



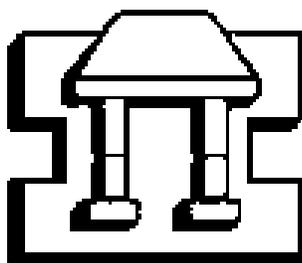
# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
IZTACALA

LA FUNCION DEL PSICOLOGO EN LA EDUCACION ESPECIAL  
EN UNA INSTITUCION DE ASISTENCIA PRIVADA.

## REPORTE DE TRABAJO PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA  
PRESENTA  
MACIAS MICHEL PATRICIA



IZTACALA

ASESOR:

LIC. MARIA DE LOS ANGELES CAMPOS HUICHAN

DICTAMINADORES:

LIC. CAROLINA ROSETE SANCHEZ  
LIC ENRIQUE ROJAS SERVIN

TLALNEPANTLA, ESTADO DE MEXICO 2004



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.

## *Agradecimientos y Dedicatorias.*

*Primeramente a Dios por haberme permitido seguir en esta vida y a San Judas Tadeo por darme la fortaleza y tranquilidad para el término de este trabajo.*

*A María Elena Michel mi Madre, gracias por tu amor, comprensión y confianza depositados en mi persona, por el gran apoyo moral que he recibido toda mi vida.*

*A Sebastián Macías mi Padre, gracias por tu gran apoyo y cariño, por haberme ayudado a terminar una carrera,, por cuidarme cuando he estado enferma ;todo te lo debo a ti..*

*A mi Abuelita Lucha gracias por tu cariño, apoyo, comprensión y fe en mi para seguir adelante.*

*A mi Tía María por el gran apoyo moral, por su gran amor, por su confianza y ayuda incondicional en todo momento que lo necesite y a la memoria de mi Tío Julián †.*

*A mi hermano Edgar que amo incondicionalmente, gracias por el gran amor que me has dado, porque eres mi orgullo, siempre contarás conmigo.*

*A mi hermana Claudia ,a mi sobrino Michel, y a mi cuñado Jesús, a quienes quiero mucho, gracias por su amor, por el apoyo moral y fe en mi persona.*

*A mis Tíos Tina y Alberto, gracias por su gran apoyo moral, cariño y confianza depositados.*

*Al gran amor de mi vida, Lic. Jesús Ruíz Morales, por todos los años compartidos, los éxitos, los fracasos, la escuela, las ilusiones y sobre todo por el gran amor brindado, y gracias de todo corazón por haberme ayudado a la realización de mi reporte de trabajo, siempre Te Amaré..*

*A la U. N. A. M. por haberme formado como profesionista, porque eres la más grande Institución del País, sigue adelante.*

*Gracias a mi asesora y sinodales, por sus oportunas asesorías, paciencia y cariño, en la realización de este trabajo, a Lic. María de los Ángeles Campos Huichan, Lic. Carolina Rosete Sánchez,, Lic. Enrique Rojas Servín, Lic. Rosa Isabel García Ledesma y Adrián Mellado Cabrera.*

## DEDICATORIAS

✠ *A la memoria de mis abuelitos, Tere, Sebastián y Salvador.*

*A mi tíos Salvador y Lupe, gracias por su cariño brindado.*

*A mis tíos Miguel y Susana, a mi primo Misail, lo he logrado, mil gracias.*

*A mi tío Manuel por su cariño, confianza y amor brindados.*

*A mis primas Diana Paola, Mirosława y Numidia por su apoyo a la realización de este trabajo.*

*A mis primas Vero, Jackelin, Nancy, Elizabeth y mi sobrina Frida por su cariño y amor incondicional.*

*A mi primo Ivan, Paola y mi sobrino Ian Paolo, los quiero mucho.*

*A los señores Jesús y Elia por el gran amor, confianza, fe, y ayuda incondicional para conmigo, mil gracias, los amo.*

*A Yolanda Ruiz, Oscar Martínez y Oscarito, por su cariño y apoyo incondicional, los quiero mucho.*

*A Alejandro García Wiguera, mi gran amigo, por que desde que lo conocí mi vida ha cambiado, mil gracias por su cariño y fe en mi.*

*A mi mejor amiga Paty es un placer haberte conocido, gracias por tu cariño.*

*A mi gran amiga Varinka por su comprensión, cariño, apoyo y por siempre estar cuando más la necesito.*

*A mi gran amiga Araceli, gracias por tu cariño y apoyo, en los momentos más difíciles de mi vida.*

*A Aurora Ramírez, por su cariño, confianza y la oportunidad que me brindó en A.P.A.C. cuando carecía de experiencia.*

*Al Lic. Víctor Peña por su amistad y apoyo, espero nunca termine nuestra amistad, te quiero mucho.*

*Al Lic. Misael Morales, por fin lo logré, espero nunca nos perdamos de vista.*

*Pase lo que pase, siempre comienza de nuevo. Cada vez que fracasas, vuelve a comenzar, y así te fortalecerás hasta lograr tu propósito. Quizá no sea el que te habías propuesto en un principio, pero el que logres alcanzar te colmará de satisfacción.*

*Ana Sullivan*

# INDICE

RESUMEN	4
INTRODUCCION	5
<b>CAPITULO I.- ANTECEDENTES</b>	<b>9</b>
1.1 Antecedentes de la psicología.	9
1.2 Antecedentes de la psicología en la educación en México.	12
1.3 Una breve historia de la conceptualización de las personas con capacidades diferentes.	34
<b>CAPITULO 2.- LA FUNCION DEL PSICOLOGO EN LA EDUCACION ESPECIAL.</b>	<b>57</b>
2.1 Breve historia de la Atención a Personas con Lesión Orgánica y NEE	57
2.2 Conceptualización de las personas con NEE.	58
2.3 Integración Educativa e Integración Escolar.	62
2.4 Servicios de Apoyo para la Integración Educativa CAM Y USAER.	67
2.5 Inclusión Educativa	74
<b>CAPITULO 3.- INSTITUCION DE ASISTENCIA PRIVADA A.M.P.A.C</b>	<b>90</b>
3.1 Antecedentes de la Asociación de motivación pro-parálisis cerebral	90
3.2 Áreas de atención en la Asociación de motivación pro-parálisis cerebral.	93
3.3 Servicios que se trabajan en AMPAC.	95
<b>CAPITULO 4.- LA FUNCION DEL PSICOLOGO EN LA EDUCACIÓN ESPECIAL EN UNA INSTITUCIÓN DE ASISTENCIA PRIVADA.</b>	<b>101</b>
4.1 Terapia psicológica y técnicas utilizadas.	101
4.2 Estrategias de Trabajo en Psicología.	101
4.3 Masaje de Reflexología.	102
4.4 Antecedentes de la Modificación de la Conducta.	105
4.4.1 Autoestima y Comunicación Asertiva.	109
4.4.2. Terapia breve Enfocada a las Soluciones y los Problemas.	110
4.4.3 Terapia Estructural de la Familia.	111
4.4.4 Técnicas de Relajación.	114
4.4.5 Estudio de Caso en Psicología.	119
4.4.6 Masajes y Terapia Física.	123
4.4.7 Musicoterapia y Aromaterapia.	127
4.4.8. Escuela para padres.	138

CONCLUSIONES	151
BIBLIOGRAFIA	154
ANEXOS	

# INTRODUCCION

El objetivo del presente reporte de trabajo profesional es el de dar a conocer las actividades del psicólogo en la educación especial y en la terapia clínica en una institución de asistencia privada y describir algunas alternativas en terapia psicológica y de rehabilitación.

Ahora en día, la psicología ha tenido un gran desarrollo en sus diversas áreas como la organizacional, deportiva, social, etc., particularmente en la educación especial y en la clínica ha comenzado a abarcar diversas funciones y alternativas para el bienestar integral de la población con capacidades diferentes, dichas alternativas han ido ganando terreno en este ámbito, tanto para el psicólogo clínico como para el educativo.

La psicología en general se puede definir como la ciencia que estudia la conducta; asimismo esta tiene diversas áreas tecnológicas como el caso de la clínica y la educación especial; en el caso de la psicología clínica enfoca sus esfuerzos en tratar y evaluar a la población con desórdenes o trastornos de conducta, mientras que la psicología educativa tiene como interés fundamental el estudio del desarrollo infantil, educación especial y evolución conceptual sobre la educación; además el psicólogo educativo se avoca a la tarea de estudiar las condiciones y métodos que faciliten los procesos de enseñanza-aprendizaje y los factores emocionales que en él se involucran, desde el desarrollo del niño hasta la educación profesional.

Los antecedentes de la psicología en la educación en México se remontan alrededor de los años cuarenta ya que por primera vez se comienza a hablar de *psicotécnica pedagógica*, que se refería a la aplicación de la psicología al conocimiento escolar y consistía en diversas pruebas psicométricas para obtener la selección de alumnos, su clasificación, la promoción, identificación y diagnóstico

en las deficiencias del aprendizaje, además de identificación y diagnóstico de problemas escolares.

Y desde ese entonces la psicología en la educación ha ido ganando terreno ya que en nuestros días es común ver a psicólogos laborando en los departamentos de orientación vocacional de secundarias o escuelas de nivel medio superior, e incluso en escuelas de nivel pre-escolar elaborando planes y programas educativos.

Cabe mencionar que aunque las personas con necesidades educativas especiales han existido desde mucho tiempo atrás, no es sino hasta que la UNESCO en 1988 reconoce la necesidad de dar educación para todos, incluyendo a las personas o alumnos con necesidades especiales; ya que en sus inicios las personas con alguna discapacidad eran recluidas en hospitales psiquiátricos donde doctores y enfermeras los discriminaban dándoles un trato inadecuado; de igual manera en las escuelas las maestras en la educación especial, se rehusaban a darles de comer, rasurarlos o bañarlos, y mucho menos educarlos; conforme ha pasado el tiempo estas situaciones afortunadamente han cambiado en gran parte, favoreciendo a las personas con alguna discapacidad.

Actualmente la educación especial ha ganado bastante terreno, particularmente en México existen tres instituciones gubernamentales que dan servicios tanto educativos como médicos y de rehabilitación a personas con alguna discapacidad, tales dependencias son la Dirección Integral de la familia (D.I.F.) la Secretaría de Salud (S.S.) y la Secretaría de Educación Pública (S.E.P.); esta última a través de la Dirección General de Educación Especial (D.G.E.E.) norma las actividades educativas proporcionadas a individuos que padecen cualquier limitación física, mental o emocional.

La educación especial y rehabilitación se encarga de los problemas que los niños con capacidades diferentes presentan como lo pueden ser déficits de lenguaje,

problemas de conducta, problemas de dependencia personal, impedimentos físicos entre otros; es por esto que la Educación especial ocupa ahora en día un lugar cuya importancia aumenta constantemente en el terreno de la educación. Mientras más se avanza en este sector, más se hace patente la necesidad de elaborar planes individualizados para responder a los diferentes requerimientos de los niños que sufren trastornos de aprendizaje y los demás problemas ya mencionados.

Aunado a lo anterior es necesaria una atención integral a la familia del o de los niños que requieren de educación especial ya que es muy claro que la familia colabora en el proceso de rehabilitación. Para este caso se requiere que la familia completa cuente con una atención psicológica para sobrellevar este tipo de eventos.

Tanto en la terapia clínica o psicológica como en la de la rehabilitación tradicionalmente se han manejado una serie de técnicas que han dado buen resultado, sin embargo existen desde hace tiempo ciertas técnicas que se podrían mencionar como alternativas para complementar las ya existentes. Precisamente es en este último punto donde radica la importancia de este trabajo, en dar a conocer técnicas alternativas de terapia que desde luego no tratan de hacer a un lado a las ya existentes, sino complementarlas.

El trabajo se ha dividido en tres capítulos, el primero hace referencia a los antecedentes de la psicología en general abordando el tema de una manera rápida y concreta, además de hacer una reseña del desarrollo de la psicología y la educación en México hasta terminar en los antecedentes de la conceptualización de las personas con capacidades diferentes.

En el segundo capítulo se hace una revisión acerca de los orígenes de la educación especial así como algunas definiciones que se les han dado a las

personas con capacidades diferentes y sobre todo de la función del psicólogo en esta área.

Mientras que en el último capítulo se realiza un reporte de actividades de los últimos doce meses de trabajo en las áreas de psicología clínica y de terapia física en una institución de asistencia privada enfocada a atender a personas con necesidades especiales haciendo una descripción de las técnicas utilizadas y consideradas como alternativas entre las cuales se mencionan el masaje, la aromaterapia y la musicoterapia.

## RESUMEN

El presente reporte de trabajo tiene como objetivo principal dar a conocer alternativas de terapia en las áreas clínicas y de educación especial para, de esta forma, ampliar el panorama de acción de los psicólogos enfocados a dichas áreas.

Conforme a lo anterior, se realizó un reporte de actividades de los últimos doce meses de trabajo en el cual se lleva a cabo una descripción de actividades de los puestos que ocupa el psicólogo en la Asociación de Motivación Pro-Parálisis Cerebral I.A.P.: terapeuta físico y psicóloga clínica; además en dicho reporte se hace hincapié en varias alternativas en terapia clínica utilizadas como la musicoterapia, aromaterapia, además de las técnicas tradicionales como técnicas de relajación entre otras.

# CAPITULO 1

## ANTECEDENTES.

Para conocer la importancia de la psicología en la educación especial, es necesario realizar un bosquejo histórico de cómo la psicología paso de los estudios realizados en ambientes controlados para alcanzar el grado de aplicarse en varias áreas como en la industria, las escuelas y por supuesto la educación especial.

### ***1.1. Antecedentes de la psicología.***

Los antecedentes de la psicología, se remontan hasta la época de los filósofos griegos como Platón y Aristóteles, ellos pensaban que si el hombre se distingue en algo de los demás animales, es precisamente por el hecho de tener un alma racional (Xirau, 1987).

Estos filósofos, sin saberlo, se acercaban al estudio del comportamiento humano, concebían al hombre como un individuo poseedor de un alma que controlaba sus acciones y pensamientos.

Después, es sabida la influencia que ejercieron las hipótesis transmitidas por Lamarck (1744-1829) y sobre todo por Darwin (1809-1882), el más grande benefactor de la humanidad contemporánea. Según Nietzsche difundieron la idea esbozada por el siglo XVIII, de una diferencia de grado únicamente entre el hombre y los animales. En toda Europa, las exigencias espiritualistas se expresaban en un eclecticismo desprovisto de penetración. El evolucionismo agnóstico de Spencer la sociología de Augusto Comte, el transformismo Darwiniano, parecían prevalecer en todos los campos de la vida cultural, dominada por la idea del determinismo Universal.

Dentro del empirismo inglés estaba Jonh Stuart Mill quien en su sistema de lógica (1843), reivindica para la psicología el carácter de ciencia independiente, de observación y de experimentación, que tiene por objeto determinar las leyes en función de las cuales los fenómenos del espíritu se engendran unos con otros, sin excluir en principio de que la verdad de esas leyes, depende en última instancia de los procesos nerviosos (Muller, 1992).

Pero tocaría a Wilhelm Wundt (1832-1920), desempeñar el papel decisivo en la constitución de la psicología experimental, anexándole la fisiología y a la anatomía, Wundt ejerció una nueva influencia considerable sobre el nacimiento de la nueva psicología en Estados Unidos, su objetivo principal fue elaborar una psicología que se enfocara sólo a la experimentación y a la medición, de ahí surgió la teoría de la Gestalt, donde se debía hacer un análisis de la conciencia como un todo.

Siguiendo con la escuela psicofisiológica de Sechenov, a principios del siglo XX, se publican dos grandes obras “La Psicología objetiva” de Benterev y los reflejos condicionados de Pavlov.

Así Leipzig creó un laboratorio, provisto de todo el instrumental que le permitiría a la ciencia de ese tiempo experimentar y estudiar; fue muy frecuentado por estudiantes de diversos países que lo imitaron al volver a sus lugares de origen.

En el caso de Stanley May en 1883, que fundó un laboratorio análogo en la universidad y John Hopkins en Baltimore.

Boring se inclinaba a fijar los inicios de la psicología como ciencia a partir de la psicofísica de Feschner en 1860 y la psicología experimental de Wundt en 1862 (Boring, 1976).

Freud para entonces en 1900, ya había escrito su libro “La interpretación de los sueños” y creado el psicoanálisis como la ciencia de los procesos psíquicos inconscientes. Además analizó problemas de la motivación y de estructura de la personalidad.

En ese mismo año toma auge la creación de laboratorios en muchos países y en la aparición de revistas especializada, en Francia, después en los EE.UU.

Para 1913, comenzaba a circular el “Conductismo” de Watson que rechazaba el concepto de conciencia y el uso del método introspectivo. Watson fue el positivista clásico de la psicología norteamericana; estudió la conducta observable reduciéndola a movimientos corporales.

Diez años más tarde en 1923, en el mismo continente europeo, Piaget publica “El lenguaje y el pensamiento en el niño”, cuyo objetivo era evaluar el desarrollo de la lógica en el niño.

Para el año de 1925, el psicólogo Marxista Soviético Vigotsky escribió el artículo “La conciencia como un problema en la psicología de la conducta”, en donde resaltan los aspectos históricos-culturales determinantes del comportamiento. A partir de estas grandes escuelas del pensamiento psicológico y a lo largo del siglo XX, surgieron un amplio número de variantes teóricas (González, 1991).

Alternamente a los antecedentes mencionados, en el período de 1880-1890, ocurrían acontecimientos históricos muy importantes en México. El primer acontecimiento fue el gobierno de Porfirio Díaz durante 34 años, salvo los cuatro años del periodo Gonzalino (1880-1884), que se caracterizó por ser un sistema releccionista, centralizado y dictatorial. Durante este gobierno, hombres como Justo Sierra, Gabino Barreda, entre otros, son precursores de una disciplina en el estudio y en el trabajo, diestros en el arte de escribir y de hablar, pero sobre todo ansiosos de participar en el poder del estado y de poner a

prueba la eficacia de sus ideas y de sus conocimientos que impulsan la propuesta liberal y la filosofía positivista (López,1992).

Sin embargo, hubo quienes tomaron el positivismo como herramienta educadora y no política tal fue el caso de Gabino Barreda, el cual dedicó sus esfuerzos a la organización positiva del Sistema Educativo Nacional. Al igual que Benito Juárez que se inició en este movimiento en el año de 1868. Así mismo la psicología ocupó un lugar en el plan de estudios, inicialmente con José María Vigil en 1863 (Sánchez, 1993).

En el positivismo se hablaba de cómo introducir la educación a la población en general. Sin embargo es necesario para comprenderlo se realizó un bosquejo histórico acerca de la educación y la psicología en México.

### ***1.2. Antecedentes de la psicología en la educación en México.***

Durante el Porfiriato se lograron consolidar dos proyectos educativos como la uniformidad de los planes de estudio y el laicismo, de los cuales surgieron una serie de discusiones de pedagogía en las que tuvieron la oportunidad de intercambiar sus ideas y provocar cambios a la educación, además de las discusiones de Enrique Rebsaben, Guillermo Prieto, Justo Sierra, entre otros, sobre la historia, la pedagogía, la enseñanza y sus métodos.

De ahí la educación se consideraba como fundamental para transformar al mexicano (al que creía soñador) en alguien práctico y trabajador. Es decir se consideraba importante cambiar el carácter de los mexicanos, porque eran personas muy entusiastas que tenían ideas muy relevantes sin embargo no encajaban en la realidad es por esto que se les llamaba soñadores, pero personas responsables, es así que ello se postulaba como mejor una solución la educación positivista siendo objetiva, científica y enciclopedista, volvería a los mexicanos activos y prácticos.

En el año de 1843, el plan de estudios vigente era el expedido por Antonio López de Santa Anna y Manuel Barada, quienes eran Presidente Provisional de la República y Ministro de Justicia e Instrucción Pública; respectivamente.

Las carreras que se podían cursar oficialmente en el país se dividían en cuatro áreas de estudio: 1) Las de leyes; las eclesiásticas 3) Las Médicas, 4) Las ciencias naturales. Cada una de ellas tenía sus especialidades, siendo estas las más concurridas de la época. Sin embargo la Psicología no aparecía en la lista de las escuelas superiores.

Es así que en Tamaulipas y Zacatecas son los dos Estados que registraron explícitamente el estudio de la psicología y otros los registraban implícitamente, es decir, que algunas materias implicaban el estudio del comportamiento psíquico del hombre, éstas eran: Filosofía, Humanidades, Metafísica y Moral (Sánchez, 1993; Rodríguez, 1990).

En la década de 1850-1860, se presentaron pugnas entre conservadores y liberales para legislar colegios de todo nivel educativo, es así que el 3 de junio de 1851, aparece un artículo titulado "Reglamento", en este se presentan once artículos encaminados a explicar la forma en que se debía educar a los niños de primaria, tiempo de cada clase, así como las materias a cursar, eran: Español, Gramática, Lectura, Escritura, Aritmética, Geografía, Doctrina, Bordado y Costura para niñas.

Los estudiantes que querían cursar una profesión a nivel superior tenían que pasar por la educación primaria, secundaria, preparatoria y por último la carrera elegida. Este recorrido educativo era para algunos desgastante (Sánchez, 1993; Rodríguez, 1990).

El positivismo fue una filosofía utilizada como instrumento para un determinado grupo de mexicanos, de ahí que en México no sea posible desligar al positivismo de una determinada forma política y de un determinado grupo

social, conocido como los científicos que pretendían administrar científicamente a la sociedad.

El positivista, representaba la doctrina de la cual un grupo de personas se servía para guardar sus intereses. Cuando se atacaba a la doctrina positiva, no era tanto a la doctrina a la que importaba combatir, sino al grupo político llamado de los científicos.

La educación tenía dos objetivos; el primero era ayudar a la naturaleza en el desarrollo del niño, sostener a éste en sus intermitencias, dirigirlo en medio de los peligrosos que le rodean, y sobretodo perfeccionar, haciéndole comprender de un modo más propio los conocimientos de la naturaleza y el mundo porque muy poco sabría el hombre si debiese reducirse a su experiencia personal. Necesita comunicarse con sus semejantes y ser enseñado por ellos. Al obrar así llenando una necesidad inherente a la naturaleza humana, se cumple la voluntad del creador que ha hecho al hombre sociable.

El segundo objetivo era tan sólo aumentar el número de escuelas, para que el pueblo supiera leer y escribir, no había la producción de muchos libros, en las escuelas estos eran tomados como un elemento de memorización y no de reflexión por parte de los alumnos.

El pensamiento liberal que postulaba las garantías individuales invadía los discursos educativos; era la mezcla de un pensamiento que se aproximaba al positivismo, pero predominaba lo religioso.

Durante los años de 1890 a 1900, el término psicología estuvo referido más que a las enfermedades mentales, a la represión de formas de pensamiento, también se pensó que se pudieran crear las bases necesarias para conformar una sociedad según el ejemplo de los países europeos; y para ello era necesario promover una educación moderna, entendida como función del

mismo estado laico, propiciatoria de mejores condiciones para los pobres de la sociedad (Trabulse, 1983).

Antes de 1889 se convocaron a congresos educativos, donde se retomaron ideas de Comte, Spencer, Locke, Froebel, Pestalozzi, de los cuales estos dos últimos mencionaron que el niño era una sustancia maleable para la educación. Además se discutieron aspectos como el proyecto de modernización educativo, el tipo de población a los que estaban dirigidos dichos temas, el método las ideas y doctrinas. Los psicólogos de ese tiempo distinguían tres estadios mentales; sensibilidad, inteligencia, voluntad, apareciendo en ese orden, por lo que la Instrucción pública debía basarse en la psicología de las edades. A pesar de que la Psicología era una disciplina de apoyo a la pedagogía, describiendo las características del razonamiento, del desarrollo infantil, de la moral, del juicio. En los congresos se establecieron como enseñanza elemental ocho grados que al ser concluidos se otorgaba el derecho de ingresar a la Escuela Nacional Preparatoria, a la Normal de Maestros o a las escuelas de Artes y Oficios, después se podía cursar una carrera profesionista (ingenierías, metalurgia, derecho y medicina).

Para 1890, se incluyó en el plan de estudios de la Escuela Nacional Preparatoria en el sexto grado la signatura llamada “Psicología, Lógica y Moral”.

Fue hasta finales del XIX que se mencionaba que la psicología como una ciencia que estudiaba y observaba el desarrollo humano, sus capacidades y su relación con la inteligencia y el espíritu, (la forma en que siente, valora y domina la voluntad del individuo). Aunque la psicología cumplía con el proyecto político de la educación en ese tiempo no se veía como profesión ni se validaba como un sistema de conocimientos era sólo una parte de la política educativa.

Los padres de ese tiempo quisieron dirigir, formar e instruir a sus hijos en las buenas costumbres, en conjunción con la educación formal (Revueltas, 1990).

Justo Sierra por su parte tuvo a su cargo el ministerio de introducción pública, hablaba del proyecto educativo, donde debía incluirse a los grupos indígenas. Otro sector que requería ser educado era el de las mujeres pues poco se les consideró para que fuesen preparadas. En aquellos años se escribía “ahora la mujer tiene la posibilidad de educarse y ser mejor” a través de las Escuelas Normales para señoritas, donde aprendían habilidades manuales, idiomas y otras materias creyendo que la mujer educada era capaz de aislarse del vicio y la prostitución.

La educación representaba entonces la manera en la cual se podía hacer de los mexicanos una nación. Así como una condición de unidad nacional lo era el lenguaje, también lo sería la democracia, ya que Sierra mencionaba que dependía que el pueblo fuese capaz de ejercerla, pero según las condiciones imperantes, esto no era posible aún, pues muy poca gente sabía leer y escribir. (López, 1989).

Entrando a la etapa de 1900-1910, siguiendo con los antecedentes de la psicología y la educación, en ese tiempo el pensamiento que predominaba era el positivismo, el principal exponente fue Augusto Comte, su doctrina comenzó a introyectarse como filosofía de la ciencia. Principalmente habla del establecimiento de una “ley fundamental” del progreso y de la historia; y la “ley de los tres estados”, que comprende una etapa teológica, una etapa metafísica y la etapa a alcanzar por la humanidad, que parte de que la ciencia es ante todo experimental y su estudio sería un hecho positivo: es un hecho experimental, verificable repetido que implica una ley natural, la cual, a su vez se convierte en una ley científica (López, 1989).

Es así que el positivismo mexicano deseaba tener el poder espiritual de la sociedad mexicana por medio de bases científicas demostrables, y esto sería a través de la educación. “Así la educación positiva, era la única doctrina capaz de establecer un verdadero orden social; la educación era la única doctrina

capaz de proporcionar las bases para el establecimiento de un pleno orden social; por lo tanto, sobre ella debía restablecerse el nuevo orden espiritual”.

Retomando el tema de la psicología, en ese tiempo Spencer, no la consideraba como una ciencia autónoma sino como una rama de la biología ya que la evolución de los procesos superiores en el hombre, los abordaba como una extensión del proceso biológico.

Siguiendo con la educación positivista, la cual perseguía dos objetivos, primeramente formaría individuos prácticos e individualistas siendo personas que pudieran expresar sus propias ideas y toma de decisiones; al igual que tendría que dar un auge a la industrialización del país tanto por los mexicanos, como por los extranjeros; es así que estos objetivos fueron alcanzados por los positivistas (López, 1989).

Por otro lado; la economía de México en la década de 1900-1910, durante el Porfiriato, se va a caracterizar por la constante entrada de inversiones tanto de capital Norteamericano, como de capital Europeo.

Cabe mencionar que en 1897 Enrique O. Aragón; alumno de Chávez, tomó cuidadosamente notas durante el curso; trabajó sobre ellas y en 1902 las publicó en un libro al que llamó “La psicología”, cuando todavía era alumno de la Escuela Nacional de medicina. Un año antes, 1901 el Sr. Manuel Flores publicó un tratado elemental de Pedagogía que contiene algunos capítulos sobre memoria, imaginación, atención, raciocinio y abstracción entre otros.

En 1903 se publicó la traducción al español del libro “elementos de la psicología”, escrito por Edward Bradford Titchener y traducido por Chávez, el libro, habría de servir como texto en México por más de 25 años.

Dos años tarde, en 1905, todavía durante el régimen porfirista, se creó la “Secretaría de Instrucción Pública y Bellas Artes”, El presidente Díaz nombró a Justo Sierra Secretario de Instrucción Publica y él a su vez llamó a Chávez a colaborar como subsecretario, cargo que aceptó y desempeño hasta el 30 de marzo de 1911, día en que los acontecimientos políticos culminaron con la caída de la dictadura porfirista y con el triunfo de la Revolución.

En 1906, sierra invitó al eminente profesor norteamericano James Mark Baldwin (fundador de laboratorios y revistas) a que actuara como consejero en las reformas educativas.

Después en ese mismo año, Chávez regreso a Berkeley y ahí recibió de Jacques Loeb, biólogo distinguido, importantes ideas sobre la tarea científica para la futura Universidad (Flores, 1992).

Un año después se notificó que la *Sociedad de estudios psicológicos*, tradujo una versión Inglesa del libro “*Los principios de psicología fisiológica de Wundt*”, esta sociedad estaba conformada por Ezequiel Chávez , el cual fungía como profesor de Psicología y Moral en la Escuela Nacional Preparatoria; Juvencia Ramírez de Chávez, profesora de Psicología en la Escuela Normal de Profesores; Enrique Aragón, profesor de Psicología y de Moral de la Escuela Nacional Preparatoria; Luis Cabrera, miembro del Consejo de Educación Pública.

En 1909, vuelve Chávez por tercera vez a la Universidad de California para invitar al Dr. Wheeler a que, en representación de aquella; viniera a apadrinar a la universidad de México.

Un año después, el 26 de mayo, fue aprobada la iniciativa de Fundación de la Universidad y promulgada como ley ese mismo día. Poco después, el 18 de septiembre Chávez pronunció el discurso de inauguración de la escuela Nacional de Altos estudios (Flores, 1992).

Finalmente el 22 de Septiembre de 1910, el Presidente Díaz, inauguró oficialmente la Universidad Nacional de México, quedando así constituida por la reunión de las Escuelas Nacionales Preparatorias, de Jurisprudencia; de Medicina, de Ingenieros, de Bellas Artes (en lo concerniente a la enseñanza de la Arquitectura y la de Alto Estudios (Flores, 1992).

Durante 1920 a 1930, la Educación cobró mayor auge en el cual se crearon *misiones de maestros*, con el fin de alfabetizar a la población, estas misiones fueron llamadas *Misiones Culturales*. Uno de los cambios de ese tiempo fue el que está asentado en el artículo tercero de la constitución: “La educación tiene como finalidad principal formar hombres libres y fuertes, para el trabajo de utilidad social y educados para la vida social”. Es aquí donde la psicología comienza adquirir significado (1920). Sólo en el ámbito educativo se abrió para ella un vasto campo en espera de atención, sin embargo la propuesta educativa no había contemplado “el retardo mental” que se presentaba en la tercera parte de la población escolar infantil.

Para 1922 se creó la Secretaría de Educación, dirigida en sus inicios por José Vasconcelos, quien puso en marcha su proyecto nacionalista educativo y cultural, proyecto que tampoco tuvo éxito.

En agosto de 1921, Robles presentó un plan de estudios para la escuela de Agricultura de Chilpalcingo, este plan no tuvo éxito. El proyecto consistía en integrar una red de escuelas centrales agrícolas, que enseñara a los alumnos a aprovechar industrialmente los productos de la región (López, 1995).

En el año de 1925 se publicó una traducción del francés y adaptación de un código moral de los niños para las escuelas primarias, delineando normas de comportamiento que debían acatar los futuros hombres y mujeres mexicanos; para que su país fuera siempre próspero y poderoso.

Hutchins (citado en López, 1995) menciona que para Mayo de 1926, ya se habían creado escuelas agrícolas en el interior de la República; éstas tenían salones de clases, dormitorios y estaban equipadas con maquinaria moderna para la ganadería y la agricultura.

En los trabajos realizados en el periodo de 1920-1930 se llevaron a cabo pruebas utilizadas para detectar niños “anormales”, llamados así en ese tiempo; es así que para cubrir la necesidad de la moderna pedagogía imperante en aquella época los médicos pensaron en la aplicación de escalas para medir la inteligencia de los niños. Se recomendaba para este plan una adaptación previa de las pruebas de Binet-Simón, la primera requería la cooperación y la colaboración del médico con el maestro para la formación de los grupos escolares y para cuidar de la higiene mental de los niños y la segunda finalidad del examen mental era la complementación del estudio de los presupuestos anormales, puesto que se trataba de conocer el estado de las facultades mentales, (disminución, aumento o perversión) se debía recurrir a pruebas globales, para los primeros y especiales para las facultades aisladas.

Así en este periodo, la psicología en México no había nacido aún como profesión independiente o área de trabajo que llevara a la creación de profesionales. Es así que el trabajo de la psicología y la educación dirigían el comportamiento individual y social, fungiendo como reguladores morales y sociales.

Al establecer el uso formal e institucional de la educación como el aparato formador de una ideología nacionalista surgió un fenómeno que no se había a provisto dentro del proyecto nacional: el problema de los niños con atraso mental y pedagógico.

La carrera fue fundada en 1940 y ya hay alrededor de 120 personas dedicadas a ella en forma profesional, y 212 están preparándose en la Universidad Nacional.

Hutchins (citado en López, 1995) menciona que en esa etapa Mariano Coronado nos da una definición de higiene mental como la aplicación de una serie de conocimientos derivados de varias ciencias, a la conservación y mejoramiento de la salud mental en el individuo y en la comunidad, así como la previsión y cura de enfermedades y anomalías de la vida mental y de la conducta.

Finalmente 1956, en la guía de carreras editada por la UNAM, se menciona que los campos más importantes de la psicología son la clínica, la de la educación y la industria, aunque la guía rebasa nuestra década esto nos permite ver que la psicología no había cambiado gran cosa. Los campos de acción del psicólogo eran limitados; ya que aparece constantemente como un auxiliar de médicos maestros e inclusive abogados. Debido a que el psicólogo clínico se ocupa del diagnóstico y tratamiento psicológicos de caos psiquiátricos y de ajuste social, tales como problemas de delincuencia juvenil criminalidad y rehabilitación de inválidos físicos y mentales en ese tiempo el psicólogo clínico constituía un auxiliar del psiquiatra y en el segundo caso él resuelve por sí mismo los aspectos psicológicos de los problemas, para cuyo estudio integral colabora con el médico y la trabajadora social principalmente y, en el caso del psicólogo pedagogo, manejaba problemas de selección de alumnos, de orientación vocacional y profesional y de diagnóstico y tratamiento de escolares, niños o adolescentes con problemas de desajuste.

El periodo de 1950 a 1970, comprendió la planeación del desarrollo del país, el sistema educativo y sus distintos niveles. En 1950 la Organización Mundial de la Salud (OMS); propuso la creación en cada país de una sección consagrada a la salud mental cuya tarea se centraría más en la identificación y eliminación de

factores perjudiciales para el desarrollo psicológico normal de los individuos; que en su tratamiento. Sin embargo la OMS se limitó a la formación de personal y a la organización de servicios y después de quince años de trabajo, el conocimiento de los “enfermos”, llamados así en esa época, los campos más importantes del cuidado de la salud mental, la prevención de afecciones y la corrección de las desviaciones de la conducta social constituían un terreno en gran parte desconocido y por tanto no trabajado.

Asimismo halla sustento en el decálogo de los derechos del niño Mexicano y en los documentos internacionales proclamados en la Asamblea General de las Naciones Unidas (en 1956 se declararon los Derechos del niño; veinte años después se proclamó la Declaración de los derechos de los Impedidos en 1976) (Cano, 1994).

Posteriormente “La comisión de Legislación, después de estudiar los proyectos de ley existentes en varios países de América Latina, recomendó, siete campos de acción para el psicólogo” el primero: Investigación científica, diagnóstico psicológico, orientación vocacional y profesional, selección profesional, asesoría a las organizaciones, solución de problemas de ajuste en los planos individual y social, peritaje psicológico de carácter judicial. Esta comisión definió otros puntos de la carrera de psicología: esta debía tener una duración mínima de cinco años y cursarse en universidades reconocidas legalmente; además cada país debía elaborar su propio código estando a cargo de los consejos, de los colegios profesionales, de las asociaciones de psicólogos integrada sólo por psicólogos titulados. El eco de estas propuestas se materializó en México en 1966 con el reconocimiento de la psicología como profesión legal. El estado de Veracruz la incluyó en la lista de profesiones y en cuanto al D.F. las gestiones de algunos psicólogos culminaron con el reconocimiento de la profesión en diciembre de 1973. En 1974 “La comisión del Currículum de la primera conferencia Latinoamericana sobre el entrenamiento en psicología, auspiciada por la UNESCO, la cual comprendía la definición de objetivos profesionales con

base en el análisis de las necesidades sociales del país; la definición de objetivos terminales del currículum; la definición de objetivos modulares; la definición de objetivos por asignaturas y unidades de enseñanza y una descripción de las situaciones de enseñanza; bibliografía básica y complementaria, horas requeridas; criterios de evaluación, lógica de supervisión directa y tareas a desarrollar. En ese mismo año no había ningún reglamento expedido en México que diera cuenta de los antecedentes y avances de la psicología (Reyes, 1980).

Cabe recordar el trabajo de Emilio Ribes Iñesta "*Psychology in México*", publicado en 1968. En este breve artículo, el trabajo está dedicado a la exposición de las instituciones que para 1968, imparten enseñanza en psicología, los grados que para el momento se otorgan en México los requisitos para la obtención de estos últimos, las instituciones que desarrollan investigaciones en este campo, la promoción de encuentros y de visitas de personalidades, las organizaciones del gremio; el estado de las publicaciones y, en fin, la situación del estatuto jurídico de los psicólogos en el país para 1968 (Carrera, 1987).

"La mayor diversificación de escuelas y corrientes teóricas de la psicología se da entre 1960, y 1980, lo que trajo como consecuencia una serie de currícula en cuyo contenido la programación, no tenía integración ni criterios que propusieran una alternativa viable de solución a los problemas y al dilema de la psicología y que en cambio ha propiciado la ampliación de la práctica profesional a tal grado que en ocasiones el mismo psicólogo no acierta sobre las funciones que exige cada una de las instituciones" (López, 1995, p. 14).

