



UNIVERSIDAD DEL VALLE DE MEXICO 8

Plantel Lomas Verdes 881325

CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA *2ej-*
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
NUMERO DE INCORPORACION 8813-25

"DETERMINACION DE LAS ACTITUDES
DE SOBREPOTECCION, RECHAZO Y
ACEPTACION EN PADRES HACIA SUS
HIJOS CON DEFICIENCIA MENTAL"

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
BEATRIZ ORTIZ GRAJALES

Director de Tesis: Lic. Martín René Buenfil López
Asesor de la Tesis: Lic. J. Antonio Mora Hinojosa



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

NAUCALPAN, EDO. DE MEXICO

1997



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**DETERMINACIÓN DE LAS
ACTITUDES DE
SOBREPROTECCIÓN, RECHAZO Y
ACEPTACIÓN EN PADRES HACIA
SUS HIJOS CON DEFICIENCIA
MENTAL**

AGRADECIMIENTOS

A mi Papá: Con un infinito amor y cariño, porque con su ejemplo constante de superación me enseñó que en la vida todo se puede lograr, sólo es cuestión de perseverancia, entusiasmo y fe en uno mismo.

A mi Mamá: Con un inmenso amor, que siempre me ha demostrado en todo momento, sabiendo ser un excelente madre y amiga le dedico esta tesis.

A los dos: Con todo mi amor y respeto por su apoyo, comprensión y paciencia que siempre me han brindado en todo momento de mi vida y por quienes me siento orgullosa de ser su hija.

A mis Hermanos: Juan Antonio, Rafael A. y Fernando, por esos momentos que hemos pasado juntos y por lo que cada uno representa y vale para mi.

A mis Sobrinos: María Teresa, Rafael A., Dayan Michell y Rodolfo Antonio por su alegría, ternura y amor.

Al Lic. René Martín Buenfil: De forma muy especial quiero agradecer sus valiosos comentarios y su infinita paciencia en la revisión de esta tesis.

Al Lic. J. Antonio Hinojosa: Por el apoyo que me dio a través de mi carrera, sus conocimientos, comprensión y ayuda para la realización de esta obra intelectual.

A mis Maestros: Por el conocimiento que generosamente me brindaron.

A Verónica y Enrique: Por ser excelentes amigos, brindándome siempre su amistad incondicional.

Agradezco de forma muy especial el apoyo que me dieron durante la colaboración de este trabajo que sin su ayuda hubiera sido difícil concluirlo.

A Verónica: Gracias por ser una gran amiga y por tus acertados consejos, espero que nuestra amistad, que nos une, perdure para siempre.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. Deficiencia Mental	11
1.1 Concepto De Deficiencia Mental	13
a) Un criterio psicométrico	17
b) Un criterio escolar	17
c) Un criterio social	18
1.2 Clasificación De La Deficiencia Mental	20
a) Etiológicos	20
b) Psicométrico	20
c) Adaptativo	21
d) Estructural	21
1.3 Etiología	24
1 Causas Primarias	25
a) Hereditarias	25
b) Anormalidades Cromosómicas o Genéticas	25
c) Lesión Postnatal	26
d) Predisponentes	26
2 Causas Secundarias	26
a) Lesión Cerebral Prenatal debido a factores que afectan a la madre	26
b) Lesión Perinatal Producidas Del Nacimiento (Parto)	27
A Fenómenos asociados a la Deficiencia Mental	30
1. Defectos físicos	30
2. Epilepsia	30
3. Enfermedad Psiquiátrica	30

4.-Trastorno de la Conducta	30
1.4 Manifestaciones Psicomaticas De La Deficiencia Mental	32
A) Trastornos de la Inteligencia	33
a) Test de Terman - Merrill	33
b) El Test Guestáltico Visomotor de Loretta Bender.	33
c) Test de Desarrollo Evolutivo de Gessell.....	33
d) La Escala de Inteligencia de Wechsler (Wisc).....	33
Clasificación de la Inteligencia por la O. M. S.	34
Clasificación de la Inteligencia por el D. S. M. IV.	34
A) Retraso Mental de Gravedad no Especificada	34
B)Trastornos Somatopsíquicos	35
C)Trastornos de la Comunicación Humana	36
D)Trastornos Emocionales.....	37
E) Trastornos Psicosociales.....	37
1.5 Clasificación De Formas Clínicas De La Deficiencia	
Mental	38
Deficiencia Mental Leve	38
Deficiencia Mental Moderada.....	39
Deficiencia Mental Severa o Grave.....	40
Deficiencia Mental Profunda	40
A) Porvenir del deficiente Mental.	41
a) Pronóstico de Capacidad.....	41
b) Pronóstico de Prevención.....	41
c) Pronóstico de Evolución.....	42
B)Tratamiento Integral.	42

CAPITULO II .El Deficiente Mental Y Su Familia	49
2.1 Impacto Familiar Ante El Nacimiento De Un Niño Deficiente Mental	51
Las certezas	53
Las Interrogantes	54
2.2 Los Estados Emocionales Por Los Que Atraviesan Los Padres	64
A) Choque.....	64
B) Negación.....	65
C) Culpabilidad.....	66
D) Enojo.....	67
E) Aceptación.....	68
2.3 Las Relaciones Familiares En Hogares De Hijos Con Deficiencias Mentales	70
1) Relación de Pareja de Padres de hijos Discapacitados	70
2) Relación padres e hijos	72
a)El padre y el niño especial.	73
b)El padre y el niño con un desarrollo normal.....	74
3) Relación hijo	75
a)Sentimientos.....	75
b) Comunicación	75
c) Edad de los hermanos	76
d) Relación con los parientes, amigos y la comunidad.....	77
2.4 El Rechazo Y Sus Diferentes Formas De Manifestacion	80
2.5 Estrategias De Afrontamiento	82
2.6 El Problema De Aceptacion Del Deficiente Mental	89
2.7 Etapas De Aceptacion	93
1) Período de Crisis Inicial.....	94

2) Período de "Desorganización Emocional"	94
3) Una Etapa de Ajuste o Aceptación.	95
2.8 Actitudes De Los Padres Hacia Sus Hijos Deficientes Mentales.	99
2.9 Servicios De Apoyo Y La Importancia De La Ayuda Profesional.	104
a. Modelo Educativo.....	110
b. Modelo Conductual	110
c. Modelo Médico	111
Capítulo III. Actitudes	115
3.1 Definiciones.	116
3.2 Características.	119
1) Las actitudes no son innatas	119
2) Las actitudes no son temporales	119
3) Están basadas en experiencias	120
4) Las actitudes siempre implican una relación entre sujeto-objeto .	120
5) Las actitudes pueden ser consideradas como motivadores de la conducta.....	120
6) Las actitudes son evaluaciones comparativas.....	121
7) Las actitudes se muestran como estructuras activas	121
3.3 Componentes.	122
1) Cognoscitivo	122
2) Emocional o afectivo.....	123
3) Reactivo, conductual o tendencial.....	124
3.4 Funciones.....	127
1) Adaptación.	128
2) Expresión de valores.	128
3) Conocimiento.....	128

