enzima histidiana que cataliza la conversión de histidina en ácido urocánico. El principal hallazgo bioquímico es una elevación de 3 a 7 veces en el nivel sanguíneo de histidina e incluso un aumento mayor en la histidina urinaria. También se presentan en orina metabolitos de la histidina con ácido imidazolpirúvico, imidazol láctico e imidazolacético. Existe para el tratamiento una dieta con bajo contenido en histidina.
- 21) **Homocistinuria:** esta enfermedad fue una de las primeras aminoacidopatías que se reconocieron. El fenotipo clínico es a menudo grave (y puede confundirse con el síndrome de Marfan, un trastorno del tejido conectivo), y en muchos casos el tratamiento puede ser muy efectivo. Quizá es notable el hecho de que constituye una de las primeras enfermedades genéticas que respondió a las vitaminas: el piridoxal-fosfato es el cofactor de la enzima y la administración de grandes cantidades de piridoxina, el precursor vitamínico del cofactor de la enzima y la administración de grandes cantidades de piridoxina, el precursor vitamínico del cofactor, con frecuencia mejora la anomalía bioquímica. Las características clínicas más frecuentes de esta alteración cromosómica recesiva (dislocación del cristalino, retraso mental, osteoporosis, alargamiento y adelgazamiento de huesos largos y tomoembolia de venas y arterias) representa los efectos pleiotrópicos de la deficiencia enzimática, pero esencialmente se desconoce la manera en que las anomalías bioquímicas producen los rasgos fenotípicos. Sin embargo se cree que la acumulación de la homocisteína es fundamental en la generación de gran parte de la patología o toda ella.
- 22) **IPALE:** Implantación de la propuesta para el aprendizaje de la lengua escrita.
- 23) **Mucopolisacaridosis:** Las dos más conocidas son los síndromes de Hunter y Hurler que difieren en que los niños que presentan la enfermedad de Hunter son ruidosos y destructivos y generalmente tienen un desarrollo mental algo mejor que los pacientes con enfermedad de Hurler, notablemente retrasados. Neurologicamente, la enfermedad de Hurler, incluye enanismo, placidez, opacidad corneal y cifosis muy ostensible relacionada con alteraciones e vértebras lumbares y dorsales. Ambas afecciones tienden a empeorar progresivamente y son excepcionales los supervivientes que sobrepasan los 20 años de edad. A pesar de la gran semejanza clínica y patológica, hay diferencia en la herencia, en la que el tipo Hurler es heredado como autosómico recesivo ligado al sexo. Ambos tipos tienen mucopolisacáridos ácidos presentes en las vísceras y en el sistema nervioso. Las neuronas están hinchadas y contienen depósitos

granulosos y se pueden apreciar hinchazones fusiformes en las dendritas de las células de Purkinie. El cerebro puede ser pequeño y la sustancia blanca puede ser delgada y retraída con zonas de desmielinización. Otro tipo de mucopolisacaridosis es la oligofrenia polidistrófica. En esta afección, la excreción de heparitin sulfato es de 100% de los mucopolisacáridos, excretados en la orina y el volumen total puede ser grande alcanzando 60 mg/litro. La transmisión es recesiva autosómica. Los pacientes que padecen este síndrome se agravan rápidamente con deterioro mental y una debilidad general que es un rasgo muy característico.

24) **PALE:** Propuesta para el aprendizaje de la lengua escrita.

25) **PALEM:** Propuesta para el aprendizaje de la lengua escrita y matemáticas.

26) **Seudohipoparatiroidismo:** Esta alteración está considerada como enfermedad ósea heredada o renal. Las manifestaciones clínicas son: estatura baja, cara redonda, acortamiento de metatarsos o metacarpos, calcificaciones dérmicas subcutáneas y exostosis. La anomalía fisiológica consiste en un fallo de túbulo renal a la respuesta de inyección de paratohormona, con una función paratiroidea normal o aumentada.