Una de las causas de tal auge ha sido la convicción de que no basta la tecnología para resolver los problemas sociales del hombre; es el ser humano y más precisamente su comportamiento, lo que obstaculiza la solución de la mayor parte de los problemas humanos, ésta conciencia es la que ha dado

ímpetu al rápido desarrollo de las ciencias que se ocupan de la conducta humana y las relaciones entre el hombre y su medio (López, 1995).

Por esto la psicología se define como la ciencia que estudia el comportamiento humano y animal en sus diversas expresiones y contextos por medio de métodos sistemáticos de análisis, además de estudiar el medio en el cual se desenvuelven, observando y analizando cómo el medio puede ejercer influencia en su conducta. La conducta se refiere a lo que hace una persona; los psicólogos estudian la conducta en todas sus formas; desde la más sencilla como lo puede ser la ejecución de un acto; hasta la más compleja, por ejemplo la forma de comportarse en grupo. La gama de conductas humanas estudiadas por los psicólogos en las escuelas es tan amplia como la estudiada por otros psicólogos (López, 1995; Dunnette, 1986).

Actualmente se considera que dentro del proceso de desarrollo y realización de un grupo o sociedad, el psicólogo, con la ayuda de otros profesionales de las ciencias sociales y naturales, ocupa una función de relevancia: su propósito es orientar y facilitar el crecimiento personal de la comunidad. Por ésta razón los psicólogos en los ámbitos de la educación, el aprendizaje, el campo laboral, el clínico y social, se relacionan unos con otros; en especial nos referimos a la actividad profesional del psicólogo mexicano (Harsch, 1992).

Es importante señalar que el trabajo de los modelos existentes en las Facultades de Estudios Superiores de Iztacala y Zaragoza de la UNAM, comparten muchas características. En la F.E.S. Iztacala se imparten módulos teóricos, metodológicos, experimentales y aplicados que consideran la concepción paramétrica de la conducta. Este plan no tiene una organización por asignaturas y existen dificultades en el ordenamiento didáctico de los programas.

Se reconoce al psicólogo como un experto en el estudio del “comportamiento” y su práctica profesional se caracteriza por su ambigüedad y dificultad para ser aplicado a la realidad.

El programa de la F.E.S. Zaragoza identifica de su currículum también la concepción paramétrica de la conducta que representa el estudio del “comportamiento de los organismos bajo la orientación de la psicología experimental y bajo el enfoque científico natural”. Al igual que en el plan de Iztacala hay desarticulación entre los medios y los fines, así como distanciamiento entre el modelo curricular y la realidad, aunque en apariencia se puede aplicar a cualquier problema práctico (López, 1995).

Como pudimos observar, aproximadamente hace 100 años que la psicología se fundó en Europa y ya se ha convertido en una de las disciplinas de mayor interés y de más rápido crecimiento. Hoy en día en todas las universidades del mundo se imparte, en los Estados Unidos de Norteamérica el curso de introducción de dicha carrera lo tomaban dos de cada tres estudiantes; así el auge más notable se ha logrado en América Latina. Ya que hace 30 años eran poco los psicólogos latinoamericanos, actualmente prácticamente todos los países de América tienen psicólogos bien preparados y su número ha ido creciendo, es por esto que millones de estudiantes se inscriben en esta profesión, porque se trata de una ciencia de inmenso valor para otras disciplinas como la administración y la medicina (Whittaker, 1987).

En la actualidad existen varias corrientes teóricas en la psicología; veamos los aportes de alguna de ellas, que aportan elementos conceptuales sobre el desarrollo infantil y su posible estimulación que el desarrollo psicosexual, se divide en tres fases: Fase oral, en la que el recién nacido obtiene el placer a través de la boca, chupando; fase anal, en la que el niño obtiene placer a través del ano defecando; fase fálica, en la que el niño obtiene placer en la manipulación de los propios genitales.

Cabe mencionar que Freud dividió a la estructura personalidad en tres instancias denominadas: Yo, Superyo, Ello. El ello, se deja llevar por los instintos, su fin, es la satisfacción en la descarga, eliminando así la excitación y dando lugar a un estado placentero; el superyo, es lo moral, el de los prejuicios, el que le dice al inconsciente que tal conducta no se debe hacer; por ejemplo: si un alumno se sale de clases es porque se deja llevar por el ello y el superyo marca ésta conducta como mala, sin embargo el yo es el intermediario entre el ello y el superyo; y es el que decide si lleva a cabo una mala o buena conducta.

Desde estos planteamientos podría afirmarse que algunos niños con necesidades educativas especiales, normalmente se dejan llevar por sus instintos, ya que ellos casi siempre actúan sin pensar; por su parte los adultos son el yo, ya que son los intermediarios de que la conducta sea buena y sino es así, son reprimidos y castigados por algún mal comportamiento. Cabe recalcar que la teoría de Freud, que se dio a conocer hace ya, varios siglos; es aplicable en la actualidad a los niños de desarrollo normal y, a niños con necesidades educativas especiales.

Por otra parte cabe mencionar que el investigador conocido mundialmente como el gran teórico del desarrollo infantil, es también filósofo de la ciencia y estudioso de la lógica, cuyas aportaciones a la educación han sido profundamente significativas; nos referimos a Piaget, ya que su teoría de los estadios de desarrollo de la inteligencia en el niño, ha sido de gran ayuda durante los últimos 74 años, y han servido como base en la educación especial y regular. Desde esta perspectiva se afirma que algunos niños con Necesidades Especiales Educativas y con lesión orgánica no tienen una correspondencia entre su edad cronológica, y su edad mental. La mayoría de estos niños, se encuentra en los primeros estadios de desarrollo y su teoría es de gran ayuda para elaborar planes y programas educativos, estos son aplicables en los niveles de estimulación temprana, maduración y preescolar. Sin embargo los niños con necesidades educativas especiales y lesión orgánica, es difícilmente

cumplen con el proceso de desarrollo, como lo marca Piaget en su teoría, aún así se procura que este tipo de niños se puedan adaptar y lleven una vida casi normal. El autor planteó una propuesta pedagógica en la que cuestionó la enseñanza tradicional y la incapacidad de estos métodos para permitir el desarrollo del espíritu experimental en las personas; su propuesta se fundamenta en sus investigaciones experimentales sobre el desarrollo evolutivo del pensamiento en la niñez. Afirma que la experiencia es un factor de primer orden para explicar los mecanismos de adquisición del conocimiento, también propuso adaptar los contenidos, las secuencias y el nivel de complejidad de los diferentes grados escolares a las leyes del desarrollo mental. Es así que en su teoría nos señala, que el nivel sensoriomotor, es el periodo que abarca aproximadamente los dos primeros años de vida, durante la cual van a conformarse las subestructuras cognoscitivas que servirán de base a las posteriores construcciones perceptivas e intelectuales.

Para Piaget, la inteligencia existe antes del lenguaje y en este nivel puede hablarse de inteligencia sensoriomotora. El primer estadio, se refiere al nivel sensoriomotor, que es cuando el niño se encuentra en la construcción de lo real de la edad de 0-1 mes, en este se menciona que el desarrollo evolutivo parte de los movimientos espontáneos y de los reflejos. Alrededor de los tres primeros meses, el universo se encuentra centrado en el cuerpo y la acción propia (egocentrismo). Después del primer año ocurre una descentración y el niño se reconoce como un objeto entre otros. En el segundo estadio, y su edad es de 1-4 meses, aquí se constituyen en los primeros hábitos. Los hábitos son conductas adquiridas que no implican inteligencia y en los cuales no existe diferenciación entre los medios y los fines. Se alcanza la coordinación de la mano y la boca; hacia los tres primeros meses, su universo se encuentra formado por cuadros móviles que aparecen y desaparecen; o sea un objeto no presente, es como si no existiera. Hay permanencia de objeto; ésta aparece después del segundo año. En el tercer estadio, de los 4-8 meses de edad, se adquiere la coordinación entre la visión y la aprehensión: ojo-mano; es un

estadio de transición entre los hábitos y los actos de inteligencia; empiezan a vislumbrarse ciertos actos de inteligencia. Hasta antes de los ocho meses no hay permanencia de objeto; este proceso más una falta de organización del espacio y del tiempo provoca que el niño “se crea” la causa de todos los eventos (como la aparición y desaparición de los objetos). En el cuarto estadio, de los 8-12 meses, aparecen actos más complejos de inteligencia práctica; el niño tendrá un objetivo previo y buscará los medios para llegar a él. Estos los tomará de los esquemas de asimilación conocidos. Aquí el niño puede prever ciertos acontecimientos.

A partir del año su conducta es exploratoria, es la forma como empieza a conocer nuevos significados: crea una serie de representaciones sensorio-motrices en su mente. Hay una permanencia del objeto con lo que se crea un sistema de relaciones y hay también organización espacio-temporal, por lo que la casualidad se vuelve objetiva. En el quinto estadio de los 12-18 meses, hay una búsqueda de medios nuevos por diferenciación de los esquemas conocidos. Medios que podrá encontrar por casualidad o con la ayuda de otras personas. En el sexto estadio, de los 18-24 meses, señala el término del periodo sensomotor y la transición con el siguiente; en este el niño es capaz de encontrar medios nuevos por combinaciones interiorizadas que dan como resultado una comprensión repentina o insight. Finalmente en el sexto estadio de los 18-24 meses, señala el término del periodo sensomotor y la transición con el siguiente. El niño es capaz de encontrar medios nuevos por combinaciones interiorizadas que dan como resultado una comprensión repentina o insight

Afirma que la estructuración del universo del niño, es decir como este aprenderá a comprender el mundo que lo rodea. Un primer aspecto de esta construcción de lo real es el cognoscitivo, que facilita los medios para alcanzar el fin y además estructura la conducta. Se manifiesta bajo tres formas sucesivas: 1. Los movimientos espontáneos y los reflejos se encuentran

constituidos por estructuras de ritmos (0-3 meses). 2. Las regulaciones que intervienen en la formación de los primeros hábitos (estadios II, III, y IV). 3. La reversibilidad, cuyo producto es la constitución de nociones de conservación e “invariantes de grupos”.

En cambio, el aspecto afectivo, asigna un objetivo a la conducta, o sea, le dan un valor a sus fines y le proporciona la energía necesaria para la acción. También se divide en tres aspectos: 1. Dualismo inicial. Estadios I y II, donde no existe diferenciación del yo y del mundo exterior, toda la afectividad queda centrada en el propio yo. 2. Reacciones intermedias. Periodos III y IV donde se presenta una creciente complejidad de las conductas. Es más importante el contacto con las personas en la medida que las empieza a distinguir de las cosas. 3. Relaciones objetales. Estadios V y VI. En la medida que el niño adquiere la permanencia del objeto, organiza el espacio y el tiempo; en ese momento dirigirá su afectividad a los objetos que se encuentran en el exterior.

Posteriormente viene la etapa de desarrollo de las percepciones: Las percepciones del recién nacido es posible abordarlas a través de los fenómenos de percepción que se relacionan con las reacciones sensomotoras: las constancias (de forma y de tamaño) y la casualidad perceptiva. De las percepciones que aparecen entre 4-5 y 12-15 meses se distinguen dos clases de fenómenos perceptivos visuales: los efectos de campo o centración (que no suponen ningún movimiento de la mirada) y las actividades perceptivas (que suponen desplazamientos de la mirada en el espacio o comparaciones en el tiempo orientados por una búsqueda activa del sujeto). A medida que el niño crece, las actividades perceptivas se desarrollan en calidad y en número, corrigiendo así ilusiones y deformaciones.

Al llegar a la etapa o nivel de las operaciones concretas, el niño tendrá que traducir en lenguaje todo que ya sabe en términos prácticos u operatorios. La primera manifestación de un uso más sistemático de los signos verbales es la

presencia de una inteligencia preconceptual. Por otra parte, las operaciones concretas también se refieren a operaciones con objetos manipulables donde aparece nuevamente la noción de “agrupación”, que es la que permite que los esquemas de acción ya en marcha se vuelven reversibles. Dicho periodo es una fase que va de los 2 hasta los 11 o 12 años. Se divide en dos subperíodos: el preoperatorio y el operatorio (Taylor, 1989).

La etapa de las operaciones formales consiste en trasponer las agrupaciones concretas hasta un nuevo plano del pensamiento, y se da a partir de los 11 o 12 años. El adolescente es capaz de razonar con base en enunciados e hipótesis no sólo con los objetos que están a su alcance, sino que ya aplica la lógica de las proposiciones. Las diferencias entre las operaciones formales son de carácter vertical y de grado.

Concluyendo con Piaget, la concepción que tenía del alumno, era que el niño ha sido estudiado bajo esta propuesta como un ser biológico que se adapta continuamente a entornos cambiantes. Entonces a diferencia de otros pedagogos, Piaget no concebía la idea de un “niño moldeable”. La educación sólo acompaña paralelamente el desarrollo de la inteligencia infantil.

Por su parte Vigotski, dio una propuesta pedagógica que está anclada en la ciencia psicológica que estudia la evolución de las etapas mentales en los seres humanos.

Su perspectiva de la educación y del mundo social en general es profundamente evolucionista. Sin embargo, lo evolutivo en este autor no supone un proceso lineal y continuo sino un devenir zigzagueante.

Al igual que Piaget su propuesta fue principalmente anclada en la psicología genética y comparte con este autor una concepción psicológica constructivista.

El proceso de enseñanza consiste en una construcción continua del mundo que realizan los alumnos.

El contexto sociocultural es una pieza clave en la concepción de la educación que realiza este autor. El ambiente no sólo influye sino que determina fuertemente las posibilidades de una enseñanza exitosa.

La enseñanza no sólo es entendida como adquisición enciclopédica del saber sino también como el aprendizaje de las costumbres, tradiciones y cultura de un determinado ambiente social.

Vigotski nos menciona que lo esencial de la función del desarrollo de la educación es el desarrollo cultural de la especie humana es consecuencia del ingenio del hombre para poder transmitir sus experiencias de una generación a otra el aprendizaje se logra a través de estas etapas sucesivas y evolutivas iguales para todas las especies humanas.

La educación es diseñada en paralelo con la evolución de las estructuras mentales de los seres humanos. La última etapa en este proceso es el desarrollo de la actividad creadora. La principal función de dicha actividad es lograr una plena adaptación del hombre al medio que lo rodea.

El concepto que tiene del alumno es que el niño es un sujeto activo que permanentemente analiza y revisa las ideas que provienen del exterior. Por lo tanto los seres humanos tienen la capacidad de combinar y de crear algo nuevo durante todo su ciclo vital.

Este autor le dio una importancia crucial a la actividad creadora entendida como una acción humana creadora de algo nuevo. Esta actividad era el principal objetivo y la última etapa educativa a lograr por los alumnos. El aprendizaje es concebido como un proceso dialéctico que no centra la adquisición del conocimiento ni en el sujeto ni en el objeto sino en la relación entre ambos.

La construcción del conocimiento: consideró que los niños construyen paso a paso su conocimiento, y que no son seres pasivos, sino que analizan y “revisan” las ideas que provienen del exterior. Para Vigotski el aprendizaje siempre involucra a los seres humanos que crean sus propias representaciones acerca de la nueva información que reciben; el conocimiento más que ser construido por el niño, es co-construido entre el niño y el medio sociocultural que lo rodea por lo que todo aprendizaje siempre involucra a más de un ser humano.

Es así que Vigotski pensaba que la influencia del aprendizaje en el desarrollo tiene un peso muy grande, ya que el niño se enfrenta a un condicionamiento sociocultural que no sólo influye sino que determina, en gran medida, las posibilidades de su desarrollo por lo que insiste en los condicionamientos culturales y sociales que influyen en este proceso. En lo particular comparto con el autor su planteamiento, ya que el rechazo de la sociedad, ha influido en el aprendizaje de los niños con necesidades especiales educativas y lesión orgánica. Es así que mi hipótesis es que si hubiera una aceptación real, comprensión y cariño hacia estos niños, su panorama sería diferente, sin embargo en la actualidad se está haciendo el intento de mejorar su calidad de vida, buscando más alternativas, como la información y actualización de programas educativos que favorezcan su desarrollo y aprendizaje.

Una de sus más importantes propuestas es la concepción de “zona de desarrollo proximal”, que es el área que existe entre la ejecución espontánea que realiza el niño utilizando sus propios recursos y el nivel que puede alcanzar cuando recibe apoyo externo (las pistas o claves que el maestro le da para facilitar su trabajo incluso el apoyo emocional para que confíe en si mismo). Vigotski amplía este concepto indicando que la interacción social no debe darse exclusivamente con los profesores sino con muchas otras personas: familiares, amigos, etc.

En base a lo anterior, en la actualidad se ha comprobado que la interacción social, es de gran importancia que los niños convivan con sus padres y amigos, debido a que es fundamental para su desarrollo cognitivo, autoestima y comunicación.

Este autor también nos menciona, que los límites que esta zona de desarrollo proximal tiene, reporta ciertas operaciones y tareas que los niños no pueden realizar a ciertas edades y por que hace una reflexión al menos en tres formas en las que se puede actuar: 1. Reconocer la importancia de las diferencias individuales y saber entender a cada niño en sus dificultades en particular, 2. Evaluar también las habilidades de intercambio social para resolver problemas y no sólo las espontáneas, 3. Planear con más cuidado el tipo de experiencias sociales y culturales a las cuales se va exponer el niño.

Aunado con lo anterior se puede decir que cuando los niños o jóvenes comienzan a estudiar a una edad tardía, gran parte de ellos tiene mayor habilidad, criterio y madurez para aprender, y es por eso que nos encontramos con ciertas dificultades; por ejemplo: para estudiar para un examen, resolver algún problema o alguna situación; más aún este tipo de niños tiene mayor dificultad para aprender si no es el programa adecuado que se va a aplicar.

Cabe mencionar que las teorías anteriormente mencionadas, han sido de gran apoyo para los psicólogos que trabajamos en la educación especial y clínica.

Por otro parte, Catalina Harrsch (1992), considera que las actividades del psicólogo en México también han variado y se han ramificado en diversidad de campos. El primero es el psicólogo clínico, el segundo es el de la psicología social, el tercero es el de la psicología industrial u organizacional (del trabajo), el cuarto es el de la psicología general experimental, el último es el de la psicología educativa.

Por su parte, el psicólogo clínico enfoca su actividad a la evaluación y tratamiento de personas o grupos que sufren de problemas emocionales y de adaptación. Por otro lado, el psicólogo educativo se enfoca a evaluar programas que se adapten a la realidad nacional optando por alternativas de enseñanza – aprendizaje.

Además, cabe resaltar que el psicólogo orientado al área educativa, incide de forma directa en escuelas de niños con capacidades diferentes, pero para entender mejor este punto es necesario conocer la conceptualización de los mismos, lo que se ejemplificará en el siguiente apartado.

### ***1.3 Una breve historia de la conceptualización de las personas con capacidades diferentes.***

Es de gran importancia señalar a dos personalidades que nos mencionan estudios que se hicieron a lo largo de la historia: Binet y Simón, pioneros de la psicología diferencial, creadores de esta psicología, reconocidos no sólo por haber concebido su famosa escala para medir la Inteligencia, sino también por los valiosos trabajos publicados en L-Anné Psychologique.

Es importante recordar que ha sido en Francia donde los alienistas se ocuparon por primera vez de los niños conocidos con diferentes nombres, anormales, atrasados, idiota, débiles, inestables, etc. En el mismo año, Esquirol formuló la distinción capital entre idiota y demente, y después de éste muchos otros, particularmente Itard, Falret, Voisin, describieron los principales síntomas de Idiotéz. Así un maestro que trabaja con niños anormales, de Apellido Según mostró experimentalmente que puede llegarse con mucha paciencia e ingenio, a elevar la inteligencia y la moral de algunos de estos pequeños, él los llamaba en esa época, “desgraciados niños”.

También en esa época en Bicetre, Francia un médico llamado Bourneville, bien conocido en ese tiempo, organizó el servicio más completo de supuestos idiotas que existía en Francia; solicitó de los poderes públicos, con tan infatigable tenacidad que se crearon en las escuelas públicas clases especiales para la instrucción de niños anormales; esta petición fue presentada por gran número de médicos y filántropos a consejos municipales, consejos generales, sociedades científicas, y a cuantos congresos, tan numerosos, de enseñanza y de asistencia como se celebraba en Francia y en el extranjero durante éstos últimos veinte años. Desafortunadamente este esfuerzo no surtió efecto alguno, en la mayoría de los países extranjeros existían escuelas y clases de anormales. La primera Escuela Alemana, data del año de 1867; lugar donde las personas recibían cuidados y educación apropiada a su estado, y estos eran hijos de “ricos” (gente de dinero), por otra parte los niños de los pobres seguían asistiendo a escuelas públicas ordinarias.

Por su parte Bourgeois (1904 a 1905) redactó, respecto a los niños “atrasados e inestables”, todo un plan de organización escolar, del que nació un proyecto de ley que incesadamente presentó el ministro de instrucción pública que en ese tiempo era precisamente el ministro en la Secretaría del Congreso.

En esa época se dieron diversas conceptualizaciones, por un lado en el lenguaje médico se aplicaba el término de anormal que significaba que se apartaba declaradamente de la media en una escala para constituir anomalía patológica. Los tipos más francos se llamaban compuesto de sordomudos, e invidentes. Así como también los que sufrían de epilepsia, a otros se les etiquetaba de idiotas, imbéciles, débiles inestables. Por un lado, se observaba que los invidentes y los sordomudos, en primer lugar no eran como los demás ya que no podían instruirlos por métodos comunes el invidente no podía aprender a leer el libro donde los caracteres carecían de relieve y el sordomudo permanecía ajeno a toda lección oral, por esto la necesidad de “ Educación especial” era fundamental, para estas dos categorías de anormales, ya que

cinco mil niños a aproximadamente, recibían, cuidados y educación profesional, en establecimientos del Estado y en escuelas particulares, cuya mayoría eran congregacionistas.

Y a los que se les llamaba idiotas más gravemente aquejados que exigían tratamiento médico continuo eran según ellos educables en cantidad mínima, estos individuos se acogían en los hospitales, hospicios y asilos. Por otro lado, había otra manera de etiquetar a los niños que no sabían como alimentarse por sí solos se les llamaba “Idiotas radicales”, que se les dejaba sin reparo en asilos; otros eran llamados “Individuos atacados de trastornos nerviosos muy graves y así también personas que sufrían de convulsiones y desvaríos. Y por esta razón se consideraba que solo en estos lugares, como se mencionó anteriormente (hospitales, hospicios, y asilos), recibían tratamiento médico apropiado a su estado, y se decía que más que un médico necesitaban un maestro.

En esa época, se consideraban dos tipos de niños con características diferentes: a los primeros se les dejaba en un rincón ignorándolos por completo, los segundos eran versátiles, tenían carácter irritable y el cuerpo en continuo movimiento.

Por otra parte, antes del siglo XX, fueron pocos los intentos de establecer una clasificación científica de deficiente y muy escasa la literatura acerca de los variados síndromes clínicos y sus múltiples causas. Sin embargo por esa época se despertó el interés en Gran Bretaña, en 1904 fue creada una comisión Real para el estudio del tema y se efectuaron muchos trabajos de investigación. Así, la primera “ley de deficiencia mental fue presentada en 1913, el interés público se dirigió gradualmente a la interacción del deficiente y la comunidad.

Posteriormente en 1924, las autoridades respondieron apoyando un estudio del Dr. E.O. Lewis debido a que el número de deficientes se había duplicado,

prácticamente en 20 años y en 1927 fue presentada una ley. En su momento esto representó un gran avance social, pero la necesidad de hallar alguna definición en la terminología, coincidía con cierta rigidez y una actitud estática para el caso de una acción legal ya que era una paradoja que obstaculizaba el progreso de las investigaciones de la Educación y Política Social (Ardila, 1986).

Dicha ley del año 1927, presentó una definición mencionada como: “Defecto Mental” que significaba un estado de detención o desarrollo incompleto de la mente, manifestó antes de la edad de dieciocho años, que se originaba por causas innatas o inducido por enfermedad o lesiones (Ardila, 1986).

Durante algunos años, en Norteamérica y más recientemente en Gran Bretaña, el término “Retardo” fue utilizado cada vez más en lugar de “deficiencia” (Ardila, 1986).

Sin embargo anteriormente en el año de 1920, la explicación mas usual sobre el retardo mental se consideraba como una enfermedad que tenía su etiología en el organismo del individuo, y las alternativas propuestas fueron, por tanto, reduccionistas y deterministas. Así, el problema del retardo condujo a la integración de todos los niños a la vida escolar al cumplir 6 años de edad como una forma de prevención y tratamiento (López, 1995).

A lo largo de la historia de los nombres, etiquetas y conceptos que le dieron a los niños con deficiencia mental, se diseñaron las pruebas de inteligencia específicamente para descubrir a los niños que no podrían beneficiarse de un programa escolar normal y detectar a los niños y adultos con retraso mental; algunos han definido el retraso mental exclusivamente en función de estas pruebas estandarizadas. Este es el enfoque que toman ciertos autores de pruebas como Wechsler y Terman y autores de la escala *Stanford-Binet*, los cuales asignan etiquetas interpretativas a las diversas gamas de CI.

Mucho antes de que se llegara a las pruebas para medir el CI, es de gran interés mencionar la aportación de “La biología Darwinista”, en el año de 1859 Darwin publicó “El origen de las especies”, ¿Por qué hablar de Darwin? Porque el tema capital de su trabajo fue el de las variaciones entre los miembros de una especie, es decir el de las diferencias individuales; ¿Qué relación existe con las definiciones y clasificaciones de la deficiencia mental? Simplemente que fue el primero que se interesó en dar una clasificación a la especie animal, tan importante fue la aportación de Darwin que su trabajo fue continuado en Inglaterra por Sir. Francis Galton, él se interesó principalmente por las diferencias que existen entre las personas estimulado por Darwin a estudiar la herencia de los rasgos personales, recopiló información sobre características físicas y psicológicas. Posteriormente Kart Pearson y su grupo desarrollaron técnicas mejoradas para analizar y describir las estructuras de las diferencias individuales. Durante este mismo periodo cobró fuerza, la preocupación por el individuo que no actuaba normalmente; una preocupación humanitaria por “el demente, el débil mental y el inadaptado” en general condujo, en el siglo XIX, al estudio y a la investigación activa dirigida hacia la comprensión de su estado y al mejoramiento de su suerte (Thorndike, 1986).

También en el siglo XIX, se hizo necesario distinguir entre alineado y débil mental, en donde los primeros manifestaban trastornos emocionales que podían ir o no acompañados de deterioro intelectual desde un nivel inicial normal; los últimos se caracterizaban esencialmente por un defecto intelectual ya presente desde el nacimiento o la primera infancia (Skinner, 1970).

En el siglo XX, se pensaba que el “retardo” no era percibido de entrada, y que la anomalía no se presentaba como fatal desde el comienzo, también se consideraba que “la insuficiencia mental no era descubierta sino en forma accidental, y en ocasiones después de una consulta médica. Otro término del que se hablaba era el débil simple” y que era aquel cuyo CI se escalonaba entre 50 y 80 y que no manifestaba trastornos característicos evidentes ni una

evolución psicótica caracterizada; esta etiqueta de “débil mental” era adjudicada a los niños luego de una consulta médica (Thorndike, 1986).

Posteriormente se consideraron tres definiciones, la primera es de un autor llamado Doll (citado en Hayne, 1975, p. 41) donde definía que “La deficiencia mental en su estado más avanzado era resultado de la suspensión del desarrollo de la inteligencia y por razones de origen constitucional eran hereditarias o adquiridas, esta condición era esencialmente incurable por medio del tratamiento y la capacitación”.

Una segunda definición es la que daba La asociación psiquiátrica de los Estados Unidos, la que distinguía tres grandes niveles:

1.- Deficiencia Superficial: Los niños situados en este nivel podían aprovechar planes de estudios simplificados y lograr un ajuste social adecuado pero modesto.

2.- Deficiencia moderada: Aquí los niños necesitaban capacitaciones y guías académicas y vocacionales especiales, pero no se les daba atención en instituciones.

3.- Deficiencia grave: Finalmente se mencionaba que en este tipo de deficiencia los niños necesitaban atención e instituciones o cuidados similares.

La tercera definición la daba La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), donde su propuesta decía que los niños cuyo déficit intelectual era lo suficientemente grave para que ocasionara la imposibilidad académica, se consideraban niños “retrasados mentales”, pero sin perder de vista el hecho de que el desempeño académico no era el único criterio en que se basaba este diagnóstico. También así la O.M.S. hablaba de que las reacciones conductuales de los niños con retraso mental, eran producto de muchas fuerzas

interactuantes, así como de la sociedad en general, todo ello sumado a las capacidades intelectuales inferiores del niño, determinaban sus reacciones, y se consideraban primordiales las razones que eran el fundamento de las reacciones conductuales y a este enfoque se le daba el nombre de “*enfoque dinámico*” (Hayne, 1975).

En los años siguientes Tredgold y Benda (citados en Ingalls, 1989) coincidieron en que una persona retrasada era aquella que al llegar a la edad adulta no era capaz de llevar una vida independiente; la dificultad de este enfoque es que se daba a entender que un individuo podría ser retrasado en un ambiente y no en otro.

Por su lado Kanner (citado en Ingalls, 1989, p. 45) distinguía entre debilidad *mental relativa* y *debilidad mental absoluta*, este término refería a “aquellos individuos que se encontraban impedidos en su funcionamiento mental que en cualquier cultura serían vistos como retrasados mentales”.

La definición de retraso mental más generalmente aceptada es la que adoptó la “*American Association of Mental Deficiency*” (AAMD); para ésta el retraso mental significaba “un funcionamiento intelectual general notablemente por debajo del promedio, teniendo deficiencias de adaptación que se manifestaban durante el periodo de desarrollo” Grossman (citado en Ingalls, 1989, p. 89).

Además de lo anterior, la AAMD desarrolló un sistema de clasificación diagnóstica de los retrasados basado en un nivel de funcionamiento del individuo, principalmente en su Coeficiente Intelectual (CI), puesta de la siguiente manera:

NIVEL	Edad mental (d.e.= 16) <sup>1</sup>	CI de Wechsler (d.e.=15)	Edad Mental Adulta
Ligero	68-52	69-55	8.3-10.9 años
Moderado	51-36	54-40	5.7-8.2 años
Severo	35-20	39-25	3.2-5.6 años
Profundo	≤ 19	≤ 24	≤ 3.1 años

Tabla 1.- En esta tabla se observan los diferentes grados de discapacidad.

El problema de esta definición era en primera confusa porque se hablaba de un bajo promedio, que en realidad sólo era una connotación de números que no explicaban nada, haciendo la definición incompleta lo que sería una segunda característica que observamos en lo personal; y ¿porqué incompleta?, por la simple y sencilla razón que le falta poner características físicas, de conducta y más específicamente explicar, aunque sea brevemente, cómo es el desarrollo de cada niño o adulto, determinando también así el tipo de discapacidad, ya que en esta clasificación se concretaban sólo a niveles y a números que nos limitarían en general si es que todavía existiera un tipo de definición y clasificación puesta de esa manera; si en ese tiempo hubiese existido más información como la que mencionamos que falta, se hubiera podido avanzar haciendo programas más completos para el aprendizaje siendo satisfactorio para estas personas y se cree que no se hubiera perdido el tiempo en dar definiciones, como ya se mencionó.

En la explicación que se da a continuación podremos observar la crítica que mencionamos y se da de la siguiente manera:

A los individuos con CI entre dos y tres desviaciones estándar por debajo de lo normal se les clasificaba como ligeramente retrasados; a los que tienen un CI. Entre tres y cuatro desviaciones estándar por debajo de lo normal se les llamaba moderadamente retrasados; a los que tenían un CI entre cuatro y cinco desviaciones estándar por debajo del promedio se les ponía etiqueta de

severamente retrasados; y a los que obtenían resultados de más de cinco desviaciones estándar por debajo de lo normal se les llamaba profundamente retrasados, el cuadro traducía este sistema a puntuaciones de CI, para las pruebas de Wechsler y Binet.

La última columna de este cuadro mostraba las edades mentales adultas de cada uno de los cuatro niveles esto indicaba muy bien el nivel de funcionamiento que se esperaba de un dúo a los diversos niveles (Ingalls, 1989).

Por su parte Luria desde la neuropsicología (1963), señalaba que la lesión cerebral era esencial para el retraso, ya que menciona que los niños mentalmente retrasados habían sufrido una enfermedad cerebral grave en el útero ó durante los primeros años de vida, lo cual perturbaba el desarrollo normal del cerebro y era producido por ciertas anomalías en el desarrollo mental; el niño mentalmente retrasado se distinguía marcadamente del niño normal por sus características y su capacidad para comprender era limitada, siendo su aprendizaje más lento.

El mismo Luria, menciona que la dificultad que traía esta definición era que se excluían a muchos niños y adultos que probablemente deberían ser tenidos por retrasados mentales, había muchos individuos que funcionaban obviamente a un nivel muy retrasado y que sin embargo no daban ninguna muestra de defecto alguno en su sistema nervioso, otra idea era que sostenía que la misma conducta retrasada era ya una primera prueba de cierto defecto en el sistema nervioso.

Sin embargo hubo quien se interesó por otro tipo de niños, que fue el Dr. Samuel Howe en 1824 (citado en Ingalls, 1989) que pasó seis años en Grecia trabajando con refugiados después de recibirse en la escuela de Medicina de Harvard; a su regreso se interesó por los niños sordos y ciegos que recibía en

su propia casa, poco después, se le ofreció una casa jardín en la ciudad de Boston para su trabajo, la cual se convirtió luego en la *“Perkins Institution for the Blind”*, Howe fue el director de esta Institución hasta su muerte, también desarrolló nuevos métodos de enseñanza para los ciegos (llamados actualmente invidentes); Howe fue un decidido defensor de los derechos de todos los oprimidos e impedidos, incluyendo a los retrasados mentales.

Otro gran Doctor que aportó grandes cosas fue Edward de Seguin (citado en Ingalls, 1989), él trabajó con niños retrasados mentales, primero emprendió la educación de un niño "idiota" (llamado en ese entonces así), después de un año de adiestramiento, su alumno "podía usar mejor sus sentidos, tanto como recordar y comparar ciertas cosas, hablaba, escribía y contaba objetos. Debido a su éxito comenzó a brindar tratamiento a más niños retrasados y sistematizó su método, este se llamó *“Método fisiológico”* que consistía en fomentar el ejercicio corporal mediante actividades diarias, orientadas hacia las propias necesidades y capacidades del niño, estructuró muchas actividades para el entrenamiento de los cinco sentidos, llamado actualmente *estimulación multisensorial*.

Por otra parte, se menciona que el retraso mental era el más invalidante de todos los trastornos de la infancia que constituía un problema inmensamente costoso. Por otro lado, el término de "retraso mental" se utilizaba para designar una gran variedad de condiciones físicas y mentales. Aunque el retraso mental comprendía una gran variedad de causas, múltiples, por esto resultó práctico referirlos a dos tipos básicos: "clínico y sociocultural", puesto que las diferencias entre estos dos tipos de retraso son importantes, hay que saberlas distinguir entre sí.

En el retraso clínico, el grado de deficiencia intelectual iba desde moderado a profundo, esto es que el CI era inferior a 55. El diagnóstico de retraso mental se establecía, de modo típico, o al nacer el niño durante sus primeros años, el

retraso clínico, solía coincidir con deficiencias orgánicas de índole neurológico, metabólico o fisiológico (Galguera, 1988).

Cabe señalar, que ya se mencionaba que el retraso clínico se daba por trastornos sufridos por la madre gestante, lesiones perinatales producidas por la aplicación inadecuada de forceps durante el parto, o daños postnatales sufridos por el niño a causa de accidentes o malos tratos, así también la anoxia (falta de oxígeno) que se presentaba en el parto a causa de dificultades de índole obstétrica, o bien más adelante, en el transcurso de la vida a causa de accidentes como (ahogamiento, asfixia, etc.) causas que podían dejar a la víctima profundamente retrasada y que actualmente todavía estas causas provocan "PC" (parálisis Cerebral). Así, el retraso clínico se consideraba un grave problema que por su elevada incidencia en la población en general afectaba al 25 % del 100% de esta, mientras que el resto quedaba incluido en la categoría que se designaba corrientemente como retraso sociocultural.

El retraso sociocultural, se consideraba que lo conformaban los niños socioculturalmente retrasados que procedían de aquellos grupos sociales que se hallaban en situaciones desventajosas desde los puntos de vista económico, educacional y social. Se pensaba que un niño nacido y criado en un suburbio segregado o en un medio ambiente rural empobrecido tenían quince veces más probabilidades de ser calificado como mentalmente retrasado, claro estaba que el retraso mental no tenía mucho que ver a nivel clínico, sólo había semejanza en la cuestión de rechazo e ignorancia es así como "el retraso mental sociocultural" iba asociado a ingresos bajos, sociedad, viviendas deficientes y familias numerosas donde las madres desempeñaban trabajos no calificados, antes de contraer matrimonio (Alvarez, 1993).

El *diccionario de la lengua española*, establece que una deficiencia mental consiste esencialmente, en un déficit intelectual que se origina y se manifiesta durante el período de desarrollo, está caracterizado por dificultad en el

aprendizaje e inadecuada adaptación social y en ocasiones por ambas. En cambio la medicina supuso que era un sinónimo de una enfermedad heredada con diferentes síntomas, y desde este punto de vista, es un síndrome que representa características específicas y precisas por lo que respecta las condiciones biopsicosociales del sujeto, considerando los mecanismos etiopatogénicos y la diversidad de sus cuadros clínicos y los problemas propios del deficiente en torno a su familia, escuela y ambiente social en que se desarrolla (Ribes, 1990).

También la *Enciclopedia temática de educación especial* menciona que la condición de bajo nivel intelectual ha sido denominada con amplia variedad de términos como: retraso mental, amnesia, idiotez, subnormalidad, debilidad mental, etc., términos que también comparte Tredgold, (1974), es así que el criterio imperante en Gran Bretaña y en otros lugares coincidía en que la deficiencia mental debía ser considerada como falla del pleno desarrollo mental y así se le distinguía de la enfermedad mental (dolencia o perturbación) que podía presentarse por muchas causas físicas o mentales en una persona hasta entonces normal, por esto ambos términos eran diferenciados también de la decadencia mental o demencia que consistía en el deterioro y desintegración de las funciones mentales que comúnmente acompañaban a la edad avanzada y a otros tipos de degeneración física ( Schoning, 1990).

