

20  
2ef.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

LA APLICACION DE LOS GRUPOS DE APRENDIZAJE  
EN PADRES DE NIÑOS CON RETARDO  
EN EL DESARROLLO

**REPORTE LABORAL**  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA  
P R E S E N T A :  
LAURA NORIS ARZATE LOPEZ

ASESOR: LIC. MARTHA ROMAY MORALES  
DIRECTOR DE LA FACULTAD DE PSICOLOGIA:  
DR. ARTURO BOUZAS RIAÑO

SEPTIEMBRE. 1997

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

**Agradezco profundamente a la institución  
en cuyo lugar me desempeño, por haberme  
brindado la oportunidad de realizar las  
experiencias descritas en este reporte.**

**A Martha Romay, asesora,  
por haber discutido y retroalimentado  
conmigo durante muchas reuniones  
las ideas desarrolladas .**

**A mis hijos Lino e Israel ,  
por su permanente apoyo.**

**A mi esposo José Luis  
por la solidaridad que me demostró.**

**A mis padres y hermanos por su cariño.**

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>2 - 4</b>
<b>ANTECEDENTES</b>	
<b>Generalidades de la educación especial.</b>	<b>5 - 7</b>
<b>Antecedentes de la educación especial en México.</b>	<b>8 - 10</b>
<b>Desarrollo normal del niño en la etapa temprana.</b>	<b>11 - 20</b>
<b>Retardo en el desarrollo .</b>	<b>21 - 24</b>
<b>Etiología del retardo en el desarrollo.</b>	<b>25 - 42</b>
<b>La familia del niño con retardo en el desarrollo.</b>	<b>43 - 49</b>
<b>Grupos de aprendizaje.</b>	<b>50 - 57</b>
<b>Técnicas grupales</b>	<b>58 - 75</b>
<b>La escuela de educación especial Leona Vicario</b>	<b>76 - 77</b>
<b>PROCEDIMIENTO</b>	<b>78 - 97</b>
<b>EVALUACIÓN</b>	<b>98 - 110</b>
<b>ANÁLISIS</b>	<b>111 - 115</b>
<b>CONTRIBUCIÓN</b>	<b>116 - 117</b>
<b>REFERENCIAS</b>	<b>118 - 124</b>

## INTRODUCCIÓN

La presencia de un niño con retardo en el desarrollo causa alteraciones emocionales en la familia por toda la serie de fantasías preconcebidas.

Ante esta realidad los padres transforman radicalmente su estilo de vida, generando un ambiente de carencias poco estimulantes que obstaculiza en el menor la aparición de habilidades para integrarse a su medio y responder a las exigencias sociales.

Ante tan compleja situación, los padres acuden con sus hijos a las escuelas de educación especial, mismas que presentan programas para colaborar en la educación, desarrollando en el niño la aparición de habilidades intelectuales, sociales, laborales y dominio de su autonomía.

En el Municipio de Acapulco, la escuela de educación especial "Leona Vicario", atiende un promedio anual de cien niños cuyas edades fluctúan entre los cuatro años y medio y los dieciséis años de edad y que han sido diagnosticados con deficiencia mental leve, medio y moderado, según criterios de la Dirección General de Educación Especial ( DGEE ).

Con base en la aplicación de una batería de pruebas psicológicas y de la historia clínica, el niño ingresa a uno de los siete grados de la primaria especial. Cada grupo está conformado por quince alumnos como máximo, donde un profesor con especialidad en educación especial aplica estrategias pedagógicas de acuerdo con los principios del modelo de construcción de la inteligencia de Jean Piaget.

Esta institución también considera el programa de atención permanente a padres por parte del área de psicología, la cual da apoyo a los padres en sus conflictos emocionales por medio de la consejería individual y de un programa de apoyo denominado Escuela para Padres. pues de lo contrario, se hace probable que a corto ó mediano plazo ellos mismos bloqueen el trabajo educativo, alteren su dinámica familiar y lesionen en mayor grado la autoestima del menor.

De acuerdo con las consideraciones anteriores, el área de psicología se abocó a la tarea de contar con una propuesta alternativa a las existentes que coadyuvara a un cambio de actitud en los padres y que condujese a la aceptación del problema, a partir del mejor conocimiento acerca del desarrollo de sus hijos.

La propuesta de trabajo denominada **GRUPOS DE APRENDIZAJE**, consiste en el desarrollo de un proceso grupal con los lineamientos de los grupos operativos con respecto al funcionamiento del coordinador y de los momentos por los que pasa el grupo para abordar la tarea, la cual tiene como meta producir un cambio, una transformación de la realidad de quienes participan en la experiencia; es decir lograr un aprendizaje.

Asimismo, los grupos de aprendizaje también se apoyan en los constructos de la psicología social en lo referente a la dinámica y técnicas de grupo para facilitar la conformación, la interacción, la comunicación y la productividad grupal.

Aquéllos interesados en el presente Reporte Laboral, encontrarán en la primera parte una descripción breve de temas que sustentan el trabajo, referentes a la historia de la educación especial, el desarrollo humano, la concepción de retardo en el desarrollo, su etiología. De igual manera se aborda a la familia desde el enfoque sistémico, los grupos de aprendizaje y las técnicas de grupo.

**Asimismo, hallarán una descripción detallada de la intervención, así como de los alcances logrados en función de las metas del mismo.**

**Cabe hacer mención que nos encontramos frente a la problemática de atender a grupos numerosos y cómo propiciar una capacidad en ellos para interactuar y modificar el medio, en fin, cómo propiciar el aprendizaje grupal en estas condiciones.**

**Finalmente, esta forma de trabajo se vincula y responde a una realidad social y económica del País, en la que el psicólogo debe aplicar las herramientas con que cuenta para dar solución a ésta problemática que viven los padres, ya que abordarlos de manera individual implicaría la intervención de varios profesionales en el campo de la salud mental, y las instituciones educativas no cuentan con el erario presupuestal para disponer de tal cantidad de personal, debido a la crisis económica.**

## GENERALIDADES DE LA EDUCACIÓN ESPECIAL

### PANORAMA INTERNACIONAL

Existe una larga historia en las sociedades antiguas de rechazo hacia las personas que presentaban anomalías en su desarrollo , éstas recibían un trato que se hallaba ligado a la filosofía y a las supersticiones de la época . La presencia de estos individuos ocasionaba repulsión , temor , eran considerados una amenaza para la sociedad.

Los espartanos desdeñaban a los niños retrasados o con malformaciones , de tal manera que desde su nacimiento eran predestinados a una muerte segura, por su parte los romanos se servían de ellos como instrumentos de entretenimiento o diversión.

En la edad media estos seres eran considerados como poseídos por los espíritus malignos , por ejemplo , Lutero (citado en Ingalls, 1980) creía que eran masa de carne sin hueso y que el diablo habitaba en ellos robándoles el alma y la razón , motivo por el cual ellos debían morir .

Contrariamente a lo que ocurría en otras sociedades , los mayas consideraban que los niños que nacían deformes o con mutilaciones tenían un don divino. Testimonio de este pensamiento se encuentra en las prácticas de la deformación craneal , la mutilación dentaria , el tatuaje , el estrabismo intencional , la perforación del labio inferior y el tabique nasal para colocar adornos , lo cual era parte de la estética personal ( Ruiz, A. 1981, pags. 14-16).

Al paso del tiempo en Europa y los Estados Unidos aparecieron algunos pioneros que hicieron todo lo posible por dar un mejor trato a los retrasados mentales , como el



francés Jean Itard quien en 1798 elaboró métodos de trabajo para capacitar a un niño de 12 años que había sido encontrado vagabundeando por los bosques sin denotar conductas de comunicación y cuya alimentación provenía de los frutos que encontraba en el bosque . Este médico francés aplicó dichos métodos al menor durante cinco años, en los cuales logró que aprendiera algunas palabras y reconociera ciertos objetos , sin obtener resultados favorables en el área de independencia personal , por lo cual tuvo que ser internado .

Inmerso en este clima científico, Edouard Seguin en 1835 sistematizó un método fisiológico de entrenamiento para niños retrasados , el cual hizo patente en un libro de texto referente a la capacitación y entrenamiento para estos niños a través de técnicas físicas y sensoriales.

Otra de las precursoras de la educación especial fue María Montessori, quien en 1896 desarrolló un conocido método educativo para niños que tenían retraso mental .

Paralelamente a estos trabajos , en Estados Unidos Samuel Howe (citado en Ingalls , 1980) se interesó por el trabajo para ciegos y sordos , y fundó un instituto para atenderlos , en su lucha por la defensa de los derechos de los niños con retraso, también logró la fundación de una escuela para jóvenes con retraso mental.

En el año 1898 en Estados Unidos ya existían 24 instituciones públicas para niños con retraso mental donde recibían enseñanza para la música , carpintería y educación física ; sin embargo durante los siguientes diecinueve años el aumento de población provocó que se hiciera de lado la atención personalizada y se atendiera a los niños con mayores problemas en instituciones de cuidado permanente . El panorama de atención disminuyó debido a la influencia de las leyes de selección natural que postuló Charles

Darwin , por considerarse que el retraso era una forma degenerada del hombre como resultado de la prostitución ,el crimen y el alcoholismo , entre otros ; y que la existencia de los seres retrasados, era una amenaza para la especie humana ; por lo anterior, se crearon instituciones médicas que apoyadas en la promulgación de algunas leyes ejercieron la práctica de esterilización para evitar que se reprodujeran .

Posteriormente a la segunda guerra mundial los servicios dirigidos a esta población se incrementaron gracias a los esfuerzos de padres de niños con retraso y de otras asociaciones de la comunidad ,por lo cual se promulgaron leyes para la obligatoriedad de impartir la educación especial en las escuelas especiales de Estados Unidos.

En la década de los sesentas el gobierno federal reconoció el retraso mental como un problema público y se dio apoyo a programas para diagnóstico, capacitación y cuidado , asimismo se destinaron fondos para las investigaciones .

En la siguiente década se propugnó por la igualdad de condiciones de vida de las personas con retraso, con respecto a los demás ciudadanos, reconociendo su derecho de ser protegidos por las leyes , en caso de que alguien atentara contra su integridad.

En la actualidad los servicios de educación especial están encaminados a lograr la normalización , entendida ésta como convertir la vida de las personas retrasadas en una vida semejante a la de cualquier otro sujeto "normal " en cuanto le sea posible . Con ello se intenta demostrar que una persona con retraso mental no difiere tanto como se piensa de quienes son considerados normales (Ingalls , R.R. , 1982, pags. 81-94).

## **ANTECEDENTES DE LA EDUCACIÓN ESPECIAL EN MÉXICO**

Los primeros intentos de dar atención especial a la población con discapacidad en México se realizaron durante el gobierno de Don Benito Juárez con la creación de la escuela para sordos en 1867 y tres años después la fundación de la escuela para ciegos .

Después, en 1914 se organizó la fundación de una escuela para débiles mentales en la ciudad de León, Guanajuato y poco tiempo después se constituyeron grupos de capacitación y experimentación pedagógica para esta población en la Universidad Nacional Autónoma de México . Paralelamente en Guadalajara se fundó otra escuela para dicha población (DGEE-SFP, 1985).

En el año de 1932 se emplearon técnicas educativas para el desarrollo físico y mental de los niños que presentaban alteraciones en estos aspectos, logrando la formación del departamento de psicopedagogía e higiene escolar, que enfatizaba la importancia de la influencia que los factores nutricionales tienen sobre el aprovechamiento escolar .

La creciente necesidad de institucionalizar la educación especial se puso de manifiesto cuando en 1935 se logró insertar un apartado en la ley orgánica de educación, que postulaba la protección a los deficientes mentales y posteriormente se promovió la apertura de la escuela de formación docente para maestros en educación especial , donde paulatinamente se fueron insertando especialidades en educación para ciegos y lesionados del aparato locomotor ; esta escuela dio origen al sistema actual de educación especial.

Con el incremento de escuelas especiales , se dio lugar a la creación de la oficina de Coordinación y Educación Especial, la cual se abocó a la atención temprana de los niños con deficiencia mental en las escuelas primarias de perfeccionamiento .

Tal hecho representó el antecedente inmediato para que en la década de los 70's surgiera la Dirección General de Educación Especial (DGEE) , con ello se marcó una nueva tendencia hacia la atención de este tipo de personas . Dicho organismo persigue en forma genérica : " ...organizar , dirigir , desarrollar , administrar y vigilar el sistema de educación de estas personas y la formación de maestros especialistas" (DGEE-SEP , 1981) .

Con respecto a los servicios disponibles, la DGEE tiene como meta principal contribuir al desarrollo de los individuos con discapacidad ; para lograr la integración y normalización de éstos cuenta con espacios educativos especiales dirigidos a población con :

- Deficiencia mental
- Trastornos de audición y lenguaje
- Impedimentos neuromotores
- Trastornos visuales
- Dificultades de aprendizaje

La fundamentación humanista de los principios de normalización e integración que rigen estos programas considera como prioritario, la búsqueda de condiciones educativas lo más cercanos a la normalidad antes que fijarse en sus limitaciones ; así mismo se plantea la importancia de satisfacer sus necesidades de pertenencia y seguridad , que son aspectos importantes para lograr su desarrollo psicossocial .

Esta filosofía propone que para lograr la integración los alumnos con deficiencias leves sean incorporados a las aulas regulares . En la actualidad esta propuesta de integración se concibe aplicable a todos los individuos con discapacidad , para lo cual se han diseñado diversas estrategias.

Una de las estrategias de integración propone que el niño con discapacidad asista al aula regular con ayuda de un maestro auxiliar que le preste asistencia directa o bien , colabore con el maestro trasmitiéndole formas de trabajo específicas . Otra sugiere que el alumno se incorpore al aula regular mientras recibe apoyo pedagógico en el turno opuesto y la tercera estrategia supone organizar grupos pequeños para reconstruir aprendizajes para posteriormente reintegrarlos al grupo regular ( DGEE-SEP 1994).La educación especial se constituye por lo tanto como vía para romper las barreras sociales , familiares y educativas que estigmatizan a los alumnos que asisten a estas aulas.

## **DESARROLLO NORMAL DEL NIÑO EN LA ETAPA TEMPRANA**

La educación especial es una labor que atañe principalmente a pedagogos y maestros especializados , sin embargo la psicología del desarrollo ha contribuido a este campo no solo por el interés en estudiar al niño en sus diferentes etapas evolutivas , sino que también busca descubrir las leyes que rigen el desarrollo y cómo se van formando las funciones adultas .

A lo largo del siglo XX el desarrollo humano se ha estudiado desde diferentes perspectivas teóricas que se han basado en los supuestos acerca de cómo se adquieren las conductas nuevas , pero no todas las posiciones teóricas comparten las mismas ideas al respecto.

### **TEORÍAS DEL DESARROLLO**

Por ejemplo, la teoría de Freud ( 1856- 1939 ) sostiene que el motor de la actividad psíquica lo constituyen los estados de tensión que se producen en el organismo y que éste tiende a reducir por medio de la satisfacción de tales estados. Presupone que los infantes nacen con un depósito de pulsaciones o instintos , llamado la libido, que se localizan en distintas zonas corporales , cuyo carácter cambia a medida que el niño crece y que estos cambios son causados por condiciones de maduración y por la experiencia.

Freud ( 1985 ) señala que la forma en que el medio facilite o impida en un momento cualquiera la satisfacción de la zona erógena , determinará que el niño supere con éxito su etapa actual o quede fijado en ella , lo cual le ocasionaría trastornos psicológicos.

Dicho autor postula cuatro etapas del desarrollo psicosexual : durante el primer año y medio de vida el niño se encuentra en la etapa oral que es por donde incorpora su mundo circundante y obtiene placer producido por la alimentación , por chupar y morder objetos, en el transcurso de los dos y medio a los cuatro años de edad, atraviesa por la etapa anal , el ano se convierte en la zona erógena y el niño encuentra placer en la eliminación o retención de sus heces ;asi mismo se desarrollan diversas situaciones de conflictos relacionados con el afecto de los padres ,cuya resolución conduce a la adquisición de la identidad psicosexual.

Durante el lapso de los seis años a la adolescencia ,se presenta un período de latencia, en el que el niño se haya inmerso en el proceso de reprimir sus deseos sexuales hacia sus progenitores , por lo cual la sexualidad parece oculta , de tal suerte que en el tránsito de la adolescencia a la edad adulta, el individuo busca un compañero del sexo complementario para vivir su sexualidad .

Como puede apreciarse la teoría psicoanalítica atribuye a la sexualidad el motor del desarrollo de la personalidad de todo individuo en el cual los procesos mencionados pasan desapercibidos para éste .

Por su parte la posición conductista centra su interés en el estudio de la conducta manifiesta ,en lo que el organismo hace, se preocupa por estudiar cómo a partir de las conductas con que nace el sujeto ,llamados reflejos incondicionados , se van formando nuevas conductas por medio del condicionamiento, logrando así aprendizajes, es decir, formación de conductas nuevas . Según este enfoque , el desarrollo puede reducirse a un proceso de incremento de conductas que cada vez se hacen más complejas. Su creador John B. Watson ,( 1878 - 1958 ) , propuso que los objetos de estudio de la psicología

deberían ser la predicción y el control de la conducta, para dicho autor el aprendizaje era un cambio en la capacidad de un organismo que no debía atribuirse a sus procesos de desarrollo, sino también a la influencia de su medio ( Delval, J. 1994, pag. 59 ).

Otro autor en esta línea de investigación, es Skinner ( 1938 ), quien estudió el condicionamiento operante, que consistía en ir reforzando o premiando de manera selectiva alguna conducta que el sujeto emitía espontáneamente. En conclusión, el conductismo no contempla etapas o periodos de desarrollo.

Por otro lado Jean Piaget ( 1896 - 1980 ), se interesó en el proceso de desarrollo referido principalmente a la formación de conocimiento, para lo cual empleó el método clínico de observación. Este autor sostiene que toda conducta es un proceso adaptativo que establece una interacción entre el organismo y su medio; señala que el individuo llega al mundo con una serie de estructuras biológicas, mismas que le permiten relacionarse con el ambiente. Dicho proceso tiene dos momentos: (1) la asimilación o acción del organismo sobre los objetos que lo rodean, es decir, la incorporación y transformación del medio, y (2) la acomodación o acción del medio sobre el organismo, a partir de los cuales se constituirán las estructuras que a su vez formarán los esquemas (Piaget, 1983).

El autor define un esquema como un tipo de conducta estructurada susceptible de repetirse en condiciones no idénticas, así mediante el ejercicio, los esquemas se van diferenciando en nuevos esquemas, que a su vez darán lugar a esquemas diferentes. Sostiene que los esquemas son unidades en continua modificación y que la aplicación de un esquema a un objeto nuevo supone una modificación del esquema, es decir, una acomodación; de esta manera los esquemas adoptan un orden jerárquico y se organizan



**en sistemas, lo cual hace que el organismo vaya construyendo una representación de la realidad.**

Como punto de partida de las operaciones intelectuales está el de la inteligencia sensoriomotora ( 0 meses - 2 años ), donde el niño emplea las percepciones y las sensaciones como fuentes de conocimiento .Hacia los dos años comienza el segundo periodo denominado pre-operatorio . que dura hasta los siete años y durante el cual el niño evoca acontecimientos no presentes a partir de símbolos o representaciones, valiéndose del juego simbólico , la imitación diferida , la imagen mental y sobre todo el lenguaje. A los siete u ocho años inicia el tercer periodo de operaciones concretas , que están sujetas a la acción del niño sobre los objetos , llegando así al dominio de nociones matemáticas como las seriaciones , las correspondencias , las inclusiones , etc.

Hacia los once o doce años aparece un cuarto y último periodo de operaciones lógico - formales , durante el cual se logra un dominio del conocimiento con base en suposiciones hipotéticas ( Piaget, J. 1983 ,pag. 30-40) .

Las teorías anteriormente expuestas denotan el interés científico por encontrar respuestas acerca de el origen y la formación del desarrollo del niño, ya que la infancia es una etapa de grandes descubrimientos, en la que el organismo va experimentando cambios trascendentales.

A continuación se revisarán algunas investigaciones relacionadas con el desarrollo humano.

## PERCEPCIÓN

El trabajo experimental realizado en las tres últimas décadas demuestra que el infante desde sus primeros días de vida posee habilidades para percibir su medio y actuar sobre él mediante sus sentidos, por ejemplo el neonato detecta contornos y curvas y de ahí su interés en explorar el contorno de una cara y su preferencia por mirar figuras con dibujos en su interior y no una figura lisa ( Bushnell , 1979 ; Fantz y Miranda , 1975 ; Salapateck y Cols. , 1980 ; Macfarlane y Cols. , 1976 ) .

