

302925



UNIVERSIDAD FEMENINA DE MEXICO

INCORPORADA A LA U.N.A.M.

ESCUELA DE PSICOLOGIA

***PROPUESTA DE TRATAMIENTO PSICOPEDAGOGICO
PARA DEFICIENTES MENTALES MODERADOS***

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A

MARINA MARICELA ROJANO DE LA ROSA

DIRECTOR DE TESIS: MTRO. EDWIN SANCHEZ AUSUCUA



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.

Dedico este trabajo

A mi madre Aurora de la Rosa Arteaga por su constante amor y apoyo.

A la memoria de mi padre Rafael Rojano Rico.

A Carmen Rodríguez Espinosa por su incondicional apoyo y amistad.

A Mayra Rodríguez Rojano quien es la más grande motivación de mi vida.

A Tomás Rodríguez Espinosa por su amor y constante estimulación para culminar este proceso académico.

A la Mtra. Norma Elena Cruz Ocampo por su Interés y paciencia para concluir el presente manuscrito.

Al Mtro. Edwin Sánchez Ausucua por la dirección del presente trabajo.

CONTENIDO

INTRODUCCION	v
CAPITULO I	
ORIGEN DEL DESARROLLO DE LA EDUCACION ESPECIAL.	
1.1 Antecedentes históricos.	8
1.2 Definición y objetivos de la educación especial.	13
1.3 Situación actual de la educación especial en México.	15
1.4 Situación actual de la educación especial en Chiapas.	19
CAPITULO II	
DEFICIENCIA MENTAL	
2.1 Definición de la deficiencia mental.	24
2.2 Características de la deficiencia mental.	26
2.3 Causas o factores que originan la deficiencia mental.	27
2.4 Clasificación de los niveles de deficiencia mental.	37
CAPITULO III	
MARCO TEORICO	
3.1 Antecedentes de la deficiencia mental moderada.	42
3.2 Características de la deficiencia mental moderada.	42
3.3 Definición y límites del concepto.	44
3.4 Diagnóstico y prevención de la deficiencia mental moderada.	46
3.5 Tratamiento psicofarmacológico de la deficiencia mental moderada.	48

CAPITULO IV

OBJETIVOS Y METODO

4.1	Objetivos	54
4.2	Trabajo de gabinete.	55
4.2.1	Descripción del área de estudio.	55
4.2.2	Investigación bibliográfica y documental.	58
4.3	Evaluación psicológica.	59
4.3.1	Diagnóstico médico.	59
4.3.2	Diagnóstico psicológico.	60
4.3.3	Diagnóstico psicopedagógico.	61
4.4	Tratamiento psicopedagógico.	62
4.4.1	Elaboración de los programas por área de desarrollo.	62
4.4.2	Aplicación de los programas por área de desarrollo.	64
4.4.3	Evaluación de los programas por área de desarrollo.	65

CAPITULO V

RESULTADOS

5.1	Area Emocional – Social.	67
5.2	Area de Lenguaje.	87
5.3	Area Motora.	91
5.4	Area Cognoscitiva.	98

CONCLUSIONES	103
---------------------	-----

BIBLIOGRAFIA	108
---------------------	-----

ANEXOS

INTRODUCCION

La sociedad admite que, pese a los esfuerzos que se hacen en materia de prevención siempre habrá personas con discapacidad. Las causas de la discapacidad varían en el mundo, así como, la frecuencia y sus consecuencias. Estas variaciones son el resultado de las condiciones orgánicas, biológicas, socioeconómicas y de diversas disposiciones que cada sociedad adopta para lograr el bienestar de sus miembros.

Aunado a esto, existen circunstancias que influyen en las condiciones de vida de las personas que la padecen como la ignorancia, el abandono, la superstición, el miedo y sobre todo la indiferencia y la falta de conciencia de algunos sectores que a lo largo de toda la historia ha aislado a las personas con discapacidad retrasando su desarrollo.

En México un alto porcentaje de niños y jóvenes requieren de una educación especial, en gran medida porque forman parte de los grupos marginados o de las poblaciones que habitan en las zonas económicas deprimidas, además de que en los centros educativos no reciben la educación sistemática elemental ni la formación para la vida y el trabajo. Estas condiciones de vida inciden para incrementar la frecuencia de ciertas enfermedades y la carencia de algunos estímulos que afectan diversas formas o niveles de aprendizaje.

En el caso de la deficiencia mental se sufren alteraciones en los procesos de maduración, crecimiento y desarrollo. Dichas alteraciones se manifiestan por impedimentos físicos, mentales o sociales, y cualquiera que sea su etiología. Es por esto, que los individuos que la padecen no pueden beneficiarse con la educación regular y por consiguiente se obstaculiza su adecuado desenvolvimiento e incorporación social.

Actualmente en el estado de Chiapas la gravedad de este problema radica en que el deficiente mental no es aceptado plenamente por la sociedad, convirtiéndose en una carga debido a su cerrada ideología e idiosincrasia y a que su estructura socioeconómica beneficia a unos cuantos, es decir, que

el poder adquisitivo se encuentra distribuido en un grupo de familias con cierto abo­lengo. Por otro lado, al no poderse valer por sí mismo en ocasiones ni siquiera para satisfacer sus necesidades primarias los hace dependientes parcial o totalmente de otras personas, lo que representa una desventaja tanto para el deficiente como para los que están directamente involucrados.

Los centros de educación especial en el estado de Chiapas, desde hace varias décadas han desarrollado y aplicado programas con terapias grupales donde se manejan aspectos en el ámbito general, dependiendo de la edad y grado de deficiencia del alumno, para poder alcanzar los objetivos de los servicios educativos, los cuales se ajustan a las características y posibilidades de aprendizaje en un largo plazo. Esto conforma los métodos y las técnicas propias de la educación especial, siendo la meta dotar al niño o joven de actividades productivas para su integración social.

El presente trabajo de investigación se desarrollo como parte de las actividades de la Casa Hogar Aprendiendo a Vivir A. C., en donde se pretendió implementar un contenido programático desde el punto de vista psicopedagógico del desarrollo conductual y cognoscitivo que definitivamente le proporcionen al instructor una herramienta básica, para que el alumno adquiriera el aprendizaje correspondiente a la etapa que esta cubriendo considerando su grado de deficiencia, y así logre una gran variedad de respuestas ante determinados estímulos que lo conducirán al óptimo uso de sus capacidades para fortalecer su independencia.

CAPITULO I

ORIGEN DEL DESARROLLO DE LA EDUCACION ESPECIAL

1.1 ANTECEDENTES HISTORICOS.

El interés por el tratamiento de la deficiencia mental se remonta a principios del siglo XIX, ya que anteriormente no se presentaba atención a los individuos con deficiencia mental sometiéndolos al olvido, el ridículo e incluso la tortura. Con la preocupación por el adecuado trato de los deficientes mentales se comprobó que se requerían ciertos criterios uniformes para la identificación y clasificación de éstos.

Con la afanosa colaboración de destacados científicos en diferentes disciplinas como médicos, psicólogos, biólogos y pedagogos; quienes dedicaron gran parte de sus vidas para ayudar de manera importante a aquellos que presentaban deficiencia mental, contribuyendo ya fuera en la educación especial que necesitaban, en la clasificación de los grados de deficiencia mental, o en la reeducación de las deficiencias sensoriales y motoras que acompañaban a dicha deficiencia, es que se dieron los primeros pasos en este campo.

De ese modo surgió la inquietud para la atención de los deficientes mentales en Europa y posteriormente en América con la llegada de las corrientes que habían tenido o estaban teniendo éxito en el viejo continente.

Los precursores proceden o no del campo de la medicina, son sobre todo reeducadores de la deficiencia mental y son ellos quien con sus conocimientos y sus notables aportaciones enriquecieron el campo de la psicología y de la pedagogía en lo referente al estudio del problema mental que es a la vez individual y social.

Entre los primeros colaboradores tenemos: Jean Marc Itard (1800), es el primero que hace una llamada a la ciencia en favor de los limitados. Además realizó un experimento con un niño que más tarde se hizo célebre con el nombre de "Salvaje de Aveyron". Este niño fue encontrado en los bosques de Francia donde había vivido privado de todo contacto social hasta la edad de doce años. Niño errante, solo, desnudo, se alimentaba de bellotas, emitía sonidos incomprensibles.

El análisis realizado por Itard sobre el comportamiento del "Salvaje de Aveyron" saca a la luz ideas que ahora son familiares, pero que sigue siendo la base de la educación y sobre todo de la reeducación familiar. Las ideas que formuló son las siguientes: a) El papel de la educación en el proceso de la hominización que a partir de un complejo de tendencias y necesidades fundamentales indeterminadas, desemboca en el hombre; b) La necesidad de una motivación para que se instaure el desarrollo mental, es decir, se efectúe la estructuración de ciertos datos privilegiados de la experiencia perceptivo motora en "objetos" portadores de valor y significación humana que permitan establecer la comunicación; c) La naturaleza del lenguaje y la diferencia entre el montaje de un condicionamiento y la adquisición de un concepto por mediación de un símbolo.

Ante todo, el estudio de "Aveyron" enseña que todo lo que se piensa que es natural al hombre, no solamente gustos y costumbres, sino percepción e incluso instintos, todo esto se adquiere, de hecho, a través del condicionamiento, la imitación o el aprendizaje.

Las investigaciones de Itard, repercutieron en Seguin, Montessori y Guggenguehl, siendo este último el que instituyó la primera casa escuela para "Cretinos" o deficientes mentales, misma que tuvo mucho reconocimiento en Europa por la labor que desempeñaba al procurar la recuperación de estas personas pero sobre todo por los resultados tan favorables que obtenía. Es el primero en usar métodos sistemáticos de entrenamiento sensorial en la enseñanza de un niño con deficiencia.

Eduard O. Seguin en 1837, funda en París el primer centro público para niños con retardo mental y proyecta un curriculum para ellos, conocido como "método fisiológico". Este método se basa en la creencia de que el sistema nervioso dañado o bloqueado del deficiente podría normalizarse en su conducta por medio de un entrenamiento sensorial motor.

Seguin habla de dos tipos de idiocia; una superficial, en donde los nervios motores o sensitivos del sistema periférico se suponían dañados o destruidos, resultando de ello, en términos de diagnóstico, el idiota superficial. Por otro lado, la idiocia profunda estado que se suponía atribuible a una serie de destrucciones del sistema nervioso central o de la sustancia misma. Debido a la falta de medios para adiestrar al sistema nervioso central, se emplea entrenamiento sensorial para la idiocia profunda, lo

mismo que para el tipo superficial con la esperanza de que una vigorosa estimulación de los sentidos intactos podría ocasionar el funcionamiento de las células correspondientes del cerebro.

Esquirol, realiza en 1838 una clasificación de los diferentes grados de retardo mental hasta llegar al grado agudo de idiocia, y junto con Seguin constituye el primer equipo médico-pedagógico.

En Ginebra Suiza Claparada (1898), introduce por primera vez en la enseñanza pública clases para la formación de deficientes mentales, denominadas Especiales.

María Montessori en 1900, desarrolla un programa instruccional basado en los métodos de Itard y Seguin, este sistema enfatiza la autoeducación utilizando material didáctico.

A fines del siglo XIX y principios del siglo XX se abren cada vez más instituciones para dar tratamiento a personas con deficiencia mental profunda o media, pero debido a las decepciones sufridas al no lograr las expectativas pensadas para los pacientes, la sobrepoblación y las instituciones, la falta de personal preparado, la ausencia de presupuesto y motivación se vuelve al tipo de asilo, donde se pierde el deseo de educar, "parece hospital, cárcel, todo menos escuela" (Perron, 1983; en: Zazzo, 1983).

Alfred Binet y Theodore Simon publican en 1905 la primera escala de desarrollo intelectual, con la que se evalúa el aspecto verbal, la coordinación psicométrica, la imagen corporal y las funciones de la elaboración mental obteniendo con ello el coeficiente intelectual. Como miembros de una comisión francesa se evocaron a desarrollar una base objetiva para seleccionar a los niños anormales, destinados a recibir clases especiales en las escuelas de París.

Binet en 1911, crea una serie de pruebas graduadas (juego heterogéneo de tareas) que agrupó según los niveles de edad normativas en que los niños podían contestar a las preguntas. Aunque sus pruebas midieron solamente lo que había sido aprendido, él denominó a su instrumento de medición "prueba de inteligencia" e introdujo el concepto de "edad mental".

Henry Goddard director de investigación de la escuela de capacitación de Vineland para débiles mentales en Nueva Jersey, realiza una estandarización de las pruebas de Binet para los Estados Unidos. Basándose en la prueba, formula una nueva clasificación de la debilidad mental que fue aceptada por la Asociación Americana para la Deficiencia Mental en 1910. Los términos más antiguos (idiota e imbecil) se mantuvieron para describir al deficiente mental en cualquier grado.

Propone una nueva categoría de defecto mental conocida como "morón", término que se aplica al deficiente de juicio, de sentido o de inteligencia y cuya edad mental va de 8 a 12 años, actualmente llamados deficientes mentales leves. Lo que lo lleva a concluir que dicha categoría se transmite de manera hereditaria y sólo una pequeña proporción se debía a enfermedades o accidentes. Además de afirmar que los deficientes mentales no se pueden recuperar y lo único que resta es educarlos en lo posible, así como detectarlos y tratarlos lo más tempranamente posible.

Terman en 1916 propone la prueba conocida como la revisión Stanford-Binet, esta utiliza por vez primera el término de coeficiente intelectual (C.I). De acuerdo con sus evaluaciones sustituye el curso de estudio regular por otro trabajo escolar mejor adaptado a las necesidades mentales de los alumnos llamadas "clases especiales".

En 1921 en la ciudad de México, se lleva a cabo el primer Congreso Mexicano del Niño, en el cual el Dr. Santamarina se refiere a la necesidad de orientar sobre bases científicas la higiene escolar y la educación de los niños deficientes y anormales de diversos tipos mentales y físicos. También indica la necesidad en las clases anexas especiales, en escuelas exclusivas o instituciones de internados, bajo el cuidado de maestros especializados.

Entre 1940 y 1960 en los Estados Unidos la deficiencia mental leve se volvió a definir como un problema educacional, más que como una amenaza social. Dos factores produjeron este cambio: por un lado, la actividad de las organizaciones de padres con hijos deficientes ansiosos de tener programas adecuados en las escuelas para sus hijos; y por el otro el aumento de grupos migratorios de diversas clases sociales y culturales provenientes del sur (México en especial) con niveles de aprendizaje diferentes.

En Estocolmo (1967), se produce un documento que sirve de base para la declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los deficientes mentales. Esto resulta importante ya que la sociedad internacional representada por las Naciones Unidas se da cuenta de la injusticia con la que se ha actuado al percibir a las personas con deficiencia mental como seres peligrosos e inútiles y al negarles los derechos civiles a los que debe tener acceso.

En 1968 la United Nations Educational Scientific and Cultural Organization (UNESCO), establece una oficina para la educación especial, de ahí en adelante se han promovido congresos en algunos países que tienen como objeto hacer énfasis en que existe un elevado índice de personas con requerimientos de educación especial en todo los países.

En 1980 la Organización de las Naciones Unidas (ONU) da un impulso decidido a la atención de las personas con discapacidad, cuyo resultado más importante es el "Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad" aprobado por la asamblea general en 1982 (Barroso, *et al.*, 1995).

En 1994 la asamblea general de las Naciones Unidas aprueba la resolución acerca de las "Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad". Estas normas constituyen un instrumento normativo y de acción cuya finalidad es garantizar que niñas y niños, mujeres y hombres con discapacidad, en su calidad de miembros de sus respectivas sociedades puedan tener los mismos derechos y obligaciones.

Garé (1995) comenta que las estadísticas confiables en el Mundo, con relación a la cantidad de personas con discapacidad, son para el año de 1990 de 500 millones, y que para el año 2000 aumentarán a 600 millones lo que significa una persona con discapacidad por cada diez habitantes en el Mundo. Estos casos se podrían prevenir con el uso de los conocimientos y recursos existentes en el momento, pues el 90% tienen un origen ambiental relacionado con la pobreza, desnutrición, mala salud, automedicación, infecciones accídentes y mala atención del parto.

Al estar terminando el siglo XX todavía hay médicos que aconsejan a los padres de los niños con discapacidad quitarles los alimentos para que mueran, otros recomiendan internarlos en instituciones

donde se les trata en forma inhumana. En algunas clínicas de superlujo o de última categoría se dan electrochoques, se les golpea, amarra o abusan sexualmente (Barroso, *et al.*, 1995).

1.2 DEFINICION Y OBJETIVO DE LA EDUCACION ESPECIAL.

La educación especial es la rama de la educación que mediante la aplicación coordinada de acciones, tácticas, organización, metodología, didáctica y nomenclatura específica; propicia el desarrollo integral y armónico de la personalidad, impulsando la formación de hábitos, destrezas, habilidades y el desarrollo máximo de capacidad y conocimientos en los niños atípicos, todo esto en estrecha relación con los objetivos y valores de la sociedad o comunidad en que este sujeto se desenvuelva.

Por atípico se considera al individuo que sufre alteraciones en cualquiera de sus procesos de maduración, crecimiento y desarrollo. Dichas alteraciones se manifiestan en impedimentos físicos, mentales o sociales, y cualquiera que sea su etiología, impiden que dicho individuo pueda beneficiarse con la educación regular y obstaculizan su desenvolvimiento e incorporación social adecuada.

Todo niño atípico debe tener la oportunidad de acceso a los servicios educativos, donde pueda alcanzar los objetivos propuestos por la educación especial, que no son diferentes de los que se pretenden alcanzar con el niño normal, sino que dichos objetivos están ajustados a las características y posibilidades de aprendizaje del atípico, lo cual conforma la metodología y técnicas propias de la educación especial.

En 1978, la Dirección General de Educación Especial (DGEE) adopta la siguiente definición de deficiencia mental: "Un sujeto se considera deficiente mental cuando presenta una disminución significativa y permanente en el proceso cognoscitivo, acompañado de alteraciones en la conducta adaptativa".

Bajo este criterio la DGEE, el objetivo de la Educación Especial es desarrollar al máximo el potencial del alumno en razón directa de sus posibilidades, en los aspectos intelectuales, ético, estético, de

trabajo y físico, mediante conocimientos, hábitos, habilidades y aptitudes para lograr el desarrollo integral del mismo, así como su incorporación a la vida social.

La enseñanza y educación del alumno debe partir del conocimiento Neurológico, que determina la causa o causas que dieron origen a la deficiencia mental. El Psicológico, emite diagnósticos de la deficiencia mental por medio de valoraciones (Test). El Pedagógico, brindar la atención adecuada para lograr niveles elevados de adaptación. Finalmente el Social, donde se observa cual es la capacidad del individuo para satisfacer las demandas de su ambiente y la forma en que lo hace; para poder planificar el adecuado manejo del alumno.

Todas estas evaluaciones tienen una finalidad en común, que es la de desarrollar y hacer madurar las funciones psíquicas del alumno.

El docente deberá auxiliarse del equipo técnico, médico, psicológico y de trabajo social, para lograr los fines de la educación especial. El docente especialista deberá considerar en su metodología, procedimientos acordes con las necesidades de sus educandos, de acuerdo con la organización y clasificación que atienda dentro de la nomenclatura específica de la educación especial, teniendo presente los intereses de los sujetos que le correspondan. La enseñanza será eminentemente objetiva y todo maestro deberá tener el material adecuado al conocimiento que imparta y de acuerdo con el nivel de los alumnos.

La principal meta de la educación especial es dotar a los educandos de una actividad productiva para su integración social, es esencial además de la coordinación motriz en general, el adiestramiento de la mano en particular, pasando por toda una serie de ejercicios graduados para llegar a los talleres y a la adquisición de una técnica de trabajo, de acuerdo con su nivel y posibilidad, es evidente que muchos podrían llegar a dominar la técnica de capacitación deseada, pero habrá otros que lleguen a determinada etapa, por lo cual se deben establecer actividades de trabajo más acordes con sus posibilidades de aprendizaje, obteniendo resultados más efectivos y estudiado las mejores adaptaciones al medio familiar, o bien trabajo en serie, vigilado por un grupo interdisciplinario de profesionistas.

No es necesario que el alumno recorra todos los niveles escolares, lo importante es que adquiera el aprendizaje correspondiente a la etapa que esta cubriendo, tomando en cuenta su deficiencia y siendo promovido en el momento que así se determine. Es necesario incrementar la relación de la escuela con los padres, para orientarlos y lograr su colaboración en el desarrollo general de la temática de los programas.

1.3 SITUACION ACTUAL DE LA EDUCACION ESPECIAL EN MEXICO.

Las investigaciones encaminadas a buscar indicios de la existencia de personas anormales antes de la conquista, sólo encontraron que uno de los valores que se inculcaban al pueblo era "la misericordia a los desvalidos" (Larroyo, 1982).

En 1532 surgen las instituciones de tipo asistencial en México, con el "Hospital Asilo" inaugurado por Vasco de Quiroga, al que siguieron el asilo escuela de "Nuestra Señora de la Caridad", el Colegio de "San Juan de Letrán", el de "San Hipólito" que es el primero creado especialmente para personas con deficiencia mental en el Continente Americano.

La primera iniciativa para brindar atención educativa a niños con necesidades especiales fue hecha por el gobierno del presidente Benito Juárez, que en 1857 funda la escuela nacional de sordos y en 1870 la de ciegos. Posteriormente en 1914 en plena Revolución, se formo la escuela para deficientes mentales de Guanajuato, además de que empezaron a funcionar dos grupos de capacitación y experimentación pedagógica para atender a dicha población en la Universidad Nacional. En Guadalajara surge la escuela "José Luis González", propuesta por Santamarina quién junto con Aguirre, implantan las técnicas educativas actualizadas, organizando el departamento de psicopedagogía dependiente de la Secretaría de Educación Pública.

En 1935 el Doctor Roberto Solís Quiroga, que fuera gran promotor de la educación especial en México y América, planteó al entonces Ministro de Educación Pública Licenciado Ignacio García Téllez, la necesidad de institucionalizar la educación especial en nuestro país.

Como resultado de esta iniciativa se incluyó en la Ley Orgánica de Educación un apartado referente a la protección de los deficientes mentales por parte del Estado. En este mismo año se crea el Instituto Médico-Pedagógico en Parque Lira, fundado y dirigido por el Dr. Solís Quiroga para atender niños deficientes mentales.

En 1937 se fundó la Clínica de la Conducta y Ortalalía, y durante casi 20 años funcionaron en el país solamente estas instituciones de carácter oficial.

A fines de 1940 el Dr. Solís Quiroga renunció a la jefatura del departamento de prevención social y regresó a la dirección del Instituto Médico-Pedagógico donde permaneció hasta el año de 1957.

En 1941 el entonces Ministro de Educación Pública Lic. Octavio Vejar Vázquez, interesado en las experiencias realizadas por la citada escuela y accediendo a una petición del Dr. Solís Quiroga, propuso la creación de una escuela de especialización de maestros en educación especial, sin embargo, para lograr este objetivo había que modificar la Ley Orgánica de Educación.

En diciembre de 1941 se envió a las Cámaras Legislativas el Proyecto de Reforma de la Ley misma que fue aprobada el 29 de diciembre por la Cámara de Diputados y el 31 del mismo mes por la Cámara de Senadores.

La Ley reformada entró en vigencia el año siguiente y el 7 de junio de 1943 abrió sus puertas la Escuela de Reformación Docente para Maestros Especialistas en Educación Especial en el mismo local del Instituto Médico-Pedagógico. La nueva institución quedó a cargo del Dr. Solís Quiroga y contó inicialmente con las carreras de maestros especialistas en educación de deficiencia mental y de menores infractores. En 1945 se agregaron las carreras de maestros especialistas en educación de ciegos y sordomudos. Mientras tanto en 1942, con carácter experimental se instalaron dos grupos

diferentes en la escuela anexa a la Normal de Maestros. En 1944 aumentó su número a diez, instalados en diferentes escuelas primarias del Distrito Federal.

En 1945 se creó la Dirección de Rehabilitación y en 1955 se agregó a la escuela de especialización la carrera de especialista en el tratamiento de lesionados del aparato locomotor.

En 1958, se fundó en Oaxaca una escuela de educación especial y a principios de 1959 se retira el Dr. Solís Quiroga de la Escuela Normal de Especialización. El entonces Oficial Mayor de la Secretaría de Educación Pública, Prof. Manuel López Dávila se interesó en el problema de la educación especial y creó la Oficina de Coordinación de Educación Especial, dependiente de la Dirección General de Educación Superior e Investigaciones Científicas en la que estuvo a cargo la Profa. Odalmira Mayagoitia; bajo su orientación esta oficina se abocó a la atención temprana de los niños deficientes mentales. Como resultado de esta orientación se fundaron en 1950, las Escuelas Primarias de Perfeccionamiento 1 y 2, y en 1961, la 3 y 4.

En 1962 se inauguró la Escuela para Niños con Problemas de Aprendizaje en Córdoba, Veracruz. El mismo año inició sus actividades la Escuela Mixta para Adolescentes y en 1963 se separó la de Adolescentes Mujeres.

En 1964 comenzó a funcionar el Centro por Cooperación N° 2, los cuales fueron creados para recibir aquellos casos que por sus características no podían ingresar a las Escuelas de Perfeccionamiento.

En 1966 se crearon dos escuelas más: una en Santa Cruz Meyehualco y la otra en San Sebastián Tecoloxtitlán.

Durante los siete años en que la profesora Mayagoitia estuvo al frente de la Coordinación de Educación Especial logró la apertura de diez escuelas en el Distrito Federal, y doce en el interior del país, que se situaron en las ciudades de Monterrey, Aguascalientes, Puebla, Tampico, Córdoba, Saltillo, Culiacán, Mérida, Colima, Hermosillo, Chihuahua y San Luis Potosí.

En septiembre de 1966 la Profa. Mayagoitia se hizo cargo de la Dirección de la Escuela Normal de Especialización, realizando una reforma en los planes y programas de esta institución. La sustituyó en la Oficina de Coordinación la Profa. Guadalupe Méndez.

La larga secuencia de esfuerzos por consolidar un sistema educativo para niños con necesidades especiales alcanzó su culminación con el decreto con fecha 18 de diciembre de 1970, por el cual se ordena la creación de la Dirección General de Educación Especial. Más que un acto administrativo, este hecho presentó un cambio de actitud del Estado hacia la atención de este tipo de educandos.

Cristaliza de esta manera el largo sueño de todos aquellos que desde el ángulo profesional o familiar eran testigos de la marginación de los sujetos con necesidades especiales. Significó también la ya insoslayable respuesta a las demandas de los maestros mexicanos que en su práctica diaria comprobaban la necesidad de un tratamiento especial para estos niños.

Por otra parte se abrió un camino institucional para sistematizar y coordinar acciones hasta entonces dispersas y fragmentarias, significó por fin un paso importante en la evolución sociocultural de México al incorporarlo al grupo de países que de acuerdo con las recomendaciones de la UNESCO, reconocen la necesidad de la educación especial dentro del amplio contexto de la educación general.

El decreto de creación establecía que la Dirección General de Educación Especial (DGEE) dependía de la Subsecretaría de Educación Pública, y le correspondía organizar y dirigir el sistema federal de educación de niños atípicos, junto con la formación de maestros especializados. Cabe señalar, que la Profa. Mayagoitia se hace cargo de la DGEE culminando su gestión en 1976.

Durante ese período se comenzó a experimentar con los primeros grupos integrados en el Distrito Federal y Monterrey, aparecieron los primeros Centros de Rehabilitación y Educación Especial (CREE) así como las primeras Coordinaciones de Educación Especial.

En el período de 1976-78 se encuentra al frente de la DGEE, la Profa. Guadalupe Gracida quien consolida la experiencia de los grupos integrados y los CREE, además de continuar con la instalación

de coordinaciones en el Distrito Federal y en los diferentes Estados de la República. En diciembre de 1978 se hace cargo de la DGEE la Dra. Margarita Gómez Palacios, extendiendo la creación de coordinaciones en los Estados hasta abarcar la totalidad del país. La última coordinación se creó en el Estado de Morelos, en septiembre de 1979.

La Ley Federal de Educación de 1973 norma en el capítulo II artículo 15: "El sistema educativo nacional" que comprende, la educación especial o la de cualquier otro tipo y modalidades que se impartan de acuerdo con las necesidades educativas de la población y las características particulares de los grupos que la integran (CEE, 1983).

Actualmente las diversas áreas que atiende la educación especial en nuestro país son: deficiencia mental, parálisis cerebral, dificultades de aprendizaje, problemas de audición y lenguaje, ciegos y débiles visuales, afectados del sistema músculo-esquelético, inadaptados y menores infractores.

La educación especial, en su trayectoria ha buscado diferentes formas estructuradas para proporcionar atención a los deficientes mentales, mejorando, ampliando o variando en forma dinámica las modalidades de atención; así se pueden destacar escuelas de educación especial tanto oficiales como particulares, centros de capacitación para el trabajo, industrias protegidas, clínicas psicopedagógicas, de detección y de grupos integrados, entre otras.

1.4 SITUACION ACTUAL DE LA EDUCACION ESPECIAL EN CHIAPAS.

El derecho a la igualdad de oportunidades para la educación es uno de los principios fundamentales de la Legislación Mexicana. Consecuentemente con este principio la Secretaría de Educación Pública en la década de los sesentas extiende los servicios de educación especial a algunos estados de la República, incluyendo a Chiapas.

En 1971, se crea el primer servicio de educación especial para brindar atención a las personas marginadas con necesidades especiales y se realiza un análisis de la estructura, de los programas y

de la formación y actualización del personal técnico y docente; para otorgar cuerpo y coherencia al sistema de educación especial adecuándolo a los requerimientos de la realidad social. Es por ello que se crea en el Estado la Coordinación de Educación Especial para darle estructura al mismo, contrayendo el firme compromiso de promover la participación de los sujetos con necesidades. En este mismo año, se inicia la historia de la educación especial en Chiapas, formalizando un convenio de coordinación con la Federación para iniciar las actividades, fundando la primer escuela en Tuxtla Gutiérrez de atención a deficientes mentales.

En 1974, se inicia la Clínica de Audición y Lenguaje, y para 1975 se traslada a la Escuela de Educación Especial "Area de deficiencia mental" en el turno vespertino.

En 1978, se establecen en los municipios de San Cristóbal y Comitán las escuelas de educación especial, a las que se les otorga la categoría de Centros Psicopedagógicos. En este mismo año, es presentado a la Dirección de Educación Especial un anteproyecto para la creación de grupos integrados con el objetivo de darle formalidad a la escuela de educación especial.

En 1979, se crean dos unidades de grupos integrados, que tienen como propósito apoyar a los alumnos repetidores de primer grado de educación básica y que presentan problemas de aprendizaje. Además se funda otra escuela en el municipio de San Cristóbal con la modalidad de atipicidades múltiples.

En 1980, aumenta la población escolar en ambos sistemas, por lo que se hace necesaria la reestructuración de los servicios de Educación Especial. Dicha reestructuración permitió realizar cambios substanciales tales como la separación del área de audición que formaba parte de la clínica de audición y lenguaje, constituyéndose como escuela y quedando el área de lenguaje y aprendizaje como Centros Psicopedagógicos. En este mismo año, se dan los primeros pasos en la atención de niños con necesidades especiales en la ciudad de Tapachula específicamente con deficiencia mental y sordos.

En 1981, se modificó nuevamente la estructura de los grupos integrados quedando cada unidad con diez maestros y el equipo de apoyo resultando así la Unidad N° 1 y 2 en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, así mismo se incrementa el número de unidades la N° 3 en Tapachula y la N° 4 en Comitán. Hasta ese momento se contó con personal docente especializado y administrativo haciendo un total de 57 empleados atendiendo una población de 800 alumnos repetidores de primer grado, debidamente detectados a través de los diferentes filtros psicopedagógicos de detección.

En 1982, se funda la Unidad N° 5 de grupos integrados en el municipio de San Cristóbal de las Casas, atendiendo una población escolar de 200 alumnos, paralelamente se implementan las asesorías en el área de audición y psicología para cubrir la estructura del departamento de Educación Especial.

En Octubre de 1982, se da a conocer en el ámbito nacional la descentralización de los niveles de educación especial y la educación para adultos, es decir, la transferencia de los diferentes proyectos de los servicios de educación a las Delegaciones Generales de la Secretaría de Educación Pública (S.E.P.) en los Estados. En este momento la coordinación de educación especial pasa a formar parte de la Subdirección General de Educación Básica como departamento. El área de control escolar, al desconcentrarse pasa a formar parte del departamento de registro y certificación de la misma delegación, quedando el departamento de Educación Especial estructurado por una subjefatura de trámite y control, un área técnica con asesores en cada área de atención (deficiencia mental, trastornos de audición y lenguaje, problemas de aprendizaje, grupos integrados, lenguaje, psicología, trabajo social, educación sexual, impedimentos motores y trastornos visuales) y por los directores de las instituciones de educación especial.

En 1982 la entonces Coordinación y Dirección de Educación Especial del Estado elaboraron un proyecto sobre el estado actual de la educación especial y el proyecto de inversión 1982 a 1988, para el Inventario Nacional de Necesidades Sociales y Oportunidades con respecto a educación especial, misma que incluía: Normal de Especialización, Escuela de Atipicidades Múltiples en Cintalapa y Villaflores, y dos centros de capacitación para el trabajo en Tapachula y Tuxtla Gutiérrez.