Se puede observar que la escasa exactitud descriptiva de los términos para englobar a todos los sujetos afectados con esos problemas, así como las connotaciones peyorativas y degradantes asociadas a muchos de esos vocablos, ha provocado el surgimiento de nuevos términos; como deficiencia mental, niños excepcionales, niños diferentes, niños especiales, discapacitados, etc. De todos los términos citados, “deficiencia mental” era él mas apropiado y utilizado por hacer referencia directa a la característica común básica de estos sujetos, que es su déficit en los procesos cognitivos y digo que era porque

aunque todavía se utiliza el término de deficiencia mental, el más actual es el de *discapacidad intelectual*.

Otra definición que comparto es la de Huso (citado en Ingalls, 1989) quien menciona que el retraso mental está por encima de todas las cosas y es un problema profundamente humano, que de un modo u otro afecta nuestras vidas. Y que en la medida que comprendamos más a fondo esos problemas y que aprendamos sobre el retraso mental, estas personas tendrían una mejor calidad de vida, teniendo la oportunidad de ser tratados como cualquier persona normal es por esto que no estoy de acuerdo con los autores que dan una definición o clasificación utilizando términos como “retraso mental, débil mental, idiotas, diferentes, dementes, tarados, locos” etc. Además que no estamos libres de vivir un problema real, como pensar en que podemos tener la posibilidad de tener un niño con alguna discapacidad física o emocional.

Otro concepto que se utilizaba era el de “deficiencia mental” y se mencionaba que eran aquellos niños que a causa de la gravedad de sus lesiones o deficiencias intelectuales, eran incapaces de asistir a una escuela especial para niños con dificultades de aprendizaje o (escuela de recuperación) porque supuestamente no sacarían de ella el provecho debido. Sin embargo consideraban que eran capaces de realizar actividades útiles y de conseguir una integración notable en la sociedad (Cleand, 1985).

Otra manera de llamar a estas personas, con el término “retraso en el desarrollo”, era preferido por otros autores como “deficiencia o retardo mental” por considerar que no atribuye todas las alternativas a un origen orgánico sino que hacía referencia a un cambio en la conducta que puede compensarse si se provee al individuo de un ambiente diseñado de tal forma que le permita subsistir aún con sus deficiencias para adaptarse a la sociedad (Ribes, 1990; Flores, 1992).

La Asociación Americana sobre el Retraso Mental mencionaba que el retraso mental consistía en un funcionamiento intelectual generalmente inferior al promedio, que se origina durante el periodo del desarrollo y produce ciertas limitaciones en las conductas de adaptación” (Davidson,1983; citado en Ingalls 1989), además los problemas del retraso mental se manifestaban desde los primeros años, hasta antes del decimosexto; esto lo distinguía de las personas cuya inteligencia se veía alterada a una edad mayor, a causa de una grave contusión cerebral.

Por otro lado, La Asociación Americana sobre el retraso Mental (AAMR), organización que ha venido definiendo el retraso mental durante los últimos 119 años, adoptó una nueva definición y sistema de clasificación basado en una nueva concepción del retraso mental. El propósito de esta Conferencia es resumir este sistema (al que nos referimos a partir de ahora como el “Sistema 1992”) y presentar cuatro implicaciones para la investigación, originadas por los importantes cambios en la concepción del retraso mental que supone el Sistema 1992.

En resumen el cambio en la concepción del retraso mental, siendo desde 1983, momento en que se publicó el último manual de clasificación de la AAMR, Groosman en 1983 (citado en Ingalls,1989), se ha producido un cambio significativo de paradigma en el campo del retraso mental. A continuación se detallan tres aspectos de este cambio, a saber: 1) el retraso mental necesita definirse en un contexto social; 2) generalmente con apoyos apropiados durante un período prolongado, el funcionamiento de la persona con retraso mental experimentará mejoras; y 3) las prácticas de los servicios de rehabilitación se basan en las capacidades, limitaciones y necesidades de apoyos de la persona.

Dentro de un contexto social, las personas con necesidades educativas especiales tienen un elemento esencial en el cambio de concepción donde la idea del concepto, no constituye un rasgo absoluto manifestado exclusivamente

por la persona, sino una expresión del impacto funcional de la interacción entre la persona con una limitación intelectual y las habilidades adaptativas y el entorno de la persona. Esta concepción aparece reflejada en la figura 1, que muestra cómo la discapacidad de una persona es la expresión de las limitaciones funcionales que tienen lugar en un contexto social, reflejo de la interacción entre limitaciones intelectuales y habilidades adaptativas, así como de las demandas de su entorno (Schalock, 1994).



Figura 1. El proceso de adquisición de una discapacidad

Uno de los cuatro supuestos del Sistema 1992 consiste en que generalmente, el funcionamiento de la persona con necesidades especiales educativas mejorará si se le ofrecen los apoyos apropiados durante un período continuado. Esta creencia tiene su origen en el gran interés conceptual y práctico por utilizar los apoyos (naturales) como medios más eficientes y eficaces para mejorar los servicios de necesidades educativas especiales. Aunque el concepto de apoyos no es nuevo, lo que si constituye una novedad es la creencia de que una juiciosa aplicación de los apoyos oportunos puede mejorar las capacidades funcionales de las personas con lesión orgánica y necesidades especiales educativas. Esta creencia se refleja en el interés que existe actualmente hacia programas tales como el empleo con apoyo, viviendas protegidas o sistemas de apoyo en la escuela ordinaria. La importancia de estos apoyos reside en que constituyen un medio más natural, eficiente y continuado para incrementar la

independencia/interdependencia, productividad, integración en la comunidad y satisfacción de estas personas.

Brevemente, el tercer paso implica determinar las necesidades multidimensionales de apoyos para las personas con necesidades especiales y clasificar la intensidad de dichos apoyos como intermitente, limitado, extenso o generalizado (Schalock, 1994).

En resumen, se dio un cambio en la concepción de retraso mental, llamado así en ese año, a nivel mundial que explicaba, en parte, por qué el Sistema 1992 fue traducido a siete idiomas. Asimismo, este cambio de concepción y la subsiguiente modificación de paradigma, se centra en tres elementos clave de la concepción de personas con necesidades educativas especiales y lesión orgánica: capacidades, entornos y funcionamiento. Estos elementos aparecen reflejados en la figura 2, donde el funcionamiento aparece en la base del triángulo, indican que el funcionamiento en este tipo de personas, esta relacionado específicamente con limitaciones en la inteligencia y en habilidades adaptativas. El lado derecho del triángulo representa el entorno en el que estos individuos viven, aprenden, trabajan, se socializan e interactúan. El modelo muestra también cómo la presencia o ausencia de apoyos influye en su funcionamiento en la comunidad.

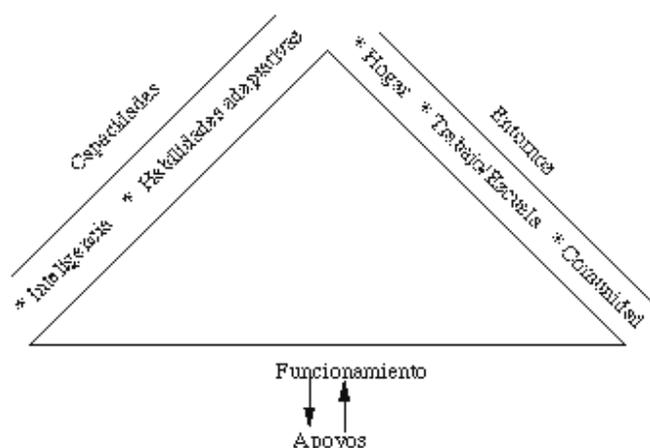


Figura 2. Estructura general de la definición de Retraso Mental

El cambio en la concepción de retraso mental, llamada así anteriormente; en esta se sintetiza la necesidad de llevar a cabo tres importantes modificaciones en nuestras creencias. En primer lugar, las categorías referidas a la persona basadas exclusivamente en un único aspecto (por ejemplo, grado de severidad en el retraso mental) no son lo suficientemente descriptivas o predictivas como para caracterizar a los individuos con retraso mental. En segundo lugar, el énfasis en el funcionamiento actual requiere describir con mayor claridad las habilidades y limitaciones adaptativas específicas para afrontar los retos del entorno de cada uno. Y en tercer lugar, el diagnóstico debe ser realizado con vistas a planificar la intervención y a certificar una determinada condición.

### DEFINICIÓN DE RETRASO MENTAL

En el año de 1992, el retraso mental se define como:

"... Limitaciones sustanciales en el funcionamiento actual. Se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, que coexiste con limitaciones asociadas en dos o más de las siguientes áreas de habilidades adaptativas: comunicación, autocuidado, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, tiempo libre, y trabajo. El retraso mental debe manifestarse antes de los 18 años de edad" Luckasson (citado en Greenspan,1995, p. 5).

### EL PROCESO DE TRES PASOS

Cualquier sistema para diagnosticar el retraso mental de una persona y para clasificarle conforme a unos criterios, consta de una serie de reglas formalizadas que especifican los requisitos que debe cumplir para ser diagnosticado y clasificado como tal. A lo largo de los años esas reglas han experimentado modificaciones en respuesta a las presiones ejercidas por los consumidores, profesionales y demás fuerzas sociales y políticas. El Sistema 1992 implica un proceso de tres pasos que incluye: el diagnóstico de retraso mental, la descripción de las capacidades y limitaciones del individuo y la

identificación de los apoyos necesarios. Estos tres pasos se resumen en la tabla anterior (tabla 1).

El proceso de tres pasos: Diagnóstico, Clasificación y Sistemas de Apoyos

Paso 1 Diagnóstico de Retraso Mental

(Determina si una persona debe ser seleccionada como receptora de apoyos)

Se diagnostica retraso mental si:

1. El funcionamiento intelectual del individuo es aproximadamente de 70-75 o inferior.
2. Existen limitaciones significativas asociadas en dos o más áreas de habilidades adaptativas
3. La edad de aparición es de 18 años o inferior.

Paso 2 Clasificación y descripción

(Identifica las capacidades y limitaciones y los apoyos requeridos)

1. Describe las capacidades y limitaciones del individuo relacionadas con los aspectos psicológicos/emocionales
2. Describe el estado de salud física general e indica la etiología de su condición.
3. Describe el entorno habitual del individuo así como el ambiente óptimo que favorecería su crecimiento y desarrollo.

Paso 3 Perfil e intensidades de los apoyos necesarios

(Identifica los apoyos necesarios)

Identificar el tipo e intensidad de los apoyos requeridos en cada una de las cuatro dimensiones siguientes:

1. Dimensión I.: Funcionamiento Intelectual y Habilidades Adaptativas.
2. Dimensión II. Consideraciones Psicológicas/Emocionales.
3. Dimensión III. Consideraciones Físicas/de Salud/Etiológicas.
4. Dimensión IV: Consideraciones Ambientales.

El enfoque de tres pasos descrito en la Tabla 1 difiere del sistema de clasificación de la AAMR de 1983 en que:

- Utiliza un único código diagnóstico de retraso mental si la persona satisface los tres criterios de edad de aparición, funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media y limitaciones asociadas en dos o más áreas de habilidades adaptativas.

- Emplea un enfoque multidimensional para describir las capacidades y limitaciones de la persona.
- Desarrolla un perfil de los apoyos necesarios para cada una de las cuatro dimensiones.

Siguiendo con el parámetro de las clasificaciones y definiciones, tenemos la de “La Asociación Americana de Psiquiatría” que desarrolló el diagnóstico y el manual sobre retraso mental Grossman (citado en Ingalls, 1989) aunque no idéntico, este sistema es compatible con respecto a la clasificación etiológica. La Asociación Mundial de Deficiencia incluye las siguientes 10 categorías en estas clasificaciones etiológicas:

Etiología:

1. Infecciones e intoxicaciones (Rubéola, sífilis, etc.).
2. Trastornos psicológicos o agentes físicos (Herida mecánica de nacimiento).
3. Con desorden en el metabolismo o nutrición. (Alteración a nivel fisiológico).
4. Asociado con enfermedad del cerebro, postnatal (Neurofibromatosis, neoplasma, intracraneal).
5. Asociado con enfermedad y condiciones alteradas por una influencia prenatal desconocida (hidrocefalia y microcefalia).
6. Asociado normalmente con cromosomas (Síndrome de Down).
7. Asociado con otras condiciones perinatales (prematuros).
8. Trastorno psiquiátrico (Autismo retrasado).
9. Asociado con la influencia del medio ambiente (cultural-familiar).
10. Asociado con otras condiciones.

Por otra parte la parálisis cerebral, llamada actualmente (problemas músculo esqueléticos), y es una lesión irreversible que resulta del daño cerebral antes, durante o después del nacimiento. Es causada por falta de oxígeno al cerebro del infante en el desarrollo o del recién nacido; se define también como un impedimento motor, y todos tienen por definición una lesión cerebral. Hay muchos tipos de “parálisis cerebral”, la más común se llama “espasticidad”, esta resulta de una lesión a la corteza motora o las vías piramidales del cerebro, cuyo resultado es la pérdida del movimiento coordinado de los músculos, más técnicamente, la espasticidad es una contracción exagerada de los músculos voluntarios. La “atetosis” es la segunda categoría principal de parálisis cerebral se debe a una lesión cerebral en el sistema extrapiramidal y los ganglios basales, y se caracteriza por movimientos involuntarios, lentos y de contorsión,

de las extremidades que están de por medio, estos movimientos aumentan cuando la persona intenta controlarlos o cuando intenta hacer algún acto voluntario, pero no se da cuando la persona está dormida. La tercera clase común de parálisis cerebral es la “ataxia” esta resulta de una lesión en el cerebelo y se caracteriza por dificultades para mantener el equilibrio, la persona camina como si estuviera embriagada y muy frecuentemente habla confusa e incompletamente, existen otros tipos más raros de parálisis cerebral y algunas veces se encuentran diferentes tipos en la misma persona; se da en niños, jóvenes y adultos, algunas de estas personas son independientes la mayor parte del tiempo y otras requieren de ayuda en algunas actividades (Ingalls, 1989).

Una definición más cotidiana de discapacidad, es la que ofrece “APAC”, ellos la definen como “una condición humana, en la que la persona tiene dificultad para realizar alguna actividad de la vida diaria como caminar, leer, oír, hablar, moverse adecuadamente o aprender rápidamente, entre otras”.

La definición que da *A.P.A.C.* podría considerarse como una de las mas aceptables ya que siendo esta una Institución reconocida por su programa de trabajo que ofrece a toda la población en general con cualquier tipo de problema o discapacidad desde la niñez a la adultez, y esto les permite adaptarse a las necesidades de la población que lleguen a solicitar los servicios de las personas con capacidades diferentes.

Considero importante haber mencionado que lo único positivo del trabajo con estos pequeños y adultos era que a menudo era necesario darles confianza poniéndoles un brazo por encima de los hombros, donde este apoyo táctil era común entre los niños normales muy pequeños y entre los más seriamente retardados. Por otra parte, existían dificultades que tenían los empleados que cuidaban a estas personas, algunas de ellas eran el vestirlos, rasurarlos, bañarlos, comer, dormirlos en fin todas las cosas cotidianas que hoy en día son

menos complejas, gracias a los programas existentes actualmente en la rehabilitación de estas personas. Por otro lado, es interesante ver que los intentos de rehabilitación y enseñanza que se pretendían en ese tiempo eran muy complejos para los cuidadores de los *retardados profundos*, llamados así en esa época (Cleand, 1979).

Después de haber abordado los antecedentes de la psicología en general y la conceptualización de las personas con problemas de discapacidad, se cuenta con un panorama más amplio en lo que refiere este tema, para el siguiente capítulo se llevará a cabo una aproximación a las funciones del psicólogo en la educación especial y rehabilitación.

Quizás, además se podrían poner las características físicas de cada Síndrome, deficiencia, o discapacidad para que sea más completa la información de las categorías mencionadas.

Sin que haya sido documentado sistemáticamente, la denominación de necesidades educativas especiales, primeramente, fue asimilada por los especialistas como un término más suave para referirse al área de los problemas de aprendizaje o a un derivado de éstos, esto es, una innovación al área o una nueva área de especialidad, como ya había ocurrido con los alumnos con capacidades y aptitudes sobresalientes o con el autismo. Posteriormente, se asimiló como un eufemismo de la discapacidad, como una manera más noble y menos peyorativa para referirse a los discapacitados, incluso, más que la referencia de personas con discapacidad. Actualmente a este tipo de personas que tienen un problema a nivel aprendizaje se les llama personas con necesidades educativas especiales.

Haciendo referencia a este término; la Ley General de Educación en 1993 nos menciona que cuando se levantó el Registro Nacional de Menores con Algún Signo de Discapacidad, en 1995, se distribuyeron 24 millones de cédulas en todas las escuelas del país a padres y maestros de educación básica, donde

junto con ellas había un mensaje de la Primera Dama y del Secretario de Educación Pública haciendo referencia a los derechos educativos de los menores con discapacidad y la reproducción del Art. 41 (De Ibarrola n, María, citado en SEP, 1996).

Estas formas de concebir las necesidades educativas especiales hacia suponer que la escuela regular era quien exclusivamente debía cambiar sobre su tradicional rechazo a los menores con discapacidad, siendo los únicos responsables de obstaculizar la integración escolar.

Luego, cuando se advirtió que no sólo la escuela regular debía cambiar su actitud, sino que había que reorientar la educación especial, no sólo en sus servicios de apoyo -áreas de problemas de aprendizaje-, sino también los escolarizados -el resto de las áreas-, se malinterpretó suponiendo que todos los alumnos de educación especial se incorporarían a la escuela regular y desaparecería la educación especial, como tal. Se pasó del extremo de no cambiar en nada, al otro, de cambiarlo todo, al grado de desaparecer. Generándose, colateralmente, una inquietud laboral innecesaria.

Así, existen diferentes formas de conceptuar el retardo en el desarrollo psicológico, pero la gran mayoría de los autores coinciden con el planteamiento de Bijou en 1975 quien afirma que la diferencia entre el desarrollo normal y el retardo indica poca interacción con su medio ambiente y no sabe relacionar el presente con el pasado. El desarrollo normal se da a través de los cambios suscitados en la interacción del individuo con su entorno por medio de condiciones biológicas, sociales y físicas, que están dentro de los límites normales. Por esto, el retardo en el desarrollo evoluciona a través de la acción de estas mismas condiciones, que se desvían de lo normal en grandes extremos mientras, más extremos sean más grave será el retardo.

Posteriormente el concepto cambio por Necesidades Educativas Especiales, fue asimilada por los especialistas como un término más suave, para referirse al área de los problemas de aprendizaje o a un derivado de éstos, esto es una innovación al área o una nueva área de especialidad, como ya había ocurrido con los alumnos con capacidades y aptitudes sobresalientes o con el autismo. Estas formas de concebir las necesidades educativas especiales hacia suponer que la escuela regular era quien exclusivamente debía cambiar sobre su tradicional rechazo a los menores con discapacidad, siendo los únicos responsables de obstaculizar la integración escolar.

## **CAPITULO 2**

# **CONCEPTUALIZACIÓN ACTUAL EN LA EDUCACIÓN ESPECIAL.**

### ***2.1 Breve Historia de las Personas con Lesión Orgánica y Necesidades Educativas Especiales***

Presenta necesidades educativas especiales el alumno que, con o sin discapacidad, se le dificulta el acceso a los contenidos curriculares en la interacción con su contexto escolar y que, para satisfacerlas, requiere de apoyo educativo de carácter adicional o diferente

Por otra parte la discapacidad se refiere a la restricción o ausencia relacionada con alguna deficiencia del individuo, de naturaleza permanente o temporal, para el desempeño del rol que satisface las expectativas de su grupo social de pertenencia.

La definición de discapacidad no depende sólo del sistema educativo, sino del sector salud y del sector de asistencia social, que en nuestro país encabeza el DIF (Desarrollo Integral de la Familia).

En los foros internacionales México, defiende más de una definición de la discapacidad en términos positivos que negativos. En la reciente reunión de expertos para examinar el proyecto de convención interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación por razones de discapacidad, Washington, D. C., E.U.A.; 1997 organizada por la Organización de Estados Americanos (OEA), nuestro país optó por una declaración que matizara los términos negativos de la no discriminación, con los de la integración social. Debido a que la definición positiva nos conduce a la aplicación progresiva de derechos y la de carácter negativo a consecuencias para la definición legal de delito en la discriminación. La primera recae en políticas oficiales para propiciar la integración, mientras que la segunda es la sociedad y los particulares quien paga los costos,

liberando al estado de la responsabilidad de aplicar recursos, dejándole sólo facultades de vigilancia y aplicación de penas a las instancias gubernamentales y a los particulares que cometan el delito de discriminación a las personas con discapacidad.

No obstante, la atención a las necesidades educativas especiales es en el país una política pública, donde participan expertos, políticos, planificadores educativos, funcionarios -incluidos el Presidente de la República y el Secretario de Educación Pública-, profesionales, comunicadores sociales y algunas Organizaciones No Gubernamentales (ONG'S) especializadas. Pero no ha sido una exigencia social clara y generalizada de los padres de familia.

La Ley General de Educación, menciona que el Registro Nacional de Menores con Algún Signo de Discapacidad en 1995, se distribuyeron 24 millones de cédulas en todas las escuelas del país a padres y maestros de educación básica, donde junto con ellas había un mensaje de la Primera Dama y del Secretario de Educación Pública haciendo referencia a los derechos educativos de los menores con discapacidad.

Seguramente, en el futuro los efectos de este esfuerzo educativo tendrán un impacto social importante. Para algunos investigadores educativos "sin duda una de las medidas más revolucionarias plasmadas en la Ley General de Educación de 1993 " (SEP, 1996).

## ***2.2 Conceptualización de las necesidades educativas especiales.***

Parte de la Revolución Francesa (1600), pensaba que era necesario tomar en cuenta los siguientes puntos: entender más ampliamente este tipo de problemas como por ejemplo la terminología, la época, o acciones desconocidas, ahogados o expuestos a condiciones ambientales que les causaba la muerte, derecho a la vida, denegado, mejores oportunidades para la persona con discapacidad como parte del cambio social.

En el año de (1700-1875), eran llamados “imbéciles o idiotas”. Sin embargo se mencionaba el reconocimiento de que algunos/as niños/as tienen necesidades especiales, creación de Escuelas segregadas e Internados para ellos/as, generalmente la atención la proporcionaban organizaciones religiosas o de caridad, son separados/as de su medio familiar y comunitario, los primeros programas fueron a entrenamiento vocacional y después educativos, primera Escuela para Ciegos en París,

Entre los años (1875 – 1945), “eran llamados anormales y desgraciados”, se mencionaba que deberían ser reconocidos en la sociedad y que esta fuera responsable de ellos/as, también se pensaba en hacer conciencia social para llevar a cabo la creación de más servicios especializados dentro de sistemas especiales segregados; posteriormente se inician muchas más “Escuelas Especiales”.

Después los términos cambiaron de “subnormal, a limitado” en los años (1945 – 1970); en esta época se creó un proyecto de Desarrollo de Recursos Humanos en Servicios de Rehabilitación; así se abre un mayor número de campos de acción y más especializados, se lleva a cabo una legislación Específica para la Discapacidad, otro punto que es tomado en cuenta, es el concepto de “Segregación” de la familia y donde la comunidad todavía imperaba, comienzan los experimentos en estimulación temprana.

Entre los años (1970-1990s), los conceptos utilizados eran y son: “Personas Necesidades Especiales”, y “Niños con Capacidades Diferentes”; los acuerdos a los que se llega son: Individualización, Normalización, Integración, y se confirma la importancia de la estimulación temprana por experimentación empírica y se reduce la edad de ingreso en las Escuelas Especiales, Educación Infantil Temprana. El Desarrollo del Niño y la Educación Especial pasan a ser Educación de Niños con Necesidades Especiales, se inicia la educación parcialmente integrada y después totalmente integrada, Rehabilitación Basada en la Comunidad. La OMS y ONU toman un especial interés en la temática, la

conciencia y los servicios comienzan a ser más globalizados y regulados por la ley, crecen las organizaciones de personas con discapacidad, posiciones sobre derechos como oposición a las posiciones de bienestar y caridad.

Del año (1978 – 1993), se llevan a cabo una serie de acontecimientos: en el primero se elabora una “Declaración de Alma Ata sobre Salud para Todos y Cuidado de la Salud Primaria”, nace el año Internacional de la Discapacidad, en la ONU, se hacen convenios sobre los Derechos y el Niño Década de las Personas con Discapacidad, se realiza un Foro EFA (Estructura para la Acción para encontrar Necesidades Básicas de Aprendizaje), se hace “expansión del cuidado infantil temprano y el desarrollo de actividades que incluyan a la familia e intervención temprana especialmente para el pobre, y el niño con discapacidad.”

Personas Discapacitadas llamadas así en los años de (1970 – 1990s), de igual manera se proclaman diversos sucesos tales como: Nace la Década del Discapacitado (para la Región Asia – Pacífico), se hablan de las Normas sobre Igualdad de Oportunidades para Personas con Discapacidades, se hace una declaración de Salamanca y Estructura para la Acción en Educación de Necesidades Especiales.

De esto depende “El éxito de las escuelas inclusivas, considerablemente, también de la identificación, valoración y estimulación tempranas de los niños con necesidades educativas especiales más pequeños”, el cuidado infantil temprano y los programas educativos para niños hasta de 6 años, deben desarrollarse y/o reorientarse a promover el desarrollo físico, intelectual y social y la preparación para la escolaridad“. Estos programas tienen un mayor valor económico para el individuo, la familia y la sociedad al prevenir el agravamiento de las condiciones que limitan, “Programas a este nivel deben reconocer el principio de inclusión y desarrollarse de una manera adecuada, combinando la educación preescolar con el cuidado infantil temprano”.

Posteriormente las Personas con Discapacidades en los 90s hacia delante se realiza un cambio conceptual de la integración a la inclusión, se hace una creación de ambientes que respondan a las diferentes capacidades de desarrollo, necesidades y potenciales de los niños. Sin embargo, el énfasis ahora está en reestructurar el ambiente (y los sistemas dentro de éste) y hacerlo más accesible al niño, más que llevar al niño a que se ajuste al ambiente existente, las discusiones sobre Discapacidad son consideradas ahora como discusiones sobre Derechos Humanos.

Por otro lado, se necesitan un Específico (tecnócrata): Que se centra en la necesidad de la intervención del experto, del especialista, como la mejor actuación en la respuesta de la diversidad de necesidades del estudiante.

Las desigualdades originadas por las necesidades educativas especiales se tratan de compensar (superar) estableciendo formas de currículum paralelo (Programas de Desarrollo Individual o Adecuaciones Curriculares Individualizadas).

Dentro de la Deficiencia y la Discapacidad, la Organización Mundial de la Salud ha desarrollado un sistema de clasificación que intenta unificar la definición de términos como "deficiencia", "discapacidad" y "minusvalía" y su relación entre uno y otro. Distingue así entre la "deficiencia" orgánica o corporal específica (visual, auditiva, cognitiva, física, etc.); el impacto de la deficiencia sobre la capacidad de la persona para actuar específicamente con relación a otros individuos de su edad, medio físico y cultura ("discapacidad"); y la "desventaja" o "limitación" establecida por la deficiencia o discapacidad sobre la acción para el desarrollo y evolución social - personal del sujeto ("minusvalía").

Una (1) de cada cuatro (4) familias en el mundo cuenta con un integrante que presenta una o más deficiencias, así que podría decirse que el problema es de todos. Lo trágico del asunto es que la mayoría de las deficiencias son prevenibles o reversibles, pero no se hace nada o casi nada debido a que el "conocimiento científico" es inalcanzable al "conocimiento popular" por la formación y actuación

de profesionales disciplinares que se esconden bajo su caparazón y no comparten con la comunidad, o por el uso asistemático de los medios de información masiva. Tal comportamiento y actitud incrementan los costos de la atención, la morbilidad y la mortalidad en la población. Cada año mueren 35 millones de niños en el mundo y otros 35 millones adquieren alguna deficiencia debido a la ignorancia de los factores que afectan su salud y cómo prevenirlos.

Cada vez hay más niños con deficiencias y discapacidades producto de infecciones tales como meningitis o encefalitis, desnutrición severa o crónica, deficiencia de ingesta de yodo y hierro en la alimentación, traumas craneales ocasionados por violencia intrafamiliar o interescolar, los conflictos civiles y bélicos, y problemas en el embarazo y parto como consecuencia de la falta de información a los y las adolescentes, controles médicos o de pericia de practicantes en los hospitales.

A lo anterior puede agregarse el fenómeno de que casi el 70% de la población latinoamericana tiene alto riesgo de presentar alteraciones en el aprendizaje debido a la malnutrición fetal, como producto de la inadecuada alimentación de las madres, que causa una reducción permanente en el número de células en el sistema nervioso central, limitando la función cerebral para aprender. Además deben tenerse en cuenta las precarias condiciones alimenticias de los estudiantes que asisten a la escuela pública o aun en los colegios privados por la falta de una dieta balanceada (Alvarez, 1993).

### ***2.3 Integración Educativa e Integración Escolar.***

En el presente texto se hará un ligero recuento de esta transformación y se esbozarán algunas realidades sobre la integración. El primer paso para que cualquier persona conviva con una comunidad es la aceptación recíproca, lo cual significa reconocer el derecho de cada uno a su dignidad y respeto. Es percibir al individuo tal como es, incluyendo sus habilidades y limitaciones, actitudes, sentimientos y comportamientos.

En México, antes de la reorientación, hablar de integración, a secas, de integración educativa, o escolar era lo mismo. Ahora, la integración educativa tiene una connotación que, se refiere a los alumnos con necesidades educativas especiales que acceden al currículo básico y, se reserva el término integración escolar para quienes, de entre estos mismos, lo hacen en la escuela regular.

La integración escolar es, también, una integración educativa. Pero, la integración educativa no, necesariamente, es escolar. Esta modificación en los términos cambió de sentido desde que en los servicios escolares de educación especial llevan el currículo básico y abandonaron el paralelo.

Un menor con necesidades educativas especiales con discapacidad o sin ella, puede cursar su educación básica en la escuela regular o en educación especial. En ambos espacios educativos, se ofrece la integración educativa, específicamente, en la escuela regular lo haría a través de la integración escolar. En otras palabras, toda integración escolar es integración educativa, pero no toda integración educativa es escolar.

La integración educativa está ligada a lo jurídico -y es, por justicia, obligatorio para el Estado ofrecerla y para lo padres, que sus hijos asistan-, la integración escolar se relaciona a lo ético opcional. Para que una opción sea válida se requiere que la alternativa sea, si bien no igual sí, y sólo sí, equivalente en sus opciones.

La integración educativa se vincula con la atención a la diversidad; todas las poblaciones urbanas, rurales, indígenas, con necesidades educativas especiales, con discapacidad, y demás, que acceden al currículo básico a través de distintas modalidades de la Escuela Básica como son las escuelas urbanas, rurales, multiculturales para indígenas, de educación especial Centros de Atención Múltiple, (CAM) están en condiciones de integrar educativamente. La integración escolar se refiere, específicamente, a la integración de alumnos con necesidades educativas especiales, con o sin discapacidad, para que cursen su educación básica en ella, con el apoyo de educación especial (Schalock, 1994).

La integración educativa, por Ley, debe ser un hecho que no tiene opción válida para nadie. La integración escolar puede ser gradual y voluntaria. Para un menor con discapacidad circular libremente entre una escuela y otra, debiera depender de sus circunstancias de éxito para acceder al currículo. El límite de la integración escolar es que en su ámbito, la diferencia se convierta en desigualdad de oportunidades. Estas circunstancias no están dadas, se construyen colectivamente, cuando el alumno fracasa no fracasa él solo, fracasan todos con él.

En diferentes ocasiones nos hemos opuesto a que la integración educativa se pilotee, experimentalmente. Porque la integración educativa es un derecho obligatorio y la escolar es una en el sistema de John Rawls, considera que los fundamentos que sustentan la justicia están constituidos por una lógica racional, por lo mismo, el cuerpo de justicia a la que se tiene derecho para acceder a ella. Y, los derechos no se pilotean, porque independientemente de sus resultados, los derechos no prescriben por el hecho mismo de verificarlos experimentalmente.

Las teorías de justicia contemporáneas, basadas casi todas en su consistencia en la coherencia interna del sistema. La realidad empírica de la justicia es sólo una referencia, pero no el soporte del sistema. La coherencia interna del sistema, expresada en el derecho positivo, no debe ser la única fuente de la consistencia del sistema, el celo de su cumplimiento, también.

La prueba de fuego de un cuerpo de justicia es saber resolver los conflictos que genera su puesta en práctica. Esto depende del grado de restricciones que limita o que amplía, en las libertades básicas que propicia; también, del grado de oportunidades que generan éstas para acceder al bien común y el carácter de las restricciones para alcanzar diferencialmente los beneficios del bien. La integración educativa forma parte sustancial del bien común del currículo básico de los futuros ciudadanos; la escolar, parte sustancial de las libertades básicas para acceder él, en las mejores condiciones posibles.

En los estudios sobre las limitaciones de la racionalidad como principio de la decisión Elster (citado en Greenspan, 1995) advierte que la aceptación social de las reformas están determinadas en parte, por nuestras creencias anteriores. Para modificarlas, se debe sustentar en pruebas disponibles para la gente. La cantidad óptima de pruebas debe estar soportada en algunos cánones de racionalidad evidente y en los deseos de la gente.

Por otra parte, Elster (citado en Greenspan, 1995) menciona que experimentar con las reformas carece de sentido, ya cuando se percibe que una reforma está verdaderamente lista, que es irreversible, se considera que es difícil oponerse a ella. Incluso, quienes se oponen la están reconociendo, y con ello la apoyan. Lo que resulta más efectivo para detener una reforma es declararse a favor de ella y argumentar dificultades en su operación. Un piloteo, puede pretender evidenciar dificultades en la operación que signifiquen un retardo que conduzca a la cancelación de una reforma necesaria. El sólo riesgo, nos ha hecho que en la Dirección de Educación Especial no seamos proclives a las pruebas.

Atendiendo a estas consideraciones la SEP en 1996, valoró la conveniencia de realizar una convocatoria abierta los maestros de educación inicial, preescolar, primaria, secundaria y formación para el trabajo Centros de Capacitación para el Trabajo Industrial, (CECATIS) que tuvieran alumnos con discapacidad integrados a sus aulas. En una semana, se habían registrado más de 70 ponencias que se presentaron en distintas mesas de trabajo durante los días del evento. Se invitaron en forma estratégica profesionales en servicio de educación especial (maestros especialistas, directores, supervisores, equipos de apoyo técnico) para que quedaran distribuidos en las mesas de exposición y discusión. Los protagonistas eran los maestros regulares, no los especialistas, porque la mayoría de los casos presentados no habían sido integrados por educación especial, se trataba de situaciones de integración espontánea. El resultado fue contundente porque quedó demostrado, primero, que la integración escolar la hace la escuela regular, en el mejor de los casos educación especial apoya dicha integración; segundo, que de los resultados de la deliberación de educación especial en torno a la integración

no o integración sí, no dependía directamente el hecho de la integración escolar, se estaba dando al margen de educación especial; lo que restaba, era sumarse a ella.

La realización del Seminario sobre Integración Educativa. Avances y Prospectiva de junio de 1995, fue decisivo para generar en los servicios de educación especial del Distrito Federal una fuerte corriente de opinión a favor de la integración escolar. Ya que los asistentes, se convirtieron en agentes activos del cambio y sus principales difusores. Para ampliar el efecto a otras entidades e instancias de educación, fue publicado. (SEP, 1996).

Las estrategias demostrativas nos parecen efectivas, suficientes y no sofisticadas para impulsar favorablemente la reorientación de servicios de educación especial.

Otro servicio de apoyo para la Integración Educativa USAER (UNIDADES DE SERVICIO Y APOYO A LA EDUCACIÓN REGULAR) entre las consideraciones de este apartado y el siguiente, nos referiremos a la operación de servicios en el Distrito Federal, por ser la entidad que mejor conocemos y que por, razones obvias, podremos responsabilizarnos plenamente de las afirmaciones. Además, por ser la entidad que más avances contempla en la reorientación de la operación de servicios, nos permite una visión más clara de la reorientación de educación especial en nuestro país.

En el Distrito Federal, el (INEGI), llevo a cabo una encuesta sobre los servicios prestados en esta población, donde se reportaron los siguientes resultados: se tiene el 25.82% de la infraestructura nacional de los centros y unidades de la educación especial; y, con ello, atiende el 15.26% de la población nacional en educación especial, el 15.61% en servicios de apoyo y el 10.21% en servicios escolarizados del país.

## **2.4 Servicios de Apoyo para la Integración Educativa CAM y USAER**

### *CAM*

El nombre que se le daba anteriormente para referirse a la población con discapacidad ya no es llamada así, actualmente son llamadas personas con necesidades especiales educativas. Hay alumnos con discapacidad que presentan necesidades especiales, pero no necesidades especiales educativas, por lo tanto no requiere de los servicios de educación especial, se trata de un alumno, como cualquier otro, de la escuela regular. Anteriormente, por el sólo hecho de presentar alguna discapacidad era excluido de la escuela regular y remitido a una de educación especial.

El objetivo es que todos los alumnos cursen su educación básica. Los que presenten necesidades educativas especiales, con o sin discapacidad, podrán hacerlo en la escuela regular con el apoyo de educación especial en la propia escuela donde esté inscrito. Dicho apoyo será prestado al alumno en un aula regular, o en un aula de apoyo en el horario escolar; se brindará asesoría a su maestro regular; y, se dará orientación a los padres. Los profesionales que trabajan en la educación especial procurarán participar en el consejo técnico de la escuela para influir en el proyecto escolar en torno a la integración escolar del centro educativo. También, de acuerdo con el maestro regular planearán actividades académicas con todo el grupo al que pertenece el alumno con necesidades educativas especiales.

Aquéllos alumnos que por algún motivo no logren integrarse a la escuela regular, la que se pone a prueba frente al currículo, podrán cursar su educación básica en un centro educativo de educación especial, que para tal efecto ya todos aplican el currículo básico, con sus adecuaciones pertinentes.

Como podrá advertirse se ha redefinido la población objetivo de la educación especial. Esto, no sólo en torno a los alumnos que atiende, sino a una mayor

amplitud de la población que deberá ser atendida por Ley; nos referimos que también se asesora a maestros y se orienta a los padres. Ahora, alumnos, maestros y padres son la población que requiere de los servicios de educación especial. Así no sólo son los menores los que requieren de educación especial, sino los adultos que rodean al alumno, también.