4) Defensa del Yo	129
3.5 Propiedades.....	130
1) Dirección.....	130
2) Magnitud	130
3) Intensidad	131
4) Ambivalencia.....	131
5) Diferenciación.....	131
6) Diferenciación afectiva.....	131
7) Complejidad cognitiva.....	132
8) Externalización.....	132
9) Aislamiento	132
10) Flexibilidad.....	133
11) Conciencia	133
3.6 Medición De Las Actitudes.....	133
1.- Escalas de Thurstone	134
2.- Escala de Likert	135
3.- Escala de Guttman.....	136
4.- Escala del Diferencial Semántico	137
3.7 Las Actitudes Respecto De Los Deficientes Mentales.....	138
3.8 Actitudes Hacia La Deficiencia Mental En Mexico	141
1.- Conocimiento del Padecimiento de la Deficiencia Mental	143
2.- Detección de Deficiencia Mental en su Hijo.....	143
3.- Actitudes Familiares hacia el Hijo con Deficiencia Mental.....	143
4.- Aceptación Social del Deficiente Mental.....	143
5.- Actividades del Cuidado Personal	144
6.-Tipo de Escuela a la que Asisten sus Hijos	144

CAPÍTULO IV. Metodología	146
4.1 Tipo De Investigacion.	148
4.2 Objetivos De La Medición	149
Objetivo General de la Investigación	149
Objetivos Específicos.....	149
4.3 Planteamiento Del Problema.	150
4.4 Hipotesis.	151
4.5 Variables Y Operacionalización.	153
1) Variable Dependiente	153
2) Variable Independiente.....	153
3) Variables Extrañas	153
4.6 Instrumento	155
4.7 Muestra Y Escenario.....	156
Tipo de Muestreo.	156
Muestreo Intencionado.....	156
Escenario.	158
4.8 Diseño.....	160
4.9 Procedimiento.	162
4.10 Análisis Estadístico E Interpretación De Resultados.	163
Interpretación de Cada Reactivo de la Prueba.....	164
Tabla de Datos del Grupo Piloto.....	166
Interpretación de Datos De cada Sujeto del Grupo Piloto.	168
Interpretación de Datos. Total de cada Sujeto del Grupo Piloto, Ordenado de Menor a Mayor Puntuación.	169
Interpretación de Datos. Puntaje Inferior y Superior de cada Sujeto del Grupo Piloto.	170
Interpretación de Datos. De cada Reactivo del Grupo Piloto.	171

Interpretación de Datos. Total de cada Reactivo del Grupo Piloto, Ordenados de Menor a Mayor Puntuación.	172
Interpretación de Datos. Puntaje Inferior y Superior de cada Reactivo del Grupo Piloto.	173
Tabla de Datos del Grupo Experimental.	174
Interpretación de Datos. De Cada Sujeto del Grupo Experimental..	176
Interpretación de Datos. Total de cada Sujeto del Grupo Experimental, Ordenados de Menor a Mayor Puntuación.	177
Interpretación de Datos. Puntaje Inferior y Superior de cada Sujeto del Grupo Experimental.	178
Interpretación de Datos. De Cada Reactivo del Grupo Experimental.	179
Interpretación de Datos. Total de Reactivo del Grupo Experimental, Ordenados de Menor a Mayor Puntuación.	180
Interpretación de Datos. Puntaje Inferior y Superior de cada Reactivo del Grupo Experimental.	181
Interpretación de Datos. Tabla del Grupo Experimental.	182
Interpretación de Datos. Grupo Experimental.	183
Tabla De Datos Del Grupo Control.	184
Interpretación de Datos. De cada Sujeto del Grupo Control.	186
Interpretación de Datos. Total de cada Sujeto del Grupo Control, Ordenado de Menor a Mayor Puntuación.	187
Interpretación de Datos. Puntaje Inferior y Superior de cada Sujeto del Grupo Control.	188
Interpretación de Datos Total de cada Reactivo del Grupo Control, Ordenados de Menor a Mayor Puntuación.	189
Interpretación de datos. De cada Reactivo del Grupo Control.	190

Interpretación de datos. Puntaje Inferior y Superior de cada	
Reactivo del Grupo Control.	191
Interpretación de datos. Tabla del Grupo Control.....	192
Interpretación de datos. Grupo Control.....	193
Distribución de la Media y Media Aritmética	194
Tabla 1. Ilustración del cómputo de la mediana, el promedio	
Aritmético y la desviación estandar: Grupo Experimental.....	195
Tabla 2. Ilustración del cómputo de la mediana, el promedio	
Aritmético y la desviación estandar: Grupo Control.....	197
Fórmula de T student Grupo Experimental (superior e inferior).....	199
Fórmula de T student Grupo Control (superior e inferior).....	200
Fórmula de T student. Grupo Experimental	201
Fórmula de T student. Grupo Control	202
Fórmula de T student. Grupo Experimental	203
Fórmula de T student Grupo. Control	204
Fórmula de T student Total.....	205
Gráfica de Grupo Piloto	206
Gráfica de Grupo Experimental.....	207
Gráfica de Grupo Control.....	208
4.11 Comprobación De Hipótesis.	209
Tabla 1.....	211
Tabla 2.....	212
Tabla 3.....	212
Tabla 4.....	213
Tabla 5.....	214
Conclusiones Generales del Grupo Piloto.....	215
Conclusiones Finales.....	218

Bibliografía	225
Anexo 1	241
Anexo 2	258
Formato de Entrevista Para Padres	272
Cuestionario Socioeconómico para Padres	285
Distribución de la Muestra por Sexo, Edad y Ocupación de los Padres.....	287

INTRODUCCIÓN

La familia es la parte fundamental de la sociedad y el crecimiento de las grandes urbes ha traído consigo la deshumanización en las relaciones interpersonales, hecho que en consecuencia hace necesario fortalecer los lazos familiares.

El advenimiento de un hijo es motivo de satisfacción familiar pero cuando éste se presenta anormal, el ambiente se torna depresivo para sus progenitores que desconocen su padecimiento y aún más cuando éste es progresivo. Ningún padre desea tener un hijo deficiente. Todos desean tener hijos sanos, hermosos, inteligentes, que hagan un buen papel en la sociedad y de los que puedan sentirse orgullosos. No es raro, por lo tanto, que los padres, durante las últimas semanas del embarazo estén preocupados por como será el hijo que va a nacer, y se aflijan sobremanera si la madre da a luz a un niño deficiente mental.

El dolor de los padres suele ser muy intenso. Al principio los sentimientos de culpa, vergüenza, desesperación, y autocompasión, pueden ser abrumadores, al grado de que predomine el deseo de alejarse de sí, de la dura experiencia. En algunos casos el dolor llega al punto de desear la muerte del niño o la propia.

Si la pena de enfrentarse a la situación es intolerable los padres pueden repudiar totalmente al niño, o negarse a aceptar que tenga algo anormal o pensar que es hijo de otra persona.

Preguntas que acuden a la mente: "¿Que he hecho de malo?"; "¿Porque me paso a mí?"; "¿Cual es mi culpa?"; "¿Quizá no soy capaz de dar a luz a un niño normal?"; "¡Como quisiera nunca haberme casado!".

A la tormenta inicial puede suceder una gran tristeza, un sentimiento de desolación y aislamiento, y la nostalgia por el niño normal que si se perdió. Mientras este duelo continúa, y los padres se van conformando poco a poco a la pérdida del niño que esperaban, el hijo real "- el hijo deficiente -" está ahí en su hogar, requiriendo un cuidado adecuado.