Actualmente las escuelas de educación especial, centros de estimulación temprana y centros de capacitación para el trabajo perteneciente a la Secretaría de Educación atienden a grupos que presentan necesidades de educación fundamental, para su normalización e integración social. Esta modalidad atiende las áreas de deficiencia mental, trastornos de audición y lenguaje, trastornos visuales e impedimentos motores. Por otra parte la educación complementaria comprende la modalidad de problemas de aprendizaje, lenguaje y conducta. Las instituciones que atienden este ámbito son: Unidades de Grupos Integrados y Centros Psicopedagógicos.

CAPITULO II

DEFICIENCIA MENTAL

2.1 DEFINICION DE LA DEFICIENCIA MENTAL.

Tradicionalmente se ha denominado deficiente mental al sujeto que presenta problemas en el comportamiento cuando: a) El funcionamiento intelectual se encuentra por debajo del nivel normal; b) Se presentan problemas de aprendizaje de madurez social, o ambos casos; c) Estos problemas se originan durante el desarrollo del individuo (Galindo *et al.*, 1981).

Cuando se obtiene un puntaje inferior a 70, es decir, un coeficiente intelectual de 70 o menor será considerado como deficiente mental, esta clasificación es confiable y objetiva afirman Wechsler y Binet quienes están a favor de su empleo. Sin embargo, existen argumentos muy justos en contra de la utilización de escalas de inteligencia por considerar inadecuado concebir el coeficiente intelectual de un individuo como el factor absoluto de su potencial, además de que un coeficiente intelectual no informa sobre el nivel de adaptación al medio ambiente del sujeto (Morales, 1981).

Heber (1961), se refiere a la deficiencia mental como al funcionamiento intelectual general por debajo del promedio, que se origina durante el período de desarrollo y que está asociado con el deterioro de la conducta adaptativa.

La conducta del deficiente, como cualquier otra conducta, es función de su historia genética y adaptativa, y se caracteriza por ser inadecuada desde el punto de vista adaptativo.

De acuerdo con Ribes (1975), la conducta del deficiente mental es determinada por factores básicos como:

- a) Los determinantes biológicos del pasado (factores genéticos, prenatales y perinatales).
- b) Los determinantes biológicos actuales (estado nutricional, fatiga, droga, etc.).
- c) Condiciones ambientales o acontecimientos discriminativos, reforzantes y disposicionales.

Bijou (1963), añade: "La tarea de la investigación sistemática y científica de la conducta, es el investigar las condiciones potencialmente observables que pueden producir el retardo conductual, no retardado mental".

En 1975 Bijou define la deficiencia mental como una desviación en el desarrollo psicológico y, por consiguiente, se utiliza el término desarrollo en vez de deficiencia mental. Las diferencias entre desarrollo normal y la deficiencia, radican en la naturaleza de las condiciones y las interacciones del desarrollo, pasado y presente. El desarrollo normal, cambios progresivos en las interacciones entre el individuo, y el medio, se da a través de la acción de condiciones biológicas, sociales y físicas que están "dentro de los límites normales". El desarrollo deficiente evoluciona a través de la acción de condiciones biológicas, sociales y físicas que se desvían; de lo normal en grados extremos; mientras más extremas sean las desviaciones, más deficiente será el desarrollo. Este enfoque tiene la característica de que se rechazan las formulaciones mentalistas y adopta un punto de vista objetivo que se fundamenta en el análisis experimental de la conducta.

Torroella (1966), la define pediátricamente como la disminución de la inteligencia que se inicia tempranamente en la vida y que causa un desarrollo mental inadecuado durante la etapa de crecimiento.

Chusio en 1974, menciona que neurológicamente está caracterizada por la maduración intelectual lenta desde los primeros años de vida, y que puede ser causada por factores genéticos, biológicos u otros, dando por resultado un desajuste social.

En 1978 la Dirección General de Educación Especial la define como aquel sujeto que presenta una disminución significativa y permanente en el proceso cognoscitivo acompañado de alteraciones en la conducta adaptativa. En este mismo año la Confederación Mexicana de Asociaciones en Pro del Deficiente Mental A. C., menciona que es una persona que desde su infancia se desarrolla en grado inferior al normal y que experimenta dificultades en lo que concierne al aprendizaje, adaptación social y productividad económica.

La definición Legal y Sociológica que se da en 1980 para aquellas personas con deficiencia mental es, que por razones de un desarrollo mental permanente retrasado, son incapaces de una autodirección y mantenimiento independiente.

Pichot (1988), menciona que consiste en una alteración en el aprendizaje de las habilidades cognitivas, verbales, motoras o sociales.

En 1989 Gesell, define a la deficiencia mental como un funcionamiento intelectual inferior a lo normal que se origina durante el periodo evolutivo y se halla asociado ya sea con impedimentos para el aprendizaje y el ajuste social, para la maduración o para ambos.

Barroso, *et al.* (1995) en el primer Congreso Internacional de la Discapacidad en el año 2000, define que la deficiencia mental cuya principal característica es un déficit de la función intelectual que hace que la capacidad general de estas personas para aprender y adaptarse a la vida social sea reducida.

2.2 CARACTERISTICAS DE LA DEFICIENCIA MENTAL.

Para tratar un caso de deficiencia mental, se deben determinar cuáles son las características o rasgos que presentan. Así en la deficiencia mental, es importante señalar los rasgos más comunes con los que se enfrenta no sólo el psicólogo, también los padres y personas que integran el medio ambiente del sujeto; este conocimiento ayudará a una mayor comprensión y principalmente a la utilización de las técnicas adecuadas para una óptima rehabilitación.

Probablemente, una de las conductas en las que el deficiente mental muestra retardo muy particular en su respuesta a los estímulos y reforzadores sociales, es decir, a conductas de tipo social entendiéndose esta como "toda conducta que es reforzada por la medición de otras personas" (Ribes, 1990).

Dentro de las características más importantes de conducta social, donde muestra deficiencias el sujeto son entre otras:

- Problemas de adaptación
- Autoestimulación
- Aislamiento
- Retraimiento
- Manipulación de objetos
- Ruido

- Autismo
- Timidez
- Hiperactividad
- Risa
- Conducta cooperativa
- Conducta de afecto

La conducta agresiva, es otro tipo de característica en ciertos sujetos con deficiencia mental existiendo la endógena (hacia sí mismo) y la exógena (hacia otras personas).

Los sujetos con deficiencia mental presentan escasos o nulos repertorios en conductas académicas, específicamente en la escritura, lectura y dificultad en el lenguaje; presentándose así muchos problemas para el aprendizaje. Otra conducta es la emocional en la que se incluyen: berrinches, enojos, llantos, entre otros. Excluyendo aquellas conductas que son provocadas en forma directa por un estímulo previo como el dolor, el hambre, el sueño, etc.

Dentro de las características que por una u otra causa presentan se encuentran las siguientes: Escasa memoria, atención dispersa o nula, escaso control instruccional, percepción alterada o dispersa, carencia de repertorio de imitación, carencia de repertorio de discriminación e incoordinación motora.

2.3 CAUSAS O FACTORES QUE ORIGINAN LA DEFICIENCIA MENTAL.

No sólo los factores biológicos son los que causan la deficiencia mental, también es importante mencionar los factores psicológicos, sociales, económicos y culturales. En muchos individuos la deficiencia es el resultado de una compleja interacción entre los factores biogenéticos y los ambientales, además, muchos niños manifiestan deterioro sin mostrar anomalías en el aspecto orgánico o ambiental, lo que plantea varios problemas.

En muchos aspectos, los métodos actuales para determinar las anomalías orgánicas y ambientales, siguen siendo insuficientes, siendo necesario un adelanto científico para llegar a comprender a las personas cuya función intelectual está deteriorada.

Wilcox (1961), en un seminario sobre estrategias para la intervención conductual sobre el aparato mental, reporta que la investigación actual no produce principios y técnicas que podrían mejorar el entendimiento del deficiente y generar nuevas formas de tratamiento.

Así mismo, los psicólogos actuales han desistido en determinar cuál de las dos variables, herencia o medio, es más importante en la determinación de un nivel de funcionamiento intelectual. A través de los años se ha demostrado que: a) No se puede conocer la cantidad de "capacidad innata" existente al nacimiento o en cualquier otro punto del desarrollo, independientemente de la conducta; b) Herencia y medio constituyen términos genéricos que se refieren a la localización de variables y no a las fuerzas fijas en constante oposición (Beach, 1955); y c) La interacción entre variables dentro del organismo y entre éste y los eventos ambientales producen continuos cambios en la conducta.

Usualmente se postulan dos causas que originan deficiencia mental (Bijou y Baer, 1977):

1. Determinantes biológicos y endógenos: Dentro de estos determinantes existen los factores genéticos, prenatales, perinatales y postnatales.

Factores genéticos: El desarrollo del Sistema Nervioso Central (SNC), es el determinante principal en desarrollo normal de la conducta de cualquier sujeto, sin ello, no es posible ninguna interacción adaptativa con el medio ambiente. De sobra está señalar la enorme importancia del Sistema Nervioso a ese respecto, la falta de tejido nervioso no regenerable, puede afectar funciones básicas a todos los niveles y llegar hasta el extremo de reducir a un organismo a niveles puramente vegetativos. Así también, la carencia de órganos motrices o su lesión, como la falta de extremidades, o las parálisis parciales, afectan con no menos gravedad la posibilidad de adquirir conductas. En el caso de los órganos sensoriales, se reduce seriamente la cantidad y la clase de información que puede recibir el organismo del exterior y por consiguiente, la posibilidad de respuesta al medio.

Los defectos genéticos del SNC, se presentan como anomalías anatómicas o estructurales y anomalías bioquímicas o desórdenes del metabolismo. Dentro de las anomalías estructurales, es en los hemisferios cerebrales donde generalmente se presentan los cambios estructurales, provenientes del defecto en el desarrollo genético que produce deficiencia mental

(Norman, 1966), como es el caso de la falta casi en su totalidad de los hemisferios, o estados deformes que por su gravedad van desde una total o parcial ausencia de circunvoluciones (liscencefalia o cerebro liso), hasta la determinación de circunvoluciones y zonas restringidas. También alteran la función y estructura de los hemisferios cerebrales, defectos anatómicos genéticamente determinados que existen en otras partes del SNC y tejidos que lo rodean. El ejemplo común de esto es el agrandamiento de los ventrículos cerebrales (hidrocefalia).

Otra causa que origina la deficiencia mental, bien conocida y frecuente es el mongolismo o Síndrome de Down (Penrose, 1961). En 1959 se descubrió que los mongoloides padecen una anomalía cromosómica, en lugar de los 46 cromosomas habituales del ser humano, gran parte de los mongoloides tienen 47, pues poseen tres de ellos en el cromosoma 21, observándose desórdenes estructurales en muchos órganos y tejidos, como cerebro, huesos, dientes, piel, glándula tiroidea, músculo esquelético y corazón.

En contraste con las anomalías estructurales, las bioquímicas genéticamente determinadas que producen deficiencia mental son cada vez mejor conocidas (Stanbury, Wingarden y Frederickson, 1966). Comúnmente se transmiten los defectos bioquímicos como rasgos recesivos. Se expresa lo anormal por faltar en la vía metabólica una única enzima esencial; ausencia que puede producir dos defectos: que se acumulan grandes cantidades del producto químico, generalmente metabolizado por la enzima, o que haya deficiencias de un producto esencial para la reacción normalmente catalizada por la enzima. En algunos casos los dos factores son importantes.

Existen numerosos ejemplos de defectos genéticamente determinados que producen un estado deficitario, un ejemplo clásico es la fenilketonuria (FQU) que surge al faltar una enzima y al irse acumulando el sustrato, para esa enzima, el defecto enzimático FQU provoca elevados niveles sanguíneos causando daños irreparables, como en el caso del cretinismo, la falta de hormona tiroidea. Se presenta otro defecto en el metabolismo de un azúcar hallado en la leche, la galactosa, esta anomalía genética es producida por la falta de la enzima galactosa 1 – fosfato uridil transferasa que convierte a la galactosa en glucosa, provocando ataques y retardo en el desarrollo (Isselbacher, Anderson, Kurahasi y Kalckar, 1956).

Se están descubriendo a ritmo sorprendente casos de defectos bioquímicos del metabolismo genéticamente determinado. Muchos de estos defectos se parecen a la FQU, pues incluyen el metabolismo de los aminoácidos. El cerebro se muestra sensible a desórdenes metabólicos durante el período de desarrollo y muchas de estas enfermedades terminan en deterioro en el desarrollo, que pronto se nota, después del nacimiento, cuando el niño no logra alcanzar sus etapas de desarrollo normal.

Factores prenatales, perinatales y postnatales: Se sabe que es posible producir retardo en el desarrollo, durante la gestación o período prenatal, durante el alumbramiento (período perinatal) o a consecuencia de muchas clases de accidentes o enfermedades que el niño puede sufrir en los primeros años de vida (período postnatal).

Aunque los científicos saben mucho acerca de lo que ocurre al feto o embrión durante su desarrollo dentro de la madre; no saben todavía como prevenir muchas de las cosas que pueden ocurrir al organismo que se está desarrollando, o cómo asegurarse de que todos los niños nacerán con un funcionamiento normal.

A veces ocurren interrupciones espontáneas en el desarrollo durante la vida fetal, durante el desarrollo del bebé, que dan lugar a daños neurológicos. Accidentes o enfermedades afectan a veces el embrión durante el proceso de su maduración, a pesar de que la naturaleza ha tomado disposiciones protectoras extraordinarias para el feto durante los nueve meses de desarrollo.

Muchas y complejas son las causas del retardo; una poco común, pero que sigue teniendo importancia incluso en estos días de antibióticos, es la infección maternal que se transmite al feto. En épocas pasadas la infección más común de este tipo era la venérea, la sífilis; los niños subsecuentes padecían a menudo sífilis congénita. También puede transmitirse al feto infecciones maternas provocadas por algunos virus como en el caso del sarampión alemán (rubéola), devastador producto de complicaciones, si lo contrae la madre durante los primeros meses de embarazo, causará muchos tipos de incapacidades en los niños, siendo un agente importante que causa daño cerebral. Otros

ejemplos de anomalías producidas por procesos infecciosos son: Meningitis, encefalitis, toxoplasmosis, entre otras (González-Mas, 1974).

El desarrollo normal del feto no sólo depende de que no haya infecciones, sino que existen también una serie de factores ambientales que afectan en diferente grado el desarrollo del embrión.

Investigaciones recientes (Benton, 1966; Greenber y Barton, 1957; Murphy, 1947; Stechler, 1964), parecen indicar que el estado físico emocional de la madre (y por consiguiente, el ambiente prenatal que le proporciona al bebé), puede ejercer una influencia importante en el curso del desarrollo fetal y en la salud y el ajuste subsiguiente del niño. A continuación se mencionan algunos de los factores prenatales del ambiente más importantes que se han investigado:

- a) Calidad de la nutrición de la madre: La madre gestante debe consumir una dieta adecuada para conservarse en el mejor estado de salud. Esto es comprensible, puesto que el suministro de alimento del feto que está creciendo, proviene en última instancia de la corriente sanguínea de la madre. Los estudios realizados por: Ebbs *et al.*, 1942, indican que las madres que llevan una deficiente dieta durante el embarazo tuvieron anemia, toxemia, amenazas de aborto, nacimientos prematuros. Además, los niños presentaron durante las dos primeras semanas de vida, pulmonía, raquitismo, anemia, tetania, bronquitis y resfriados con una alta frecuencia.
- b) Edad de la madre: Los avances de la ciencia médica han hecho que el embarazo y el parto sean hoy mucho menos peligrosos y difíciles que antes, sin embargo, las mujeres que tienen su primer hijo a la edad de 35 años o más, tienen porcentajes más elevados de mortalidad, una mayor proporción de hijos con retraso en el desarrollo (inclusive algunas llegan a tener hijos mongólicos), también suelen sufrir más enfermedades durante el embarazo y un parto más prolongado y difícil que las mujeres cuyas edades oscilan entre los 20 y los 35 años. También propenden más a necesitar intervención quirúrgica o ginecológica, para el alumbramiento, pero en números absolutos, la frecuencia de tales complicaciones graves es pequeña.
- c) Ingestión de drogas: Existen muchos casos de daño causado al feto a consecuencia de las drogas que toma la madre. Los más famosos fueron los de los niños nacidos con tremendos defectos anatómicos en sus extremidades a causa de que sus madres tomaron una droga llamada talidomida durante el embarazo. Los recién nacidos a cuyas madres se les dieron barbitúricos u

otras drogas durante el parto, suelen mostrar indicios de una sedación excesiva y trastornos respiratorios.

Una elevada dosificación de drogas " puede retardar de tal manera la corriente sanguínea fetal, que se produzca la asfixia del feto en el momento del nacimiento con lesión cerebral permanente, suficiente para producir retardo en el desarrollo" (Montagu, Macy, Found, 1950).

- d) Irradiaciones: La irradiación con rayos X en grandes cantidades sobre mujeres embarazadas, puede ocasionar graves trastornos. Alrededor de una tercera parte de un grupo de 75 niños que tuvieron a tiempo y cuyas madres habían recibido irradiaciones durante el embarazo, exhibieron anomalías mentales y físicas que no pudieron atribuirse más que a este tratamiento, 20 de ellos mostraron graves trastornos del SNC, 16 microcefálicos, 8 fueron extremadamente pequeños con deformidades físicas o ciegos (Murphy, 1947).

El ejemplo más impresionante de los efectos de la radiación atómica en el feto, se conoció después de que se arrojó la bomba atómica sobre Hiroshima, en el Japón. Las madres embarazadas con fetos de menos de 20 semanas y que se encontraron a menos de un kilómetro del centro de la explosión, dieron a luz niños física y mentalmente anormales (Plumer, 1952).

- e) Factores Rh: Las diferencias determinadas genéticamente entre los tipos sanguíneos del feto y su madre, pueden ser incompatibles bioquímicamente. El feto con Rh positivo, cuya madre tiene factor Rh negativo, produce anticuerpos en la sangre de la madre, que regresan al sistema circulatorio del feto produciendo gran daño, destruyendo los glóbulos rojos e impidiendo que distribuya el oxígeno normalmente. Esto puede tener consecuencias trágicas entre las que figuran el aborto, la muerte al nacer, o si el niño sobrevive, puede quedar paralizado parcialmente o presentar retardo, probablemente a consecuencia de una lesión cerebral por causa de un suministro insuficiente de oxígeno durante un período crítico de desarrollo (Montagu, 1950). Afortunadamente en la actualidad se cuenta con técnicas médicas que reducen al mínimo las consecuencias de la incompatibilidad.
- f) Estados emocionales de la madre: A pesar del hecho de que no existen conexiones directas entre el sistema nervioso de la madre y el feto, el estado emocional de la madre puede influir en las reacciones y en el desarrollo del feto. Esto se debe a que emociones tales como la ira, el miedo y la ansiedad, ponen en acción al sistema nervioso autónomo de la madre, que libera algunas sustancias químicas (acetilcolina y epinefrina) en la corriente sanguínea. Además en tales

circunstancias, las glándulas endocrinas, especialmente las suprarrenales, segregan diferentes clases de hormonas. El metabolismo celular se modifica también. En pocas palabras, cambia la composición de la sangre, y nuevas sustancias químicas se transmiten a través de la placenta, lo cual produce cambios en el sistema circulatorio del feto (Squier y Dunbar, 1946).

Hasta ahora hemos considerado el efecto posible de acontecimientos que tienen lugar durante el embarazo, pero existe un segundo conjunto de factores que pueden afectar también el desarrollo de un sujeto, está relacionado con la mecánica del alumbramiento, como son: el tamaño del feto, el insuficiente estiramiento de los ligamentos del arco pélvico, una pelvis demasiado estrecha, la posición defectuosa del feto durante el parto, el no respirar inmediatamente después del nacimiento y otros factores físicos similares, que solos o combinados, puede producir retardo en el desarrollo.

Aunque muchos de los peligros asedian el alumbramiento, los dos principales son: el rompimiento de los vasos sanguíneos del encéfalo, causado por presiones fuertes aplicadas a la cabeza del niño; y la falta de oxígeno suficiente por parte del feto al quedar separado de la fuente materna (anoxia). Estos dos acontecimientos (la hemorragia y la anoxia), pueden dar lugar a una deficiencia de oxígeno en las células nerviosas, lo cual a su vez puede ocasionar un conjunto de defectos, algunos de los cuales son motores (Windle, 1963). El niño muestra parálisis de las extremidades, un temblor en los dedos o en el rostro, o incapacidad de utilizar los músculos del habla; en este último caso, tal vez le cueste trabajo aprender a hablar. En términos generales, la anoxia resultante de variadas causas, podrá tener secuelas diferentes, dependiendo de las regiones del cerebro afectadas.

El nacimiento prematuro es otro fenómeno que puede ocasionar trastornos en el desarrollo posterior del niño, ya que presenta características con cierto grado de inmadurez como lo son: la piel arrugada y transparente, cabeza y lengua desproporcionalmente grandes, mal tono muscular, ojos prominentes y muy separados entre sí.

Algunas investigaciones realizadas (Roshchild, 1967; Solkoff, Yaffe, Weintraub y Blase, 1969), entre niños normales y prematuros han demostrado que: los niños prematuros siguen siendo pequeños en estatura y en peso hasta los cinco o seis años de edad, tienen rendimientos, más bajos que los niños

normales, en los aspectos cognoscitivo y motor, durante los primeros cinco años de vida. Además muestran una tendencia mayor que los bebés nacidos a tiempo, a sufrir anoxia, pérdida de peso e infecciones, durante los primeros meses de vida y en algunos casos, donde la prematurez es más severa, muestran anormalidades neurológicas (en especial parálisis cerebral) y retraso en el desarrollo (Wright *et al.*, 1968).

En el período postnatal, o sea después del nacimiento del niño, las causas más frecuentes que pueden ocasionar retardo en el desarrollo, son las infecciones y las lesiones cerebrales. La meningitis y la encefalitis son, durante la infancia infecciones bastante comunes que pueden dejar como residuo un grave deterioro.

Hoy día, los accidentes son el peligro mayor para la salud del niño, como resultado de la actividad normal de la infancia, obviamente, muchos niños experimentan lesiones durante el juego debido a caídas, abundando las lesiones en la cabeza que producen daño cerebral irreparable, teniendo como consecuencia una obstrucción en el desarrollo del niño. Esta claro que las causas que originan la deficiencia mental son muy complejas, y no tienen respuesta fácil. El punto importante es señalar la forma de rehabilitar a las personas que por una u otra causa presentan deficiencia mental.

Desde el punto de vista del análisis funcional, los factores biológicos pueden constituir una clase de condiciones que generan el retardo. Estas variables independientes no biológicas en la producción del retardo. En cuanto a los procesos hereditarios que participan en la determinación del retardo, también pueden participar en la producción de anomalías anatómicas y fisiológicas en el individuo. Un niño con daño o anomalías biológicas, puede ser excluido o verse seriamente restringido en sus contactos con las cosas y la gente, porque:

- a) Su equipo biológico se halla deteriorado.
- b) Su equipo psicológico subdesarrollado limita el rango de estímulos disponibles.
- c) Su apariencia y su rango pueden excluirlo de interacciones sociales esenciales para un aprendizaje posterior (Bijou y Baer, 1963).

Puesto que una cierta proporción de niños siempre tendrá daños biológicos o fisiológicos, producidos por procesos hereditarios, enfermedades, lesiones, entre otros; es de esperarse que estos individuos tengan como consecuencia, repertorios conductuales limitados, y por lo tanto sean considerados por la sociedad como psicológicamente retardados. En aquellos casos en los que las condiciones biológicas no sean previsibles o médicamente remediables, la tarea de elaborar técnicas especiales de entrenamiento y de preparar ambientes especiales, les compete a los científicos conductuales.

2. Condiciones ambientales y exógenas: Dos o tres décadas atrás, la llamada cuestión de la herencia, era el centro de una viva controversia. En la actualidad se ha aceptado de una manera general, que tanto los factores hereditarios, como los ambientales, afectan la conducta como un todo. El organismo que reacciona es un producto de sus genes y de su medio pasado, mientras el ambiente presente, proporciona la estimulación inmediata para la conducta actual.

Las condiciones ambientales, en contraste con las biológicas, son influencias directas; el efecto inmediato es siempre un cambio conductual que puede aumentar o decrementar en un momento determinado, dependiendo del conjunto de interacciones mantenidas entre el organismo y el medio ambiente (Ribes, 1975).

Cuando el medio es monótono, rutinario y limitado, las interacciones se ven restringidas. Es de esperarse que circunstancias de este tipo limiten los repertorios de autocuidado, "modales", reacciones socio-emocionales y habilidades preacadémicas y académicas.

Las historias de reforzamiento inadecuadas pueden ocurrir sobre todo en situaciones sociales restringidas. Como ejemplo de dichas situaciones tenemos: a) Niños criados en comunidades aisladas y bajo condicionantes económicas apenas suficientes; b) Infantes y niños criados en instituciones en las cuales se hallan ausentes los contactos posibles a través de la vida familiar; y c) Niños de familias con padres perturbados emocionalmente que impiden que sus hijos, por motivos idiosincrásicos, tengan las interacciones usuales con las cosas y las personas.

La historia de reforzamiento inadecuada que ha sido mantenida entre el organismo y el medio, puede producir un repertorio conductual limitado, ya sea por: a) La carencia de ciertas formas de estimulación reforzante en el pasado; b) El reforzamiento de conductas indeseables y; c) La utilización excesiva de estimulación. Estos tres factores contribuyen, en distinto grado, al retardo en el desarrollo (Ribes, 1975).

La carencia de ciertas formas de estimulación reforzante en el pasado, se pueden traducir en la falta de perfiles de comportamiento que no pudieron establecerse por no haber habido reforzamiento, causando una falta de responsividad a esos reforzadores en el futuro. Entendiendo por estimulación reforzante: "el procedimiento de presentar un estímulo inmediatamente después de una respuesta que incremente la probabilidad de la ocurrencia de una misma respuesta de la misma clase, en la siguiente ocasión" (Bijou y Baer, 1977). El reforzamiento puede ser continuo si se presenta después de cada respuesta de una clase dada o intermitente si se presenta esporádica o arbitrariamente, o no.

El reforzamiento intermitente puede retardar el desarrollo, ya que se refuerzan de manera selectiva conductas dependientes y se deja reforzar o extinguir las independientes.

El reforzamiento de conductas indeseables, se refiere al mal uso o empleo del reforzamiento, generalmente hecho por los padres o personas que forman en el medio ambiente del sujeto con retardo; como sucede en el caso de las conductas indeseables; es bien conocido que los sujetos con retardo en el desarrollo, muestran gran cantidad de conductas que desagradan a los demás, como son los berrinches, la agresividad, el retraimiento, entre otros. Estas conductas se deben en la mayoría de los casos, a que inadvertidamente se reforzaron durante largo tiempo en el ambiente. No forman parte del retardo, sino más bien pueden provocarlo, por las consecuencias indeseables que la interacción con estos sujetos ocasiona a los miembros de una comunidad (Ribes, 1975).

Un tercer factor que puede retardar en el desarrollo y que se deriva de interacciones entre el individuo y el medio, es el uso excesivo de estimulación aversiva. En la utilización de estimulación aversiva hay que señalar dos puntos: el primero es de los posibles efectos colaterales que provoca, en la interacción con otras personas, que puede restringir seriamente la gama de estimulaciones a la que

quedará expuesto el sujeto, el segundo punto es que, además de suprimir y restringir la variedad de repertorio potencial del sujeto, la estimulación aversiva puede volverse altamente reforzante para quienes la emplean, ya que reduce de inmediato los factores poco gratificantes desde el punto de vista social. Muchos de los que sufren retardo en el desarrollo, tienen un aspecto que no es agradable a la vista, como tampoco lo son las conductas que emiten. Esto, produce que quienes los atienden utilicen la estimulación aversiva y el castigo; lo cual reduce las posibilidades de crear un ambiente positivo que facilite el establecimiento de conductas sociales complejas en el sujeto con retardo mental.

Resumiendo, el reforzamiento inadecuado, la estimulación aversiva y el uso excesivo de castigo, así como también la saciedad y la privación de reforzadores y estímulos emocionales, contribuyen en diferente grado y magnitud al retardo en el desarrollo.

2.4 CLASIFICACION DE LOS NIVELES DE DEFICIENCIA MENTAL.

La facultad intelectual llamada inteligencia, radica en el sistema nervioso central y tiene grados. Existen individuos mejor dotados congénitamente y además hay la posibilidad de incrementar dicha facultad con métodos didácticos. Las múltiples experiencias surgidas de la vida diaria, el ambiente donde se mueve el individuo, su nivel social, diversiones, oficios entre otros; van proporcionando un acervo de conocimiento que contribuye a moldear e incrementar la capacidad intelectual de un individuo (Kolb, 1970).

Además el individuo mejor dotado biológicamente y en contacto con elementos ambientales adecuados tiene la enorme ventaja de incrementar en forma satisfactoria y con mayor rapidez su aprendizaje cultural.

La inteligencia no es un producto de un sólo proceso mental sino que comprende la memoria visual y auditiva, el procesamiento abstracto, el razonamiento, las capacidades de manipulación y de expresión verbal (Kolb, 1971). Por lo cual, se comprende fácilmente que pruebas como la del

coeficiente intelectual (C.I) es de gran ayuda pero no puede concederles un valor absoluto, más aún si se considera que en ellas influyen también la experiencia y la cultura.

El coeficiente intelectual (C.I) se refiere al tipo de puntuación usado ampliamente por primera vez en los Estados Unidos de Norteamérica con la prueba de Stanford-Binet en 1916, donde se podía calcular la edad mental (E.M) del niño mediante tablas de edad después se dividía esa edad mental entre la edad cronológica o real (E.C) y se le multiplica por cien para obtener el coeficiente intelectual.

$$C.I = \frac{E. M}{E. C} X 100$$

La edad mental del niño promedio igualada a su edad cronológica dando un coeficiente intelectual de cien. La edad mental del niño deficiente mental era menor a su edad cronológica dando un coeficiente intelectual por debajo de cien. Por lo tanto, el uso del coeficiente intelectual es útil para agrupar a los sujetos según el grado de retardo mental que poseen.

En lo que se refiere a la deficiencia mental se ha establecido la siguiente clasificación de acuerdo a Gessell (1925):

- 1) Deficiencia mental leve: Pueden alcanzar niveles aproximados de hasta sexto grado en la enseñanza primaria, aunque en un ritmo más lento. Frente a situaciones nuevas o extrañas, aparecerán dificultades para adaptarse, pudiendo llegar a necesitar ayuda cuando se encuentre bajo un fuerte estado de tensión y presentan una mayor sensibilidad ante el fracaso. Tienen mayores dificultades en las relaciones con los otros niños y posteriormente en las situaciones sociales en general.
- 2) Deficiencia mental moderada: Pueden beneficiarse de los entrenamientos para la adquisición de hábitos, llegando a hablar y aprender a comunicarse de formas diversas aunque les es difícil expresarse con palabras; es poco probable que progrese más allá del segundo grado. En condiciones de protección requiere supervisión y orientación.
- 3) Deficiencia mental severa: Presentan poco desarrollo motor, generalmente incapaz de aprovechar el adiestramiento al cuidado personal, pocas o ninguna aptitud comunicativa. Pueden desarrollar una capacidad de autoprotección hasta el nivel mínimo dentro de un ambiente controlado.

- 4) Deficiencia mental profunda: Presentan una capacidad mínima de funcionamiento en las áreas sensitivo-motoras. Necesitan de asistencia sanitaria y ser atendidos permanentemente con cuidados maternos e incluso de enfermería.

En 1978 la Confederación Mexicana de Asociaciones en Pro de las Personas con Deficiencia Mental A. C., establece la siguiente clasificación:

- 1) Deficiencia mental leve: El desarrollo es lento y sus posibilidades son limitadas en lo referente a la educación académica tradicional, la mayoría de los niños que reciben el estímulo necesario serán adultos responsables, bastándose por sí mismos con un trabajo productivo y una vida independiente.
- 2) Deficiencia mental moderada: Estas personas aprenden a cuidar de sí mismos y satisfacen sus necesidades personales. Pueden realizar trabajos productivos en el hogar o ingresar a una fuerza laboral bajo condiciones especiales.
- 3) Deficiencia mental severa: Presentan retraso en el desarrollo del movimiento y lenguaje, aprenden a cuidar de sí mismos y pueden adquirir destrezas básicas que les ayudarán adaptarse a la sociedad, y su productividad económica es limitada.
- 4) Deficiencia mental profunda: Requieren de cuidados y atención constante para sobrevivir, su coordinación motriz y el desarrollo de sus sentidos es muy pobre, a menudo sufren impedimentos físicos.

Valdés *et al.* (1993), propone cuatro niveles de gravedad que reflejan el grado de coeficiente intelectual:

- 1) Deficiencia mental leve: Su coeficiente intelectual (C.I.) es de 50-55 a 70 que corresponde a la categoría pedagógica de "educable", desarrollan habilidades sociales y de comunicación durante el período preescolar y tienen un deterioro mínimo en las áreas sensorio-motrices, lo que a menudo hace difícil distinguirlo de los niños normales. Los adolescentes que sufren este tipo de trastorno pueden aprender distintas habilidades hasta el nivel de educación básica (sexto grado), no obstante pueden necesitar orientación y asistencia cuando se encuentran en situaciones de estrés social y económicos.

- 2) Deficiencia mental moderada: Con un C.I. de 35-40 a 50-55 equivale a la categoría de "entrenable", pueden aprender habilidades de comunicación durante el período preescolar, pueden cuidarse así mismo y en algunas ocasiones beneficiarse del aprendizaje de habilidades sociales y laborales. Aunque los que continúan sus estudios son incapaces de progresar mas allá del nivel de segundo grado, y requieren de estrecha supervisión.
- 3) Deficiencia mental grave: Con un C.I. de 20-25 a 35-40 durante el período preescolar se observa un desarrollo motor pobre y el niño adquiere pocas o nulas habilidades verbales para la comunicación pueden aprender los principales hábitos de higiene.
- 4) Deficiencia mental profunda: De un C.I. por debajo de 20-25, durante los primeros años estos niños muestran una capacidad mínima para el funcionamiento sensorio-motriz.