Alumnos con algún signo de discapacidad y con necesidades educativas especiales que se remitido a un CAM y, posteriormente, es integrado a la escuela regular.

Menores con algún signo de discapacidad y con necesidades educativas especiales que ingresa y permanece en un CAM, donde cursa su educación básica.

Alumnos con algún signo de discapacidad, con necesidades especiales y sin necesidades educativas especiales que ingresa a un CAM y se integra a la escuela regular.

Alumnos con algún signo de discapacidad y con necesidades educativas especiales que ingresa a un CAM y es integrado a la escuela regular.

Alumnos sin discapacidad y con necesidades educativas especiales.

Alumnos sin discapacidad y sin necesidades educativas especiales.

Todas las escuelas por área específica de discapacidad de educación especial en el Distrito Federal se reorientaron a CAM; esto quiere decir que todos los alumnos están ubicados en su nivel y grado correspondiente al currículo básico y que en todos los CAM reciben alumnos con cualquiera de las discapacidades. La mayor parte de ellos ofrecen educación básica de todos los niveles educativos. Así la población que por algún motivo no se integra a la escuela regular, lo puede hacer en el CAM más cercano a su domicilio y a sus intereses educativos personales.

Cuando se implantó el currículo básico, en el ciclo escolar 1995-1996, se evaluaron pedagógicamente a los alumnos y se colocaron en el grado de acuerdo al dominio de sus habilidades y conocimientos, respetando más o menos dos años en función del grado cohorte de edad. Esto, con el propósito de no continuar con la aberración que se practicaba anteriormente, alumnos con 12 años en preescolar porque no lograban dominar los contenidos de las guías didácticas y las conductas predeterminadas. Además, al reunir a los alumnos de acuerdo a los intereses aproximados a su edad desplegaron un entusiasmo para con las actividades de la escuela que mejoró sensiblemente los resultados en su desempeño escolar, en general, y en la actividad académica en lo particular. Los maestros se mostraron temerosos al principio porque les parecía una medida muy audaz. Conforme fueron constatando la respuesta de los alumnos, mostraron con mayor confianza y seguridad. La respuesta de los padres fue extraordinaria, el ánimo y expectativa para con sus hijos se despertó manifestando un inusitado apoyo.

Esto que parece muy radical, permite la integración educativa, adecuando los servicios a la población y no a la inversa. Ya que las discapacidades de los alumnos no se dan por área geográfica definida. Y, no podemos dejar de hacer, lo que le solicitamos haga la escuela regular: integrar alumnos en calidad de alumnos y no con base a su discapacidad.

Los CAM actualmente tienen alumnos de diversas discapacidades, predominando la que originalmente atendía.

En el Distrito Federal se tienen 112 CAM con una población de 11,156 alumnos con las siguientes discapacidades: visual 512; intelectual 5,797; auditiva 1,208; motora 973; sin discapacidad evidente 2,461 y otras discapacidades 205.

Además, orienta a 4,696 padres de familia.

Un aspecto que merece mención aparte son los servicios del CAM para la formación para el trabajo. Tradicionalmente, estaban destinados a los jóvenes con

discapacidad intelectual. Se están reorientando, para cualquiera de las discapacidades.

Pero, los alumnos de CAM o de USAER que no accedan a la secundaria regular podrán continuar su formación en los CECATIS a modo de integración escolar, con el apoyo de educación especial. Los CECATIS, desde hace tiempo ya recibían alumnos con discapacidad -y, lo más seguro, sin necesidades educativas especiales-. Su currículo es abierto y flexible y son amplias las posibilidades de éxito de estos jóvenes

Se pilotea por la Oficina de Asesoría del Secretario, los CECATIS y la OIT, formas de capacitación para el trabajo. No conocemos al detalle los resultados, pero se menciona que son alentadores, así lo esperamos.

Por lo que toca los CAM, se está rediseñando el currículo para la formación para el trabajo en una estrategia modular de habilidades y competencias laborales. Para desalentar, en su reorientación, la formación por talleres. Ya que la forma modular permite más oportunidades en un mayor número de empleos. Los talleres cierran mucho la opción y muchos de ellos están quedando obsoletos en el mundo del trabajo, reduciendo significativamente, las oportunidades de integración laboral y social.

El cambio curricular de la formación para el trabajo de los CAM, se pretende hacer con la coordinación del Consejo Nacional de Certificación de Habilidades y Competencias, no en forma asilada como educación especial, porque caeríamos en los errores del pasado. Dicho Consejo, está integrado por la Secretaría del Trabajo, Educación, Comercio, Organizaciones empresariales y Sindicatos de trabajadores.

Por su parte la Unidad de Servicio de Apoyo a la Educación Regular (USAER), es el servicio de apoyo que Educación Especial ha impulsado para ofrecer los apoyos requeridos en la atención de los alumnos con necesidades educativas especiales

con o sin discapacidad, en el ámbito de su propia escuela de educación básica, contribuyendo en la transformación de las prácticas profesionales para la ampliación de la cobertura en respuesta a la diversidad de la población escolar.

Los propósitos fundamentales de la (USAER) son:

Brindar apoyo a la escuela regular para atender a los alumnos que presentan necesidades educativas especiales con o sin discapacidad en el ámbito de su propia escuela.

Apoyar a los docentes para la construcción de estrategias, acciones y materiales didácticos que favorezcan el aprendizaje de los contenidos consignados curricularmente, elevando de esta manera la calidad de la educación.

Brindar orientación a los padres de familia así como a la comunidad educativa acerca de los apoyos necesarios para que los alumnos accedan al currículo de la educación básica.

A partir de la concepción de una gestión colegiada, se pretende que el personal que integra la (USAER) participe como un equipo de profesionales que estando al servicio de la educación básica, impulse acciones que propicien la integración escolar de los alumnos (McGrew, 1994).

Los equipos docentes y paradocentes (psicólogo, trabajador social y maestro de lenguaje) de la (USAER) conforman un grupo multiprofesional que con estrategias propias de su disciplina de formación, construyen estrategias y tácticas de identificación, intervención y evaluación de los alumnos que presentan necesidades educativas especiales, de acuerdo con los docentes de los grupos de educación básica.

La Unidad, se ubica en una escuela de educación primaria como sede para su operación. Su ámbito de acción cubre un promedio de cinco escuelas de

educación básica, en las que participan uno o dos maestros de apoyo de acuerdo con las necesidades de la población escolar.

A partir de la reorientación los equipos de apoyo técnico se les denomina "paradocentes", ya que su apoyo gira en torno al currículo y el aprendizaje de sus contenidos. Antes, prácticamente, todo el personal profesional de educación especial funcionaba como "paramédico", dada su labor clínico de rehabilitación.

Cuando fueron creadas las (USAER) coexistían las otras formas organizativas de apoyo a la escuela regular, los Grupos Integrados (UGI), los (CPP) y las Unidades de Atención a Niños con Capacidades y Aptitudes Sobresalientes (CAS). Todas estas formas organizativas de apoyo fueron reorientadas a (USAER). Desde el punto de vista de su funcionamiento operativo, las Unidades (CAS) son el antecedente más cercano a las (USAER). Sin que por ello hayan sido los (CAS) su fundamento en el planteamiento original de las (USAER). Pero, no está de más asociar la práctica de los (CAS) a las (USAER).

Al principio, las (USAER) funcionaban en la práctica como un (CPP) dentro de la escuela, con resabios clínicos y con un enfoque de problemas de aprendizaje. Había pocos alumnos con discapacidad en las escuelas regulares que atendieran las (USAER), lo que reforzaba su enfoque a los problemas de aprendizaje, en lugar de las necesidades educativas especiales, sin discapacidad, para el caso. Conforme ha habido mayor presencia de alumnos con discapacidad integrados a la escuela regular, aunado a una mayor conciencia reflexiva sobre la atención a las necesidades educativas especiales, se ha ido rectificando el funcionamiento práctico de las (USAER).

Actualmente, existen 245 unidades (USAER) en el Distrito federal, en 1020 escuelas primarias de las 2,600 existentes lo cual significa la presencia de educación especial en una de cada dos escuelas primarias, 10 en educación inicial, 11 en preescolar y 9 en secundaria. El esfuerzo se ha centrado en educación primaria, quizás, por ser el paradigma de la educación básica y donde

mejor se expresa el manejo y dominio práctico de la integración escolar. Los avances en la eliminación de obstáculos en este nivel abrevian la solución de dificultades de intervención en los otros (Greenspan, 1995).

La presencia en las 1050 escuelas regulares es móvil, cada ciclo escolar de acuerdo a las necesidades y prioridades pueden desplazarse los recursos humanos a otras escuelas que lo requieran más. Hasta ahora, las necesidades han sido detectadas por los profesionales de educación especial que ofrecen el servicio educativo o es demandado directamente por la escuela primaria. También, se han identificado alumnos con discapacidad y verificado la pertinencia del servicio de (USAER) -no todos requieren de educación especial- a través del Registro Nacional de Menores con Algún Signo de Discapacidad DIF, SEP, INEGI, 1995.

Para antes del próximo ciclo escolar 1998-1999, por primera vez y para lo sucesivo se podrá contar con un registro estadístico interno de las escuelas regulares (preescolar, primaria y secundaria) detallando cuáles tienen, qué alumnos y con cuál discapacidad. Esto facilitará significativamente, dónde habrá de colocarse el recurso de USAER en las escuelas regulares. Además se podrá contabilizar la demanda de recursos, ya no por estimación, sino como un dato duro.

Actualmente estas escuelas atienden 34,537 alumnos con necesidades educativas especiales, sin discapacidad y a 829 alumnos con necesidades educativas especiales, con discapacidad o con capacidades y aptitudes sobresalientes.

Asesora a 12,293 maestros regulares, orienta a 33,510 padres de familia y beneficia a 260,097 alumnos con los que conviven solidariamente los alumnos con necesidades educativas especiales.

Por otra parte, cabe mencionar como la inclusión educativa afecta en el aspecto de que las escuelas sólo reciben a personas dentro de las escuelas educación

especial según fuera el perfil que la institución lo requiere; y se hablará más ampliamente en el siguiente punto.

## **2.5 Inclusión Educativa**

Esto se refiere a que la estructura organizativa existente, por áreas de discapacidad como si cada una fuera de una especie distinta, donde cada una contaba con sus propios roles de formaciones y prácticas profesionales diferentes. Casi eran varias educaciones especiales, en la que cada una tenía definidos sus perfiles de ingreso y exclusión de su población; al seleccionar a sus alumnos, excluía a los incluidos, haciendo de esto una práctica de la exclusión al infinito: esto quiere decir que no podían mezclarse los invidentes con sordos, las personas con problemas neuromotores o con los de (lesión orgánica), no podían estar con las personas con Necesidades Especiales Educativas; abajo del 70 de Cociente Intelectual, personas de Síndrome de Down con las que tenían Parálisis cerebral (Músculo Esqueléticos); sin embargo quienes no controlaban esfínteres, no cabían en ninguna parte. Esto quiere decir que en cada escuela delimitaban la población que admitían sólo si tenían las características que en un principio mencionaban. Después del perfil exhaustivo de ingreso no correspondía otro, ni siquiera general, de egreso; el destino final era errático, o no había final, no egresaban nunca y cuando cumplían cierta edad -algunos 30 o hasta 40 años-, hacían su vida aparte sin ayuda alguna. Paradójicamente, los manuales de organización y de funcionamiento lo preveían todo, el diagnóstico, la canalización, las evaluaciones, las "promociones"; así como, las funciones de cada uno de los profesionales y su interdisciplinariedad, los diagnósticos por área profesional, sus baterías, las anamnesis, (la entrevista), la integración diagnóstica, los reportes, los expedientes, los cárdex, los calendarios de reuniones interdisciplinarias, las sesiones de terapia, las guías didácticas, los inventarios de conductas a instaurar en los alumnos. En fin, eran manuales que sustentaban una organización y funcionamiento complejísimo que conducían a comportamientos muy simples de los profesionales si seguían todos y cada uno de los pasos previstos.

No se trataba de aplicar una deliberada estrategia de "shock", pero había prácticas que ética y legalmente no eran admisibles y que no había concesión posible. En México se había concebido proyecto general de educación especial en México (SEP, DEE, 1994), La ley general de educación en 1993 (que inspiró sus contenidos del Proyecto General, se tenía la claridad de la Declaración de Salamanca (UNESCO, 1994) y, luego, se tenía a favor la elaboración de una estrategia pragmática de continuidad que hacía ver que no se trataba de una moda, y que no pasaría con el fin del anterior sexenio, que definía tiempos razonables de reorientación, hasta el final del nuevo sexenio (programa de desarrollo educativo 1995-2000).

Por ejemplo, ya no se podía permitir la exclusión de ningún menor, con el grado y discapacidad que fuere; tampoco, dar trato educativo de discapacitado, sino de alumno con su nivel y grado correspondiente, considerando las necesidades educativas especiales en primer término y la discapacidad en forma indirecta, en segundo término. Por lo tanto, no habría diagnóstico posible que justificara la exclusión, por encima de la Ley .

Hasta la Ley vigente en 1993, nunca antes educación especial había tenido mención. Aparecía en el Reglamento Interior de la SEP, su existencia era como estructura administrativa. Al tener vigencia jurídica, sus servicios se convierten en obligatorios de derecho para quien los necesite, dejando de ser optativos y discrecionales por cualquier instrumento administrativo o técnico. Al considerarse la educación especial como una modalidad de la educación básica, cualquier exclusión la hace violatoria del Artículo 3° constitucional; y, obliga al Estado a impartir educación básica, como a los padres a que asistan sus hijos a la escuela básica.

Tocar uno de los aspectos centrales en los que se fincaba la organización anterior de educación especial, desencadenaba tocarlos todos, como una reacción en cadena. Podemos asegurar que el cambio no fue autoritario, ni anárquico, pero es necesario reconocer, que sí fue radical -de raíz-.

Es necesario insistir que no fue autoritario, porque la condición nueva exigiría procesos eminentemente participativos. Y, con la eliminación de los manuales de excesiva prescripción, tampoco se podía ser indiferente a los brotes aislados de anarquía, porque su individualismo dañaba seriamente los procesos indispensables de cooperación colegiada de profesionales. La resistencia activa de algunos profesionales y algunos padres de familia que aunque pocos, muy estridente, condujo a protestas, manifestaciones en las calles, desplegados en la prensa y demandas sindicales. La consigna era, educación especial va a desaparecer, van a integrar a todos los alumnos con discapacidad en las escuelas regulares de la noche a la mañana, para que los maestros no especialistas los atiendan. Las restricciones de presupuesto en educación eran caldo de cultivo, no obstante no se generalizó el conflicto.

El principio elemental sobre el que se partió en la reorientación de servicios de educación especial fue la demanda de la población, no la oferta existente. Justo es reconocer que los padres de familia no demandaron el cambio, no iban a buscar un servicio educativo en un lugar que seguro estaban no se les había permitido acceder, tradicionalmente: educación básica para sus hijos. Se les hizo saber a lo que tenían derecho en cada centro educativo y sin interrumpir, ni cancelar ningún servicio, sino dándoles la opción a cambio se fueron reorientando cada uno de ellos. La demanda se entendía, implícitamente, como un derecho, no como una solicitud expresa que no llegaría.

A las listas de espera se les dio curso expedido, sin mediar diagnóstico de selección; a los servicios de intervención temprana con las tradicionales sesiones terapéuticas de una hora por dos o tres veces a la semana, se les informó que se pasaría a la jornada completa de cuatro horas y media diaria, durante 200 días con el programa de educación inicial, con adecuaciones específicas y orientación a padres; lo mismo con las edades de preescolar, se llevaría el mismo programa de preescolar regular definiéndoles que su hijo formalmente estaba en tal nivel y llevaba los mismos contenidos, dentro de sus limitaciones y que al final recibirían la misma boleta que validaba que habían cursado dicho nivel; en los centros

educativos de educación especial de primaria especial, se reorientó a los programas de primaria regular, se les ubicó en los grados equivalentes -más menos dos, de acuerdo a su edad y no a la "promoción cognoscitiva", había aberraciones de niños de 10 y 12 años que se mantenían en preescolar porque no accedían a los contenidos superiores-, se les dieron sus libros de texto correspondientes y se les encargaron tareas escolares para su casa, orientando del proyecto a los padres para que los apoyaran y cambiaran sus expectativas para con sus hijos, dentro de las limitaciones evidentes; en los servicios de apoyo con problemas de aprendizaje en la primaria, que asistían a sesiones terapéuticas en turno alterno, se les indicó que recibirían el servicio en la propia escuela con la ventaja que se podría tener contacto cotidiano con su maestro de grupo; etcétera. Así, la gran mayoría de los padres respondieron positivamente al cambio, y se eliminó el fantasma de que educación especial desaparecería.

No se hizo campaña masiva de sensibilización, porque se suponía que se podía revertir en contrario. Sólo se respondía puntualmente en la prensa y los medios de comunicación ante los malentendidos que se detectaba se habían generado en la opinión pública.

Los servicios más resistentes de reorientar fueron los Centros Psicopedagógicos (CPP), creemos que porque representaban más genuinamente el modelo clínico y resultaba un conflicto más frontal con el modelo educativo.

Uno de los elementos legales más firmes que se manejaron con los (CCP) fue que atendían la población en turno alterno y no había oportunidad de interactuar con el maestro de grupo del niño y, de acuerdo a la Ley de educación de 1993 era una obligación. Y, otro argumento de carácter ético fue que al atender individualmente y fuera del contexto escolar del alumno, se estaba culpabilizando al menor en forma exclusiva de su fracaso, cuestión difícilmente sostenible en tiempos actuales.

Fueron revisados los expedientes de los "pacientes" de los (CPP) que se reorientaban, para justificar el "tratamiento terapéutico", se encontró que algunos niños habían pasado todos los grados en atención, sin una estrategia clara de su - "alta" o, "baja"-; otros, continuaban reprobando de grado sin resultados tangibles de la atención recibida; etcétera. En general, los profesionales no dominaban el currículo básico y el servicio que prestaban a la población estaba alejado de sus necesidades de aprendizaje. El servicio en los (CCP) se había pervertido y ya no tenía rumbo claro, en el fondo la resistencia estaba originada por el privilegio y prestigio que ofrecía el trabajo de gabinete, con cubículo propio, sin tener que desplazarse a las escuelas, ajustándose a los horarios escolares. Los niños y sus familias tenían que adecuarse a sus condiciones.

Se realizó, casuísticamente, un plan con plazo razonable para dar por concluidos los "tratamientos". A los de la lista de espera se les ofreció el servicio inmediato en su propia escuela, para ya no admitir población nueva y se reubicaron los profesionales en servicios de apoyo en las escuelas a las que prestaban servicio a sus alumnos. Otros, de acuerdo a las condiciones de la infraestructura del edificio, optaron por prestar servicios escolarizados a población con discapacidad que no estaban integrados a las escuelas regulares, agregando el personal que hacía falta para complementar los servicios con este carácter.

Hubo acciones consideradas radicales, como cambiar la organización por áreas de atención de discapacidad a niveles y grados educativos, sustituyendo el currículo paralelo por el de la educación básica en las escuelas de educación especial; y, los servicios de apoyo en la escuela regular cambiarían su estrategia de segregación, como los grupos integrados que separaban a los alumnos de su grupo y escuela por todo un ciclo escolar, para atender a los alumnos en su propia aula y sólo eventualmente en aulas de apoyo dentro del horario escolar (Borthwick, 1993).

La llamada "Educación Especial" ha pasado a través de los años por diversas etapas de conceptualización, desarrollo y transformación. Se inicia con una óptica

de segregación de la persona “limitada” o “deficiente” en centros especializados, con una perspectiva de atención clínico – asistente proveniente del campo de la Medicina.

Los altos costos y los pobres resultados de este enfoque han demostrado a lo largo de los años que ese no es el camino. La atención centrada aquí en un “paciente” enfermo que debe ser rehabilitado por un técnico, deja a la familia y a la sociedad en general, lejos del proceso de integración o inclusión de la persona que presenta una discapacidad.

Como contrapropuesta, surgen en el mundo las voces que se alzan a favor de la “Integración”, las cuales generan grandes controversias y experimentos en búsqueda de una educación más equitativa para quienes no tienen acceso a la educación, debido a sus características o Necesidades Educativas Especiales (NEE). Esto obedece no solo a motivos humanitarios, sino a realidades sociales y económicas específicas.

Las políticas de "Integración" o "Inclusión" de las personas con discapacidad en América Latina, enmarcan en el fondo el reconocimiento del fracaso de la lucha contra la actitud segregacionista del espíritu humano. Son fruto más de medidas monetaristas que de una perspectiva del respeto a los Derechos Humanos y consisten en la inserción o colocación de las personas con necesidades educativas especiales en clases regulares, sin una adecuada capacitación de los educadores o apoyo de profesionales y equipos especializados. Muchos gobiernos que reconocen la imposibilidad de dar cubrimiento educativo a las personas “sin discapacidad” aprovechan esta coyuntura y toman la bandera de la “Integración” como forma de redistribuir al personal docente, sacándolo de las “Escuelas o Aulas Especiales” y enviándolo al sector “Regular”. Las personas con NEE caen en escuelas regulares, sin personal capacitado para su educación.

No obstante, esto produce reflexión y pronunciamientos de diversos organismos internacionales y multilaterales que abogan por una educación con calidad a las

personas con NEE en las mismas escuelas que los demás. De allí surge la idea de la “Educación en la Diversidad” y la “Educación Inclusiva”.

Dentro de la Educación y el Educando, muchos niños y jóvenes son vinculados a la educación regular sin un diagnóstico real e integral que aborde sistemáticamente sus verdaderos problemas y posibilidades en los planos físico, cognitivo, cognoscitivo, comunicativo, ocupacional, y social. Además, la mayoría de los centros educativos en Latinoamérica no cuenta con las facilidades mínimas para que un niño con discapacidad se desplace autónomamente en su interior: rampas, corredores amplios, espacio en los salones, barras de apoyo en la paredes y baños, etc., ni cuenta con Proyectos Educativos Institucionales que reflejen la equidad y no un concepto iluso de igualdad que no da oportunidad a la valoración de la diferencia.

Según la Ley General de la Educación en 1993, la educación es un proceso de formación permanente, personal, cultural y social que se fundamenta en una concepción integral de la persona humana, de su dignidad, de sus derechos y sus deberes.

Ha de notarse que la educación no es responsabilidad primaria, ni exclusiva, de los maestros, profesores, docentes o educadores. Parte, de unas políticas coherentes, desde la perspectiva del tipo de ser humano que se quiere formar, las cuales se implementan en un contexto determinado.

En la actualidad, el educando debe verse como la suma de una complejidad de factores pasados, presentes, futuros, sociales, psicológicos, genéticos, fisiológicos, y neurológicos, que deben considerarse con el concurso del individuo sobre quien recae la educación, su familia y la comunidad a la que pertenece, desde una perspectiva global, integrada y transdisciplinaria.

Tradicionalmente la familia espera que la institución educadora asuma un papel como principal responsable de la estimulación para el desarrollo del niño, exhibiendo un papel de pasividad. Esto enmarca una visión de asistencia tradicional.

La Educación especial incorporó una innovación irreversible, ahora, para toda la educación básica. El enfoque psicogenético de los procesos de adquisición de la lengua escrita. Este nuevo proceso de comprensión del texto y de la elaboración constructiva de la escritura, alejó la obsesiva preocupación por los métodos de lecto-escritura y sus procesos mecánicos, que lo único que conducían era hacer fracasar a los alumnos que al ingresar a la escuela estaban en proceso de adquisición. Se salvaban los niños que ya sabían lo suficiente en su ingreso, que las mecanizaciones no los perturbaban como para fracasar.

Los errores clásicos de los niños como omisiones, rotaciones, inversiones de letras, por los que eran calificados como malos alumnos y, hasta, con alguna patología digna de la atención de educación especial, por sus evidentes dislexias y por lo tanto acreedores a ser separados de la escuela regular, fueron reinterpretados como errores constructivos e, incluso, hasta necesarios para su desarrollo del conocimiento y dominio del lenguaje escrito.

Esto, fue considerado un proceso revolucionario en el campo de los aprendizajes básicos en el niño para la escuela regular. Para educación especial, también, fue una condición revolucionaria la "despatologización" de los problemas clásicos de aprendizaje.

Entre otras obligaciones, la familia asume un papel primordial e indelegable, como lo resume en el año de 1994 donde se menciona que: a la familia como núcleo fundamental de la sociedad y **PRIMER RESPONSABLE** de la educación de los hijos, hasta la mayoría de edad o hasta cuando ocurra cualquier otra clase o forma de emancipación, le corresponde:

- a) Informarse sobre el rendimiento académico y el comportamiento de sus hijos, y sobre la marcha de la institución educativa, y en ambos casos, participar en acciones de mejoramiento.
- b) Buscar y recibir orientación sobre la educación de los hijos.
- c) Educar a sus hijos y proporcionarles en el hogar el ambiente adecuado para su desarrollo integral.

Es así que en la Educación Especial y la Educación Regular, el grupo dominante de una sociedad define los rasgos que configuran la comprensión del éxito y del fracaso académico, lo que produce diferencias entre los que aprenden o no. La política educativa desarrollada durante mucho tiempo, ha propiciado que unos estudiantes sean integrados y otros no, determinando que muchas personas con deficiencias no hayan podido ser incluidas en el sistema educativo ordinario, y se haya creado un sistema paralelo de educación especial. Así se configura un modelo de diagnóstico y tratamiento médico - terapéutico de los estudiantes con deficiencias. Éstas debían ser remediadas a través de programas de rehabilitación individual, de tal manera que la forma de atención a las necesidades educativas especiales de algunos estudiantes, determinó la aparición de prácticas educativas “regulares” y “especiales”, reflejo de posicionamientos culturales y sociales más amplios.

Este paradigma considera la discapacidad como desviación y centra su atención en las características negativas más que en las potencialidades de la persona, definiéndose como:

Privativo y determinista (negativo). Enfatiza lo que el estudiante no sabe hacer.

Cuando se hace la reforma de 1992, sobre los Planes y Programas de Estudio y la modificación de contenidos de la educación básica. Se tomaran en cuenta los avances e innovaciones que educación especial había realizado para los contenidos de español y matemáticas.

Este impacto en la práctica educativa para la escuela regular, que no le es ajena a educación especial, constituye un activo básico para su intervención en la integración escolar, que creemos se ha aprovechado suficiente y sistemáticamente para la flexibilización curricular que es tan estratégico y urgente ahora.

Además, actualmente se ha implantado un Programa Nacional para el Aprendizaje del Español (pronales) que mantiene vigente la modificación de las prácticas educativas, hacia procesos más reflexivos y flexibles en la escuela primaria.

Si tomamos en cuenta estos antecedentes institucionales entre educación especial y educación primaria, se puede augurar una participación positiva de las USAER, sobre todos los contenidos y sobre estrategias de aprendizaje.

Si además, consideramos que su intervención pudiera tener un enfoque con más acentuación en las estrategias de las capacidades y aptitudes sobresalientes, podría influir sobre una visión no con "discapacidad" de los alumnos con discapacidad y sobre las necesidades educativas especiales, no con "patologías".

Es así que en las Políticas públicas de atención a la discapacidad y las campañas electorales presidenciales de 1994, los tres partidos más fuertes de la contienda comicial; incluían en su plataforma proselitista planes a desarrollar para la población con discapacidad.

En las cámaras legislativas nacionales de diputados y senadores existen comisiones específicas para la elaboración de leyes para la protección de esta población. Esto se ha reflejado en los congresos estatales de la república.

Hay un Programa presidencial Programa Nacional para la Incorporación al Desarrollo de las Personas con Discapacidad, que coordina el DIF es intersectorial para el sector público e incluye a (ONG'S) y al sector privado (Schalock, 1994).

Se ha instaurado un teletón para la recaudación de fondos para obra social sobre el particular.

Hay programas de salud, asistencia y educación que se inscriben con las acciones sobre integración educativa y escolar de la educación especial reorientada, de trabajo, recreación y deporte, cultura, transporte público, turismo, procuración de justicia, etcétera.

Se escuchan las demandas organizadas de las diversas asociaciones civiles de personas con discapacidad, y son tomadas en cuenta para ser incluidas en dichos programas.

No obstante todavía se está en la fase del gran inventario de acciones paralelas. Falta pasar a la coordinación de acciones concertadas para producir los efectos esperados. Quizás, las acciones más sistemáticas son las de educación. Al menos, así lo percibimos. El vínculo con el Programa Nacional de Incorporación al Desarrollo de las Personas con Discapacidad, está conducido desde la propia oficina del Secretario de Educación Pública, a través de una asesoría específica. Que coordina acciones y comunicación hacia dentro del sistema educativo en todas las entidades federalizadas y hacia fuera con las demás instancias gubernamentales y no gubernamentales.

Sobre lo anterior, se está en la fase de involucrarse globalmente en todas las acciones posibles. Para después pasar a una jerarquía estratégica que pueda dar continuidad a los compromisos contraídos.

La gran demanda de educación especial sería la coordinación intersectorial con el sector salud y el de asistencia para la localización de diagnóstico y rehabilitación específico para la población. Así como la gestión de prótesis para los menores con discapacidad.

Posteriormente se realizó un Consenso Social para la integración educativa y escolar, en este se menciona que las acciones multilaterales desarrolladas por un conjunto de organismos gubernamentales y no gubernamentales, ha conducido a un consenso favorable para la integración educativa y escolar. Con todo y que el sector educativo sabe como resguardarse de la opinión pública y social sobre su quehacer en educación básica.

Al interior del sistema se han continuado extendiendo las acciones para lograr el consenso sobre la integración educativa y escolar. Una de esta fue la Conferencia Nacional "Atención Educativa a Menores con Necesidades Educativas Especiales. Equidad para la Diversidad".

El Secretario de Educación Pública y el Secretario General del Comité Ejecutivo Nacional del SNTE, convocaron a la Conferencia Nacional SEP-SNTE.

Fueron convocados todos los secretarios seccionales de trabajo y conflictos de preescolar, primaria y especial; todas las autoridades responsables de la educación preescolar, primaria y especial; instancias de planeación y presupuesto; de evaluación y certificación de estudios; de construcción de escuelas públicas; de elaboración de libros de texto gratuitos; de materiales de apoyo didáctico; de investigación educativa; también, de universidades públicas y privadas; y ONG's del ámbito. Se transmitió en vivo por satélite en comunicación interactiva. Asistieron más de 600 invitados, se desarrolló en Huatulco, Oaxaca, en abril de 1997.

Se elaboró un Documento Base conjunto, SEP-SNTE (1997) para la discusión en la Conferencia Nacional, se trataron cuatro líneas, que se discutieron en ocho mesas de trabajo: Población, Operación de Servicios, Formación y Actualización y Materia de Trabajo.

Se obtuvo una Declaración General Conjunta y Recomendaciones para la concertación de acciones.

La Conferencia fue una reunión inédita y se puede decir que se enmarca en la conformación de una política de Estado sobre la atención educativa a las necesidades educativas especiales, tal y como lo define la reunión de Ministros de Kingston, Jamaica en 1996.

Se puede decir que la Declaración General Conjunta y sus Recomendaciones son el contenido y el espíritu de la Declaración Mundial de Salamanca adecuada a las condiciones de México.

Actualmente, hay un consenso a favor de la integración educativa y escolar entre los actores líderes de la educación básica del país y, el Documento Base, la Declaración General Conjunta y sus Recomendaciones se vienen a sumar a los documentos que son fuente para el enfoque de la reorientación de la educación especial.

En el país la reorientación de la educación especial se inició en la operación práctica de los servicios. Una posible planeación era comenzar por la formación de profesionales, la actualización de los que ya estaban en ejercicio y luego pasar a la modificación de la operación donde se aplicaría la nueva práctica de profesionales preparados.

No fue así y ahora enfrentamos la crisis de la formación y la estrategia efectiva para la capacitación y actualización de los maestros, no sólo de educación especial, sino de la educación regular.

La reforma de las escuelas normales está en proceso y los nuevos planes incluyen un curso sobre las necesidades educativas especiales para los futuros maestros de educación primaria. Hasta una fase posterior se reformarán las Normales de Especialización.

En dichas normales tienen muy claro que tendrá que reformarse sustancialmente la formación de futuros maestros. Resistir el cambio sería inútil, los servicios ya se

reorientaron. Cambiar sí, pero cómo, es la gran interrogante que se formulan: una pregunta que tienen es si es conveniente, (suprimir las áreas en licenciatura y trasladarlas al Posgrado).

Si se observa la discusión que ya se ha iniciado en las Normales de Especialización. No queda más que confirmar que de haberse iniciado el cambio desde ahí, todavía se estuviera esperando.

En las universidades públicas y privadas hay esfuerzos encomiables, de diplomados y maestrías. Les interesa estudiar la realidad de la integración educativa y escolar, el comportamiento profesional de sus egresados, psicólogos y trabajadores sociales. Obtener algunas conclusiones sobre la nueva realidad para tomarla en cuenta en sus acciones de docencia formativa. También, algunas universidades hacen preparativos para cuando los alumnos con discapacidad lleguen a sus aulas.

Se aprecian ofertas interesantes y efectivas de actualización en educación superior. Pero, las interrogantes sobre la formación no se han despejado. Hay investigaciones en curso; una de la SEP, en cooperación con el Fondo Mixto México-España, que prometen resultados sobre materiales y cursos sobre capacitación para maestros de educación especial y educación regular. Estrategias para la operación y gestión, extraídos de acciones controladas.

Cuando se aprecia todo esto, parecería que la reorientación en la operación de los servicios de educación especial se adelantó o, si se quiere, se precipitó. Cuando se aprecia desde la operación, se tiene la impresión que falta mucho trecho por recorrer, y si se hubiera aplazado la reorientación, más trecho faltaría. Aunque, en esto de la reorientación no se avanza linealmente en el tiempo y en el espacio.

La reforma de la educación básica fue una oportunidad que no se podía dejar pasar de largo. Pero, francamente, desde la reorientación de educación especial, esperábamos una reforma de la educación básica más profunda. Nos quedamos

esperando una transformación sobre un enfoque integral de la educación básica que no se dio. Se reafirmaron los niveles educativos y su paralelismo y gremialismo profesional. No se dio el intercambio y la fusión en cuya expectativa esperábamos más apertura aún de la escuela regular.

Los aspectos organizativos y de gestión, apenas y se han movido de su tradición. Hubo una ola, que como los procesos democráticos, los expertos anticipan una contra conservadora. Hay una contra calculadoramente conservadora de la reforma de la educación básica del país. De la Federalización y el que se desatarán procesos autogestivos, son desilusionantes sus resultados, son magros.

Los Consejos de Participación Social, no hay indicios que se instauren. Son estratégicos para los procesos de aceptación y apoyo de la comunidad educativa para la integración escolar.

Tenemos una conclusión importante, ante todo lo anterior, volver al principio de donde comenzó el proceso de reorientación; volver en espiral: la supervisión de la zona escolar, fortalecerla, reconocerla, valorarla y reformarla.

La supervisión de educación especial, ya es una supervisión de educación básica, no atienden por niveles, como en la escuela regular. Ahí se puede desarrollar una visión de la educación básica. Ahora, que deberán dominar colegiadamente el currículo básico. Ahí donde se tienen que desarrollar estrategias de actualización de sus docentes. Ahí donde tiene que hacer una planeación estratégica de su territorio zonal para atender las necesidades educativas de sus habitantes, sin elegirlos, ni seleccionarlos, adecuarse a sus condiciones.

La supervisión está llamada a coordinar diversidad de recursos disponibles al interior del sistema educativo y al exterior. Que como se pudo ver, anteriormente son muchos los agentes que pretenden beneficiar a la población, pero no llegan a sus destinatarios porque hace falta el referente que no sea tan amplio y se diluya su efectividad, pero que tampoco sea tan estrecho, como el de un centro

educativo aislado. La supervisión de zona es lo suficientemente amplia, para que no se disperse la concreción efectiva de la concertación de acciones y recursos.

Ver desde la supervisión de zona para que el derecho se cumpla, para el seguimiento del proceso de la reorientación, para la evaluación, para no perderse en el mar abierto, ni para quedarse en la costa doméstica y estrecha.

Esta estrategia no deja de ser urbana. Hay acciones que se encaminan a la atención de las necesidades educativas especiales y a la discapacidad en zonas rurales e indígenas, pero no están registradas como educación especial, al menos aquí en México.

## **CAPITULO 3**

### **ANTECEDENTES DE LA ASOCIACIÓN DE MOTIVACIÓN PROPARÁLISIS CEREBRAL (A.M.P.A.C.)**

Como pudo observarse en los capítulos anteriores, la educación especial ha ido en desarrollo con bastante rapidez, tanto en su concepción como en la forma de abordar esta área, además en la actualidad es común ver a psicólogos trabajando en el área educativa, particularmente en la educación especial, en los siguientes apartados se llevará a cabo una descripción de las funciones que realiza el psicólogo en una institución de educación especial, no sin antes mencionar los antecedentes de dicha escuela.

#### ***3.1.- Antecedentes de A.M.P.A.C. I.A.P.***

La Asociación de Motivación Pro-Parálisis Cerebral (A. M. P. A. C.), es una institución de asistencia privada, y centro afiliado a unidades móviles de la Asociación Pro-Parálisis Cerebral A. C. (A. P. A. C.), ya que unidades móviles se encargan de dar asesoría a la institución primeramente mencionada y a otras dentro del Estado de México. A.M.P.A.C. se crea en 1990, cuando la profesora Zoila Hernández de Ancer y la Señora Isabel Rodríguez, preocupadas por la falta de un Centro de Atención para dar Rehabilitación Integral a personas con Discapacidad y Daños Neurológicos, formaron una Agrupación de Padres de Familia, llamada Juan Pablo II, ésta logró el apoyo técnico de Asociación Pro-Parálisis Cerebral Institución de Asistencia Privada, con visitas de un día a la semana para dar este servicio en el Centro Juvenil Salesiano. Entre 1992 y 1997 quedó legalmente constituido como asociación civil, mientras que el H. ayuntamiento de Coacalco de Berriozabal les dona un espacio en el cual se encuentra ubicado ahora el Centro, mientras se construía el Centro se les prestó una casa propiedad del DIF municipal. Así, el Gobierno estatal comenzó con la construcción del Centro para que a finales de 1997 fuera concluido el proyecto y entregado por el DIF estatal.