La manera como los padres se adaptan a esta situación aparentemente desastrosa, es crucial para el bienestar futuro, no solo del deficiente sino de toda la familia.

La presencia de un niño deficiente mental en cualquier familia, causa alteraciones emocionales en los miembros que la integran.

El retraso mental y la paternidad, no tienen el mismo significado para todos los padres, aún los mismos cónyuges, pueden diferir en su forma de percibirlo. Pero de cualquier manera, el retardo mental es probablemente el primero y más importante problema familiar de efectos desilusionantes.

En la cultura como la nuestra, el significado de la paternidad es influenciada grandemente por los valores sociales, y las expectativas que los padres tienen de sus hijos.

Sin embargo, en nuestra sociedad existe una incidencia muy baja en el nacimiento de pequeños que se desarrollan con deficiencia mental; es en éste momento en que el niño tiene problemas en el desarrollo motriz, emocional e intelectual que afectan de diversas formas a la familia.

Al estar conscientes de la etiología de la conducta del niño y las consecuencias que ésta origina a la familia, se hace indispensable el conocimiento del tratamiento adecuado para la familia y para el niño.

Psicológicamente los miembros de la familia se encuentran ligados en una interdependencia mutua para el logro de una satisfacción de sus necesidades afectivas.

No es sorprendente que muchos padres tengan sentimientos ambivalentes con respecto a su hijo, es decir, que a ratos sientan amor por él, como si fuera normal, y en otros momentos vuelvan a sentirse afligidos, angustiados y hasta rechazantes. Esto se debe a que, en realidad quieren al niño, pero no aceptan sus impedimentos y sufren por ellos. Quizá tratan de resolver este problema, acudiendo de un doctor a otro, o de un hospital a otro, buscando a alguien que les ofrezca una curación milagrosa. Los padres

que sufren hondos sentimientos de culpa pueden tratar de aliviar su pena y compensar el daño hecho al pequeño inocente, de una de éstas dos maneras, condenándose a una esclavitud sin descanso en el cuidado del niño o proyectando su culpa hacia los médicos, trabajadores sociales o maestros y acusándolos airadamente de descuidos o equivocaciones.

El primer choque que sufren los padres al enterarse de los impedimentos del niño se mitigan demasiado, si la información se les proporciona de una manera delicada y comprensiva, por el medico.

Se observan diferentes reacciones en la familia; el padre cuando se encuentra identificado con su esposa no alcanza a pensar con claridad la situación después del parto, no se percata que el niño es anormal y aún algunos se niegan a admitirlo, esto en cierto grado puede ser una reacción de defensa instintiva y la madre se protege de ese daño, teniendo una conducta de autoestimación y esto puede provocar que el niño crezca sin amor materno.

La culpa paternal es a menudo más intensa cuando el infante retardado es producto de una concepción no planeada.

Por otro lado si los lazos entre las parejas no son muy fuertes, o si existen tensiones, su conducta sera desastrosa. Cada uno de ellos tiende a culpar al otro, aumentando tensiones y se niegan a tener otro hijo (se ha

detectado familias que han tenido hijos deficientes mentales) de ésta manera las recriminaciones mutuas llegan a veces a separar y a destruir a la familia.

En otras familias se observan, una conducta sobreprotectora para compensar la deficiencia de su hijo; para no proyectar abiertamente la agresión.

Pocas personas pueden afrontar que sus hijos no van a ser capaces de desenvolverse en términos normales sino que su desarrollo estará por debajo de lo normal, y esto traerá como consecuencia que la sociedad y sus miembros los rechacen, los abandonen o les den malos tratos.

Otro problema a los que se enfrentan los padres, es el no poder comunicar a los parientes, amigos y vecinos la verdad de la situación. La aceptación social se encuentra en el grupo familiar, donde el niño establecerá sus primeras y más importantes relaciones ya que cuando sea adulto su felicidad dependerá de que sea socialmente aceptado.

Con el transcurso del tiempo, muchos padres llegan a reconocer con madurez el padecimiento de su hijo y a adaptarse a éste satisfactoriamente, lo que depende en parte de sus reservas emocionales y de la ayuda que obtengan de medios profesionales y comunitarios.

Los sentimientos de aversión y no aceptación hacia el retrasado mental aún prevalece entre la mayoría, lo que desalienta a la familia para iniciar un contacto social.

De acuerdo con las consideraciones y las afirmaciones anteriores, el interés en éste estudio de tipo exploratorio, descriptivo y estadístico es con el objeto de percibir a través de la investigación cuáles han sido las actitudes de los padres hacia sus hijos deficientes mentales, de qué manera se han modificado y si han existido diferencias significativa.

A través del presente estudio se pretende encontrar cómo perciben los padres a su hijo, cómo es la interacción que existe entre ellos, cómo han reaccionado ante la minusvalía de su niño. Al mismo tiempo averiguar que esperan de él, cómo consideran que ha sido su dedicación hacia él.

Uno de mis objetivos es comprobar que la aceptación es importante para que los padres ayuden al niño a superar sus limitaciones. Así mismo también demostrar que el retraso mental en el hijo puede causar problemas entre la pareja.

Para lograr estos objetivos la investigación se divide en cuatro capítulos orientados a este propósito; y cuyo contenido se describe brevemente a continuación.

En el primer capítulo se exponen los aspectos teóricos y conceptuales más relevantes sobre la deficiencia mental, como marco en que se fundamenta el estudio. Así se empieza por exponer el concepto de deficiencia mental considerando la opinión de los principales autores en la materia y tomando en cuenta los criterios básicos. Posteriormente se hace una clasificación de la deficiencia mental destacando los grupos de factores que se consideran para tal clasificación y que son etiológicos, psicométricos, adaptativos, y estructurales. En el siguiente punto se hacen algunas consideraciones respecto a la etiología; después se hace referencia a las manifestaciones psicósomáticas de la deficiencia mental; y por último, se describe su clasificación de formas clínicas.

En el segundo capítulo se hace un análisis del deficiente mental en el ámbito familiar, lo cual es fundamental para comprender las actitudes de los padres. Así, se empieza por considerar el impacto familiar ante el nacimiento de un niño deficiente mental; en seguida se describen los estados emocionales por los que atraviesan los padres, que pueden ser de choque, de negación, de culpabilidad, de enojo y de aceptación. En el tercer apartado se analizan las relaciones familiares en hogares con hijos deficientes, que incluyen la relación de pareja, de los padres con los hijos, entre hermanos, con los parientes y con la comunidad. Posteriormente se considera el rechazo y sus diferentes formas de manifestación; para considerar después el problema de aceptación del deficiente mental, las etapas de aceptación; posteriormente se señalan las actitudes más comunes

de los padres hacia sus hijos deficientes mentales, y por último se hace referencia a los servicios de apoyo y la importancia de la ayuda profesional.

El tercer capítulo se centra en un estudio sobre las actitudes, ya que es necesario conocer sus elementos básicos para poder medirlas, centrándonos especialmente en las actitudes hacia los deficientes mentales. Los aspectos que se consideran al respecto incluyen la definición de actitudes, sus características, sus funciones, propiedades, formas de medición, y sobre todo las actitudes respecto a los deficientes mentales.

En el cuarto capítulo se desarrolla la metodología para llevar a cabo la medición de las actitudes de los padres hacia los hijos con deficiencia mental. Aquí se desarrollan los lineamientos metodológicos a seguir tales como el tipo de investigación, los objetivos de la medición, el planteamiento del problema, determinación de hipótesis, identificación de variables y operacionalización, diseño del instrumento, determinación de la muestra y escenario, diseño de la prueba, procedimiento y análisis e interpretación de los resultados.