Estas clasificaciones consideran cuatro tipos de retardo en función de la gravedad del trastorno intelectual y con la necesidad de atención que requiere la persona, esto es de acuerdo a su coeficiente intelectual, nivel educativo alcanzado y habilidades de adaptación social.

La mayoría de las clasificaciones, incluyendo la de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S) y la del Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders (DSM III, 1993), muestran que no pueden considerarse como una forma estática para encasillar un déficit, sino que se ha de tener en cuenta toda la complejidad y variabilidad de los factores que intervienen, puesto que cada sujeto tiene características propias y ambientales que le son particulares, y evidentemente en la mayoría de los casos, tanto unas como otras pueden modificarse en beneficio del sujeto.

Por otra parte, las clasificaciones respecto a los grados de deficiencia mental han evolucionado considerablemente, tanto si tenemos en cuenta su coeficiente intelectual como si nos referimos a su nomenclatura. También las zonas que limitan la normalidad y la deficiencia presentan leves diferencias según los distintos autores.

CAPITULO III

MARCO TEORICO

3.1 ANTECEDENTES DE LA DEFICIENCIA MENTAL MODERADA (DMM).

Siguiendo la escuela tradicional, y tomando básicamente como parámetro fundamental en esta forma clínica el coeficiente intelectual (CI); pero a la vez, también teniendo muy en cuenta los síntomas más relevantes como los trastornos de la inteligencia, incluyendo el CI como índice cuantitativo, aunados los trastornos somatopsíquicos, los de la comunicación, los emocionales y los psicosociales (Coronado, 1984).

Además, se parte sobre la base de los hechos reales de la naturaleza propia de la deficiencia mental, o sea, de ser la expresión de un daño cerebral.

Coronado (1984) menciona sobre este hecho, aunque subjetivamente y tal vez no muy de acuerdo con la lógica que el deficiente mental moderado presenta un deterioro encefálico que puede abarcar hasta un 40%; con lesiones que pueden localizarse en los finos y delicados tejidos de las zonas corticosubcorticales del pallium, de las formaciones nucleares grises, de las íntimas regiones mesencefálicas, entre otras.

3.2 CARACTERÍSTICAS DE LA DEFICIENCIA MENTAL MODERADA (DMM).

La deficiencia mental moderada queda comprendida dentro del grupo de los entrenables, por sus propias carencias psicometales no alcanzan muchas veces hacer incorporados con éxito a su comunidad, porque no se pueden bastar así solos plenamente; si bien algunos si logran desempeñar un trabajo donde no se requiera una gran habilidad bajo estrecha supervisión que les permita vivir y ser igualmente útiles a la sociedad aunque en condiciones un tanto azarosas o poco favorables. Durante la adolescencia sus dificultades para reconocer normas sociales pueden interferir en sus relaciones interpersonales, además de necesitar orientación y supervisión cuando se encuentran en situaciones de estrés (Coronado, 1984; Valdés *et al.*, 1993).

Según Coronado (1984), si se tiene en cuenta esta dualidad de condiciones, y dadas las probabilidades de triunfo de unos antes las metas inalcanzables de otros, la DMM se puede subdividir en dos: la media y la severa o semiprofunda, estando esta última muy cerca de la deficiencia mental profunda.

De acuerdo con su cuadro clínico a continuación se describen los principales trastornos que se presentan para cada caso:

1. Media: Los de inteligencia corresponden a un nivel mental de CI de 65 a 51, estos índices de cuantificación mental revelan una gran cantidad de carencias en las funciones cerebrales superiores, en donde se pueden observar graves problemas en el aprendizaje de la lecto-escritura y más aún del cálculo. Los somatopsíquicos son pronunciados y se pueden ver ligeras deformaciones del cráneo, pero en cambio aparecen numerosas asimetrías craneofaciales hasta en un 80%. El hipodesarrollo estaturoponderal es frecuente y no-falta una que otra anomalía o disfunción orgánica. Los de la psicomotricidad se inician con la aparición temprana de su hipo evolución, por lo que regularmente se puede observar inmadurez neuromotriz, incoordinaciones motrices con imprecisión perceptiva de la imagen corporal en gran proporción; anomalías que acentúan las dificultades del aprendizaje. Los de la comunicación son más notables y dificultan la enseñanza, principalmente los del cálculo. Los emocionales son de gran variedad y frecuencia; así mismo, en los psicosociales donde se presentan problemas muy marcados y rebeldes. También complicaciones múltiples diversas como la epilepsia, además de las dificultades para su incorporación social y/o laboral.
2. Severa o Semiprofunda: Los de la inteligencia catalogados con un CI de 50 a 31, derivada de sus más notables anomalías somatopsíquicas y psicomentales al unísono. Presenta daño cerebral grave, y en general su sintomatología es más acentuada y las lesiones encefálicas son mayores y más pronunciadas. Tienen problemas de aprendizaje observables con la lecto-escritura, el cálculo y demás elaboraciones psicomentales ya que pocos logran aprender las primeras letras (vocales), más aún por los graves problemas de la comunicación, impactados por los problemas emocionales y psicosociales que se originan y promueven en mayor escala en la negatividad de su ambiente familiar y social ya que son muy notables en su entorno familiar u hogareño.

Explotando sus escasos recursos pueden bastarse por sí mismos y cubrir sus necesidades primarias y alejarse de la custodia obligada, además su incorporación social es difícil, pero pueden desempeñar trabajos sencillos en talleres protegidos.

3.3 DEFINICION Y LIMITES DEL CONCEPTO.

Durante estas últimas décadas ha surgido un notable interés por conocer todo lo relacionado con la categoría del deficiente mental moderado (DMM), que de alguna u otra manera no encajaba en los programas que por todas partes se hacían para niños, jóvenes y adultos intelectualmente disminuidos. Aunado a esto, se aceptaba unánimemente que estos pacientes eran sólo "entrenables", "recuperables" o "adiestrables", es decir, que no eran "educables" como los deficientes mentales leves; pero las cosas han cambiado un poco y ahora empieza a extenderse la opinión de que esa oposición entre estas dos formas clínicas no son del todo ciertas o aceptables.

De acuerdo con Valdés *et al.* (1993), la DMM equivale a la categoría pedagógica de "entrenable", término que no debería emplearse porque da pie a la errónea conclusión de que el DMM no puede beneficiarse de los programas educativos existentes.

Uno de los problemas más inesperados y engorrosos que se encuentra quién por primera vez pretenda estudiar lo relacionado con la deficiencia mental y sus formas clínicas, es la diversidad terminológica y la enorme cantidad de significados diferentes que se dan a las mismas palabras. Esto se produce gran desconcierto y no pocas discusiones inútiles que se evitarían si todos utilizáramos un lenguaje común (Zubillaga, 1979).

La dificultad fundamental en orden a establecer ese lenguaje común suele ser a que los fenómenos psíquicos resultan más difícilmente reducibles a números, definiciones, cuadros y clasificaciones que los fenómenos físicos, mucha más concretos y mensurables. Esto es cierto, pero el problema no está en realidad ahí, y mucho menos lo está en el caso del DMM, que es un enfermo preferentemente con

déficits o deterioros psíquicos y mentales muy significativos, además de tener también particularidades físicas de ser tomadas en cuenta (Zubillaga, 1979).

El deficiente mental es el individuo que tiene una capacidad intelectual restringida o muy por debajo del promedio hasta el extremo de que esta dificultado o imposibilitado para desenvolverse con normalidad en el medio en que vive. Dentro de esta dificultad, el DMM es aquel que tiene problemas y dificultades en un nivel medio o de segundo grado (Zubillaga, 1979; Coronado, 1984; Valdés *et.al.*,1993).

Zubillaga (1979), menciona que hay varias formas de definir lo que es un DMM, pero esta es puramente negativa y poco satisfactoria; ya que la gran mayoría de las ocasiones resulta ser rechazado de los centros o instituciones para deficientes mentales leves, por que se estima que su rendimiento no es el óptimo o que su comportamiento es perturbador.

El criterio más utilizado es el psicométrico, para la determinación del coeficiente intelectual que principalmente sirven para diferenciar los niveles de deficiencia mental (Valdés *et.al.*,1993). Cabe señalar, que la propia Organización Mundial de la Salud adopta este criterio para clasificar y definir a los deficientes mentales. Sin embargo, tiene el inconveniente de que, tal como se hacen las determinaciones de edad mental y de coeficiente intelectual, esta basada en un criterio poco válido, escasamente útil y significativo en esos casos (Zubillaga, 1979; Valdés *et.al.*,1993).

Es más razonable definir al DMM no con un criterio psicométrico, sino de una forma puramente descriptiva exponiendo su incapacidad y su forma de ser, diciendo como es. En principio, el DMM casi no habla; o si lo hace, no utiliza un lenguaje claro y preciso para comunicarse con los demás, de esto debido a los problemas de articulación de palabras que presenta. Además debe ser supervisado para las cosas más sencillas y necesarias, como el comer o el vestirse; o si lo hace, lo hace mal, que no puede ser soportado por las personas que con él viven. En muchos casos, su comportamiento es tan extravagante, inconveniente y molesto, que es materialmente imposible su convivencia con los demás (Zubillaga, 1979).

Por otra parte, si un DMM se define por su forma de ser, es evidente que no se puede saber que es moderado hasta que se haya delimitado con toda claridad (Zubillaga, *op. cit.*).

Así pues, los DMM forman un grupo de pacientes que tienen significativas deficiencias y limitaciones que los agrupan como hecho social (Zubillaga, *op. cit.*).

3.4 DIAGNOSTICO Y PREVENCION DE LA DEFICIENCIA MENTAL MODERADA.

El diagnóstico es el proceso mediante el cual se pretende llegar a conocer, con la máxima exactitud posible, todos y cada uno de los aspectos de la condición intelectual del deficiente mental (Zubillaga, 1979; Valdés *et al.*, 1993).

De acuerdo con esto, el diagnóstico debe determinarse mediante un estudio multidisciplinario (médico, psicológico, pedagógico, y social), tanto para el deficiente mental moderado (MDD) como para el deficiente mental en general (Zubillaga, 1979; San Luis, 1993).

Este tipo de estudios permite identificar las limitaciones y capacidades del sujeto en todas las áreas, dejando atrás el método de detección que consiste en realizar evaluaciones de coeficiente intelectual únicamente. Un estudio psicológico completo debe comprender una entrevista con los padres, historia clínica del sujeto, la observación de su interacción en su entorno familiar y social, y la aplicación de una batería (serie de test) de evaluaciones que incluya pruebas:

- a) Psicomotoras, aportarán datos sobre las habilidades de movimiento, esquema corporal, lateralidad, ubicación en espacio y tiempo, entre otras.
- b) Inteligencia, medirán el rendimiento intelectual utilizando dos tipos de unidades: edad mental (EM), que se refiere al nivel de ejecución de la persona en relación con tablas de calificación estandarizadas, esto es, con el nivel de ejecución del promedio de la población y la edad cronológica (EC) o edad real de la persona (San Luis, 1993).

También se deben evaluar maduración, aprendizaje y socialización, factores dinámicos cuyos límites son difícilmente predecibles (San Luis *op. cit.*)

Por lo tanto, es importante no "etiquetar" al sujeto una vez hecho el diagnóstico, pues este no es el límite al que puede llegar sino el punto de partida para diseñar el tratamiento con el fin de explorar al máximo su potencial y proporcionarle las mismas oportunidades de aprendizaje y desarrollo que al resto de la población, es decir, su capacidad, su nivel y ritmo de enseñanza (San Luis *op. cit.* y Valdés *et al.*, 1995).

Para muchos de los casos de deficiencia mental que antes eran inevitables hoy pueden ser evitados mediante un control médico adecuado del embarazo y atención pediátrica durante los primeros años de vida (Zubillaga, 1979; Freedman *et al.*, 1984; San Luis *op. cit.*).

Algunas de las precauciones que se deben tomar son:

1. Estudios genéticos, a parejas que por su historia clínica tienen algún riesgo.
2. Dieta adecuada durante el embarazo, para prevenirla deficiencia mental causada por la carencia de ciertas sustancias químicas en la sangre.
3. Vacunación, tanto en la futura madre como en el niño, y así prevenir infecciones vírales como la rubéola, poliomielitis, sarampión, etc.
4. Evitar las radiaciones, ya que la exposición frecuente a rayos X durante el embarazo provoca alteraciones en el desarrollo del bebe.
5. No consumir drogas o tomar medicamentos durante el embarazo, en caso de requerirlo tiene que ser bajo prescripción médica.
6. Atención adecuada durante el parto, el equipo médico que tenga la responsabilidad de los cuidados perinatales (desde le momento del parto hasta los 28 días siguientes al nacimiento), debe estar preparado para cualquier contingencia entre ellas: falta de oxígeno por insuficiencia respiratoria o incompatibilidad sanguínea por el factor Rh.
7. Atención pediátrica, puesto que el uso de antibióticos que controlan las fiebres altas reducen el riesgo de lesiones en el cerebro que pueden provocar deficiencia mental.

8. Cirugía, en muchos casos puede ser un recurso para corregir condiciones como espina bífida e hidrocefalia.
9. Cuidar nuestro ambiente, ya que existen algunas sustancias nocivas o tóxicas como en el caso del plomo, mercurio y el alcohol que afectarán el cerebro y el sistema nervioso.

3.5 TRATAMIENTO PSICOFARMACOLOGICO DE LA DEFICIENCIA MENTAL MODERADA (DMM).

Los recursos farmacológicos desempeñan un papel importante en el tratamiento psiquiátrico de la DMM y en general de la deficiencia mental, y debe llevarse a cabo con toda seriedad y previo al conocimiento del problema (Lojo, 1979; Coronado, 1984; Freedman *et al.*, 1984).

Carranza (*in*: Coronado, 1984), menciona que los psicofármacos con los que se cuenta hasta este día, permiten que tanto el psiquiatra como el médico general puedan tratar síndromes y enfermedades mentales, para las cuales no había antes ningún tratamiento.

Delay (1971), propone una de las más completas clasificaciones de los medicamentos psicotrópicos, que abarcan los compuestos que actúan sobre el Sistema Nervioso en general denominados Neurofármacos.

- Analgésicos
- Ansiolíticos o tranquilizantes (Psicolépticos)
- Antidepresivos
- Ansiolíticos y antidepresivos
- Anticomiciales
- Hipnóticos
- Antipsicóticos
- Antiparkinsonianos
- Psicodislépticos
- Bioenergéticos cerebrales

De acuerdo con esta clasificación farmacoterapéutica en la deficiencia mental y en sus formas clínicas y complicaciones, Coronado (1984) propone se manejen los siguientes grupos de medicamentos psicotrópicos:

- Ansiolíticos o tranquilizantes
- Hipnóticos

- Antidepresivos
- Anticomiciales
- Antipsicóticos
- Bioenergéticos cerebrales

Por otra parte, en la farmacoterapia de la deficiencia mental hay que tener presente el doble juego de sus mecanismos patológicos biopsicosociales, es decir, por una parte el daño anatomofuncional del encéfalo, y por la otra, el desequilibrio psicológico del ambiente familiar (Coronado *op. cit.*).

Con respecto al primero, el asiento de los problemas psiquiátricos del deficiente mental pueden ser los centros límbicos, las áreas corticosubcorticales frontales o parieto-occipitales, las zonas psicomotrices y los núcleos neuronales, entrelazándose unos y otros en su turbulencia patológica. Y por lo que hace al segundo, dado los vínculos tan estrechos y las relaciones tan íntimas que existen entre el sujeto y su familia, en sus conflictos afectivoemocionales, su problemática se hace más difícil e intrincada (Coronado *op. cit.*).

Tal vez a consecuencia de esta multiplicidad de circunstancias psicopatológicas, las respuestas del deficiente mental ante los fármacos parecen a veces ilógicas, por lo que la técnica que se emplea para su medicación es la siguiente:

Psicofármacos ansiolíticos o tranquilizantes: Dentro de las sustancias químicas de este grupo las más usadas son las benzodiazepinas, por ser poco tóxicas y aunque a veces a dosis normales pueden producir somnolencia, fallas en la memoria, ligera ataxia y sensación de agotamiento. Actúan con eficacia sobre la agresividad y las aberraciones de conducta, el sufrimiento y la excitación psíquica y, además, mejora los estados de ansiedad con trastornos de la personalidad.

Su mecanismo de acción consiste en estimular la porción reticular del encéfalo y los centros sensoriales; equilibra el efecto vasodepresor de la actividad del hipotálamo y, además, actúa sobre los centros supraespinales del tallo cerebral por inhibición medular.

Los efectos colaterales se deben a su acción depresora sobre el Sistema Nervioso y relajante sobre el músculo esquelético (Kirman, 1966; Lojo, 1979; Coronado, 1984).

Las benzodiazepinas más usadas de 8 a 18 años y que obran, sobre la inestabilidad emocional, la angustia y los trastornos neuróticos son:

- Bromazepán (Lexotán*)
- Lorazepán (Ativán*)
- Clorodiazépoxido (Librium*)
- Clobazam (Frisum, Urbadan*)
- Diazepam (Valium*)
- Clorazepato dipotásico (Verax, Belserene*)
- Medazepán (Nobrium*)

Psicofármacos antidepresivos: Los síndromes antidepresivos que se observan en la deficiencia mental, no son muy graves, y generalmente están asociados a reacciones de ansiedad y angustia, que con frecuencia se manifiesta por enuresis muy rebeldes.

Otros psicoanalépticos son antidepresivos y estimulantes a la vez, y actúan sobre la inmadurez neurológica y la hiperquinesis.

Vale la pena mencionar que generalmente los antidepresivos comienzan a manifestar sus efectos después de los diez o quince días de iniciado el tratamiento y así poder verificar sus resultados. Además, debe tenerse en cuenta que aunque los antidepresivos son muy eficaces, producen innumerables efectos colaterales que obligan a suspender el medicamento.

De acuerdo con Kirman (196), Lipton (1977), Lojo (1979) y Coronado (1984); para este caso los medicamentos más usados son:

- Imipamina (Tofranil*)
- Benzodiapina y Metilpropiladato (Limbitrol*)
- Desipramina (Norpramin*)
- Butriptilina (Evadyne*)
- Metilfenidatos (Ritalin*)
- Fluferacina y Nortriptilina (Motival*)
- Tioridazina (Melleril*)
- Amitriptilina (Tryptanol*)

Psicofármacos anticomiciales: Estos obran sobre la epilepsia, cuyas formas en la deficiencia mental revisten una gran variedad clínica y sus muy distintos tipos convulsivos como: psicomotor, focal, motor menor o visceral; que pueden corresponder a lesiones del lóbulo temporal, a formas jacksonianas o a otras uni o multifocales.

Los fármacos de este grupo ejercen su acción sobre las zonas psicomotoras y psicosenesivas cerebrales, así como por mediación refleja troncocerebrales sensitivo-motoras o sensitivo-sensoriales.

Son muchos y muy conocidos los medicamentos anticomiciales, y aunque cada día aparecen nuevos fármacos de está en las complicaciones de la deficiencia mental (Kirman, 1966; Lipton, 1977; Lojo, 1979; Coronado, 1984):

- Difenilhidantoinato de sodio (Epamín*)
- Carbamazepina (Tegretol*)
- Primidona (Mysoline*)
- Ac. Fenilbarbitúrico (Fenobarbital*)
- Bromuros (Calcibromat*)
- Diazepam (Valium*)
- Clonazepam-Benzodiazepina (Rivotril*)
- Dipropialacetato de magnesio (Atemperator*)
- Metzuximida (Zarontín*)
- Trimetadiona (Tridione*)

Psicofármacos hipnóticos: En la deficiencia mental los trastornos del sueño, son bastante frecuentes y acompañan a los estados angustiosos, depresivos y de agitación; presentándose en forma de insomnio, terrores nocturnos, etc.

En dichos trastornos se emplean, además de los benzodiazepínicos en su caso, solamente a (Kirman, 1966; Lipton, 1977; Lojo, 1979; Coronado, 1984):

- Hidrato de cloral (Noctec*)
- Nitrazepán (Mogadon*)

Psicofármacos antipsicóticos: Son muy numerosos los medicamentos de este grupo, porque en general son útiles para controlar la sintomatología psicótica, y en los deficientes mentales la agitación psicomotriz y las conductas anormales.

Debe tenerse especial cuidado en su medicación particular, ya que producen numerosos efectos colaterales, tales como resequead de la boca, hipotensión, temblores, trastornos de la visión, disquinesia, entre otros. Por lo tanto deben de prescribirse las dosis óptimas para controlar la sintomatología psicótica, pero que conduzcan a un mínimo de trastornos colaterales.

Según Kirman (1966), Lipton (1977), Lojo (1979) y Coronado (1984); en la deficiencia mental los medicamentos que más se usan de este grupo son:

- Tioridazina (Melleril*)
- Halperidol (Haldol*)
- Perfenacina (Trilafón*)
- Fenotiazina (Sinogan*)
- Butirofenonas (Dipiperón*)

Bioenergéticos cerebrales: Este es un grupo de medicamentos que se ha empleado en los síndromes cerebrales crónicos, en geriatría; pero dadas sus propiedades farmacológicas, se están manejando actualmente en la deficiencia mental.

Dentro de estas sustancias activadoras del metabolismo cerebral tenemos a las siguientes (Kirman, 1966; Lipton, 1977; Lojo, 1979; Coronado, 1984):

- Piracetam (Nootropil o Neutrofin*)
- Centrofenoxinas (Licidril*)
- Oxi-oxazolidina (Pomolín B₁*)
- Nicergolina (sermión*)
- Pirrolidona acetamida (Dinagen*)

* Nombre comercial.

CAPITULO IV
OBJETIVOS Y METODO

4.1. OBJETIVOS.

El objetivo general de este trabajo de investigación, fue brindar a los alumnos con deficiencia mental moderada de la Casa Hogar, un mejor aprendizaje y adaptación social donde desarrollen sus aptitudes de acuerdo a una serie de programas (conductuales y cognoscitivos), en donde se tomaron en cuenta sus antecedentes, conducta actual, nivel de desarrollo y fundamentalmente se hizo hincapié en los siguientes aspectos:

- a) Educación y enseñanza que permita al individuo desarrollar sus habilidades en forma constante, en relación con su nivel de capacidad.
- b) Atención concreta a sus necesidades psicopedagógicas relacionadas con su medio ambiente.

Los objetivos particulares que se plantearon para los diferentes programas (conductuales y cognoscitivos) que se desarrollaron en dicha institución fueron:

- a) Desarrollar sus capacidades físicas, intelectuales, sociales y afectivas de manera progresiva para su autonomía.
- b) Aumentar la frecuencia de conductas adecuadas y la creación de nuevas conductas para su aprendizaje.
- c) Incorporar e incrementar actitudes básicas y conductas deseables para facilitar la adaptación e integración en el medio familiar y social.

Es importante señalar, que tanto los padres de familia como el personal relacionado directamente con los sujetos con deficiencia mental moderada, proporcionaran un ambiente favorable para que se pudiera ser eficaz terapéuticamente, así como, también una capacitación adecuada que brindara al sujeto experiencias positivas para optimizar las condiciones del mismo.

Las actividades que se plantearon para el desarrollo de este trabajo se realizaron en un periodo de 18 meses. Para detallar cada una de estas el método a utilizar se dividió en tres fases: 1) Trabajo de gabinete; 2) Evaluación psicológica y; 3) Tratamiento psicopedagógico.

4.2 TRABAJO DE GABINETE.

4.2.1 DESCRIPCION DEL AREA DE ESTUDIO.

La Casa Hogar Aprendiendo a Vivir A. C., surge en el año de 1987 por la inquietud de un grupo de chiapanecos de quién nació la idea de fundar una Casa, donde se brindaran los servicios de rehabilitación para deficientes mentales, por lo cual se hizo un llamado a los padres de familia y a la sociedad en general que tuvieran un hijo o pariente con esta afección, para colaborar en la creación de una asociación civil de carácter no lucrativo, que les permitiera agruparse jurídicamente para trabajar y así lograr su objetivo.

Para su edificación el Ayuntamiento de la Ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, realiza la donación de un terreno con una superficie de 3000 m², ubicado en la calle Cantil, Fraccionamiento La Gloria.

Con esto se organiza y constituye el Patronato de la Casa Hogar Aprendiendo a Vivir A. C., y con la participación altruista de un grupo de damas de la sociedad Tuxtleca se instituye un evento denominado "Cabalgata Musical" que se presentará en su beneficio, y con la cooperación entusiasta de la comunidad Chiapaneca tuvieron en poco tiempo la satisfacción de inaugurar en presencia del entonces Gobernador del Estado, el Lic. José Patrocinio González Garrido y su esposa.

Esta Institución recauda fondos por medio de eventos sociales que se realizan año con año y donativos en el ámbito personal o empresarial, para la manutención de los niños y jóvenes, atención médica, psiquiátrica, neurológica, mantenimiento de infraestructura, mobiliario y equipo, así como el pago nominal de sus prestadores de servicio.

Ahora bien, las personas acogidas en esta Casa Hogar permanecen internas, y realizan todo tipo de actividades cotidianas de alimentación, descanso, recreativas, creativas, educativas, lúdicas, terapéuticas y rehabilitadoras. Están dirigidos por personal capacitado que los ayuda a prepararlos para la vida y así desarrollar en la medida de lo posible su independencia personal.

Este centro empieza a funcionar a partir del 29 de Junio de 1992, y cuyas metas específicas son: ofrecer a las personas discapacitadas un espacio donde se desarrollen sus potencialidades de autonomía personal para integrarse a su medio social, mediante el trato humanitario del personal que en el laboran y; capacitar al individuo con requerimientos de educación especial para que puedan disfrutar de una vida plena.

Así pues, su existencia se ha justificado por razones de índole: a) Geográfica, por que el domicilio familiar esta lejos del centro de educación especial y de rehabilitación adecuado a sus necesidades; b) Socioeconómica, por que los padres o la familia no pueden ocuparse de él por razones económicas o laborales.

Para procurar que dicho servicio sea permanente y brinde la estabilidad necesaria para su sustento económico, el Patronato en conjunto con los padres, crearon un fideicomiso bancario para asegurar el futuro y bienestar de los alumnos cuando ellos les falten.

Cabe mencionar, que se obtienen donativos simbólicos por la estancia mensual de los alumnos, esto de acuerdo a una entrevista de tipo socioeconómica que se les realiza a los padres de familia. En los casos de alumnos que no tienen los suficientes recursos económicos, el Patronato de la Casa Hogar les apoya con la designación de un "Padrino", que de acuerdo a sus posibilidades económicas aporta una mensualidad.

Población.

Esta institución atiende 15 alumnos con deficiencia mental moderada de acuerdo con la clasificación establecida en el Diagnostic and Stadistic Manual of Disirders III (Valdés *et al.*, 1993), cuyas edades oscilan entre los 8 y 18 años.

Horario.

Los alumnos permanecen todo el día en la Institución, durante los cinco días hábiles de la semana con un horario de las 09:00 a las 20:00 horas, en donde las actividades se distribuyen de la siguiente manera:

Horario	Actividades
06:00 a 06:30	Aseo y arreglo del dormitorio.
06:30 a 07:00	Tratamiento psicofarmacológico.
07:00 a 08:00	Baño.
08:00 a 09:00	Servicio de comedor (Desayuno) – Limpieza dental.
09:00 a 13:00	Se llevan acabo actividades de los programas, según las áreas de desarrollo que corresponden manejar a cada día.
13:00 a 14:00	Servicio de comedor (Comida)
14:00 a 14:30	Tratamiento psicofarmacológico – Limpieza dental.
14:30 a 16:00	Se continua con las actividades programadas para las diferentes áreas de desarrollo.
16:00 a 17:00	Terapia ocupacional, que abarca actividades manuales (bordado, colorear dibujos, entre otras).
17:00 a 18:00	Coordinación motriz (ejercicios físicos).
18:00 a 19:00	Baño.
19:00 a 20:00	Servicio de comedor (Merienda)
20:00 a 20:30	Tratamiento psicofarmacológico – Limpieza dental.
20:30 a 06:00	Pasan a sus dormitorios a descansar para la siguiente jornada.

Infraestructura.

Cuenta con los espacios necesarios para el buen desarrollo de actividades, entre los que se encuentran: una dirección, una administración, dos salones de clases, dos dormitorios, una sala de televisión, un comedor, una cocina, dos baños completos, un medio baño, una lavandería, una bodega y áreas verdes donde los alumnos realizan todo tipo de tareas recreativas.

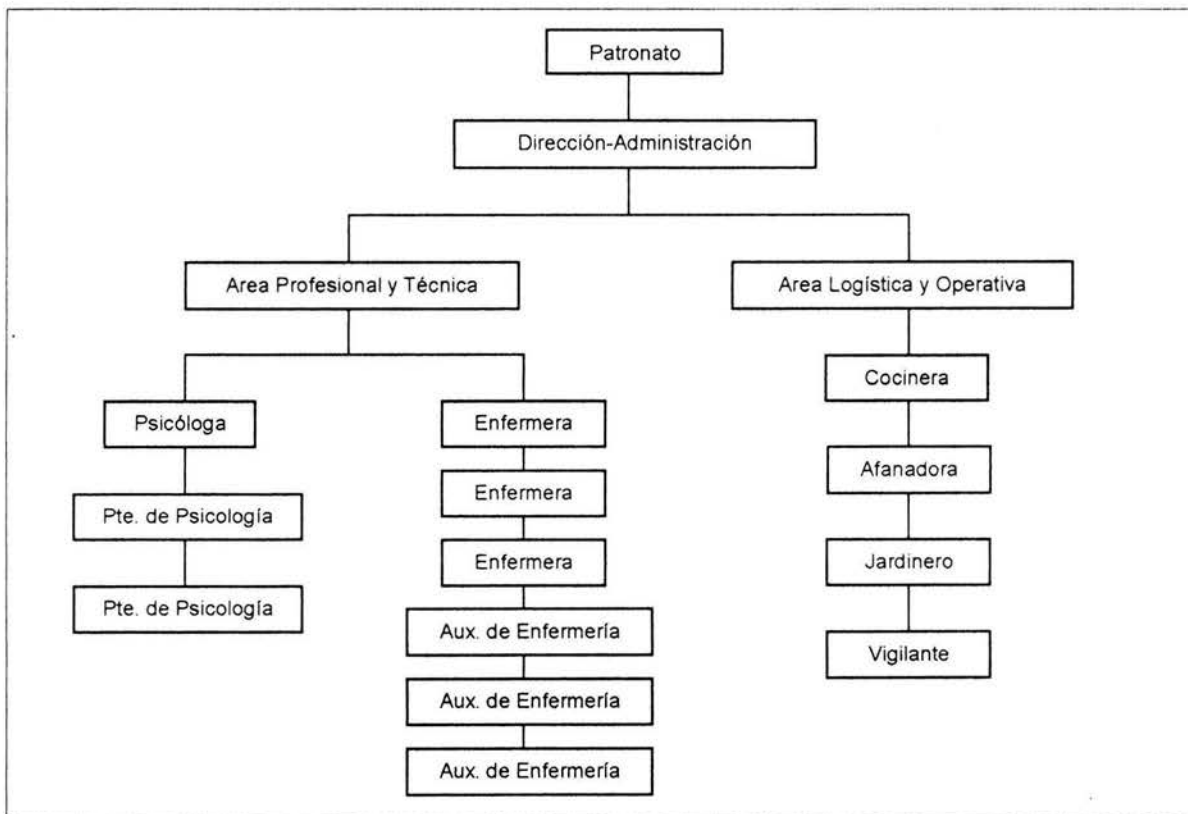
Elemento Humano.

Se cuenta con una directora-administradora, quien funge como base de todo el plantel organizado. En lo referente al personal docente se tiene la asistencia de tres maestros, de los cuales una es psicóloga y dos son pasantes de psicología egresados de la normal de maestros del Estado. También se tiene la colaboración de tres enfermeras, cuyo desempeño fundamental es la supervisión de los alumnos en las tareas de aprendizaje, ejercicios físicos, control y administración de medicamentos.

Existe el apoyo de un psiquiatra y un neurólogo que asisten una vez por mes al plantel, y cuya labor estriba en prescribir y supervisar los tratamientos de aquellos alumnos que lo requieran.

Como otra parte importante del conjunto del elemento humano, se cuenta con la labor de tres auxiliares de enfermería, así como, de personal logístico y operativo que incluye a una cocinera, una afanadora, un jardinero y un vigilante.

Las actividades laborales se distribuyen en tres turnos matutino 07:00 a 14:00 hrs., vespertino 14:00 a 18:00 hrs., y nocturno de 18:00 a 07:00 hrs.



Organigrama general de la Casa Hogar Aprendiendo a Vivir A. C.

4.2.2 INVESTIGACION BIBLIOGRAFICA Y DOCUMENTAL.

Se realizó una revisión y recopilación bibliográfica y documental de los diversos temas relacionados con este trabajo, siendo los principales:

- Psicología experimental.
- Rehabilitación del deficiente mental.
- Aspectos psicoanalíticos de la deficiencia mental.

- Técnicas de modificación de conducta.
- Tratamiento psicofarmacológico de la deficiencia mental.
- Clínica del deficiente mental.
- Educación especial.

Como un proceso continuo, se efectuaron investigaciones bibliográficas de las que pudo obtenerse información sobre aspectos específicos, que fueron emergiendo en el transcurso de la investigación. Para ello, se consultaron diversas bibliotecas de diferentes instituciones tanto de la Ciudad de México como del Estado de Chiapas.