Desde el primer mes exhibe la capacidad para enfocar un objeto con el ojo derecho y otro con el izquierdo , esto es, manifiesta convergencia binocular ( Banks , 1980 ) ; su agudeza visual , o sea la capacidad para diferenciar imágenes es muy reducida en los primeros días . Se dice que la distancia en la que muestra mayor agudeza visual es de 19 cm. aproximadamente ( Salapateck , 1976 ) .

De la misma manera el bebé es capaz de oír y percibir sonidos , ( Field y Cols., 1980 ; Bundy , 1980 ) ; así como de asociar el sonido con el seguimiento visual ( Lawson y Turkewitz, 1980; Crazini y Broerse, 1980) .

Por otro lado el gusto y el olfato le sirven para detectar la presencia de determinadas sustancias en el medio ambiente ; en el caso del sentido del gusto , lo demuestra mediante expresiones faciales ; al respecto Steiner (1979 ) encontró que los recién nacidos manifestaban distintos gestos ante lo dulce , lo amargo y lo ácido ; en cuanto al olfato se observó que los niños de dos días de nacidos preferían un paño impregnado de leche materna que uno limpio .

## **CONDUCTA REFLEJA**

También posee un sistema de conducta refleja , el cual se pone en funcionamiento cuando aparece un estímulo interno o externo ;estos son necesarios para su supervivencia y son la primera forma de responder a la estimulación que recibe del medio ambiente . Así mismo la presencia de dichos reflejos es indicadora de los cambios biológicos que ocurren a medida que madura el sistema nervioso .

El más importante de los diversos reflejos es el de Moro , donde se levanta al niño un poco del lecho para después soltarlo bruscamente , obteniendo como respuesta inmediata el estiramiento de brazos así como de manos, las cuales abre en posición de abrazar , mientras las piernas se flexionan y el niño grita.

El reflejo de prensión también es muy importante , consiste en hacer pasar los dedos del niño sobre un objeto que se desplaza por su mano. En respuesta a dicha estimulación los dedos se doblan y lo cogen con fuerza levantando el brazo a la vez que tensa los músculos, de tal forma que puede ser levantado y sostenido utilizando como soporte dicho objeto. En el reflejo de Babinski el bebé extiende los dedos del pie en forma de abanico , seguida de flexión de los dedos cuando se ejerce una presión suave sobre la planta del pie.

## **DESARROLLO FÍSICO**

En lo que se refiere al desarrollo físico, la velocidad del crecimiento es rápida durante los primeros meses de vida, de tal manera que el aumento en la talla sobrepasa el equivalente a 20 cm. por año ; pero esa velocidad se reduce a unos 14 cm. por año cuando el niño cumple su primer año de vida y seguirá aminorando hasta llegar cerca de

los 5 cm. /año antes del comienzo de la pubertad ( Delval, 1994). Dicho autor menciona que las porciones del cuerpo también van cambiando, de tal forma que mientras la cabeza del recién nacido representa aproximadamente la cuarta parte del tamaño total de su cuerpo, en la edad adulta habrá pasado a convertirse en la octava parte, asimismo durante el primer año el tronco es la parte que crece más rápidamente.

Con respecto al desarrollo motor del recién nacido, éste debe seguir una dirección,, de tal manera que inicia con un control de los movimientos la de cabeza , para luego irse extendiendo hacia los brazos , las manos , el abdomen, las piernas y los pies .

## EL CEREBRO

Con respecto al desarrollo del cerebro es importante hacer notar que durante el primer año de vida triplica su peso ; es decir que de 350 gr. aproximadamente - lo que equivale en promedio , es decir , el 75 % del peso definitivo - , para la edad de 4 años, ha alcanzado el 90 % de su peso definitivo .

Este aumento no es consecuencia de la multiplicación de las neuronas cuyo número ya está fijado al nacer, sino del crecimiento de sus cuerpos celulares y de sus ramificaciones, de la mielinización de las vías y de las fibras, así como de la multiplicación de las células glias o neuroglías ; éstas últimas forman una especie de esqueleto de sostén de las células nerviosas. En tal sentido , Lazorthes (1987) señala que la magnitud de las transformaciones anatómicas, fisiológicas y químicas que se producen durante los primeros años de vida permite prever qué tan plástico es el cerebro en ese momento, ya que cuanto más se solicita de él, mas se favorece su desarrollo.

## **LENGUAJE.**

Con respecto al desarrollo del lenguaje, este se da de forma paralela al desarrollo del cerebro que inicia con la formación de la vía acústica a la 20a semana de vida fetal y cierra con la maduración de vías nerviosas aproximadamente a los 15 años de edad (Nieto , H.,1988 , pag. 11).

Al respecto Nieto (1988),explica que el lenguaje oral es un medio de comunicación exclusivo del género humano, a través del cual es capaz de expresar ideas a otras personas , ajustándose a un código especial propio de la lengua del habla. Así mismo facilita la adaptación e interacción social del hombre.

Dicha autora menciona la existencia de cuatro etapas del desarrollo verbal :

- 1.- Etapa prelingüística .
- 2.- Etapa inicial.
- 3.- Etapa intermedia.
- 4.- Etapa de consolidación final.

Para que el niño pueda lograr un adecuado desarrollo de su lenguaje, será necesario un desarrollo adecuado de su cerebro, de su aparato auditivo así como la parte afectiva, de seguridad y confianza de las personas que se encargan de su cuidado.

Asimismo la evolución de su lenguaje dependerá de factores de estimulación ambiental , en este sentido los factores socioculturales también determinan en parte el desenvolvimiento del habla infantil .

A este respecto los datos de una investigación llevada a cabo por Alice Desoedress ( 1988 ), acerca de las diferencias cuantitativas del vocabulario infantil en distintas clases sociales , de los dos y medio a los siete años de edad arrojaron los siguientes datos :

EDAD	2 años	2 años y medio	3 años	4 años	5 años	6 años	7 años	8 años	9 años	10 años	11 años
MEDIOS POPULARES	360	990	1440	1505	2000	2200	2257	2442	2775	2960	2960
MEDIOS ACOMODADOS	990	1575	1845	2107	2480	2560	2738	2812	2997	3182	3330

Existe un vasto número de investigaciones que postulan la influencia de las primeras experiencias en el recién nacido como decisivas para su ulterior desarrollo . Jeroslav Koch ( 1979 ) , considera que el primer año de vida es determinante para el desarrollo posterior del ser humano subrayando que " ...si se carece de estimulación apropiada durante los primeros meses de vida el potencial para desarrollar ciertas habilidades , destrezas y características , desaparece gradualmente ... de manera que el primer año es trascendental para el desarrollo posterior del ser humano y es la fase más crítica de su desarrollo " .

Por su parte , Bower ( 1974 ) , nos dice al respecto " ...la primera infancia , la etapa anterior al lenguaje es uno de los períodos más críticos del ser humano , durante esta etapa se establecen las habilidades básicas del hombre , se completa virtualmente el desarrollo perceptivo y se sientan las bases de las habilidades cognitivas que llegarán a constituir el intelecto humano " .

Bralic y Cols. (1978), consideran la importancia de las experiencias tempranas y las definen como "...el conjunto de acciones tendientes a proporcionar al niño las experiencias que éste necesite desde su nacimiento para desarrollar al máximo su potencial psicológico , esto se logra a través de la presencia de personas , objetos , en cantidad y oportunidades adecuadas y en el contexto de situaciones de variada complejidad , que generan en el niño un cierto grado de interés y actividad , condición necesaria para lograr una relación dinámica con su medio ambiente y un aprendizaje efectivo ".

Es innegable la influencia del medio ambiente en interacción con el equipo biológico del infante para lograr el desarrollo de todas sus potencialidades durante sus primeros años de vida.

## RETARDO EN EL DESARROLLO

Las capacidades del recién nacido son notables , como ya se dijo, durante sus primeros años de vida ocurren grandes cambios ,pues siendo que al principio pasa la mayor parte del día durmiendo , al cabo de los tres meses explora su medio en forma activa . Al año logra la adquisición de la marcha , dice sus primeras palabras y con ello inicia una vida cada vez más independiente de las personas con las que convive cotidianamente . Para los seis años está listo para su ingreso a la escuela con un avance en sus procesos intelectuales y de socialización .

Es evidente que tales procesos están en función de la interacción de factores biológicos ( como la madurez de su sistema nervioso ) , con las condiciones socio - culturales . Como consecuencia de estos factores el niño se va diferenciando y mientras unos logran los progresos esperados , otros presentan desfásamiento en su desarrollo potencial , evidenciando la disminución de sus capacidades .

Cualquier reducción de estas potencialidades puede considerarse como una perturbación que impide lograr el desarrollo integral ,por ello a las personas que presentan estas limitaciones se les ha denominado de formas variadas como : idiota , enfermo mental , retardado mental o discapacitado intelectual. En México la Dirección General de Educación Especial ( DGEE ) emplea el término de deficiencia mental para referirse a los niños que presentan una disminución significativa y permanente en el proceso cognoscitivo , acompañada de alteraciones de la conducta adaptativa ( DGEE - SEP. , 1985).

Dicha institución reconoce la siguiente clasificación en términos del cociente intelectual :



Grado	IQ
Deficiencia mental leve	50-70
Deficiencia mental moderada	35-50
Deficiencia mental severa	20-35
Deficiencia mental profunda	0-20

Esta clasificación se elabora con base en los datos que se obtienen de aplicar a los niños una batería de pruebas psicológicas que miden el cociente intelectual - Escala de inteligencia revisada para el nivel escolar ( WISC - RM) - ; el nivel de madurez en su percepción visomotora - Test Gestáltico de Bender -, así como su capacidad de madurez intelectual - Prueba de la figura humana ( DFH ) .

En niños menores de siete años que presentan problemas de comunicación, dificultades motoras u otra discapacidad también se aplica el inventario de logros preescolares ( PAR ) .

De acuerdo con el perfil psicométrico , los datos significativos de su historia clínica , y con los reportes médicos de la presencia de daño neurológico, se determina su canalización a la etapa de escolarización que le corresponda.

Desde un punto de vista conductual se reconoce que el empleo del juicio psicométrico, los criterios de clasificación educativos así como la predominancia de factores etiológicos que se han utilizado como predictores del desempeño futuro del niño, limitan las decisiones que se puedan tomar, generalizan el déficit más que especificarlo, aunado a su segregación y estigma.

Tales consideraciones han dado lugar a un replanteamiento del problema de la deficiencia mental, considerándola como retardo en el desarrollo. Este enfoque adopta un punto de vista que se fundamenta en el análisis experimental de la conducta.

El pionero de esta corriente, Bijou , define el retardo en el desarrollo como: "... una desviación en el desarrollo psicológico y , por consiguiente , se utiliza el término desarrollo en vez de retardo mental . Las diferencias entre el desarrollo normal y el retardado radican en la naturaleza de las condiciones y las interacciones del desarrollo pasado y presente . El desarrollo normal , cambios progresivos en las interacciones entre el individuo y el medio , se da a través de la acción de condiciones biológicas, sociales y físicas que están dentro de los límites normales . El desarrollo retardado evoluciona a través de la acción de condiciones biológicas , sociales y físicas que se desvían de lo normal en grados extremos ; mientras más extremas sean las desviaciones , más retardado será el desarrollo " ( Bijou , S. , 1975 , pag. 248 ) .

Con base en esta caracterización , el concepto de retardo en el desarrollo tiene importantes implicaciones para el diagnóstico y el tratamiento del niño con retardo . Independientemente de las causas orgánicas o ambientales se van señalando las determinantes actuales que controlan el déficit . La manera de ir manejando dichos factores permite suplir los déficits e ir estableciendo conductas más complejas.

Siguiendo la línea teórica de Bijou para explicar el retardo en el desarrollo, Ribes menciona que la interacción entre el individuo y su medio ambiente es dinámica y está dada por cuatro factores básicos , que son:

- 1.Los determinantes biológicos del pasado : aquí figuran los determinantes hereditarios, factores prenatales y factores perinatales.

2. Los determinantes biológicos actuales : se refiere a factores como el estado nutricional , la fatiga , desnutrición, etc.
3. La historia previa de interacción con el medio : el autor aquí explica que aquellas conductas del niño que en el pasado fueron aversivas para quienes le rodeaban, reducen las posibilidades de crear un ambiente positivo que facilite el establecimiento de conductas sociales en el sujeto con retardo.
4. Las condiciones ambientales momentáneas o acontecimientos discriminativos , reforzantes y disposicionales : en este caso se abarca una multitud de estímulos discriminativos y de estímulos reforzadores que guardan relaciones intrincadas con diversas conductas.

En relación a los cuatro determinantes mencionados , Ribes (idem.), considera que el retardo en el desarrollo consiste en un déficit conductual por comparación con las normas que corresponderían al caso que es producto de la interacción de estos cuatro factores.

En tal sentido la modificación de conducta requiere ir estableciendo en los individuos con retardo elementos que constituyen la triple relación de contingencia, o sea los estímulos discriminativos, los reforzadores y la conducta para luego diseñar ambientes que faciliten y promuevan la adquisición de las habilidades necesarias para desarrollar repertorios que les permitan adecuarse a las exigencias de su medio .

## ETIOLOGÍA DEL RETARDO EN EL DESARROLLO

Existen factores que determinan desviaciones significativas en el proceso de evolución de un individuo ocasionando con ello un retardo en el desarrollo. La naturaleza de estas condiciones van determinando las características y el grado de déficit que presenta un niño a lo largo de su vida.

### ASPECTOS SOCIOCULTURALES

Las causas de privación socio - cultural han sido ampliamente estudiadas en el campo de la psicología. Los resultados de estudios de privación animal, indican que una total o parcial privación de experiencia perceptual en los periodos tempranos de desarrollo, puede llegar a modificar aspectos funcionales y anatómicos del sistema nervioso.

Weiskrantz ( 1958 ), observó que los gatos que fueron expuestos a un periodo corto de privación (cuatro semanas) en completa oscuridad, mostraron un cambio significativo en la capa retinal que contiene dendritas ganglionares y en la densidad del tracto óptico .

En otro experimento , Kreeh y Cols. ( 1966 ) determinaron que el peso cortical en ratas que habían sido criadas en un ambiente pobre de estímulos y de experiencias sensoriomotrices era 4.8 % inferior al de las ratas estimuladas tempranamente .

Las extrapolaciones derivadas de estudios con animales a humanos, deben considerarse en forma tentativa , ya que no es posible extrapolar directamente estos resultados al infante humano.

Existen programas dirigidos a prevenir el retardo en el desarrollo . Garber y Heber ( 1977 ) , elaboraron el proyecto Milwauakee para prevenir el retardo en el desarrollo en niños pertenecientes a familias de alto riesgo ; ellos definen alto riesgo como una desventaja socioeconómica y cultural , un cociente intelectual en la madre inferior a 80 , así como una historia de conflictos personales. Para este estudio se trabajó con 40 familias de alto riesgo , asignadas al azar a un grupo experimental y a un grupo control . El grupo experimental se expuso a un programa de adiestramiento vocacional para las madres y un programa de estimulación temprana para los niños desde los tres meses . El grupo control no se expuso a los programas . Todos los niños se evaluaron a los 6 , 18 , 24 , 30 y 36 meses , y después cada año a lo largo de 6 años. Los niños del grupo experimental no sólo se mostraron superiores en el desarrollo de su lenguaje , sino que mantuvieron a lo largo de los 6 años de duración del estudio un coeficiente de inteligencia con promedio de 123 . Los niños del grupo control tuvieron un coeficiente de inteligencia promedio de 94 en las mediciones iniciales, disminuyendo conforme transcurría el estudio .

Por su parte Bralic' y Cols. ( 1978 ) , aplicaron un programa de estimulación precoz para niños de nivel socioeconómico bajo entre niños de 0 y 2 años . La muestra incluyó 159 niños pertenecientes a familias con un nivel socioeconómico bajo , asignados al azar a tres grupos experimentales y un grupo control . A un grupo experimental se les aplicó el curriculum de estimulación desde el nacimiento hasta los 24 meses . A otro grupo experimental , se le aplicó el programa a partir del 4º mes de vida , hasta los 24 meses . Al tercer grupo experimental solo se les dio atención de cuidados físicos durante sus primeros 14 meses , a partir de los 15 hasta los 24 meses , se les aplicó el programa . Un grupo control solo se le aplicaron evaluaciones trimestrales de su desarrollo psicomotor .

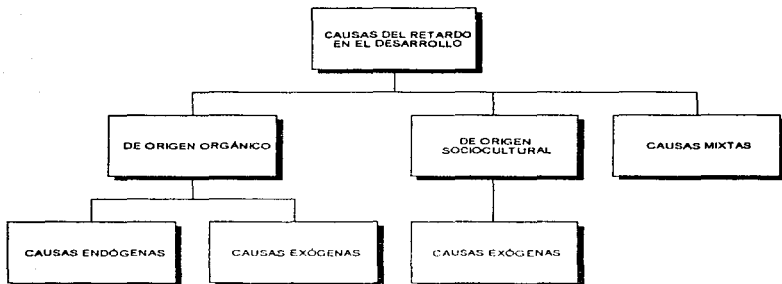
En este experimento , otro segundo grupo control estaba formado por niños pertenecientes a familias de clase media - alta . Los resultados revelaron que a los tres meses de edad , los tres grupos experimentales no observaron diferencias significativas entre los promedios de coeficientes de desarrollo .

En cuanto a la evolución de los primeros años , el primer grupo experimental mantuvo un rendimiento significativamente mejor que el grupo control I ; rendimiento que a su vez no difirió del grupo control de nivel socioeconómico medio - alto . Incluso se reportó que a los 6 y 12 meses , el grupo experimental , superó al del nivel socioeconómico alto .

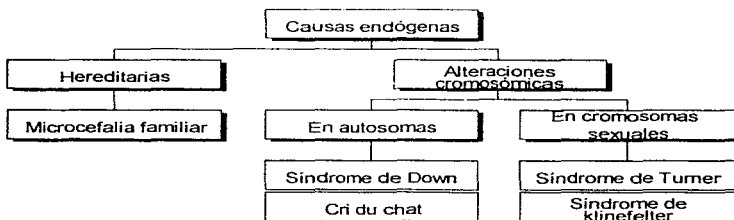
Otros estudios han reportado correlaciones positivas entre la calidad de la estimulación en el ambiente del infante y sus correlaciones de desarrollo intelectual ( Bradley y Caldwell ,1978 ) . Elardo , Bradley y Caldwell(1977), encontraron también correlaciones positivas entre la calidad de la estimulación del ambiente en el hogar y el desarrollo del lenguaje.