Asimismo se presenta un anexo estadístico en el que se aplican diversas técnicas para comprobar las hipótesis, tales como la media, desviación standard y t de student.

Por último se presentan las conclusiones derivadas de la investigación.

Por último se presentan las conclusiones derivadas de la investigación.

CAPÍTULO I.

DEFICIENCIA MENTAL

La alteración del pensamiento, los cambios que afectan a la personalidad y las modificaciones de la comprensión y utilización del lenguaje constituyen algunas de las manifestaciones más comunes como consecuencia de un trastorno cerebral.

Tales trastornos han sido punto de preocupación en estudiosos y profesionales de diversas disciplinas principalmente la psicología, centrándose especialmente en la deficiencia mental y los conflictos derivados en el seno de la familia y la sociedad, como es el caso del presente estudio.

Pero para poner al deficiente mental en el ámbito familiar y social es necesario, en primera instancia, tener bien claro lo que se entiende por deficiencia mental, así como los principales trastornos derivados.

De tal manera, en el presente capítulo se exponen los aspectos generales más relevantes sobre deficiencia mental empezando por su concepto, así como su clasificación, etiología, sus manifestaciones psicosomáticas más importantes, así como la clasificación de formas clínicas de la deficiencia mental.

1.1 CONCEPTO DE DEFICIENCIA MENTAL.

El discapacitado como cualquier otra persona sujeta a limitaciones y carencias, está sufriendo las consecuencias de una serie de deficiencias colectivas. (Chetwynd, Jane. 1985) Dicha dificultades parten de la definición misma del término de "normalidad" del cual mucho se ha hablado y escrito.

El concepto ha evolucionado a lo largo de estos años y poco a poco se ha incorporado a las distintas áreas del individuo "diferente".

La definición de deficiencia mental varía según el concepto que se adopte acerca de la mente en general. La mayoría de los especialistas-psicólogos, psiquiatras y asistentes sociales-orientados hacia el diagnóstico y tratamiento de los trastornos derivados de la deficiencia mental profesa, en la actualidad, una teoría multidimensional.

Dicha teoría tiene en cuenta los aspectos psicosomáticos, las capacidades y debilidades vinculadas al desarrollo, los factores constitucionales y genéticos, el sistema constituido por la personalidad, es decir un conjunto de mecanismos cognitivos, perceptivos y afectivos y por último, ciertos determinantes psicosociales entre los que destacan las relaciones entre el hijo y sus padres, las interacciones familiares y los influjos psicosociales.

Estas consideraciones nos llevan a concluir que los conceptos de normalidad y deficiencia mental, son conceptos relativos y socialmente establecidos.

Hemos de señalar que en este contexto, no es la diferencia en sí lo que crea la desviación, sino la diferencia valorada como negativa; puesto que la normatividad y, por lo tanto, la desviación de dicha norma se define de forma social, subjetiva y variable según los diferentes contextos culturales e históricos y que no se haya en modo alguno inscrito en la persona, sino fuera de ella. (Revista del Real Patronato de Educación y Atención a Deficientes, 1985)

Como puede advertirse, existe una variedad importante de limitaciones y/o dificultades que en los diversos grupos y en cada caso, tienen distintas manifestaciones que responden a etiologías diversas. Sin embargo, se unifican en el mismo grupo, ya que presentan problemas en su rendimiento, en su estabilidad emocional, así como en su capacidad para relacionarse con su medio y participar en el mismo.

Además de ser diferentes por su naturaleza, las limitaciones suelen ser diversas por su grado, que en algunos casos, cuando es leve, no permite describir fácilmente el límite que los diferencia de aquellos que se consideran como "promedio".

La terminología aplicada a estos sujetos ha sido muy diversa. Al principio se les llamo "anormales" bajo la influencia de la clínica psiquiátrica y mas tarde, de la psicometría. Posteriormente se ensayaron otros términos menos peyorativos tales como "incapacitados, disminuidos, impedidos, atípicos, inadaptados, diferenciados, excepcionales y otros".

En algunos casos, estas denominaciones recibieron fundamentos estadísticos, sociales o psicológicos, que generalmente implican juicios de valor. Dados los problemas psicológicos que conlleva etiquetar a estas personas, se ha propuesto recientemente llamarlos "personas especiales".

El nombre de la Deficiencia Mental lo podemos considerar correctamente castizo, ya que deficiencia significa defectos o imperfecciones y mental abarca funciones cerebrales según el Diccionario de la Lengua Castellana. (García, Ramón; Pelayo y Gross, 1965).

De acuerdo a la O. M.S. el concepto de deficiencia mental se refiere a un funcionamiento intelectual por debajo de la media, que tiene su origen durante el período de desarrollo y que se asocia a la alteración de la adaptación, de la maduración o de ambos en el aprendizaje de la socialización. (De Ajuiriaguerra, J. 1983).

La Dirección General de Educación Especial, determina que un sujeto se considera deficiente mental cuando presenta una disminución

significativa y permanente en el proceso cognoscitivo, acompañada de alteraciones en la conducta adaptativa. (Memorias sobre el Primer Congreso Nacional de Deficiencia Mental, 1981)

La American Association for Mental Deficiency (A. A. M. D) señala que la deficiencia mental se refiere a un fundamento intelectual general significativamente inferior a la media, que se origina en el período de desarrollo y existe conjuntamente con un déficit de la conducta adaptativa. (Enciclopedia Temática de Educación Especial, 1986)

El DSM - IV Define el retraso mental como una capacidad intelectual general significativamente inferior al promedio que se acompaña de limitaciones significativas de la actividad adaptativa propia de por lo menos dos de las siguientes áreas de habilidades: comunicación, cuidado de sí mismo, vida doméstica, habilidades sociales, interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad. Su inicio debe de ser anterior a los 18 años de edad. (American Psychiatric Association DSM - IV, 1995)

La capacidad intelectual general se define por el coeficiente de inteligencia (C. I. o equivalente a C. I.) obteniendo una evaluación mediante uno o más test de inteligencia normalizados, administrados individualmente.

Retraso Mental: Este trastorno se caracteriza por una capacidad intelectual significativamente por debajo del promedio (un C. I. de aproximadamente 70 o inferior), con una edad de inicio anterior a los 18 años y déficits o insuficiencias concurrentes en la actividad adaptativa.

(American Psychiatric Association DSM - IV, 1995)

Para Henri Ey (1980), la deficiencia mental como toda insuficiencia del desarrollo intelectual puede definirse de varias maneras que, por otra parte se complementan. Se refiere como la mayoría de los autores a tres criterios principales:

a) Un criterio psicométrico:

Se designan con el nombre de deficiencia mental a los estados de retraso cuya edad esta comprendida entre los 7 y 10 años según la escala de Binet y Simón, y cuyo coeficiente intelectual se sitúa entre 65 y 80 (Terman - Merrill)

b) Un criterio escolar:

Es deficiente mental todo sujeto incapaz de seguir la escolaridad de los niños de su edad; retraso escolar de 2 años si tiene menos de 9

años; de 3 años si tiene mas de 9 años, con la condición de que este retraso no sea debido a una insuficiencia de escolaridad. (Binet y Simón)

c) Un criterio social:

Es deficiente mental todo sujeto capaz, en razón de su insuficiencia mental, de llevar una existencia independiente, y de llegar a su "autonomía económica".