4.3 EVALUACION PSICOLOGICA.

Esta fase se considero como diagnóstica, ya que fundamenta el proceso de enseñanza-aprendizaje a desarrollar. En este aspecto se contó previamente con el diagnóstico médico (neurológico y psiquiátrico) y se desarrollo todo el trabajo de investigación para los diagnósticos psicológico y psicopedagógico.

4.3.1 DIAGNOSTICO MEDICO.

Como requisito Institucional se hace del conocimiento de los padres que deben tener un diagnóstico o valoración neurológica y psiquiátrica, previas a la entrevista que se tenga con ellos.

En el primer caso el neurólogo considera los trastornos del área que se manifiestan por alteraciones del tono muscular, los reflejos y los movimientos involuntarios e incoordinados; y los trastornos sensoriales que incluyen las dificultades auditivas y visuales. Además, de un electroencefalograma de rutina para determinar situaciones de cráneoestenosis, hidrocefalia y otras varias que producen calcificaciones intracraneales (Dr. Vázquez, *com. pers.*).

Para el segundo caso, el psiquiatra valora el control del paciente sobre las pautas de motilidad, las manifestaciones clínicas de distractibilidad, las distorsiones de percepción y memoria; además de valorar la tolerancia a la frustración, el control instintivo, el estatus de dependencia y la respuesta a la separación. También se observó la utilización del lenguaje, la puesta a prueba de la realidad, la capacidad de generalizar a partir de sus experiencias y madurez social (Dr. Cancino, *com. pers.*).

Cabe señalar, que para ambos casos y de acuerdo con una uniformidad de criterios de evaluación, todo esto les permitió determinar desde su particular punto de vista el diagnóstico de pacientes con deficiencia mental moderada, y así dar el tratamiento farmacológico y sus respectivas sugerencias.

4.3.2 DIAGNOSTICO PSICOLOGICO.

Por medio de este diagnóstico se pretendieron establecer los posibles caminos y estrategias a seguir en cada uno de los diferentes grados y matices del problema, que tienden a definir las capacidades y características del comportamiento del paciente, mediante la valoración, análisis y observación de los aspectos biopsicosociales que integran su personalidad (Coronado, 1984).

Para obtener toda esta amplia gama de información y poderle dar coherencia, se tuvieron que emplear dos sesiones de entrevista.

En la primer sesión, se integró de la manera más objetiva la historia clínica del paciente, en donde los padres jugaron un papel muy importante, ya que son ellos quienes proporcionan los datos. Destacándose los actos principales sobre el desarrollo y la evolución psíquica, así como, los hechos que han conducido a la situación actual (ver anexo A).

La segunda sesión fue dirigida al paciente, para aplicarle los programas del repertorio básico, que propone Ribes(1992) para deficientes mentales moderados (entrenables) y profundos (custodiables). Esto se considero como el punto de partida para obtener la valoración de las conductas precurrentes

del sujeto en estudio, y sin las cuales no sería posible desarrollar los programas más adecuados a sus necesidades.

El repertorio básico o de apoyo se integró con los siguientes programas de acuerdo con Galindo y Bernal (1981) y Ribes (1992):

Atención: En términos generales, se consideraron las tres etapas progresivas: 1) Establecimiento de contacto visual con el estímulo; 2) Fijación visual en situaciones discriminativa y; 3) Seguimiento visual de estímulos sucesivos (ver anexo B).

Imitación: Se busco el establecimiento del control de las respuestas imitativas generalizadas mediante la sola presencia de la conducta modelo, sin necesidad de recurrir a formas adicionales de estimulación, es decir, que este es un procedimiento mediante el cual la conducta de sujeto se colocó bajo el control topográfico y temporal que brindo la conducta (ver anexo B).

Seguimiento de instrucción: Lo importante de este programa, fue que el sujeto siguiera una serie de instrucciones verbales previas, sin ningún reforzamiento y con una latencia no mayor de cinco segundos; lo que equivale a ponerlo bajo control verbal y social (ver anexo B).

4.3.3 DIAGNOSTICO PSICOPEDAGOGICO.

Para formular este diagnóstico, se llevo a cabo un análisis cuidadoso de los datos informativos generales y de los resultados de los diagnósticos médico y psicológico del sujeto en estudio.

Posteriormente, se procedió a realizar una tercer entrevista con los padres para establecer dónde y cuándo se producen las conductas apropiadas, inapropiadas y las problemáticas, es decir, cuales son los antecedentes y las consecuencias de las conductas particulares.

Por otro lado, también se les indico que se requería que su hijo (a) quedará en calidad de interno durante un periodo de cinco días en la Casa Hogar, con el propósito de evaluar a través de la observación sus conductas y comportamiento general, para conocer que es lo que hace, como, cuándo y dónde lo hace.

Con base en esto, se integraron cuatro tipos de valoración conductual, las cuales se aplicaron y ajustaron a las necesidades específicas de cada sujeto (Ribes, 1992), bajo el rubro genérico de conductas y respuestas de cada uno de sus aspectos (ver anexos C, D, E y F).

Valoración	Aspectos
Emocional – Social	Autosuficiencia
Motora	Gruesa y Fina
Lenguaje	Articulación y Encadenamiento
Cognoscitiva	Habilidades preacadémicas

Estas valoraciones fueron indispensables por dos obvias razones: a) Para determinar el perfil de desarrollo del sujeto en estudio y; b) Al haber obtenido este conocimiento sobre él, se logrará establecer el tratamiento más adecuado a sus necesidades individuales.

4.4 TRATAMIENTO PSICOPEDAGOGICO.

Acorde a lo que se desarrollo en las fases anteriores, y de donde se obtuvieron diagnósticos puntuales, se planteo la necesidad de planear de forma gradual e integral un tratamiento para el deficiente mental moderado que lo conduciría al óptimo uso de sus capacidades individuales.

Dicho tratamiento se enfocó y programo con base en los procesos de la educación especial actual, considerando el desarrollo conductual y cognoscitivo para estimular y fortalecer su independencia.

4.4.1 ELABORACION DE LOS PROGRAMAS POR AREA DE DESARROLLO.

La elaboración del contenido programático fue abordada desde el punto de vista psicopedagógico del desarrollo conductual (Gesell, 1989; Ribes, 1992) y cognoscitivo (Piaget, *in*: Reese y Lipsitt, 1975), con el objeto de conocer la postura teórica en la que se fundamentaron los programas y los componentes que los integraron, además de una serie de experiencias de aprendizaje y actividades de control o evaluación.

Ahora bien, el contenido de los programas que se llevaron a cabo, fueron elaborados para facilitar su manejo de acuerdo con el desarrollo infantil, las necesidades básicas del ser humano, las experiencias propias y el análisis de las experiencias de aprendizaje propuestas por la educación preescolar y por las bases de la educación especial.

Procurando no alejarse del sistema oficial que existe en la educación especial de nuestro país, se adaptaron las mismas áreas que proponen el desarrollo psicopedagógico de enseñanza preescolar, modificando algunas cosas de acuerdo a las necesidades de esta investigación.

Así pues, las cuatro áreas a desarrollar fueron:

1. Emocional – Social: En esta área se comprendieron las reacciones personales del sujeto ante la cultura social del medio en que vive, por lo que se trabajaron tres subáreas generales; la higiene personal, la alimentación y la socialización; a través, del modelamiento de conductas para determinar los diferentes grados de autonomía.
2. Lenguaje: Esta área fue quizá la tarea más importante, porque de ella parten las funciones mentales superiores (atención, memoria, análisis – síntesis, juicio – razonamiento y la lógica elemental) las cuales llevan a la adquisición de cualquier conocimiento en el individuo. La subárea a desarrollar fue la receptivo – expresiva.
3. Motora: La función de esta área trato las capacidades motrices provenientes de la coordinación motriz, sensorial o perceptiva de los movimientos de las diferentes partes del cuerpo, a través de las subáreas de motora gruesa y motora fina.
4. Cognoscitiva: Esta área contemplo la subárea de desarrollo cognoscitivo en donde el aprendizaje fue el paso continuo de estructuras simples a otras mas complejas, como resultado de la interacción entre la información procedente del medio y el sujeto activo.

4.4.2 APLICACION DE LOS PROGRAMAS POR AREA DE DESARROLLO.

Los programas que integraron las diferentes áreas de desarrollo, se aplicaron de manera objetiva y práctica de acuerdo a las condiciones específicas de cada alumno dando gran importancia a la formación de hábitos, habilidades y destrezas, para lograr su adaptación social.

Por lo que se debió actuar en un nivel muy concreto con el fin de establecer contacto con el alumno, siendo flexible y pragmática. Además de crear situaciones que le permitieran tener éxito tales como: a) Un clima de confianza y afecto que despertaron su seguridad; b) Una actitud comprensiva ante las necesidades y dificultades que se le presentaron, estimulándolo e impulsándolo para que actuara y; c) Una supervisión constante en la realización de sus actividades.

Aunado a esto, cada programa se apoyo en el análisis conductual propuesto por Ribes (1992), de donde derivan las alternativas para la conducción del proceso enseñanza – aprendizaje, es decir, las técnicas o procedimientos de modificación de conducta. Para este caso en particular estas contemplaron tres aspectos básicos:

- 1) Establecer conductas mediante: Reforzamiento positivo, moldeamiento por aproximaciones sucesivas y reforzamiento negativo.
- 2) Mantener conductas mediante: Reforzamiento positivo y reforzamiento social.
- 3) Eliminar conductas mediante: Extinción y castigo.

De esta forma se pretendió que el alumno fuera participe de su propio aprendizaje por medio del control conductual.

Cabe señalar, que los programas se estructuraron conforme al horario establecido de actividades, y durante la realización de las mismas existieron cambios de escenario con la finalidad de que el medio ambiente fuera variado, no rutinario y monótono; como se estila en la escuela tradicional. Con base en esto, se formaron tres grupos mixtos de cinco alumnos cada uno, de donde se extraía diariamente a uno por uno durante un periodo de quince minutos para el desarrollo de las tareas programadas.

4.4.3 EVALUACION DE LOS PROGRAMAS POR AREA DE DESARROLLO.

La forma de evaluar los programas que conformaron cada área de desarrollo se efectuó mediante un registro de frecuencia individual que fue acumulado mensualmente para verificar las observaciones terminales, así como, la determinación del grado de aprovechamiento (Keller y Ribes, 1982; Murray, 1987, 1991).

Con este tipo de registros se pretende proporcionar los conocimientos de los avances o limitaciones de cada alumno dentro de la Casa Hogar, y de esta manera establecer alternativas o modificaciones en la programación y/o manejo a corto y mediano plazo en caso de ser necesario.

CAPITULO V

RESULTADOS

5.1 Area Emocional - Social.

5.1.1 Subárea: Higiene personal.

Programa: Arreglo personal.

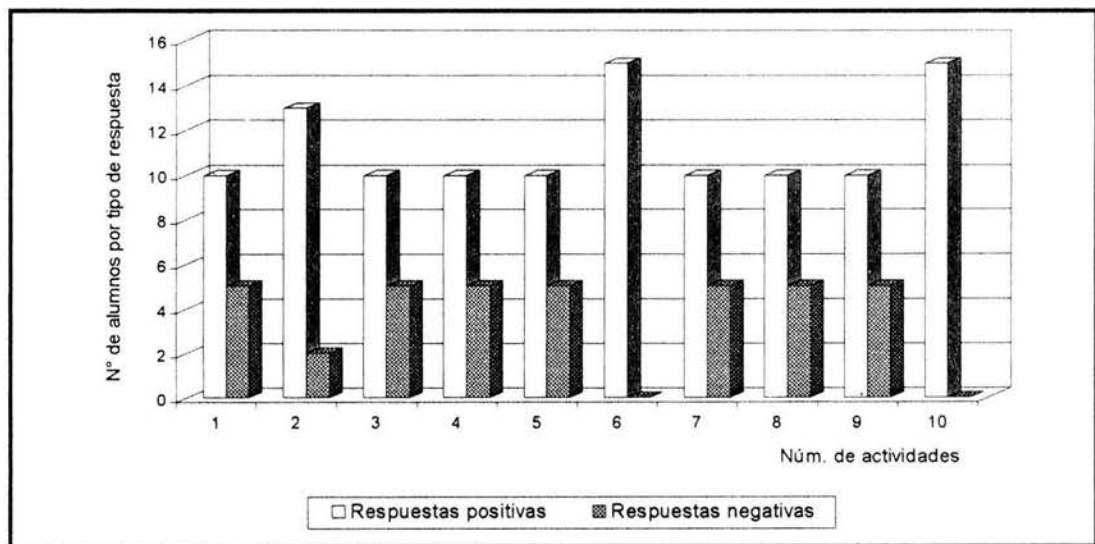
Objetivo específico:

- 1) El alumno será capaz de ponerse y quitarse las prendas de vestir, en forma correcta y sin instigación.

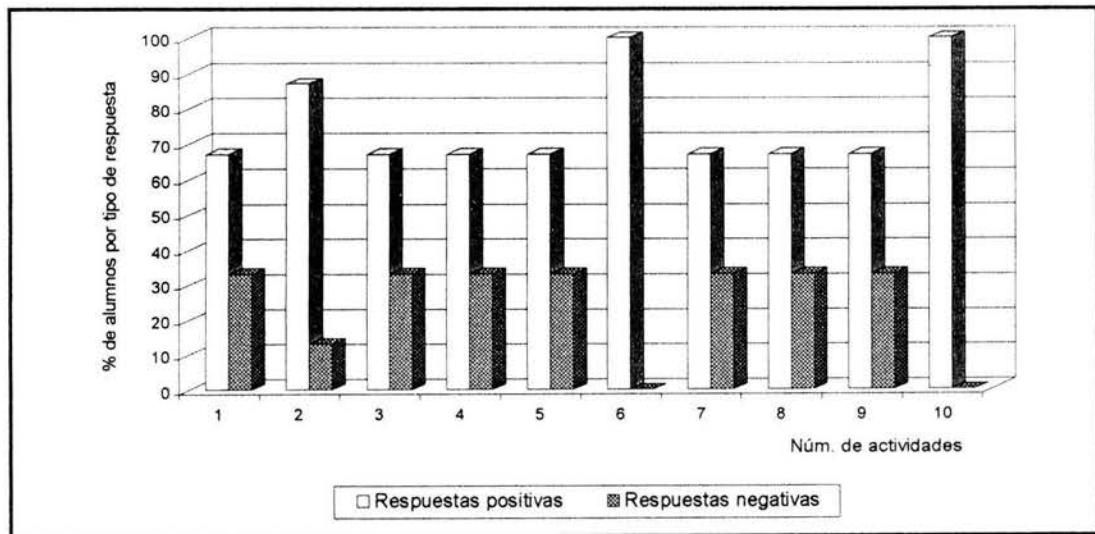
Actividades	Material	Técnica o procedimiento de modificación conductual
1. Usar la ropa propicia para cada ocasión.	Prendas de vestir. Espejo. Muñeco de madera. Zapatos con agujetas. Closet o ropero.	Imitación. Atención. Seguimiento de instrucción. Reforzador positivo.
2. Participar en el momento de vestirse extendiendo los brazos y las piernas.	Prendas de vestir.	Imitación. Atención. Seguimiento de instrucción. Reforzador positivo.
3. Proporcionar ropa sencilla y mostrarle un espejo para que se observe.	Prendas de vestir. Espejo.	Imitación. Atención. Seguimiento de instrucción. Reforzador positivo.
4. Decir el nombre de cada prenda que se vaya colocando.	Prendas de vestir.	Imitación. Atención. Seguimiento de instrucción. Reforzador positivo.
5. Reconozca si la prenda de vestir esta al revés o al derecho.	Prendas de vestir.	Imitación. Atención. Seguimiento de instrucción. Reforzador positivo.
6. Practicar el vestir y desvestir con muñecos.	Muñecos de madera.	Imitación. Atención. Seguimiento de instrucción. Reforzador positivo.
7. Apoyarle para ponerse y quitarse los zapatos.	Zapatos.	Imitación. Atención. Seguimiento de instrucción. Reforzador positivo.
8. Identificar el zapato que le corresponde a cada pie.	Zapatos.	Imitación. Atención. Seguimiento de instrucción. Reforzador positivo.
9. Practicar el amarrado de agujetas en cada zapato.	Zapatos con agujetas.	Imitación. Atención. Seguimiento de instrucción. Reforzador positivo.
10. Colocar la ropa en su lugar y en forma ordenada.	Closet o ropero.	Imitación. Atención. Seguimiento de instrucción. Reforzador positivo.

Número de actividades	Alumnos con respuesta (+)	Equivalencia porcentual (%)	Alumnos con respuesta (-)	Equivalencia porcentual (%)
1	10	66.6	5	33.3
2	13	86.6	2	13.3
3	10	66.6	5	33.3
4	10	66.6	5	33.3
5	10	66.6	5	33.3
6	15	100	0	0
7	10	66.6	5	33.3
8	10	66.6	5	33.3
9	10	66.6	5	33.3
10	15	100	0	0

Tabla N° 1. Distribución de frecuencias para el programa Arreglo personal.



Gráfica N° 1. Representa las respuestas obtenidas por los alumnos en el programa Arreglo personal.



Gráfica N° 2. Porcentaje de respuestas obtenidas por los alumnos en el programa Arreglo personal.

Programa: Aseo corporal.

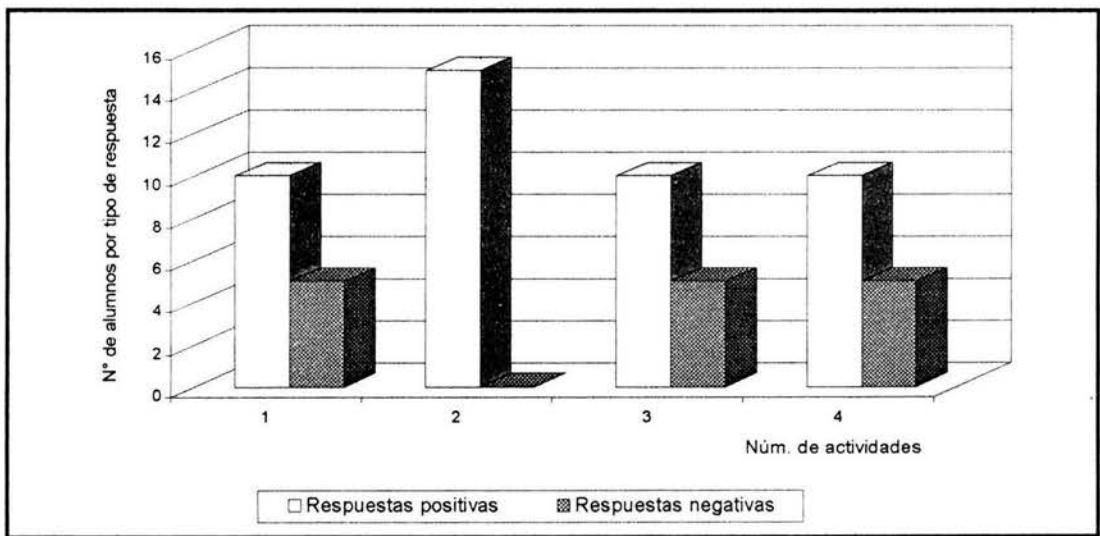
Objetivo específico:

1) Se fomentarán en el alumno los hábitos generales de higiene para el cuidado de su persona, siguiendo los pasos necesarios y cuando se le indique.

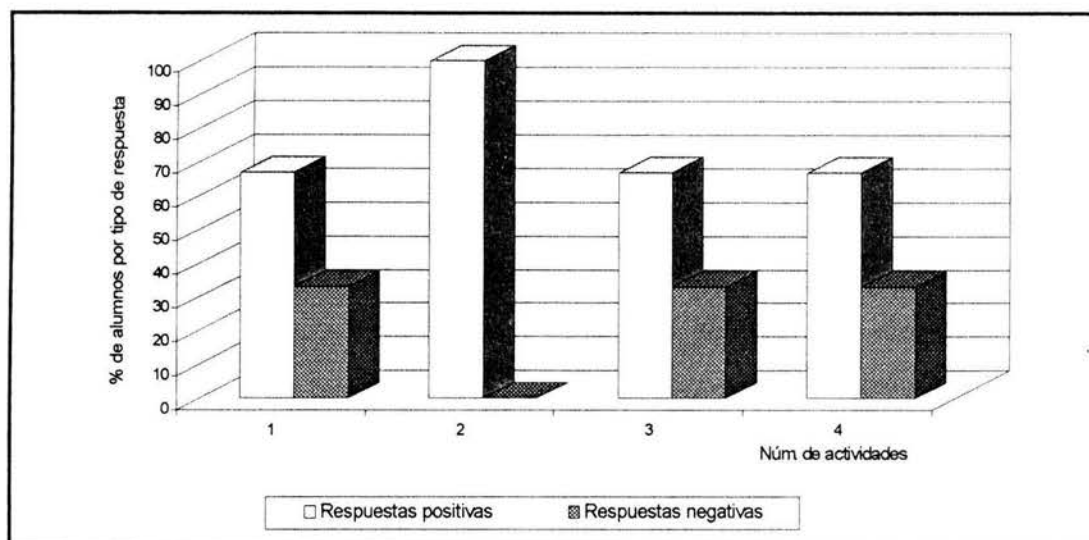
Actividades	Material	Técnica o procedimiento de modificación conductual
1. Desvestirse por sí solo.	Baño. Jabón.	Imitación. Atención.
2. Abrir la llave de la regadera y la cierre cuando se le indique.	Agua. Estropajo.	Seguimiento de instrucción. Aproximaciones sucesivas.
3. Enjabonar y frotar todo su cuerpo.	Shampoo. Toalla.	Reforzador social.
4. Secar cada parte del cuerpo correctamente.		

Número de actividades	Alumnos con respuesta (+)	Equivalencia porcentual (%)	Alumnos con respuesta (-)	Equivalencia porcentual (%)
1	10	66.6	5	33.3
2	15	100	0	0
3	10	66.6	5	33.3
4	10	66.6	5	33.3

Tabla N° 2. Distribución de frecuencias para el programa Aseo corporal.



Gráfica N° 3. Muestra las respuestas obtenidas por los alumnos en el programa Aseo corporal.



Gráfica N° 4. Porcentaje de respuestas obtenidas por los alumnos en el programa Aseo corporal.

Programa: Lavado de manos.

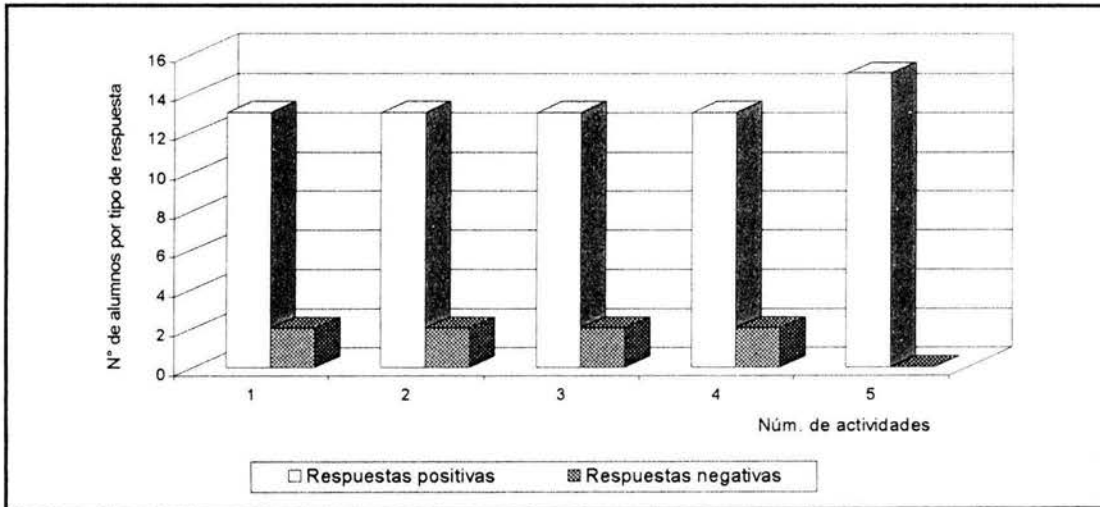
Objetivo específico:

- 1) El alumno será capaz de lavarse las manos por sí mismo, siguiendo los pasos necesarios y cuando se le indique.

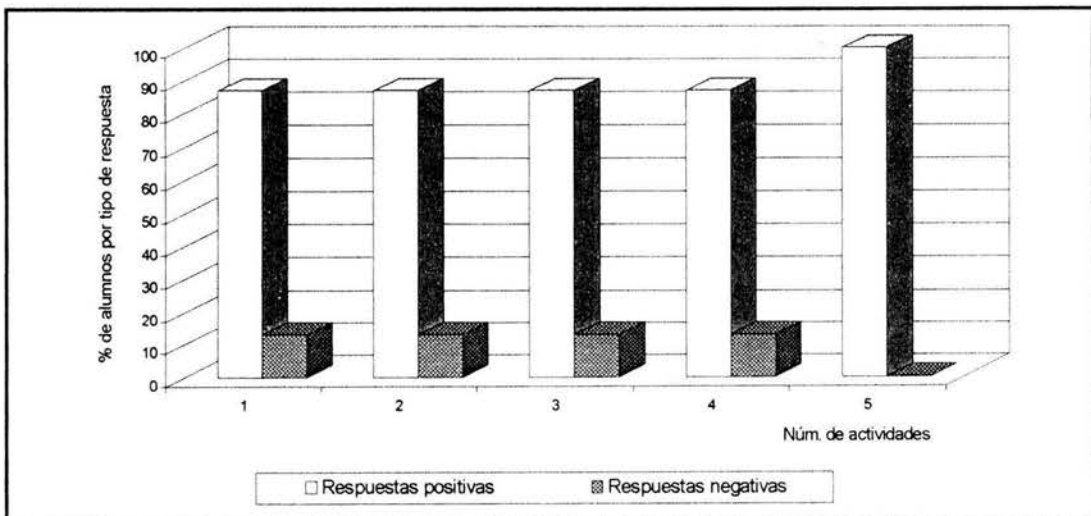
Actividades	Material	Técnica o procedimiento de modificación conductual
<ol style="list-style-type: none"> 1. Indicarle que debe lavarse las manos antes y después de comer e ir al baño, así como cuando estén sucias. 2. Lavarse las manos utilizando agua y jabón. 3. Realizar movimientos circulares para enjabonar bien las manos. 4. Señalarle como enjuagarse las manos. 5. Secarse las manos con la toalla, y colocarla en su lugar. 	Lavamanos. Jabón. Jabonera. Agua. Toalla. Toallero.	Imitación. Atención. Seguimiento de instrucción. Aproximaciones sucesivas. Reforzador social.

Número de actividades	Alumnos con respuesta (+)	Equivalencia porcentual (%)	Alumnos con respuesta (-)	Equivalencia porcentual (%)
1	13	86.6	2	13.3
2	13	86.6	2	13.3
3	13	86.6	2	13.3
4	13	86.6	2	13.3
5	15	100	0	0

Tabla N° 3. Distribución de frecuencias para el programa Lavado de manos.



Gráfica N° 5. Representa las respuestas obtenidas por los alumnos programa Lavado de manos.



Gráfica N° 6. Porcentaje de respuestas obtenidas por los en el programa Lavado de manos.

Programa: Lavado de cara.

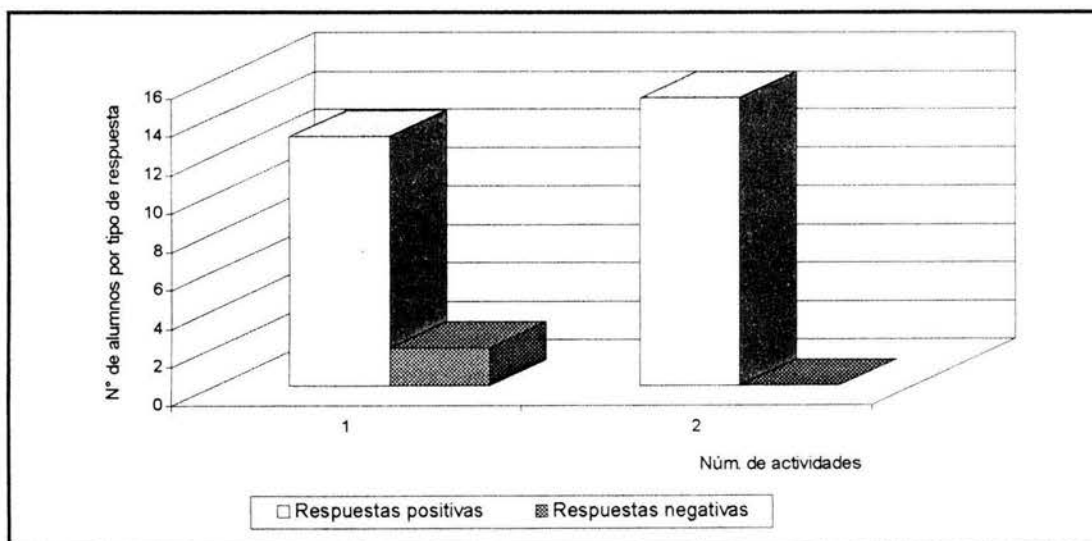
Objetivo específico:

- 1) El alumno será capaz de lavarse la cara por sí mismo, siguiendo los pasos necesarios y cuando se le indique

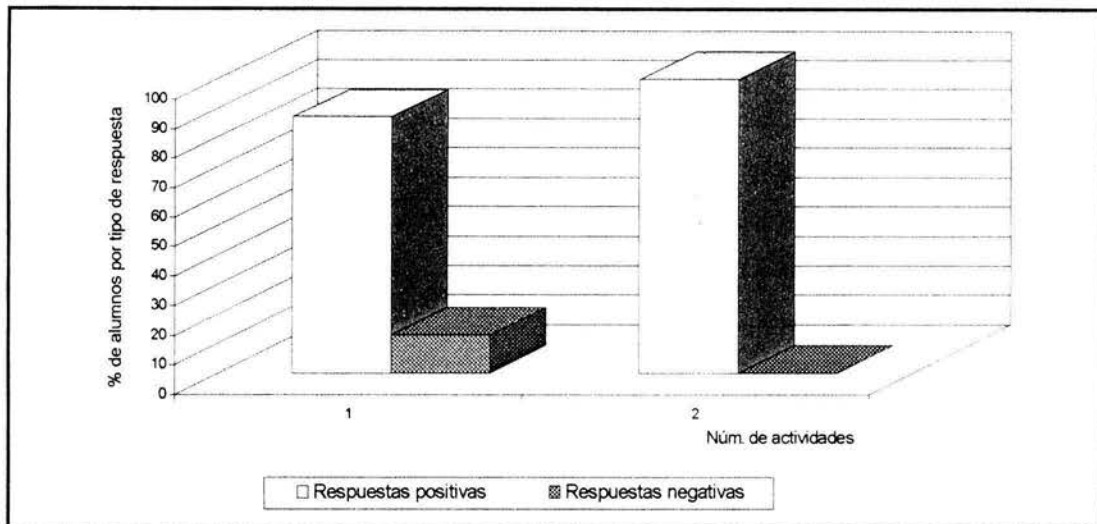
Actividades	Material	Técnica o procedimiento de modificación conductual
1. Guiar sus manos enjabonadas hacia su cara.	Lavamanos. Jabón. Jabonera.	Imitación. Atención. Seguimiento de instrucción.
2. Enjabonarse la cara con movimientos circulares, a excepción de los ojos.	Agua. Toalla. Toallero.	Aproximaciones sucesivas. Reforzador social.
3. Tomar agua con sus manos para enjuagarse.		
4. Secarse la cara y las manos con la toalla, y colocarla en su lugar.		

Número de actividades	Alumnos con respuesta (+)	Equivalencia porcentual (%)	Alumnos con respuesta (-)	Equivalencia porcentual (%)
1	13	86.6	2	13.3
2	15	100	0	0

Tabla N° 4. Distribución de frecuencias para el programa Lavado de cara.



Gráfica N° 7. Muestra las respuestas obtenidas por los alumnos en el programa Lavado de cara.



Gráfica N° 8. Porcentaje de respuestas obtenidas por los alumnos en el programa Lavado de cara.

Programa: Limpieza dental.

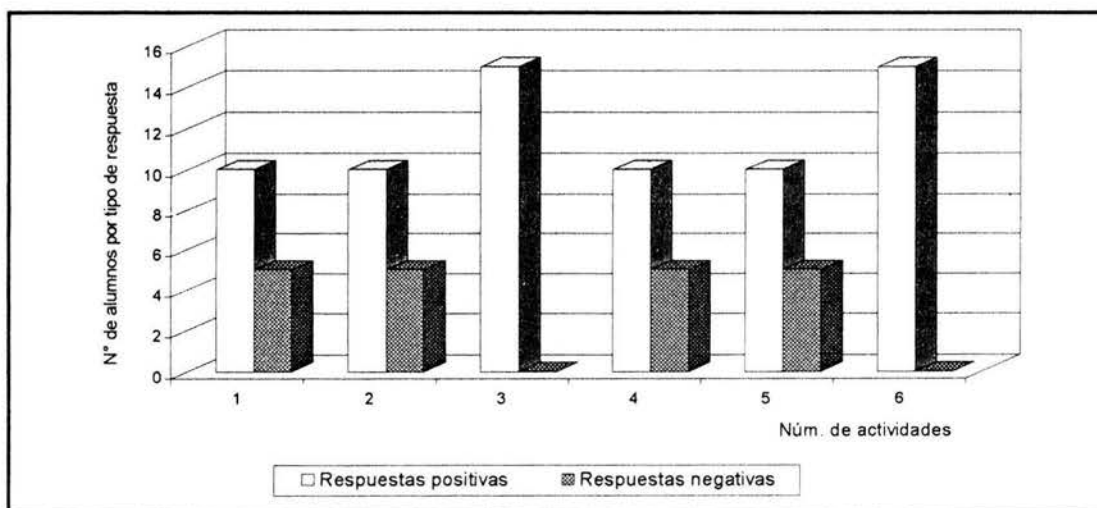
Objetivo específico:

- 1) El alumno deberá cepillarse correctamente los dientes después de cada alimento.