Anteriormente en 1992 queda legalmente constituida como Asociación Civil, siendo fundadoras las señoras: Lina García Rodríguez, presidenta; Rosa María Martín del Campo, secretaria; Margarita Caso Alfaro, Tesorera; Patricia Barajas y Socorro Ortega Rodríguez, como vocales.

A partir de 1999, ingresó Guadalupe Plata Torices, quedando como presidenta del patronato, Martha Campero como vicepresidenta, Ana Carolina Baltazar L., como tesorera, Yolanda Meléndez V. como secretaria, y como vocales quedaron Rosario García T., Rosa Hernández, y Remedios Linares Hernández.

A lo largo de la historia de la Asociación de Motivación Pro Parálisis Cerebral, muchas personas se solidarizaron a la causa haciendo posible lo que hoy es el Centro, formando un patronato conformado por madres de niños con necesidades educativas y con discapacidad (esto es personas con lesión orgánica y neurológica).

Actualmente el patronato está conformado por Ana Carolina Baltazar Lozano, presidenta; Guadalupe Plata Torices, tesorera; Margarita Caso Alfaro, secretaria y pionera de la institución; y como vocales Rosa Resendíz Nava, Remedios Linares Hernández, Socorro Ortega Rodríguez, también pionera y Beatriz Hernández Molina que estaba como secretaria pero por motivos de salud se integrara después. Cabe aclarar que hace unos días se hicieron los cambios de puesto ya que Guadalupe Plata estaba como presidenta, Carolina Baltazar Lozano como tesorera, y Margarita Caso como vocal; y sus objetivos son rehabilitar integralmente a los niños, jóvenes y adultos con necesidades educativas especiales y con lesión orgánica y neurológica con la finalidad de mejorar su calidad de vida y que en un futuro sean personas productivas llevando una vida casi normal.

Los servicios que ofrece el patronato, son: (Pedagogía, Psicología, Terapia Física, Hidroterapia, Natación, Danza, Música, Servicio Médico y Odontológico).

A continuación se verá el organigrama de la Institución:

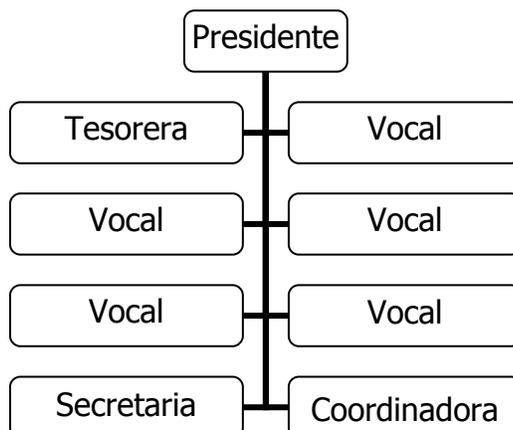


Figura 3.- Organigrama de la coordinación general.

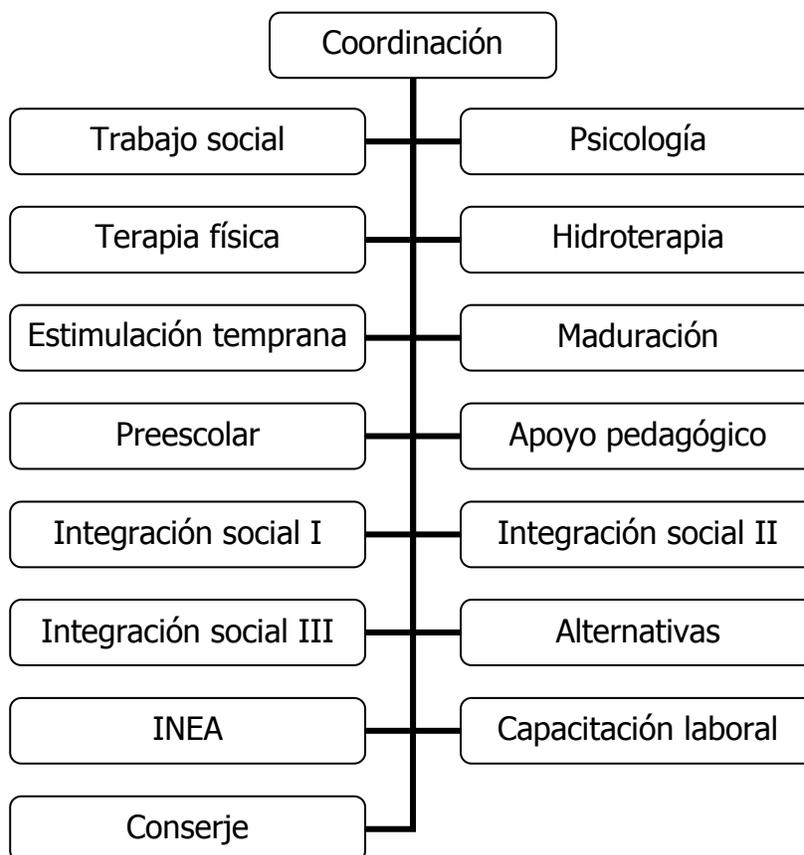


Figura 4.- Organigrama de las áreas de servicios.

Es así que el personal se compone de cuatro Rehabilitadoras Integrales, de los niveles de: (Estimulación Temprana, Integración Social I, Integración Social III y una en el área de Hidroterapia y el área de Natación, Tres Psicólogas de los niveles (Maduración, Apoyo Pedagógico, el área de Terapia Física y del departamento de Psicología; dos Educadoras, de los niveles de (Preescolar, Capacitación Laboral), una Licenciada en Turismo del nivel de (Alternativas Ocupacionales), una Licenciada en Educación Escolar del nivel de (INEA), un profesor de Educación Física encargado de la misma área y una profesora de danza regional y moderna.

Cabe mencionar que hay diez niños en cada nivel, siendo en total noventa niños en la Institución.

Bien, después de haber conocido acerca de A.M.P.A.C. se llevará a cabo una descripción de las áreas de trabajo que se manejan en dicha institución, con el fin de tener una visión más amplia de las oportunidades de trabajo para los psicólogos.

### ***3.2 Áreas de Atención en la Asociación de Motivación Pro-Parálisis Cerebral.***

Esta institución; debido a la naturaleza de sus actividades a desarrollar, cuenta con diversas áreas para poder ofrecer un mejor servicio a la población que tiene la necesidad de recurrir a servicios que ofrece la institución, entre las cuales se encuentran Terapia física, Hidroterapia, Natación, Educación Física y Clases de Baile.

Respecto al área de **Hidroterapia** esta se define como terapia de agua, (según A. P. A. C.) y las temperaturas que se manejan son de 36 a 38 grados centígrados, con el fin de relajar y bajar la espasticidad muscular en el agua caliente, y el agua templada sirve para aumentar un poco el tono muscular, esto se utiliza como calor local, para los pacientes espásticos y prepararlos para un previo masaje, donde

también se les realizan ejercicios en todo su cuerpo, y utilizan juguetes como motivación y estímulo para desarrollar su atención visual y socialización con su medio ambiente.

En el área de **Natación** trabajan con ejercicios de respiración dentro y fuera del agua, y se les ayuda a hacer algunos ejercicios para enseñarlos a nadar, y también algunos los realizan; al igual llevan a cabo juegos recreativos, con el fin de que algunos alumnos pierdan el miedo al agua, ya que hay alumnos que no temen al agua, al contrario, les gusta mucho asistir a la clase. La natación también les sirve para mejorar su coordinación motora gruesa.

Otra área es la **Educación Física**, donde la finalidad al igual que en la natación, es mejorar su coordinación motora gruesa, donde los alumnos trabajan ejercicios corporales para adquirir mayor fuerza y flexibilidad en brazos y piernas, estos dirigidos por el maestro de dicha área, donde son preparados para competencias con otras escuelas para motivar a los jóvenes que participan en diversos deportes como el atletismo, el lanzamiento de costales pequeños con cierto peso, algunos ejercicios de gimnasia, correr empujando sillas de ruedas, caminatas y ensayan para mejorar su marcha en la escolta de la presente institución, ya que seis alumnos participan en dicha escolta, en la que un día de la semana se lleva a cabo el homenaje a la bandera.

En las **Clases de Baile** se llevan a cabo todo tipo de bailes como regionales, cumbias, infantiles, merengues, salsas, etc., con la finalidad de motivarlos, integrarlos socialmente, y adquirir habilidades de coordinación motriz y en algunas ocasiones en conjunción con el baile se manejan instrumentos musicales, como pandero, clave, maracas, etc.

### **3.3 Servicios que se trabajan en A. M. P. A. C.**

El primer Nivel que se trabaja en la institución es, “La Estimulación Temprana”, habiendo 10 niños, y llamada así porque se le enseñan varios aspectos del aprendizaje al niño. Su objetivo es proporcionar la atención oportuna y acertada del lactante desde los primeros días de nacido para favorecer el desarrollo del niño en todas las áreas, a través del vínculo que establece con otro, especialmente con la madre. En este nivel son utilizados los estímulos como: (objetos vistosos, grandes, colores fuertes, sonidos, aromas, sabores etc.; esto nos habla de la percepción visual, auditiva, gustativa, táctil y olfativa trabajo esencial en este nivel y a este se le llama estimulación. Ahora bien, ¿por qué temprana? por la sencilla razón de que asisten desde los primeros 45 días de nacidos a dicho nivel; la edad límite es hasta los 5 años, y máximo 6 años de edad, siendo este el perfil que se maneja y que tengan cualquier discapacidad. En este nivel se le da mayor peso a la terapia física, porque es la edad más indicada para rehabilitar al niño para enseñarle a sentarse, gatear, rodar, arrastrarse, caminar, ya que la mayor preocupación de los padres es que primero caminen, después que hablen y sobre todo es importante la disponibilidad para llevar a su niño a rehabilitar, con el fin de tengan una mejor calidad de vida; aunque para los maestros que trabajan en este nivel todas las áreas son de gran importancia en el desarrollo integral del niño; como: el área cognitiva, el área del lenguaje, la estimulación multisensorial (se trabajan los cinco sentidos), las técnicas de alimentación, control de esfínteres, la atención visual, auditiva, masoterapia, habilidades motrices, nociones espaciales, lateralidad, área social afectiva, independencia personal e higiene personal y sensopercepción (estimulación con texturas suaves ó rasposas) según sea el caso; suaves para niños con hipertonia y rasposas para niños con hipotonía.

En lo que concierne al área de **Maduración**, siendo 10 niños de 3 a 8 años de edad, y se trabajan las siguientes áreas: lenguaje, independencia personal, control de esfínteres, psicomotricidad, atención visual y auditiva, noción espacial y

lateralidad. Su objetivo es que el niño adquiera todas las precurrentes básicas, de las cuales tenemos el seguimiento de instrucciones, atención, control de esfínteres, e imitación.

El perfil de maduración es que los niños por lo menos tengan una precurrente básica, que no presenten control de esfínteres, y que tengan cualquier discapacidad.

Con respecto al nivel de **Preescolar**, con 10 niños y su objetivo es que el niño logre el mayor desarrollo de las capacidades físicas, afectivas, sociales e intelectuales, por medio de la estimulación constante de las dimensiones del proceso enseñanza-aprendizaje. Las áreas de trabajo que se manejan son: comunicación, independencia personal, social afectiva, cognitiva, psicomotricidad, iniciación a la lecto-escritura, pinza fina y gruesa, técnicas de alimentación, sensopercepción, estimulación multisensorial.

Para cumplir con el perfil de este nivel es necesario que el niño cumpla con las precurrentes básicas anteriormente mencionadas. La edad promedio para ingresar es de 6 a 9 años de edad, y que su discapacidad no sea severa en el aspecto motor.

Referente al nivel de apoyo pedagógico, su objetivo es proporcionar una atención especializada a individuos con necesidades educativas especiales ofreciendo alternativas educacionales así como elementos prácticos funcionales, para cubrir las necesidades básicas en cuanto a información académica elemental, permitiendo de esta forma una adecuada integración y una plena participación e igualdad en un entorno social.

Sus objetivos operacionales o áreas de trabajo son: Español, Matemáticas, Conocimiento del medio, Educación artística, Área Física, Área socio-afectiva. El perfil para ingreso; niños que tengan de 6 a 15 años de edad, inicien con la lecto-

escritura, que tengan todas las precurrentes básicas, desarrollo apto para cursar un nivel escolarizado básico elemental, y presente necesidades educativas especiales; (discapacidad intelectual leve, retraso psicomotor, capacidad de comprensión de su medio).

En los niveles de integración social 1, 2, 3, y autismo, el objetivo que persiguen es básicamente el mismo, el cual es proporcionar elementos prácticos y funcionales para cubrir sus necesidades básicas de independencia personal, integración familiar y comunidad.

Particularmente, considero que son niños con problemas de conducta más severos, y por lo tanto difíciles de controlar debido a que algunos no tienen control de esfínteres y en ocasiones los maestros deben encargarse de asearlos, incluso cambiarlos de ropa, además algunos no tienen lenguaje, muchos de ellos no presentan atención visual y auditiva, algunos son invidentes y presentan hipoacusia (sordera severa), anacusia (sordera moderada), la mayoría son agresivos, a otros tal vez no les interesa su entorno, y los cuidados que les dan son más extremos ya que hay que prestarles mayor atención porque en un pequeño descuido llegan a aventarse al suelo o se golpean entre sí; entre otras cosas.

Las áreas que se manejan en los niveles anteriormente mencionados son las mismas que se trabajan, el área socio afectiva, psicomotriz, cognoscitiva, comunicación y lenguaje, técnicas de alimentación e higiene personal, coordinación motora fina y gruesa, algunas actividades de la vida diaria y aceptación.

El perfil de integración social 1, pide como requisito niños y adolescentes de 10 a 20 años de edad, el control de esfínteres no es un requisito, y que tengan cualquier discapacidad, y en este nivel ingresan niños más severos en conducta y falta de atención. El perfil de integración social 2, pide que sean adolescentes y

jóvenes de 14 a 29 años de edad, y no importa si presentan o no control de esfínteres, se aceptan todas las discapacidades y en este nivel la conducta ya debe ser más controlable. En integración social 3, el perfil que se maneja, es que los jóvenes tengan de 29 a 33 años de edad, que tengan cualquier discapacidad, que tengan o no control de esfínteres, que su conducta ya sea controlable, y que tengan mayor coordinación motora fina y gruesa.

Otro nivel es el de personas con autismo y su perfil para ingresar es que realmente presenten este problema o rasgos autistas, deben ser adolescentes de 15 a 19 años de edad, que tengan marcha, que tengan o no control de esfínteres, además de aceptarlos con o sin problemas de conducta. Las áreas de trabajo son las mismas que se trabajan en los tres niveles anteriores, sólo difiere en que se le da más peso al área social-afectiva debido a la conducta de aislamiento y apego con los objetos materiales que estos niños y jóvenes presentan.

En el nivel de alternativas ocupacionales, su objetivo es adquirir y mejorar habilidades que les permitan tener elementos básicos para el desempeño de una actividad productiva a futuro. Sus áreas de trabajo son: habilidades de adaptación social, higiene personal, actividades de la vida diaria, salud y seguridad, uso de la comunidad, en el área cognoscitiva (seguimiento de instrucciones, comprensión, observación), sensopercepción (visual, auditiva, táctil, gustativa, y olfativa). En el área de psicomotricidad (motricidad gruesa y fina), y finalmente el área de habilidades manuales (marcar, anotar, pintar, lijar, colorear, recortar, etc.).

Su perfil, jóvenes que tengan edades de 16 a 33 años, que presenten cualquier discapacidad, que tengan o no control de esfínteres, que puedan comer sin ayuda, que tengan o no la marcha.

El siguiente nivel es I.N.E.A. (Instituto Nacional de Educación para Adultos), su objetivo es preparar a los jóvenes y adultos a realizar su primaria y si es posible con algunos la secundaria, con el fin de que en un futuro tengan oportunidades de

trabajo y que por lo menos sepan restar, sumar leer y escribir, claro dependiendo de su capacidad de comprensión y si la discapacidad intelectual no es severa. El perfil para ingresar al nivel es de 15 años de edad en adelante, que presenten cualquier discapacidad leve a nivel intelectual, al igual que motora ya que no importa que los jóvenes utilicen silla de ruedas además de que cuenten con buena coordinación motora fina, para cuando se les aplique exámenes para evaluar su aprendizaje, que sean independientes en los aspectos de higiene, control de esfínteres, que coman solos, que escuchen y vean bien. Cabe aclarar que algunas veces se hacen excepciones con respecto a su coordinación ya que hay alumnos que no pueden escribir pero su nivel intelectual es bueno, aunque el perfil pide como requisito el que puedan escribir y esto no se toma muy en cuenta.

Las materias que llevan son: “Español, Matemáticas, Ciencias Naturales, Ciencias Sociales”, y el taller que tienen es de cocina donde aprenden algunos platillos de nuestra comida mexicana, también se les refuerzan hábitos de higiene personal, limpieza en el salón de clases, solidaridad entre compañeros, y comer adecuadamente.

El último nivel es el de Capacitación Laboral, y su objetivo es contribuir a que los jóvenes con discapacidades múltiples, adquieran habilidades para los talleres de vitral, fomi, elaboración de velas, fieltro y manualidades con diversos materiales, con el fin de que estén preparados para trabajar vendiendo las cosas que hacen y que se sientan útiles para la sociedad que los rodea y que aporten dinero a su familia haciéndolos sentir importantes y al mismo tiempo subir su autoestima; ya que los jóvenes de este nivel sienten mucha preocupación por llevar dinero a su casa por los problemas económicos que existen en su familia, situación que ellos mismos mencionan.

El perfil que se maneja para ingresar es que presenten cualquier discapacidad y que ésta sea leve, en el aspecto intelectual, no importa que estén en una silla de ruedas ó que usen andadera, que tengan buena coordinación motora fina, de 25 a

50 años de edad, sean independientes, que controlen esfínteres, que tengan hábitos de higiene y limpieza, que sepan utilizar las tijeras y que ya hayan asistido a otra escuela.

Mi labor en estos niveles es prestar ayuda psicológica a alumnos y padres de familia para mejorar la relación y comunicación entre ellos con el fin de que tengan una mejor calidad de vida, ayudándoles a comprender las etapas por las cuales pasan este tipo de personas. Al igual que las maestras cuentan con mi apoyo en cualquier problema que se presente con algún alumno durante el transcurso del ciclo escolar, o algunos temas en específico que quieran saber relacionado con los alumnos ó padres de familia, sugerencias de trabajo, por ejemplo: (programas de modificación de conducta, programas de control de esfínteres, programas de intervalo fijo y variable, el uso de inciensos, música y masajes relajantes, técnicas de relajación, cambio de situaciones para no caer en la rutina etc.). Técnicas que son utilizadas en psicología y que se mencionarán en el siguiente capítulo, más detalladamente.

## **CAPITULO 4**

### **LA FUNCIÓN DEL PSICÓLOGO EN LA EDUCACIÓN ESPECIAL EN UNA INSTITUCIÓN DE ASISTENCIA PRIVADA.**

#### ***4.1 Terapia Psicológica y Técnicas utilizadas***

En mi experiencia profesional algunas teorías han sido de gran utilidad, como el conductismo que ha sido funcional con respecto a los programas sugeridos a los padres de familia de los niños, jóvenes y adultos con capacidades diferentes, alternadas con otras teorías como la terapia familiar sistémica: dentro de esta terapia se encuentra la terapia estructural de la familia de Salvador Minuchin, y la terapia breve enfocada a las soluciones y los problemas de O Nalón; asertividad de Eduardo Aguilar, autoestima de Solomon y otros autores; masaje de reflexología de Piazza y Maglio, herbolaria del Dr. Infante, masajes de relajación de Giroux, técnicas de relajación, visualización y meditación del Psicólogo Harold Moscovita, musicoterapia, aromaterapia de Jean Valnet, y todas estas teorías, por supuesto también de mucha funcionalidad. A continuación hablaré de la primera entrevista.

#### ***4.2 Estrategias de Trabajo en Psicología***

El primer paso a seguir es la entrevista inicial, para sondear la situación familiar, detectar el problema y el paciente identificado, basándome en un familiograma, o mapa familiar, este es un esquema organizativo (anexo 1), en este se anota el motivo de consulta, los intentos de solución, respecto al problema actual y anteriores, es importante saber como se encuentra la relación familiar y se comienza señalando los límites, ya sea si estos son difusos, flexibles o claros si existen alianzas, coaliciones, y pautas transaccionales y por elaborar hipótesis acerca de cuáles son pautas operativas y cuáles no, los datos familiares, dentro de esto la religión, tiempo de matrimonio o unión libre, si es familia extensa o

nuclear, características de la familia, geografía (como se sientan en la primera entrevista, por ejemplo si los padres se sientan separados, si uno de sus hijos se sienta en medio de sus padres o en la orilla, esto dentro de la terapia estructural de la familia).

Cabe aclarar que este mapa familiar, es estático, mientras constituye un dispositivo simplificador muy útil, que le permite al terapeuta organizar el material para las diversas soluciones en terapia. El mapa le permite formular hipótesis acerca de las áreas en el seno de la familia que funcionan correctamente y acerca de otras áreas donde no ocurre lo mismo. También lo ayuda a determinar los objetivos terapéuticos, y nos ayuda a elaborar el programa proporcionando dos formatos de registro que contienen los siguientes datos; (Qué hace antes de la conducta no deseada?, Conducta no deseada, ¿Qué hace después de la conducta no deseada?), el otro formato también consta de tres preguntas; (Que hace antes de la conducta deseada?, Conducta deseada, ¿Qué hace después de la conducta deseada?, estos datos son útiles para detectar que factores del ambiente que lo rodean son los que están afectando y evitar que los estímulos y reforzadores que estén al alcance de la familia involucrada en la conducta de su hijo. En el siguiente punto se menciona como parte de la terapia, a dar un masaje reflexológico a los padres e integrantes de una familia según sea el caso.

#### ***4.3 Masaje de Reflexología.***

La reflexología es tan antigua que incluso podemos hacerlos coincidir con los orígenes del hombre. De hecho, se intuye fácilmente que desde los albores de su historia, el hombre enfermo buscó a su alrededor todo aquello que pudiera ayudarlo. Los chamanes utilizaban esta técnica particularmente para ayudar a las mujeres en el parto. Por otra parte el Dr. Fitzgerald se interesó en estudiar sobre este masaje y al volver de E. U. llegó a la conclusión de que ejerciendo fuertes presiones con las manos u otras herramientas, como peines de madera o pinzas, en ciertas zonas del cuerpo, se obtenían efectos anestésicos en puntos incluso

muy distantes que se identificaban gracias a un particular “mapa” que dividía el cuerpo humano en diez zonas verticales, mas adelante se podrían observar los mapas de las manos y de ambos pies (Anexos 2 y 3).

El masaje de reflexología es llamado así porque se estimulan zonas reflejas, también es conocido como masaje zonal o masaje reflejo, es de importancia recordar que también los egipcios utilizaban dicho masaje para curar enfermedades. Cabe mencionar que la piel constituye el primer elemento y el más fundamental en la aproximación al cuerpo durante el masaje; los receptores nerviosos presentes en la piel transportan hacia el cerebro una inmensa gama de sensaciones; las capacidades sensoriales de la piel, no sirven únicamente para informar al cerebro acerca de lo que sucede en el exterior (como el calor, el frío y el dolor) sino también para facilitar la comunicación. La piel representa el pasaporte para acceder con éxito a la fase de un contacto más profundo y constructivo. Así pues, el primer contacto debe ser agradable, su comprensión y su capacidad de percibir los problemas de los demás sin sobrepasar las fronteras de la reserva y la discreción. Todas estas cualidades deben formar parte del reflexólogo que, precisamente a través del contacto epidérmico con el paciente, puede convertirse en el factor determinante del éxito de su trabajo (Piazza, 1997).

En la actualidad el masaje reflexológico es utilizado como terapia reconocida como medicina alternativa en España con resultados favorables y en México comienza a darse a conocer en algunos lugares, todavía no reconocida por algunos médicos alópatas sólo por lo que tienen inclinación oriental. En seguida mencionaré la terapia familiar sistémica y dentro de esta la primera teoría es la **terapia breve** enfocada a las soluciones y los problemas. La segunda es la terapia estructural de la familia.

Este masaje consiste en estimular en los pies y en las manos, y se estimulan zonas referentes al organismo del paciente, y el de mayor importancia era el dedo gordo del pie ya que en este se estimula al cerebro, ayudando a mejorar en gran

parte los nervios, ansiedad, dolores de cabeza, insomnio y lo emocional; este masaje se sugiere darlo por las noches o por las mañanas con un aceite que tenga aroma o de bebé y en conjunto con el masaje se le pone música clásica y un incienso de aroma agradable, ya que el contacto físico de los padres con el niño es esencial para mejorar la relación y comunicación familiar. Cabe aclarar que este masaje se enseña a los padres aplicarlo en la segunda sesión.

En la tercera sesión, a los padres se les proporciona un formato llamado de estímulos y conducta ( anexo 4), en el cual tienen que mencionar los castigos, premios, estímulos negativos, positivos y las conductas que se repiten con más frecuencia con su hijo o hija, para que el psicólogo tenga una base para realizar dichos programas de modificación de conducta.; además se realiza un sondeo con una guía para identificar la estructura familiar (anexo 5) posteriormente en la tercera sesión se realiza otra entrevista psicológica (anexo 6).

En lo particular la postura utilizada en terapia es diversa, como ya había mencionado anteriormente, ya que retomo varias teorías dependiendo del tipo de familia y personas según sea el caso, ya que pienso que todos somos diferentes y en lo personal no es conveniente utilizar una sola teoría debido a que hay varias teorías de la personalidad como la teoría de Freud o la de Allport dando una postura diferente; al igual que no puede utilizarse la modificación de conducta para casos de depresión, sin embargo es funcional para solucionar problemas de conducta en niños y jóvenes, y en el caso de la educación especial que es más funcional la teoría holística y dentro de ella la medicina alternativa, las teorías de Salvador Minuchin entre otras que son utilizadas dependiendo del problema. Para ampliar aún más la teoría mencionada anteriormente, a continuación hablaré un poco más del conductismo en el siguiente punto, teoría de gran utilidad en las terapias con este tipo de niños y jóvenes especiales.

#### **4.4 Antecedentes de la Modificación de la Conducta**

Es de gran importancia mencionar de la *Modificación de Conducta*, la cual es funcional en el área de la educación especial ya que esta corriente hace énfasis en moldear o cambiar la conducta de un individuo; ideada por varios fisiólogos, psicólogos y experimentadores de ésta, pero sólo mencionaré a dos de los más importantes a Iván Pavlov y B.F. Skinner. El primero fue fisiólogo quien comenzó estudiando la digestión, y con base en sus trabajos halló que los animales de experimentación segregaban saliva antes de entrar en contacto con el alimento. Pavlov notó que el hecho de oír los pasos del experimentador que traía el alimento, o ver el plato, o cualquier otro estímulo que hubiera procedido sistemáticamente al alimento, producía secreción salival.

La expresión *condicionamiento clásico* es sinónimo de condicionamiento pavloviano, se opone al condicionamiento instrumental, operante o skinneriano. Aunque las diferencias entre ambos son muy controvertidas, en los dos tipos de condicionamiento lo esencial era el procedimiento, las operaciones experimentales diferentes que se usaban en los dos casos: en el condicionamiento clásico el refuerzo (alimento) se daba siempre cualquiera que fuera el comportamiento del animal (podía salivar o no salivar, de todos modos recibía el alimento) (Ardila, 1986).

En el condicionamiento operante, el psicólogo B. F. Skinner mencionaba que a cambio, el animal recibía el refuerzo si emitía el comportamiento “adecuado”, el que el experimentador quería (por ejemplo si oprimía la palanca en la caja de Skinner cada vez que aparecía la luz roja en el botón de la derecha). Además de este procedimiento, los especialistas insistieron en que estos “tipos de aprendizaje” correspondían a la acción del sistema nervioso autónomo (simpático y parasimpático) en el caso del condicionamiento clásico, y a la acción del sistema nervioso central en el caso del condicionamiento operante. O sea que en el primer caso sería “involuntario” y en el segundo “voluntario”, y nadie sabía realmente si

era científicamente válido decir que la rata “deseaba” oprimir la palanca y recibir su bolita de alimento, y que el perro “no quería” salivar al oír la campana que precedía al alimento (Skinner, 1970).

En el caso del condicionamiento clásico la asociación era de estímulos (E- E), según la descripción bien conocida de los empiristas ingleses, mientras que en el caso del condicionamiento operante era de estímulos y respuestas. En el condicionamiento clásico la respuesta condicionada y la incondicionada eran siempre iguales (por ejemplo salivar, ante la carne y ante la campana que precedía a la carne), mientras que en el condicionamiento operante eran siempre diferentes (presionar la palanca y comer). La diferencia básica es la siguiente: el refuerzo parcial disminuye la fuerza de la respuesta en el condicionamiento clásico, y la aumenta en el condicionamiento instrumental (Caballo, 1980)

En la “terapia conductual respondiente” se menciona que muchas de las veces, la psicoterapia se ocupa de sentimientos, ansiedad, miedo, ira y estados similares. Uno de los primeros pasos hacia la terapia conductual fue percatarse de que lo que se sentía no era un “sentimiento” sino un estado corporal. Esto fue notado antes de la llegada del conductismo por William James y Carl Lange quien buscó estados tal vez afines, pero fue James quien expuso el siguiente argumento donde menciona : no se llora porque se esté triste, se está triste porque se llora. Pero eso no era todo, no se llora porque se esté triste, o se siente tristeza porque se llora, (se llora y se siente tristeza porque ha sucedido algo), tal vez murió un amigo. Hay que saber del suceso anterior, para poder explicar el llanto o el estado experimentado. Tal es el enfoque conductista; volver la vista a sucesos ambientales anteriores para explicar lo que hace uno y, al mismo tiempo, lo que se siente mientras lo realiza. Por cada estado sentido, y dado el nombre de cierto sentimiento, existe posiblemente un suceso ambiental previo del cual proviene el primero. La terapia conductual se ocupa del evento anterior más que del sentimiento (Skinner, 1989).

Los terapeutas se ocupan tanto de lo que hace la gente como de lo que siente; las terapias conductuales estudian lo primero con dos clases de consecuencias selectivas: conducta innata por la selección natural, y conducta aprendida por reforzamiento operante. Un ejemplo determinado casi siempre es un producto y conjunto de ambas; por ejemplo la emoción posee un lado operante, el miedo no es una respuesta de las glándulas y del tejido liso, es una probabilidad reducida de ir en dirección del objeto temido, y una mayor probabilidad de alejarse de él. El lado operante de la ira es una mayor probabilidad de lastimar a alguien, y una menor de complacerlo. Cuando el estado corporal que proviene de un condicionamiento respondiente suele denominarse sentimiento, el estado provocado por el condicionamiento operante, observado a través de la introspección, más a menudo se conoce como estado mental. Sin embargo, se pierden distinciones importantes cuando la conducta se atribuye a un estado mental. Por ejemplo, un operante se fortalece cuando alguna respuesta tiene consecuencias reforzadoras, pero las respuestas subsecuentes ocurren por lo que sucedió, no por lo que va acontecer (Skinner, 1970).

La conducta reforzada positivamente, a menudo se acompaña de un estado que uno reporta diciendo que hace “lo que quiere hacer”, “desea hacer”, o “adora hacer”. Hay una razón especial por la que tal conducta suele ser problemática. Por ejemplo, la mayoría de la gente es reforzada en alto grado por alimentos salados o dulces. Esta mayor susceptibilidad al reforzamiento llevó después al descubrimiento y procesamiento de enormes cantidades de este tipo de comidas; así hoy en día muchas personas los consumen en demasía, y pueden acudir a terapia en busca de ayuda (Caballo, 1980).

En conclusión, el autor menciona que la población regularmente demanda atención tanto médica como psicológica, dependiendo de los síntomas, ya sean físicos o emocionales que presenten. Es así que el médico, alivia algún malestar por medio de medicamentos; por su parte, los terapeutas conductuales modifican las contingencias de que dependen los sentimientos.; la diferencia entre terapia

médica y conductual, es similar a la que existe entre sentirse bien y sentirse positivo. Se siente positiva la persona que siente un cuerpo sano, sin dolores ni padecimientos. Se siente positiva la persona que siente un cuerpo que ha sido reforzado positivamente. Los reforzadores positivos son agradables; se les llama placenteros, y placer la conducta que refuerzan. Complacen aun si son accidentales. (El primer significado de feliz fue “afortunado”). Por lo tanto si utilizamos esta teoría en los niños y jóvenes con necesidades educativas especiales podremos tener resultados aún más satisfactorios.

Muchos problemas que requieren terapia surgen por una falla en el condicionamiento operante mismo. Este proceso evolucionó probablemente porque la conducta fortalecía al tener consecuencias importantes para el individuo y la especie. El condicionamiento tiene lugar cuando las consecuencias reforzadoras se suscitan sin importar la razón. Las consecuencias accidentales provocan la conducta conocida como superstición. La persona enferma, toma una pastilla o ejecuta un ritual, y recupera la salud. Así, es más probable que ingiera la pastilla o ejecute el ritual al enfermarse de nuevo, sin importar si en realidad hubo algún efecto por ambas cosas. Pero las supersticiones pueden impedir que se busquen mejores remedios (Skinner, 1974).

Los antecedentes anteriormente mencionados, fueron de gran utilidad en mi profesión ya que los programas de modificación de conducta se elaboran según las características del paciente, con respecto a esto primero se les explicaba a los padres del niño o niña el significado de los que son los estímulos, respuestas, castigos, premios y modificación. Referente a los castigos se les hacía una aclaración, en primer lugar, que no deben dar golpes, regaños, ofensas, o etiquetas al llamarles la atención, ya que en lugar de corregir la conducta podían reforzar las conductas negativamente, dañando también su autoestima, aunque el conductismo no se preocupa por la personalidad del paciente, en mi experiencia es de gran importancia trabajar también con la autoestima de las personas en conjunto con la aromaterapia, el masaje reflexológico, y la musicoterapia para

obtener resultados favorables. En el siguiente punto se menciona la importancia de trabajar autoestima y la comunicación asertiva, para mejorar la relación familiar.

#### *4.4.1 Autoestima y Comunicación Asertiva*

Inmediatamente después de explicar a los padres de familia el programa de modificación de conducta, es de gran importancia, en lo personal, hablar ampliamente de las situaciones que afectan la autoestima de sus hijos y que incrementan la posibilidad de tener problemas de conducta; como son los berrinches, el no comer o llorar sin motivo aparente y de esta manera atraer la atención de sus padres. Posteriormente se menciona acerca de cómo trabajar la autoestima, con un programa que se compone de cinco capítulos; y las técnicas asertivas por medio de un manual, cabe mencionar que ambas técnicas son trabajadas en las terapias psicológicas y en escuela para padres; como a continuación se describen:

*Autoestima: Capítulo I Autoconocimiento - Dinámica ¿Quién soy yo?, - Mi autoconcepto.*

*Capítulo II Definición de Autoestima.- Desarrollo de la Autoestima, - Escalera de la autoestima.*

*Capítulo III, Desarrollo de la Autoestima, -Dinámica ¿Cómo estoy según las etapas de desarrollo de Erickson?: Se divide en tiempo, autoconfianza, experiencias, trabajo, identidad, sexualidad, autoridad.*

*Capítulo IV, Alta y Baja Autoestima,- Otra vez ¿quién soy yo?, - Obstáculos para el crecimiento de la autoestima, - Cómo mantener alta nuestra autoestima, -Cómo estimar la autoestima (conocimientos referentes a la alta autoestima*

*Capítulo V, -Relaciones interpersonales y autoestima, -Autoestima alta y baja (afirmaciones).*

Respecto a lo que significa ser asertivo, actuar asertivamente es tener la habilidad para transmitir y recibir los mensajes de sentimientos, creencias y opiniones de los demás de una manera honesta, oportuna, profundamente respetuosa y tiene como meta fundamental lograr una comunicación satisfactoria hasta donde el proceso de la relación humana lo haga necesario (Caballo, 1980).

A continuación mencionaré los antecedentes del masaje de reflexología ya que son de gran importancia ya que en la actualidad se toma como medicina alternativa para mejorar algunos síntomas de algunas enfermedades y sobre todo de la conducta.

#### *4.4.2 Terapia breve enfocada a las soluciones y los Problemas*

Respecto a la terapia breve enfocada a las soluciones y los problemas se enfoca a hacer preguntas a futuro como por ejemplo -¿qué va a hacer cuando la terapia tenga éxito?-, con ésta pregunta se le da por hecho al paciente que todo va a salir bien y con ello se pueden tener resultados favorables desde la primera sesión al dar por hecho el éxito, el paciente encuentra seguridad con el terapeuta. Otras preguntas aplicables son: *piense que al despertar el día de mañana sucede un milagro y los problemas que tiene ya no existen; ¿que sería diferente en su vida?; ¿si usted cambiara su manera de ser quién se daría cuenta primero de su cambio?*

Otra técnica utilizada es: (cambiar el tiempo de la ejecución de la queja o mejor conocida como ridiculizar el síntoma) por ejemplo pedirle al paciente que busque una hora al día para deprimirse y que se permita sentir esa depresión sólo a esa hora que él o ella elija para ello; esta técnica es muy útil ya que en el 90% por ciento de los casos tratados hubo resultados favorables. Cabe recalcar que hay

que cuidar el lenguaje esto se refiere a no utilizar tecnicismos en la terapia y repetir algunas palabras que el paciente mencione, por ejemplo: si el paciente dice ¡yo pienso que he fallado! entonces el terapeuta debe preguntar ¿ha pensado en que ha tenido éxito?, con esta pregunta el terapeuta empatiza con el paciente al utilizar el mismo lenguaje o la palabra que el mencionó y de esta manera hace que el cliente se sienta comprendido y de esta manera el terapeuta engancha a la persona para que continúe con la terapia a futuro.