Pero si bien es cierto que el criterio social es válido, para algunos éste depende de dos factores inminentemente variables:

- La complejidad de la vida social.
- La tolerancia de la colectividad considerada. (Ey Henri, 1960)

Como se ha podido notar la definición de deficiencia mental ha evolucionado ha través del tiempo y aún hoy en día no ha quedado totalmente estructurada, de tal forma que encierre las alteraciones de un individuo con los requerimientos especiales que este puede presentar. (Cervantes, Margarita, 1966)

En las definiciones anteriormente expuestas, se observa el diferente matiz que le dan los autores. Por ejemplo, la definición de la OMS refleja un interés por el ámbito social, en donde de acuerdo al estandar

fijado por la sociedad un individuo va ha ser aceptado o no; por otro lado, Henri trata de dar en su definición las características que presentan los deficientes mentales y pretende señalar las causas que originan este daño englobadas en grandes rasgos como una afección cerebral.

Según la AADM (Asociación Americana de Deficiencia Mental) tres condiciones que deben de estar presentes para que una persona se designe deficiente mental, éstas son:

- a) Coeficiente intelectual bajo.
- b) Deterioro de la conducta adaptativa y
- c) Que sea originada antes de la madurez.

Todas estas definiciones mencionan un deterioro en la capacidad intelectual, o bien, se refiere a la inteligencia de uno u otro modo, lo cual conlleva, por lo tanto, a una definición de ésta.

Después de revisar y analizar cada uno de los conceptos de los diferentes autores, considero que la Deficiencia Mental es una disminución significativa del funcionamiento intelectual originado durante el periodo del desarrollo y asociado a una incapacidad para la conducta adaptativa.

Esta será la que usaré en el presente estudio.

1.2. CLASIFICACION DE LA DEFICIENCIA MENTAL.

Existen numerosos modelos de clasificación de la deficiencia mental.

Los conceptos utilizados cambian según las técnicas evaluativas, que a su vez, vienen determinadas por la interpretación dada a la deficiencia. Los diferentes criterios utilizados quedan agrupados en los cuatro enfoques siguientes:

a) Etiológicos:

Basado en las causas de la deficiencia y con un carácter predominante médico - biológico. Según este criterio los discapacitados son considerados con idénticas características cuando la enfermedad es la misma.

b) Psicométrico:

Que partiendo del diagnóstico realizado con pruebas aporta, aporta un coeficiente intelectual (C.I) que se sitúa en un continuo

cuantitativo. El punto en que este continuo se corta para poder establecer grupos homogéneos depende del criterio del autor de la clasificación. De acuerdo a este criterio psicométrico los débiles con igual C. I. constituirán un grupo homogéneo.

c) Adaptativo:

Considera las conductas que las personas afectadas por la deficiencia pueden desarrollar, de una manera autónoma y que permite diversos grados de integración en la sociedad. En esta clasificación el criterio adaptativo y pedagógico cabe igual pronóstico y tratamiento para los deficientes que alcanzaron el mismo nivel de aprendizaje.

d) Estructural:

Referido a las capacidades y procesos psíquicos afectados y con la indicación de aquellos aspectos que han cursado un desarrollo normal. Este criterio fundamenta la clasificación de un estudio analítico del débil similar al del niño normal, proporcionando un perfil de sus variadas facetas (que no se limitan al simple producto de su rendimiento intelectual). Esto es, relacionando los déficits intelectuales con otros factores comportamentales y de personalidad, basados en manifestaciones que son observables en los débiles con C. I. altos, tratando de ser una psicología diferencial del deficiente mental.

Cabe destacar, que los distintos enfoques clasificados no se excluyen entre sí. En los casos individualizados, pueden reunirse varios criterios y diagnosticarse así el proceso etiológico, a la vez que se evalúa el C. I., indicando un nivel de adaptación (frecuentemente a través de un cociente social) y el nivel pedagógico (indicando los años de retraso respecto a su edad) y completándolo con una descripción de los procesos cognitivos afectados. (Santillan y Agullar M. 1989),

Actualmente se conocen diversos términos para designar la clasificación de los deficientes mentales, mismos que se basan en diferentes criterios.

A continuación se presenta un esquema, en el cual se puede apreciar cómo se han utilizado diferentes terminologías para designar y clasificar la deficiencia mental, en el primer cuadro tomando como criterio de clasificación el C.I. y en el segundo la etiología.

Terman (citado por Santillan y Agullar M. 1989) utilizando el coeficiente intelectual los clasificó de la siguiente manera:

-80 a 90 C. I. Lentitud Mental raramente asimilable a la deficiencia.

-70 a 80 C. I. Zona marginal de insuficiencia, comprendiendo, algunas veces casos de lentitud, y más a menudo casos de debilidad.

-70 C. I. Frontera inferior a la normalidad, retraso mental verdadero por debajo de lo normal.

Cuadro 1

Clasificación realizada con base al C.I.

(Coeficiente Intelectual)

C.I.	Términos usados por la AADM en 1961	Nomenclatura de la A.P.A. (*) en 1952	Terminología anterior	Clasificación educacional.
70-84	Fronterizo	Ligero	Fronterizo	Lento aprendizaje. Educables
55-69	Ligero	Moderado	Moron	Educable
40-54	Moderado	Severo	Imbécil	Entrenable
25-39	Severo	Severo	Imbécil	Entrenable
menos de 25	Profundo	Severo	Idiota	Cuidados totales

(*) A.P.A. American Psychiatric Association. "Asociación Americana de Psiquiatría "

Cuadro 2

Clasificación Realizada con base a la Etiología.

Lewis (1933)	Strauss (1939)	Kanner (1949)	Sarson y Gladwin (1959)	Términos sinónimos
Deficiencia mental patológica.	Deficiencia mental exógena.	Deficiencia absoluta.	Deficiencia mental.	Lesiones cerebrales.
Deficiencia mental subcultural.	Deficiencia mental endógena.	Deficiencia relativa.	Retardo mental	Familiar; deficiencia debida a causas inciertas.
Debilidad mental aparente o pseudodeficiencia.				

1.3 ETIOLOGÍA

Al ser la deficiencia mental la expresión clínica de una anomalía del sistema nervioso, el estudio etiológico preciso y la comprobación objetiva de las secuelas, deben de ser tomadas en cuenta con fin prioritario en orden a un pronóstico, tratamiento y consecuentemente, una adecuada prevención.

Cabe destacar que "la etiología es la parte de la medicina que investiga las causas de las enfermedades. Enfocar una aproximación a la deficiencia mental por el camino de la etiología es enfocar un determinado tipo de clasificación, en el seno del grupo de los individuos deficientes como tal, de uno respecto a otros". (Chiva, 1973)

El estudio de la etiología de la deficiencia mental esta directamente unido a la evolución de la medicina y a la evolución de las modalidades de investigaciones.

Los factores causantes de deficiencia mental son muy variados, de múltiples naturalezas. Pueden ser principalmente biológicos, sociales o una combinación de ambos.