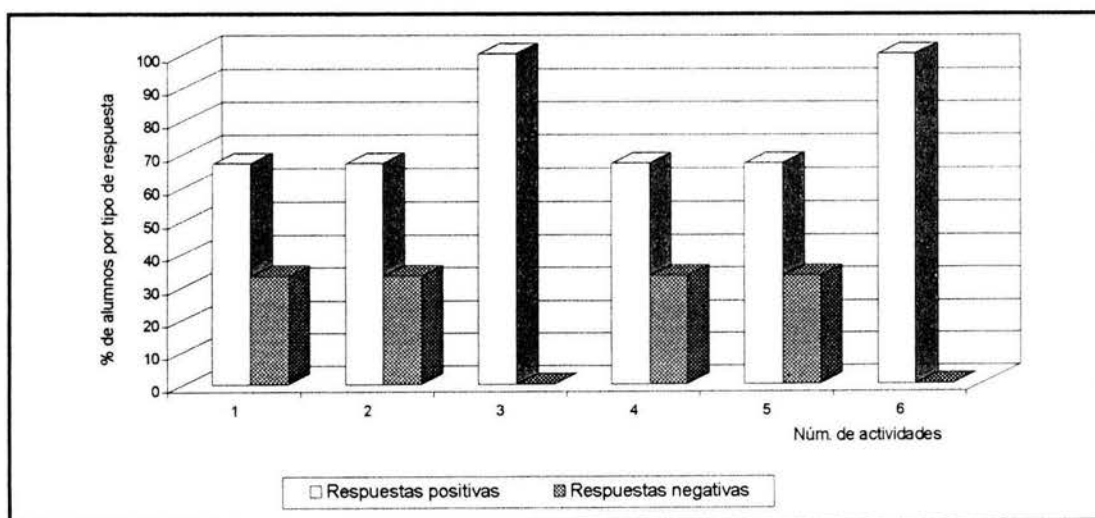
Actividades	Material	Técnica o procedimiento de modificación conductual
1. Emplear de manera correcta el cepillo dental. 2. Guiar la mano dentro de su boca frente a un espejo, para mostrarles los movimientos idóneos del cepillado de dientes. 3. Abrir y cerrar el tubo de la pasta dental. 4. Colocar en el cepillo la cantidad necesaria. 5. Enjuagar la boca las veces necesarias. 6. Lavar el cepillo y secar la boca y manos. 7. Colocar el cepillo, la pasta dental y la toalla en su respectivo lugar.	Lavabo. Espejo. Cepillo dental. Pasta dental. Toalla. Toallero.	Imitación. Atención. Seguimiento de instrucción. Aproximaciones sucesivas. Reforzador social.

Número de actividades	Alumnos con respuesta (+)	Equivalencia porcentual (%)	Alumnos con respuesta (-)	Equivalencia porcentual (%)
1	10	66.6	5	33.3
2	10	66.6	5	33.3
3	15	100	0	0
4	10	66.6	5	33.3
5	10	66.6	5	33.3
6	15	100	0	0

Tabla N° 5. Distribución de frecuencias para programa Limpieza dental.



Gráfica N° 9. Muestra las respuestas obtenidas por los alumnos en el programa Limpieza dental.



Gráfica N° 10. Porcentaje de respuestas obtenidas por los alumnos en el programa Limpieza dental.

Programa: Necesidades de evacuación.

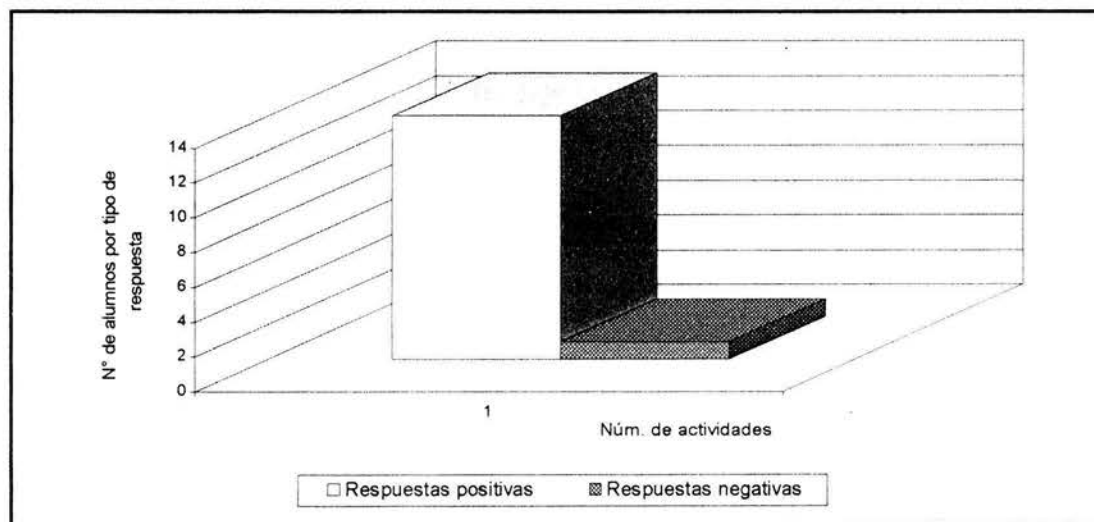
Objetivo específico:

- 1) Que el alumno realice por sí solo todas sus necesidades de evacuación (urinaria y fecal) en un retrete (taza de baño) sin ensuciar el sitio, ni su ropa, ni su persona.

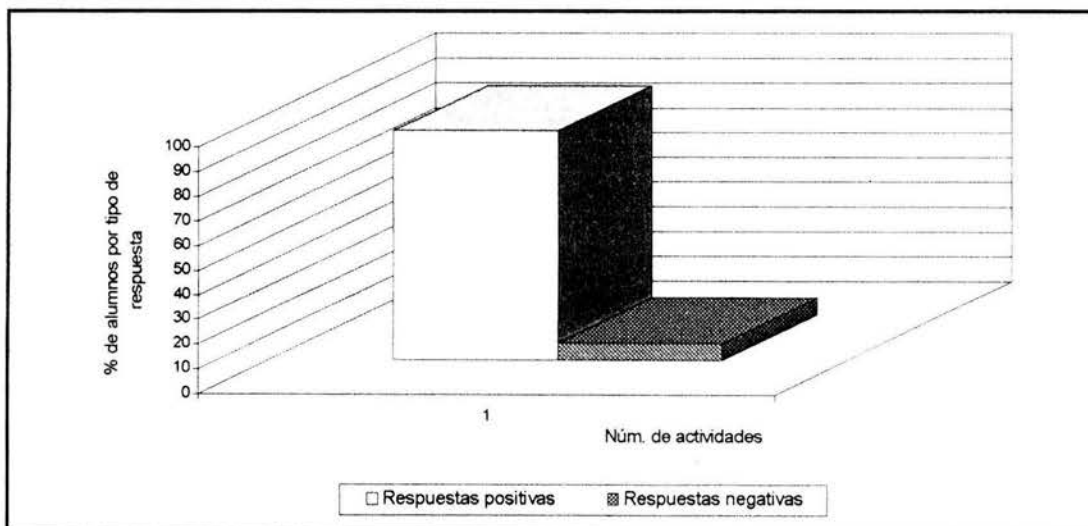
Actividades	Material	Técnica o procedimiento de modificación conductual
1. Regular el control de esfínteres, para aquellos casos que así lo requieran.	Formato de registro. Lápiz. Reloj.	Atención. Seguimiento de instrucción. Reforzador negativo. Reforzador social.

Número de actividades	Alumnos con respuesta (+)	Equivalencia porcentual (%)	Alumnos con respuesta (-)	Equivalencia porcentual (%)
1	14	93.3	1	6.6

Tabla N° 6. Distribución de frecuencias para el programa de Necesidades de evacuación.



Gráfica N° 11. Representa las respuestas obtenidas por los alumnos en el programa Necesidades de evacuación.



Gráfica N° 12. Porcentaje de respuestas obtenidas para los alumnos en el programa Necesidades de evacuación.

Programa: Uso adecuado del pañuelo.

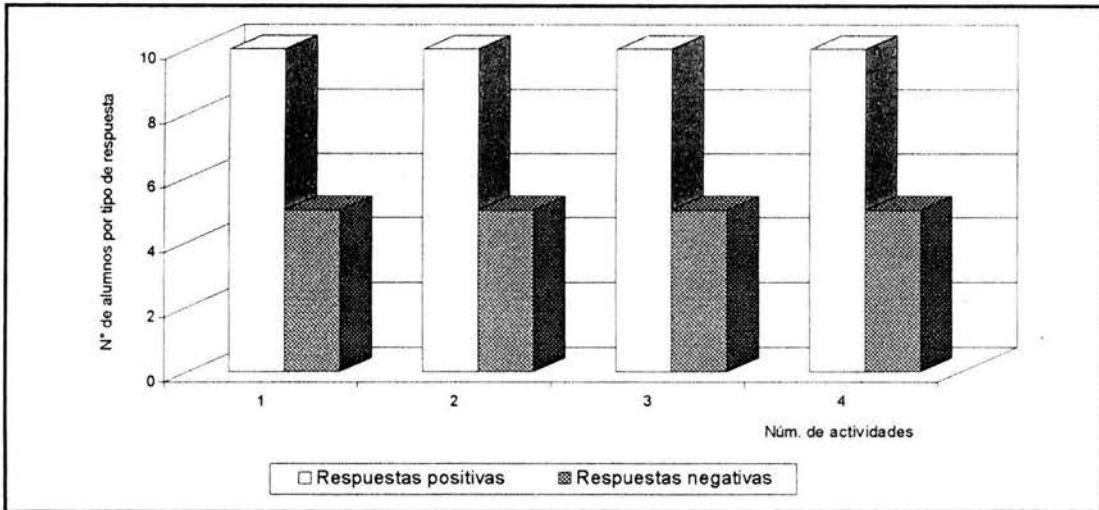
Objetivo específico:

1) Que el alumno utilice adecuadamente el pañuelo en las ocasiones que lo requiera su persona.

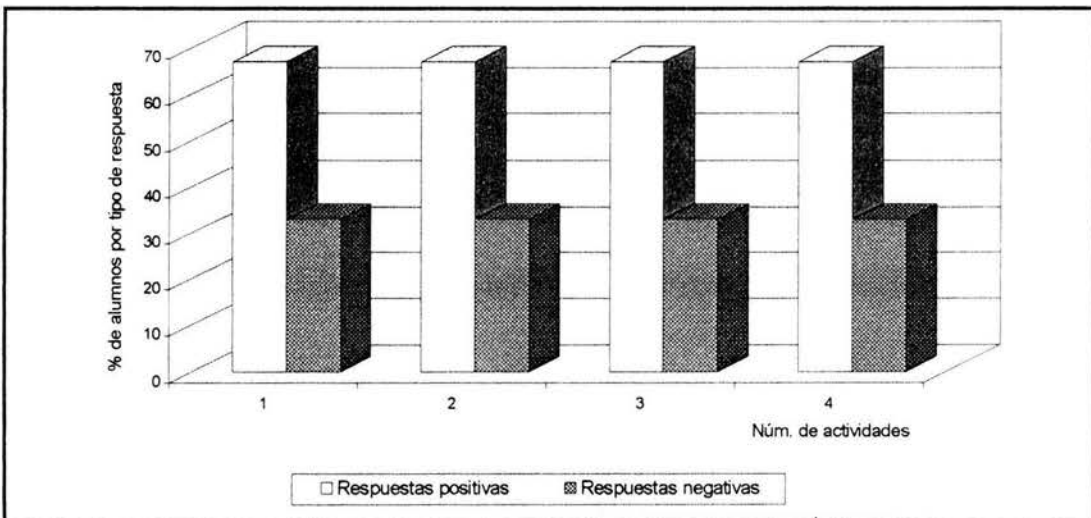
Actividades	Material	Técnica o procedimiento de modificación conductual
1. Demostrarle cuando y como usar el pañuelo.	Pañuelos desechables. Pañuelos de tela o paliacates.	Imitación. Atención. Seguimiento de instrucción. Reforzador positivo.
2. Limpiar su nariz y boca cuando se le requiera.		
3. Cubrir la nariz y la boca cuando estornude, tosa o eructe.		
4. Secar las lágrimas, sudor y manos cuando sea necesario.		

Número de actividades	Alumnos con respuesta (+)	Equivalencia porcentual (%)	Alumnos con respuesta (-)	Equivalencia porcentual (%)
1	10	66.6	5	33.3
2	10	66.6	5	33.3
3	10	66.6	5	33.3
4	10	66.6	5	33.3

Tabla N° 7. Distribución de frecuencias para el programa Uso adecuado del pañuelo.



Gráfica N° 13. Muestra las respuestas obtenidas por los alumnos en el programa Uso adecuado del pañuelo.



Gráfica N° 14. Porcentaje de respuestas obtenidas por los alumnos en el programa Uso adecuado del pañuelo.

Programa: Empleo del peine y cepillo para el cabello.

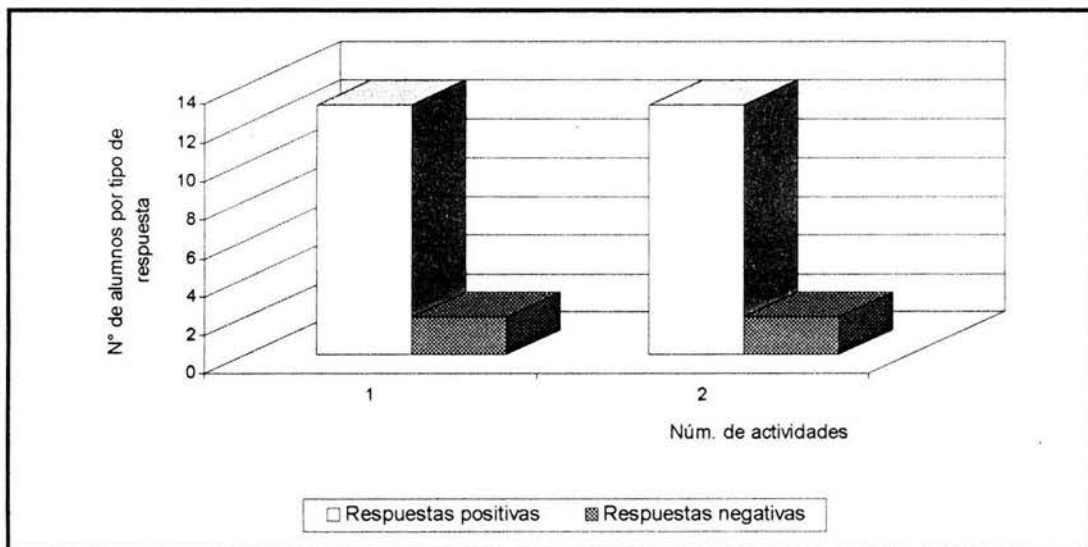
Objetivo específico:

- 1) Que el alumno emplee el peine y el cepillo para el cabello en las ocasiones que lo requiera su persona.

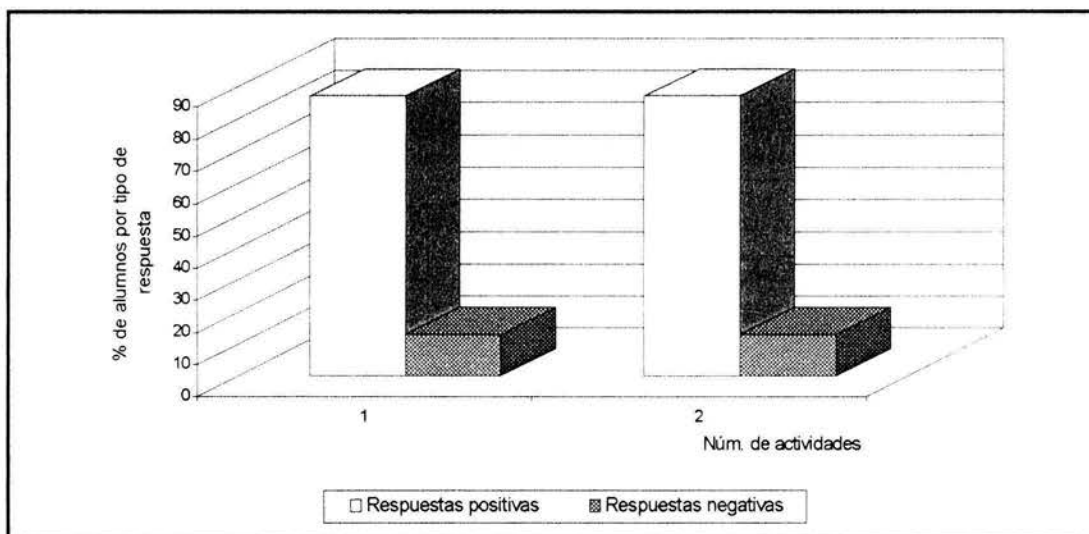
Actividades	Material	Técnica o procedimiento de modificación conductual
1. Deberá seguir los movimientos demostrativos para peinarse frente aun espejo.	Peine. Cepillo. Espejo.	Imitación. Atención. Seguimiento de instrucción. Reforzador positivo.
2. Acostumbrarle a que emplee su propio cepillo o peine para peinarse.		

Número de actividades	Alumnos con respuesta (+)	Equivalencia porcentual (%)	Alumnos con respuesta (-)	Equivalencia porcentual (%)
1	13	86.6	2	13.3
2	13	86.6	2	13.3

Tabla N° 8. Distribución de frecuencias para el programa Empleo del peine y cepillo para el cabello.



Gráfica N° 15. Muestra las respuestas obtenidas por los alumnos en el programa Empleo del peine y cepillo para el cabello.



Gráfica N° 16. Porcentaje de respuestas obtenidas por los alumnos en el programa Empleo del peine y cepillo para el cabello.

5.1.2 Subárea: Alimentación.

Programa: Modales básicos en la mesa.

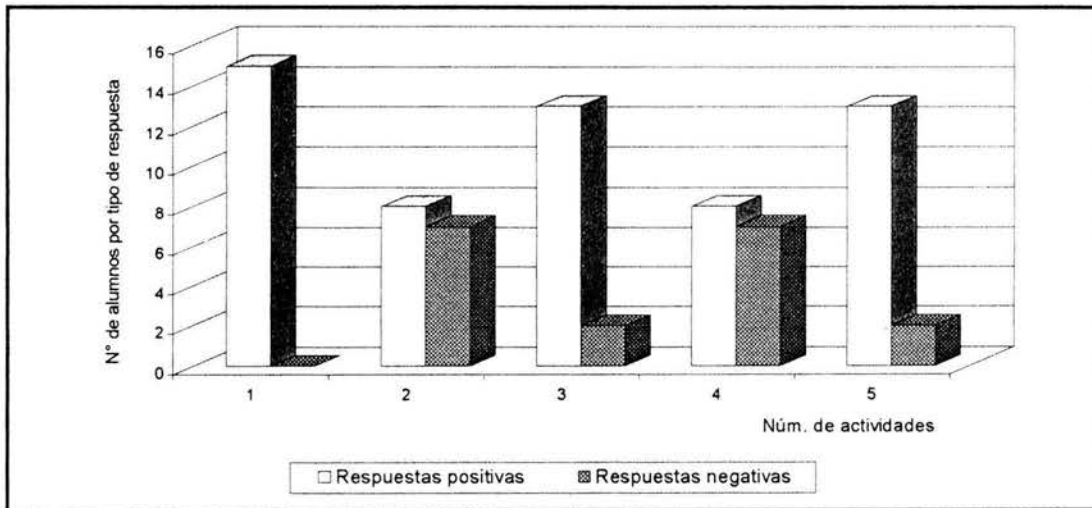
Objetivo específico:

- 1) Que el alumno ingiera sus alimentos sólidos y líquidos de manera adecuada.

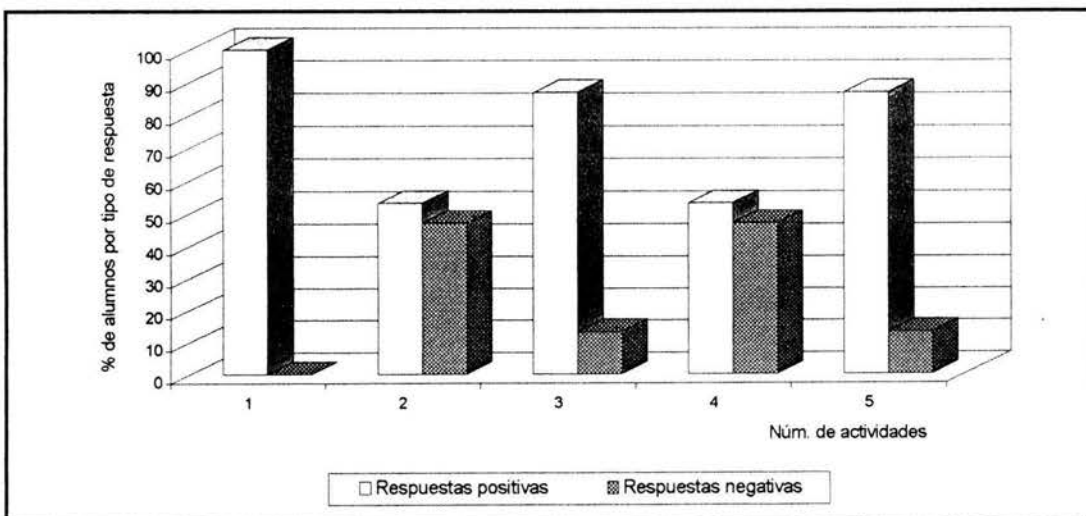
Actividades	Material	Técnica o procedimiento de modificación conductual
1. Mostrar como emplear correctamente la cuchara, y el tenedor.	Mesa. Silla. Platos. Cuchara.	Atención. Seguimiento de instrucción. Moldeamiento por aproximaciones sucesivas. Reforzador social.
2. Mostrar como utilizar el cuchillo y el tenedor para cortar algún alimento.	Cuchillo. Tenedor. Vaso. Servilleta.	
3. Ingerir de forma correcta el agua en el vaso.		
4. Realizar adecuadamente lo demostrado con los cubiertos al momento de ingerir sus alimentos.		
5. Usar apropiadamente la servilleta en la mesa.		

Número de actividades	Alumnos con respuesta (+)	Equivalencia porcentual (%)	Alumnos con respuesta (-)	Equivalencia porcentual (%)
1	15	100	0	0
2	8	53.3	7	46.6
3	13	86.6	2	13.3
4	8	53.3	7	46.6
5	13	86.6	2	13.3

Tabla N° 9. Distribución de frecuencias para el programa Modales básicos en la mesa.



Gráfica N° 17. Muestra las respuestas obtenidas por los alumnos en el programa Modales básicos en la mesa.



Gráfica N° 18. Porcentaje de respuestas obtenidas por los alumnos en el programa Modales básicos en la mesa.

5.1.3 Subárea: Socialización.

Programa: Normas básicas de educación.

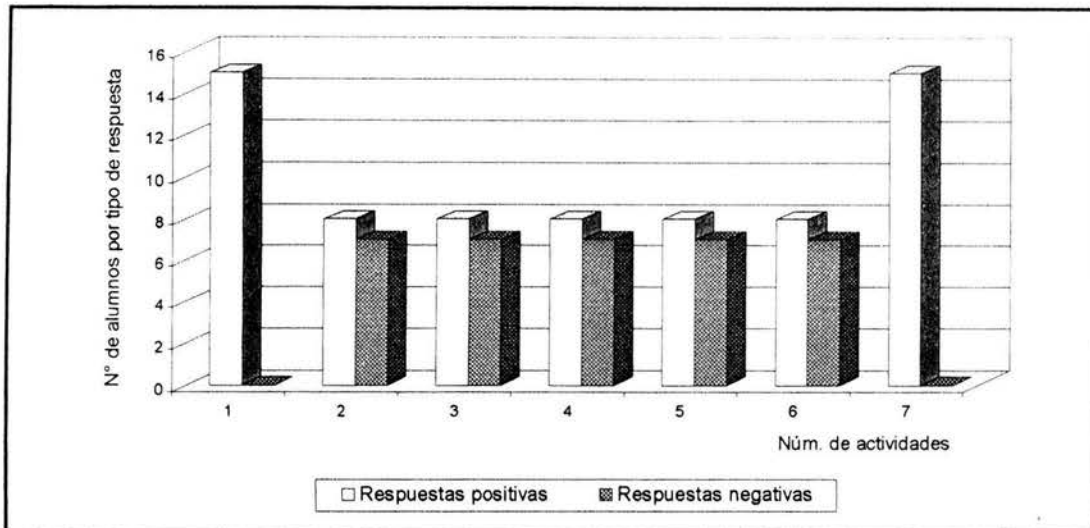
Objetivo específico:

1) El alumno presentará oportunamente las normas básicas de educación, sin necesidad de modelamiento e instigación.

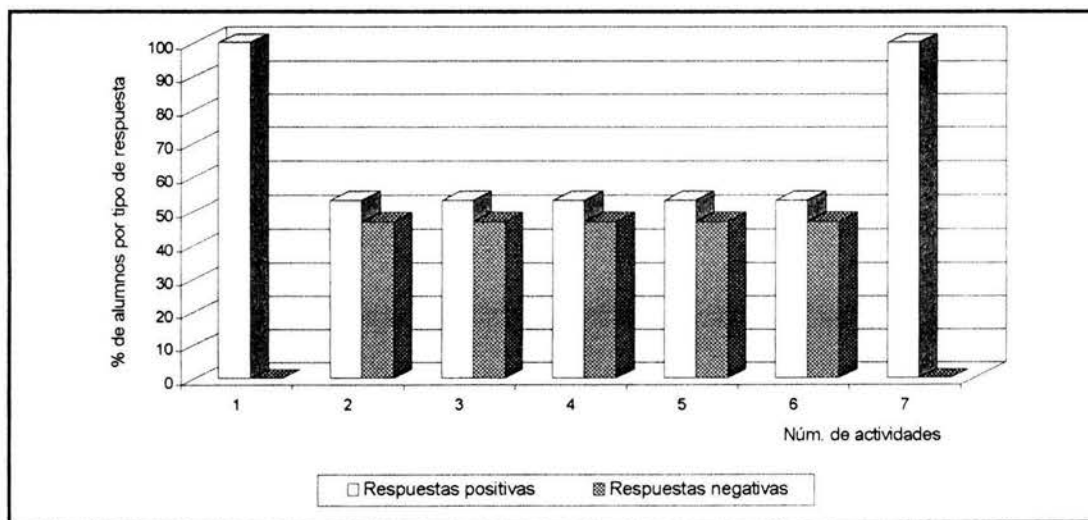
Actividades	Material	Técnica o procedimiento de modificación conductual
1. Saludar correctamente a cualquier persona.	Normas básicas. Puerta. Cesto e basura.	Imitación. Atención. Seguimiento de instrucción. Reforzador positivo.
2. Dar las gracias cuando se pida algún favor.		
3. Pedir permiso en los momentos que se le requiera.		
4. Pedir por favor las cosas o cuando desee que se le haga un favor.		
5. Llamar a la puerta adecuadamente.		
6. Despedirse al término de sus actividades o cuando abandone algún sitio.		
7. Asear su lugar de trabajo al término de sus actividades en el día.		

Número de actividades	Alumnos con respuesta (+)	Equivalencia porcentual (%)	Alumnos con respuesta (-)	Equivalencia porcentual (%)
1	15	100	0	0
2	8	53.3	7	46.6
3	8	53.3	7	46.6
4	8	53.3	7	46.6
5	8	53.3	7	46.6
6	8	53.3	7	46.6
7	15	100	0	0

Tabla N° 10. Distribución de frecuencias para el programa Normas básicas de educación.



Gráfica N° 19. Representa las respuestas obtenidas por los alumnos en el programa Normas básicas de educación.



Gráfica N° 20. Porcentaje de respuestas obtenidas por los alumnos en el programa Normas básicas de educación.

Programa: Extinción de conductas inadecuadas o problemáticas.

Objetivo específico:

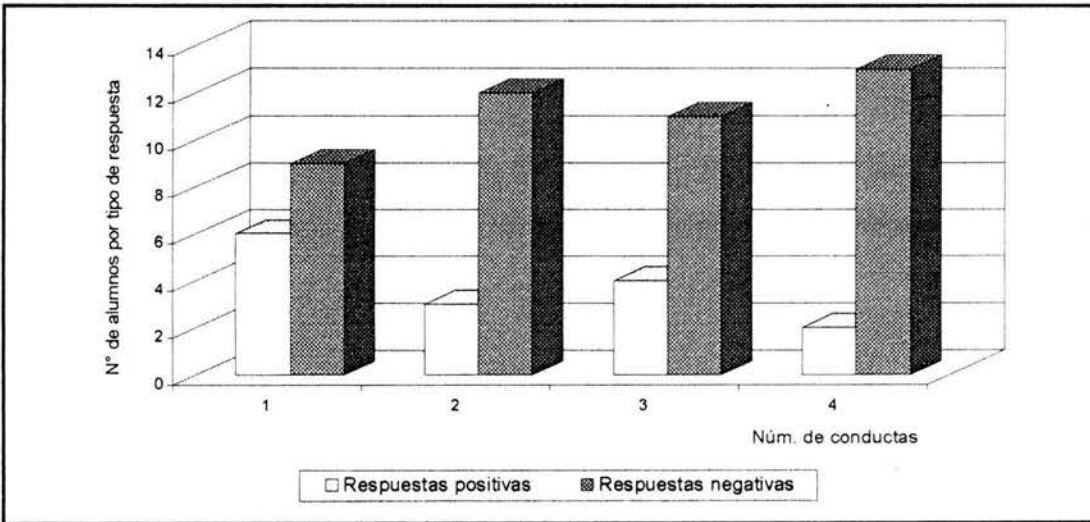
- 1) Eliminar en lo posible las conductas inadecuadas o problemáticas cada vez que pierda un evento reforzante o se le niegue el acceso a éste.

Actividades	Material	Técnica o procedimiento de modificación conductual
1. Registrar todas aquellas conductas no deseables en los alumnos.	Formato de registro. Lápiz. Goma.	Castigo. Extinción.

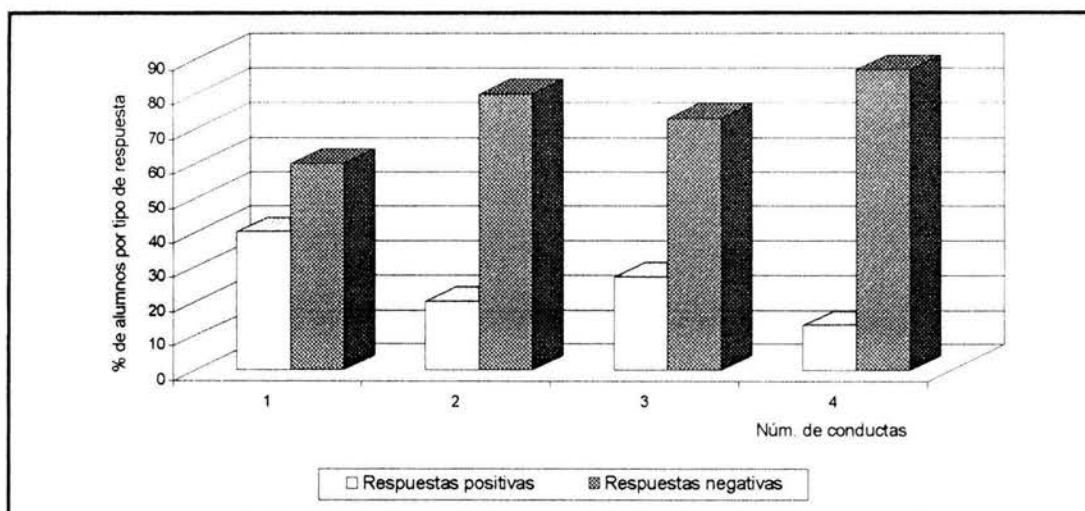
Número de conductas
1. Agresión física
2. Agresión verbal
3. Molestar a otro
4. Berrinche

Número de conductas	Alumnos con respuesta (+)	Equivalencia porcentual (%)	Alumnos con respuesta (-)	Equivalencia porcentual (%)
1	6	40	9	60
2	3	20	12	80
3	4	26.6	11	73.3
4	2	13.3	13	86.6

Tabla N° 11. Distribución de frecuencias para el programa Extinción de conductas inadecuadas o problemáticas.