27) **Síndrome de Klinefelter:** Caracterizado por disgenesia testicular, excreción urinaria de gonatropinas elevada y ginecomastia. Dos de cada 1 000 varones recién nacidos presentan un cariotipo asociado con el síndrome de Klinefelter. La incidencia de varones XXY se incrementa con la edad materna. Existen otros complementos cromosómicos como el 48, $XXXXY$ y el 49, $XXXXY$ e quienes se presenta hipogonadismo y retardo mental variable. En los casos con complemento 49, $XXXXY$, el retardo mental es grave. Al nacimiento y antes de la pubertad los niños no presentan manifestaciones clínicas específicas, por lo que es raro que el diagnóstico se efectúe en estas etapas. La talla suele ser en promedio 2 a 5 cm mayor que en los varones normales, y muchos de ellos, aunque no todos, presentan una voz aguda y distribución ginecoide de la grasa y del vello sexual. Una característica muy común es el crecimiento escaso de la barba. La ginecomastia se observa en cerca de la mitad de los pacientes y en algunos se presenta cáncer en mama. Los genitales presentan desarrollo aparentemente normal, sin embargo, a pesar de que el escroto no muestra alteraciones, los testículos son pequeños en relación a los varones normales. En general los pacientes presentan esterilidad; sin embargo, en algunos casos, particularmente de hombres jóvenes, se ha podido corroborar su fertilidad. La mayoría de los pacientes tienen inteligencia dentro de los límites normales, con valores de coeficiente intelectual alrededor de 90; sin embargo, algunos presentan retardo mental moderado con CI por arriba de 60. Cursan la educación primaria con algunas dificultades, es posible que tengan retardo en el lenguaje, aprendizaje y neuromotor.

28) **Síndrome de Lesh-Nyhan:** Es recesivo ligado al cromosoma X, su causa es la deficiencia de la enzima hipoxantina-guaninafosforribosil transferasa (HGPRTasa) que interviene en el metabolismo de las purinas. Es una enfermedad degenerativa del sistema nervioso central, donde predominan las manifestaciones cerebrales. Los pacientes hemiciotos no se reproducen y un tercio son mutaciones de nuevo, por lo cual en los dos tercios resultantes se considera que la enfermedad ha sido heredada a

través de mujeres heterocigotas para el gen. La muerte ocurre entre la segunda y tercera década de la vida. Se caracteriza por producción excesiva de ácido úrico, alteraciones neurológicas que incluyen automutilación, movimientos coreoatetósicos, espasticidad, crisis convulsivas y deficiencia mental. El signo neurológico característico es la conducta compulsiva autodestructiva. A los dos o tres años los niños afectados empiezan a morder sus labios, mucosa bucal y dedos de las manos. Esta compulsión por la automutilación puede ser tan grave que es necesario usar medidas de protección como mantener los brazos en extensión con férulas, vendar las manos y extraer piezas dentales. Los pacientes también pueden mostrar agresividad importante hacia otras personas. La mayoría de los pacientes tienen deficiencia mental con coeficiente intelectual de 30 a 65, relacionado con disartria y coreoatetosis.

29) Síndrome de Lowe: *Esta es una alteración hereditaria adicional con importante anomalía funcional del túbulo renal. Los hechos más característicos de esta afección son: aminoaciduria difusa renal, proteinuria, acidosis sistémica, retraso mental, crecimiento pobre, hidroftalmos, cambios lenticulares, orinas poco acidificadas. Las anomalías congénitas oculares primeramente descritas fueron el glaucoma congénito y las cataratas. Más tarde se describió el edema corneal. El síndrome sólo ocurre en niños varones, siempre transmitido por la madre y se hereda de forma recesiva ligada al sexo.*

30) Síndrome de Maullido de Gato: *Síndrome de maullido de gato o 5p. Las alteraciones autosómicas se caracterizan clínicamente por dismorfia craneofacial, retardo psicomotor o mental, deficiencia estatura ponderal, malformaciones múltiples, dermatoglifos anormales y expectativa de vida reducida. De tales características, la dismorfia craneofacial es la más notable, tanto por su especificidad como por ser fácilmente reconocible. En el síndrome del maullido de gato, existe delección del brazo corto del cromosoma 5, recibió su nombre común debido a que el llanto del niño afectado tiene igual sonido que el del maullido de gato. Este trastorno provoca cerca del 1% de todos los pacientes mentalmente retrasados en instituciones. La apariencia facial, es distintiva, con microcefalia, hipertelorismo, inclinación antimongoloide de las fisuras palpebrales, pliegues epicánticos, pabellones auriculares de implantación baja algunas veces con apéndices preauriculares y micrognatia. La mayor parte de los casos de maullido de gato son esporádicos, pero del 10 al 15 % de los pacientes son descendientes de portadores de translocación. Los puntos de rotura y la extensión del segmento delecionado del cromosoma 5p varían en diferentes individuos, pero la región crítica, perdida en todos los pacientes con el fenotipo, se ha identificado como la banda cromosómica 5p15. Se ha demostrado que varias sondas de DNA y genes están suprimidos en los cromosomas 5p. Sin embargo, la base de la relación entre monosomía para tales genes y el fenotipo clínico aún no tiene explicación.*