Finalmente otra técnica utilizada en este caso para los problemas de pareja como son las discusiones inútiles y viciosas que una pareja puede tener, donde ambos lamentan a posteriori esta situación. Para esto, en una sesión el terapeuta da la sugerencia, de “cambiar el lugar en el que se produce dicha queja”, claro que una vez que se conoce la intervención sobre patrones, se les menciona que la próxima ocasión que empezaran a enzarzarse en una de sus discusiones, debían retirarse inmediatamente al cuarto de baño, estando ahí, el marido debe quitarse la ropa y meterse en la bañera, la mujer debe sentarse vestida sobre la taza. Si podían tenían que seguir entonces discutiendo, “no pudieron”, después empezaron a reírse de lo absurdo de la situación, tras un cierto tiempo, cuando alguna conversación empezaba a subir de tono, alguno de ellos miraba el cuarto de baño, y ambos empezaban a reírse, evitando la pelea. Técnica de gran funcionalidad, en mi experiencia con parejas que presentan este tipo de problemas y esto gracias al autor citado en estas técnicas (Hudson, 1993).

#### *4.4.3 Terapia estructural de la Familia*

Referente a la terapia estructural de la familia de Salvador Minuchin menciona que el oficio del terapeuta es curar; ya que es un ser humano que se interesa terapéuticamente por su prójimo en ámbitos y problemas que lo hacen sufrir, al tiempo que observa un gran respeto por sus valores, sus intereses y sus preferencias estéticas, y la meta es trascender en lo técnico, sólo alguien que ha dominado la técnica y ha conseguido olvidarla se convierte en un terapeuta

competente. La terapia de familia demanda el empleo de sí mismo; el terapeuta de familia no puede observar y sondear desde afuera; tiene que integrarse en un sistema de personas independientes. Para ser eficaz como miembro de este sistema, debe responder a las circunstancias en armonía con las reglas del sistema, al tiempo que se utiliza a sí mismo de la manera más amplia posible, y es lo que se entiende por “espontaneidad terapéutica”. En el lenguaje usual, espontaneidad evoca la idea de lo “no planeado”. Por eso mismo, “entrenamiento” para la “espontaneidad”, parece una contradicción en los términos; sin embargo nos confirma esta conclusión, el diccionario de Websber de la lengua inglesa, donde hallaron definida la espontaneidad como “lo que nace de un sentimiento natural o una tendencia innata, sin constreñimiento externo” (Minuchin, 1994, p. 35).

El objetivo del terapeuta de familia y la técnica a la que recurre están determinados por su marco teórico. La terapia estructural de la familia, es una terapia de acción. La herramienta de esta terapia consiste en modificar el presente, no explorar e interpretar el pasado. El pasado influyó en la creación de la organización y funcionamiento actual de la familia; por lo tanto, se manifiesta en el presente y podrá cambiar a través de intervenciones que cambien el presente.

El objetivo de las intervenciones es el presente, en el sistema familiar. Es así que el terapeuta se asocia a este sistema y utiliza su persona para transformarlo. Al cambiar la posición de los miembros del sistema, cambia sus experiencias subjetivas, con este objetivo, el terapeuta confía en algunas propiedades del sistema. En primer lugar, una transformación de su estructura permitirá al menos alguna posibilidad de cambio. En segundo lugar, el sistema de la familia está organizado sobre la base del apoyo, regulación, alimentación y socialización de sus miembros. Por lo tanto, el terapeuta se une a la familia no para educarla o socializarla, sino más bien, para reparar o modificar su funcionamiento, para que ésta pueda desarrollar estas tareas con mayor eficacia. En tercer lugar, el sistema de la familia tiene propiedades de autoperpetuación.

Es así que el proceso que el terapeuta inicia en el seno de la familia, será mantenido en su ausencia por los mecanismos de autorregulación de ésta. En otras palabras, una vez que se ha producido el cambio, la familia lo preservará, proveyendo una matriz diferente y modificando el *feedback*, que continuamente califica o valida las experiencias de sus miembros. La familia es una unidad social que enfrenta una serie de tareas de desarrollo. Estas difieren de acuerdo con los parámetros de las diferencias culturales, pero poseen raíces universales (Minuchin, 1992).

De esta teoría se retomaron de base cuatro técnicas; la primera fue tomar en cuenta la geografía de la familia, con esto me refiero a observar “en qué lugar se sienta cada miembro de la familia” para poder hacer algunas hipótesis del problema como lo mencioné anteriormente cuando hablé de la entrevista inicial. La segunda técnica se refiere al enfoque o focalización para abordar un problema; esto es, cuando el terapeuta decide qué es lo que va destacar de la familia, refiriendo lo positivo de ésta en cuestión, para orientarla hacia otra visión de las situaciones, con la finalidad de generar un cambio; la tercera técnica habla de la coparticipación; coparticipar con la familia es hacer saber a sus miembros que el terapeuta los comprende y trabaja con ellos y para ellos.

El proceso de coparticipación en un sistema terapéutico rebasa el mero hecho de brindar apoyo a una familia. Si bien el establecimiento de esa coparticipación suele ir unido a maniobras de apoyo, en ciertos casos se lleva a cabo mediante el cuestionamiento de modalidades disfuncionales de interacción, lo que instala en la familia la esperanza de que el terapeuta sea capaz de mejorar las cosas y también se refiere a ponerse en el lugar de la familia tratando de sentir y vivir su situación; la cuarta técnica “la repetición del mensaje”, hace hincapié en que el terapeuta no toque otros temas durante la sesión, esto indica que el asunto no puede menos que ser importantísimo, además, el terapeuta produce intensidad en el orden del proceso; dicha técnica logra que el problema real y oculto salga a la luz y se pueda llegar a una solución del problema.

#### 4.4.4 *Técnicas de relajación*

Para el común de la gente, relajarse es perder tensiones, sustituir la noción de trabajo por la noción de diversión. Si bien es cierto que para la mayoría de los individuos un cambio de actividad o la entrega a pasatiempos agradables pueden servir de medio de relajación, no es sólo eso. La relajación es una técnica orientada a la búsqueda del reposo más eficaz posible, al mismo tiempo la economía de las fuerzas nerviosas puestas en juego por la actividad general del individuo. Es un intento de liberarse física, moral, intelectual y afectivamente de alguna opresión. La relajación es, un medio activo con el que se someten a descanso el cuerpo y el espíritu. Es un medio más o menos fácil de evitar toda una serie de desequilibrios físicos, morales y psíquicos (Giroux, 1989).

La relajación es importante porque puede evitar la mitad de los achaques que nos obligan a acudir al médico de cabecera, dichos achaques pueden ser benignos pero nos resultan penosos y van desde la colitis a las fobias, pasando por el asma, los trastornos digestivos, la ansiedad, los calambres, etc. La relajación es eficaz y va dirigida al ser humano en su unidad psicosomática, es decir al cuerpo y al espíritu a la vez.

Nuestro modo de vida nos lleva a sufrir tensiones, vivimos sumidos en la prisa y en la inestabilidad, vivimos todas las tensiones sin disponer de tiempo para adoptar una postura con plena libertad de espíritu; sin tener ocasión de liberarlas, bien sea por su rechazo, bien integrándolas; acumulamos las demoras en adaptarnos a un mundo que cambia con excesiva celeridad. Las técnicas modernas de relajamiento no constituyen solamente una perfección espiritual o corporal, sino que nos enseñan a mantener cierta solidaridad con nuestro cuerpo y espíritu, y a restaurar los fundamentos de nuestra comunicación con las personas, los objetos y las palabras. La relajación previene cualquier actitud destructiva o depresiva pues actúa sobre nuestros músculos, nervios y espíritu.

Todos experimentamos la alteración del ritmo del corazón y de la respiración cuando tenemos que acudir a alguna entrevista de la que depende nuestro futuro; la agresividad, el amor, el odio, la pena, la alegría, el miedo, la vergüenza o la culpabilidad son emociones con repercusiones sobre nuestro organismo. El efecto de la emoción sobre el cuerpo es siempre una tensión. Padecemos angustia, depresión, agotamiento o sobreexcitación, las tensiones forman parte de la vida; la alegría y la euforia son también tensiones; aunque tensiones saludables. Por otro lado la tensión puede ser malsana cuando no es posible expresarla o eliminarla.

Para aliviar los síntomas anteriormente mencionados; existen muy variados métodos para alcanzar esa consonancia entre el cuerpo y el espíritu que supone el estado de relajamiento. Estos métodos actúan sobre los músculos, los nervios y a la mente, pero en grados distintos de la profundidad y en proporciones variables.

Entre estos están los “masajes relajadores”: que descontraen directamente los músculos, sin intervención de la mente; las gimnasias suaves: se trabaja teniendo en cuenta la sensación y el relajamiento; la yoga que aunque no fue utilizada, es importante mencionar que en terapia, es un método que procura el dominio del cuerpo y del psiquismo mediante la práctica de unas posturas determinadas, con el espíritu relajado, facilitado por el control de la respiración; otro método que no fue utilizado, pero que es importante mencionarlo es el método de relajación progresiva (Jacobson; citado en Giraux, 1989), es exclusivamente neurofisiológico, va dirigido hacia las tensiones musculares y nos enseñan a descubrirlas en el cuerpo para poder eliminarlas mejor; también está el método autógeno (Schultz, citado en Giraux, 1989), método psicológico que se vale de la autohipnosis y de la imaginería mental, que consigue un estado de desconexión mental y de relajamiento completo.

Cabe mencionar que todo nuestro comportamiento, nuestras acciones físicas, emocionales y mentales son creados por nuestra conciencia, nuestro espíritu, que para poder expresarse a través del cuerpo transmite información al nivel

energético a nuestras auras y chakras. Se cree que el aura es el campo electromagnético que rodea el cuerpo, y que es el campo energético que nos protege, nos rodea; es nuestro universo; también se menciona que los chakras giran en dos diferentes direcciones simultáneamente y constantemente. Y estos son vórtices de energía muy poderosos.

Cuando estás consciente, puedes establecer una dirección clara para ti mismo; sabes hacia donde vas y puedes encontrar o crear la forma más sencilla para llegar allá. Operar o manejar el sistema conscientemente te permite deshacerte con facilidad y rapidez de problemas en tu vida, de cualquier cosa que no quieras tener, ya sea una enfermedad o un problema mental, emocional, de dinero, espiritual, o lo que sea; y según la teoría del psicólogo, Harold Moskowitz, te puedes deshacer de cualquier cosa que no desees tener en tu universo, es decir en nuestra aura, se puede aprender simplemente a retirar cosas indeseables en nuestra vida con sólo apartarlas del aura, es fácil, y cuando se crean cambios en el aura, que constituye nuestro universo, se crean cambios en todos los aspectos de la vida; menciona que se puede deshacer fácil y rápidamente de cualquier cosa que no se desee, ya sea cáncer, enfermedad del corazón, problemas emocionales o mentales, temores y ansiedades (Moskovitz,1997).

Dicha técnica se llama autosanación porque libera de todas sus problemas al paciente y quita la pesadez de su cuerpo, es muy sencilla y fácil. Estas técnicas para trabajar con la energía, funcionan mejor si se está relajado; el paciente debe estar sentado en una silla con las piernas separadas, se le dice que cierre sus ojos, que inhale y exhale profundamente en cuatro tiempos cada uno durante treinta segundos. Se le pide a los pacientes, traten de ignorar los ruidos que pueda haber en el exterior como el que toquen la puerta o la ventana, entre otros.

Inmediatamente se le pide visualice siete colores, en orden de instrucción uno por uno, y es en tres pasos:

1.- *Visualice el color rosa.*

- a) inhale color rosa
- b) exhale dolor, tristeza, lágrimas, desánimo, etc.

2.- *Visualice el color rojo.*

- a) inhale color rojo
- b) exhale enojo, cansancio, ira, agresividad;

3).- *Visualice el color azul.*

- a) inhale color azul
- b) exhale inflamación de vientre o estómago, de sus pies, o de todo el cuerpo.

4).- *Visualice el color verde.*

- a) inhale color verde.
- b) exhale cualquier enfermedad que tenga.

5).- *Visualice el color naranja.*

- a) inhale color naranja
- b) exhale enfermedades de riñones, o infecciones de vías urinarias, o problemas al orinar.

6).- *Visualice el color amarillo.*

- a) inhale color amarillo
- b) exhale preocupaciones, o angustias, o cualquier problema que tenga y entre otros.

7).- Inhale en cuatro tiempos y también exhale en cuatro tiempos.

8).- Ahora visualice una luz dorada en la parte superior de su cabeza, visualice como va entrando en su cabello, en su cabeza, por sus ojos, por su nariz, por su boca, por su cuello, por sus hombros, por sus brazos, por sus manos, por su pecho, por su estómago y se instala ahí.

9).- Ahora visualice un ganchito de luz dorada en el piso y la parte de abajo la conecta en su parte genital, visualice como jala luz dorada y la sube por sus genitales y al estómago y se instala ahí.

10).- Visualice otra luz dorada en la planta de sus pies, vea como sube por sus pies, por sus piernas, por su genitales, por su estómago y ahí se instala.

11).- visualice como esa luz dorada recorre todo su cuerpo, (aquí el tiempo es de 1 a 3 minutos) y se llama fluir energía que funciona para desatorar la energía de cualquier parte del cuerpo, donde hay pacientes que sienten calor, otros pueden sentir frío, cosquilleo, escalofrío, pesadez, esto quiere decir que donde sintieron cualquiera de estos síntomas es que en esa parte del cuerpo tenían atorada la energía, normalmente es porque en esa parte que puede ser las manos o dolores de cabeza es porque cuando se enojan o se estresan los pacientes, por cualquier problema aprietan fuertemente sus manos por ejemplo y no sacan su coraje, enojo o tristeza, provocan que su energía se atore y por consecuencia que se enfermen. Hay pacientes que por estas situaciones les da una embolia, una parálisis de medio cuerpo, una parálisis facial, entre otras; que por no saber canalizar sus conflictos emocionales y enojos hay la posibilidad que sucedan estas situaciones.

12).- Se le pide al paciente que visualice una rosa, la más bonita que pueda imaginar enfrente de él o ella, ya que esta es un símbolo de amor, y que en esa rosa deposite las situaciones que no le gusten de su vida, a las personas con las que ha tenido problemas, a las personas que quiere, o con las que se enojó, entre otras situaciones que haya tenido con esas personas. El terapeuta va mencionando todas las situaciones malas que el paciente ha mencionado en la terapia una a una para que este las vaya depositando en su rosa.

13).-Visualice cartuchos de dinamita alrededor de su rosa.

14).-Visualice cómo enciende uno a uno de esos cartuchos de dinamita que están alrededor de su rosa.

15).-Si hay algo que no mencioné, deposítelo en su rosa, 16) ahora explote su rosa, visualice como se hace cachitos y se va muy lejos, cuando ya haya terminado puede abrir sus ojos (Moscovitz, 1997).

Después se le explica al paciente como se llamó la técnica, y qué es funcional de esta y en cuánto tiempo tiene que llevarlo a cabo; se le menciona que lo debe practicar diariamente de cinco a diez minutos en su casa a la hora que no haya nadie o todos se encuentren dormidos, o a cualquier hora que los paciente puedan

hacerlo. Se les pregunta cómo se sienten más pesados o ligeros, ¿en qué parte del cuerpo sintieron calor, frío, o cosquilleo?, depende de lo que contesten se les explican los motivos por los cuales sienten estas sensaciones, también se les aclara que si no pudieron visualizar alguna instrucción dada no se deben preocupar, ya que no están acostumbrados a trabajar con esta técnica.

A continuación mencionaré otras actividades que el psicólogo, puede llevar a cabo en la educación especial, como son los masajes y la terapia física, trabajando con personas con capacidades diferentes.

#### *4.4.5 Estudio de caso en psicología*

En general en los últimos doce meses atendí 50 pacientes, con depresión por diversas causas: (Entre ellas, falta de aceptación hacia sus hijos, falta de amor y apoyo de los esposos de las Madres de estas personitas especiales, baja autoestima, falta de comunicación familiar, abuso y acoso sexual en su infancia, violencia intrafamiliar, sobreprotección y rechazo hacia sus hijos. La mayoría de los pacientes atendidos entre ellos, Madres de familia, 20 alumnos del nivel de Capacitación Laboral y 15 familias nucleares y extensas.

Para aclarar lo mencionado anteriormente y entender mejor dichas técnicas mencionaré un caso real de una paciente de dicha institución que en mi experiencia fue satisfactorio porque la paciente logró superar sus conflictos en un 80%, siendo dada de alta a los 6 meses.

#### ***Estudio de caso.***

La paciente ingresa en abril del 2003, a psicología, argumentando tener problemas emocionales, debido a que tuvo un hijo con parálisis cerebral; por tales motivos trae a su hijo a rehabilitarlo al nivel de estimulación temprana.

**El motivo de consulta:**

Depresión por la separación de su esposo y la llegada de un niño especial a su vida.

**Intentos de solución:**

Ver la T. V. sin resultado alguno.

**Datos del familiograma:**

Keila D. G.

30 años de edad

Ocupación: Ama de casa

Nombre del esposo:

Aurelio V. H.

30 años de edad

Ocupación: emigró a E.U.

Nombre del hijo: Misdiel V. D.

**Conducta inicial:** La paciente es una señora que en un inicio llegó con síntomas de depresión y confusión, motivos por los cuales asistió a terapia psicológica; debido a que Keila le preguntaba a Dios por qué le había mandado un hijo con discapacidad? ya que la paciente se encontraba en la etapa de “La primera noticia” donde las interrogantes, las culpas, el coraje entre otras cosas sucedían en la vida de Keila; es así que en la primera sesión, se elaboró el familiograma, el motivo de consulta, los intentos de solución, después se sacaron las hipótesis sobre el caso donde una de ellas era que su depresión se debía a dos motivos, uno la llegada de un hijo especial y en segundo lugar al abandono de su esposo. En primer lugar había que curar la depresión para poder motivar a la paciente a lograr cambios a futuro; para esto se utilizaron diversas técnicas una de ellas fue la de ridiculizar el síntoma, técnica que fue mencionada anteriormente; y que a continuación mencionaré como se utilizó en la paciente.

**Técnica utilizada:** “Ridiculizar el síntoma”, sirve para minimizar el síntoma de la depresión o desecharlo del todo, en este caso la paciente ya no pudo deprimirse, debido a que la tarea consistía en deprimirse a una cierta hora del día, en ésta situación ella eligió la tarde teniendo éxito, ya que se dio cuenta que es un sentimiento que las personas podemos controlar si queremos hacerlo.

**Técnicas de relajación:** Dichas técnicas son mencionadas en el siguiente punto que son las del psicólogo Harold Moscovita, utilizando la técnica de los colores fueron utilizados de acuerdo a las situaciones mencionadas por la paciente; el color rosa sirvió también para curar la depresión ya que inhalaba color rosa y exhalaba depresión, inhalaba color verde y exhalaba kilos de más ya que la paciente presentaba sobrepeso, otro de los motivos de su depresión y baja autoestima, al igual que con el color verde también exhalaba enfermedades a nivel físico y mental, inmediatamente después inhalaba color azul y exhalaba inflamación de pies y del vientre, inhalaba color rojo y exhalaba enojos, agresividad y cansancio, inhalaba color naranja y exhalaba problemas en los riñones, en vías urinarias o alguna infección que pudiera estar presentando en sus genitales, inhalaba color amarillo y exhalaba problemas económicos, morales y físicos. Posteriormente en la técnica de la rosa se le mencionan las situaciones vividas que le preocupaban a la paciente en esa etapa de su vida para que las fuera depositando en la rosa y después las explotara en su rosa logrando liberarse casi al 100% de sus problemas. Otra de las técnicas fue la de visualizar uno a uno de sus seres queridos con los que estuviera teniendo problemas pidiéndole a la paciente que *mencione* “Te perdono por no ser como yo hubiera querido que fueras, te perdono y te libero”; ya que a la paciente se le manejaba que el perdonar nos libera y hasta nos quita tensiones y pesadez en nuestro cuerpo y nos cura el alma y nos da paz espiritual, claro está que depende de la religión, creencias y costumbres que tenga el paciente que acude con los terapeutas; en este caso la paciente es de religión católica y esta técnica al igual que las anteriores funcionaron con gran éxito y beneplácito de la terapeuta. Después de que iba mencionando a sus familiares se le pedía a “Keyla” que metiera uno a uno

de ellos en un corazón y lo llenara de color rosa, dicha técnica es utilizada con el fin de cambiar la percepción de la paciente hacia sus familiares teniendo como resultado el acercamiento de la paciente con sus familiares y mejorando la comunicación entre ellos, mejorando el sistema familiar, y lo más importante el bienestar emocional y físico de la paciente con su hijo especial.

Alternadamente con las técnicas, se trabajó con el manual de autoestima y comunicación asertiva, mencionadas posteriormente. Cabe mencionar que el esposo de la paciente no buscó a la paciente durante 2 años, aún así se obtuvieron resultados favorables.

**Conducta final:** La paciente ya no pudo deprimirse, gracias a las técnicas anteriormente mencionadas, y a los avances de la rehabilitación de su hijo que fueron satisfactorios, inició una dieta con un nutriólogo y empezó a bajar de peso, sus pensamientos comenzaron a ser más positivos respecto a la vida, ya que su autoestima mejoró notablemente, presentándose en las terapias más arreglada que al inicio; ya que la paciente no se maquillaba y utilizaba ropa informal, y no sonreía, ya acepta a su hijo e inició a trabajar debido a que su Madre es la que la mantenía.

**Conclusiones:** Claro está que los cambios fueron radicales en su persona, esto gracias a que la paciente se propuso como metas, subir su autoestima para poder aceptar a su hijo especial, superar la separación con su marido, bajar de peso, y lo logró porque los psicólogos sabemos que si el paciente no pone de su parte aunque tenga las herramientas en su mano; no hay cambios si ella en este caso no hubiera querido no habrían ocurrido cambios aunque hubiera asistido al mejor psicólogo.

Dentro de la terapia psicológica existen otras alternativas como son las técnicas de relajación que ayudan en gran parte a reducir las tensiones y el stress que son

derivados de los problemas que se pueden presentar durante toda la vida; es por eso que es importante mencionarlo en el siguiente punto.

#### *4.4.6 Masajes y Terapia Física*

En esta área, se trabajó con 23 niños y 67 jóvenes, con necesidades educativas especiales y lesión orgánica y neurológica; dando masajes y ejercicios diversos dependiendo cual fuera el caso y necesidades. El objetivo de la terapia física es rehabilitar física e integralmente a los alumnos y alumnas que así lo requieran. En lo personal es de gran importancia mencionar un poco de la finalidad y la teoría de la rehabilitación, es así que la palabra “rehabilitación” es un término familiar en el vocabulario de quienes se dedican como profesionales a proporcionar atención a la salud, y es en particular bien conocida por los fisioterapeutas. Etimológicamente significa reparar o restablecer un previo privilegio, rango, carácter, reputación o condición. La palabra raíz es “habilitar”, término derivado del latín que puede traducirse como “capacitar”, “preparar para”, o “dotar de habilidad”. En forma más general, se refiere a la acción de “hacer capaz” como en el uso alemán moderno donde “habilitación” designa el proceso y la disertación final, mediante los cuales se logra la calificación, para enseñar en el nivel superior (Downie, 1989).

El trabajo de la terapia física es realizar masajes y ejercicios de rehabilitación con el fin de mejorar la calidad de vida física y psicológicamente, ya que si una persona no puede caminar o moverse, por lógica no son completamente felices; como la mayoría que gozan de tener movimientos normales, que pueden caminar, y que hacen su vida normal. Sin embargo este tipo de personas que tienen alguna discapacidad física y también mental sufren más aún si no se les brinda rehabilitación y los daños a nivel físico, mental y espiritual son mayores, por lo tanto es fundamental este tipo de atención en conjunto con la terapia psicológica para ayudar al paciente y a toda la familia a afrontar esta situación.

En ésta área se crearon dos formatos que se han ido modificando conforme a las necesidades requeridas, contienen antecedentes de los pacientes y observaciones realizadas durante los dos últimos ciclos escolares. En primera instancia se lleva a cabo una valoración inicial de terapia física que se realiza a todos los alumnos que ingresan a la institución y este (anexo 7), se conforma de los datos generales del paciente, y de mayor importancia son los datos de los problemas físicos y malformaciones que pueda presentar para que el terapeuta físico o en este caso el psicólogo que se hace cargo de dicha área, tenga bases para dar instrucciones sobre qué tipo de masajes y ejercicios requiere el paciente para su rehabilitación. Al finalizar el ciclo escolar se entrega un informe general a los padres del paciente para observar los avances obtenidos (anexo 8). Por otra parte, en el área de terapia física se crearon diez objetivos que a continuación mencionaré.

Los objetivos de la terapia física son:

- a) “Disminuir el tono muscular por medio, del masaje de roce círculos y estiramiento de tejidos blandos”.
- b) Disminuir y relajar el tono muscular en el paciente, por medio del calor local con lámpara de luz infrarroja, en las partes del cuerpo donde lo necesite, mejorar la postura en las posiciones, sedente, bipedestación (parado) y marcha.
- c) Mejorar la postura de la columna vertebral, por medio de ejercicios en la misma.
- d) Reeducar el mecanismo de la marcha, por medio de ejercicios de entrenamiento, e) aumentar el tono muscular, por medio del masaje de effeuragge (fricciones fuertes, percusiones (golpecitos), con la mano, en puño, en decúbito, y con la palma de la mano; aumentar el tono muscular, por medio de propiocepciones (ejercicios) especiales, realizados en miembros superiores e inferiores.
- f) Mejorar la coordinación en la marcha, por medio de cambios funcionales (de acostado a sentado, de sentado a cuatro puntos, de cuatro puntos a hincado, de hincado ha parado, y posteriormente a la marcha (caminar).
- g) Mejorar la coordinación de la marcha, por medio de desplazamientos (rodado, arrastre, gateo).

h) Mejorar la postura y movimientos corporales, por medio, de los cambios funcionales.

i) Mejorar la postura en la bipedestación, por medio del uso del estabilizador.

Cabe señalar que no sólo basta con plantearse, objetivos a trabajar en la terapia física, sino también hay que tomar en cuenta los aspectos emocionales del ser humano, como son los valores y las metas, éstas son respetar al paciente como persona y esto nos lleva a considerar a los pacientes como individuos únicos y verlos en la totalidad de su ser, con semejantes dimensiones físicas, psicológicas, sociales y espirituales. Se cree que la cualidad de ser personas, debe valorarse porque es ella la que nos hace seres humanos semejantes, compañeros en la comunidad humana.

Más aún, es como persona que cada uno de nosotros tiene la capacidad de ser un agente de creatividad, de producir valores morales, espirituales, sociales y estéticos. Por decirlo con otras palabras, los seres humanos deben ser respetados, incluso en su debilidad, vulnerabilidad, limitación y dependencia porque la vida humana es sagrada. Esto es una forma de decir que la vida tiene un valor intrínseco, que no es mera herramienta para lograr algo.

En casi todos los casos, el significado pleno de la salud o bienestar va más allá de la mera ausencia de la enfermedad. Puede ser compatible incluso con enfermedades crónicas o terminales. Por último es la calidad de vida lo que está considerando en todas las circunstancias. Por otra parte, atender a un paciente no es enfrentar una enfermedad, ni estrictamente un caso a resolver, es más bien enfrentar una vida. En el caso del curador puede llegar a ser un transmisor de vivencias que aporten los mismos pacientes, ser un buen escucha es útil para todos.

El masaje es una forma singular de establecer comunicación sin palabras, es a través del contacto con el otro que podemos transmitir un mensaje, ya sea

aprecio, respeto, fortaleza. La persona que lo recibe participa de una experiencia física y mental difícil de describir, como si penetrara en un mundo interior inválido de variados y contradictorios sentimientos que se viven y se manifiestan corporalmente en la consistencia, textura, y forma de algunas partes del cuerpo, como cara, cuello, espalda, pecho y pies. Cuando una emoción es reprimida y no puede exteriorizarse surge un bloqueo de energía que puede traer consigo tensión, contracturas; ya que es ahí donde queda acumulada esa emoción y se estanca. Una forma de aliviar esa tensión y externar la emoción que está predominando y que muchas veces los pacientes no logran identificar, sería el masaje en puntos específicos que les permitan abrirse y externar su sentir ya sea con la palabra, con un grito, e inclusive con el mismo silencio, lo cual sería difícil de exteriorizar por otros medios, ya que el masaje da la posibilidad de que brote.

La salud del ser humano se preserva cuando este logra consolidar y fortalecer su aspecto emocional y su aspecto físico, esta fuerza estará dada por el equilibrio que logre a lo largo de la vida y por los distintos momentos del proceso (López, 1997).

En el área de terapia física aparte de los masajes, en mi experiencia, es más funcional en conjunto con la musicoterapia y aromaterapia; ya que los terapeutas físicos a nivel licenciatura no utilizan este tipo de terapias sólo se enfocan a los ejercicios de rehabilitación y masajes sin tomar en cuenta otros aspectos del paciente más que de que camine, mejore su postura, o sus movimientos sólo tomando en cuenta lo físico y no tanto el bienestar emocional. Sin embargo, el psicólogo clínico y educativo, sí toma en cuenta esos aspectos del ser humano ya que su formación es diferente a la del terapeuta físico por la lógica de que sus intereses son diferentes. Es por esto que es importante mencionar qué importancia tienen la musicoterapia y aromaterapia como alternativas en conjunto con la psicología y la terapia física en la educación especial.

#### *4.4.7 Musicoterapia y Aromaterapia.*

Es de gran importancia mencionar la definición y los antecedentes de la musicoterapia y aromaterapia ya que estas alternativas de la salud, están sustentadas en investigaciones y teorías reales para comprobar su funcionalidad, ya que son necesarias en la terapia psicológica y en la terapia física con la finalidad de obtener resultados favorables; ya que en la actualidad han ido ganando un terreno importante y cada día más psicólogos clínicos y educativos recurren a dichas alternativas.

La musicoterapia es la curación, el restablecimiento es una terapia por medio de una energía que es la música que remueve nuestras manifestaciones y se adentra hasta lo más profundo de nuestro ser, logrando el desbloqueo y la apertura de los canales de comunicación, así como un estado adecuado y un equilibrio en todos los aspectos.

La musicoterapia es el uso dosificado de la música en el tratamiento, la rehabilitación, la educación y el adiestramiento de adultos y niños que padecen trastornos físicos, mentales o emocionales.

La creencia primitiva de que la enfermedad era la causa de la posesión de un espíritu del mal persistió en el mundo antiguo especialmente en lo que se refiere a los trastornos mentales. Al mismo tiempo la concepción de la enfermedad por el hombre tomó una forma diferente. Poco a poco adquirió la idea de que la enfermedad era un estado patológico, aún cuando seguía creyendo en que sobrevenía por influencia sobrenatural: pensaba que le había sido enviada por un dios colérico en castigo de un pecado o de una transgresión a las leyes, quizá inconsciente. Era imperativo descubrir primero no la causa fisiológica de la enfermedad sino la naturaleza de la falta por la cual el paciente era culpable; ya que debía aplacar a los dioses y expiarla para poder curar.

A través de los siglos el sacerdote había sucedido al padre como jefe de la comunidad surgida de la unidad familiar. Era una especie de figura paternal elegida por los propios dioses, primero en forma hereditaria, después por el voto de multitudes que expresaban la voluntad de los dioses. Por eso su persona les resultaba grata; era una persona sagrada que contaba con la confianza de la comunidad, pero no amada. Al revés del hechicero, vivía abiertamente entre su pueblo. Su vida pública y privada se presentaba al menos respetable exteriormente; su función se basaba sobre tradiciones que se remontan a tiempo inmemorial, cuando el sacerdote, “padre-jefe” de la familia, sabía todas las fórmulas religiosas vinculadas con el culto de los antepasados, estas fórmulas se habían transmitido al principio de boca en boca y luego fueron inscriptas en un libro, consistían en himnos o cantos que habían de ser entonados con el ritmo exacto, para lo cual era menester seguirlos escrupulosamente; todo cambio o error era un acto de impiedad severamente castigado por el Estado, pues desagradaba a los dioses y ponía en peligro la comunidad entera (Alvin, 1990).

Estas formulas religiosas y estos cantos, probados en el pasado, eran eficaces y por consiguiente agradables a los dioses, algunos de los libros sagrados contenían colecciones de cantos e himnos a veces tan antiguos, que su lenguaje ya no era comprendido por nadie, aunque la gente seguía cantándolos y creyendo en su eficacia. El sacerdote adquirió sus conocimientos de libros que eran mantenidos en secreto; debía conocer todos los detalles relativos a los ritos sagrados, incluso aquellos para combatir la enfermedad y las epidemias; debía de satisfacer a la deidad, pues de otro modo el dios podía tornarse enemigo y provocar un desastre. La música instrumental y coral era utilizada durante las ceremonias, según un ritual adecuado para la ocasión. En la era cristiana, los himnos y la música orientaban las súplicas del paciente hacia su auxilio y la curación (Alvin, 1990).

En Babilonia y Egipto vieron el nacimiento de una actitud racional hacia al enfermedad, esta actitud creció en la antigua Grecia y de allí paso a Roma.

Respecto a los instrumentos de viento se mencionaba que eran, en la época de los griegos, los únicos instrumentos de sonido sostenido, que tenían la característica de la voz humana. De allí su notable efecto sobre los oyentes de aquellos tiempos cuyo oídos no estaban condicionados a la intensidad y al dinamismo del violín. Ya en los tiempos primitivos la flauta en su registro alto fue empleada como particularmente eficaz en la magia sexual; en los textos griegos encontraron diversas referencias al potente efecto de la flauta sobre las emociones. Se la creía capaz de exaltar pasiones y producir así catarsis.

Aristóteles expresó la opinión de que la flauta era un instrumento de carácter muy excitante más bien que ético y debía ser, en consecuencia, empleado solamente en aquellas ocasiones en el que el objeto de la música depurara las emociones más bien que enriquecer la mente. Por su parte los griegos observaron solamente unos pocos efectos puramente fisiológicos de la música, tal como, por ejemplo, sobre el insomnio. Se menciona que una mujer de esa época que padecía de ansiedad, recuperó el sueño con el empleo de la música de fondo. También se atribuía a las vibraciones la facultad de afectar a una parte enferma, tal como la ciática, y que estas tuvieran el poder “de hacer que la carne palpitara y reviviera” cuando el músico tocaba sobre el cuerpo al paciente. La música también era utilizada durante las comidas para ayudar a la digestión.

Platón fue más lejos y abogó por el empleo médico y uso de la flauta como medio terapéutico, fue seguido por los árabes quienes heredaron muchas de las tradiciones médicas griegas; la usaron en hospitales de enfermos mentales. Demócrito, en un tratado médico acerca de “infecciones mortales”, recomendaba la flauta como remedio de muchas enfermedades de la carne.

Posteriormente en el Renacimiento fue uno de los períodos más dinámicos y creativos de la historia humana; en los campos de la medicina y de la música experimentaron enormes cambios, pues ambos afectaban al hombre que se estaba descubriendo a sí mismo. Muchos médicos, admitieron su valor como un

factor de bienestar, una distracción de la obsesión o “las preocupaciones o temores”. El médico Philip Barrough mencionaba de sus pacientes mentales; “Dejadlos que estén alegres tanto como puedan y que tengan instrumentos musicales y canten.” Ambrosio Paré prescribía a sus pacientes de cirugía, que se rodearan de violines y violoncelos para alegrarse.

En la época del año de 1892, se le designaba curandero en general a las personas que además de sus tareas mágico-médicas, tienen funciones sociopolíticas o sea que, por ejemplo, servían de consejeros a los caciques. También el chamán es médico, hechicero, consejero y profeta todo en uno, pero lo sacerdotal de su cargo, la pincelada religiosa, era más notoria; el chamanismo se considera también como religión por derecho propio. Respecto a sus vestiduras son fantásticas, y consisten casi siempre en una piel de res cosida, semejante a una túnica; de ella cuelgan cascabeles y campanillas, plumas, trozos de metal y otros artículos que producen ruido, y cada uno de esos objetos tenía un determinado significado mágico (Lobsack, 1986).

Por otra parte en la actualidad, el fisioterapeuta trabaja sobre conocimientos fisiológicos, y el musicoterapeuta trabaja con su comprensión de la música, sus efectos sobre la mente, el cuerpo y las emociones.

Respecto a los beneficios, estos pueden ser diversos:

- a) Ayuda a restablecer o mantener la salud física, mental y emocional como un todo integrado.
- b) Intenta prevenir estados o remediar trastornos físicos y psicológicos”; c) “Evita el stress.
- d) Mejora los trastornos o alteraciones a nivel de lenguaje, de percepción, de psicomotricidad, de aprendizaje, de conductas de comportamiento, de bloqueos emocionales, entre otros.
- e) Incrementa la capacidad intelectual de las personas.

- f) Se obtiene mayor aceptación y autoestima, así como confianza y seguridad en sí mismo.
- g) Desarrolla más el sentido del oído.
- h) Tiene reconocimiento de sus posibilidades, capacidades, así como potencial humano.
- i) Favorece la interrelación y la integración en los diferentes ámbitos de su entorno”.
- j) Ayuda al autoconocimiento.
- k) Mejora la calidad de vida en la persona.
- l) Favorece el equilibrio y la armonía en el ser humano.
- m) Enriquece y desarrolla el crecimiento.

La metodología del trabajo utilizada se describe en tres etapas; 1) en el transcurso del proceso musicoterapéuticos se produce un estado regresivo que posibilita la apertura de canales de comunicación; 2) se produce una comunicación no verbal dentro del grupo; 3) durante una fase de integración se vuelve a vivenciar el contexto familiar y social.

Las técnicas que se utilizan en la musicoterapia son:

- Respiración.
- Relajación.
- Improvisación (libre y espontánea).
- Comunicación no verbal (integración, confianza y contacto físico).
- Expresión corporal.
- Psicomotriciad.
- Desarrollo de la sensibilidad (exploración y experimentación a nivel sensorial).
- Expresión artística.
- Ludoterapia (Terapia de juego).
- Danzaterapia- Psicodanza.

- Psicodrama (sonodrama); es la representación personal de la vida.
- Aromaterapia.
- Masaje.
- Imaginación guiada.
- Inducción musical (audición).

Por su parte la “Aromaterapia”, es la concepción donde materia y energía son intercambiables, es la unión de lo físico con lo sutil, de lo aparentemente estático con lo eternamente dinámico, de lo externo con lo interno, de lo temporal con lo imperecedero.