## **DE ORIGEN ORGÁNICO**

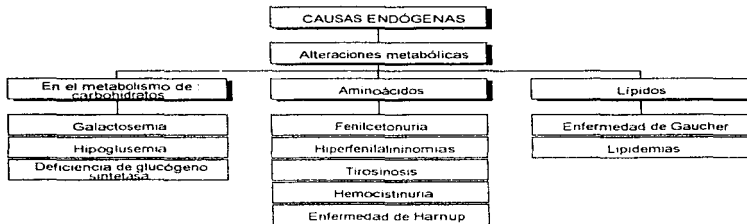
Con respecto a las causas que ocasionan deterioro neurológico, Domínguez, B. ( 1991, pags, 217 - 229 ) , elaboró una clasificación de las patologías más comunes que provocan retardo en el desarrollo. Distingue en primer lugar las de origen orgánico **endógenas** y estas las subdivide de la siguiente manera:



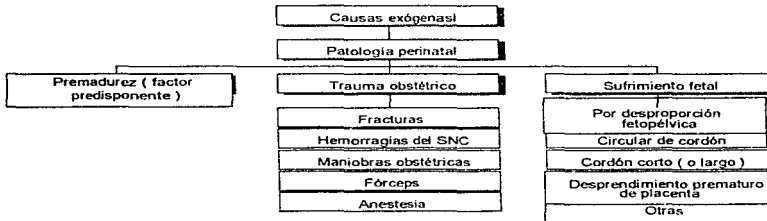
**DE ORIGEN ORGÁNICO**



## DE ORIGEN ORGÁNICO

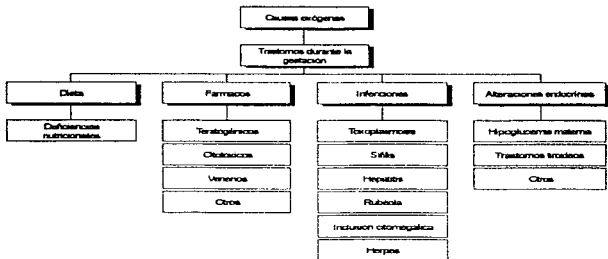


## DE ORIGEN ORGÁNICO

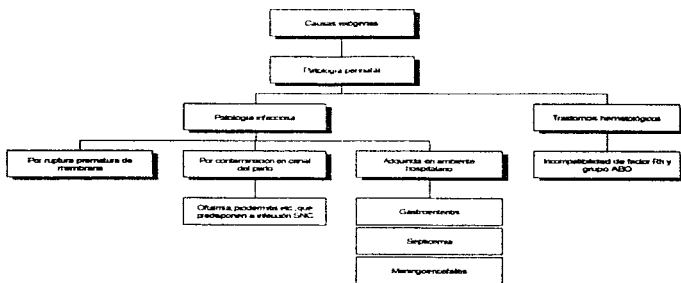




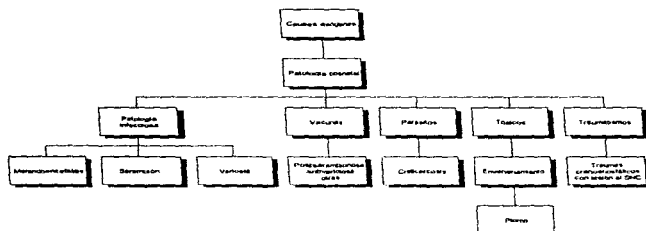
## DE ORIGEN ORGÁNICO



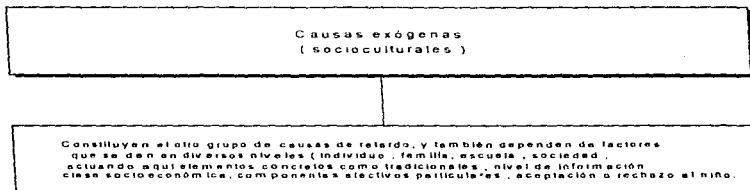
## DE ORIGEN ORGÁNICO



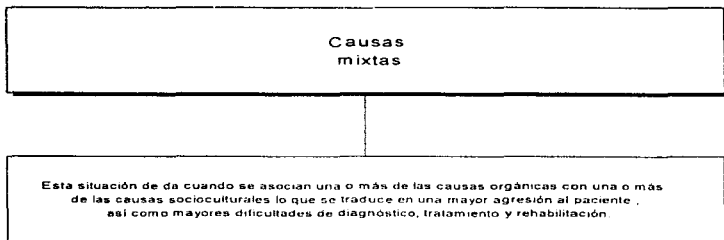
## DE ORIGEN ORGÁNICO



## DE ORIGEN SOCIOCULTURAL



## DE ORIGEN MIXTO



Causas del retardo en el desarrollo ( tomado de Domínguez, B. M., 1981).

### CAUSAS ENDÓGENAS

#### *ENFERMEDADES HEREDITARIAS*

Domínguez (1981), menciona los padecimientos que se han comprobado que se transmiten por herencia aumentan progresivamente como es el caso de la **microcefalia hereditaria** , donde se aprecian deformaciones congénitas del cerebro, se ha encontrado incidencia de 1,25 % de retardados entre hijos de matrimonios de primos de primer grado, siendo las causas más comunes las enfermedades metabólicas, como la fenilcetonuria , lipidosis y otras , en cuya transmisión esta involucrado un componente

hereditario. Dichas alteraciones metabólicas son transmitidas como defectos heredados, de forma que al alterarse el metabolismo de aminoácidos, lípidos o carbohidratos , se producen efectos nocivos sobre la salud del niño, entre ellos el daño neurológico por acumulación de metabolitos anormales , como es el caso de la fenilcetonuria.

En la actualidad existen diferentes recursos para efectuar el diagnóstico prenatal, como la amniocentesis , el cultivo de células de líquido amniótico , ultrasonografía , radiografía directa , fetoscopias , aspiración de muestras placentaria , etc. , sin embargo , la mayoría de estos recursos están fuera del alcance económico de las clases más desprotegidas por sus altos costos

#### *ALTERACIONES CROMOSÓMICAS*

En el momento en que el espermatozoide penetra la pared del óvulo, libera 23 partículas diminutas denominadas cromosomas. Aproximadamente al mismo tiempo , el núcleo del óvulo, se rompe y libera a su vez 23 cromosomas. Así el óvulo fertilizado tiene un total de 46 cromosomas.

De los 23 pares de cromosomas, uno de ellos, llamado cromosoma sexual, es responsable de determinar el sexo del niño. La mitad de las células espermáticas del hombre contienen un cromosoma X ; la mitad restante contienen un cromosoma Y . Cuando un óvulo femenino que contenga un cromosoma X se une durante la concepción con un espermatozoide que tenga un cromosoma Y , el resultado será un niño. En el caso contrario, cuando un óvulo se une con un espermatozoide que tenga un cromosoma X , el producto será una niña.

Son diversas las anomalías debidas a efectos cromosómáticos, un desorden bastante común debido a una anomalía en los autosomas ( los otros 22 pares de cromosomas que no sean los sexuales X o Y) es el llamado **Síndrome Down**. Los niños que padecen este desorden nacen con una apariencia oriental en el rostro , pueden tener defectos en los ojos, el corazón o algún otro tipo de anomalías. La base genética de este defecto es la presencia de un cromosoma extra en el par número 21. Este síndrome se presenta en uno de cada 700 a 750 nacimientos.

Otras alteraciones autosómicas menos frecuente que la anterior son el **Cri Du Chat** , producido por supresión del brazo corto del cromosoma 5, y otras como la trisomía 13, trisomía 18 , etc.

La alteración de cromosomas sexuales también pueden producir defectos en los hombres o en las mujeres . El **Síndrome de Turner** , que se origina comúnmente por la ausencia de un cromosoma X , afecta a las mujeres y altera su ciclo normal de la pubertad. Las niñas con este síndrome por lo normal no desarrollan características sexuales secundarias , pero esta condición puede tratarse mediante la administración continua de estrógeno a partir de la pubertad. Tal medicamento produce el desarrollo corporal femenino y la menstruación , aunque la adolescente permanece estéril.

La contrapartida masculina es el **Síndrome de Klinefelter**. En este desorden , provocado por un número excesivo de cromosomas X en los varones ( por ejemplo , **XXY** , **XXXY** , en lugar de **XY** ) , no se desarrollan las características sexuales masculinas en la pubertad , el joven permanece estéril.

## **ALTERACIONES METABÓLICAS**

Entre las alteraciones innatas del metabolismo se encuentra la **Fenilcetonuria**. Los niños que padecen esta enfermedad carecen de una enzima que es necesaria para el funcionamiento metabólico normal. En ausencia de esta enzima , se acumula una sustancia química en el cuerpo que produce daños en el sistema nervioso central y que conduce al retraso en el desarrollo. Por lo general esta lesión se manifiesta a los cuatro meses de edad.

El niño afectado suele ser más rubio que sus hermanos , de ojos azules , con olor parecido al moho y con lesiones en la piel . Aproximadamente la tercera parte presenta convulsiones y suelen manifestar conductas hiperactivas y asociales. En los Estados Unidos se presenta un caso por cada 10 000 nacimientos. Existe un tratamiento de dieta especial que elimina la mayor cantidad de fenilalanina de la sangre.

La **Galactosemia** la trasmite un gen recesivo único y da por resultado la incapacidad para metabolizar la galactosa , los infantes suelen mantener un peso ligeramente bajo y la primera queja es que no se desarrollan , no aumentan de peso y tienen frecuentes vómitos y diarreas. Una dieta donde se elimina la ingestión de leche puede prevenir el daño neurológico.

Existe otro grupo de factores **exógenos** o **ambientales** que pueden favorecer la presencia de retardo en el desarrollo durante la fase de la fecundación y durante el embarazo , en el cuál interactúan tres factores ambientales relacionados a :

- El **microambiente** , que está constituido por el útero y los anexos ovulares (placenta , cordón umbilical , etc. ) , cuyas características de tamaño , forma , condicionan el desarrollo del producto.

- El **matroambiente** , que está relacionado con las condiciones maternas como **edad , talla , forma , estado de salud , nutrición , hábitos como alcoholismo , tabaquismo, adicciones a drogas , etc.**

El **macroambiente** , constituido por las condiciones externas a la madre , como **situación económica , cultural , ocupación , condiciones de trabajo , contaminación ambiental , el uso de pesticidas , las radiaciones , disponibilidad de agua potable , saneamiento ambiental , etc.**

## **CAUSAS EXÓGENAS**

### ***TRASTORNOS DURANTE LA GESTACIÓN.***

Las **Deficiencias nutricionales** en la madre durante el embarazo en el que el **bebé** toma de su torrente sanguíneo los nutrientes básicos que necesita, pueden afectar al **producto** , sobre todo si existe una **carencia de vitaminas y minerales.**

Debido a que los sistemas corporales del feto no se han desarrollado por completo, este puede ser afectado por el uso de **Drogas** que consuma la madre con el fin de tratar un resfriado , para cambiar un estado de ánimo , como sucede con los **tranquilizantes**. También lo es el caso de los **antibióticos**, el exceso de **vitaminas** , todos los cuáles pueden producir cambios metabólicos con secuelas de **daño anatómico y funcional.**

El **tabaco** también tiene un efecto adverso sobre el feto, por ejemplo , el **peso bajo al nacer** y los **huesos pequeños y cortos** son más comunes entre los hijos de **madres fumadoras** que las que no fuman. El uso de **drogas como la heroína** provoca en el recién

nacido síntomas de abstinencia , los cuáles pueden durar los hasta seis meses de edad , manifestándose por irritabilidad , temblores , convulsiones , vómitos , llanto estridente y molestias respiratorias.

Algunas **infecciones** que atacan a la madre durante el embarazo pueden afectar la salud del neonato. La **toxoplasmosis** es una infección que puede ser provocada por el contacto con los gatos o por la ingestión de carne roja mal cocinada. Los hijos de estas madres pueden nacer con retardo en el desarrollo, lesión en los ojos o pérdida de la audición.

La **sifilis** es otra enfermedad que puede afectar al niño por nacer. Si el tratamiento de la madre sífilítica se emprende al comienzo del embarazo puede que el niño no sufra la enfermedad. En términos generales las infecciones adquiridas por el producto durante el primer trimestre del embarazo suele producir lesiones más generalizadas y severas, ya que es la etapa en que los diversos órganos y sistemas están en formación.

En el segundo trimestre las lesiones suelen ser menos severas, pues ya ha concluido la etapa formativa en la mayoría de los órganos, y en el segundo trimestre, según la fecha de adquisición de la infección puede ser que no se produzcan daños severos.

Los recién nacidos que han adquirido infección dentro del útero presentan una serie de manifestaciones clínicas, como son el crecimiento del hígado, del bazo, coloración de piel y mucosas, alteraciones neurológicas manifestadas por reflejos anormales, mala respuesta a estímulos externos, convulsiones, hipoactividad, rechazo a los alimentos, alteraciones en el peso, hipotermia, alteraciones cardíacas, alteraciones



oculares, lesiones en la piel y malformaciones neurológicas como microcefalia, macrocefalia, hidrocefalia, etc.

De lo anterior puede deducirse que el control prenatal realizado por el ginecólogo o el médico general tiene importancia para el diagnóstico y el tratamiento oportuno, lo que se traduce en una vida sana para el niño.

Entre las **alteraciones endocrinas** la más común es el **hipotiroidismo** en que no existe la producción de hormonas tiroideas que garanticen el crecimiento y el desarrollo normal del niño. Esta situación transitoria puede encontrarse en algunos recién nacidos de madres que han ingerido cantidades excesivas de medicamentos tiroideos, que atraviesan la placenta y bloquean la glándula tiroides fetal. Por lo general el hipotiroidismo congénito (cretinismo) se presenta en aproximadamente uno de cada cinco mil a diez mil nacimientos, y es causado por la ausencia de la glándula tiroides. Los síntomas se manifiestan en el neonato de tres a cuatro meses, estos son: somnolencia frecuente, hipoactividad, piel seca, constipación, dificultades en la alimentación, hernia umbilical, fontanelas amplias. Si existe un tratamiento temprano, el niño evoluciona normalmente, pero si se deja transcurrir un periodo largo de tiempo, se corre un riesgo de un daño cerebral irreversible.

### ***PATOLOGÍA PERINATAL***

Junto con las infecciones, las enfermedades perinatales constituyen los principales productores de daño cerebral. En la mayoría de los casos los infantes con periodo de gestación menores de veintiséis semanas ( **prematuros** ) tienen más posibilidades de desarrollar factores de salud críticos que ponen en riesgo su supervivencia.

El **traumatismo obstétrico** puede ser ocasionado por maniobras obstétricas ( para acomodación del producto antes y después del parto ), la aplicación inadecuada de fórceps, la producción de fracturas de cráneo y hemorragias del sistema nervioso central. También se encuentra la acción de anestésicos en la madre durante el parto que pueden provocar alteraciones respiratorias como la hipoxia.

El uso de **anestésicos** durante el parto pueden provocar agresión hepática o neurológica en el recién nacido. Otros factores comprenderían la desproporción entre el tamaño de la pelvis materna y la cabeza del niño, la presencia de cordón umbilical corto, que complica el descenso normal, o el cordón enrollado en el cuello que al apretarse durante el descenso puede ahorcarlo o provocarle dificultades respiratorias, impidiendo con ello una oxigenación adecuada al sistema nervioso, el mismo efecto se produce si ocurre el desprendimiento de la placenta en forma prematura. Este tipo de agresiones se observan con mayor incidencia en madres jóvenes con primer embarazo, y en mujeres con nivel socioeconómico bajo y antecedentes de partos previos.

La **patología infecciosa** puede ser adquirida tanto en el momento de nacer (cuando la madre es portadora de una infección a nivel de canal de parto ), como durante la estancia en el hospital por fallas del manejo profesional.

Existen varias enfermedades que dependen básicamente de alteraciones producidas a nivel sanguíneo. Entre los **trastornos hematológicos** es el que se refiere al de la isoimmunización por **factor Rh**.

El 85% de la población tiene en su sangre un componente llamado factor Rh ( Rh positivo ), que el 15% restante no tiene (Rh negativo ). Cuando una madre con Rh

negativo tiene el mismo tipo de sangre que su hijo, no existe ningún problema; pero si el padre es Rh positivo, transmite esta característica, entonces si la madre es Rh negativo, produce anticuerpos contra el factor Rh del niño destruyendo los glóbulos rojos en la sangre de éste y provoca que se acumule una sustancia llamada bilirrubina indirecta que condiciona la posibilidad de producir daños al sistema nervioso central.

El tratamiento básico consiste en hacerle al niño una transfusión sanguínea de otro tipo de sangre, lo que permite retirar de su organismo los anticuerpos que lo están dañando, así como el exceso de bilirrubina.

#### ***PATOLOGÍA POSTNATAL***

Al igual que las infecciones prenatales, en la etapa postnatal cuanto menor edad tenga el niño, más probabilidades existen de sufrir lesiones graves debido a que el sistema nervioso esta en proceso de maduración. Enfermedades tan frecuentes en nuestro país como la **gastroenteritis aguda**, la cual se manifiesta por diarrea, vómitos y fiebre, pueden producir en grado extremo deshidratación, desequilibrio electrolítico, acidosis, shock y con ello susceptibilidad de daño cerebral. La cantidad de niños que anualmente padecen esta enfermedad en México indican alrededor de setenta mil niños, ocupando el sexto lugar en América latina por diarrea.

Otro padecimiento infeccioso es la **meningoencefalitis**, que se clasifica como:

- a) **tuberculosa** causada por el bacilo tuberculoso - cerca del 50% de todas las meningoencefalitis en México son por esta causa -.
- b) **purulenta** causada por diversas bacterias como *eschirichia coli*, *hemophilus*, influenza, salmonelas, klebsiellas, neumococo, estreptococo, meningococo, etc..
- c) **viral** causada por el virus de la polio, de las paperas

**d) por hongos.**

El niño que padece la **meningoencefalitis** presenta una **inflamación** en el cerebro y sus **envolturas meníngeas**, con **producción** de exudados, lo que produce **daño directo** al **encéfalo**.

Los exudados en las **variaciones tuberculosa** y **purulenta** tienen el efecto de **bloquear** la **circulación** del **líquido cefalorraquídeo**, produciendo con ello **hidrocefalia**, al ir **evolucionando** provoca **aumento** de la **presión intracraneana** y **mayor daño cerebral**.

Durante sus primeros años el niño puede enfermar de **sarampión**, la **varicela** y las **paperas**, que pueden ocasionar **daño neurológico** en niños **desnutridos**, con otras **patologías** y **carencias** de **atención familiar** y **médica** con lo que puede complicarse con **encefalitis**.

La aplicación de **vacunas**, en especial las elaboradas con **virus vivos atenuados**, tienen la **posibilidad** de producir **reacciones encefálicas**, particularmente en niños que tienen **deficiencias inmunológicas**.

Algunas **parasitosis** como la **teniasis** (por *taenia solium*, más conocida como **solitaria**) pueden complicarse; en este caso por **cisticercosis cerebral** (los **cisticercos** son las formas quísticas de **resistencia** de estos parásitos), cuando un **cisticercos** se ubica en el **cerebro**, produce **invasiones masivas** que llevan al **daño**.

Existen otros **padecimientos** que producen **daño**, estos son: las **intoxicaciones por plomo**, **manganeso**, y otros **metales** capaces de producir **cuadros de encefalitis**.

Los accidentes durante la infancia pueden provocar **traumatismos**, donde la falta de oxigenación alteran los mecanismos bioquímicos, lesionando con ello las células nerviosas y produciendo inflamación y hemorragias múltiples que llevan a la lesión cerebral, dejando secuelas como la parálisis cerebral, retardo, epilepsia.

Muchas enfermedades ya mencionadas anteriormente dejan como secuelas cuadros convulsivos, estas alteraciones de la oxigenación celular conducen a un aumento del bióxido de carbono, que llevan a un colapso cardiovascular y la disminución del riego sanguíneo cerebral que conducen a un daño cerebral.

El conocimiento y descubrimiento de estas enfermedades abren no solo un mayor conocimiento de las mismas, si no que permiten elaborar estrategias de apoyo a la población que puede estar más desprotegida y ser más susceptibles de padecer dichas enfermedades que pueden ocasionar daños irreversibles y con ello un alta probabilidad de sufrir retardo en el desarrollo.

## **LA FAMILIA DEL NIÑO CON RETARDO EN EL DESARROLLO**

La unión de dos personas con la intención de compartir una vida en común constituye el inicio de una familia en formación la cual tiene que aprender a constituirse, a crecer, a desarrollarse y a enfrentar un cierto número de tareas en común.

Al comienzo del matrimonio los esposos deben irse acomodando mutuamente en un gran número de pequeñas rutinas. Por ejemplo, deben ir desarrollando rutinas para acostarse y levantarse aproximadamente a la misma hora, para comer juntos, para estar desnudos y tener relaciones sexuales, para compartir el baño, para leer el diario del domingo, para elegir programas de televisión, y para salir a lugares que sean del gusto de ambos, etc.

La pareja también debe enfrentar la tarea de separarse de la familia de origen - familia donde creció y se desarrolló -, y de negociar una relación diferente con los padres, los hermanos y parientes políticos, con la finalidad de constituirse de manera independiente. Del mismo modo, los encuentros con los elementos extrafamiliares como el trabajo y otros deberes, deben reorganizarse y regularse de un nuevo modo. Esto implica favorecer las actividades cooperativas, encaminadas a impedir que las demandas del mundo exterior interfieran en su nueva vida.

Diversos autores han planteado los orígenes y las funciones de la familia. Por ejemplo, Minuchin, (1986), terapeuta estructural de la familia, ha tratado de analizar su proceso de formación y plantea el tipo de relación que se va estableciendo a lo largo del tiempo en que se va estructurando una familia, distinguiendo para ello diversas etapas o momentos, abordándola desde un enfoque sistémico.

Según Minuchin (idem.), la pareja desarrolla una serie de transacciones, es decir: "...formas en que cada esposo estimula y controla la conducta del otro, y a su vez, es influido por la secuencia de la conducta anterior". Estas pautas transaccionales constituyen una trama invisible de demandas complementarias que regulan muchas situaciones de la familia y que la conforman como un sistema.

Dentro de la familia como sistema, la complementariedad de funciones, es decir, la manera en que los cónyuges aceptan la interdependencia y operan como un equipo, son importantes para su constitución.

De igual manera lo son la negociación de expectativas explícitas e implícitas entre los integrantes, así como la jerarquía de autoridad entre éstos, ya que constituyen los límites para proteger la diferenciación del sistema familiar.

La familia como sistema opera como un todo. Así cada una de las partes del sistema: los cónyuges, los hijos, los hermanos, constituyen un subsistema que a su vez está relacionado con los otros, de tal manera que un cambio en un subsistema provoca a su vez cambios en todos los demás y en el sistema total ( Minuchin, 1986, pag. 130 ).