31) Síndrome de Prader Willi: *Algunos niños con talla corta, retraso mental, hipotonía, obesidad pletórica, pies y manos pequeños, hipogonadismo, disminución de la tolerancia a los carbohidratos o diabetes mellitus, tienen un trastorno conocido como Prader Willi. Aunque se ha sugerido que esta afección es comparable a la obesidad hiper glucémica genética de los ratones, no se ha establecido base genética. Es posible que cada caso sea la consecuencia de una mutación nueva.*

32) **Síndrome de Rett:** Las niñas que tienen el síndrome de Rett se debe a un desorden ligado al sexo caracterizado por un desarrollo del cerebro inadecuado, convulsiones y otros problemas neurológicos, también pueden mostrar un comportamiento autista. El síndrome de Rett es a veces llamado el espectro de desórdenes del autismo. El síndrome de Rett, un trastorno neurodegenerativo esencialmente limitado a las niñas, se hace manifiesto después de un periodo de funcionamiento normal después del nacimiento. aunque fue descrito por primera vez por Rett en 1966, el conocimiento clínico del síndrome no ocurrió hasta que Hagberg et al. (1983) informaron de 35 casos adicionales. Las niñas con síndrome de Rett presentan síntomas tan pronto como a la edad de 6 a 8 meses, (después de un nacimiento normal, un perímetro cefálico normal al nacer, y avances evolutivos tempranos normales) con un ratio de perímetro cefálico decreciente. Esto, a veces se sigue de microcefalia (p.ej: perímetro cefálico menor que el segundo percentil) y la pérdida de habilidades manuales intencionales. Posteriormente aparecen estereotipias y movimiento con las manos tales como retorcer las manos, movimientos de lavado de manos, chupárselas, palmo-tear y pobre desarrollo en la coordinación del tronco o al andar, con pérdida de implicación social y desarrollo del lenguaje receptivo y expresivo severamente deficitario. Casi todas las niñas tienen EEG con actividad lenta de fondo y espigas, pero las crisis clínicas ocurren solamente en alrededor de un tercio de los casos. Hay acuerdo general sobre que el síndrome de Rett es un trastorno del desarrollo, aunque su clasificación en el DSM-VI y la ICD-10 como un TGD siguen siendo controvertidos. Sin embargo, aunque fue incluido dentro del paraguas de los TGD, no se puede dar un diagnóstico incorrecto de un autismo en lugar del correcto de Síndrome de Rett.

33) **Síndrome de Turner:** Síndrome caracterizado por talla baja, infantilismo sexual, cuello alado, implantación baja del cabello en la nuca y cubitus valgus. Estrías gonadales, las pacientes con el síndrome de Turner tienen únicamente 45 cromosomas y un solo cromosoma sexual, el X. Se presenta en 1 de cada 2 000 o 3000 niñas recién nacidas vivas; sin embargo, la frecuencia de embriones y fetos con estas alteraciones es mucho mayor. Su incidencia no se incrementa con el aumento de la edad materna. El cariotipo 45, X, se observa en casi el 60% de las pacientes. Esta ausencia de un sexocromosoma, puede surgir de una no disyunción meiótica o de un rezago anafásico durante la formación de los gametos. En el 80 % de los pacientes con monosomía del X, el cromosoma presente es de origen materno, lo cual demuestra que la pérdida es la falla más común que produce esta condición. Al nacimiento puede observarse peso bajo, facies peculiar caracterizada por frente amplia, fisuras palpebrales antimongoloides, epicanto interno, estrabismo, paladar alto, micrognatia, implantación baja del cabello en la nuca, cuello corto y alado. El tórax suele ser ancho y se observa tetelasia. En el 10 a 20 % de las pacientes se encuentran malformaciones cardiovasculares (coartación de la aorta y aorta bivalva). En ocasiones, las manifestaciones clínicas al nacimiento son mínimas o nulas y es en la infancia cuando se observa una talla baja que es lo que motiva frecuentemente la consulta médica. La talla baja se presenta desde edades muy tempranas y tiende a persistir en la adolescencia. En las pacientes no tratadas, la talla final alcanzada es de entre 135 y 150 cm.