Tanto en las terapias psicológicas como en las físicas, la aromaterapia es funcional para estimular el olfato y el estado de ánimo; ya que el sentido del olfato, el cual percibe 10,000 veces más que cualquiera de los otros sentidos, es el único sentido que se proyecta directo al sistema límbico, así los aromas naturales van en un viaje inmediato a la memoria, sexualidad, apetito, estados de ánimo y a todos los impulsos que forman parte de este sistema. Cuando la persona huele algo, no tiene que pensar, sólo reacciona. El estímulo al olor en el sistema límbico, libera neurotransmisores algunos, de ellos son los siguientes:”Encefalina”, la cual reduce los dolores, produce sensaciones eufóricas agradables y crea estados de bienestar. “Serotonina”, ayuda a calmarse y relajarse. “Endorfinas”, reducen el dolor, producen un estado de alegría y estimulan el deseo sexual (Lobsack, 1986).

Hablar de aromas es cerrar los ojos y evocar innumerables imágenes que vienen a la mente; los aromas nos estimulan los sentidos, sin imaginar los miles de años que se necesitaron para obtener de la naturaleza sus secretos y hacer de ello una ciencia y un arte.

El origen de la aromaterapia se remonta a las profundidades de la prehistoria donde los primeros habitantes del planeta, al descubrir el fuego lo avivaban quemando madera y plantas. De esta forma se percataron que de ahí emanaban

olores muy agradables, mismos que aprendieron a usar para halagar a los Dioses en ceremonias rituales. A través de la historia se encontró que en todas las culturas han utilizado los aromas y han puesto un sello particular a su uso.

Tratados de medicina con más de 5000 años de existencia, nos relatan el uso de las esencias en el lejano Oriente; China y la India desarrollaron técnicas para la prevención y curación con plantas Aromáticas e incluyeron su uso cotidiano para cuidados de la salud y la belleza, así como para obtener bienestar y serenidad.

En la América prehispánica todas las culturas que florecieron a lo largo del continente han dejado testimonio del uso de las plantas Aromáticas con fines curativos y rituales. Hoy en algunas comunidades se guardan tradiciones antiguas como el sahumar a los enfermos con hierbas como el romero para aliviar los males. También es común que en ceremonias funerarias se quemara copal para la purificación y protección.

En occidente los Sumerios y Babilonios legaron sus conocimientos a los Egipcios quienes dieron una atención sin paralelo a los Aceites Esenciales, utilizándolos en su vida diaria *para efectos curativos*, cosméticos y en la preparación de los cuerpos inertes para su preservación en el viaje a la eternidad. De hecho, en el papiro Erbes escrito en 1600 a. de C. se describen fórmulas con el uso de Esencias Aromáticas (Lobsack, 1986).

Los Griegos y Romanos desarrollaron el conocimiento y la cultura heredados de los egipcios, aportando grandes descubrimientos en todas las áreas del saber humano. Se sabe que ambas culturas daban gran importancia a los placeres de la vida en los cuales se incluía el uso de las Esencias Aromáticas para perfumar (del Latín perfume: a través de humo) sus cuerpos, ropas y alimentos.

El sabio Hipócrates; considerado padre de la medicina occidental, sostiene en sus tratados médicos los poderes de sanación de las Esencias de plantas Aromáticas.

La Aromatología es la disciplina que estudia todo lo relacionado con los aromas, métodos con que se cultivan las plantas aromáticas y procesos de extracción, así como su calidad y su aplicación en los distintos campos de la cosmetología, dermatología, psicología y medicina en general.

El mundo de los aromas se va especializando cada día, su aplicación con fines terapéuticos físicos o emocionales y su uso en productos de belleza o de impacto sensorial, ha llevado a los estudios de esta disciplina a clasificarlos en: Aromaterapéuticos y Aromacológicos, entendiendo por Aromaterapia el uso de los aceites esenciales que impactan la salud y por Aromacología el uso de los aromas que influyen sensorialmente. Es difícil distinguir el límite, ya que el universo de los aromas es muy amplio, rico y variado y su influencia muy compleja. Al percibir un aroma, nuestro estado de ánimo cambiará y/o nuestra salud se mantendrá (Salomone, 1994).

Todas las teorías y técnicas anteriormente vistas son utilizadas también en Escuela para Padres, ya que es necesario e importante, ya que hay personas que se niegan a asistir a terapia psicológica, en ocasiones por resistencia al cambio o en otras simplemente porque creen que no es necesario para su bienestar; sin embargo hay población interesada en asistir a las pláticas y talleres de escuela para padres, y hasta las mismas personas que no van a terapia psicológica individual o familiar.

En lo particular la aromaterapia y la musicoterapia son utilizadas en conjunto en la terapia física, en escuela para padres y en algunas ocasiones en las terapias psicológicas. A continuación se dará una breve descripción de cómo es utilizada la musicoterapia en terapia física, ésta se lleva a cabo en el gimnasio, iniciando la primera clase de las 9.00 A. M. se pone en la grabadora un cassette con música de relajación, instrumental ó clásica, por ejemplo Mozart, que estimula el lenguaje en el niño; Shubert, que estimula los neurotransmisores de la atención, entre otras como Vivaldi, Bach, Ravel, que es utilizada con los niños con autismo, déficit de

atención, discapacidad intelectual moderada, severa y profunda; con el fin de relajarlos y que permitan realizarles su masaje y ejercicios.

En un caso en específico con un paciente llamado Toño, él tiene parálisis cerebral, aunado con una discapacidad intelectual moderada, por lo tanto se distrae fácilmente, tiende a presentar resistencia muscular (al realizarle cualquier ejercicio, tanto en sus brazos como en sus piernas, y regularmente se ponen tensas), en algunas ocasiones está relajado, también tiene hipertonía (alto tono muscular), tiene contracturas severas, en esquirotibiales (atrás de las rodillas), tiene patrón cruzado (cruza las piernas en tijera), y últimamente los músculos de ambas piernas han adelgazado y su tono muscular sigue siendo hipertónico; por lo que me hace pensar en que su diagnóstico es errado ya que tiene características de un problema genético, debido a que está retrocediendo en lugar de mejorar, ya que los músculos de ambas piernas han adelgazado en gran medida y sus contracturas son cada día más severas como lo mencioné anteriormente. En un inicio los resultados eran favorables; estiraba las piernas, su tono iba mejorando, y prestaba mayor atención, y su lenguaje incrementó, esto gracias a la música de “Mozart”, y “Shubert”, a los masajes de relajación, de roce y de estiramiento de tejidos blandos, y a los aromas utilizados durante sus terapias físicas.

### ***Tratamiento:***

1.- Con el fin de armonizar el ambiente del paciente se pone música clásica de “Mozart”, “Shubert” y en otras ocasiones de otros autores como “Ravel” o “Bach” entre otras, a un volumen moderado; y para estimular el sentido del olfato, se ponen aromas, en ocasiones varitas de incienso de sándalo, canela, coco, jazmín o sinergias (aromas), de serenidad, o vivificante para estimular el cerebro y aclarar los pensamientos, e ideas, y relajarlo, para que sus terapias sean agradables.

2.- Se acuesta al paciente boca abajo en una mesa con una sábana puesta en la misma para que el paciente no sienta fría la colchoneta; se le quitan sus

pantalones y calcetas, quedando con un short amplio de sus piernas para facilitar el trabajo.

3.- Se le pone calor local (lámpara de luz infrarroja), en una pierna primero y luego en la otra pierna durante 1 ó 30 segundos, para relajar y calentar los músculos.

4.- Se aplican dos tipos de masajes primero el de roce que es para estimular circulación sanguínea y relajar los músculos de ambas piernas, el cual consiste en pasar la palma de la mano derecha comenzando con tendón de Aquiles, subiendo hacia esquirotibiales y terminando debajo de la nalga, continuó con masaje de estiramiento de tejidos blandos durante 5 minutos, y después continuó con masaje de roce, de igual manera lo hago en la otra pierna (en otras ocasiones utilizo masaje de amasado y de círculos para relajar los músculos de las mismas).

5.- Se le realizan elongaciones de los tendones de Aquiles, primero en un pie y después en el otro, este consiste en flexión-extensión, tomando con la mano izquierda el tobillo y con la otra el empeine, el segundo ejercicio realizado se lleva a cabo de igual manera, se toma el pie y se le mueve como si el pie saludara, poniendo el pie alineado y después se saca hacia fuera regresando el pie en línea media, en el tercero, se gira el pie en círculos hacia afuera, las series realizadas son de 10 a 20 veces, cada uno, con el fin de mejorar la posición de ambos pies, debido a que presenta rotación interna.

6.- Continúo con estiramientos realizados en ambas piernas tomando el talón con la mano derecha y con la mano izquierda sostengo la pierna, estiro el talón hacia delante durante 5 segundos y dejo de estirar, 10 veces, en cada pierna (el paciente en posición boca arriba).

7.- En ambas piernas se realizan los siguientes tres ejercicios, en serie de 10 veces cada uno, primero en una pierna y después en la otra; inicio con flexión-extensión, tomando el pie con la mano derecha, flexiono la pierna derecha hasta la

nalga y extendiendo hasta abajo regresando a la mesa, en posición de prono (boca abajo), en el segundo detengo la pierna debajo de la nalga, con la mano izquierda y con la mano derecha muevo la misma hacia fuera y regreso la pierna en línea media, el último ejercicio realizado en ésta posición, consiste en detener la pierna con la mano izquierda debajo de la nalga y con la mano derecha tomo el tobillo derecho y giro en círculos hacia fuera.

8.- Volteo al paciente en posición de supino (boca arriba), tomo la pierna derecha con la mano derecha puesta en el tobillo del paciente y la mano izquierda la pongo atrás de la pierna bajo los esquirotibiales casi a la altura de la rodilla y extendiendo y flexiono la pierna de 10 a 20 veces, en cada pierna.

9.- Con mi mano izquierda, tomo la rodilla derecha del paciente y con mi mano derecha tomo el tobillo y con la pierna flexionada, giro hacia fuera 20 veces, después con la pierna estirada y relajada en la mesa roto hacia fuera la misma con mis manos una debajo de la rodilla y la otra arriba 20 veces en cada pierna.

10.- Flexiono primero una pierna, pongo mi mano derecha encima de la rodilla del paciente y hago cargas de peso hacia abajo para fortalecer la misma para la futura marcha, inmediatamente tomo el tobillo y tomando con mi mano derecha y con la mano izquierda detengo la pierna ya flexionada realizo cargas de peso en el mismo de igual manera, en la otra pierna.

11.- Con la mano izquierda alineo la pierna derecha y con la mano derecha tomo el talón y jalo este hacia delante unos segundos y después de dejar de estirar también unos segundos 20 veces en cada talón.

12.- El paciente también acostado boca arriba, continuamos con los brazos primero en el derecho y después en el izquierdo, se pone calor local en el área de flexión del codo y en la muñeca por 1 minuto, se le aplica aceite y se inicia el masaje de roce de la muñeca hacia arriba, terminando a la altura del hombro

recargando la mano hacia arriba y deslizando mi mano suavemente sin despegar la mano para que el paciente relaje el brazo, el segundo masaje es en círculos de la muñeca hacia arriba y termino con masaje de amasado, también de la muñeca hacia arriba 10 veces cada uno, en cada brazo.

13.- Tomo con mi mano izquierda el área de la flexión del brazo (atrás del codo) y alineo el mismo y con la mano derecha tomo su muñeca y estiro hacia el frente durante unos segundos y después relajo el brazo también durante unos segundos 10 veces, el segundo estiramiento lo hago hacia la derecha a la altura de su hombro, el tercer estiramiento lo realizo hacia arriba, y el último hacia atrás, de la misma manera se lleva acabo en el otro brazo.

La terapia dura de 45 minutos a 1 hora, dos veces por semana y se recomienda a la Madre del paciente realice en casa los masajes y ejercicios diariamente, con el fin de obtener resultados satisfactorios.

Finalmente para terminar este capítulo se mencionará a continuación, una breve descripción de los talleres vivenciales y pláticas trabajadas durante los últimos doce meses.

#### ***4.4.8 Escuela para Padres.***

La escuela para padres fue creada por la necesidad de ayudar a la población que tienen un hijo o hija con capacidades diferentes, ya que como se mencionó anteriormente las familias que viven esta situación se niegan muchas de las veces a asistir a terapia psicológica, sin embargo sí asisten a los talleres y pláticas que son impartidas por la psicóloga clínica en la sala de juntas, en fechas diferentes, conforme al calendario escolar, dependiendo de las necesidades detectadas en las familias de estas personas.

Cabe aclarar que lo que se trabaja en escuela para padres, también es trabajado en las terapias psicológicas. En primer grado de importancia es la comprensión que el terapeuta debe de dar a los padres ya que lo necesitan debido a que el impacto de la primera noticia, es muy doloroso, con referencia a la llegada de un hijo con alguna discapacidad, ya que ellos esperaban un hijo “normal” que camine bien, que hable, que tenga buena atención entre otras cosas y no es así; entonces llega la depresión y las interrogantes, *¿Qué voy a hacer, ¿Por qué me sucedió?* etc, ya que no están preparados y se dan el stress, la negación, el duelo, conforme pasa el tiempo se da la aceptación, después se trabaja con la autoestima y la asertividad. Las etapas mencionadas anteriormente son las que se trabajan con los padres en un principio con un taller, llamado “pensamientos, sentimientos y emociones,” para ayudarles a los padres de familia a asimilar y aceptar la situación que les tocó vivir, ya que es muy difícil para los padres llegar a una aceptación real y sincera hacia su hijo; ya que la experiencia como psicóloga de este tipo de personas me ha llevado a la conclusión que nunca hay una aceptación real, debido a que la mayoría de las personas con discapacidad tienen la necesidad de depender de su familia para salir adelante; sin embargo la otra parte de la población con discapacidad ha ido logrando un espacio en la sociedad como cualquier persona, que puede trabajar, estudiar y casarse sin importar su discapacidad, aunque hay posibilidades de que sufran rechazo por una pequeña o gran parte de la sociedad.

Por tal motivo es de gran importancia dar talleres y pláticas a los padres para asimilar, acomodar y adaptarse a su nueva vida. En uno de los talleres vivenciales que se imparten, el principal es en donde se toca el proceso de duelo, pero antes se da una dinámica de presentación llamada “calabaceado” ésta se trata de que todos los participantes bailen, cambiando de pareja y presentándose dando sus datos generales y explicando el motivo por el cual asisten al taller y lo que pretenden lograr en el mismo, esto lo van a hacer cuando la música pare, al escuchar la música de nuevo, tienen que bailar, y así consecutivamente hasta que acaben de presentarse.

Posteriormente se lleva a cabo una segunda dinámica llamada “recuerdos” en donde se invita a los padres de familia a sentarse formando un círculo alrededor de la sala, la psicóloga pone diversos objetos en el piso y se les pide a los participantes que tomen el objeto que quieran, después la terapeuta les pregunta a cada padre que mencionen por qué motivo eligieron este y conforme van hablando normalmente los padres lloran, ya que relacionan el objeto con la pérdida de algún familiar o algún acontecimiento doloroso, dicha dinámica es con el fin de entrar al tema de las etapas del duelo, éstas son presentadas en láminas de papel bond para explicarles una a una las etapas, después se les pregunta en qué etapa se encuentran y esto ayuda a adentrarlos al tema permitiendo que expresen sus propias ideas y sentimientos comenzando el proceso del cambio en cada uno de los participantes, ya que cada uno logra objetivos diferentes, sin embargo con el mismo fin, que es lograr aceptar, que tienen un hijo con alguna discapacidad. A continuación se puede observar la información manejada en el taller.

*El Proceso de duelo se da en nueve etapas:*

1.- *Choque o shock.*- Inicia con la presencia o evidencia de la discapacidad y al confirmarla con el diagnóstico, genera una serie de sentimientos como impotencia, confusión, pánico, miedo, etc. Los padres se sienten incapaces, derrotados y se paralizan, aun antes de comenzar. Tener un hijo con discapacidad puede ser un golpe muy fuerte para el ego, a la autoestima, así como a la confianza en sí mismos, esto es por varias razones:

2.- *Negación.*- Es natural una primera reacción de negación como mecanismo de defensa que abre un compás de espera, es el tiempo de preparación para enfrentar la realidad que se está viviendo.

3.- *Enojo.*- El enojo es una resultante natural de la culpa: alguien tiene que ser culpable de lo que sucede al hijo. El enojo va contra todo: con los doctores, por no encontrar cura; con los educadores, por no lograr que aprenda; con los otros hijos,

porque demandan tiempo y energía; con el esposo (a), porque no es capaz de aliviar el dolor, con los familiares y amigos, por no saber dar consuelo; contra otros padres, porque no aprecian la normalidad de sus propios hijos, contra su hijo con discapacidad, por serlo.

*4.- Aislamiento.-* Los padres se alejan de familiares y amistades; se encuentran en un profundo sentimiento de pérdida, se perdió el niño ideal y perfecto que alguna vez se creyó tener y, con él, muchas esperanzas y sueños que rodean el futuro. Evaden todo tipo de reuniones para no poner en evidencia su sufrimiento, cayendo en picada en una depresión.

*5.- Depresión.-* Cuando nos instalamos en el papel de víctimas, estamos enmascarando el dolor, lo cual nos permite salir de la depresión, ahora bien, cada persona tiene una forma distinta de manejar el sentimiento de pérdida: algunos lloran y preguntan incesantemente “¿por qué a mí?” estableciendo un círculo de autocompasión; otros manejan este duelo más controlada y calladamente. En ocasiones sienten tanta tristeza, que llegan a pensar que hubiera sido mejor que el niño con discapacidad no hubiera nacido. Y aumenta su estado de depresión, sintiéndose mal consigo mismos por tener este tipo de sentimientos.

*6.- Culpa.-* El sentirse culpable de la discapacidad del niño, o no poner atención a los otros hijos, así como el mal funcionamiento de la familia, sólo lleva a los padres a un constante castigarse y agredirse, deteriorando cualquier tipo de relación y a enfrascarse en el círculo del sufrimiento, depresión, enojo y culpa.

*7.- Responsabilidad.-* Cuando resolvemos el sentimiento de culpa y asumimos la responsabilidad del manejo de sentimientos, y aun de la misma discapacidad, adquirimos un aprendizaje que nos lleva por una vía corta a la aceptación.

*8.- Dolor.-* En la etapa del dolor se conjugan una serie de emociones encontradas de enojo, culpa, frustración, miedo, etc; de una manera transitoria. El dolor no se

puede medir, su tiempo y su intensidad se viven de una manera totalmente individual. En el dolor se lloran las expectativas de los padres y el hecho de que sus hijos no alcancen las metas deseadas.

*9.- Aceptación.-* Para poder llegar a la etapa de “reconstrucción” en la que es posible adoptar conductas más realistas partiendo de la aceptación, es necesario recurrir al llanto como desahogo, hablar del asunto y buscar ayudas concretas. Una vez superada esta fase, el dolor de los padres pasa a segundo término y el hijo se convierte en el sujeto real de las acciones. Esforzarse cada día para superar el desaliento profundo y el decaimiento prolongado. Hay que ser enérgico para seguir adelante y para repetir cuantas veces sea necesario los esfuerzos educativos. Precisa además, encontrar las pequeñas alegrías que entraña cada logro. Vivir cada día la discapacidad del hijo a la luz del amor. Esto es lo que permite ver más allá y encontrar el sentido de su vida y la de los padres. No obstante el sufrimiento que acompaña a estas vidas, cabe la posibilidad de alcanzar una existencia plena y feliz.

Por lo tanto, el logro de una mejor integración de la persona con discapacidad está en la trama social, especialmente en su familia. La familia es una estructura compleja y articulada, basada en la convivencia que tiene por objeto garantizar a sus miembros el desarrollo, la independencia física, social, económica, la estabilidad emocional y la protección.

El conocimiento de que llega a la familia un hijo con discapacidad es algo que irrumpe drásticamente en la persona, su familia y la sociedad. Se experimentan sentimientos conflictivos. Estos sentimientos cambian y evolucionan; inicialmente, en la mayoría de los casos, tener un hijo con discapacidad es un fuerte golpe que por lo general, implica una reacción que las expertas llaman “choque”, este puede ser breve o prolongado. Como ya se mencionó anteriormente se atraviesa la negación, culpabilidad, enojo, aceptación, etc; algunos expertos hablan de una

serie de etapas por las que se atraviesa; en realidad no hay etapas sino una secuencia general de estados emocionales que se experimentan.

Una vez que la pareja tiene hijos se adoptan nuevas funciones, la esposa se convierte en madre y el esposo en padre, esto hace que la relación sea más compleja, la relación esposo- esposa requieren de un gran esfuerzo ya que ambos ejercen funciones adicionales de padres. Generalmente la llegada de un hijo a la familia sirve para profundizar la relación esposos- esposa y amplía los sentimientos de compromiso.

En ocasiones, el lazo entre uno de los padres con el niño con discapacidad se vuelve más sólido, lo que hace que el sistema de relaciones familiares se desequilibre. Cuando un niño en la familia tiene discapacidad las relaciones se tornan mas complejas a veces la hermana o hermano pueden sentir que el niño especial recibe demasiada atención; es importante mantener el equilibrio en estas relaciones.

Ser padre de un niño con necesidades especiales es un reto que estruja el corazón. Para enfrentarlo echamos mano de nuestra personalidad, nuestros recursos económicos, la cantidad de éxitos y fracasos que hemos encontrado a lo largo de nuestra vida y el tipo de apoyo con el que contamos por parte de la familia y la comunidad en que vivimos.

El tipo de discapacidad también va a influir en la manera de reaccionar de la familia, tener un hijo con necesidades especiales es indudablemente un reto, una preocupación que no parece tener fin, y un dolor que sólo conocen bien quienes lo han vivido. Los padres deben darse cuenta que el problema no es culpa de nadie, que la rehabilitación será por mucho tiempo y requerirá de esfuerzo, paciencia y cooperación de toda la familia.

Sin embargo hay muchos estilos para enfrentarlo, los cuales dependen tanto de la forma de ser de cada persona como de la visión que tenga de la vida y de su misión personal. Los padres son los principales maestros y terapeutas del niño, ya que son ellos los que durante toda su vida están pendientes de sus hijos y son quienes transmiten seguridad para que ellos sean independientes.

Por otra parte, es importante partir de que todos los niños en la escuela tienen derecho a la oportunidad de superar retos y de crecer, tienen derecho a desarrollar habilidades, a conocer, a ser informados a comprender y a pensar. Tienen derecho a que se les tenga en confianza.

Todo alumno puede aprender, a su manera y a su ritmo, debe tener la certeza de que puede vencer las limitaciones, es importante encender su deseo de hacer las cosas, alejarlo de sus carencias llegar junto con él a la fuente de su fuerza y maravillarse, con él de lo que puede lograr ante la belleza del desarrollo que emerge con el esfuerzo de ambos esto facilitará su interacción con sus compañeros y maestros.

El ingreso en la escuela plantea la posibilidad de crisis para la familia, es la primera vez que el niño interactúa con extraños en algunos casos sin la protección de papá, mamá o los hermanos. Los padres, como es natural, no saben si esas oportunidades de interacción y la experiencia escolar realmente beneficiarán al niño, se hacen diversas interrogantes, *¿Será aceptado por sus compañeros y maestros?*, *¿Podrá participar en las clases?*, los padres se preocupan por la preparación del niño para el ingreso a la escuela y temen a la crítica.

De la misma manera los hermanos se preocupan por la respuesta que tendrán los demás alumnos ante la llegada de una persona "especial".

La educación integradora no sólo consiste en que los niños con necesidades especiales asistan a la escuela regular, sino que lo hagan en las mejores

condiciones posibles tratando de adaptar los espacios acorde a sus necesidades, que les permitan desenvolverse de manera independiente en el medio escolar, un compromiso claro de integración implica que todos los alumnos con limitaciones indistintamente del grado de severidad pueden y deben formar parte de la comunidad escolar; hablar de integración significa jugar, asistir a asambleas, reuniones, utilizar la biblioteca, la sala de computación, el gimnasio y también interactuar con maestros y demás alumnos.

Por otra parte, cabe señalar que la escuela para padres es de gran importancia ya que este medio permite ayudar a los padres directamente con las dinámicas vivenciales, el juego de roles y la misma convivencia con ellos; observando las reacciones que cada uno tiene y expresa con sus ideas para sondear sus necesidades y de ahí pensar en futuros talleres y pláticas que los beneficien, mejorando su calidad de vida y que cambien un poco la percepción de su vida en el presente y hacia un futuro; por lo tanto este es el sentido de escuela para padres.

*Concepto y sentido de escuela para padres.*

La participación activa de la familia en el entrenamiento de sus hijos es fundamental para lograr el éxito del mismo.

La necesidad de mantener una colaboración y comunicación estrecha entre los padres, el médico, el terapeuta, el psicólogo y el niño.

No sólo para los padres de los niños, sino para todos aquellos familiares que intervienen directamente en su cuidado, así como para sus profesores y demás personas involucradas en su educación.

Su objetivo principal es proporcionar toda la información necesaria posible acerca de los trastornos de la comunicación humana desde el punto de vista médico,

psicológico y de terapia, con el propósito de lograr su participación activa en la solución de problemas de su hijo.

Los temas que por lo regular se abordan en cada ciclo son: sexualidad en las personas con capacidades diferentes, donde se abordan subtemas como el (aparato reproductor femenino y masculino, amenorrea, dismenorrea, mitos, realidades, métodos anticonceptivos, enfermedades por transmisión sexual, dinámicas de presentación, para abrir la comunicación, respecto a la sexualidad); autoestima, (autoconocimiento, desarrollo de la autoestima, definición de autoestima, autoestima alta y baja, metas y valores, dinámicas al respecto y películas como: Amor ciego y cadena de favores); Alternativas en la modificación de la conducta, (definiciones de estímulos, respuestas, reforzamientos sociales, materiales negativos y positivos, premios y castigos, cumplimiento de premios y castigos, recomendaciones, aromaterapia, masajes de relajación, uso de la herbolaria y musicoterapia); reflexología, (definiciones, antecedentes, materiales utilizados en la reflexología, detección de enfermedades, observaciones y recomendaciones); asertividad, (definición de asertividad, diferencia entre asertividad y habilidades sociales, mensajes sociales, la no asertividad, derechos humanos básicos, incongruencia en los movimientos gestuales y corporales con lo verbal, la relación que hay de la autoestima y la asertividad, dinámicas, ejemplos y comentarios); la familia, (definición, árbol genealógico de la familia, familia nuclear y extensa, familia funcional y disfuncional, comunicación, hijos parentales, coaliciones, límites difusos y claros, familia ideal, análisis de la familia de cada uno de los presentes, y el ciclo vital de la familia).

La finalidad de los talleres es que los Padres tengan un crecimiento personal para que logren adaptarse a un nuevo aprendizaje que la vida les está dando, haciéndoles ver que no es una tragedia la llegada de un hijo con discapacidad.

Uno de los talleres que se llevan a cabo fue llamado: “pensamientos, sentimientos y emociones”, que consta de una dinámica de presentación llamada “canasta de

frutas” y la otra “los recuerdos”. En la primera mencionan su nombre en conjunto con el nombre de una fruta que inicie con la primera inicial del mismo, también mencionando el nombre y fruta de su anterior compañero y así sucesivamente. En la segunda dinámica se colocan objetos en medio del salón y todos los presentes sentados alrededor de los mismos y se les pide que tomen el objeto que gusten y lo observen, se da un minuto para que lo hagan, inmediatamente después se le pregunta a uno por uno el motivo por el cual eligieron ese objeto y lo mencionen para abrir el tema sobre “las etapas de duelo”, posteriormente se pone la información con láminas de papel de la definición de las etapas, al terminar se le pregunta a los Padres en qué etapa se encuentran con el fin de ayudarlos a superar lo anteriormente vivido o si es que están en el proceso. Dentro de esto también se menciona sobre: “La primera noticia”, incluyendo dos dinámicas con dos casos inventados, haciendo hincapié en la diferencia que hay cuando un médico les da la noticia, con un diagnóstico desafortunado y en el segundo caso, dando diagnóstico favorable respecto a la salud y futuro de su hijo con alguna discapacidad. También se llevan a cabo técnicas de relajación de autosanación, de saber perdonar, de visualización positiva hacia el futuro y a las personas, y se concluye con comentarios de los mismos hacia la psicóloga y se pide llenen por escrito sus opiniones y sugerencias para temas posteriores respecto al taller, que tuvo duración de ocho sesiones de dos horas cada una.

El segundo taller fue llamado “autoestima y comunicación asertiva”, se tocan los mismos temas vistos en las pláticas, sólo que el taller es más práctico que teórico; cabe señalar que este taller es la continuación del primer taller mencionado y los participantes tuvieron que haber tomado el primero para poder pasar al segundo; este taller tuvo duración de 10 sesiones una por semana de 3 horas cada una, concluyendo también con comentarios de los presentes, sugerencias y temas de interés para futuros talleres y entrega de constancia y una fiesta de clausura por el éxito obtenido de los mismos. El tercer taller fue llamado “reflexología”, siendo más práctico que teórico, abordando los mismos subtemas que se abordaron en la plática de este tipo de masaje.

Las películas que se proyectan durante el ciclo escolar son: *Ray Man, Un milagro para Lorenzo, Forrest Gump, Yo soy Sam, El octavo día, Cadena de favores, Síndrome de Down, Perfume de violetas.*

Es importante ofrecer apoyo a los padres también con información real y afirmaciones que los ayuden a sentirse mejor y tener de donde apoyarse. Como son las reglas de oro para los padres de un hijo o hija con capacidades diferentes.

*Las Reglas de oro para los Papás de hijos con Discapacidad:*

Los mejores aliados de las personas con discapacidad son los papás, para ello deben fortalecerse.

*1.- Aprender de lo que tiene su hijo.*

Tener un pie en lo que es y otro pie en la esperanza de lo que alcanzará a ser.

*2.- Cada vez que piense en lo que no puedo hacer.*

Pensar en lo que sí puede hacer.

*3.- Pasar de qué al cómo y al cuándo.*

Esto nos pone en movimiento y acción.

*4.- Acercarse a otras personas.*

Familiares, amigos, otras familias, profesionistas, etc.

*5.- Establecer horarios y no caer en lo obsesivo.*

Darse tiempo para uno mismo, para la pareja, para los otros hijos, para la vida misma.

*6.- Fortalecer la relación con la pareja.*

Este punto es muy importante porque nutre a los dos.

*7.- El papá y la mamá tienen que colaborar para apoyar a su hijo.*

Como pareja y por separado, tranquiliza a ambos el saber que cuentan uno con el otro.

*8.- Cada papá y cada mamá tienen que hacer algo para sí mismos todos los días.*

Tienen que tener una vida completa para dar al otro.

De esta manera se concluye este capítulo, donde escuela para padres es sólo el nombre ya que debería llamarse “Escuela de Padres”, ya que ellos son los que nos enseñan por medio de sus condiciones, a aprender los procesos de las situaciones reales de la vida y de esta manera se obtiene una retroalimentación, para planear a futuro temas de interés y de ayuda para quienes lo necesitan en esos momentos de su vida; y ayudar a futuros padres que así lo requieran.

A continuación se presenta un cuadro de la población atendida durante los tres años de mi labor como Psicóloga y Terapista Físico en A. M. P. A. C. , mi horario de trabajo era de 8.30 A. M. en mi primer año de trabajo, posteriormente los dos años siguientes el horario era de 9.00 A. M. a 2.00 P. M. de Lunes a Viernes. Finalmente me dieron otra área más que era la de “Psicomotricidad”, y fue cuando decidí cambiar mi lugar de trabajo por razones personales.

En el siguiente cuadro, describo los servicios que se ofrecieron durante mi estadía en A.M.P.A.C.:

POBLACION QUE SE BENEFICIO CON LAS SIGUIENTES TÉCNICAS

Técnica utilizada	2000	2001	2002	2003
Terapia Psicológica	43	24	21	22
Autoestima y Comunicación Asertiva	42	20	25	20
Escuela para Padres	23	15	35	40
Modificación de Conducta	47	18	20	30
Técnicas de Relajación	45	24	32	28
Terapia Breve	40	29	19	15
Terapia estructural de la Familia	47	45	38	40
Musicoterapia	47	42	38	40
Aromaterapia	47	42	38	40
Masaje de Reflexología	31	36	27	34
Masaje de Relajación	45	24	35	34
Terapia Física	90	90	80	74
Masaje de Roce	90	90	80	74
Masaje de Efeuragge	90	90	80	74
Masaje de estiramiento de tejidos blandos	55	48	45	35
Movilizaciones del esquema corporal	90	90	80	74
Propiocepciones de miembros superiores e inferiores	33	29	25	36
Ejercicios de Rehabilitación para Personas con Lesión Orgánica y NEE y Accidentes	90	90	80	84
Aromaterapia	90	90	80	84
Masaje de Reflexología	90	90	80	84
Musicoterapia	90	90	80	84
Masaje de Relajación	90	90	80	84
Ejercicios de Psicomotricidad	90	90	80	84
Problemas de conducta	90	90	80	75

Tabla 2.- Técnicas utilizadas así como la población atendida.

## **CONCLUSIONES.**

Durante el desarrollo del presente Reporte de trabajo profesional se pudieron corroborar las funciones del psicólogo dentro de la educación especial. Como se mencionó con anterioridad, el psicólogo que trabaja en las instituciones, con personas con capacidades diferentes puede ocupar puestos en el área de terapia física, como profesora, en el área de Hidroterapia, como psicóloga clínica y educativa, hasta la coordinación escolar. Tal es mi caso que fungí como Terapeuta físico, que sin tener la profesión fue posible hacer una excelente combinación con la psicología pero con la vocación, paciencia y amor se puede ofrecer un servicio de calidad a las personas con Lesión Orgánica y Necesidades Especiales Educativas.

Cabe señalar que mi trabajo con esta perspectiva teórica trascendió, debido a que tuve excelentes resultados, que se observaron en la tabla tres, del capítulo cuatro.

En el transcurso de la revisión bibliográfica, se puede observar cómo la psicología no era aceptada como carrera profesional, y fue tomada como apoyo de la pedagogía, hasta que logró ser aceptada como profesión, mas aun en los antecedentes se puede ver que desde la época de los chamanes, los curanderos y los sacerdotes tomaron un papel parecido al del psicólogo ya que en ese tiempo y hasta la actualidad tienen la capacidad de escuchar, y de dar alternativas para sentir alivio, teniendo soluciones que ayuden a que los problemas sean vistos con menor gravedad y que el dolor disminuya con el tiempo, ya que no solamente basta con el escuchar al paciente.

La psicología en la Educación Especial no difiere en el método de aplicación de la psicología en general ya que utiliza los mismos principios de ésta al estudiar eventos medibles, observables y cuantificables. Al respecto Emilio Ribes (1980, 234) menciona “La preparación del psicólogo como científico de la conducta lo hace capaz de analizar la conducta dentro de un marco teórico y lo dota de un

conjunto de técnicas para afrontar los problemas conductuales en los diferentes ambientes, por lo que su integración en el campo de la educación especial no se encuentra limitada”.

Claro está y como pudo observarse, la función del psicólogo que tradicionalmente se ubica en el departamento de psicología clínica se vuelve multidisciplinaria, debido a que, como se mencionó anteriormente, también puede fungir como terapeuta físico empírico y utilizar otras alternativas como base para obtener resultados satisfactorios en las áreas de psicología y terapia física, ya que como se mencionó los terapeutas físicos de profesión no utilizan los masajes de reflexología, las técnicas de relajación, la musicoterapia y la aromaterapia como parte del trabajo real en la actualidad.

Partiendo de la experiencia durante los últimos doce meses de trabajo, particularmente en los procesos de la psicología clínica y educativa, se pudo observar que el psicólogo también puede hacerse cargo de un área como es la de la terapia física, aún cuando no sea propio de sus funciones, sin embargo puede fungir como tal, obviamente recibiendo capacitación constante.

Dentro de los procesos del área de la psicología clínica en la educación especial, previamente se tienen que atender una serie de requisitos psicológicos, que darán lugar a los demás; es decir que para saber qué soluciones y alternativas se van a sugerir y aplicar en las terapias es necesario llevar a cabo una serie de entrevistas directas e indirectas par obtener mayores resultados.

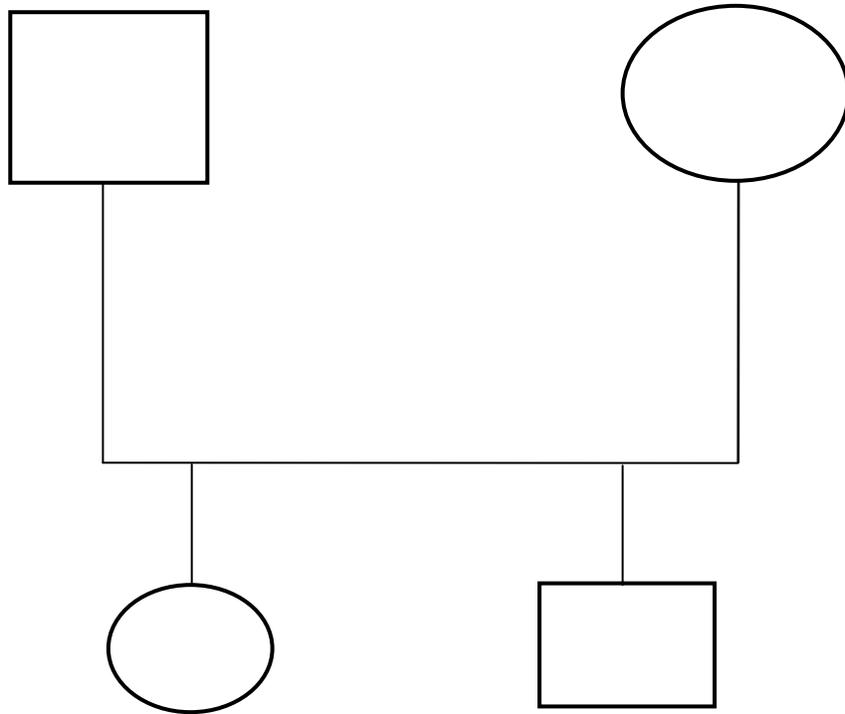
Por otra parte, cabe mencionar que en lo personal como psicóloga clínica pude comprobar que los padres de familia que tienen un hijo con alguna discapacidad, no superan ésta noticia, teniendo como consecuencia estados de ánimo como tristeza, dolor, coraje, culpabilidad, dudas, enojo y conductas negativas como el rechazo y la sobreprotección, ya que mayoría de ellos rechazan totalmente a su hijo y lo llevan a la escuela por no tenerlo cerca, otros lo aceptan en una pequeña

parte y otros lo aceptan a medias porque se preocupan por su rehabilitación para que caminen y hablen pero no de que tengan cariño, y sólo algunos los aceptan totalmente pero su tristeza está presente toda su vida, ya que ven a sus otros hijos realizar su vida normal y su hijo especial se va quedando atrás. Aunque, como ya lo mencioné anteriormente, si los padres logran la etapa de la aceptación total las personas con capacidades diferentes podría hacer su vida normal como cualquier otra persona, claro si la discapacidad no es muy severa, ya sea a nivel intelectual o física.