En este orden de ideas, Minuchin (idem.), señala que dentro de la familia la conducta de cada individuo está relacionada con la de otros y depende de ella, toda conducta es una forma de comunicación y por ende, sufre la influencia de ésta ; de esta manera el sistema familiar opera a través de pautas transaccionales repetidas que van estableciendo patrones acerca de qué manera, cuándo y con quién relacionarse, lo cual apuntala el sistema.

La tarea de la constitución de la familia requiere de un tiempo prolongado debido a que los integrantes están sometidos a presiones internas y externas, las cuales tienen que enfrentar y resolver para la formación de una vida conyugal estable.

La respuesta a las exigencias tanto internas como externas exigen una transformación constante en el proceso de evolución de los miembros de la familia en sus relaciones mutuas, dicha transformación les permitirá crecer mientras el sistema conserva su continuidad.

Minuchin (idem.), afirma que la familia como un sistema que opera dentro de contextos sociales específicos implica tres consideraciones:

- a) la estructura de una familia es la de un sistema sociocultural abierto en proceso de transformación.
- b) la familia muestra un desarrollo desplazándose a través de un cierto número de etapas que exigen una nueva reestructuración.
- c) la familia se adapta a las circunstancias cambiantes de modo tal que mantiene una continuidad y fomenta el crecimiento psicosocial de cada miembro.

Una de las circunstancias cambiantes que enfrenta la pareja es la llegada de los hijos, tal hecho provoca una reestructuración del sistema conyugal donde a veces surge una serie de interrogantes como: ¿en qué momento de la vida de la pareja y de cada uno de los cónyuges sobrevino el embarazo?, ¿se deseó o decidió por ambos?, si no fue así ¿por qué sucedió? o ¿con qué idea se decidió el embarazo?.

De esta manera cuando nacen los hijos se alcanza un nuevo nivel de formación familiar, en el que el subsistema conyugal debe diferenciarse para desempeñar las tareas que involucra la presencia de un hijo sin renunciar al mutuo apoyo que



caracterizaba a la pareja. Se debe trazar un límite que permita el acceso al niño a ambos padres y al mismo tiempo lo excluya de las relaciones conyugales.

A medida que el hijo crece sus requerimientos de desarrollo personal, social, intelectual y emocional imponen demandas al subsistema parental que se modifica para satisfacer estas demandas. Cuando el hijo comienza a tener contacto con otras personas socializantes como los parientes, compañeros de juego y la escuela, entre otros, el subsistema se adapta a los nuevos factores que actúan en el marco de la socialización. La relación de paternidad se convierte así en un proceso de acomodación mutua.

Como ya se mencionó el nacimiento de un hijo puede producir tensión en la familia, sobre todo cuando este nuevo ser presenta retardo en el desarrollo, en este caso se puede dar un malestar emocional en los padres, que van desde el rechazo, o la sobreprotección, hasta los intentos por delegar en el propio hijo la culpa que se experimenta, lo cual puede llevar a identificarlo como el causante de las conductas problema que se presentan en el núcleo familiar, de esta manera se pretendería reducir la amenaza de daños en el subsistema conyugal.

Si ante tales situaciones los miembros no responden con la flexibilidad necesaria para resolverlas, el resultado será una disfunción severa en el sistema familiar.

Como anteriormente se señaló, los padres de estos niños con retardo enfrentan problemas de interacción sistémica en su comunicación, la cual se manifiesta por la expresión de pautas disfuncionales en la forma de relacionarse, en tal sentido se puede afirmar que ése fragmento de conducta que expresa el menor, provoca efectos profundos sobre todos los demás.

Watzlawick, P. ( 1993, pág. 46 ) postula que el sintoma es un fragmento de la conducta que ejerce efectos profundos sobre todos los que rodean al paciente. En tal sentido podría decirse que la reacción de los padres ante su hijo con retardo provoca ciertos tipos de respuestas familiares que varían según la situación interpersonal y según la perspectiva subjetiva de los integrantes que influyen sobre aquel a través de su propia reacción.

Cualquier atipicidad vista como algo inesperado, trágico y con algunos tipos de crisis en los padres, entendido éste como la única reacción posible frente a un contexto comunicacional absurdo que perpetua las reglas de un contexto de desaprobación, rechazo, sobreprotección, donde el tipo de relación entre los familiares está inmerso en una serie de mensajes intercambiables durante la interacción, donde toda actividad o inactividad, palabras o silencio, tienen siempre valor de mensaje, influyen sobre los demás quienes a su vez, no pueden dejar de responder a tales comunicaciones y por ende también comunican ( Watzlawic, pág. 50 ).

Mucho de lo que se ha escrito respecto a las reacciones familiares ante un hijo con retardo en el desarrollo, se enfoca principalmente a situaciones de rechazo y ansiedad, así como las actitudes resultantes de la necesidad de dar cuidado extra al niño para llevarlo al médico, acudir a centros especializados, para tratar de atender sus necesidades educativas ( Rheingold, H., 1945; Schonell, F. y Watts, B. 1956; Kanner, L. 1971).

En esta línea de investigación Menolascino J. (1968) observo tres tipos de reacciones en algunos padres con hijos que presentaban retardo en el desarrollo : la primera se refiere a la **crisis de lo inesperado**, que comúnmente ocurre poco después del nacimiento del hijo a quien esperaban sano, atractivo y con futuro promisorio; en este

caso tales expectativas parecen desvanecerse y desorganizar la estabilidad de los padres quienes pasan por un momento vulnerable ; la segunda manifestación se relaciona con: **la crisis de los valores personales**, esto significa que al observar la manifestaciones del retardo en su hijo, los padres se resisten a aceptar el hecho de que éste no cuente con el potencial suficiente para ser una persona con éxito, y adoptan actitudes de ostracismo social y experimentan sentimientos de culpa, estas reacciones pueden expresarse en ambivalencia, de tal manera que ellos aman a su hijo por que es suyo, pero a la vez lo rechazan y/o sobreprotegen por su retardo, proporcionando al niño apoyo excesivo, con lo cual le provocan inseguridad y dependencia ; una tercera forma de manifestación según Menoslacino (idem.), es la **crisis de la realidad**, en la que los padres reconocen que hay pocas esperanzas de que el niño se integre a la familia y a su comunidad; tanto por su retardo, como por las condiciones limitantes de la familia.

A lo largo del trabajo que aquí reporto, he encontrado las fases descritas por Menoslacino en las respuestas de padres cuyos hijos asisten a una de las escuelas de educación especial del municipio de Acapulco.

En dicho centro educativo he observado que las reacciones de los padres se constituyen en una carga psicológica por lo cual dichas actitudes resultan amenazadoras para el equilibrio familiar, las cuales se caracterizan por mostrar interacciones rígidas, así como en la pérdida de flexibilidad de las reglas familiares acerca de los detalles cotidianos en el proceso de comunicación; esta situación altera la relación entre los miembros , sobre todo incide significativamente en el desarrollo general del niño y lo convierte en el niño eterno; por lo que sentirá que sin la presencia de los padres no puede obtener logros. De esta manera el sistema familiar se presenta como un generador de pautas transaccionales disfuncionales.

Por todo lo anterior se considera indispensable la búsqueda de alternativas adecuadas para lograr el equilibrio familiar. Las cuales pueden ser la intervención psicológica a través de la técnica de grupos de aprendizaje.

A partir de esta aproximación se pretende instalar un proceso de comunicación que reformule las transacciones perjudiciales y conduzca a aquellas que permitan lograr un equilibrio en la funcionalidad del sistema familiar; lo cual redundará en una estimulación adecuada para el desarrollo de habilidades y la autoestima del niño con retardo en el desarrollo.

## GRUPOS DE APRENDIZAJE

Durante los últimos años se han escrito numerosos trabajos encaminados a mostrar la problemática que enfrenta las familias que tienen en su seno a un niño con retardo en el desarrollo, la cual se proyecta en los ámbitos familiar, social, recreativo, laboral, de salud, de legislación, etc.

En este sentido los testimonios y vivencias de estas familias protagonistas de una realidad que se presenta difícil de aceptar por toda la carga emocional donde emergen culpas, conflictos, rabias; motiva a quienes estamos interesados en abordar esta problemática desde una perspectiva psicológica, a apoyar a estas familias y en especial a los padres, para que acepten a sus hijos y no los conviertan en prisioneros de su propio destino, para que padres e hijos alcancen un nivel más alto de realización personal y de adaptación social.

Lo anterior adquiere relevancia se consideramos que la influencia del grupo familiar determina el esquema de comportamientos del individuo en las demás situaciones grupales de su infancia y de su vida futura, ante el hecho que el aprendizaje social comienza en el seno de la familia y se continúa a lo largo de otros pequeños grupos tales como la escuela, el grupo de amigos, de recreación, de trabajo, etc., con los cuales se establecen determinados vínculos; por ello la familia, y en especial los padres de niños con retardo en el desarrollo deben ser parte de la atención del equipo interdisciplinario, de tal manera que se les haga responsables en la toma de decisiones concierne al trato con sus hijos y de ellos mismos, lo cual les facilitará ayudar a sus hijos y a aceptarlos tal como son (Lubetsky J.M., Mueller L., Madden K., Walker R. y Len D., 1995).

Como consecuencia de lo expuesto, en los últimos años se ha despertado un interés creciente por abordar estos conflictos familiares por medio de la intervención grupal, ello debido a los resultados de investigaciones en donde la conducta individual de los padres se ha modificado en virtud de la experiencia en grupo, potenciando con esto la propia acción para alcanzar cambios que serían difíciles de lograr por medio de la atención individual.

En tal sentido, los grupos han demostrado varios tipos de efectos, por ejemplo, los grupos de apoyo ofrecen beneficios a familias de niños con retardo en el desarrollo para crear estructuras que los capaciten para ofrecer mejores cuidados a sus hijos, a sus familias y a otros miembros que se encuentren en situaciones similares (Shapiro, J. y Simonsen, D., 1994).

En otro estudio se procedió a la enseñanza de técnicas en el manejo de tensiones en un grupo de padres de niños con retardo en el desarrollo, tales técnicas estuvieron encaminadas a favorecer el reconocimiento de síntomas, a la enseñanza de técnicas de relajación, así como a aprender a reconocer ideas perturbadoras para convertirlas en pensamiento positivos, consiguiendo cambios favorables en los padres hacia el trato con sus hijos ( Singer, S.H.G.; Irvin, K. L. y Hawkins N., 1988).

Pareciera que cada vez adquiere mayor importancia abordar ciertos problemas desde la perspectiva de grupo debido a la influencia que ejerce la acción grupal para generar cambios en los individuos que viven esta experiencia.

Al grupo se le considera una asociación definible de dos o más personas, las cuales mantienen una identificación consciente unas con otras por medio de un sentido

de participación, comunicación y ayuda mutua para lograr los mismos objetivos (Cirigliano - Valverde, 1995).

El estudio de los grupos nació con Kurt Lewin, psicólogo alemán que emigró a los Estados Unidos y desarrolló la esencia del concepto del grupo al señalar que, el aspecto principal que constituye a un conjunto de individuos en un grupo es su interdependencia mutua. Al hablar de los grupos Lewin desarrolla la corriente dinamista para designar ciertos fenómenos que tienen lugar en la vida de un grupo. Subraya que el grupo es un todo y debe ser considerado dinámico en cuanto se haya sometido a diversas fuerzas que a su vez están en continuo cambio sin que por ello deje de ser un todo.

Investigadores como Pichón Riviere y Armando Bauleo entre otros, con la influencia de la teoría de la dinámica de grupo de Kurt Lewin, y de la terapia de grupos de Bion, desarrollaron una ideología acerca de cómo deben funcionar y coordinarse los grupos, denominada **grupo operativo**. Grupo operativo es un término utilizado para referirse a una forma de pensar y trabajar con los grupos.

En el grupo operativo existe una tarea, la cual guía el trabajo grupal, la solución de ésta, se logra en función de la forma en que operan los integrantes, que es a través de la reflexión, la participación y la acción. Durante el proceso el grupo pasa por diferentes momentos en los cuáles la vida afectiva del grupo facilita o bloquea el logro de la meta, por lo cual existe un coordinador quien se encarga de hacer intervenciones interpretativas con base en el comportamiento del grupo, logrando con ello que el grupo tome conciencia y enfrente racionalmente aquéllos obstáculos que de permanecer inconscientes para ellos interferirían en la realización de la tarea.

En esta línea, investigadores del Centro de Investigaciones y Servicios Educativos de la Universidad Nacional Autónoma de México, desarrollaron estudios referentes al aprendizaje grupal en la docencia con un enfoque operativo ( Hoyos, M.C.C., 1980; Kuri, C.E.,1983; Santoyo, S.R., 1982; Zarzar, C.C.,1983 ).

Hablar de aprendizaje grupal significa cambiar, abandonar ciertas ideas o creencias que se tenían como verdaderas, modificar puntos de vista, formas de sentir o maneras de actuar ( Santoyo, S. 1982 ).

El aprendizaje grupal es un proceso que involucra pasar de la individualidad a constituirse en grupo, es decir, abordar la tarea, participar, elaborar, producir nuevas ideas, enfrentar los miedos a la pérdida de patrones estereotipados para dar solución a problemas nuevos, donde se vea el grupo como fuente de experiencia y de aprendizaje, capaz de generar diversas situaciones que aporten elementos para la reflexión y la modificación de pautas de conducta ( Zarzar, 1983 ).

El estudio del proceso del aprendizaje grupal y su dinámica da lugar a una metodología con su marco referencial en la teoría de los grupos operativos, cuya escuela se sustenta en los trabajos de Pichón Riviere. Así el grupo de aprendizaje es un proceso de consolidación, que inicia con la delimitación clara y definida **del encuadre**.

El encuadre es una especie de contrato que se establece en acuerdo con el grupo. En el encuadre se delimitan responsabilidades y funciones tanto del coordinador como de los participantes. El encuadre añade un nivel de angustia, el cual va a ser la fuerza impulsora del trabajo grupal.

El encuadre debe contener los siguientes planteamientos:



- Encuadre histórico - institucional o sitio que ocupa este grupo dentro de la institución en la que esta.
- Encuadre teórico o sitio que ocupa el curso dentro del programa.
- Tarea del curso o meta final que deberá alcanzar el grupo al finalizar el curso.
- Metodología de trabajo de acuerdo con la naturaleza de la actividad, si es curso, taller, seminario.
- Los contenidos programáticos.
- Instrumentos con los que se cuentan para trabajar y uso que se les dará.
- Funciones y responsabilidades de los integrantes.
- Funciones y responsabilidades del coordinador.
- Evaluación.

Número de sesiones de trabajo, vacaciones, fecha de inicio y fecha en que se termina la experiencia grupal.

Requiere que se comparta una finalidad, que a la vez se convierta en el núcleo de intereses de los miembros del grupo. Esta finalidad estará representada por los objetivos y metas de aprendizaje, la cual se denomina la **Tarea**.

La tarea se refiere al objetivo que el grupo se ha propuesto alcanzar, a aquello que ha reunido a todos los participantes alrededor de un trabajo grupal. La tarea será aquello hacia donde se dirigirán todos los esfuerzos que guiarán y orientarán todas las acciones como la toma de decisiones, selección de la metodología, repartición del trabajo concreto.

En el aprendizaje grupal tanto el grupo como el coordinador atraviesan por un proceso evolutivo cuando enfrentan la tarea. Un primer momento se da cuando el grupo

rehuye la tarea, busca pretextos para no abordarlos, intenta no enfrentarse a ella, a este momento se le denomina la **pretarea**.

La responsabilidad de afrontar los objetivos resulta amenazante para los integrantes del grupo, pues ellos ya tenían una posición a la que estaban acostumbrados, esto les provoca un **miedo a la pérdida**. Esta situación también ataca los intereses de los integrantes, lo cual les ocasiona **miedo al ataque**.

El miedo a la pérdida y el miedo al ataque son formas de reacción de **resistencia al cambio**, donde el grupo elabora técnicas defensivas para evitar enfrentar la tarea propuesta, aquellos que se sienten amenazados por la tarea se integran y forman el grupo conspirador.

En este momento el coordinador debe considerar que dentro del grupo se da lo manifiesto y lo latente. **El nivel de lo manifiesto** esta constituido por todo aquello que puede ser percibido directa o indirectamente por los sentidos corporales como quien habla, en que momento lo hace, en que tono, que dice, con que claridad, quien le responde, quien lo retroalimenta, que actitudes corporales toma, como se relaciona con los demás, así como, que tipo de interacción se da entre los miembros.

**El nivel de lo latente** existe, siempre está presente en los grupos y no es directamente observable. Son latentes en la medida en que no se manifiestan directamente, ellos condicionan y orientan las conductas manifiestas. La manera en que el coordinador llega a lo latente es a través de lo que puede descubrir, que no lo ve, pero que sabe que esta ahí. Esto lo logra cuando se pregunta que quiere lograr un integrante cuando participa, porque intervienen en ese momento y no en otro, con que intensiones lo hace, que angustia interna lo impulsa a participar.

El coordinador debe entonces hacer una interpretación, la cual es una afirmación tentativa del acontecer grupal. Esta interpretación es un instrumento de trabajo para la comprensión y el manejo de los fenómenos que esta observando. Esta debe ser puesta a prueba, debe ser corroborada y comprobada.

Para detectar lo latente requiere estar alerta a lo que acontece en el grupo, es decir a lo emergente. El **emergente** es un elemento que habiendo estado implícito hasta el momento en que sale a la superficie, se manifiesta de alguna forma y permite inferir algo, interpretar algo sobre la realidad latente. El emergente se manifiesta cuando un miembro anuncia, denuncia el acontecer grupal, a este miembro se le llama **portavoz**.

Una de las formas de corroborar lo latente es dejar que el grupo siga su curso y estar atento a ulteriores manifestaciones que contradigan o confirmen su interpretación. Puede también señalar al grupo el fenómeno manifiesto sin dar ninguna interpretación y dejar que el grupo lo elaboró bien dar la interpretación para que el grupo trabaje en ella.

En este momento el coordinador debe colaborar con el grupo para que este elabore los miedos, las resistencias, las conductas defensivas. Es necesario que el grupo elabore sus actitudes de resistencia y las supere, se trata de sacar al descubierto las actitudes ocultas, las verdaderas causas que están condicionando las conductas grupales. La realización de la tarea implícita con el manejo de los contenidos latentes es lo que caracteriza este segundo momento de la tarea.

Cuando llega el momento de mayor esclarecimiento, comprensión y aceptación de los roles, la responsabilidad de la tarea empieza a ser entendida por el grupo, cuando este deja de cargar toda la responsabilidad del tema, entonces se empiezan a dejar de

lado actitudes individualistas para emprender acciones de grupo. El grupo empieza a tomar sobre sí las funciones de organización, toma de decisiones y de control.

Aquí se da el segundo momento que es el de mayor productividad grupal, al cual se le denomina **síntesis**, porque en el los miembros del grupo comienzan a ensayar soluciones a sus problemas. La tarea en este momento se convierte en el líder del grupo, el cual hace los señalamientos e interpretaciones de los contenidos latentes.

El tercer momento se alcanza cuando el grupo comienza a plantearse objetivos que van más allá del aquí y el ahora grupal, es decir, que trascienden la tarea inmediata y al grupo mismo. El grupo busca una manera de proyectar esa experiencia en una forma socialmente útil, algunas veces al interior de la institución donde se lleva a cabo la experiencia, otras en función de otros grupos similares al suyo.

La elaboración del **proyecto** nuevo ( que es el tercer momento ), es una manera de canalizar el sentimiento de pérdida que aumenta a medida que se acerca el fin de las actividades, el cual quedó implícito en la primera sesión en la que el coordinador planteo el encuadre.

## TÉCNICAS GRUPALES

En los grupos se producen diversos fenómenos ya señalados por la Dinámica de grupo, quien ha puesto énfasis en estudiar las fuerzas que actúan en cada grupo a lo largo de su existencia y que lo hacen comportarse en la forma como se comporta. Estas fuerzas están condicionadas por la manera en que el grupo vive los diferentes momentos, por lo cual se pueden caracterizar por ser un grupo aglutinado, posesivo, cohesivo, independiente.

En este mismo rubro, otro elemento de atención de la Dinámica de grupos se refiere a la manera en que el grupo vive los diferentes roles, como lo serían la capacidad de liderazgo, de cooperación, de competencia, individualista, de rechazo o abandono, así como por las resistencias mostradas.

Las investigaciones realizadas en el campo de la Dinámica de grupo han permitido establecer un cuerpo de normas prácticas útiles para facilitar y perfeccionar la acción de los grupos, referidas éstas a las técnicas de grupo.