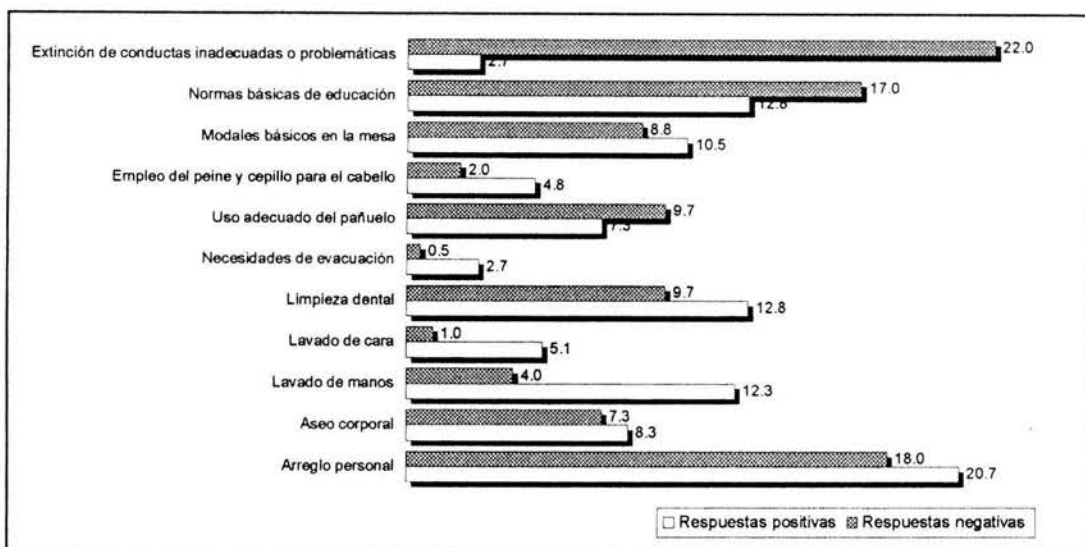
Gráfica N° 21. Muestra las respuestas obtenidas por los alumnos en el programas Extinción de conductas inadecuadas o problemáticas.



Gráfica N° 22. Porcentaje de respuestas obtenidas por los alumnos en el programa Extinción de conductas inadecuadas o problemáticas.

Relación de programas	Porcentaje de respuestas (+)	Porcentaje de respuestas (-)
1. Arreglo personal	20.7	18.0
2. Aseo corporal	8.3	7.3
3. Lavado de manos	12.3	4.0
4. Lavado de cara	5.1	1.0
5. Limpieza dental	12.8	9.7
6. Necesidades de evacuación	2.7	0.5
7. Uso adecuado del pañuelo	7.3	9.7
8. Empleo del peine y cepillo para el cabello	4.8	2.0
9. Modales básicos en la mesa	10.5	8.8
10. Normas básicas de educación	12.8	17.0
11. Extinción de conductas inadecuadas o problemáticas	2.7	22.0

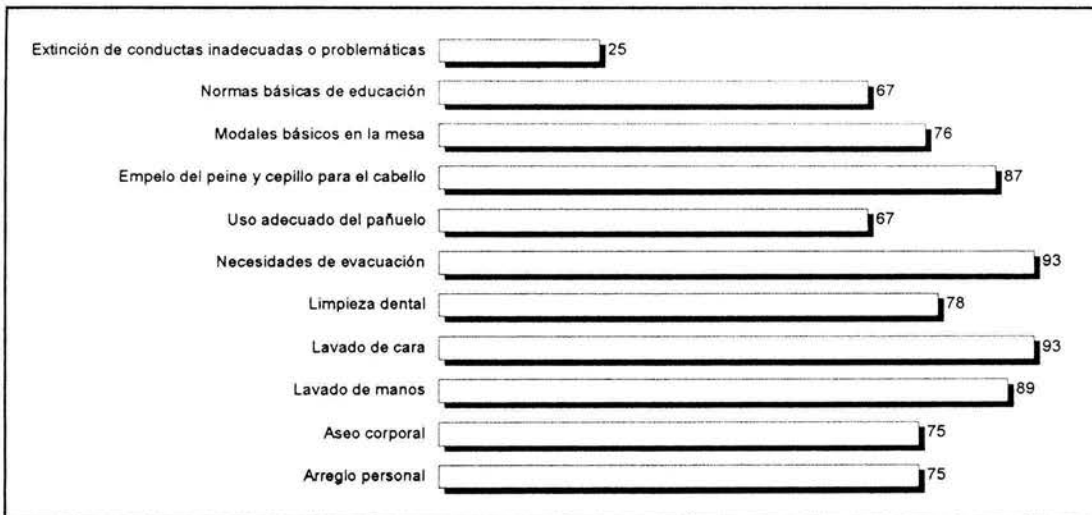
Tabla N° 12. Relación porcentual por tipo de respuesta de los quince alumnos, para los diferentes programas que conforman el Área Emocional – Social.



Gráfica N° 23 Representa la equivalencia porcentual de respuestas positivas (+) y negativas (-) de los programas del Área Emocional – Social.

Relación de programas	% G.A
1. Arreglo personal	75
2. Aseo corporal	75
3. Lavado de manos	89
4. Lavado de cara	93
5. Limpieza dental	78
6. Necesidades de evacuación	93
7. Uso adecuado del pañuelo	67
8. Empleo del peine y cepillo para el cabello	87
9. Modales básicos en la mesa	76
10. Normas básicas de educación	67
11. Extinción de conductas inadecuadas o problemáticas	25

Tabla N° 13. Equivalencia porcentual del grado de aprovechamiento (%G.A) de los programas que integran el Área Emocional – Social.



Gráfica N° 24 Representa el polígono porcentual de frecuencias del grado de aprovechamiento de los programas que integran el Área Emocional – Social.

5.2 Area de Lenguaje.

5.2.1 Subárea: Receptivo – Expresivo.

Programa: Articulación.

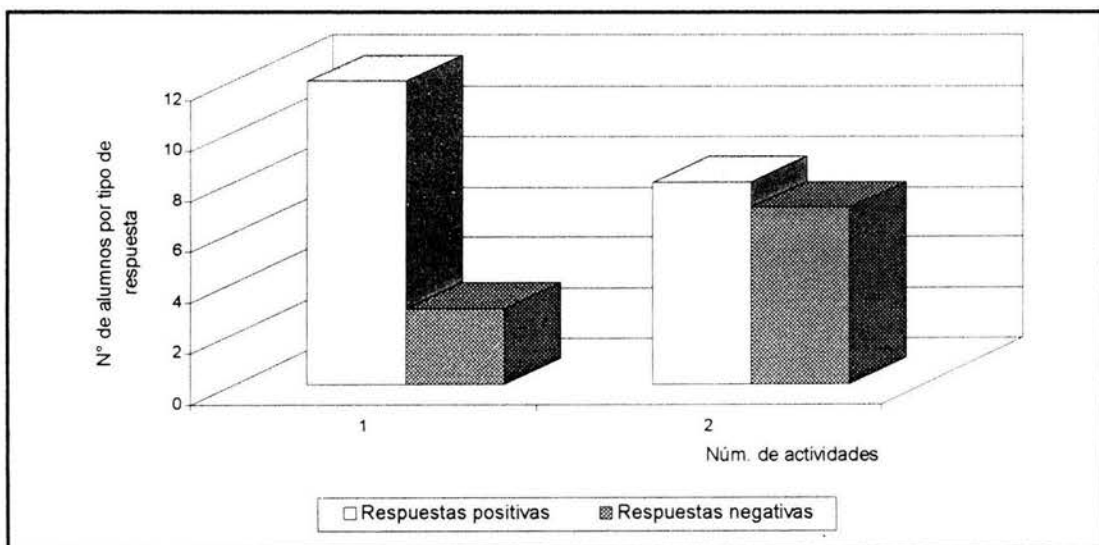
Objetivos específicos:

- 1) El alumno será capaz de repetir al 100% palabras de una y dos sílabas.
- 2) El alumno deberá lograr una pronunciación lo más discriminablemente posible.

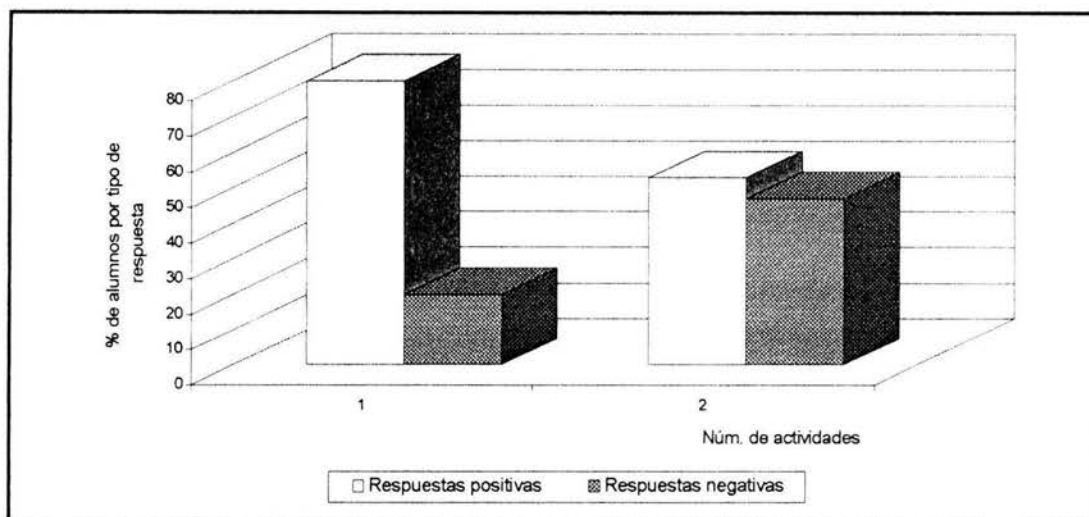
Actividades	Material	Técnica o procedimiento de modificación conductual
1. Articular palabras con una sílaba.	Tarjetas con palabras de una sílaba. Pizarrón. Gises. Borrador.	Imitación. Atención. Reforzador social.
2. Articular palabras de dos sílabas.	Tarjetas con palabras de dos sílabas. Pizarrón. Gises. Borrador.	Imitación. Atención Reforzador social.

Número de actividades	Alumnos con respuesta (+)	Equivalencia porcentual (%)	Alumnos con respuesta (-)	Equivalencia porcentual (%)
1	12	80.0	3	20.0
2	8	53.3	7	46.6

Tabla N° 14. Distribución de frecuencias para el programa Articulación.



Gráfica N° 25. Representa las respuestas obtenidas por los alumnos en el programa Articulación.



Gráfica N° 26. Porcentaje de respuestas obtenidas por los alumnos en el programa Articulación.

Programa: Encadenamiento.

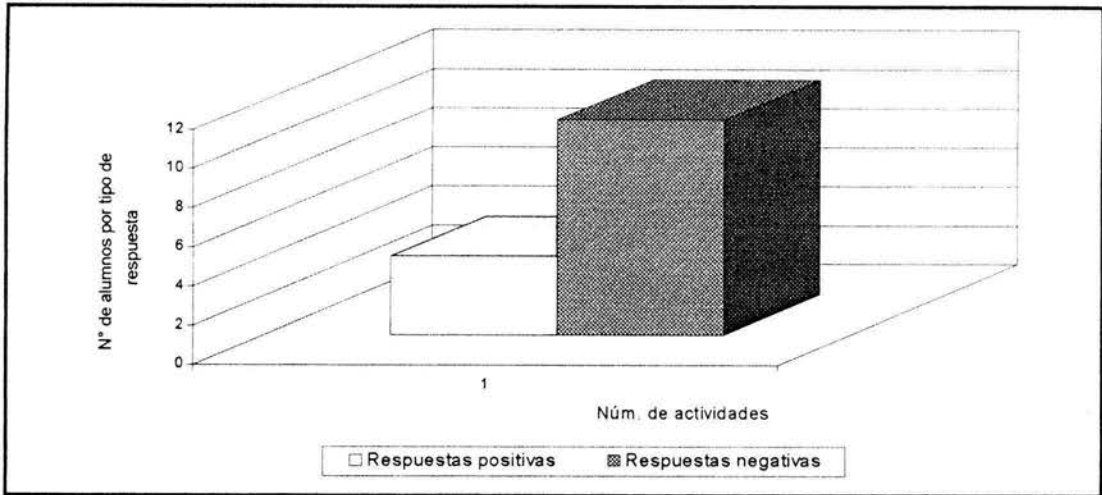
Objetivo específico:

- 1) El alumno encadenará los distintos componentes verbales que constituyen unidades fonéticas.

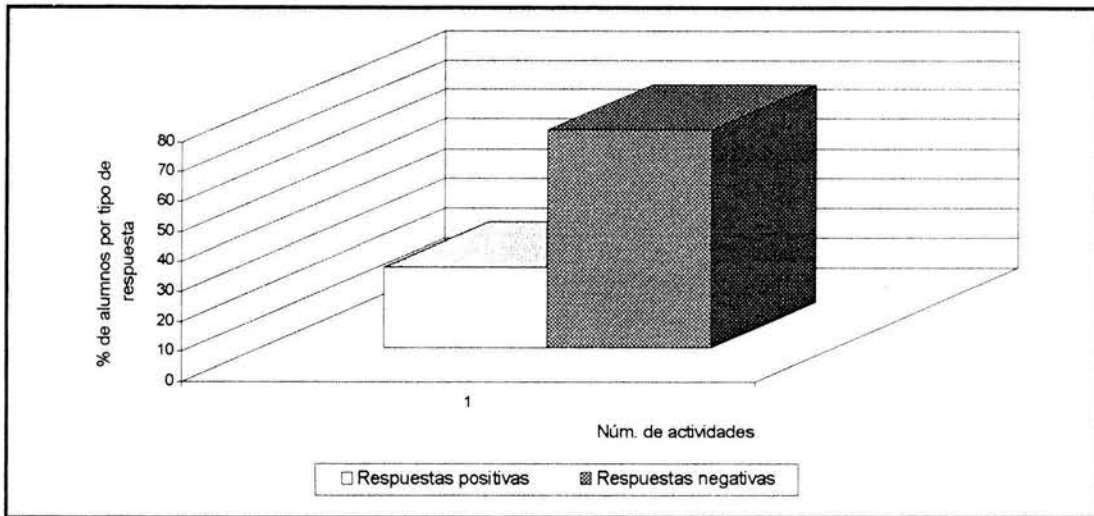
Actividades	Material	Técnica o procedimiento de modificación conductual
1. Encadenar dos sílabas para formar palabras.	Tarjetas con palabras escritas. Pizarrón. Gises. Borrador.	Imitación. Atención. Reforzador social.

Número de actividades	Alumnos con respuesta (+)	Equivalencia porcentual (%)	Alumnos con respuesta (-)	Equivalencia porcentual (%)
1	4	26.6	11	73.3

Tabla N° 15. Distribución de frecuencias para el programa Encadenamiento.



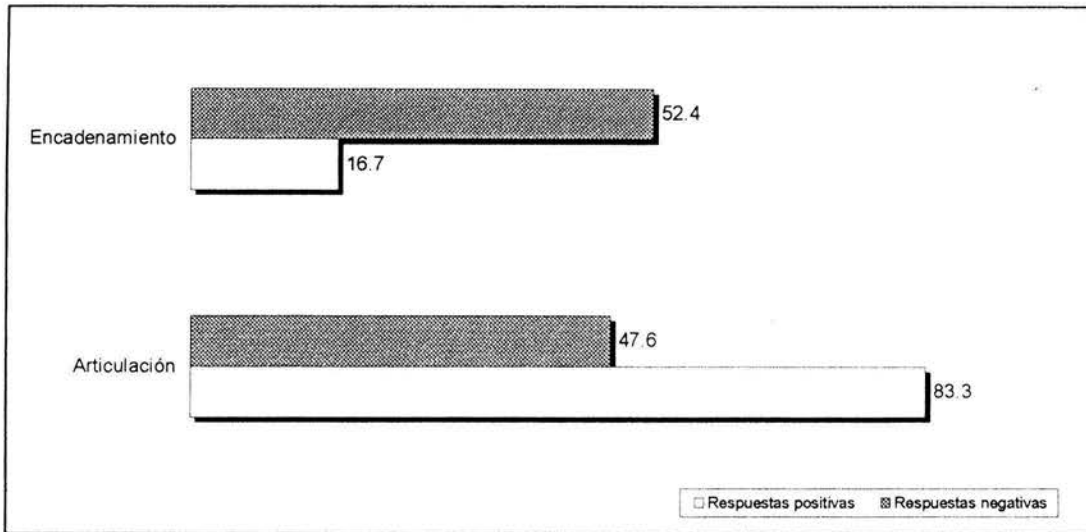
Gráfica N° 27. Muestra las respuestas obtenidas por los alumnos en el programa Encadenamiento.



Gráfica N° 28. Porcentaje de respuestas obtenidas por los alumnos en el programa Encadenamiento.

Relación de programas	Porcentaje de respuestas (+)	Pocentaje de respuestas (-)
1. Articulación	83.3	47.6
2. Encadenamiento	16.7	52.4

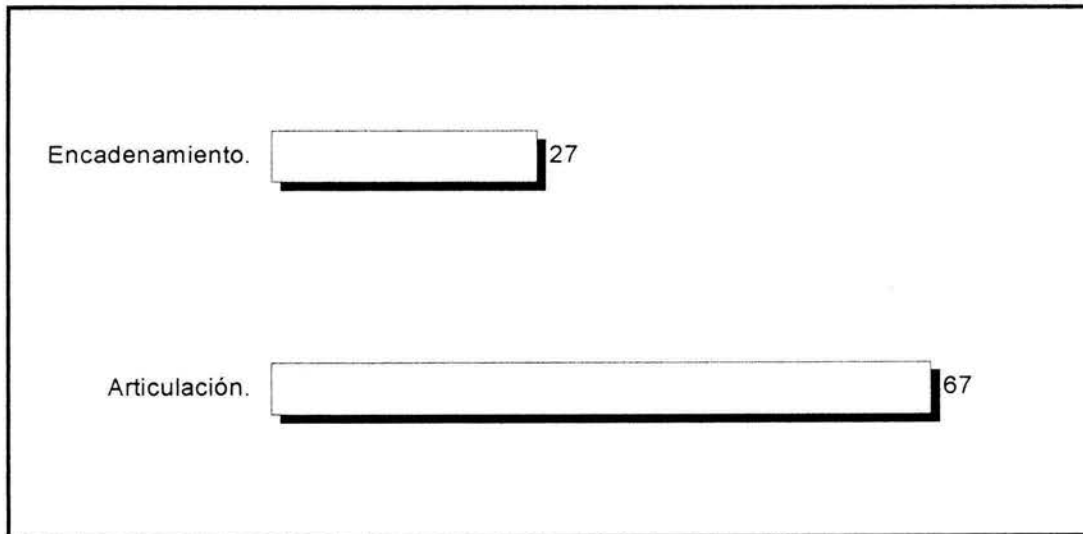
Tabla N° 16. Relación porcentual por tipo de respuesta de los quince alumnos, para los diferentes programas del Área de Lenguaje.



Gráfica N° 29. Representa la equivalencia porcentual de respuestas positivas (+) y negativas (-) de los programas del Área de Lenguaje.

Relación de programas	% G.A
1. Articulación.	67
2. Encadenamiento.	27

Tabla N° 17. Equivalencia porcentual del grado de aprovechamiento (%G.A) de los programas del Área de Lenguaje.



Gráfica N° 30. Representa el polígono porcentual de frecuencias del grado de aprovechamiento de los programas del Área de Lenguaje.

5.3 Area Motora.

5.3.1 Subárea: Motora gruesa.

Programa: Coordinación de fuerza, equilibrio y locomoción.

Objetivos específicos:

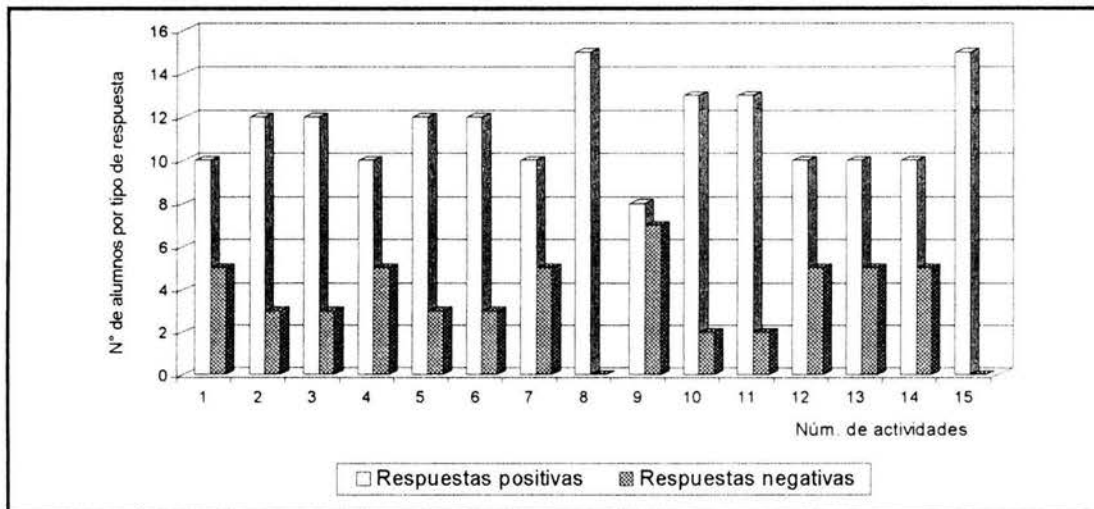
- 1) El alumno será capaz de ejercitar las partes gruesas de su cuerpo, para ejecutar una gran variedad de movimientos y así pueda trasladarse de un lugar a otro.
- 2) Que el alumno logre desarrollar la coordinación y fuerza de su cuerpo, para adoptar diferentes posiciones.
- 3) El alumno será capaz de poseer un dominio total del cuerpo, así como la ejecución eficiente de tareas específicas empleando sus músculos.

Actividades	Material	Técnica o procedimiento de modificación conductual
1. Acostarse boca arriba sobre una superficie cómoda doblara la pierna izquierda, a la vez que extiende la pierna derecha manteniendo los brazos pegados al cuerpo.	Colchoneta de hule espuma.	Seguimiento de instrucción. Atención. Imitación.
2. Impulsarlo para voltearse hacia el lado de la pierna extendida, manteniendo la posición.	Colchoneta de hule espuma.	Seguimiento de instrucción. Atención. Imitación.
3. Acostarse boca arriba sujetarle los brazos extendidos hacia arriba y regresarlos a su posición.	Colchoneta de hule espuma.	Seguimiento de instrucción. Atención. Imitación.
4. Inducirlo a voltear su cuerpo varias veces hacia un lado y luego hacia el lado contrario.	Colchoneta de hule espuma.	Seguimiento de instrucción. Atención. Imitación. Aproximaciones sucesivas. Reforzador positivo.
5. Acostarse boca abajo y con el apoyo de sus manos y rodillas levantara el tronco.	Colchoneta de hule espuma.	Seguimiento de instrucción. Atención. Imitación.
6. En posición vertical pedirle que levante una pierna erguidamente, mientras se sostiene con la otra.	Colchoneta de hule espuma.	Seguimiento de instrucción. Atención. Imitación.
7. En posición vertical deberá girar hacia el lado derecho e izquierdo con los ojos abiertos.	Colchoneta de hule espuma.	Seguimiento de instrucción. Atención. Imitación.
8. Rodar hacia ambos lados con los ojos abiertos.	Colchoneta de hule espuma.	Seguimiento de instrucción. Atención. Imitación. Aproximaciones sucesivas. Reforzador positivo.
9. Inducirlos a dar tres maromas seguidas, e incrementar la frecuencia paulatinamente.	Colchoneta de hule espuma.	Seguimiento de instrucción. Atención. Imitación.

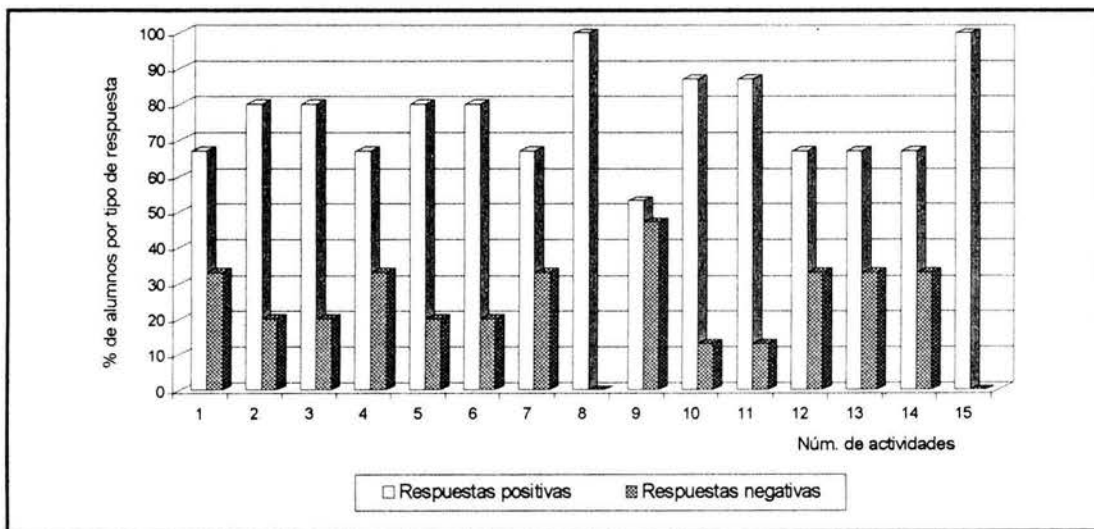
Actividades	Material	Técnica o procedimiento de modificación conductual
10. Balancear el cuerpo de un lado a otro en posición vertical.	Colchoneta de hule espuma.	Seguimiento de instrucción. Atención. Imitación.
11. Sentados uno frente del otro y tomados de las manos, se balancearán con los ojos abiertos.	Colchoneta de hule espuma.	Seguimiento de instrucción. Atención. Imitación.
12. En posición vertical y con las palmas de las manos juntas a las de un compañero tratarán de empujarse.	Colchoneta de hule espuma.	Seguimiento de instrucción. Atención. Imitación.
13. Sentados uno frente del otro y, con las plantas de los pies juntas se empujarán.	Colchoneta de hule espuma.	Seguimiento de instrucción. Atención. Imitación.
14. Colocados espalda con espalda se empujarán para levantarse.	Colchoneta de hule espuma.	Seguimiento de instrucción. Atención. Imitación.
15. Realizar 3 abdominales seguidas, con un incremento de frecuencia paulatino.	Colchoneta de hule espuma.	Seguimiento de instrucción. Atención. Imitación.

Número de actividades	Alumnos con respuesta (+)	Equivalencia porcentual (%)	Alumnos con respuesta (-)	Equivalencia porcentual (%)
1	10	66.6	5	33.3
2	12	80.0	3	20.0
3	12	80.0	3	20.0
4	10	66.6	5	33.3
5	12	80.0	3	20.0
6	12	80.0	3	20.0
7	10	66.6	5	33.3
8	15	100	0	0
9	8	53.3	7	46.6
10	13	86.6	2	13.3
11	13	86.6	2	13.3
12	10	66.6	5	33.3
13	10	66.6	5	33.3
14	10	66.6	5	33.3
15	15	100	0	0

Tabla N° 18. Distribución de frecuencias para el programa Coordinación de fuerza, equilibrio y locomoción.



Gráfica N° 31. Representa las respuestas obtenidas por los alumnos en el programa Coordinación de fuerza, equilibrio y locomoción.



Gráfica N° 32. Porcentaje de respuestas obtenidas por los alumnos en el programa Coordinación de fuerza, equilibrio y locomoción.

5.3.2 Subárea: Motora fina.

Programa: Manipulación.

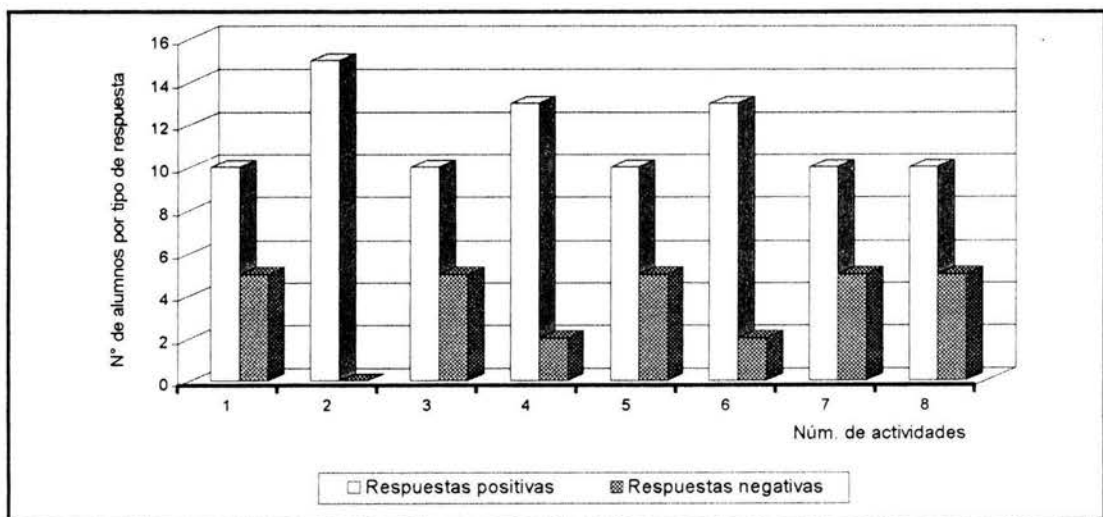
Objetivos específicos:

- 1) El alumno realizará diferentes actividades para desarrollar el movimiento y manipulación de ambas manos.

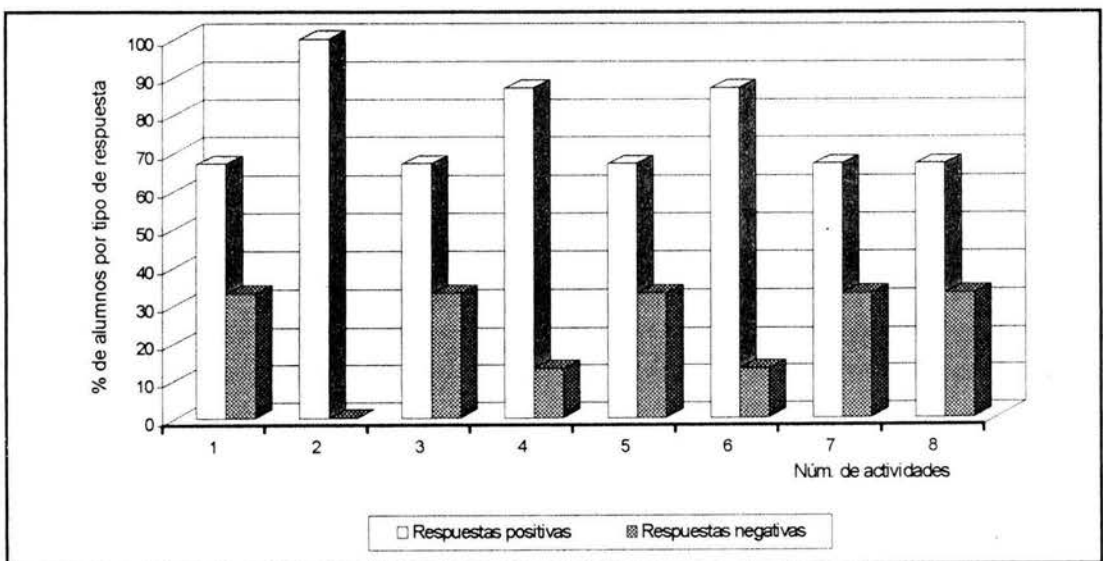
Actividades	Material	Técnica o procedimiento de modificación conductual
1. Iluminar hojas de forma libre (garabateo) y figuras geométricas respetando su contorno.	Hojas blancas. Colores de madera o crayolas. Hojas con figuras geométricas (círculo, cuadrado, triángulo, entre otros).	Seguimiento de instrucción. Atención Reforzador positivo.
2. Rasgar diferentes tipos de papel y telas para determinar su textura.	Papel. Tela. Resistol. Tijeras.	Seguimiento de instrucción. Atención. Imitación. Reforzador positivo.
3. Recortar diferentes figuras, aumentando el nivel de complejidad.	Tijeras. Revistas.	Seguimiento de instrucción. Atención. Imitación. Modelamiento por aproximaciones sucesivas. Reforzador positivo.
4. Ensartar pequeños objetos de diferentes materiales, tratando de hacerlo con la mayor precisión.	Agujas de plástico. Estambre. Objetos para ensartar.	Seguimiento de instrucción. Atención. Imitación. Modelamiento por aproximaciones sucesivas. Reforzador positivo.
5. Moldear con material maleable (no tóxico) diferentes figuras.	Plastilina. Migajón. Masa.	Seguimiento de instrucción. Atención Imitación Modelamiento por aproximaciones sucesivas. Reforzador positivo.
6. Pegar figuras de diferentes tipos y tamaños.	Figuras o dibujos de papel. Resistol. Tijeras. Hojas blancas.	Seguimiento de instrucción. Atención Imitación Reforzador positivo.
7. Hilvanar ropa para costurar.	Aguja. Hilos de diferentes colores. Tijeras.	Seguimiento de instrucción. Atención Imitación Modelamiento por aproximaciones sucesivas. Reforzador positivo.
8. Bordar diferentes estampados en manta.	Agujas. Mantas estampadas. Tijeras. Hilasas.	Seguimiento de instrucción. Atención Imitación Reforzador positivo.

Número de actividades	Alumnos con respuesta (+)	Equivalencia porcentual (%)	Alumnos con respuesta (-)	Equivalencia porcentual (%)
1	10	66.6	5	33.3
2	15	100	0	0
3	10	66.6	5	33.3
4	13	86.6	2	13.3
5	10	66.6	5	33.3
6	13	86.6	2	13.3
7	10	66.6	5	33.3
8	10	66.6	5	33.3

Tabla N° 19. Distribución de frecuencias para el programa Manipulación.