Agrupándose de la siguiente manera:

- a) Hereditarias (genético - metabólicas)
- b) Infecciosas y Parasitarias.
- c) Tóxicas (lesiones prenatales).
- d) Traumáticas (trastornos somáticos que se presentan durante la niñez).
- e) Ambientales (de privación alimentaria, social o verbal y otro tipo de estimulaciones).

De acuerdo a esta clasificación suelen distinguirse dos tipos de causas:

1.- Causas Primarias

- a) Hereditarias. Se refiere a aquellas causas donde se observa la ascendencia, como metabolopatías congénita " enfermedad del Tay-Sachs" y otras anomalías genéticas "Esclerosis tuberosa". Aproximadamente se da el 50% de casos.
- b) Anormalidades Cromosómicas o Genéticas. Causas por mutaciones genéticas provocan cuadros de síndromes genéticos con genotipo y fenotipo alterados, como el síndrome de Down y Fenilcetonuria. Aproximadamente existe un 40% de los dos casos.

- c) Lesión Postnatal. Aproximadamente aparece en un 5% de los casos. Las causas son las infecciones y traumatismos después del nacimiento, infecciones meningoencefálicas, hipertermias (temperaturas arriba de 40 grados centígrados), traumatismos craneoencefálicos, crisis convulsivas febriles, encefalitis, desnutrición, intoxicaciones y envenenamiento con plomo.
- d) Predisponentes. Edad de la madre (menores de 18 o mayores de 35 años), factor RH, número de embarazos y abortos previos. (DSM-IV, 1996 y Hughes, Jenifer. 1984)

2. Causas Secundarias:

- a) Lesión Cerebral Prenatal debido a factores que afectan a la madre. Se refiere a infecciones de virus durante el primer trimestre del embarazo, ingestión de drogas, exagerada dosis de antibióticos durante el primer trimestre del embarazo, amenazas de aborto, radiaciones, traumatismo, toxoplasmosis, sífilis, rubeola, desnutrición, citomegalovirus y alcoholismo. Aproximadamente existe en un 30% de los casos.

b) Lesión Perinatal Producidas Del Nacimiento (Parto).

Aproximadamente aparece en un 10% de casos. Y como ejemplo son: Trabajo de parto distósico (Presentación no encefálica), mal nutrición fetal, placenta previa, circular del cordón, traumatismo sufrido durante el nacimiento, anoxia, mala aplicación de forceps, parto prolongado (después de doce horas), prematuridad, hipoxia, incompatibilidad de factor RH y estrechez pélvica.

La prevalencia del retraso mental debido a factores biológicos conocidos es muy similar entre los niños de las clases socioeconómicas altas y bajas. La edad en que se diagnostica por primera vez el retraso mental en una persona depende de la gravedad del caso y de si hay o no hay un trastorno somático con signo fenotípicos característicos. Siendo, los niños con retraso mental grave y los niños con Síndrome de Down son diagnosticados más precózmemente que aquellos otros que cursan con retraso mental leve de causa desconocida. La Deficiencia Mental es más frecuente entre los niños , que en las niñas y la proporción es 1.5:1. (American Psychiantic Association DSM - IV, 1985)

Aproximadamente un 70% de los casos de retraso mental ligero son consecuencia de una causa subcultural, en el cual el origen de la deficiencia es la combinación de una dotación genérica intelectual pobre y de la educación recibida, en la que al paciente se le priva educacional o emocionalmente. La deficiencia mental mediana se correlaciona con un nivel

social bajo, pobreza, escasez de espacio en el hogar, familias numerosas y destrucción de familia como unidad. El 30% restante de casos de retraso mental ligero presentan lesión cerebral. Los casos más graves se relacionan con una patología orgánica específica. Alrededor del 35% tienen una anomalía genética o cromosómica (la más frecuente es el síndrome de Down) y cerca del 65% han adquirido una lesión cerebral. (Hughes, 1984)

Actualmente se han estudiado algunas de las posibles causas de la deficiencia mental y de acuerdo a la AAMD se han identificado unas doscientas causas probables; no obstante, no se ha logrado establecer una relación entre las causas y el daño ocasionado ya que se ha observado que causas totalmente diferentes desembocan en cuadros bastante similares o viceversa.

Los autores clasificaban las causas de diferentes maneras debido a que utilizaban parámetros diversos. Unos daban mucha importancia al factor hereditario y afirmaban que hay familias de deficientes mentales. Alrededor de 1930 comenzaron a darse reacciones en contra de la excesiva importancia dada a la herencia, lo que ocasionó una extensa diversidad de opiniones.

Wallon (1956 citado por Genoveva F. 1990), en una revisión de 23 estudios en los cuales se hicieron cálculos aproximados del peso relativo de la herencia entre los deficientes mentales, dio valores que fluctúan entre

el 90 por 100 y el 1.7 por 100. Una tendencia notable en los estudios es el interés menor que se pone en el papel de la herencia.

Las causas genéticas que ocasionan deficiencia mental se deben a la transmisión de un gen dominante, recesivo, o bien, por varios genes.

La deficiencia mental puede resultar antes del nacimiento (prenatal), al nacimiento (perinatal), o después del nacimiento (postnatal). Los factores de orden prenatal pueden resultar de una condición anormal mientras el niño se encuentra en el útero (congénito) o transmitido por la herencia, a estas se les conoce como condiciones primarias y las que ocurren después del nacimiento se denominan secundarias.

A pesar de la complejidad y confusión concerniente a la etiología de la deficiencia mental, se conocen más de cincuenta agentes diferentes como asociados de ésta.

A continuación se exponen algunos de los fenómenos que tienen relación con la deficiencia mental; se encuentran divididos, en defectos físicos, epilepsia, enfermedades psiquiátrica y trastorno de la conducta.

A.- Fenómenos asociados a la Deficiencia Mental.

- 1.- Defectos físicos. Presentes en aproximadamente una tercera parte de los casos graves.
- 2.- Epilepsia. Existe en aproximadamente el 25% de los casos; cuando el C.I. es muy bajo esta enfermedad suele ser más frecuente, es decir, a medida que desciende el C.I. del paciente, más frecuentes serán los episodios epilépticos. Por lo general, la misma lesión cerebral es la responsable de las crisis epilépticas así como del bajo C.I.
- 3.- Enfermedad Psiquiátrica. (Snaith y James , 1979, citado por Hughes, Jennifer) Está presente en aproximadamente 10% de los pacientes, quienes muy pocas veces poseen la capacidad lingüística para describir sus síntomas psiquiátricos, por lo tanto, el psiquiatra se enfrenta a la dificultad de basarse únicamente en los trastornos conductuales para hacer el diagnóstico.
- 4.- Trastorno de la Conducta. Se encuentra presente en aproximadamente la mitad de los pacientes gravemente retrasados y a menudo la familia del enfermo solicita su admisión a un centro hospitalario. Entre sus causas se encuentran:
 - a) Una manifestación directa de la lesión cerebral subyacente .
 - b) Enfermedad psiquiátrica.

- c) Frustración causada por un ambiente aburrido o represivo.
- d) Medicación excesiva o inadecuada.

Los trastornos en la conducta pueden ser la carencia de un comportamiento deseable, del cual, el paciente es capaz, como puede ser hablar, cuidarse a sí mismo, o bien, la presencia de una conducta indeseable, tal como agresividad, hiperactividad o automutilación. (Hughes, Jenifer, 1984)

Es conveniente señalar que hay personas deficientes mentales debido a factores culturales generales, ambiente del hogar y privación ambiental externa.