Cirigliano y Villaverde (1995) definen las técnicas de grupo como maneras, procedimientos o medios sistematizados de organizar y desarrollar la actividad de grupo, sobre la base de conocimientos suministrados por la Dinámica de grupo.

Las técnicas de grupo otorgan estructura al grupo, le dan cierta base de organización para que el grupo funcione como tal, puesto que no hay grupo que pueda operar si no hay una organización interna. De ahí la necesidad de conocer y utilizar las técnicas adecuadas en beneficio de los objetivos del grupo.

Para elegir la técnica adecuada se debe tener presente los objetivos que un grupo pueda fijarse. Hay técnicas para lograr la integración y el reconocimiento de los integrantes de un grupo (*Palabras - Clave*), otras facilitan la comprensión vivencial de la situación (*Role - playing*), otras promueven la capacidad de análisis (*Estudio de casos*).

Otro aspecto a considerar es la predisposición de los participantes, iniciando con técnicas que exijan poca participación activa, e ir evolucionando a medida que aumenta la madurez del grupo.

Conviene tener presente el tamaño del grupo, si son grupos pequeños, o son grupos grandes, también considerar las posibilidades reales del local, de tiempo, así como lo referido a los elementos auxiliares como pizarrón, mesas, sillas, etc. Asimismo, será oportuno conocer en nivel de instrucción escolar, edad, intereses, expectativas, experiencias, etc.

Finalmente el uso de las técnicas de grupo requiere el entrenamiento o experiencia para su aplicación, siguiendo las normas establecidas para el procedimiento.

Aunado a lo anterior, el empleo de las técnicas lleva implícito el desarrollar en los participantes el sentimiento de "nosotros", así como crear un ambiente de cooperación, autoestima, responsabilidad, superar tensiones, y en lo referente al coordinador, debe ser capaz de observar los fenómenos grupales para que el grupo pueda adquirir su meta.

Una de las metas que persigue el presente trabajo es el aprendizaje grupal, entendido como la transformación del conocimiento desde una perspectiva de grupo, donde se requiere una participación activa en un proceso de continua elaboración, producción, de búsqueda constante, de confrontación permanente, en la cual los participantes puedan aportar de su propia experiencia, sentirse productivos y la posibilidad de utilizar lo que aprendan.

A este respecto, Chehaybar y Kuri (1983), así como Cirigliano y Valverde (1995), hacen referencia a una serie de técnicas de grupo utilizadas para lograr el aprendizaje grupal, las cuales son expuestas a continuación :

### **TÉCNICAS QUE PERMITEN PROPICIAR EL PROCESO DE INTEGRACIÓN Y EL CONOCIMIENTO DE UN GRUPO**

Antes de la aplicación de estas técnicas, se explica al grupo el objetivo de la técnica, haciendo hincapié en que se trata de facilitar el conocimiento mutuo, y la integración grupal, vistas como parte de un proceso continuo para constituirse en un grupo de aprendizaje, cuya finalidad es el abordar una tarea común, y para ello es necesario que compartan objetivos, que asuman roles, que sientan su pertenencia a un grupo donde puedan comunicarse, interactuar , y al mismo tiempo confrontar sus puntos de vista.

#### ***PALABRAS - CLAVE***

Con esta técnica el grupo podrá hacer su propia radiografía, mostrar sus temores, fantasías, analizar actitudes y explicar la necesidad de conocerse.

**Material :** Pizarrón y marcadores.

**Desarrollo :** El grupo se acomoda en medio círculo frente al pizarrón. Se destinan unos minutos para que todos comiencen a sensibilizarse de sus propios sentimientos y se les pide que reflexionen tratando de responderse :

¿ Cómo se sienten ?

¿ Cuáles son sus sentimientos en este momento ?

¿ Cuáles son sus deseos ?

¿ Cuáles son sus objetivos ?

Y que traten de expresarlo en una palabra. Después del tiempo de reflexión, se les invita a que en silencio pasen al pizarrón , a escribir su expresión. Tienen 10 min. Para hacerlo, pueden poner cuantas palabras quieran ; la única condición es que escriban una sola, se sienten y se vuelvan a parar a escribir la que quieran. Este trabajo se hace en silencio.

Enseguida les dice que disponen de otros 10 min. Para tachar aquellas palabras que por alguna razón les molesten. Por último disponen de otros 10 min. Para subrayar aquellas palabras que les agraden

Se les pregunta si alguno puede hacer una especie de radiografía del grupo, decir cuales son los sentimientos, los objetivos y las inquietudes generales. Después se le pregunta a quien puso una palabra y fue tachada varias veces, qué sintió, luego se le pregunta a las que la tacharon por qué la tacharon, qué les decía esa palabra, cómo la interpretaron, para así propiciar el diálogo entre ellos.



Se termina con una evaluación general, en la que el coordinador comenta en el grupo lo acontecido. Después se le pide al grupo que evalúe la técnica en equipos de 7 u 8 participantes, respondiendo a las siguientes preguntas :

- ¿ Cómo se sienten ahora, en relación al comienzo ?
- ¿ Qué impresión tienen del grupo ?
- ¿ Cuáles fueron las expectativas más comunes del grupo ?
- ¿ Qué aprendieron ?

### ***PRESENTACIÓN POR PAREJAS***

Al comenzar con la técnica es indispensable que se hable con el grupo acerca del tema de la comunicación, qué es comunicación, qué importancia tiene la comunicación en el aprendizaje, cómo nos comunicamos, cuál es nuestra capacidad para expresar lo que pensamos, lo que sentimos, etc.

**Desarrollo :** En un primer tiempo de 10 min. Cada uno de los participantes va a elegir a un compañero, de preferencia la persona menos conocida para él ; se van a presentar mutuamente, tratando de comunicarse lo que consideren más importante de sí mismos y que pueda servirles para conocerse mejor. Esto lo hará cada uno, durante 5 min.

En un segundo tiempo, de 15 min., cada pareja elige a otra, y los cuatro participantes platican respecto a su experiencia de comunicación. Cada uno presenta a su pareja.

En un tercer tiempo, de 20 min., cada cuarteto elige a otro para ser un cuarto tiempo, cada subgrupo de 8 participantes nombra a un representante para que presente al grupo ante sus compañeros. Esta parte se desarrolla en el plenario, lo que permitirá que el grupo tenga una visión general de los participantes. Al finalizar, pide que se evalúe la técnica respondiendo en el plenario a las siguientes preguntas :

¿Cuál es la visión general del grupo ?

¿ Qué descubrieron de sí mismos y de los demás ?

¿ Cómo se siente después del ejercicio, en relación a cómo se sentían al comienzo del mismo ?

### **TÉCNICAS QUE PROPICIAN EL ANÁLISIS DE ROLES Y LA CONSTITUCIÓN DE EQUIPOS DE TRABAJO**

En los grupos de aprendizaje la constitución de equipos debe partir de una formación que permita a los participantes asumir responsabilidades, adquirir hábitos de colaboración, de complementariedad, de comunicación, comprender el papel de la autoridad en un grupo, adquirir la habilidad de tomar decisiones, jerarquizar necesidades y valores, planificar y programar.

Es necesario que los participantes del grupo sean conscientes de la diversidad e papeles que asumen, con el objeto de superar caracterizaciones estáticas que frenen la evolución del grupo.

### ***CONSTRUCCIÓN DE JUGUETES EN EQUIPO***

Esta técnica permite un nivel óptimo de realización personal de los miembros del equipo, así como de productividad en la tarea que éstos se proponen, se exige una

comunicación profunda no sólo verbal, sino al nivel de la comprensión y del entendimiento mutuo, además del conocimiento de las capacidades, habilidades y actitudes de cada uno de los miembros, y de los roles que pueden desempeñar en el trabajo propuesto.

**Material :** Tendrá desarmado 3 ó 4 juguetes de plástico en una bolsa que no sea transparente. Mascadas.

**Desarrollo :** Pedirá que 6 ó 7 voluntarios inicien el trabajo ; los demás serán observadores. A estos les pedirá que tomen nota del comportamiento de cada uno de los participantes y de lo que ellos consideren importante entre lo que sucede durante el trabajo.

Explicará que se trata de armar un juguete en equipo. Los miembros no podrán comunicarse verbalmente ; deberán buscar otras formas de comunicación para poder organizarse en el armado de juguetes. Antes de comenzar, pueden hacer las preguntas que quieran. Pedirá a los integrantes del equipo que se sienten alrededor de la mesa, y a los observadores que se coloquen atrás de ellos en silencio. Una vez que los participantes tienen vendados los ojos, el coordinador sacará las piezas de un juguete, las colocará sobre la mesa y pedirá al equipo que empiece a trabajar. Cuando lo han armado, se les quitarán las vendas, y el coordinador les pedirá que compartan su experiencia con todo el grupo :

- ¿ Cómo se sintieron ?
- ¿ Cómo lograron la comunicación ?
- ¿ Cómo detectaron su papel y el de los otros ?

Después pide a los observadores que comuniquen sus observaciones, complementando él mismo lo que observó. Luego pide a otros voluntarios para armar otro juguete, da las mismas instrucciones. De la misma manera lo hará con los otros equipos. Al final, pedirá a todos los participante que analicen en equipos la experiencia vivida y saquen conclusiones en relación con :

- \_ La comunicación no verbal.
- \_ La organización del equipo.
- \_ Las habilidades que descubrieron.
- \_ Las actitudes que les ayudaron o les impidieron la realización de la tarea.
- \_ Los roles que desempeñaron.
- \_ La competencia del equipo.
- \_ La lucha por el poder.

Después hará un plenario para poner en común sus reflexiones, haciendo hincapié en aquello que el grupo considere importante para el desempeño de las tareas en un equipo de trabajo.

## **TÉCNICAS QUE PROPICIAN EL TRABAJO CON LOS GRUPOS DE DISCUSIÓN**

En principio se introduce que discutir en grupo, implica tener algo que comunicar, desear comunicarlo, formular ideas, expresarlas y fundamentarlas, así como el saber escuchar, ser capaz de entender lo que otros dicen, de analizar, de comparar ideas con las propias, reconocer aciertos y fallas en uno y en los demás.

### ***PHILLIPS 66***

Proporciona tiempo para que participen todos, por medio de la discusión de una pregunta específica cuidadosamente preparada, y permite una síntesis del pensamiento de cada pequeño grupo para que sea difundida en beneficio de todos.

**Desarrollo :** El coordinador formula una pregunta alrededor de un tema específico, de un problema, para obtener sugerencias. Se forman subgrupos de 6 personas y discuten el tema en cuestión por 6 min. Cada subgrupo elige un coordinador para controlar el tiempo y permitir que cada miembro exponga sus conclusiones, y un secretario que anotará las conclusiones y las leerá en el plenario.

Luego cada miembro expone durante un minuto y de inmediato se discuten brevemente las ideas en busca de un acuerdo. La conclusión del grupo es dictada al secretario, quien la registra y luego la lee.

El coordinador solicita la lectura de los informes y anota en el pizarrón una síntesis fiel de los informes leídos por los secretarios y se hace un resumen final.

### ***ESTUDIO DE CASOS***

El grupo estudia analítica y exhaustivamente un "caso" dado con todos los detalle, para extraer conclusiones y soluciones diferentes. Para la elección del caso debe tener en cuenta : los objetivos que se desea alcanzar, b) el nivel de los participantes, c) el tiempo de que dispone.

**Desarrollo :** El coordinador explica los objetivos de la técnica que va a utilizar, y luego expone el caso. El grupo da sus diferentes puntos de vista, ideas, opiniones y discute libremente cada uno de ellos, los cuales son anotados por el coordinador en el pizarrón. Una vez agotada la discusión del caso hará una síntesis, así como señalar aquellos aportes que conducen a una solución al problema. Finalmente el grupo tratará de ponerse de acuerdo con respecto a las mejores conclusiones del caso.

### ***ROLE - PLAYING***

Permite el abordaje de los problemas desde el punto de vista de los interesados en el mismo, lo que puede ayudar a establecer estrategias de acción en el futuro y analizar la viabilidad de una acción.

Se trata de realizar una representación espontánea de una situación problemática para el grupo, o de un problema que el grupo quiere resolver (lo cual es un disparador que da elementos y estimula al grupo para el trabajo posterior). En esta representación aparecen y se reviven los aspectos conflictivos de las diferentes posturas o actitudes que se dan ante el hecho o problema concreto con el que suelen enfrentarse.

**Desarrollo :** El grupo debe determinar cuáles son los roles o actitudes más característicos que se suelen presentar frente a la situación problema. Detallar algunas características de los personajes que van a representar, elegir los actores en función de que tengan cierta facilidad para representarlo, finalmente definir la escena y preparar el lugar.

Las personas dan inicio a la representación, procurando que no sean interferidos por nada ni nadie, el coordinador cortará la escena cuando considere que hay suficiente material para el trabajo grupal posterior, los observadores tienen que observar el desempeño en las siguientes áreas :

- **Relaciones** ; hay que estar atento al tipo de relaciones que se han establecido entre los distintos personajes.
- **Contenido** ; hay que registrar frases y gestos que se consideren significativos de los roles.
- **Radar** ; hay que tratar qué cosas nos han agradado y qué cosas nos han disgustado de la representación.

Para que la observación sea completa, el grupo tiene que ser bien visto y oído por el resto del grupo. Una vez finalizada la representación, cada uno debe exponer lo que ha observado ( también los actores), examinar si ello tiene que ver con la realidad, qué se puede hacer para modificar las cosas que no nos agradan.

### ***SEMINARIO***

Un grupo reducido estudia intensivamente un tema en sesiones planificadas, recurriendo a fuentes originales de información. La función del coordinador es la de organizar y supervisar, actuar como asesor.

**Desarrollo** : Si el grupo fuera muy grande ( más de 12 ó 15 personas ), habrá que subdividirlo en comisiones de 5 a 12 personas, de acuerdo a la voluntad de los participantes, o bien asignar a cada grupo el estudio de un aspecto o cuestión específica y cada cual se integra en el grupo de mayor afinidad o posibilidad de aporte.

Cada grupo deberá designar un portavoz que luego presente en el seminario las conclusiones de la comisión correspondiente, y un secretario que registrará los aportes más destacados.

La tarea específica del seminario consiste en indagar, buscar información, consultar fuentes bibliográficas y recurrir a asesores, analizar datos e informaciones, confrontar puntos de vista divergentes.

Al finalizar el seminario, deberá alcanzarse el objetivo propuesto, por lo que conviene formular conclusiones, recomendaciones o lo que proceda ; de manera que los resultados no se pierdan.

## **TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE SITUACIONES**

Son técnicas que permiten al grupo vivir experiencias que los lleven a la reflexión y al análisis de la problemática que se vive.

### ***CONCORDAR Y DISCORDAR***

Permite la reflexión y al mismo tiempo lleva al grupo a aclarar ciertos conceptos que muchas veces discuten sin tener elementos para ello.

**Desarrollo :** El coordinador elabora una serie de preguntas , les pedirá que las lean individualmente y respondan **SI**, si están de acuerdo, **NO**, si no están de acuerdo con ella ; y **X**, si estarían de acuerdo cambiando alguna palabra que no le quitara sentido



a la frase, sino que únicamente la hiciera más clara. En este último caso, que añadan o modifiquen la palabra correspondiente.

Les da tiempo para hacerlo y después, en equipos de siete u ocho personas, discutirán sus respuestas, tratando de ponerse de acuerdo por consenso en sus afirmaciones o negaciones, fundamentando los porqués de las mismas. Para cuando los equipos terminen, el coordinador habrá hecho en el pizarrón el siguiente esquema :

### EQUIPOS

R		1	2	3	4	5
E	1					
S	2					
P	3					
U	4					
E	5					
S	6					
T	7					
A	8					
S						

En el plenario, el coordinador pregunta a cada equipo cuál fue la respuesta grupal, y la va colocando en el lugar que corresponda. Una vez escrita en el pizarrón la primera respuesta, se abre la discusión con todo el grupo.

Cada equipo explica el porqué de su respuesta, fundamentándola. Esta parte es la más importante de la técnica, ya que en ella se manifiestan los esquemas referenciales de

los participantes, y al mismo tiempo se va ampliando la visión que cada uno tiene de la realidad.

El coordinador va anotando a un lado del cuadro aquellas palabras que por medio de la discusión denotan desconocimiento o confusión semántica, o que son claves para la comprensión de los contenidos.

El coordinador o da respuestas, no toma partido ; hace preguntas claves para llevar al grupo a profundizar en el tema tratando de que los participantes amplíen su visión, aclara conceptos, reformula y devuelve al grupo las preguntas que éste le haga ; no da soluciones.

Cuando el coordinador detecta que no se puede avanzar más, pasa a la afirmación siguiente y así sucesivamente , hasta terminar. Al finalizar, pide al grupo que vuelvan a sus equipos y que respondan a las siguientes preguntas o a las que considere importantes, según el proceso que vivió el grupo :

¿ Qué aprendieron con esta técnica ?

¿ Qué importancia tiene esta reflexión para el análisis de la problemática estudiada ?

¿ A qué conclusiones se puede llegar ?

Una vez terminadas las respuestas, se hace un plenario para ponerlas en común, se evalúa la técnica y sus posibles aplicaciones.

## **TÉCNICAS DE SENSIBILIZACIÓN PARA LA OBSERVACIÓN DE LOS FENÓMENOS GRUPALES**

Observar es indispensable para detectar los fenómenos grupales, conocer la situación del grupo, entender el tipo de interacciones y proponer una dinámica de acción que permita al grupo un funcionamiento eficaz y eficiente.

El coordinador debe sensibilizarse para la observación; solo así podrá tener acceso fundamentado a la interpretación y disponer los medios favorables al rendimiento óptimo del grupo. Deberá preguntarse ¿ qué sucede en el grupo ?, ¿ cómo interactúan ?, ¿ cuáles son las situaciones que el grupo está viviendo ?, ¿ cuáles son las circunstancias que aceleran el logro de los mismos ?, ¿ cómo se relaciona el grupo ?, ¿ qué conflictos se presentan con mayor frecuencia ?.

La observación le permitirá organizar al grupo y propiciar así un mayor rendimiento del mismo, una mejor comprensión de lo que ahí sucede y por qué sucede. Esto le permitirá tomar decisiones pertinentes en el desarrollo de su papel como coordinador en un grupo de aprendizaje.

### *LA TABULACIÓN DE BALES*

Es este un método de análisis de interacciones en un grupo. F. Bales (en Chehaybar, K., 1983), utiliza una tabla de criterios con doce categorías que son formuladas a partir de tres puntos de vista :

1. Factores positivos (categorías uno a seis ), negativos (categorías siete a doce ).
2. Centrados sobre la tarea ( categorías cuatro a nueve ), o centrados sobre el grupo ( categorías uno a tres y diez a doce ).
3. Tipos de dificultades internas que el grupo debe resolver en el transcurso de la sesión, que son :

- **Orientación** : ¿ qué buscamos ? ( categorías seis y siete ).
- **Evaluación** : ¿ qué actitudes tomar ?, ¿ qué pensar sobre esto ? ( categorías cinco y ocho ).
- **Control** : ¿ cómo marcha esto en el tiempo con el que contamos ? ( categorías cuatro y nueve ).
- **Decisión** : ¿ qué decisiones tomaremos ? ( categorías tres y diez ).
- **Tensión emocional** : ¿ en qué estado emocional estamos ? ( categorías dos y once ).
- **Integración** : ¿ estamos unidos ? ( categorías uno y doce ).

Bales (idem.) divide además las categorías 1 a 3 como zona socio - emocional positiva ; las categorías 4 a 9 como zona socio - operatoria, y las categorías 10 a 12 como zona socio - emocional negativa.

A continuación el autor presenta un esquema de observación con la finalidad de analizar el tipo de intervenciones que se dan en el grupo. No considera si las intervenciones son de la zona socio - emocional positiva o negativa, sino únicamente las intervenciones relacionadas con la persona.

Está adaptado además para grupos numerosos, el coordinador deberá utilizarlo en cada sesión, observando a siete u ocho diferentes miembros del grupo, de tal modo que después de algunas sesiones pueda concentrar los datos del esquema y tener una visión general del grupo.

**Desarrollo** : El coordinador deberá tener preparadas sus hojas con el esquema, anotando en la parte superior de la hoja los nombres de los participantes que va a observar. Se situará fuera del equipo de tal manera que escuche la discusión, y anotará

con una línea el tipo de intervención que se hace, relacionada con el nombre del participante. Tomará en cuenta que algunas participaciones no son verbales sino actitudes de los participantes.