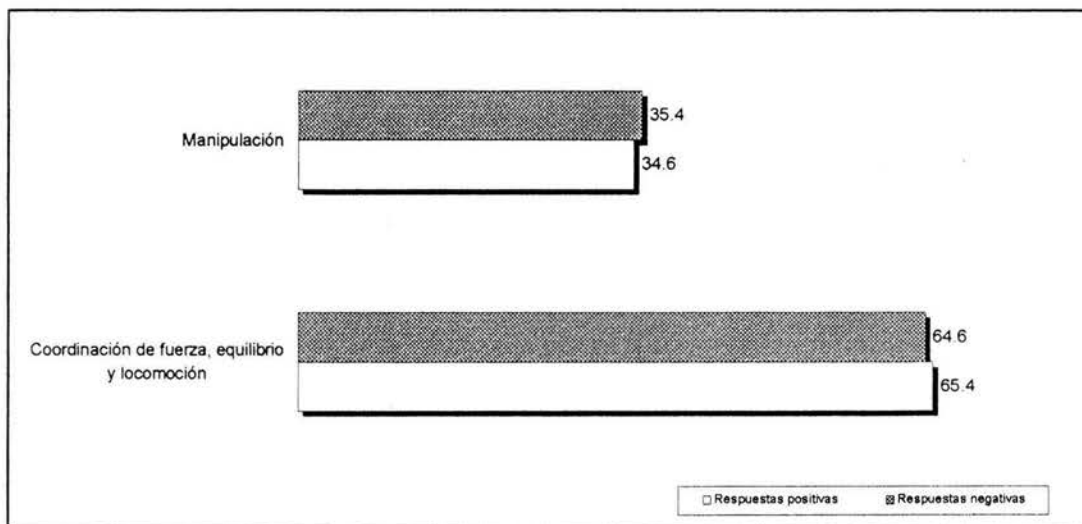
Gráfica N° 33. Muestra las respuestas obtenidas por los alumnos en el programa Manipulación.



Gráfica N° 34. Porcentaje de respuestas obtenidas por los alumnos en el programa Manipulación.

Relación de programas	Porcentaje de respuestas (+)	Porcentaje de respuestas (-)
1. Coordinación de fuerza, equilibrio y locomoción	65.4	64.6
2. Manipulación	34.6	35.4

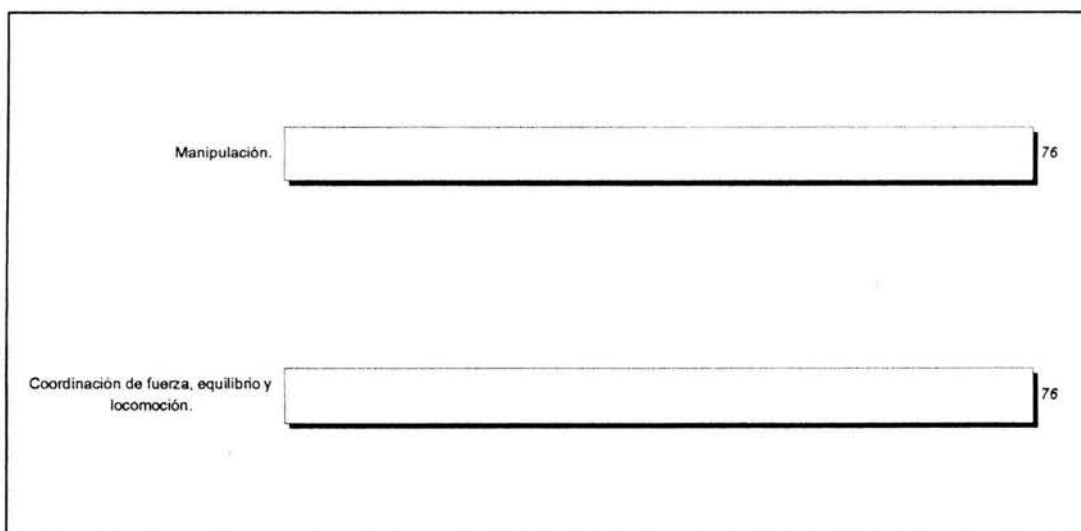
Tabla N° 20. Relación porcentual por tipo de respuesta de los quince alumnos, para los diferentes programas del Área Motora.



Gráfica N° 35. Representa la equivalencia porcentual de respuestas positivas (+) y negativas (-) de los programas que conforman el Área Motora.

Relación de programas	% G.A
1. Coordinación de fuerza, equilibrio y locomoción.	76
2. Manipulación.	76

Tabla N° 21. Equivalencia porcentual del grado de aprovechamiento (%G.A) de los programas del Área de Motora.



Gráfica N° 36. Representa el polígono porcentual de frecuencias del grado de aprovechamiento de los programas del Área de Motora.

5.4 Area Cognoscitiva.

5.4.1 Subárea: Desarrollo cognoscitivo.

Programa: Habilidades preacadémicas.

Objetivo específico:

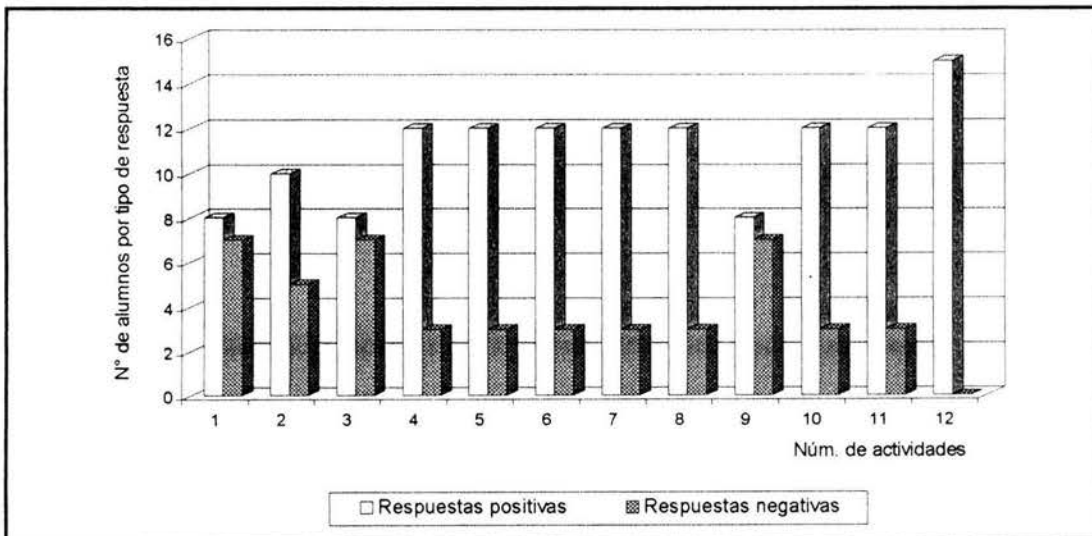
1) Que el alumno discrimine y desarrolle las diferentes habilidades preacadémicas para incrementar su nivel de aprendizaje.

Actividades	Material	Técnica o procedimiento de modificación conductual
1. Dibujar un niño o una niña.	Lápiz y goma. Colores de madera o crayolas. Hojas de papel	Seguimiento de instrucción. Reforzador social.
2. Dibujar una cara.	Lápiz y goma. Colores de madera o crayolas. Hojas de papel.	Seguimiento de instrucción. Reforzador social.
3. Identificar el lado derecho e izquierdo.	Diferentes partes del Cuerpo. Formato de registro.	Imitación. Reforzador social.
4. Seguir los puntos, líneas y acotaciones de diferentes figuras.	Cuaderno de trabajo c/ ejercicios. Lápiz y goma. Colores de madera o crayolas.	Seguimiento de instrucción. Atención. Reforzador social.
5. Discriminar las figuras.	Cuaderno de trabajo c/ varias figuras. Colores de madera o crayolas.	Seguimiento de instrucción. Atención. Reforzador social.
6. Distinguir los diferentes tamaños.	Cuaderno de trabajo c/ fig. de diferente tamaño. Colores de madera o crayolas.	Seguimiento de instrucción. Atención. Reforzador social.
7. Relacionar las figuras.	Cuaderno de trabajo c/diferentes figuras. Lápiz. Colores de madera o crayolas.	Seguimiento de instrucción. Atención. Reforzador social.
8. Ubicar los diferentes objetos.	Caja con diferentes objetos. Formato de registro.	Imitación. Reforzador social.
9. Diferenciar los distintos días de la semana, meses y estaciones del año.	Tarjetas con los días, meses y estaciones del año. Formato de registro.	Repetición de palabras. Reforzador social.
10. Dibujar libremente.	Hojas blancas. Colores de madera o crayolas. Lápiz y goma. Sacapuntas.	Reforzador social.

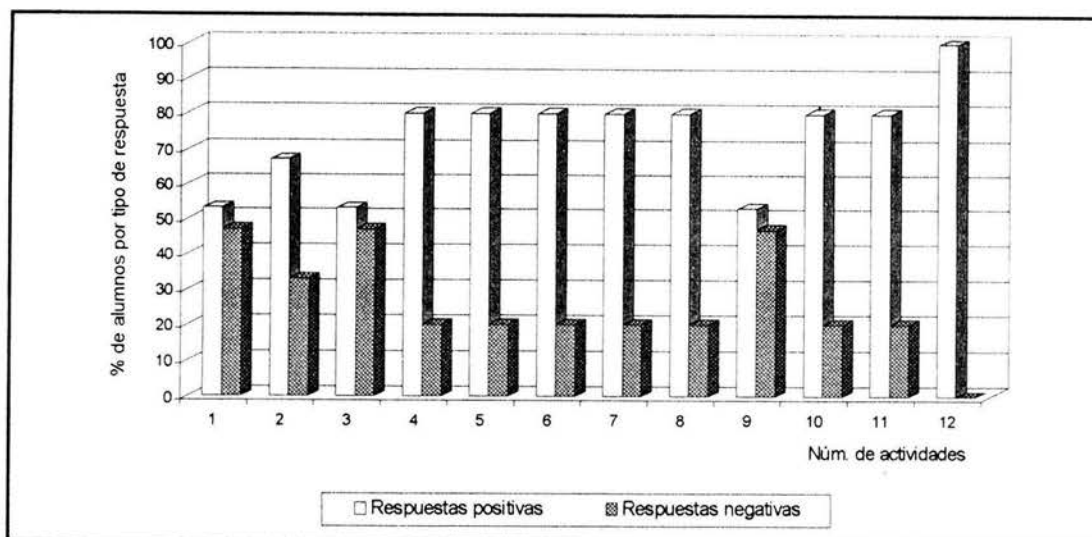
Actividades	Material	Técnica o procedimiento de modificación conductual
11. Dibujar figuras con límite.	Hojas con diferentes dibujos. Colores de madera o crayolas.	Seguimiento de instrucción. Atención. Reforzador social
12. Rasgar y pegar papel	Cuaderno de trabajo. Papel lustre de varios colores. Resistol.	Reforzador social.

Número de actividades	Alumnos con respuesta (+)	Equivalencia porcentual (%)	Alumnos con respuesta (-)	Equivalencia porcentual (%)
1	8	53.3	7	46.6
2	10	66.6	5	33.3
3	8	53.3	7	46.6
4	12	80.0	3	20.0
5	12	80.0	3	20.0
6	12	80.0	3	20.0
7	12	80.0	3	20.0
8	12	80.0	3	20.0
9	8	53.3	7	46.6
10	12	80.0	3	20.0
11	12	80.0	3	20.0
12	15	100	0	0

Tabla N° 22. Distribución de frecuencias para el programa Habilidades preacadémicas.



Gráfica N° 37. Representa las respuestas obtenidas por los alumnos en el programa Habilidades preacadémicas.



Gráfica N° 38. Porcentaje de respuestas obtenidas por los alumnos en el programa Habilidades preacadémicas.

Programa: Habilidades académicas.

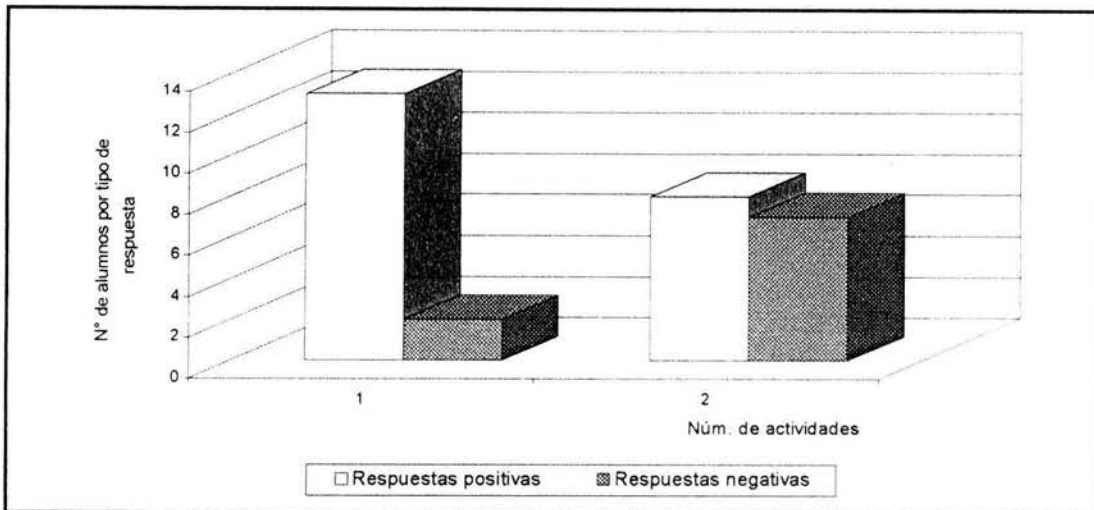
Objetivo específico:

1) Que el alumno conozca e identifique cada una de las vocales y consonantes para incrementar su nivel de aprendizaje.

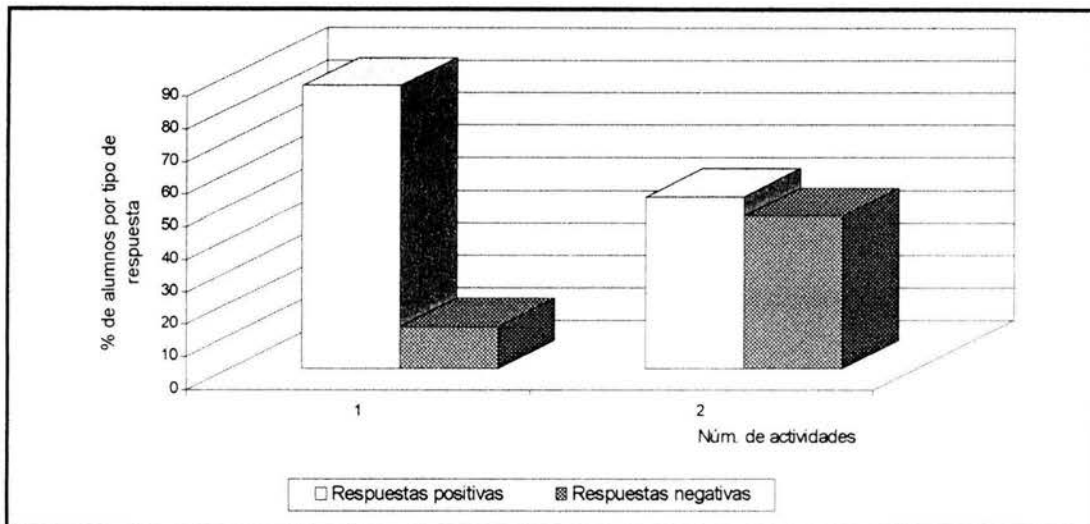
Actividades	Material	Técnica o procedimiento de modificación conductual
1. Identificar cada una de las vocales.	Tarjetas con las vocales (a, e, i, o, u).	Atención. Imitación.
2. Identificar cada una de las consonantes.	Tarjetas con las consonantes (m, p, s, t). Cuaderno. Lápiz. Pizarrón Gises	Modelamiento por aproximaciones sucesivas. Reforzador positivo. Seguimiento de instrucción.

Número de actividades	Alumnos con respuesta (+)	Equivalencia porcentual (%)	Alumnos con respuesta (-)	Equivalencia porcentual (%)
1	13	86.6	2	13.3
2	8	53.3	7	46.6

Tabla N° 23. Distribución de frecuencias para el programa Habilidades académicas.



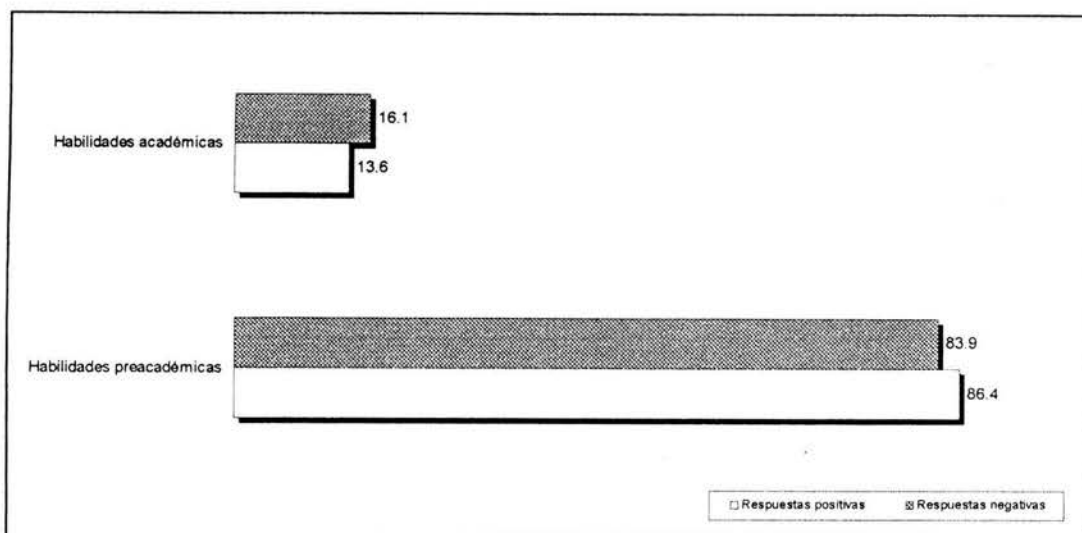
Gráfica N° 39. Muestra las respuestas obtenidas por los alumnos en el programa Habilidades académicas.



Gráfica N° 40. Porcentaje de respuestas obtenidas por los alumnos en el programa de Habilidades académicas

Relación de programas	Porcentaje de respuestas (+)	Porcentaje de respuestas (-)
1. Habilidades preacadémicas	86.4	13.6
2. Habilidades académicas	52.2	47.8

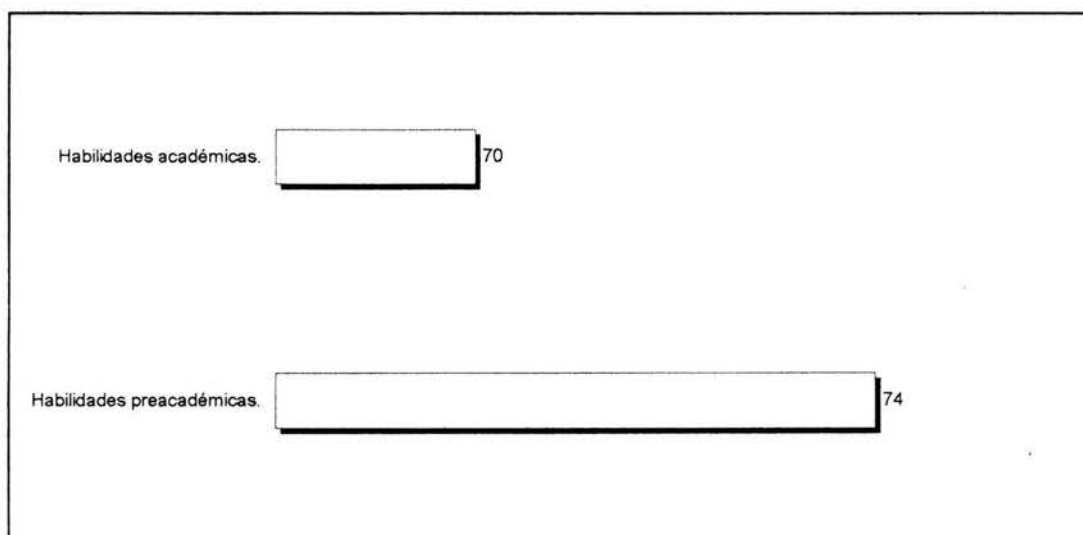
Tabla N° 24. Relación porcentual por tipo de respuesta de los quince alumnos, para los diferentes programas del Área Cognoscitiva.



Gráfica N° 41. Representa la equivalencia porcentual de respuestas positivas (+) y negativas (-) de los programas del Área Cognoscitiva.

Relación de programas	% G.A
1. Habilidades preacadémicas.	74
2. Habilidades académicas.	70

Tabla N° 25. Equivalencia porcentual del grado de aprovechamiento (%GA) de los programas del Área Cognoscitiva.



Gráfica N° 42. Representa el polígono porcentual de frecuencias del grado de aprovechamiento de los programas del Área Cognoscitiva.

CONCLUSION

La presentación de este trabajo investigación, pretende proporcionar información elemental sobre el manejo de cada una de las áreas del desarrollo conductual propuestas por Gesell (1989); Ribes (1992) y Cognoscitiva por Piaget (*in*: Reese y Lipsitt, 1975) para ofrecer a los pacientes con deficiencia mental moderada un mejor aprendizaje y adaptación social de acuerdo a sus aptitudes.

Con base en esto, se consideraron dos aspectos relevantes en el presente trabajo: 1) El desarrollo de los programas, se efectuó para permitir la integración del alumno a repertorios conductuales y a la facilidad de asimilación de la enseñanza y; 2) La aplicación de cada programa, con relación al lapso de tiempo por alumno y a las actividades graduales para alcanzar los objetivos propuestos, así como también el desarrollo de habilidades y destrezas.

Bajo estas premisas, los programas incluyeron diversas actividades en las diferentes áreas de desarrollo y cuyos resultados se expresan mediante una equivalencia porcentual, lo que permitió realizar una evaluación de manera objetiva y cuantitativa de los objetivos planteados.

Conforme se fue avanzando en el desarrollo de esta investigación se conocieron las potencialidades y capacidades de este tipo de pacientes, lo que también retribuyó en un cambio significativo en su desenvolvimiento. Esto se justifica sobre la base del tiempo en que se llevaron a cabo los programas y los resultados positivos obtenidos al trabajo con ellos, en donde las diferentes áreas de desarrollo aplicadas reflejan el grado de aprovechamiento, y a su vez permiten percibir los cambios conductuales con bastante precisión.

Para desarrollar adecuadamente los programas se implementó como principal herramienta el repertorio básico, pues acorde con Ribes (1992) es el punto de partida y la base para la estructuración del cambio conductual que consiste en la adquisición de actitudes, hábitos, habilidades, conocimiento y destreza. Brindando así un gran apoyo en el aprendizaje de los alumnos, al darse la posibilidad de obtener respuestas de dos tipos: positivas y negativas.

En donde las respuestas positivas se contestan inmediatamente a una conducta determinada, y por otra parte las respuestas negativas cuando no se contesta a la conducta determinada en las diferentes áreas de desarrollo que se manejaron. Es decir, que al considerar estas características los programas fueron desarrollados con base a las necesidades de los alumnos para su mejor aprendizaje y aprovechamiento, encaminándolos a situaciones que les llevaran al descubrimiento de otras necesidades e intereses, ampliando con esto sus horizontes al proporcionarles mayor independencia social para encauzarles a realizar diferentes conductas.

Por otro lado, los registros obtenidos de cada programa proporcionaron una retroalimentación que permitió observar los avances de los alumnos, así como, realizar los ajustes a dichos programas en caso de ser necesario

Continuando con este proceso de desarrollo para los programas en el área **Emocional-Social** se obtuvieron todas aquellas respuestas relacionadas con las conductas de autocuidado.

En el entrenamiento de estas conductas se pudo lograr alcanzar como principal meta, que el alumno sea autosuficiente en lo que se refiere a las actividades básicas que debe desarrollar durante la vida cotidiana y necesidades sin la ayuda o apoyo de las personas que lo rodean, de esta manera se contribuyó al desarrollo de nuevas y variadas conductas como el colaborar en las diferentes actividades dentro de las instalaciones de la Casa Hogar. Además de realizar sus tareas ocupacionales, observándose con esto como los alumnos llegan a presentar cambios óptimos en lo que respecta a esta área.

Para el área de **Lenguaje** el objetivo fundamental que se persiguió fue la disminución de las dificultades en la emisión exacta de sonidos y verbales. A partir del establecimiento de una respuesta motora previa a la emisión del sonido y posteriormente a la adecuada disposición del aparato fonador e irse avanzando gradualmente de los sonidos más simples hacia los más complejos.

Por lo tanto, en esta área se incluyeron diversas actividades que le mostraron al alumno la emisión correcta de los sonidos guturales, vocales y la repetición de las consonantes; para posteriormente

formar palabras simples de acuerdo a sus aptitudes, debido a que existen alumnos que presentan un defecto estructural en el aparato fonador como lo es principalmente el paladar hendido o lengua demasiado larga.

Cabe destacar, que estas actividades de emisión de sílabas lograron incrementar un repertorio de pronunciación para ciertas palabras.

Para el caso del área **Motora**, que comprende todas aquellas conductas que manifiestan el dominio en el cuerpo como lo son la coordinación de fuerza, el equilibrio y la locomoción. Además de favorecer la coordinación viso – motora como el caso de la manipulación. En esta área la realización de los programas fue de acuerdo a sus dos componentes principales que son la motora gruesa y la motora fina.

La ejercitación de la motora gruesa constituyó uno de los aspectos más importantes ya que brinda una buena estimulación para el desarrollo motor, fortaleciendo sus músculos, espalda y miembros superiores e inferiores. Aunado a esto, también adquirieron habilidades como saltar una cuerda, bajar escaleras, brincar con los pies juntos y agacharse teniendo como resultado un enriquecimiento de sus capacidades motrices.

Por otro lado, las actividades incluidas en la motora fina se estructuraron de acuerdo a las experiencias de los diferentes tipos de acción como los movimientos de las manos ya que esto se transforma en un punto de atención para mirar, alcanzar y luego manipular. De esta forma asimilaban movimientos simples que los condujo a realizar algunos más complejos como el recortar figuras de diferentes formas y tamaños, obteniéndose resultados bastante satisfactorios.

Después de haber desarrollado y aplicado los diferentes programas para las áreas antes mencionadas, que son los principales elementos para continuar con este proceso de aprendizaje; finalmente se integro el área **Cognoscitiva** que guarda una estrecha relación con las anteriores y además comprende todas las conductas referentes al conocimiento, al desarrollo de habilidades y a la capacidad del orden intelectual.

En esta área se realizaron una serie de actividades que cumplieron con las características, necesidades y aptitudes de los alumnos. Con esto se pretendió que el alumno logrará destrezas básicas que favorecieran la lecto – escritura para así obtener en un mayor grado resultados favorables.

Las cuatro diferentes áreas de desarrollo que se manejaron, fueron creadas pensando en las necesidades hasta esos momentos existentes en los alumnos, las cuales facilitaron el conocimiento, adaptación y su colaboración; además de proporcionarles un ambiente y trato digno. Así como es importante resaltar, el énfasis que se dio al aspecto de socialización y autosuficiencia tomando en consideración que este tipo de pacientes generalmente son marginados a cualquier nivel del estrato social, más aún por la compleja estructura que presenta la sociedad Chiapaneca.

Por lo tanto, se podría decir que la aplicación de las diferentes áreas de desarrollo a este tipo de pacientes brindaron la oportunidad de concebir alternativas para la modificación de su conducta ya que comúnmente la sociedad los etiqueta arbitrariamente como “dementes”, “retrasados mentales”, “subnormales” entre muchos otros; negándoles así las posibilidades de poder integrarse al núcleo familiar y consecuentemente a sus diferentes estratos sociales.

Es por esto, que se debe insistir en que son personas dignas de ser aceptadas en todos los ámbitos de la vida, ya que pueden aprender y desarrollar su potencial (varía de persona a persona), y lo más importante que pueden vivir socialmente adaptados, razón por la cual debería de dejar de segregárseles ofreciendo a cambio la oportunidad de una integración.

Dicha integración puede ser, a través del no rechazo por parte de sus padres, familiares y de la comunidad en general; actitud que se ha mantenido a través del tiempo y por muchas décadas en el estado de Chiapas, debido a que su problemática social es bastante discriminativa, teniendo consecuencias tan graves como el desinterés de la población en términos generales por personas con alguna discapacidad.

Cabe resaltar, que actualmente en Chiapas las personas con deficiencia mental son altamente marginadas lo que trae como consecuencia, que los familiares aislen totalmente a sus hijos del entorno social y a la vez negarles la oportunidad de desarrollar sus aptitudes ya que aún no se les acepta, implicando para los padres un problema emocional de difícil solución. Por lo tanto, la forma en que lo afronten las diferentes instancias federales, estatales, autoridades, sociedad en general y principalmente la familia tendrá gran influencia e impacto sobre el futuro desarrollo del paciente con deficiencia mental moderada.

Por otra parte, la mayoría de los padres de familia carecen de los conocimientos, orientación y estimulación adecuada, lo que les lleva a tomar actitudes generalmente negativas hacia su hijo(a), y por consiguiente su inadecuada capacidad para juzgar, afectando la alimentación, el cuidado, las atenciones para la verbalización, la locomoción y la ausencia de juegos. Provocando un abismo del desinterés familiar, llegando inclusive a la desintegración parcial o total de la misma.

Ahora si revertimos el proceso, haciéndolos sentir seguros dentro de sus relaciones familiares, como el hecho de saber y sentir que sus padres y familiares se ocupan lo necesario por ellos; al igual que sí se les demuestra el estar satisfechos de sus logros, se sentirán estimulados para lograr los ajustes que tienen que hacer en el mundo exterior. Todo esto es muy importante para que sus avances sean cada vez más productivos.

Por lo que, exhorto a la sociedad en general y principalmente a los padres de familia, o a quienes tengan algún familiar o conocido con deficiencia mental sea cual sea su tipo o grado; primeramente a aceptar su condición y ayudarlo a ajustarse así mismo, y posteriormente evitar proponerle que quiera alcanzar metas excesivamente altas. Además darse cuenta que es lo que pueden lograr en un corto, mediano y largo plazo para ayudarlo a satisfacer sus necesidades de triunfo dentro de un campo de actividades limitadas.

BIBLIOGRAFIA

Barroso Ch. J., et al., Primer congreso internacional de discapacidad en el año 2000, México, 1995, pp. 269 – 305.

Bijou, S. W., Theory and research in mental (developmental) retardation, The Psychological Record, 1963, pp. 95 – 110.

Bijou, S. W., Behavior modification in the mentally retarded: Application of the operant conditioning principles, Pediatrics Clinics of North America, 1975, p. 4.

Bijou, S. W. y Baer, D. M., Child development: Reading in experimental analysis, Appleton Century Crofts, N.Y. , 1977.

Binet, A., Las ideas modernas sobre los niños, L' Année Psychologique, Francia, 1911.

Binet, A. y Simon, Th., El estudio experimental de la inteligencia, L' Année Psychologique, Francia, 1905.

Braslasysky, B., Normalización e integración en América Latina: Memoria del primer congreso sobre deficiencia mental, S.E.P, México, 1981.

Brussel, J. A. y Cantzlaar, G. L., Psiquiatría, Trillas, México, 1972.

Carr, C. C., Retardo moderado y leve: Ideas sobre rehabilitación, Trillas, México, 1975.

Carr, C. C. y David, S., Retardo mental, Trillas, México, 1986.

Centro de Estudios Educativos (C.E.E.), Ley federal de educación, México, 1983.

Cleland, C. Ch. y Swartz J. D., Retardo mental, Trillas, México, 1975.

Coronado, G. Tratado sobre la clínica de la deficiencia mental, Continental, México, 1984, p. 345.

Chusio, C., Idiotas, débiles y sabios en el siglo XIX, Océano, Barcelona, España, 1974.

Delay, J., Clasificación de los psicotropos, Rev. Médica, Vol. 1, Núm. 22, Noviembre, México, 1971.

Enciclopedia de Psicología, Trastornos del desarrollo, Océano, Barcelona, España, Tomo II, 1982, pp. 257 – 311.

Ericson, M. J. Como es el niño retrasado y como enseñarle, Paídos, Barcelona, España, 1973.

Freedman, M. A., Kaplan, I. H. y Saduck, J. B., Compendio de Psiquiatría, Segunda reimpresión. Salvat, México, 1984, pp. 336 – 453.

Galindo, E., Bernal, T., Hinojosa, G., Galguera, M. I., Taracena, E., Padilla, F., Modificación de conducta en la educación especial, Trillas, México, 1981.

Gare, W. I., Behavior Modification in Mental retardation, Aldine, Chicago, 1995.

Gesell, A., Diagnóstico del desarrollo normal y anormal del niño, Paídos, Barcelona, España, 1989, pp. 172 – 365.

Gorelick, M. C., La integración dos caras de la moneda, Memorias del primer congreso sobre deficiencia mental, S.E.P, México, 1982.

Guajardo, R. E., Programa nacional para el bienestar y la incorporación al desarrollo de las personas con discapacidad, México, 1995, pp. 1 – 16.

Itard, J. M., Métodos para la educación de los niños retrasados: en Rivera, T. R., La deficiencia mental dentro de la educación especial en México, Tesis de licenciatura, ENEP – Zaragoza, UNAM, México, 1984.

Keller, S. F. y Ribes, E. I., Modificación de conducta: Aplicaciones a la educación, Cuarta reimpresión, Trillas, México, 1982, pp. 9 – 43.

Kirman, M., Drogas útiles en el trato de la deficiencia mental, BPDm, Tomo X, Vol. V, México, 1966.

Larroyo, R., Historia comparada de la educación en México, Porrúa, México, 1982.

Lewis, V., Desarrollo y déficit, Paidós, Barcelona, España, 1991.

Lipton, M. A., The role of drugs in the prevention and treatment of mental retardation, biomedical aspects, University Park Press, Baltimore, 1977.