Estudios realizados en Estados Unidos han mostrado que los niños privados en forma continua de la estimulación cultural presentan deficiencia mental, según criterios psicométricos.

El ambiente del hogar afecta el nivel intelectual de la persona, no obstante, no se ha podido delimitar hasta que grado influye el hogar y hasta donde la cultura.

1.4 MANIFESTACIONES PSICOSOMATICAS DE LA DEFICIENCIA MENTAL.

La sintomatología de la deficiencia mental es de una riqueza extraordinaria, y sus manifestaciones clínicas se han clasificado en la siguiente forma:

- A) Trastornos de la Inteligencia.
- B) Trastornos Somatopsíquicos.
- C) Trastornos de la Comunicación Humana.
- D) Trastornos Emocionales.
- E) Trastornos Psicosociales.

Según sea el grado de la deficiencia mental, así será el menor o mayor relieve que cobran estos diversos trastornos en sus cuadros clínicos.

A) Trastornos de Inteligencia:

Siendo una de las características primordiales de la deficiencia mental la inteligencia, sufre éstas diversas perturbaciones no solo cuantitativamente sino cualitativamente y aunque se califica a la inteligencia como resultado integral del funcionamiento cerebral se refiere :a la atención, concentración, memoria y a la imaginación, el juicio, razonamiento, el cálculo y la elaboración mental que pueden ser medidos en su nivel mental llamado Coeficiente Intelectual (C.I.) y se cuantifica con una serie de baterías de

pruebas psicológicas que se usan comunmente en las Instituciones y Escuelas de Educación Especial :

- a) Test de Terman- Merrill, según la escala de Stanford - Binet en su forma LM, en la que se evalúa el aspecto verbal, la coordinación psicomotriz, la imagen corporal, obteniendo con ello el Coeficiente Intelectual (C. I.).
- b) El Test Gestáltico Visomotor de Loretta Bender, proporciona el conocimiento del área visomotora, desde el punto de vista neuronal.
- c) Test de Desarrollo Evolutivo de Gessell, permite observar el desarrollo evolutivo en el área motriz, área adaptativa, área de lenguaje y área personal -social.
- d) La Escala de Inteligencia de Wechsler (Wisc), se divide en verbal y ejecución. La verbal califica: imaginación, comprensión, aritmética, analogías, vocabulario y retención de dígitos. Y la de Ejecución: figuras incompletas ordenación de dibujos, diseño de bloques, composición de objetos, claves y laberintos.

Entre los modelos de clasificación mayormente aceptados se encuentran : La O.M.S. estadística internacional, las americanas, Británicas, etc. Para los fines que pretendo tomaré en cuenta la clasificación

recomendada por la O.M.S. y el DSM - IV que distingue cuatro niveles de deficiencia mental.

CLASIFICACIÓN.

O.M.S. (1968)

DEFICIENCIA MENTAL	COEFICIENTE INTELECTUAL
Ligera	C. I. 50 - 70
Moderada	C. I. 35 - 50
Severa	C. I. 20 - 35
Profunda	C. I. 0 - 20

.DSM - IV (1995)

RETRASO MENTAL	COEFICIENTE INTELECTUAL
Leve	C. I. 50 - 55 Aproximadamente 70
Moderado	C. I. 35 - 40 - 50 - 55
Grave	C. I. 20 - 25 - 35 - 40
Profundo	C. I. Inferior- 20 - 25

A) Retraso Mental de Gravedad no Especificada:

Se utiliza cuando existe una clara presunción de retraso mental, pero no sera posible verificar la inteligencia del sujeto mediante los test

visuales (por ejemplo en individuos excesivamente deficitarios o no cooperadores, o en el caso de los niños pequeños.)

Este último son los niveles de gravedad señalados en el DSM - IV.

Wechsler (1955) define la Deficiencia Mental con un C. I. inferior a 69, Inferior C. I. 70 - 79 y Normal bajo C. I. 80 - 89.

El C. I. se considera como la razón entre edad mental sobre edad cronológica. (De Ajuriaguerra, 1983; Ey Henri, 1980 y Hughes, J. 1984).

Henri Ey (1980), expone que un retraso sigue estando caracterizado, y a pesar de todas las críticas del C. I., por su nivel determinado por la clínica y cifrado por los test.

B)Trastornos Somatopsíquicos:

Entre las anomalías orgánicas se encuentran las que repercuten en el daño cerebral sobre todo en los casos de DM profunda, se presentan deformaciones óseas del cráneo (macro y microencefalia, asimetría craneofaciales) del tórax, de la cadera, de los miembros superiores e inferiores.

Como trastornos psicicos del sistema digestivo, se observan nauseas y vómito, anorexia, diarreas o constipación y dolores abdominales.

Sobre el sistema cardiopulmonar, alteraciones de la respiración o del pulso. Sobre el sistema urogenital se encuentra la incontinencia de orina, enuresis y anomalías de los órganos sexuales, masturbaciones exageradas y otras alteraciones sexuales.

Entre las alteraciones de la psicomotricidad se registran movimientos anormales; Tics, temblores y convulsiones, así como parálisis, falta de movimiento, letras irregulares, trastornos del equilibrio, estación, marcha, fuerza y graves percepciones del espacio corporal.

C)Trastornos de la Comunicación Humana:

Comunicar significa hacer saber a los demás lo que uno expresa, nos comunicamos con nuestros semejantes por medio del lenguaje y a través de este con sus propios signos y símbolos.

Al referirnos en particular a los trastornos del lenguaje que por lo general se presentan en la DM son los siguientes:

Anomalías sensoriales, hipoacusia, afasia (alteraciones del lenguaje), disartría (defectos de la articulación de origen funcional o neurológico), dislexia (dificultad de adquirir el lenguaje de lecto - escritura por una perturbación cognoscitiva, perceptiva) disfocia (defectos de la voz por una perturbación del aparato de la fonación), dislalia (dificultad de la

palabra debido a una malformación o a una lesión de los órganos expuestos de la fonación, laringe, lengua, etc.), tartamudeo (desorden de la comunicación) y disgrafía (incapacidad de escribir la palabra escrita).

D)Trastornos Emocionales:

Estos se presentan en todas las categorías de la D.M. correspondiendo a alteraciones cerebrales de sueño y vigilia, afectividad y emotividad, agresividad e inhibición, todas ellas actúan en relación de la conducta.

E)Trastornos Psicosociales:

Por sus carencias personales y condiciones ambientales inadecuadas para el deficiente mental, se Angustia, sufre y vive en un mundo incomprensible, es difícil describir su pensamiento y conducta.

Su conducta puede llegar a ser insegura y agresiva aunque esto no siempre sucede; existen en ocasiones temores o miedos principalmente a la obscuridad, en otras se presentan estados de fuga del hogar y de la escuela y a veces se refugian en su mutismo y soledad, en prácticas masturbatorias, estas más frecuentes en los DM profundos. Todas estas sintomatologías a veces caen en francas manifestaciones neuróticas. (Coronado,

Guillermo Dr. 1980)

1.5 CLASIFICACIÓN DE FORMAS CLÍNICAS DE LA DEFICIENCIA MENTAL.

La deficiencia Mental se clasifica en cuatro grupos, tomando en cuenta su forma clínica, coeficiente intelectual y sintomatología:

Deficiencia Mental Leve C. I. 50 - 55 - 70 (Educables)

(Primacía del psicólogo en el equipo multidisciplinario)

Presenta:

- a) Daño Cerebral Leve.
- b) Ausencia de sintomatología somática.
- c) Hipoevolución discreta de la psicomotricidad y del lenguaje.
- d) Dificultad de movimientos finos.
- e) Perturbaciones para la idealización, la conceptualización, el juicio y la memoria.
- f) Mayores dificultades para el aprendizaje en general.
- g) Mayor dificultad para el cálculo.
- h) Perceptibles pero discretos trastornos de la comunicación humana.