Al finalizar la sesión, el coordinador suma las intervenciones, para poder tomar decisiones respecto a la organización de los grupos de trabajo y, al mismo tiempo, para retroalimentar al grupo, a fin de que éste tenga una conciencia de sí y caiga en la cuenta de que las actitudes, el tipo de intervenciones, y de interacciones pueden acelerar o detener el proceso de integración y de productividad en su grupo de aprendizaje. A continuación se presenta el formato de registro del tipo de interacciones que se establecen en el grupo:

#### CATEGORÍA DE BALES

<b>I. Zona socio - emocional positiva.</b>							
1. <b>Solidaridad.</b> Da prueba de solidaridad , ayuda , anima , valoriza a los otros.							
2. <b>Distensión.</b> Busca disminuir la tensión , bromea , ríe , se declara satisfecho.							
3. <b>Acuerdo.</b> Da su acuerdo , acepta tácitamente , comprende , aprueba.							
<b>II Zona socio - operativa.</b>							
4. Hace sugerencias , indicaciones , respetando la libertad del otro.							
5. Da su opinión , analiza , expresa sus sentimientos , su deseo .							

6. Pide una orientación , información , confirmación.						
7. Da una orientación , información , informa, repite, clarifica, confirma, explica, resume.						
8. Pide una opinión , evaluación, análisis, expresión de un sentimiento.						
9. Pide sugerencias, direcciones, medios de acción posibles.						
<b>III Zona socio - emocional negativa.</b>						
10. <b>Desacuerdo.</b> Desaprueba, rechaza pasivamente , rehusa la ayuda.						
11. <b>Tensión.</b> Manifiesta una tensión , no pide ayuda , se retira de la discusión , manifiesta fastidio.						
12. <b>Antagonismo.</b> Da muestras de oposición, denigra a los otros, se afirma a sí mismo , agresividad.						

Formato de observación de las interacciones en grupo (tomado de Chehaybar, K., 1983).

## **LA ESCUELA DE EDUCACIÓN ESPECIAL “ LEONA VICARIO”**

La escuela de educación especial “Leona Vicario” pertenece a la Zona Escolar número cuatro, de la ciudad y puerto de Acapulco, Gro.; es una instancia descentralizada de la Dirección General de Educación Especial que desde 1986 brinda atención a niños que presentan retardo en el desarrollo.

Dicho centro educativo atiende un promedio anual de cien alumnos cuya edad fluctúa entre los cuatro años y medio y los dieciséis años, quienes una vez valorados con diferentes herramientas que emplea cada uno de los integrantes del equipo interdisciplinario ( una psicóloga, una trabajadora social y una terapeuta de lenguaje ), se integran a la primaria especial que comprende las siguientes cuatro etapas :

- Primera etapa : preescolar.
- Segunda etapa : primer y segundo grado.
- Tercera etapa : tercer y cuarto grado.
- Cuarta etapa : quinto y sexto grado

En cada grado escolar, un profesor con especialidad en educación especial trabaja aproximadamente con trece alumnos diariamente en un horario matutino de 8 :00 a 12 :30 hrs.

En lo referente a las condiciones físicas del plantel, éste está construido con concreto, cuenta con siete aulas equipadas con mesas, sillas, pizarrones, asimismo tiene cinco cubículos, una sala de dirección, un aula de usos múltiples, un minihogar, sanitarios para niños y niñas, así como áreas verdes y un patio principal.

Con respecto al acceso hacia la escuela, éste se logra por un corredor - sin pavimentación y sin alcantarillado sanitario -, a través del cual existen escurrimientos de aguas negras de casa circunvecinas. En temporada de lluvias el camino se obstruye por inundaciones, así como por aludes de lodo procedentes del desbordamiento de un río cercano.

En cuanto a su ubicación, la institución se encuentra situada en una zona suburbana, en cuyo rededor se han formado colonias que carecen de algunos servicios básicos ( agua potable, drenaje, alumbrado, etc. ), la mayoría de los habitantes viven en condiciones socioeconómicas limitadas y muchos de ellos invadieron los terrenos donde habitan.



## PROCEDIMIENTO

### POBLACIÓN

Se trabajó con 35 padres de familia ( 30 mujeres y 5 hombres ), de los cuales solamente había una pareja en matrimonio, los demás asistieron solos. La asistencia a las sesiones fue variable. Las edades de los padres fluctuaban entre los 21 y los 60 años de edad ( ver figura 1). La mayoría eran de bajo nivel socioeconómico ( ver figura 2 ); un alto porcentaje de ellos tenían instrucción escolar primaria ( ver figura 3 ) . Asimismo, casi la totalidad de esta muestra, reportaba tener una situación familiar conflictiva y un alto porcentaje importante vivía en condiciones de riesgo de desintegración familiar ( ver figura 4).

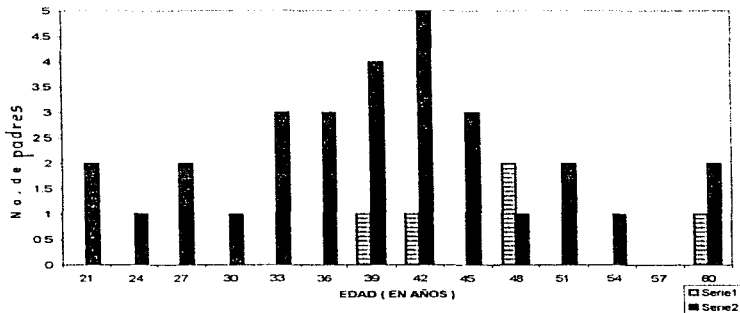


Figura 1 . Distribución de edades de padres hombres y mujeres que asistieron a las sesiones.

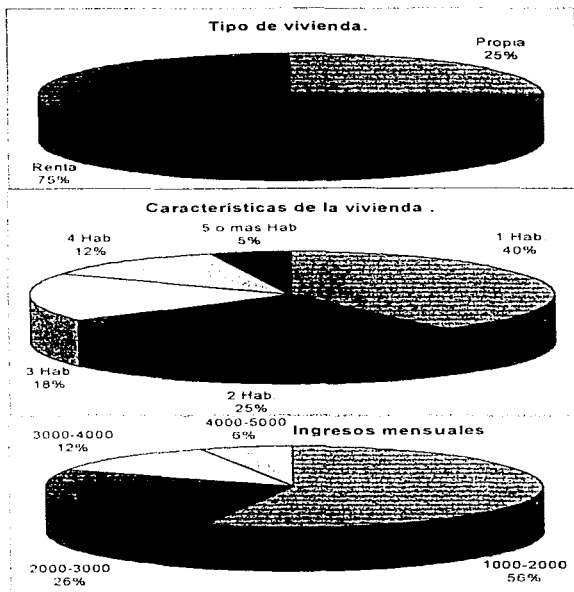
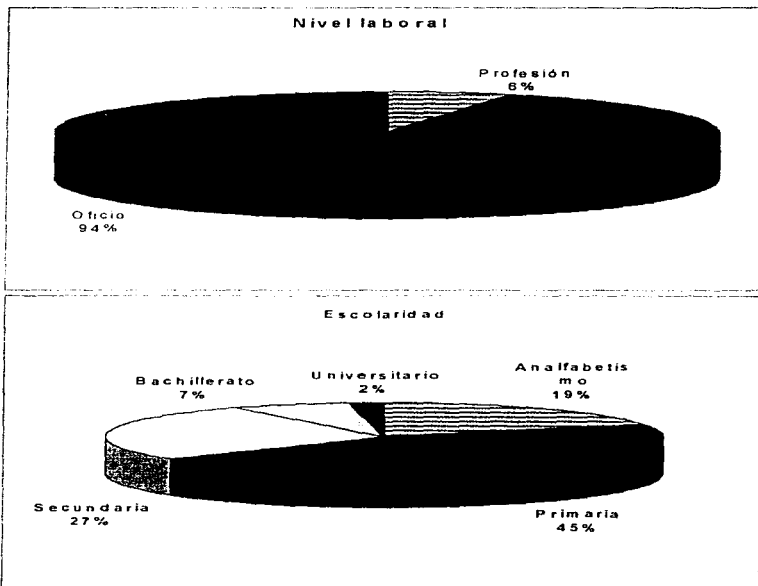
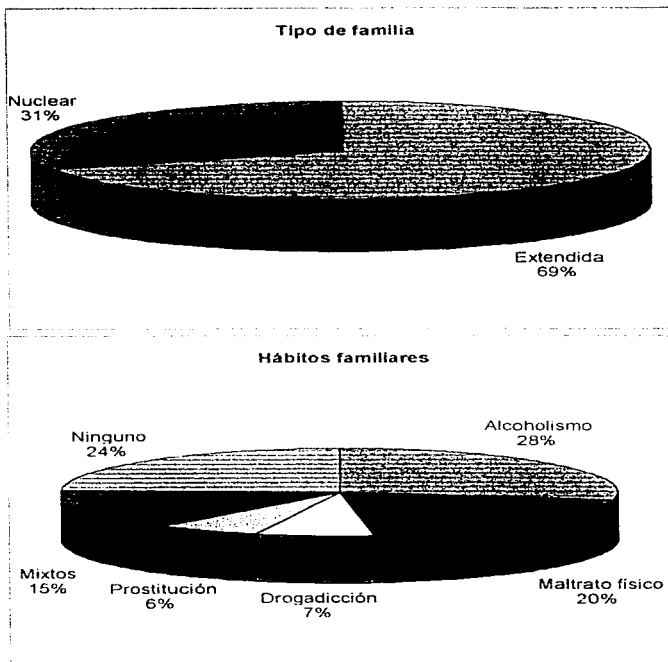


Figura 2 .Distribución de los sujetos de acuerdo con indicadores socioeconómicos (expresión en porcentajes).

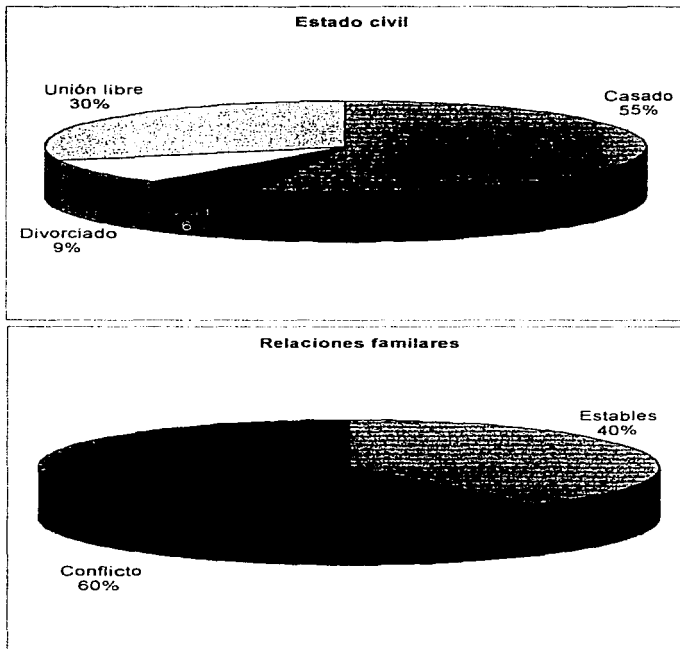
ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA



**Figura 3. Distribución de los sujetos de acuerdo con su escolaridad y nivel laboral (expresión en porcentajes).**



**Figura 4. Distribución de los sujetos de acuerdo con sus condiciones familiares ( expresión en porcentajes ).**



**Figura 4. Distribución de los sujetos de acuerdo con sus condiciones familiares ( expresión en porcentajes ).**

## **Material**

### **INSTRUMENTO DE DETECCIÓN DE NECESIDADES ( IDN ).**

Se elaboró un instrumento de detección de necesidades y expectativas de los padres, expofeso para el presente trabajo que incluyó los siguientes siete reactivos:

1. ¿ Cómo se sienten con respecto a su hijo ?
2. ¿ Cómo responde su pareja ante su hijo ?
3. ¿ Qué conductas exhibe su hijo que le preocupan ?
4. ¿ Qué reacciones tienen los demás familiares hacia su hijo ?
5. ¿ Qué espero de él ?
6. ¿ Cómo reacciona la demás gente hacia mi hijo ?
7. ¿ Qué temas me gustaría tratar para orientarlo ?

### **INSTRUMENTO PARA LA VALORACIÓN DE ACTITUDES Y ACCIONES DE LOS PADRES ( IVAAP ).**

Este instrumento se construyó para evaluar los efectos de la intervención durante el proceso grupal con relación a las acciones y actitudes de los padres. Constó de reactivos que los padres respondieron en una técnica de discusión grupal durante las fases 4 y 5. Incluyó los siguientes reactivos:

#### **IVAAP ( a ) EN CADA TEMA:**

1. ¿Cómo se sintieron en el grupo ?
2. ¿Qué acciones realizaron el la familia, en la comunidad, en la escuela?
3. ¿Lo realizado éste día les ha resultado de provecho ?
4. ¿Qué sugerencias hay para la familia, la escuela y el niño ?

5. ¿Lo realizado hasta el momento les ha producido una transformación hacia la mejora ?
6. ¿Qué tan favorables son los cambios ?
7. ¿Qué alternativas proponen ?

## **AL TÉRMINO DEL AÑO**

### **IVAAP ( b )**

1. ¿ Qué alternativas de colaboración familia - escuela realizaron ?
2. ¿ Qué actividades realizaron para beneficio de sus hijos ?
3. ¿ El trabajo realizado fue de provecho para mejorar las condiciones de la familia, la escuela y de su hijo ?
4. ¿ Cuáles condiciones mejoraron ?
5. ¿ Qué propuestas hay para trabajar el año siguiente ?

### **Sistema de trabajo**

Se incluyó la revisión de contenidos que se consideraron básicos para el apoyo a los padres, dichos contenidos se ordenaron en cuatro temas que fueron abordados en sesiones quincenales con duración de dos horas. El número de sesiones por tema fue variable en función de la evolución del trabajo de grupo.

El trabajo en su totalidad abarcó cinco fases, mismas que más adelante se detallarán.

## **OBJETIVO GENERAL DEL PROCEDIMIENTO**

Lograr en los padres cambios en las esferas cognitiva, afectiva y conductual para el proceso de aceptación de sus hijos con retardo en el desarrollo, por medio de la implantación de los grupos de aprendizaje.

Desde la perspectiva de los grupos de aprendizaje el procedimiento se estructuró en cuatro fases, que fueron :

- **FASE 1. RECONOCIMIENTO E INTEGRACIÓN DE LOS PARTICIPANTES.**
- **FASE 2. DETECCIÓN DE NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LOS PADRES.**
- **FASE 3. PLANEACIÓN DEL PROGRAMA DE ESCUELA PARA PADRES.**
- **FASE 4. IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA DE ESCUELA PARA PADRES.**
- **FASE 5. CIERRE DEL PROCESO GRUPAL.**

### **FASE 1. RECONOCIMIENTO E INTEGRACIÓN DE LOS PARTICIPANTES**

Objetivo específico : Propiciar el reconocimiento y la integración de los padres, a fin de que aborden con interés, responsabilidad y compromiso la tarea u objetivo común durante el aprendizaje grupal.

- Campaña de difusión por medio de la elaboración de posters y citatorios.
- Realización de dos sesiones :



## **Palabras clave**

El primer día de reunión ingreso a la sala de usos múltiples, donde enfrente caras de desconcierto y temor, conforme iban llegando, se acomodaban evitando ocupar los lugares del centro. Les informe de los objetivos que se perseguían en cuanto a la importancia del reconocimiento y la integración. Enseguida aplique la técnica de grupo **PALABRAS - CLAVE**. de acuerdo a lo observado en los participantes, éstos se mostraban inquietos, se miraban unos a otros y poco antes de concluir en tiempo establecido, pudieron expresar sus emociones en los diferentes segmentos de la técnica, por medio de las siguientes palabras:

Tranquilidad, motivación, angustia X, sola X, superación, optimismo, nervioso X, ¡ huy !, muy segura, feliz, angustiada X, llanto, muy bien, pensativa, aprender, y bienestar. Durante la evaluación general , respondieron al cuestionamiento de la técnica. Finalmente elaboré una síntesis del trabajo grupal, haciendo hincapié en la importancia de aprender por medio de la información que surja del grupo, así como de la interacción y de los sentimientos que provocaban ambos.

## **Conclusiones**

Aunado al producto del trabajo anterior, inicié con el tema de la comunicación, por lo cual apliqué la técnica **PRESENTACIÓN POR PAREJAS**. Algunos de los comentarios expresados fueron los siguientes:

"... nos conocimos unos a otros".

"... en un principio no nos conocíamos, pero después empezamos a platicar y a interesarnos de lo que les ocurre a los otros".

"... cada uno de nosotros tiene algo importante que decir ".

## **FASE 2. DETECCIÓN DE NECESIDADES Y EXPECTATIVAS**

Objetivo específico: Determinar las necesidades de orientación y expectativas de los padres referentes al trato con sus hijos, por medio del IDN.



- Aplicación del IDN.
  - Exposición de conclusiones en el plenario.
  - Jerarquización de temas, con base en el consenso grupal.
- Acuerdo para el compromiso de trabajo ( encuadre ).

## **FASE 3. PLANEACIÓN DEL PROGRAMA DE ESCUELA PARA PADRES**

Objetivo específico: Organizar los contenidos de cada uno de los temas que constituirán el Programa de Escuela para Padres.

- Elaboración de los contenidos del programa.
- Programa de Escuela para Padres, que a continuación se escribe:

**NOMBRE DEL PROGRAMA: ESCUELA PARA PADRES**

Ciclo escolar : 1995 - 1996

**OBJETIVO GENERAL:** Abordar cada uno de los temas, determinados por las necesidades y expectativas de orientación de los padres , desde una perspectiva

participativa y de su propia experiencia , en la cual reflexionen , asuman responsabilidades y lleguen a la toma de decisiones concernientes al trato con sus hijos.

TEMA	OBJETIVO ESPECÍFICO	MECÁNICA DE ENSEÑANZA	TIEMPO	MATERIAL	BIBLIOGRAFÍA
1. Perfil del niño con retardo en el desarrollo					
1.1 Definición del término retardo en el desarrollo	Definir retardo en el desarrollo con base en las características de sus hijos.	Técnica grupal : Construcción de juguetes sin equipo. PHILLIPS 66 Grupos de aprendizaje	2 Hrs.	Mascadas, juguetes desarmables, coches, muñecas, bolsa gruesa, marcadores y cartulinas)	Galguera , L. et. al.: Cap. 15 . (pags 215 - 237 )
1.2 Etiología	Explicar las causas	Técnica grupal PHILLIPS 66	2 hrs.	cartulina , marcadores	
1.3 Edades en que lo detectaron.	Comentar la edad de detección	PHILLIPS 66	2 hrs.	cartulinas , marcadores	
1.4 Áreas del desarrollo afectadas	Identificar áreas del desarrollo afectado	PHILLIPS 66 , IVAAP , técnica de grupo de INTERACCIÓN DE BALES	2 hrs.	cartulinas , marcadores	
2. Rol de la familia ante su hijo y la sociedad	Identificar el rol que desempeñan ante su hijo	Técnica grupal CONCORDAR Y DISCORDAR PHILLIPS 66	2 hrs.		

2.1 Impacto en los padres	Identificar las reacciones de aceptación , rechazo y sobreprotección.	ROLE - PLAYING	2 hrs.	juguetes, fichas bibliográficas	Ingals , pag. 90
3. Higiene y salud	Delimitar el concepto de higiene y salud en el individuo , la familia , la escuela y la comunidad	PHILLIPS 66 , IVAAP , técnica grupal de COLAGGE.	4 hrs.	revistas , cartulinas , resistol , tijeras , crayolas	
4. Realidades y mitos del sexo	Reconocer la actitud concerniente al cuestionamiento hechos por el hijo referente al sexo	Técnica grupal seminario	1 hrs.	cartulinas , marcadores , fichas bibliográficas	Guía para padres y educadores , pags. 1 - 20
4.1 Funcionamiento del sistema sexual femenino y masculino.	Describir el funcionamiento del sistema sexual masculino y femenino	Técnica grupal seminario	1 hrs.	cartulinas , marcadores , fichas bibliográficas.	Guía para padres , pags. 21 - 49
4.2 Reacciones del niño ante su sexualidad.	Analizar las manifestaciones de la sexualidad en sus hijos	Técnica de grupo ESTUDIO DE CASOS	2 hrs		
4.3 Reacciones de los padres ante la sexualidad de sus hijos.	Analizar el impacto que tiene en los padres la sexualidad de su hijo.	PHILLIPS 66 , IVAAP ( b )	2 hrs		

#### FASE 4. IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA DE ESCUELA PARA PADRES.

**Objetivo específico:** Abordar cada uno de los temas y subtemas, propiciando la participación de los padres por medio de la aplicación de técnicas grupales, de tal

manera que viertan su propia experiencia, reflexionen, asuman responsabilidades y concreten alternativas en la interacción con sus hijos.