Lojo, A., Factores etiológicos de la deficiencia mental, Servicio internacional de información sobre subnormales, Segunda edición, San Sebastián, 1979, pp. 19 – 29.

Lojo, A., Recuperación y rehabilitación de subnormales, Servicio internacional de información sobre subnormales; Segunda edición, San Sebastián, 1979, pp. 38 – 45.

Mercer, J., Conceptos pluralísticos del retardo mental en sociedades culturalmente complejas, México, S.E.P., 1973.

Montessori, M., El método de la pedagogía científica: Aplicada a la educación infantil: en Rivera, T. R., La deficiencia mental dentro de la educación especial en México, Tesis de licenciatura, ENEP – Zaragoza, UNAM, México, 1984.

Morales M. L., Psicometría aplicada, Trillas, México, 1981.

Murray, R. S., Teoría y problemas resueltos, Editora de periódicos, S.C.L. La Prensa, Serie de compendios Schaum, 1987, pp. 27 – 44.

Murray, R. S., Estadística, Editora de periódicos, S.C.L. La Prensa, Serie de compendios Schaum, 1991.

Perron, R., Actitudes e ideas respecto de las deficiencias mentales: en R. Zazzo, Los débiles mentales, Fontanella, Barcelona, España, 1983.

Ribes, I. E., y Sélter, S. F., Trastornos del desarrollo, Oceanía, España, Tomo II, 1982, p. 281.

Ribes, I. E., Técnicas de modificación de conducta, Decimocuarta reimpresión. Trillas, México, 1992, pp. 103 – 201.

Reese, W. H. y Lipsitt, P. T., Psicología experimental infantil, Trillas, Primera reimpresión, México, 1975, pp. 561 – 562, 747 – 781.

San Luis, A., Deficiencia mental, Rev. Ararú, Num. 4, Confederación mexicana de asociaciones a favor de la persona con deficiencia mental A.C., 1993, pp. 1 – 4.

Secretaría de Educación Pública (S.E.P.), Bases para una política de educación especial, S.E.P., México., 1985, pp. 11 – 27.

Secretaría de Educación Pública (S.E.P.), La educación especial en México, México, S.E.P., 1985, pp. 23 – 35.

Secretaría de Educación Pública (S.E.P.), La educación especial en Chiapas, Unidad de Servicios Educativos y Desarrollo, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México, 1985, pp. 3 – 47.

Siegel, S., Estadística no paramétrica aplicada a las ciencias de la conducta, Trillas, México, 1983, pp. 80 – 122.

Skinner, B. F. y Holland, J. G., Análisis de la conducta, Trillas, México, 1984.

Valdes, M. M., Flores, I. F., Masana, R. J., Treserra, T. J. y Voina, A. C., Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Masón, España, 1993.

Wilcox, A. J., Operant training and generalization of a verbal response from in a speech deficient child, Journal of Applied Behavior Analysis, 1961, pp. 139 – 147.

Zubillaga, P., Recuperación y rehabilitación de subnormales, Servicio internacional de información de subnormales, Segunda edición, San Sebastián, 1979, pp. 11 – 37.

ANEXO A

HISTORIA CLINICA

Fecha: _____

Núm. de Exp.: _____

1. Ficha de Identificación.

Nombre completo: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

Fecha y lugar de nacimiento: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Nombre de la persona entrevistada: _____

Parentesco: _____

2. Atención Médica.

Nombre del Médico: _____

Hospital/ Clínica/ Consultorio: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

Horario: _____

Grupo sanguíneo: _____

Posibles donadores: _____

Enfermedad actual: _____

Síntomas: _____

Diagnóstico: _____

Tratamiento: _____

Dosis: _____

Otros: _____

3. Atención Psicológica.

Valoraciones aplicadas:

Repertorio básico ()

Motora ()

Lenguaje ()

Cognoscitiva ()

Otras: _____

4. Datos del Padre.

Nombre completo: _____

Edad: _____ Estado Civil: _____

Estudios realizados: _____

Ocupación: _____

Sitio laboral: _____

Estado de salud: _____

¿Que hace en sus ratos libres?: _____

¿Que es lo que le gusta de su hijo (a)?: _____

¿Que le disgusta de su hijo (a)?: _____

5. Datos de la Madre.

Nombre completo: _____

Edad: _____ Estado Civil: _____

Estudios realizados: _____

Ocupación: _____

Sitio laboral: _____

Estado de salud: _____

¿Que hace en sus ratos libres?: _____

¿Que es lo que le gusta de su hijo (a)?: _____

¿Que le disgusta de su hijo (a)?: _____

6. Datos de los Hermanos.

Nombre	Edad	Escolaridad	Edo. Civil	Ocupación
--------	------	-------------	------------	-----------

a) _____

b) _____

c) _____

d) _____

e) _____

Otras personas que habiten en la misma casa: _____

7. Antecedentes del Desarrollo.

Condiciones prenatales:

Existen enfermedades frecuentes, hereditarias o vicios de la familia: Si _____ No _____

Cuales: _____

Padeció alguna enfermedad o traumatismo durante el embarazo: Si _____ No _____

Cuales: _____

Ingerió algún medicamento durante su embarazo: Si _____ No _____

Cuales: _____

Cuanto duro su embarazo _____

Condiciones perinatales:

Edad de la madre cuando nació: _____

Donde se realizo el parto: _____

Quién lo atendió: _____

El parto fue: Normal () Cesárea () Fórceps ()

Otros _____

Número de parto: _____

Duración del parto: _____

1. El niño respiró inmediatamente: Si _____ No _____

2. De que color nació: _____

3. Lloro inmediatamente: Si _____ No _____

4. Presento malformaciones físicas: Si _____ No _____

Cuales: _____

Condiciones postnatales:

Peso: _____ Talla al nacer: _____

Enfermedades que ha sufrido a partir de su nacimiento: _____

Traumatismos: _____

Sustancias tóxicas o medicamentos mal empleados: _____

Convulsiona: Si _____ No _____ Tipo: _____

Cuántas veces: _____ Frecuencia: _____

Edad a la que empezó: _____

Padece alguna enfermedad crónica: Si _____ No _____

Cuál (es): _____

Esta actualmente bajo tratamiento médico: Si _____ No _____

Que tipo de tratamiento: _____

Para que enfermedad o padecimiento: _____

Toma algún medicamento: Si _____ No _____ Cual(es): _____

Conque frecuencia: _____ Desde cuando: _____
Se le ha hecho algún estudio: Si _____ No _____
De que tipo de: _____
Oye bien: Si _____ No _____
Ve bien: Si _____ No _____
Tiene algún problema físico: Si _____ No _____
Utiliza algún aparato: Si _____ No _____ Cuál: _____

8. Primera Infancia.

A que edad empezó: Sentarse _____
Levantarse _____
Gatear _____
Caminar _____
A que edad empezó a decir sus primeras: Palabras _____
Frases _____
A que edad tuvo control de esfínteres: _____

9. Hábitos Alimenticios o Nutrición.

Recibió leche materna desde su nacimiento: Si _____ Hasta que edad: _____
_____ No _____ Porque: _____
Recibió algún otro tipo de leche: _____
A partir de que edad recibió alimentos complementarios: _____
Que tipo de alimentos: _____
Cuántas comidas hace al día: _____
Alimentos que come con más frecuencia: _____
Alimentos que más le gustan: _____
Consumo alimentos entre comidas: Sí _____ No _____ Cuales: _____
Considera que tiene una buena nutrición: Sí _____ No _____ Porque: _____
Come sólo o con ayuda: _____
Algún problema en la alimentación que quisiera señalar: _____

10. Gustos.

Cuales son las actividades que más le gustan: _____

Cuales son los artículos u objetos que más le gustan: _____

Que ha notado usted que le agrada más cuando lo quieren premiar: _____

11. Esfera Familiar.

Ustedes aceptan el problema: Si _____ No _____ Porque: _____

Con quién se lleva mejor: _____

Con quién riñe o pelea más: _____

Como se comporta en casa: _____

Como se lleva con los vecinos: _____

Como se lleva con los familiares: _____

Que tipo de premios o estímulos utilizan: _____

Que tipo de castigos emplean: _____

Actitud de la familia: _____

Cual es su actitud ante la familia: _____

Algún problema en especial que quieran señalar sobre su relación con la vida familiar:

12. Esfera Escolar.

Asistió a la guardería: Si _____ No _____ Cuanto tiempo: _____

Tuvo algún problema: _____

Asistió al jardín de niños: Si _____ No _____ Hasta que grado: _____

Tuvo algún problema: _____

Asistió a la primaria: Si _____ No _____ Hasta que grado: _____

Tuvo algún problema: _____

Asistió a alguna escuela de educación especial: Si _____ No _____

Cual(es): _____

Durante cuanto tiempo: _____

Motivo(s) del cambio: _____

Comportamiento en la escuela: _____

Que actitud tiene ante la escuela: _____

Recibe ayuda particular de algún terapeuta o profesional: Si _____ De que tipo: _____

_____ No _____ Porque: _____

Que habilidades escolares considera que tiene: _____

Existe algún problema con relación a sus actividades escolares: _____

13. Esfera Recreativa.

Cuales son las actividades recreativas de la familia: _____

A que juega con frecuencia: _____

Juega con sus hermanos o amigos: _____

Con quién de la familia le gusta jugar: _____

Cuáles son sus juguetes predilectos: _____

Que hace(n) por las tardes: _____

Que le gusta hacer a los fines de semana: _____

Algún otro comentario con relación a esto: _____

14. Esfera Económica.

Percepciones económicas: Padre \$ _____

Madre \$ _____

Otros ingresos \$ _____

Servicio en la vivienda:

La casa que habitan es: Propia _____ Rentada _____

Otro: _____

Que tipo de casa es: Sola _____ Departamento _____

Otra: _____

La casa cuenta con: Agua potable _____ Luz eléctrica _____ Drenaje _____

Gas _____ Teléfono _____

Distribución de la vivienda:

Número de habitaciones: _____

Cuenta con: Cocina _____ Comedor _____ Sala _____ Patio _____

Baño _____ Dormitorios _____ Otros _____

Artículos eléctricos básicos:

Estufa _____ Refrigerador _____ Licuadora _____

Televisor _____ Radio _____ Otros _____

Condiciones de la habitación de su hijo:

Cuántas personas duermen en su habitación: _____

Cuántas camas tiene: _____

Con quienes duerme: _____

Cuántas ventanas tiene la habitación: _____

Algún otro comentario con relación a esto: _____

15. Conclusiones Generales.

ANEXO B

VALORACION DE REPERTORIO BASICO

Fecha: _____

Núm. de Exp.: _____

Paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

Padres: _____

I. Programa de Atención.

Objetivos específicos:

- 1) Que el alumno sea capaz de establecer contacto visual con el instructor, cada vez que este lo llame por su nombre y con cualquier objeto que se le señale a una distancia máxima de dos metros, por un lapso no menor de 5 segundos.
- 2) Que el alumno pueda coordinar sus movimientos oculares y de cabeza en forma vertical, horizontal y circular, siguiendo al objeto que se le presente.

Etapas	Tipo de respuesta	Material
1. Establecimiento de contacto visual.	Correcta _____ Incorrecta _____	Juguetes. Tarjetas de colores. Cronómetro.
2. Fijación visual en situaciones discriminativas.	Correcta _____ Incorrecta _____	Pelota Muñeca (o) Cubo Peine
3. Seguimiento visual de estímulos sucesivos.	Correcta _____ Incorrecta _____	Pelota Muñeca (o) Pañuelo Peine Vaso Carrito Sonaja

II. Imitación.

Objetivo específico:

- 1) El alumno será capaz de imitar el 100% de las conductas de las listas 1 y 2, cumpliendo con los siguientes requisitos: a) una latencia de respuesta de 5 segundos; b) una topografía similar a la del modelo y c) sin reforzamiento y sin instigación.

Lista N° 1	Tipo de respuesta		Material
	Correcta	Incorrecta	
1) Saca la lengua.	_____	_____	Peine. Lápiz. Hojas. Crayolas.
2) Mueve la cabeza afirmativamente.	_____	_____	
3) Ponte las manos en la cintura.	_____	_____	
4) Tócate con ambas manos los hombros.	_____	_____	
5) Aplaudes.	_____	_____	
6) Saluda.	_____	_____	
7) Párate.	_____	_____	
8) Agáchate.	_____	_____	
9) Di adiós con la mano.	_____	_____	
10) Mueve la cabeza.	_____	_____	
11) Sopla.	_____	_____	
12) Péinate.	_____	_____	
13) Extiende ambos brazos.	_____	_____	
14) Traza una raya.	_____	_____	
15) Traza un círculo.	_____	_____	
16) Mueve los dedos de las manos.	_____	_____	
17) Cierra los ojos.	_____	_____	
18) Mueve las manos.	_____	_____	

Lista N° 2	Tipo de respuesta		Material
	Correcta	Incorrecta	
1) Toma el lápiz con la mano derecha.	_____	_____	Lápiz. Pelota. Puerta. Bolsa. Vaso. Cuchara. Hoja. Silla.
2) Bota una pelota.	_____	_____	
3) Toca la puerta.	_____	_____	
4) Tira y recoge un objeto.	_____	_____	
5) Jala la silla.	_____	_____	
6) Abre la puerta.	_____	_____	
7) Mete un objeto en una bolsa.	_____	_____	
8) Tócate las rodillas.	_____	_____	
9) Toma el vaso.	_____	_____	
10) Toma la cuchara.	_____	_____	

III. Seguimiento de Instrucción.

Objetivo específico:

- 1) Que el alumno responda correctamente ante cualquier instrucción de las listas 1 y 2, con una latencia no mayor de 5 segundos.

Lista N° 1	Tipo de respuesta		Material
	Correcta	Incorrecta	
1) Ponte de pie.	_____	_____	Pelota.
2) Levanta el brazo.	_____	_____	Puerta.
3) Ven.	_____	_____	Libro.
4) Toca el piso con las dos manos.	_____	_____	Fósforo.
5) Levanta los brazos.	_____	_____	Dulce.
6) Baja los brazos.	_____	_____	Cuademo.
7) Toma esto (cualquier objeto).	_____	_____	Crayola.
8) Ponlo debajo de la silla.	_____	_____	Pizarrón.
9) Dame eso (lo coloco debajo de la silla).	_____	_____	Borrador.
10) Abre la puerta.	_____	_____	Silla.
11) Cierra la puerta.	_____	_____	
12) Abre el libro.	_____	_____	
13) Cierra el libro.	_____	_____	
14) Cierra los ojos.	_____	_____	
15) Soplale al fósforo.	_____	_____	
16) Dame tu mano.	_____	_____	
17) Toma el dulce.	_____	_____	
18) Da un paso hacia delante.	_____	_____	
19) Traza una raya en el cuaderno.	_____	_____	
20) Borra la raya del pizarrón.	_____	_____	

Lista N° 2	Tipo de respuesta		Material
	Correcta	Incorrecta	
1) Levántate.	_____	_____	Escritorio.
2) Vete para allá.	_____	_____	Pelota.
3) Pon tus manos sobre las rodillas.	_____	_____	Pasta dental.
4) Pon las manos sobre la cabeza.	_____	_____	Caja.
5) Pon tus manos sobre el escritorio.	_____	_____	Lápiz.
6) Abre y cierra las manos.	_____	_____	Cuademo.
7) Junta tus manos.	_____	_____	Silbato.
8) Dame eso (señalar algún objeto)	_____	_____	Papel.
9) Ponlo sobre el escritorio.	_____	_____	
10) Cámbialo de lugar.	_____	_____	
11) Destapa la pasta dental.	_____	_____	
12) Cierra la pasta dental.	_____	_____	
13) Agáchate.	_____	_____	
14) Abre la caja.	_____	_____	
15) Cierra la caja.	_____	_____	
16) Dame el lápiz.	_____	_____	
17) Dame el cuaderno.	_____	_____	
18) Dame tus manos.	_____	_____	
19) Soplale al silbato.	_____	_____	
20) Recoge eso (papel u objeto) y dámelo.	_____	_____	

Observaciones: _____

Conclusiones: _____

Evaluador: _____

Tiempo de registro: Inicio _____

Término _____

ANEXO C

VALORACION DE AUTOSUFICIENCIA

Fecha: _____

Núm. de Exp.: _____

Paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

Padres: _____

Señalar con una paloma (✓) todas aquellas actividades que el paciente sea capaz de realizar, y con una (X) las que no pueda.

I. Cuidado personal.

Actividades	Relación	Actividades	Relación
<u>Niñas o jovencitas:</u>		5) Subirse el cierre.	()
1) Ponerse la blusa.	()	6) Ponerse el cinturón	()
2) Abotonarse la blusa.	()	7) Abrocharse la hebilla	()
3) Ponerse la falda.	()	8) Ponerse la trusa	()
4) Abotonarse la falda.	()		
5) Ponerse el pantalón.	()	<u>Ambos:</u>	
6) Abotonarse el pantalón	()	1) Ponerse el suéter.	()
7) Subirse el cierre.	()	2) Ponerse los calcetines.	()
8) Ponerse el vestido.	()	3) Ponerse los zapatos.	()
9) Abotonarse el vestido.	()	4) Amarrarse las agujetas.	()
10) Ponerse la pantaleta.	()	5) Ponerse las sandalias.	()
11) Ponerse el sostén.	()	6) Ponerse la pijama.	()
12) Abrocharse el sostén.	()	7) Ponerse el short.	()
<u>Niños o jovencitos:</u>			
1) Ponerse la camisa.	()		
2) Abotonarse la camisa	()		
3) Ponerse el pantalón.	()		
4) Abotonarse el pantalón.	()		

II. Aseo personal.

Actividades	Relación
<u>Bañarse.</u>	
1) Desnudarse.	()
2) Enjabonarse.	()
3) Secarse.	()
<u>Limpieza de dientes.</u>	
1) Usar el dentífrico.	()
2) Manejar el cepillo.	()
3) Enjuagarse la boca.	()
<u>Limpieza de uñas.</u>	
1) Limpiarlas.	()
2) Limarlas.	()
3) Cortarlas.	()
<u>Lavado de manos y de la cara.</u>	
1) Enjabonarse.	()
2) Enjuagarse.	()
3) Secarse.	()
<u>Sonarse la nariz.</u>	
1) Soplar en el pañuelo.	()
2) Limpiarlo.	()

III. Habilidades para comer.

Actividades	Relación
<u>Manejo de utensilios.</u>	
1) Usar la cuchara.	()
2) Usar el tenedor.	()
3) Usar el cuchillo.	()
4) Usar la taza.	()
5) Usar el vaso.	()
6) Usar los platos.	()
<u>Conductas inadecuadas en la mesa.</u>	
1) Comer con las manos.	()
2) Tirar la comida.	()
3) Escupir la comida.	()
4) Derramar el agua con frecuencia.	()
<u>Limpiar la mesa.</u>	
1) Poner la mesa.	()
2) Recoger la mesa.	()
3) Lavar los paltos.	()

IV. Control de esfínteres.

Actividades	Relación
1) Va al baño sin ayuda.	()
2) Avisa cuando tiene que ir al baño.	()
3) Defeca sin quitarse antes la ropa.	()
4) Controla la orina durante el día.	()
5) Controla la orina durante la noche.	()

Observaciones: _____

Conclusiones: _____

Evaluador: _____

Tiempo de registro: Inicio _____

Término _____

ANEXO D

VALORACION PSICOMOTORA

Fecha: _____

Núm. de Exp.: _____

Paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

Padres: _____

Los reactivos están ordenados por dificultad creciente, suprimiéndose los más sencillos en aquellos casos en que fue obvio que el sujeto los pueda hacer. Se señalarán con una paloma (✓) todas aquellas actividades que el paciente sea capaz de realizar, y con una (X) las que no pueda. La prueba se declarará por terminada cuando se presenten dos fallas consecutivas en cada una de las siguientes categorías:

I. Motora gruesa.

Actividades	Relación
<u>Locomoción.</u>	
1) Rodar sobre sí mismo.	()
2) Arrastrarse en cierta dirección.	()
3) Gatear.	()
4) Caminar con el apoyo de alguien.	()
5) Caminar solo.	()
<u>Equilibrio.</u>	
1) Tener la cabeza erguida al estar sentado.	()
2) Estar parado con el apoyo de alguien.	()
3) Estar parado sólo.	()
4) Estar parado en un pie con la ayuda de alguien.	()
5) Estar parado de puntas durante un segundo.	()
<u>Coordinación y fuerza.</u>	
1) Acostado boca abajo, levantar la cabeza 90 grados.	()
2) Levantar el pecho apoyándose con los brazos.	()
3) Rodar de posición supina a prona, y viceversa.	()
4) Sentarse y dejar las manos libres.	()
5) Ejecutar una maroma.	()

II. Motora fina.

Actividades	Relación	Material
1) Rodar una pelota.	()	Colchón
2) Tocarse la nariz con el dedo índice.	()	Escalera
3) Alcanzar los objetos con ambas manos.	()	Vaso de plástico
4) Alcanzar los objetos con una mano (lateralidad).	()	Pelota
5) Cambiar un objeto una mano a otra.	()	Cubos de madera
6) Insertar un corcho en una botella.	()	Botella
7) Sacar objetos de un recipiente.	()	Corcho
8) Meter objetos en un recipiente.	()	Recipiente
9) Poner la tapa en un frasco.	()	Frasco con tapa
10) Quitar la tapa a un frasco.	()	Dulce
11) Tomar los objetos con los dedos sin utilizar las palmas.	()	Tijeras
12) Tomar un objeto con una sola mano, utilizando únicamente los dedos.	()	
13) Desenvolver un dulce.	()	
14) Recortar la figura de un cuadrado.	()	
15) Recortar la figura de un círculo.	()	

Observaciones: _____

Conclusiones: _____

Evaluador: _____

Tiempo de registro: Inicio _____ Término _____

ANEXO E

VALORACION LINGUISTICA

Fecha: _____

Núm. de Exp.: _____

Paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

Padres: _____

I. Intraverbales.

Cómo te llamas: _____

Cómo se llama tu papá: _____

Cómo se llama tu mamá: _____

Qué te gusta más, el perro o el coche: _____

Por qué te gusta más: _____

Tienes juguetes: Si _____ No _____ Cuales _____

Quién te compra dulces: _____

Cuáles te gustan más: _____

Qué quieres hacer ahora: _____

Por qué _____

Evaluación de las características que tuvieron las respuestas:

Lentitud (espaciamiento de sonidos): _____

Lentitud (espaciamiento de palabras): _____

Tartamudeo: _____

Gran latencia estímulo – respuesta: _____

II. Encadenamiento.

Cabe señalar, que para que una respuesta se considere correcta debe ocurrir dentro de los siguientes cinco segundos a la presentación del estímulo.

Palabras por Imitar	Tipo de respuesta	
	Correcta	Incorrecta
1) Ma – má	_____	_____
2) Pa _ pá	_____	_____
3) Mo _ le	_____	_____
4) Me _ mo	_____	_____
5) Pe _ pe	_____	_____
6) Ca _ sa	_____	_____
7) Le _ che	_____	_____
8) Co _ che	_____	_____
9) Jo _ sé	_____	_____
10) Ver _ de	_____	_____
11) Ro _ jo	_____	_____
12) Ma _ no	_____	_____
13) Me _ sa	_____	_____
14) To _ ca	_____	_____
15) Ni _ ño	_____	_____

III. Articulación.

Si el sujeto ha fallado en la de encadenamiento, esta prueba se debe aplicar informalmente anotando lo más aproximadamente a la pronunciación de aquellas.

Palabras por Imitar	Tipo de respuesta	
	Correcta	Incorrecta
1) Mamá (M,A)	_____	_____
2) Pepe (P,E)	_____	_____
3) Baba (B,V)	_____	_____
4) Oso (S,O)	_____	_____
5) Dedo (D)	_____	_____
6) Mu (U)	_____	_____
7) Feo (F)	_____	_____
8) Gato (F,T)	_____	_____
9) Juan (J)	_____	_____
10) Casa (K)	_____	_____
11) Poco (K / vocales)	_____	_____
12) Lalo (L al princ., Y / vocal)	_____	_____
13) Sol (S al princ., L al final)	_____	_____
14) Nene (N)	_____	_____
15) Río (RR al princ.)	_____	_____

Palabras por Imitar	Tipo de respuesta	
	Correcta	Incorrecta
16) Perro (RR / vocales)	_____	_____
17) Aro (R / vocales)	_____	_____
18) Ir (R al final)	_____	_____
19) Tres (T, TR)	_____	_____
20) Abre (BR)	_____	_____
21) Costra (STR)	_____	_____
22) Creo (KR)	_____	_____
23) Este (ST)	_____	_____
24) Asco (SK)	_____	_____
25) Tito (T al princ.)	_____	_____
26) Niño (Ñ)	_____	_____
27) Blanda (BL)	_____	_____
28) Chango (CH al princ.)	_____	_____
29) Cacha (CH / vocales)	_____	_____
30) Cedro (DR)	_____	_____

Observaciones: _____

Conclusiones: _____

Evaluador: _____

Tiempo de registro: Inicio _____

Término _____

ANEXO F

VALORACION PREACADEMICA

Fecha: _____

Núm. de Exp.: _____

Paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Edad: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

Padres: _____

I. Esquema corporal.

Dibuja a un niño (a):

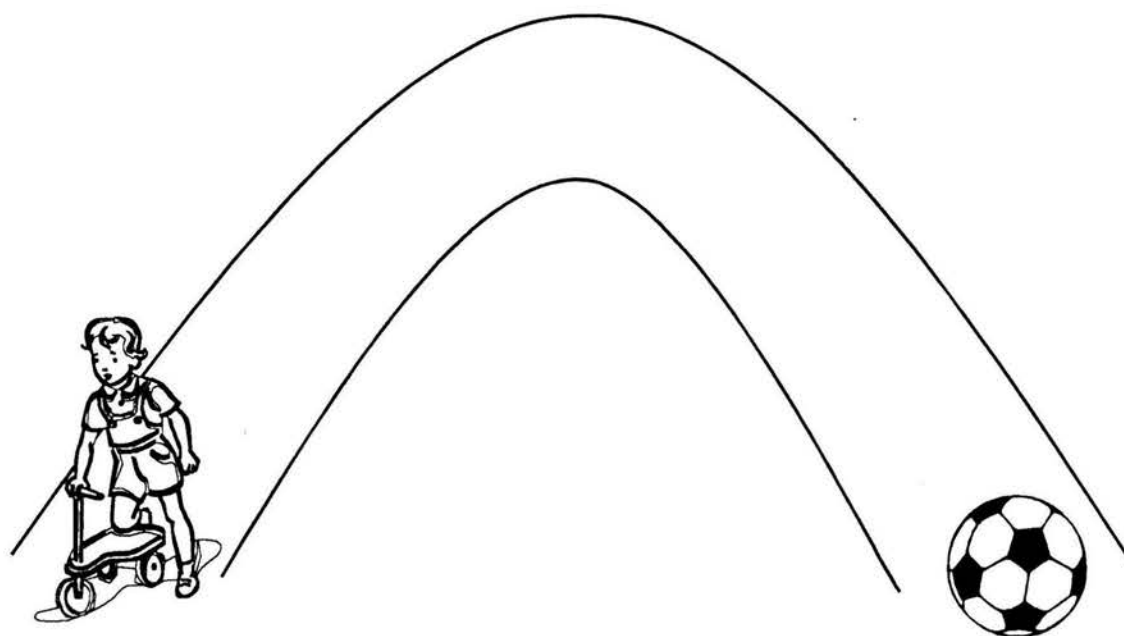
Dibuja su cara:

II. Lateralidad.

Identificación de Derecha e Izquierda	Tipo de respuesta	
	Correcto	Incorrecto
Levanta tu mano derecha		
Mueve tu pie izquierdo		
Camina a tu derecha		
Voltea tu cabeza a la izquierda		

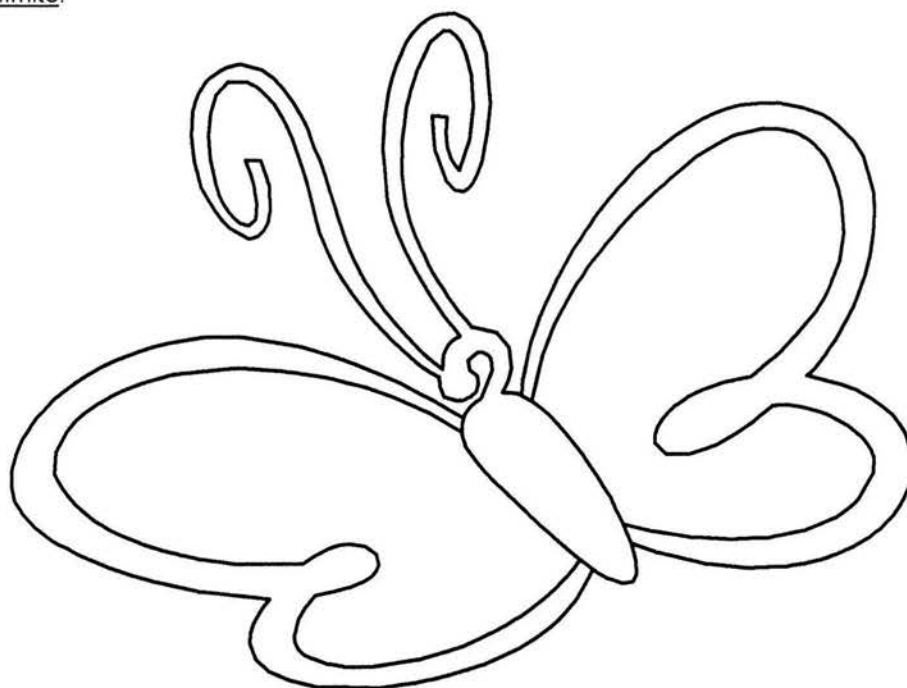
III. Nivel perceptivo.

Coordinación viso – motora:

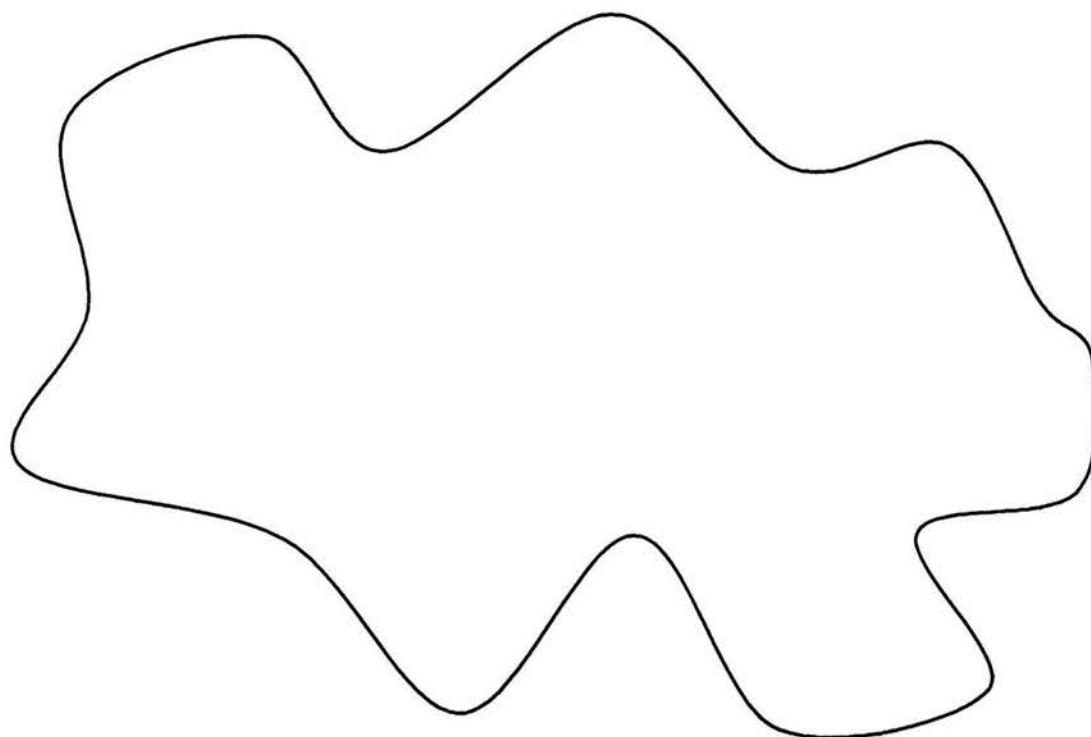


IV. Madurez psicomotora.

Dibujo con límite:

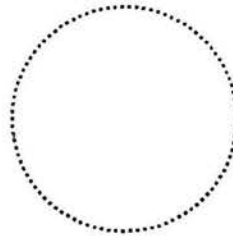
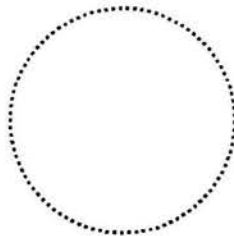
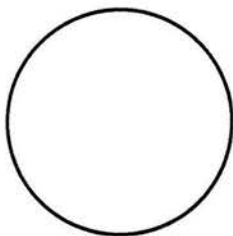
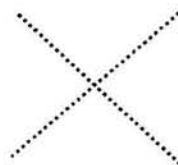
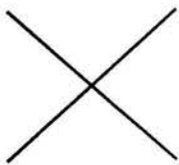
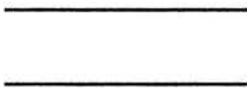


Rasgar y pegar papel:



V. Preescritura.

Realización de trazos básicos:



Observaciones: _____

Conclusiones: _____

Evaluador: _____

Tiempo de registro: Inicio _____ Término _____

* Material para esta valoración: crayolas, colores de madera, lápices, papel lustre, pegamento blanco, cartas de costura, cuentas de plástico o madera, agujeta.