Por lo anteriormente mencionado, considero que el psicólogo egresado de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala cuenta con la formación básica y necesaria para poder insertarse en el campo de la Educación especial, sin embargo para poder ofrecer mejores resultados en dicha área, es conveniente se base en otras alternativas como las ya mencionadas en los capítulos anteriores para poder ayudar a la población de estas instituciones que trabajan con personas con alguna discapacidad. Ingresar a laborar a A.M.P.A.C.I.A.P. fue agradable y un poco difícil llevar a cabo la función como terapeuta físico ya que los conocimientos que tenía en un principio al respecto eran pocos, pero con la capacitación recibida en A. P. A. C. que es la sede de la institución para la que laboro, pude dar una atención de calidad, rehabilitando a la mayor parte de la población que lo requería con muy buenos resultados.

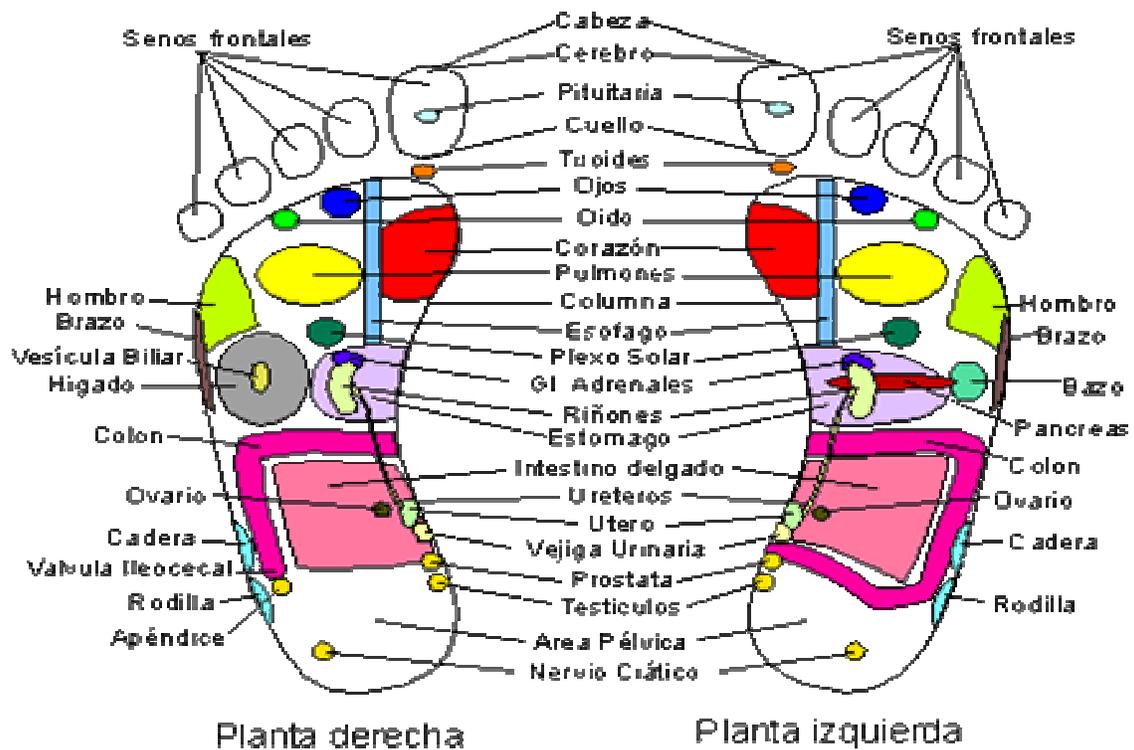
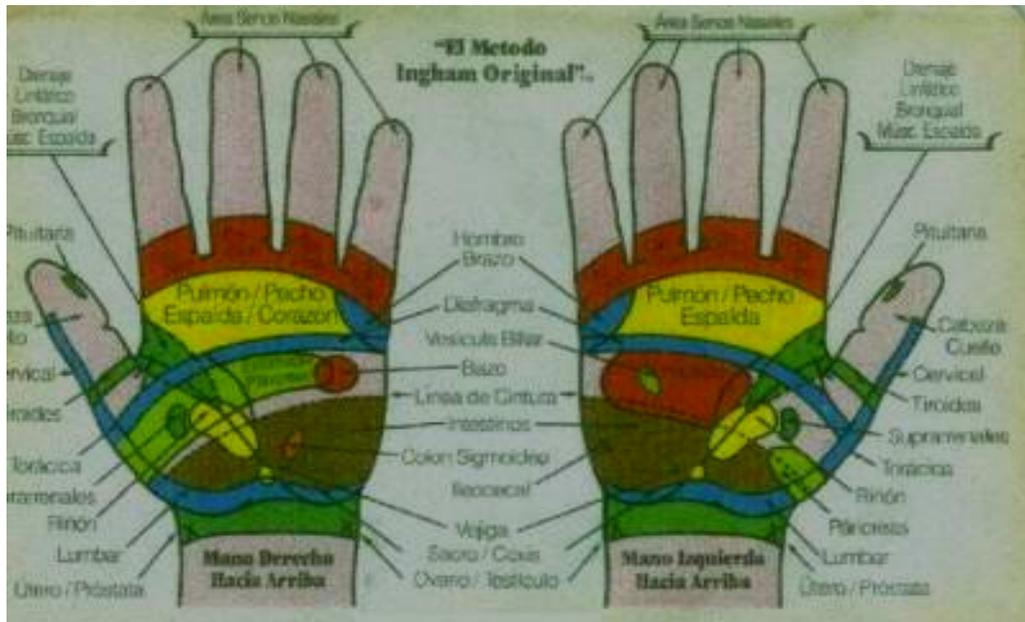
Finalmente, considero necesario llevar a cabo un análisis a fondo del plan curricular de la carrera de Licenciado en Psicología impartida en la F.E.S. Iztacala, ya que se ha podido comprobar que parte de los egresados de la carrera de psicología encuentran en el área de la Educación Especial un espacio en donde poder realizar sus actividades. En la materia de educación especial y rehabilitación se podría insertar la enseñanza de otras alternativas como son la musicoterapia, la aromaterapia, los masajes terapéuticos, y la herbolaria, para de esta forma ampliar los conocimientos y el campo de acción.

FAMILIOGRAMA



Esquema de un familiograma para identificar la estructura familiar.

Mapas de Manos y Pies



**FORMATO DE ESTIMULOS Y CONDUCTA**

1.- Haga una lista de cinco estímulos negativos hasta ahora para modificar el comportamiento problemático de su hijo:

- a) \_\_\_\_\_
- b) \_\_\_\_\_
- c) \_\_\_\_\_
- d) \_\_\_\_\_
- e) \_\_\_\_\_

2.- Haga una lista de cinco estímulos positivos (sociales, materiales, privilegios, etc.) que haya utilizado para motivar la conducta de su hijo.

- a) \_\_\_\_\_
- b) \_\_\_\_\_
- c) \_\_\_\_\_
- d) \_\_\_\_\_
- e) \_\_\_\_\_

3.- Haga una lista de cinco conductas positivas que su hijo realice actualmente:

- a) \_\_\_\_\_
- b) \_\_\_\_\_
- c) \_\_\_\_\_
- d) \_\_\_\_\_
- e) \_\_\_\_\_

4.- Haga una lista de tres conductas positivas que su hijo haya aprendido de su propio comportamiento:

- a) \_\_\_\_\_
- b) \_\_\_\_\_
- c) \_\_\_\_\_

5.- Haga una lista de tres conductas negativas que su hijo haya aprendido de su propio comportamiento:

- a) \_\_\_\_\_
- b) \_\_\_\_\_
- c) \_\_\_\_\_

## Ejercicio 2

1.- Escriba dos actividades que pueda realizar dentro de su casa con la participación directa de su hijo:

- a) \_\_\_\_\_
- b) \_\_\_\_\_

2.- Escriba dos actividades que pueda realizar fuera de la casa con la participación directa de su hijo:

- a) \_\_\_\_\_
- b) \_\_\_\_\_

3.- Escriba dos actividades que pueda realizar dentro de la casa con la participación de su esposo y sus hijos:

- a) \_\_\_\_\_
- b) \_\_\_\_\_

4.- Escriba dos actividades que pueda realizar fuera de la casa con la participación de su esposo y sus hijos:

- a) \_\_\_\_\_
- b) \_\_\_\_\_

## Ejercicio 3

1.- Construya con la ayuda del asesor una regla de conducta para su hijo.

Conducta que se pretende establecer. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Estímulo positivo que se entregará al niño como consecuencia de la conducta (estímulo en forma de algún objeto material, actividad o privilegio).

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Estímulo positivo social que se puede proporcionar al niño en el momento que ocurra la conducta. \_\_\_\_\_

Límite de tiempo que se permitirá para ocurrencia de la conducta.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Reglas establecidas: \_\_\_\_\_

Para poder: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Antes de: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Deberás: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Horario de actividades diarias

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del mediador: \_\_\_\_\_

Hora	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
5-6							
6-7							
7-8							
8-9							
9-10							
10-11							
11-12							
12-13							
13-14							
14-15							
15-16							
16-17							
17-18							
18-19							
19-20							
20-21							
21-22							

Evaluación de la escenificación de la técnica para establecer una conducta nueva:

Nombre del padre: \_\_\_\_\_

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

Conducta por establecer: \_\_\_\_\_

Regla de conducta: \_\_\_\_\_

Asesor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Característica de la regla	Núm. De ensayo	Se consideró en la escenificación Si                      No

**GUIA DE ENTREVISTA PARA IDENTIFICAR LA ESTRUCTURA FAMILIAR**

DATOS DEMOGRAFICOS:

SOLICITANTE DEL

SERVICIO: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ OCUPACION: \_\_\_\_\_ ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_

EDO. CIVIL: \_\_\_\_\_ RELIGION: \_\_\_\_\_

CON QUIENES VIVE:

PARENTESCO NOMBRE EDAD OCUPACION ESCOLARIDAD EDO. CIVIL

PARENTESCO	NOMBRE	EDAD	OCUPACION	ESCOLARIDAD	EDO. CIVIL
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

ENTREVISTADOS: \_\_\_\_\_

MOTIVO DE CONSULTA \_\_\_\_\_

**I. JERARQUIA**

- 1) ¿Quién toma la mayoría de las decisiones en casa?
- 2) ¿Quién pone las reglas sobre lo que se debe y no hacer en casa?
- 3) ¿Quién las hace respetar?
- 4) ¿Quién decide lo que se premia y/o castiga?
- 5) ¿Quién premia y/o castiga?
- 6) No estando los padres ¿quién toma las decisiones, premia, castiga, etc.?

CONCLUSION:

\_\_\_\_\_

**II. CENTRALIDAD**

- 1) ¿Hay algún miembro de la familia de quien se tienen más quejas?
- 2) ¿Quién?
- 3) ¿Por qué?
- 4) ¿Hay algún miembro de la familia de quien se hable más positivamente?
- 5) ¿Quién?
- 6) ¿Por qué?
- 7) ¿Hay algún miembro de la familia alrededor de quien se hable negativamente?
- 8) ¿Quién?
- 9) ¿Por qué?
- 10) ¿Hay algún miembro de la familia que destaque más en algún aspectos en relación a los otros?
- 11) ¿Quién y en qué?
- 12) ¿Hay algún miembro de la familia alrededor del cual giren la mayoría de las relaciones familiares?
- 13) ¿Quién y por qué?

CONCLUSION:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### III. PERIFERIA

- 1) ¿Hay algún miembro de la familia que casi nunca está en casa?
  - 2) ¿Quién y por qué?
  - 3) ¿Existe alguien que casi no participa en relaciones familiares?
  - 4) ¿Quién y por qué?
  - 5) ¿Existe alguien que no se involucra en la resolución de los problemas familiares?
  - 6) ¿Quién y por qué?
  - 7) ¿Existe alguien que nunca o casi nunca da opiniones respecto a los asuntos de la familia?
  - 8) ¿Quién y por qué?
- CONCLUSION:
- 
- 

### IV. LIMITES Y GEOGRAFIA

#### SUBSISTEMA CONYUGAL

- 1) ¿Mamá está siempre interesada en conocer y participar en casi todas las actividades que realiza papá y viceversa?
- 2) ¿Cómo demuestra lo anterior?
- 3) ¿Papá y mamá tienen amistades en común?
- 4) ¿Mamá y papá tienen amistades personales por separado?
- 5) ¿Existe algún problema en relación a lo anterior? ¿Cuál?

#### SUBSISTEMA PARENTAL-HIJOS

- 1) ¿Papá y mamá discuten en presencia de los hijos?
- 2) ¿Alguno de los padres comenta con alguno (os) hijo (s) sus problemas conyugales?
- 3) ¿Los hijos saben lo que deben y no hacer la mayoría de las veces?
- 4) ¿Los hijos saben la mayoría de las veces, por cuáles comportamientos pueden ser premiados o castigados?
- 5) ¿Las reglas en relación a lo que se debe hacer y no hacer son explicadas verbalmente a los hijos?
- 6) ¿Cada hijo sabe o no cuáles son sus actividades o funciones en la familia?
- 7) ¿Ambos padres saben o no cuáles son las funciones o actividades que deben desempeñar cada uno de sus hijos?
- 8) ¿Se acostumbra que los hijos tengan que contar a uno o ambos padres todo lo relacionado con sus vidas?
- 9) ¿Hay diferencias o no en relación a los premios, castigos y reglas según la edad de los hijos?
- 10) ¿Se acostumbra que algún hijo premie, castigue, llame la atención, etc; a sus hermanos?

#### AL EXTERIOR

- 1) ¿Existe alguna persona fuera de los padres que tenga que ver con la implantación de reglas, premios, castigos, etc.?

2) ¿Existe alguna persona a quien algún miembro de la familia consulte para la toma de decisiones?

¿A quién?

¿Sobre qué?

3) ¿Existe algún miembro de la familia que siempre le esté contando lo que ocurre en la misma?

4) ¿Existe alguna persona fuera de la familia nuclear que intervenga en los problemas conyugales?

¿Quién?

5) ¿Qué tipo de relación tienen los miembros de la familia con: parientes, amigos, vecinos, etc.?

## GEOGRAFIA

1) ¿Cada miembro de la familia tiene su espacio personal?

¿Cuál?

¿Es respetado?

¿Quién no respeta el espacio de quién y cómo (ejemplo)?

2) ¿Hay espacios compartidos?

¿Cuáles y de quién?

3) ¿Se respetan las propiedades individuales?

4) ¿Quién no las respeta y cómo (ejemplos)?

CONCLUSION:

LIMITES CONYUGALES: \_\_\_\_\_

CONCLUSION:

S. PARENTAL .HIJOS : \_\_\_\_\_

CONCLUSION:

S. FRATERNAL: \_\_\_\_\_

CONCLUSION:

AL EXTERIOR: \_\_\_\_\_

## V.- ALIANZAS

1) ¿Quiénes suelen unirse para obtener permisos, favores, dinero, que se haga algo, etc.? (ejemplos)

CONCLUSIONES: \_\_\_\_\_

## VI.- COALICIONES

1) ¿Quiénes suelen unirse para castigar, dañar, atacar, perjudicar, descalificar, etc. a otro?

¿A quién o a quienes? (ejemplos)

CONCLUSIONES: \_\_\_\_\_

## VII.- CONFLICTOS

1) ¿Existen problemas, discusiones, enojos frecuentes entre papá y mamá? (ejemplos)

- 2) ¿Existen problemas, discusiones, enojos frecuentes entre papá y/o mamá y algún hijo?
- 3) Existen problemas, discusiones, enojos frecuentes entre hermanos?  
¿Quiénes? (ejemplos)
- 4) ¿Existen problemas, discusiones, enojos frecuentes entre algún miembro de la familia y otras personas?  
¿Quiénes? (ejemplos)

CONCLUSIONES:

---

---

---

---

PSICOLOGA PATRICIA MACIAS MICHEL  
RESPONSABLE

**ENTREVISTA PSICOLOGICA**

ESCUELA: \_\_\_\_\_  
EXPEDIENTE No. \_\_\_\_\_  
FECHA: \_\_\_\_\_  
HORA DE INICIO: \_\_\_\_\_  
HORA DE TERMINO: \_\_\_\_\_  
ENTREVISTADOR: \_\_\_\_\_

1.- FICHA DE IDENTIFICACION

1.- Nombre: \_\_\_\_\_  
2.- Sobre nombre: \_\_\_\_\_  
3.- Edad: \_\_\_\_\_  
4.- Sexo: \_\_\_\_\_  
5.- Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
6.- Domicilio: \_\_\_\_\_  
7.- Escolaridad: \_\_\_\_\_

2.- DESCRIPCION DEL PACIENTE

1.-Motivo de la consulta:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
2.- Persona que lo remite: \_\_\_\_\_  
3.- Fecha de aparición del problema: \_\_\_\_\_  
4.- Evolución: \_\_\_\_\_  
5.- Signos y síntomas: \_\_\_\_\_

3.- OTROS:

A).- Nivel afectivo:

Nervioso ( )	Agresivo ( )
Distraído ( )	Tímido ( )
Amable ( )	Ansioso ( )
Sensible ( )	Otros: _____

B).- Nivel verbal:

Renuente a contestar ( )	Silencioso ( )
Explícito en la verbalización excesiva ( )	Tartamudez ( )
Repetitivo ( )	Coherente ( )
Otro: _____	

C).- Nivel físico:

Apariencia personal: Aseado ( ) No aseado ( ) Malformaciones físicas sí ( )  
No ( )

Posturas inadecuadas: sí ( ) no ( ) Zurdo ( ) Diestro ( )

#### 4.- ANTECEDENTES FAMILIARES:

##### Datos del Padre:

- 1.- Nombre: \_\_\_\_\_
- 2.- Edad: \_\_\_\_\_
- 3.- Estado civil: \_\_\_\_\_
- 4.- Estado general de salud: \_\_\_\_\_
- 5.- Ocupación: \_\_\_\_\_
- 6.- Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_
- 7.- Horario de trabajo: \_\_\_\_\_
- 8.- Nivel económico: \_\_\_\_\_
- 9.- Escolaridad: \_\_\_\_\_
- 10.- Hábitos: Alcohol ( ) Tabaco ( ) Otros: \_\_\_\_\_
- 11.- Estado emocional: \_\_\_\_\_
- 12.- Domicilio: \_\_\_\_\_

##### Datos de la Madre:

- 1.- Nombre: \_\_\_\_\_
- 2.- Edad: \_\_\_\_\_
- 3.- Estado civil: \_\_\_\_\_
- 4.- Estado general de salud: \_\_\_\_\_
- 5.- Ocupación: \_\_\_\_\_
- 6.- Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_
- 7.- Horario de trabajo: \_\_\_\_\_
- 8.- Nivel económico: \_\_\_\_\_
- 9.- Escolaridad: \_\_\_\_\_
- 10.- Hábitos: Alcohol ( ) Tabaco ( ) Otros: \_\_\_\_\_
- 11.- Estado emocional: \_\_\_\_\_
- 12.- Domicilio: \_\_\_\_\_

#### 5.- HISTORIA PRENATAL Y PERINATAL

- 1.- Número de embarazos anterior antes del paciente: \_\_\_\_\_
- 2.- Deseaba el embarazo?: \_\_\_\_\_
- 3.- Fue el sexo deseado?: \_\_\_\_\_
- 4.- Duración del embarazo: \_\_\_\_\_
- 5.- Enfermedades durante el embarazo: \_\_\_\_\_

6.- Problemas emocionales durante el embarazo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7.- Parto normal ( ) Cesárea ( ) Fórceps ( ) Otros: \_\_\_\_\_

8.- Condiciones del parto:

Casa ( ) Hospital ( ) Otros: \_\_\_\_\_

9.- Lloró inmediatamente al nacer el paciente: \_\_\_\_\_

10.- Lesiones observadas:  
\_\_\_\_\_

11.- Cuidado adicional (especificar): \_\_\_\_\_

12.- Tipo de alimentación:

Pecho ( ) Biberón ( ) Otros: \_\_\_\_\_

13.- Rechazó el pecho materno?: \_\_\_\_\_

14.- A qué edad ocurrió el destete?: \_\_\_\_\_

15.- Qué problemas de alimentación tuvo?: \_\_\_\_\_

Vómitos ( ) Diarreas ( ) ( ) Otros: \_\_\_\_\_

## 6.- HISTORIA CLINICA

### Antecedentes personales patológicos

1.-Qué enfermedades ha tenido?: \_\_\_\_\_

2.- Ha tenido temperatura mayor a los 40 grados?: Sí ( ) No ( )

3.- Ha tenido convulsiones?: Sí ( ) No ( )

4.- Tiene o ha tenido problemas en:

Marcha Sí ( ) No ( )

Lenguaje Sí ( ) No ( )

Oído Sí ( ) No ( )

Vista Sí ( ) No ( )

### Control de Esfínteres

1.- A qué edad comenzó a avisar?: \_\_\_\_\_

2.- Qué procedimientos se siguió para que avisara?: \_\_\_\_\_

3.- Cómo se le corregía cuando no avisaba a tiempo?: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4.- Moja actualmente la cama por las noches?: Sí ( ) No ( )

5.- Qué hace cuando esto sucede?: \_\_\_\_\_

6.- Se toca o juega con sus genitales?: Sí ( ) No ( )

7.- Qué hace Usted cuando esto sucede?: \_\_\_\_\_

8.- Participa el niño en actividades colectivas dentro de la escuela?:

Sí ( ) No ( )

9.- Conoce alguna forma o razón física que pueda disminuir sus capacidades escolares? Sí ( ) No ( ) Cuál? \_\_\_\_\_

## 7.- HISTORIA SOCIOECONOMICA

- 1.- Ingreso mensual: Padre: \_\_\_\_\_ Madre: \_\_\_\_\_ otros : \_\_\_\_\_
- 2.- Habita en casa propia: \_\_\_\_\_ Alquilada: \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_
- 3.- Tipo de construcción de la casa? \_\_\_\_\_
- 4.- Cuántas personas habitan en la casa? Adultos M ( ) F ( )  
Niños M ( ) F ( )
- 5.- De cuántas habitaciones se compone la casa? \_\_\_\_\_
- 6.- Con qué servicios cuenta? Agua ( ) Luz ( ) Drenaje ( )
- 7.- Egresos mensuales: Alimentación: \_\_\_\_\_ Vestido. \_\_\_\_\_  
Renta. \_\_\_\_\_ Agua: \_\_\_\_\_ Luz: \_\_\_\_\_ Transporte: \_\_\_\_\_  
Diversiones: \_\_\_\_\_ Educación escolar: \_\_\_\_\_

## 8.- AMBIENTE FAMILIAR

1.- Nombre de los hermanos	Sexo	Edad	Ocupación
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

2.- Qué otras personas comparten la vida del grupo familiar?

Nombre	Sexo	Edad	Ocupación
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

- 3.- Come el niño a la misma hora que toda la familia? \_\_\_\_\_
- 4.- Lugar que dispone para jugar? \_\_\_\_\_
- 5.- Juguete preferido? \_\_\_\_\_
- 6.- Lugar donde guarda sus juguetes? \_\_\_\_\_
- 7.- Juegos dramáticos preferidos? \_\_\_\_\_
- 8.- Compañeros de juego? \_\_\_\_\_
- 9.- Espectáculos que frecuenta? \_\_\_\_\_
- 10.- Fiestas a las que asiste? \_\_\_\_\_
- 11.- Paseos que realiza con quién? \_\_\_\_\_
- 12.- Conducta en el juego? \_\_\_\_\_
- 13.- Relación con otros niños: \_\_\_\_\_
- 14.- Qué prendas se coloca solo? \_\_\_\_\_
- 15.- Cooperación en vestirse? \_\_\_\_\_
- 16.- Cooperación al desvestirse? \_\_\_\_\_

17.- Baño dependiente o independiente? \_\_\_\_\_

### 9.- RELACIONES DE LOS PADRES CON EL NIÑO

1.- Tiempo que le dedica cada uno al niño: Padre: \_\_\_\_\_ Madre: \_\_\_\_\_

2.- Temas que con mayor frecuencia conversan con el niño: Padre: \_\_\_\_\_

Madre: \_\_\_\_\_

3.- Actitud de los padres ante las travesuras de su hijo:

Castigo corporal \_\_\_\_\_ Amenazas \_\_\_\_\_ Encierro \_\_\_\_\_

Explicaciones \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

4.- Cooperar el niño en los trabajos familiares (de qué manera)? \_\_\_\_\_

5.- Le han proporcionado información acerca de:

El origen de la vida: \_\_\_\_\_

De la muerte: \_\_\_\_\_

Del sexo: \_\_\_\_\_

Del amor: \_\_\_\_\_

6.- Premios y recompensas utilizados para estimular la conducta del niño:

7.- Usted considera que su hijo es: Alegre ( ) Nervioso ( ) Activo ( )

Retraído ( ) Agresivo ( )

8.- Fiestas que realiza la familia y a las cuales asiste o participa el niño:

9.- Descripción de un día completo de la vida del niño (festivo, sábado o domingo):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10.- Tiene usted algún problema específico en el hogar con el niño? \_\_\_\_\_

Describalo con detalle: \_\_\_\_\_

11.- Cuál considera Usted que sea el problema más grande del niño?

En casa \_\_\_\_\_ En la escuela \_\_\_\_\_ Otros lugares \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

FIRMA DEL INTERESADO: \_\_\_\_\_

**VALORACION DE TERAPIA FISICA**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

DX: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

¿CONVULSIONA? \_\_\_\_\_ ¿COMO SE MANIFIESTA LA CONVULSIÓN?

\_\_\_\_\_ VISIÓN: \_\_\_\_\_ AUDICIÓN: \_\_\_\_\_

TOMA MEDICAMENTOS: \_\_\_\_\_ ¿CUÁLES? ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_

PROBLEMA ACTUAL \_\_\_\_\_

POSTURA: \_\_\_\_\_ FÉRULAS: \_\_\_\_\_ ORTESIS: \_\_\_\_\_

SILLAS DE RUEDAS: \_\_\_\_\_

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS QUE PRESENTA EL ALUMNO EN RELACIÓN A:

CABEZA:

PERIMETRO: \_\_\_\_\_

OJOS: \_\_\_\_\_

CARA: \_\_\_\_\_

OREJAS: \_\_\_\_\_

CUELLO: \_\_\_\_\_

TRONCO:

EN DÉCUBITO

VERSAL: \_\_\_\_\_

EN DÉCUBITO DORSA \_\_\_\_\_

COLUMNA: \_\_\_\_\_

CADERA: \_\_\_\_\_

EXT. SUP. (HOMBROS, BRAZOS, MANOS, DEDOS):

EXT. INF. (PIERNAS, PIES, DEDOS):

OBSERVACIONES:

SIMETRÍA:

EN DECÚBITO DORSAL: \_\_\_\_\_

EN DECÚBITO VENTRAL: \_\_\_\_\_

SENTADO:

SENTADO CON AYUDA: \_\_\_\_\_

HINCADO: \_\_\_\_\_ HINCADO CON AYUDA: \_\_\_\_\_

BIPEDESTACIÓN: \_\_\_\_\_ MARCHA: \_\_\_\_\_

TONO MUSCULAR: \_\_\_\_\_

SINERGIAS: \_\_\_\_\_

DISTONIAS: \_\_\_\_\_

OTROS: \_\_\_\_\_  
CONTRACTURAS Y  
DEFORMIDADES: \_\_\_\_\_  
REFLEJOS: \_\_\_\_\_  
REFLEJOS ESPINALES:  
A) RETRACCIÓN FLEXORA: \_\_\_\_\_  
B) EXTENSIÓN REFLEJA: \_\_\_\_\_  
C) PATRON CRUZADO: \_\_\_\_\_  
REFLEJOS DEL TALLO CEREBRAL:  
A) TONO ASIMETRICO DE CUELLO: \_\_\_\_\_  
B) TONO SIMETRICO DE CUELLO: \_\_\_\_\_  
C) TONO LABERINTICO EN DECUBITO SUPINO: \_\_\_\_\_  
D) TONO LABERINTICO EN DECUBITO PRONO: \_\_\_\_\_  
E) REACCIONES ASOCIADAS: \_\_\_\_\_  
F) REACCIONES DE APOYO POSITIVO: \_\_\_\_\_  
G) REACCIONES DE APOYO NEGATIVO: \_\_\_\_\_  
REFLEJOS CORTICALES:  
A) DECÚBITO SUPINO: \_\_\_\_\_  
B) DECÚBITO PRONO POSICION CUADRUPEDA: \_\_\_\_\_  
C) SENTADO: \_\_\_\_\_  
D) HINCADO: \_\_\_\_\_  
E) BRINCOS: \_\_\_\_\_  
F) DORSIFLEXIÓN: \_\_\_\_\_  
G) COORDINACIÓN: \_\_\_\_\_  
H) POSICIÓN DE SIMIO: \_\_\_\_\_  
REACCIONES AUTOMÁTICAS: \_\_\_\_\_  
INFLUENCIA SOBRE LA POSTURA Y EL MOVIMIENTO: \_\_\_\_\_  
REACCIONES DE ENDEREZAMIENTO:  
CERVICAL:  
DE LA CABEZA SOBRE EL CUERPO: \_\_\_\_\_  
DEL CUERPO SOBRE EL CUERPO: \_\_\_\_\_  
REACCIONES DE APOYO:  
SIMETRÍA: \_\_\_\_\_  
ESTABILIDAD: \_\_\_\_\_  
MOVIMIENTO DENTRO DE LA ESTABILIDAD: \_\_\_\_\_  
DOMINANCIA: \_\_\_\_\_  
DISTRIBUCION DEL PESO CORPORAL: \_\_\_\_\_  
REACCIONES DE EQUILIBRIO: \_\_\_\_\_  
ASPECTO MOTOR O FUNCIONAL: \_\_\_\_\_  
CAMBIOS DE POSICION: \_\_\_\_\_  
DESPLAZAMIENTOS: \_\_\_\_\_  
GIROS: \_\_\_\_\_  
RESPUESTA A LA EXPLORACION: \_\_\_\_\_  
CONCLUSIONES: \_\_\_\_\_  
OBSERVACIONES:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
RESPONSABLE: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**AREA DE TERAPIA FISICA**

**INFORME TRIMESTRAL DE TERAPIA FISICA**

Nombre: \_\_\_\_\_ Nivel: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_  
Responsable: \_\_\_\_\_

AVANCES:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

SUGERENCIAS:

---

---

---

---

---

---

---

---

OBSERVACIONES:

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
PSIC. PATRICIA MACIAS MICHEL

\_\_\_\_\_  
COORD. ELSA GARCÍA NARVAEZ

\_\_\_\_\_  
C. GUADALUPE PLATA TORICES  
PRESIDENTA DEL PATRONATO

**INFORME FINAL DE TERAPIA FISICA**

Nombre: \_\_\_\_\_ Nivel: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Responsable: \_\_\_\_\_

AVANCES: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

SUGERENCIAS: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
PSIC. PATRICIA MACIAS MICHEL

\_\_\_\_\_  
COORD. ELSA GARCÍA NARVAEZ

\_\_\_\_\_  
C. GUADALUPE PLATA TORICES  
PRESIDENTA DEL PATRONATO

## REFERENCIAS

1. Aguilera, G. (1988). *Cuerpo, identidad y psicología. Tesis inédita, México, D.F. Carrera de psicología.* Universidad Nacional Autónoma de México. Campus Iztacala.
2. Aguilar, E. (1989). *Como ser tu mismo sin culpas.* El manual moderno, México.
3. Alvarez, G. (1993). *"Factores que ocasionan problemas de aprendizaje"*. Tesis Inédita, México, D.F.: Carrera de psicología. Universidad Nacional Autónoma México, Campus Iztacala.
4. Alvin, J. (1990). *Musicoterapia.* Paidós, Buenos Aires.
5. Ardila, R. (1986). *La profesión del psicólogo.* Nuevo Mar, México.
6. Boring, C. (1976). *Historia de la psicología experimental.* Trillas, México.
7. Borthwic, D. (1993). Review of 1992 AAMR Definition, Clasification, and Systems of Supports. American Journal on Mental Retardation. USA.
8. Caballo, V. (1980). *Manual de conducta operante.* Trillas, México.
9. Cano, M. (1994). *"Antecedentes y práctica profesional del psicólogo en el ámbito de la educación especial"*. Tesis inédita, México, D.F.: Carrera de psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala.
10. Carrera, F. (1987). *Aproximación de la historiografía psicológica mexicana hacia una historia crítica de la historia de la psicología en México.* UNAM, México.
11. Cleand, C. (1985). *Retardo mental.* Trillas, México.
12. Cleand, C. (1979). *Retardo mental, conceptos.* Trillas, México.
13. Chávez, F. (1990). *"Evaluación y tratamiento de la conducta motora de niños con síndrome de Down a edades tempranas"*. Tesis inédita, México, D.F.: Carrera de psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala.
14. Díaz, M. (1980). *Formación profesional y empleo del deficiente psíquico.*
15. Downie, P. (1989). *Neurología para fisioterapeutas.* Panamericana, Buenos Aires.
16. Dunnette, M.(1979). *Psicología Industrial.* Trillas, México D.F.

17. Flores, R. (1992). *Historia de la psicología en México 1900-1910*. Trillas, México.
18. Galguera, N. (1988). *El retardo en el desarrollo*. Trillas, México.
19. García, A. (1994). "Análisis del papel que juega el psicólogo en el área de educación especial dentro del centro de orientación, evaluación y canalización". Tesis Inédita, México, D.F.: Carrera de psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
20. García, E. (1987). *El niño con síndrome de down*. Trillas, México.
21. Giraux, P. (1989). *Relajación y bienestar*. Lumen, Buenos Aires.
22. González, V. (1991). *El influjo de la filosofía en la psicología científica*. UNAM, México.
23. Greenspan, S. (1995). Everyday inteligente and adaptative behavior: A theretical framework.
24. Harsch, C. (1992). *El psicólogo ¿Qué hace?*. Alambra Mexicana, Mexico.
25. Hayne, W. (1975). *Psicología experimental*. Trillas, México.
26. Hudson, O. (1993). *En busca de soluciones*. Paidós, España.
27. Ingalls, R. (1982). *Retraso mental*. El manual moderno, México.
28. Kellers, S. (1985). *Capitulo en la definición de psicología*. Trillas, México.
29. Lobsack, T. (1986). *Medicina mágica*. FCE, México.
30. López, I. "Conductismo". *Psicología práctica*, 1992, 69 (2), 161-180.
31. López, S. (1997). *Zen, acupuntura y psicología*. CEAPAC, México.
32. López, S. (1995). *Historia de la psicología en México*. EPAC, México.
33. López, S. (1989). *Una aproximación a la historiografía de la psicología en México*. UNAM, México.
34. López, S. (1987). *Historia de la psicología*. Vereda, México.
35. Luria, (1963). *Evaluación de alternativas conductuales en niños*. Trillas, México.
36. Malvido, M. (1994). *El poder curativo de las plantas*. Epoca, México.
37. Mc Grew, K. (1994). Factor analysis of community adjustment outcome measures for young adults with mild to severe disabilities.

38. Minuchin, S. (1994). *La terapia estructural de la familia*.
39. Minuchin, S. (1992). *Familias y terapia familiar*. Gedisal Barcelona.
40. Mondragón, C. (1994). *Historia de la psicología y hermenéutica*. ENEP Iztacala, México.
41. Moskovitz, H. (1997). *Manual para operar un cuerpo humano*. Diana, México.
42. Müller, F. (1992). *La psicología contemporánea*. FCE, México.
43. Müller, F. (1984). *Historia de la psicología de la antigüedad hasta nuestros días*. FCE, México.
44. Nieto, M. (1998). *Retardo en el lenguaje*. Tasepda, México.
45. Piazza, D. (1997). *Reflexología*. Devecchi, México.
46. Revueltas, V. (1990). *Historia social de la psicología en México*. UNAM, México.
47. Reyes, E. (1980). *Enseñanza, ejercicio e investigación de la psicología*. Trillas, México.
48. Ribes, E. (1990). *Técnicas de modificación de conducta*. Trillas, México.
49. Ribes, E. (1990). *Problemas conceptuales en el análisis del comportamiento humano*. Trillas, México.
50. Ribes, R. (1990). *Psicología general*. Trillas, México.
51. Rodríguez, A. (1990). *Psicología social*. Panamericana, España.
52. Ruiz, J. (2003). "Las funciones del psicólogo en una organización del giro metalmecánico y de la fundición". Reporte de trabajo profesional, México, D.F.: Carrera de psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de estudios superiores Iztacala
53. Salomone, P. (1994). *Aromaterapia*. Continente, Buenos Aires.
54. Sánchez, G. (1993). *Historia de la psicología en México*. ENEP Iztacala, México.
55. Schalock, R. (1994). The assessment of natural supports in community rehabilitation services. New York: Andover Medical Publications Inc.
56. Schalock, R. (1994). The changing conception of mental retardation: Implications for the field. *Mental Retardation*, 32, (3), 181-193..
57. Secretaría de educación pública. (1996). *Historia de la Educación especial en*

- México. Dirección general de educación especial, México, D.F.
58. Schoning, F. (1990). *Problemas de aprendizaje*. Trillas, México.
59. Skinner, B. (1974). *Sobre el conductismo*. Martínez Roca, España.
60. Skinner, B. (1970). *Ciencia y conducta humana*. Martínez Roca, España.
61. Skinner, B. (1968). *La conducta de los organismos*. Martínez Roca, España.
62. Taylor, E. (1989). *Social inteligente: A neurological system, psychological Reports*. New York.
63. Thorndike, L. (1986). *Tests y técnicas de medición en psicología y educación*. Trillas, México.
64. Trabulse, E. (1983). *Historia de la ciencia en México*. FCE, México.
65. Whitaker, O. (1987). *Psicología*. Interamericana, México.
66. Xirau, R. (1987). *Introducción a la historia de la filosofía en México*. UNAM, México.
67. Zardel, J. (1990). "Algunos aportes para la reflexión de la educación especial". *Revista de psicología aplicada*. Vol. 1.