- Los participantes analizaron los contenidos del programa en el orden siguiente:

## **TEMA 1. PERFIL DEL NIÑO CON RETARDO EN EL DESARROLLO**

Se emplearon tres sesiones de la siguiente manera:



### **1.1 DEFINICIÓN DEL TÉRMINO " RETARDO EN EL DESARROLLO"**

Después de solicitar al grupo una reseña en cuanto a la forma de trabajo que iba a dirigir el curso del programa, observé comportamientos que expresaban dudas, temores e inquietudes ( por ejemplo, indecisión para entrar a la sala, llegar tarde, guardar silencio, hablar en voz baja, solicitar que la información proviniera de mí, etc. ), posiblemente debido al periodo vacacional de invierno, por lo que nuevamente precisé el encuadre, haciendo énfasis en que en la medida en que los padres aprendieran a interactuar, es decir a intercambiar experiencias, ideas y a dar alternativas de solución a las demandas que emanaran del grupo, se podría decir que se había cumplido con la tarea, la cual consistía en emprender acciones encaminadas a la aceptación de sus hijos.

Por lo anteriormente expuesto, apliqué la técnica de grupo **CONSTRUCCIÓN DE UN JUGUETE**. Se observó que en un primer momento el equipo estaba

desconcertado, incluso comenzaron a hacerse señas como si los otros pudieran ver; pero después se concentraron y comenzaron a buscar la forma de organización en la que cada uno vivió su rol; algunos buscaron las manos de otros para pasárselas, uno o dos, al captar la posible estructura del juguete, se quedaron con las piezas que consideraron básicas para armarlo; otros, al detectar lo anterior, fueron dando las piezas al que creían que lo podía armar, alguno trató de calmar la ansiedad de los otros, hasta que lograron armar el juguete. Cuando se hizo un segundo equipo, existió mayor organización e incluso, la realización más precisa de la tarea, en ellos hubo un aprendizaje a partir de la experiencia anterior.

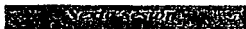
En la segunda parte de la sesión abordaron la definición del término de retardo en el desarrollo por medio de la técnica grupal de discusión PHILLIPS 66, elaborando conclusiones como:

- "... tiene retardo en el desarrollo por su modo de ser, de actuar, por su modo de aprender, por su forma de hablar, también porque se le dificulta estar bien con los otros niños".
- "... algunos tienen más retardo que otros, unos son leves porque pueden leer y escribir poco, pero por lo demás pueden pasar como cualquier niño normal, otros son graves porque aunque uno les enseñe las cosas, al momento se les olvidan, a veces son rebeldes y les cuesta trabajo asearse y ponerse la ropa, así como ayudar a la limpieza de la casa".

## **Quinto día**

### **1.2. ETIOLOGÍA DEL RETARDO EN EL DESARROLLO**

Se empleó la técnica de grupo **PHILLIPS 66** para determinar la etiología del retardo en el desarrollo.



### **1.3 EDADES EN QUE LO DETECTARON**

### **1.4 ÁREAS DEL DESARROLLO AFECTADAS**

Se aplicó la técnica de grupo **PHILLIPS 66**.

Se aplicó el **IVAAP ( a )**

Aplicación de la técnica de grupo de **INTERACCIÓN DE BALES**.



## **TEMA 2. ROL DE LA FAMILIA ANTE SU HIJO Y LA SOCIEDAD**

Los padres iniciaron la sesión con la identificación de aquéllos padres que se negaban a entrar, ya fuera quedándose en el patio, o retirándose a sus casas, así como llegar tarde o callados. Intenté de que el grupo analizara esto en función del aprendizaje grupal, sin embargo propusieron medidas coercitivas como el que se suspendieran a los niños, o en caso contrario se obligara a los padres a entrar. Planteé de qué manera les afectaba esta actitud de esos padres, a lo cual manifestaron que dada la problemática de los alumnos, la cooperación de los padres era indispensable. Finalmente interpreté las inasistencias como las resistencias que pueden tener los miembros dentro del grupo para abordar la tarea y asumir compromisos.

Asimismo retroalimenté al grupo haciendo una devolución del proceso de interacción que había observado de la técnica grupal de **INTERACCIÓN DE BALES**.

Análisis por equipos de la técnica de grupo **CONCORDAR - DISCORDAR**

1. A veces me siento imposibilitado para educar a mi hijo adecuadamente -----
2. La noticia de tener un hijo con retardo afecta a la familia -----
3. Todos los hijos son iguales y se ama de la misma manera -----
4. La familia tiende a separarse a consecuencia de la existencia de un niño con retardo -----
5. La venida de un niño con retardo solo agrava más una relación familiar ya de por sí deteriorada -----
6. La idea de la competencia y el triunfo son rasgos poco probables de alcanzar en los niños con retardo -----
7. La familia teme al impacto que su hijo provoca en los demás -----
8. La atención del niño con retardo genera mayores gastos para la familia -----



## TEMA 2.1 IMPACTO EN LOS PADRES

Se abordó el tema del Impacto en los padres con la técnica de grupo de **ROLE - PLAYING**, en la cual representaron una situación de la vida real , asumiendo los roles de cada caso, con el objeto de ser mejor comprendida y tratada por el grupo para que establecieran la viabilidad de acción.

Se formaron dos equipos, uno de ellos escenificó el desarrollo de un partido de fútbol en que un menor discapacitado suplicaba e intentaba jugar con otros niños, recibiendo burlas y la oposición para ello; sin considerar esta actitud, él les buscaba el balón cada que se les iba del terreno de juego. La madre al percatarse de lo ocurrido, prohibió a su hijo salir a jugar y ante la persistencia del menor, finalmente puso candado a la puerta.

Por su parte, el otro equipo representó una escena donde unos padres llevaban a su hija a un parque de diversiones. Esta lloraba y gritaba desesperadamente por el temor que le provocaban los globos y algunos juegos como el carrusel. Los padres experimentaban vergüenza y se sentían señalados por el resto de la gente.

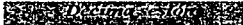
Al término de las representaciones, cada equipo presentó y analizó las observaciones . En primer lugar consideraron el deseo del niño por convivir con otros de su misma edad. En segundo lugar, las respuesta y reacciones nocivas de los padres. Con base en lo anterior propusieron cambios en el trato con los hijos.

Finalmente se aplicó el **IVAAP** ( a )



### **TEMA 3. HIGIENE Y SALUD**

Por medio de la aplicación de la técnica de grupo de **PHILLIPS 66**, se les pidió que definieran el concepto de higiene y salud.



#### **TEMA 3.1 DEFINIR HIGIENE MENTAL, HIGIENE ESCOLAR, HIGIENE COMUNITARIA E HIGIENE PERSONAL.**

Por medio de la técnica de grupo **COLLAGE**, cada uno de los cuatro equipos definió cada uno de los cuatro conceptos, con referencia a su propia experiencia. Se aplicó el **IVAAP** ( a )



### **TEMA 4. FINALIDADES Y METAS DEL SEXO**

Se empleó la técnica de grupo **SEMINARIO**. A cada equipo se les hizo entrega de cuatro preguntas impresas para que respondieran a ellas, dando a conocer las conclusiones en el plenario.

Al finalizar la sesión se les hizo entrega a cada uno de las fotocopias con bibliografía, para que en su casa estudiaran y se presentaran con elementos de conocimiento para la siguiente sesión, acerca del funcionamiento del sistema sexual femenino y masculino.

#### TEMA 4.1 FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA SEXUAL FEMENINO

Por medio de la técnica de SEMINARIO, cada grupo se abocó a estudiar cuatro preguntas, con la exposición de cada una de ellas se logró profundizar del conocimiento del tema previsto .

#### TEMA 4.1 FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA SEXUAL MASCULINO.

Esta sesión se desarrolló de igual manera que la anterior. Aplicación del IVAAP  
(a )

#### TEMA 4.2 REACCIONES DEL NIÑO ANTE SU SEXUALIDAD.

Haciendo uso de la técnica de grupo ESTUDIO DE CASOS, el coordinador expuso al grupo el caso de un menor que durante el juego procuraba el rozamiento de sus órganos sexuales con el cuerpo de otros niños. Asimismo, expuso el caso de masturbación excesiva en un niño de diez años con Síndrome Down.



### TEMA 4.3 REACCIONES DE LOS PADRES ANTE LA SEXUALIDAD DE SUS HIJOS.

Se empleó la técnica de grupo PHILLIPS 66 , para discutir el impacto que tiene en los padres la sexualidad de su hijo. Aplicación del IVAAP ( a )



#### FASE 5. CIERRE DEL PROCESO GRUPAL.

Objetivo específico: Efectuar una síntesis del proceso grupal y sus efectos con base en la experiencia grupal.

Es la última sesión del año, los padres que llegaron puntuales, en espera de otros, comenzaron a charlar, posteriormente ocuparon su lugar formando un círculo. Les planteé el objetivo de esa última reunión, uno de ellos empezó diciendo "... me siento triste de que ésta sea la última vez que nos veamos", otro le siguió con "... yo también, pero aprendí mucho de todos ustedes". Al respecto les hice notar la melancolía que envolvía al grupo, lo cual era producto de un sentimiento de pérdida, posteriormente el coordinador efectuó la devolución de la historia del grupo.

Se retomó la propuesta de un proyecto nuevo como una forma para evaluar el trabajo grupal. Se aplicó el IVAAP ( b ), asimismo se hizo entrega de las constancias de participación. Para finalizar con una reunión de convivencia con café y galletas.

## EVALUACIÓN

Para obtener información acerca de los cambios que se operaron en los participantes con base en las actitudes y comportamientos que los padres expresaron en el transcurso del programa , así como la dinámica que conformó el aprendizaje grupal se utilizaron los siguientes parámetros :

- El análisis cualitativo de los registros anecdóticos durante el aprendizaje grupal con respecto a los padres y al coordinador .
- El análisis cualitativo de acciones reportadas por la aplicación del IVAAP en:
  - a) La escuela.
  - b) La familia.
  - c) La comunidad.

### ANÁLISIS CUALITATIVO DE LOS REGISTROS ANECDÓTICOS DURANTE EL APRENDIZAJE GRUPAL.

#### FASE 1. RECONOCIMIENTO E INTEGRACIÓN DE LOS PARTICIPANTES

##### **Primeros días**

Los participantes manifestaron:

- Compartir expectativas comunes.
- Sus angustias, sus temores, sus fantasías.
- Como prioritario la resolución de problemas comunes por medio de la unidad grupal.

- La necesidad de aprender para convertirse en mejores educadores.

Las actitudes que bloquean la participación , como la timidez, el miedo a involucrarse con los demás.

En cuanto al coordinador:

- Manifesté el papel que jugó la afectividad dentro del grupo.
- Expresé la necesidad sentida de conocerse, así como de acercarse o rechazarse, ambos como parte del fenómeno de constitución grupal.

### **Segunda sesión**

- Valoraron la importancia de aprender a interactuar y a vincularse con otros.
- Identificaron la interacción y el grupo como medio y fuentes de experiencias para los padres, para posibilitar el aprendizaje.
- Reconocieron el papel preponderante de la comunicación.
- Se identificaron por medio de la problemática que enfrentan con su hijo.
- Hablaron de sí mismos, de sus intereses, de sus metas como padres.

En cuanto al coordinador:

- Hice hincapié de que a partir de las experiencias vividas y del intercambio de éstas, podían adquirir nuevos aprendizajes.
- Establecí la trascendencia de coordinarse, cooperar y discutir para la elaboración de conocimientos nuevos, a fin de lograr un nivel superior de aceptación y ayuda hacia sus hijos, sus familiares y a ellos mismos.

## **FASE 2. DETECCIÓN DE NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LOS PADRES**



- Como resultado de una mayor disposición en la participación grupal, los padres se abocaban a analizar, seleccionar y jerarquizar los contenidos del programa, los cuales fueron:
- Perfil del niño con retardo en el desarrollo.
- Rol del padre ante la sociedad y su hijo.
- Higiene y salud.
- La sexualidad en la persona con retardo en el desarrollo.

Asimismo, el grupo colaboró en la elaboración del encuadre con la finalidad de comprender y aceptar las condiciones de trabajo en el aprendizaje grupal, las cuales fueron:

- Nombre del programa: Escuela para padres.
- Institución: Esc. de Educ. Esp. " Leona Vicario ".
- Dirigido a : padres y personas afines que tengan en su seno un miembro con retardo en el desarrollo.
- Duración: 11 sesiones.
- Periodicidad: Reuniones quincenales durante los meses de enero a junio ( días jueves ).
- Horario: 8:00 - 10:00 a.m.
- Lugar: Sala de usos múltiples.
- Acreditación: Recibirán constancia de participación con 80% de asistencia.

- Mecánica de enseñanza: Grupos de aprendizaje, técnicas grupales.
- Ciclo escolar: 1995 - 1996.

#### **FASE 4. IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA DE ESCUELA PARA PADRES**

##### **Objetivo general**

Los participantes:

- Organizaron su trabajo de tal forma que cada uno dio lo mejor de sí mismo.
- Se percataron de su capacidad productiva
- Se sintieron comprometidos con lo que hicieron
- Aprendieron a distinguir roles para desempeñar el trabajo propuesto.

En cuanto al coordinador:

Hizo referencia en aquello que el grupo consideró importante para el desempeño de la tarea en un equipo de trabajo.

- Definieron el término de retardo en el desarrollo conforme ya se ha mencionado en uno de los capítulos.

Se logró la participación activa y reflexiva en los integrantes.



### **Conclusiones**

- 40 % de los niños presentaron problemas prenatales debidos a enfermedades hereditarias (microcefalia,macrocefalia) , alteraciones cromosómicas (síndrome de Down), alteraciones metabólicas (fenilcetonuria, hipotiroidismo), así como abuso de drogas ( alcohol , y desnutrición materna.)
- 30% de los casos, fueron ocasionados por patología perinatal ( uso de fórceps, anoxia ).
- 25% sufrieron lesiones graves por traumatismos, meningitis, desnutrición infantil.
- 5% informaron desconocer el origen.

### **Conclusiones**

- 30% lo detectaron durante el nacimiento al primer año de vida.
- 10% entre los dos y los cinco años.
- 50 % cuando sus hijos tenían entre los seis y los nueve años de edad.
- 10% de los doce a los quince años.
- 100% de los menores presentaban déficit cognitivo, de ése porcentaje:
- 70% presentaba retardo en el lenguaje.
- 50 % manifestaba problemas afectivos.
- 35% dificultades en el área adaptativa.

De la aplicación del IVAAP, los padres concluyeron:

- La necesidad de aceptar que sus hijos tenían retardo en el desarrollo, y dejar de vivir en un mundo de fantasías.

- El reconocimiento de la problemática y el perfil de su hijo, les facilitaría enfrentar el hostigamiento social de que son objeto.
- Disminuir la sobreprotección, y el abandono en que tiene a sus hijos.



En lo referente a la dinámica grupal, se observó lo siguiente:

- Los integrantes se percibían más seguros.
- Las metas eran compartidas por la mayoría.
- Ya no se preocupaban por el hecho que otros asistieran.
- Rebasaban el tiempo establecido para la sesión.
- Se establecieron lazos de mayor comunicación entre los miembros dentro y fuera del grupo, se les veía con mayor iniciativa.
- En cuanto a la tarea, fueron capaces de discernir acerca de sus frustraciones.
- Sugerían formas de manejo en el hogar.
- Colaboraban con otras madres ansiosas, dándoles algunas orientaciones.
- Propusieron formas de trato positivo con los hijos.

De la tabulación de Bales, se observó a 8 padres de familia de un grupo de 25, que se encontraba dividido en 3 equipos de 8 integrantes cada uno. Se constató que hubo 165 intervenciones en total. De las cuales 14 fueron de la zona socio - emocional positiva, 11 de la zona socio - emocional negativa y 140 de la zona socio - operatoria, lo que nos puede llevar a concluir que este grupo estuvo centrado en la tarea. Dentro de la zona socio - operatoria, las participaciones consistieron, en su mayoría, en hacer sugerencias, dar opiniones y dar orientaciones; pocos pidieron orientación, opinión o sugerencia.

En cuanto a las intervenciones registradas en las zonas socio - emocional positiva y negativa, hubo 25, lo cual permitió deducir que en el grupo también se trabajó en el área afectiva explícitamente.

Con base en este esquema el coordinador retroalimentó al grupo, analizando con el mismo número de intervenciones, el número de participantes, los miembros del grupo con mayor o menor adhesión en cuanto a la tarea.

En cuanto a los padres:

- Reconocieron actitudes orientadas a bloquear la socialización del menor, así como a la formación de un pobre concepto de sí mismo.
- Por lo anterior, propusieron formas de trato encaminadas a colaborar en el proceso de socialización , así como a valorar la participación en aquellas actividades que el menor emprenda.
- Manifestaron ser objeto de hostigamiento y discriminación social por el hecho de tener un hijo con retardo. Estos planteamientos fueron sujetos a análisis, de acuerdo a como lo han vivido, derivando las siguientes acciones:
- Ignorar comentarios.
- Informar a la gente, cuando ésta lo solicite, qué significa que un niño tenga retardo en el desarrollo.
- Sentirse orgullosos de la presencia de su hijo.
- Dirigir acciones para el logro de la unidad familiar por medio del apoyo, la comprensión y la ayuda.

## **Novelas**

Los padres:

- Definieron el rol de la familia como modelo de identidad, así como la unidad básica de desarrollo y experiencia donde se gesta la salud o la enfermedad, la frustración, el fracaso y el éxito.
- Señalaron que el equilibrio emocional y la adaptación que logren los hijos y demás miembros de la familia, están en función de la armonía y la felicidad en el hogar.
- Vertieron su experiencia en relación con el establecimiento de relaciones conflictivas y patológicas con su pareja, así como lo han superado, con la finalidad de colaborar con aquellos padres que atravesaban situaciones parecidas a las que ellos vivieron.
- Históricamente discutieron el rol de la madre para educar a los hijos en relación con el padre, quien se desatiende de tal empresa.
- Emprendieron una campaña de limpieza, donaron botes de basura y una vez por semana se dieron a la tarea de asear el salón del profesor y los baños.

## **Discusiones**

En cuanto a la dinámica del grupo se observó lo siguiente:

- Buen nivel de participación, la tarea fue compartida por la mayoría de los integrantes.
- Se observó cohesión.
- Estructuraron sus metas
- Analizaron las sugerencias.

- Los roles del grupo ya no se centraron en un solo líder.
- Existió fluidez en la comunicación.
- El grupo daba alternativas para solucionar los planteamientos que surgían.
- El grupo se encontraba en una etapa productiva.

Los padres:

- Sugirieron prestar mayor atención al arreglo personal.
- Precizaron que la higiene mental - la cual definieron como "... necesaria para establecer una buena relación entre la pareja y de ahí iba a derivar una estabilidad que se proyectaría en el cuidado físico y psicológico de uno mismos y del resto de los integrantes de la familia" - , era factor determinante para la aceptación del niño disminuido.
- Algunos padres inscribieron a sus hijos al programa de Olimpiadas Especiales, con entrenamientos vespertinos dos veces a la semana en un centro deportivo, que a la mayoría le quedaba retirado de sus domicilios.
- Mejoró el arreglo personal de los padres durante las sesiones.

#### Decimoprimer Sesión

- Los padres mostraron vergüenza para responder a ciertas preguntas, estas observaciones las comenté con el grupo, quienes mencionaron que nunca les hablaron de sexo y no se sentían con la confianza para hablar de ello.
- Lo anterior fue motivo de análisis, por lo que concluyeron que la falta de comunicación con los hijos podría traer como consecuencia el que los hijos recurrieran a otras fuentes de información no fidedignas. Asimismo, la probabilidad de verse inmersos en problemas de embarazos no deseados, violaciones y homosexualidad.

#### ***Décima segunda sesión***

- Los padres reconocieron que la falta de información del funcionamiento sexual femenino, les obligaba a creer en supersticiones y a evitar abordar el tema con sus hijos.

#### ***Décima tercera sesión***

- Emplearon terminología leída del funcionamiento del sistema sexual masculino.
- Reconocieron su desconocimiento de la aparición de la sexualidad, ante la creencia de que no se manifestaba sino hasta llegada la pubertad.
- Coincidieron en la connotación pecaminosa que dicho término lleva implícito.
- Convinieron en que a pesar de que les cuesta abordar tal tema, es necesario hacerlo para orientar las dudas e inquietudes que surjan en sus hijos.