- 34) **Trisomía D (Trisomía 13, síndrome de Patau):** Ocurre con una frecuencia comprendida entre 1/10 000 a 1/20 000 y es dependiente de la edad materna. Las manifestaciones clínicas cardinales son bajo peso al nacimiento, labio hendido (con frecuencia bilateral y acompañado de fisura palatina), microftalmia o anoftalmia, defecto característico en cuero cabelludo, pies en bastón de alpinista, hexadactilia y muerte temprana. En el niño se observa criptorquidia y anomalía escrotal, mientras que en las niñas puede encontrarse útero bicorne y vagina doble. Las malformaciones generales típicas son varios tipos de holoprosencefalia (arrinencefalia, cebocefalia y ciclocefalia). Las malformaciones cardíacas (CIV, CIA, etc.) ocurren en 80 por ciento de los casos y las urinarias (riñones poliquisticos o duplicaciones) en 50 por ciento, finalmente la anomalía digestiva más frecuente es la malrotación del colon. La esperanza de vida es muy reducida, 130 días en promedio, aunque excepcionalmente la supervivencia puede ser mayor de tres años. El riesgo de recurrencia es en general bajo (menor de 1%) y moderado (mayor de 5%) en caso de traslocación robertsoniana parental 13q 13q el riesgo de recurrencia o de aborto es de ciento por ciento.
- 35) **Trisomía E (Trisomía 18, síndrome de Eduard):** Su frecuencia es de 1/8 000 nacimientos y muestra también un efecto de edad materna y avanzada. Existe mayor afección en el sexo femenino en proporción 4:1, así como una posmadurez en casi todos los casos (duración promedio del embarazo, 42 semanas). Las características clínicas principales son: bajo peso al nacer, hipotrofia generalizada, microdolicocefalia con occipucio prominente, micrognatia, pabellones auriculares "faunescos" de implantación baja, esternón corto, pelvis estrecha, puños cerrados con cabalgamiento característico de los dedos (el índice sobre el tercero y el quinto sobre el cuarto), actitud "suplicante" de los miembros torácicos y pies en bastón de alpinista o en mecedora con prominencia de calcáneo. La criptorquidia es común en el varón mientras que la hipertrofia de clitoris y la hipoplasia de labios mayores se observa en la niña. La anomalía más constante de los dermatoglifos es exceso de arcos en los pulpejos digitales. Las malformaciones cardíacas (CIV, conducto arterial, CIA y otros) se ven en más de 95% de los casos. Los pulmones pueden tener segmentación anormal. La malformación gastrointestinal más frecuente es el divertículo de Meckel. Finalmente, las anomalías renales (riñón en herradura, megauréter, uréter doble) son también comunes. La esperanza de vida es de 2 a 3 meses para el varón y de 10 meses para la niña.
- 36) **Trisomía G (Trisomía 21, síndrome de Down):** Su frecuencia es de 1/700 recién nacidos, y no depende de factores étnicos pero sí de la edad materna. El diagnóstico clínico no ofrece dificultad y puede hacerse al nacimiento con base en hipotonía muscular, hiperlaxitud articular y dismorfia craneofacial crítica caracterizada por braquicefalia, occipucio plano, fisuras palpebrales oblicuas o "mongoloides", epicanto bilateral, puente nasal deprimido, macroglosia relativa y pabellones auriculares pequeños y redondeados. Otros signos frecuentes son diastasis de rectos, clinodactilia de cinco dedos y pliegue palmar único. El retardo mental es constante y, con excepciones importante. Las malformaciones viscerales están representadas principalmente por las cardíacas (conducto auriculoventricular, CIV, CIA, PCA, etc.), que ocurre en 40 por ciento de los casos, las intestinales (estenosis duodenal, páncreas

anular, atresia anal, megacolon). La pubertad es normal en ambos sexos, pero la fertilidad solo es conocida en la mujer. La esperanza de vida al nacimiento es de 16.2 años y apenas 8% de los pacientes sobreviven después de los 40 años. Desde el punto de vista citogenético, existen tres tipos principales de trisomía 21:

- 1) Trisomía 21 libre y homogénea, presente en 92.5 por ciento de los casos.*
- 2) Trisomía 21 por traslocación robertsoniana observada en 4.8 por ciento de los pacientes.*
- 3) Trisomía 21 en mosaico (una línea trisómica 21 y otra normal) que ocurre en 2.7 por ciento de los casos.*

BIBLIOGRAFIA

- BARBARANNE, J. Benjamín, Un niño especial en la familia. Guía para padres. Editorial Trillas. México 1992.
- BAUTISTA, Rafael, Necesidades educativas especiales. Editorial Aljibe, Granada España, 1993.
- BOLIO, Y Arciniega, Ernesto. Relaciones entre padres e hijos. (Fotocopias)
- BONDUEL, Alfonso A. Et.al., Semiología pediátrica y patológica básica. Editorial El Ateneo. Argentina 1987.
- DE BEAUPORT, Elizabeth, "Tarrytown Newsletter", 1983 (fotocopias).
- DIRECCION GENERAL DE EDUCACION ESPECIAL. La Educación Especial en México. SEP FONAPAS.
- DIRECCION GENERAL DE EDUCACIÓN PREESCOLAR, Programa de Educación Preescolar 1992. Secretaría de Educación Pública.
- GARCIA, Cedillo Ismael. Et. Al. La integración Educativa en el Aula Regular. Principios, finalidades y estrategias. Secretaría de Educación Pública. México D.F. 2000.
- GUIZAR, Vázquez, Jesús, Genética Clínica. Diagnóstico y manejo de enfermedades hereditarias. Editorial Manual Moderno. México 1994.
- JASSO, Luis, El niño Down, mitos y realidades. (Fotocopias).
- MANNONI, Maud, El niño retardado y su madre. Editorial Paidós. Buenos Aires Argentina 1982.
- MATA, Salvador Francisco. Didáctica de la Educación Especial. Editorial Aljibe. España 1999.
- NAVARRO, Barrón Ma. De Lourdes, Que es un Centro de Desarrollo Infantil CENDI. Subsecretaría de Educación Elemental. Dirección General de Educación Preescolar. Secretaría de Educación Pública 1987.
- POLAINO, Dorente Aquilino, Carbo Mercedes, Actitudes de los padres frente al hijo deficiente mental. Editorial CEFAES. Pamplona, España 1990.
- Programa de Desarrollo Educativo 1995-2000. Poder Ejecutivo Federal.

- Programa Nacional para el Bienestar y la Incorporación al Desarrollo de las Personas con Discapacidad. Comisión Nacional Coordinadora. Los Pinos, Mayo 1995.
- RAVEN, H. Bertram y Rubien Z. Jeffrey. Psicología Social. Editorial Continental. México 1988 .
- RONDAL, Jean-Adolphe y Hurlig Michel. Introduction á la psychologie de l'enfant. Editorial Pierre Mardaga-Brucelas 1991.
- SALAS, Alvarado Max, Ramírez Mayans Jaime. Síndromes Pediátricos. Fisiopatología Clínica y Terapéutica. Editorial La Prensa Médica. México 1991.
- Secretaría de Educación Pública.
http://www.sep.gob.mx/res/sep/sep_643_integracion_educativ/7719?op=1
- SEP 1993. Art. 3º Constitucional y Ley General de Educación.
- SFERRA, Wright y Rice. Personalidad y Relaciones Humanas. Editorial Mc Graw-Hill 1982.
- SHEA, M. Thomas, Educación especial. Un enfoque ecológico. Editorial Mc. Graw Hill. México 1999.
- SFERRA, Wright y Rice, Personalidad y relaciones humanas. Editorial Mc. Graw-Hill. México 1982.
- S'TEENLAND V. Bases Ideológicas de la integración Escolar. La integración de niños discapacitados a la Educación Común. Orelac, Chile 1991.
- "Tamiz Neonatal". Folleto del Instituto Nacional de Perinatología.
- UNESCO. Proyecto de Marco de Acción sobre Necesidades Educativas Especiales. Conferencia Mundial sobre Necesidades Educativas Especiales: Acceso y Calidad. Salamanca España.