#### ***Décima cuarta sesión***

- Concluyeron que ante la carencia de un clima emocional de afecto, caricias y atención, existe la posibilidad en que el niño encuentre refugio en prácticas de autoestimulación, o bien en la que buscan el los otros, por medio de actos sexuales vistos en sus casa o por los medios de comunicación.
- En cuanto a la masturbación, discutieron que la falta de organización en el tiempo libre del menor, el sentimiento de sentirse inútiles y verse siempre acosados, genera encontrar refugio en la masturbación. Una masturbación excesiva ameritaba la atención del psicólogo, para orientar a los padres y al niño a buscar alternativas de solución.

- Acordaron programar actividades recreativas, culturales, así como permitir la socialización del menor a pesar de las burlas que recibían de otros, lo cual era más que nada miedo en los padres de sentirse atacados ante éste evento.
- Concluyeron que los niños desde que nacen manifiestan su sexualidad por medio de acciones que inician con la succión del pecho de la madre y conforme va creciendo tiene otro tipo de manifestaciones como el jugar con sus órganos sexuales, hasta la elección de su pareja por la cual sienten amor y atracción sexual.
- Rescataron que la madre es la primera fuente de gratificación psicosexual, y a partir de la actitud de aceptación o de rechazo que tome la madre, el niño va a tener una vida sexual plena o en caso contrario, patológica.

### **Conclusiones**

- La aparición de la sexualidad provocaba angustia en los padres.
- La sexualidad del disminuido se mostraba igual que en cualquier persona, sólo difería en cuanto a la forma en que lo expresaban. En algunos no existía la noción de bueno, malo, por lo que la expresaban de manera abierta.
- La angustia presente, la difícil aceptación, así como el aislamiento social de la familia, hacían difícil para el menor sentar las bases afectivas para una sexualidad sana.
- Reconocieron que les asustaba la expresión de la sexualidad en sus hijos por las consecuencias de ello, como lo sería un embarazo, debido a que algunos no son conscientes de sus actos.
- Por lo anterior propusieron la esterilización de los casos severos y de los que tengan posibilidad de heredar el retardo.

- Se inclinaron finalmente por permitirles mantener relaciones de noviazgo, toda vez que lo consideran como un derecho de toda persona, sea o no disminuida, asimismo dejar abierta la comunicación para apoyarlos y orientarlos al respecto.
- El coordinador manifestó al grupo que el tema había despertado polémica, por lo que les cuestionó cómo y de qué forma vivía cada uno de los asistentes su sexualidad.

#### **FASE 5. CIERRE DEL PROCESO GRUPAL.**



- El grupo experimentó un sentimiento de pérdida.
- El coordinador hizo una devolución de la historia del grupo, desde sus inicios, las manifestaciones de las resistencias, el abordaje de la tarea y los roles que vivieron para obtener un aprendizaje.
- En el grupo se percibió un gran sentido de responsabilidad, además de su capacidad consciente de aprendizaje.
- El grupo fue más crítico, pusieron en práctica lo aprendido.
- Presentaron un Proyecto nuevo para el próximo ciclo escolar con los lineamientos que rigieron este trabajo en el cual abordarían técnicas de intervención para abordar los siguientes temas:
  - Problemas de conducta
  - Terapia de lenguaje
  - Discriminación de colores
  - Discriminación de letras y números



De la aplicación del IVAAP (b) , los padres expresaron lo siguiente:

- Su asistencia al grupo los motivó a mantener un acercamiento estrecho con el profesor, por ejemplo, preguntarle cómo ayudar a su hijo en casa, cumplir con el material solicitado.
- Ocuparon el tiempo libre de los menores en actividades de convivencia familiar, recreativas y deportivas.
- Les enseñó a ser mejores padres.
- Aminoraron la supervisión que ejercían sobre el menor o en el caso contrario, tuvieron mayor disposición para atender a sus demandas.
- Aprendieron a comunicarse con los miembros del grupo, consecuentemente, lo trataron de hacer con su pareja y con otros miembros de la familia.
- La experiencia grupal fue la base para lograr los cambios que se operaron en ellos, al descubrir que otros padres compartían los mismos sentimientos,
- Refrendaron el trabajo de aprendizaje grupal como factor de intervención y de cambio.

## ANÁLISIS

En el reporte aquí presentado, se pudo observar que en general, los padres de niños con retardo en el desarrollo experimentan diversas reacciones psicológicas de rechazo, derivadas principalmente de los efectos que el niño discapacitado ejerce sobre su familia.

Una relación muy interesante que se encontró en este trabajo, fue que a la mayoría de los padres, les afectó la noticia de tener un hijo con retardo en el desarrollo, experimentando dolor, angustia, desesperación, incluso algunos desearon la muerte de sus hijos.

Este problema de aceptación parece estar vinculado por el tipo de relaciones que prevalecen en estas familias, donde el 54% presentan algún tipo de conflicto, así como la predominancia de malos hábitos familiares.

Por lo tanto estas familias se encuentran abrumadas por los problemas frecuentes que tienen que afrontar, como son alimentación, vivienda, etc. Pero bien habría que reconocer que a pesar de esta situación tan difícil para ellos, tratan de vencer sus propios miedos.

Parece ser que la presencia del niño con retardo intensifica la crisis que viven por los cuidados excesivos que tienen que dar a sus hijos. Estas familias también se enfrentan a la resolución de la baja autoestima familiar, pues se sienten estigmatizadas, señaladas cuando salen con su hijo, o por las constantes indagatorias de los vecinos.

Es un hecho que lo que más interesa a estos padres es la solución de sus problemas prácticos relacionados principalmente con el futuro que le espera a su hijo y a ellos mismos, así como la adquisición de habilidades en la lecto escritura.

En tal sentido, existen estudios que se han ocupado de investigar las constantes adversidades que los padres tienen que afrontar, por ejemplo Kram ( 1963 ), al entrevistar a padres de niños con Síndrome Down descubrió muchas familias en las que el esposo y la esposa nunca hablaban del niño por las emociones tan intensas que estaban de por medio.

Por su parte Singer, et. al. (1988 ), encontraron un estado de vulnerabilidad psicológica en las familias, que se manifestaba por tensión y aislamiento social.

A la luz de los resultados obtenidos por quien esto escribe, se atribuye un cambio en el comportamiento y actitudes de los padres, como respuesta a los efectos de la intervención psicológica que se realizó por medio de los grupos de aprendizaje.

De acuerdo a lo anterior, algunos testimonios y acciones de los padres permiten formular dicha conclusión.

Los alumnos cuyos padres asistieron al proceso de aprendizaje grupal, observaron una mejor integración al ámbito escolar en cuanto a la puntualidad, asistencia, disciplina, arreglo personal, resolución de las tareas escolares en casa, así como el establecimiento de relaciones sociales positivas.

Otro factor por mencionar fueron los apoyos que los padres proporcionaron a sus hijos, como el llevarlos a la práctica de actividades deportivas y recreativas, afiliarse al programa de Olimpiadas Especiales.

Asimismo, no puede dejar de mencionarse la cooperación que la escuela recibió por medio de campañas de limpieza, kermesses, rifas, etc.

A pesar de que la población con la que se trabajó, pertenece a un nivel socioeconómico bajo y tiende a percibir su vida como problemática, los padres se esmeraron por proveer a sus hijos y a su familia de experiencias enriquecedoras, lo cual indicó el impacto que ejerció el trabajo grupal, donde algunos lograron compartir experiencias, plantear estrategias de solución y transformar su vida con respecto a la relación hasta ese momento establecida con su hijo.

Asimismo, esta descripción del trabajo de los grupos de aprendizaje, propone mostrar que se puede extrapolar al trabajo que el psicólogo realiza con otros grupos de padres que forman las escuelas, con la finalidad de abordar la problemática de aceptación que aqueja a los padres que tienen un hijo con retardo en el desarrollo.

Analizando esta situación, se buscó la estrategia de los grupos de aprendizaje, pues ello implicó ubicar a los padres como seres sociales, integrantes de grupos, capaces de abordar y transformar el conocimiento desde una perspectiva de grupo, donde ellos valoraron la importancia de aprender a interactuar y a vincularse con los otros, aceptar que una de las formas de aprender fue elaborando el conocimiento, considerar que la interacción y el grupo son medio y fuente de experiencia que les permitió un aprendizaje, es decir un cambio.

Durante este aprendizaje grupal se produjo una transformación de sentimientos de aceptación hacia sus hijos. También la comprensión de que los procesos de desarrollo por los cuales atraviesan sus hijos son en cierta manera diferentes a los del resto y de que por ello, el manifestar sus habilidades les llevará más tiempo de acuerdo al grado de retraso. Finalmente se logró modificar su comportamiento hacia el menor con retardo.

Esta estrategia participativa permitió que las decisiones se tomaran en grupo, que los problemas se definieran a través de una realidad concreta y compartida para que los miembros del grupo elaboraran la programación de los temas y la forma de abordarlos y al mismo tiempo evaluaron el proyecto de acción para una mayor vinculación con su hijo.

Para llegar a esto, fue necesario que las experiencia se compartieran, se compararan y se analizaran. El conocimiento que se produjo a través de este proceso tuvo como fin una aplicación inmediata que se reflejó en acciones concretas. Por lo tanto al formar un grupo de aprendizaje con los padres que llevan a sus hijos a la escuela de educación especial " Leona Vicario ", se logró un proceso de consolidación tomando en cuenta los siguientes lineamientos:

- Los padres colaboraron en la toma de decisiones respecto a las metas.
- Los padres tuvieron una función dentro del grupo.
- Se consolidó un sentido de pertenencia en el pasaje del yo al nosotros.
- Se propició una red de comunicaciones e interacciones por medio de las cuales se logró el intercambio y la confrontación de los diversos puntos de vista que integraron los criterios del grupo.
- Se tuvo oportunidad de participar en la detección y solución de problemas, como procedimiento necesario para el aprendizaje.

- Se gestó un ambiente, un espacio de reflexión para la elaboración del aprendizaje, en el cual el coordinador no planteó o dio soluciones.
- Se reconoció al grupo de padres como fuente de experiencias, capaces de generar diversas situaciones que aportaron elementos para la reflexión y la modificación de pautas de conducta.

## CONTRIBUCIÓN

El retardo en el desarrollo representa una serie de problemas graves para el niño que lo experimenta, así como para quienes conviven cotidianamente con él, me refiero a los padres.

Cuando los padres de niños con retardo en el desarrollo no logran superar esta experiencia, el niño se convierte en el depositario de la angustia familiar. Esta reacción psicológica de una u otra manera, altera el desarrollo general del menor, así como la dinámica familiar.

Por eso cuando estos padres llevan a su hijo a una escuela de educación especial, el psicólogo debe tener como meta prioritaria la atención a estas demandas detectadas en el intercambio directo que tiene con los padres, así como la observación del comportamiento del niño, tomándolos como indicador de que algo grave ocurre.

Es importante en este momento hacer hincapié en que no basta con proporcionar una orientación meramente informativa a los padres de familia, se requiere de que estos padres, quienes se ven inmersos en una serie de adversidades, aunado a su estilo de vida marginado; aprendan a aceptar a su hijo con sus limitaciones, se sensibilicen a los cambios positivos que se van operando en el desarrollo del niño, y concienticen las necesidades psicológicas de apoyo, afecto, y comunicación que tienen sus hijos.

Por lo anterior, una de las alternativas a la que el psicólogo puede recurrir para afrontar este problema, son los grupos de aprendizaje. Sin subvalorar otras formas de intervención psicológica, considero que abordar esta problemática que se presenta en las

instituciones educativas, desde la perspectiva de grupo, pondera beneficios a quienes participan directamente en la experiencia.

Como todos sabemos, la crisis económica de nuestro País, alcanza al sector educativo, el presupuesto limitado apenas si alcanza a cubrir los gastos de un psicólogo por escuela, el cual tiene que atender a las necesidades de los alumnos, así como dividir su tiempo en otras actividades como el diagnóstico psicológico, apoyo psicológico, además de las comisiones que se le asignan fuera de su ejercicio profesional. Por lo anterior, el proporcionar atención individual a los padres sería inalcanzable.

Es aquí donde resalta la conveniencia de abordar a los padres por medio de la intervención grupal. El descubrimiento de nuevos caminos que brinden los elementos necesarios a las personas con retardo en el desarrollo y a sus familias, que les permita vivenciarse como personas íntegras y capaces de relacionarse con un mundo social que les presenta exigencias laborales, afectivas y de conocimientos a las que podrán responder solamente si los adultos que les rodean , se mantienen atentos a sus intereses y a sus necesidades.



## REFERENCIAS

Banks, M. S. ( 1980 ). The development of visual accomodation during early infancy. Child Development, 51, 646 - 666.

Bijou, S. W. y Baer, D. M. ( 1969 ). Psicología del desarrollo infantil. Vol. 1. México: Trillas.

Bijou, S.W. Teoría e investigación sobre el retardo mental en el desarrollo, 1963 . En Bijou , S.W. y Baer , M. B . ( 1975 ) Psicología del desarrollo infantil . Lecturas en el análisis experimental . Vol. 2 . ( 1a. ed. ) .México : Trillas.

Bradley, R. H. y Caldwell, M. B. ( 1978 ). Early home environment and changes in mental test performance in children from 6 to 36 months. Experimental Psychology, 12, 93 - 97.

Bralic' , S. ; Hacussler, Y. M. ; Lira, M. Y. ; Montenegro, H. y Rodriguez, S. (1978 ). Estimulación temprana. Santiago: UNICEF.

Bower, T. G. R., ( 1979). El desarrollo del niño pequeño. Madrid: Debate.

Bundy, R. S. ( 1980 ). Discrimination of sound localization cues in young infants. Child Development, 51, 292 - 294.

Bushnell, I.W. R. ( 1979 ). Modification of the externality effect in young infants. Journal of Experimental Child Psychology, 29, 211 -229.

Cirigliano, F.J.G. y Villaverde, A. (1995). Dinámica de grupos y educación. México : El atenco.

Como hablar a los niños acerca del sexo ; guía para padres , maestros y educadores. (1975). México, Editorial Limusa.

Crasini, B. y Broerse, J. ( 1980 ). Auditory - visual integration in neonates: a signal detection analysis. Experimental Child Psychology. 29. 144 - 155.

Chehaybar, K. E. ( 1983 ). Técnicas para el aprendizaje grupal. UNAM: CISE.

Delval, J. ( 1994 ). El desarrollo humano. ( 1ª ed. ). México : Siglo XXI.

DGEE - SEP. ( 1981 ). Bases para una política de educación especial. México : Fonapas.

DGEE - SEP. ( 1985 ). La educación especial en México. México: Fonapas.

DGEE - SEP. ( 1994 ) . Proyecto general para la educación especial. México: Fonapas.

Desocudress, A. en Nieto, H. M. E. ( 1988 ) . Retardo del lenguaje y Sugerencias pedagógicas. ( 1ª ed. ). México: CEDIS, S. A. de C. V.

Domínguez, B. M. ( 1981 ). Aspectos médicos en la atención de niños con retardo en el desarrollo. En Galguera, I. ; Hinojosa, R. G. y

Elardo, R.; Bradley, R. y Caldwell, M. ( 1977 ). A longitudinal study of the relation of infants'home environments to lenguaje development at age three. Child Development .48, 595 - 603.

Fantz, L. y Miranda, B. ( 1975 ). Newborn infant attention to form of contour. Child Development .46, 224 - 228.

Field, J.; Muir, D.; Pilon, R. ; Sinclair, M. y Dodwell, P. ( 1980 ). Infants' orientation to lateral sounds from birth to three monts. Child Development .51, 295 - 298.

Freud, S. ( 1985 ). Tres ensayos sobre una teoria sexual. ( 8ª ed. ). Barcelona: Alianza.

Galindo, C. E. ( 1991 ). El retardo en el desarrollo. Teoria y práctica. ( 2ª ed. ). México: Trillas.

Galindo , E. ( 1981 ).El concepto de retardo en el desarrollo y sus implicaciones para la enseñanza y el entrenamiento . En Galguera , I; Hinojosa , R. G. y Galindo , C. E. ( 1991 ) . El retardo en el desarrollo . Teoria y práctica , aportaciones de la psicología a la educación especial. ( 1ª ed.) .México : Trillas.

Garber, H. y Heber, R. ( 1977 ) .The Milwuakee project, Indications of the effectiveness of early intervention in preventing mental retardation . En P. Mittler (ed ), Vol. 1, U. P. P.

Hoyos, M. C. A., ( 1980 ). La noción de " grupo " en el aprendizaje : su operatividad. Revista Perfiles Educativos, 11. México, UNAM - CISE, 19 - 32.

Ingalls, P. R. ( 1982 ). Retraso mental: la nueva perspectiva. México: El manual moderno, S. S. de C. V.

Kanner, L. ( 1971 ). Parents' feelings about retarded children. American Journal of Mental Deficiency, 75, 685 - 691.

Kramm, E.R. (1963) Families of mongoloid children. Washington, D.C.: U.S. Government Printing office . En Ingalls, P.R. (1982). Retraso mental : La nueva perspectiva . México : El Manual Moderno , S. S. de C.V.

Koch, J. ( 1976 ). Total baby development. Prague: Wyden Books.

Krech, D.; Rosenzweig, M. y Bennet, E. Environmental impoverishment, social isolation and changes in brain chemistry and anatomy. En Bralic', S.; Haeussler, Y. M.; Lira, M. I.; Montenegro, H. y Rodríguez, S. (1978 ). Estimulación temprana. Santiago: UNICEF.

Kuri, C. E. ( 1983 ). Técnicas para el aprendizaje grupal. Revista Perfiles Educativos. México, UNAM - CISE, 14 -26.

Lawson, K. R. y Turkewitz, G. ( 1980 ). Intersensory function in newborns: effects of sound on visual preferences. Child Development, 51, 1295 - 1298.

Lazorthes, G. ( 1987 ). El cerebro y la mente. México: Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología. Castell Mexicana, S. A.

Lewin, K. en Shaw, E. M. ( 1983 ). Dinámica de grupos. Barcelona: Herder.

Lubetsky, J. M. ; Mueller, L. ; Madden, K. ; Walker, R. y Len, D. (1995). Family - centered / interdisciplinary team approach to working with families of children who have mental retardation. Mental Retardation, 33, 251 - 256.

Mac Farlane, A. ; Harris, P. y Barnes, I. ( 1976 ). Central and peripheral vision in early infancy. Journal of Experimental Child Psychology, 21, 532 - 538.

Menolascino, J. F. ( 1968 ). Parents of the mentally retarded: an operational approach to diagnosis and management. Journal of American Academy of Child Psychiatry, 7, 589 - 602.

Minuchin, S. ( 1986 ). Familias y terapia familiar. (5ª ed.). Buenos Aires: Gedisa. ...

Nieto, H. M. E. (1988). Retardo del lenguaje y sugerencias pedagógicas. México: CEDIS, S. A. de C. V.

Piaget , J. (1983 ). Seis estudios de psicología. (4ª ed.)Barcelona: Teide, S. A.

Pichón Riviere (1977) .El proceso grupal, (2ª ed.). Buenos Aires: Nueva Visión.

Rheingold, L. H. (1945). Interpreting mental retardation to parents. Journal of Consulting Psychiatry, 9, 142 - 148.

Ruiz, A. ( 1981 ). El pueblo maya. México: Salvat Mexicana.

Salapatek, P.; Aslin, R. Simonson, J. y Pulos, E. (1980). Infant saccadic eye movements to visible and previously visible targets. Child Development, 51, 1090 - 1094.

Salapatek, P. ; Bechtold, A. y Busnell, E. (1976). Infant visual acuity as a function of viewing distance. Child Development, 47, 860 - 863.

Santoyo, S. R. (1982) . Algunas reflexiones sobre la coordinación en los grupos de aprendizaje. Revista de Perfiles educativos, 11, 14 - 26. México: UNAM - CISE.

Schonell, J. F. y Watts, H. B. (1956) . A first survey of the effects of a subnormal child on the family unit. American Journal of Mental Deficiency, 65, 210 - 219.

Shapiro, J. y Simonsen, D. (1994) . Educational / support group for latino families of childrens with Down syndrome. Mental Retardation, 32, 403 - 415.

Singer, S. H. G. ; Irving, K. L. y Hawkins, N. (1988). Stress management training for parents of children with several handicaps. Mental Retardation, 26, 269 - 277.

Steiner en Delval, J. (1994). El desarrollo humano. (1ª ed.). México: Siglo XXI.

Watzlawick, P. ; Bavelas, J. y Jackson, D. (1993). Teoría de la comunicación humana. Barcelona : Herder.

Weiskrantz, D. en Bralic, S. ; Haeussler, I. M.; Lira, M.I. ; Montenegro, H. y Rodríguez, S. (1978). Estimulación temprana. Santiago: UNICEF.

Zarzar, C. C. (1983). La dinámica de los grupos de aprendizaje desde un enfoque operativo. Revista Perfiles Educativos. 9. 14 - 26. México: UNAM - CISE.