- i) Problemas de conducta o hiperquinesis y a veces con agresividad.
- j) Necesitan orientación y asistencia cuando se encuentren en situación de estrés social y económico.
- k) Tienen un buen pronóstico ya que por lo general llegan a ser capaces de llevar una vida independiente. (Siempre y cuando no exista algún trastorno asociado que implique estas posibilidades).
- l) Un 85% de la población está afectada de R.M.

Deficiencia Mental Moderada CI 35 - 40 - 50 - 55 (Entrenables)

(Primacía del médico, psicólogo o maestro)

Presenta:

- a) Daño cerebral acentuado, focal o generalizada (E. E. G.).
- b) Trastornos somáticos más notables que en el grupo anterior.
- c) Trastornos notables en la comunicación humana.
- d) Trastornos emocionales variables y a veces serios.
- e) Trastornos psicosociales acentuados y rebeldes.
- f) Complicaciones múltiples diversas (epilepsia)
- g) Dificultades para su incorporación social.
- h) Un 10% de la población afectada.

Deficiencia Mental Severa o Grave CI 20 - 25 - 35 - 40

(Entrenables).

(Primacía del médico, psicólogo y maestro)

Presenta:

- a) Daño Cerebral Grave.
- b) Sintomatología más acentuada que el grupo anterior.
- c) Mayores problemas de la comunicación humana.
- d) Pueden cubrir sus necesidades primarias.
- e) Dificultad para bastarse a sí mismo.
- f) Dificil incorporación social, pero pueden desempeñar trabajos en talleres protegidos.
- g) Un 3 o 4% de la población afectada.

Deficiencia Mental Profunda C. I. Inferior - 20 - 25 (De Custodia)

(Primacía del médico en el equipo multidisciplinario)

Presenta:

- a) Graves y generalizadas lesiones cerebrales.
- b) Serios y graves problemas somáticos (deformaciones óseas, musculares y sensoriales, etc.).

- c) Graves trastornos de la comunicación como ausencia a veces de lenguaje.
- d) No puede satisfacer necesidades primarias.
- e) Incapacidad para bastarse a sí mismo.
- f) Insignificantes posibilidades de adaptación social.
- g) 1% o 2% de la población afectada. (American Psychiatric Association DSM - IV, 1995 y Coronado, G. 1980).

A) Porvenir del deficiente Mental.

Este pronóstico comprende tres partes:

- a) Pronóstico de Capacidad: Consiste en determinar en lo posible, las condiciones biológicas y humanas en que se encuentra el D.M., según sus carencias o posibilidades, haciendo un resumen de cada una de sus condiciones positivas, para conocer su estado físico, psicológico y saber con que recursos cuenta para enfrentarse a la vida.
- b) Pronóstico de Prevención: Consiste en conocer cuales serán aquellas carencias que pueden fallar más en el desarrollo de tales capacidades limitadas con los que cuenta a fin de tomar las medidas pertinentes para tratar de evitarlas.

- c) Pronóstico de Evolución: Consiste en tratar de vislumbrar a largo plazo su futuro, dadas esas carencias y limitaciones; y sus escasas capacidades y potencialidades, para lograr su incorporación a la sociedad.

B.Tratamiento Integral:

Con la intervención del grupo profesional y del equipo multidisciplinario, se hará una síntesis de los aspectos médico - psicológico y pedagógico y se formulará:

- 1.- La valoración cuantitativa de todas las posibilidades de D. M.
- 2.- Se aplicará debida y oportunamente las medidas terapéuticas en su conjunto capitalizando al máximo sus capacidades a través de toda su evolución.
- 3.- Se aprovechará sucesivamente los patrones favorables, familiares y socio - económico - culturales en la mejor forma posible.

- 4.- Con todos estos elementos coordinados metodológicamente, se le preparará para la lucha por la vida, integrándolo a la sociedad. (Coronado, Guillermo, 1980)

A continuación se enunciarán algunas características del deficiente mental, tomadas y adaptadas del "President's Panel on Mental Retardation, (1963)."

EDAD CRONOLOGICA: 0 a 5 años.

CRITERIO OBSERVADO: Madurez y Desarrollo.

DEFICIENTE MENTAL LIGERO.

A menudo no puede ser detectado como, deficiente mental, es lento en caminar, come solo y habla.

DEFICIENTE MENTAL MODERADO.

Desarrollo lento apreciado en la motricidad y en el lenguaje. Responde al entrenamiento de cuidados personales.

DEFICIENTE MENTAL SEVERO.

Retraso marcado en el desarrollo motor, muy poca o ninguna comunicación. Puede responder al entrenamiento de cuidados personales básicos.

DEFICIENTE MENTAL PROFUNDO.

Retraso pronunciado. Capacidad mínima para el funcionamiento sensorial. Necesita cuidados como un bebé.

EDAD CRONOLÓGICA: 6 a 21 años.

CRITERIO OBSERVADO: Entrenamiento y Educación.

DEFICIENTE MENTAL LIGERO.

Puede llegar a adquirir conocimientos prácticos. Lectura y aritmética a un nivel de tercer a un sexto grado con educación especial. Puede ser guiado hacia la conformidad social.

DEFICIENTE MENTAL MODERADO.

Puede aprender la comunicación simple, los cuidados de la salud y los hábitos de seguridad elementales. Simples conocimientos prácticos. No progresa en lectura o aritmética.

DEFICIENTE MENTAL SEVERO.

Tiene alguna comprensión del lenguaje y emite algunas respuestas. Puede sacar beneficios de un entrenamiento sistemático de los hábitos cotidianos.

DEFICIENTE MENTAL PROFUNDO.

Retraso obvio en todas las áreas del desarrollo. Muestras respuestas básicas emocionales. Puede responder a un entrenamiento especializado centrado en el uso de piernas, manos y rodillas. Necesita supervisión.

***EDAD CRONOLOGICA:* ADULTO.**

CRITERIO OBSERVADO: Adaptación social y Vocacional.

DEFICIENTE MENTAL LIGERO.

Puede adquirir habilidades sociales y vocacionales adecuadas para mantenerse por sí mismo. Puede necesitar asesoría ocasionalmente y soporte terapéutico cuando se encuentra bajo una fuerte tensión, como en las situaciones de dificultad económica y social.

DEFICIENTE MENTAL MODERADO.

Puede realizar labores simples bajo protección. Participa en actividades recreativas simples. Viaja solo por lugares familiares. Generalmente es incapaz de mantenerse por sí solo.

DEFICIENTE MENTAL SEVERO.

Se puede conformar a las rutinas diarias y a las actividades repetitivas. Necesita dirección continua y supervisión en medios de protección.

DEFICIENTE MENTAL PROFUNDO.

Puede caminar, necesita cuidados de alimentación. Tiene un lenguaje primitivo. Se beneficia de las actividades físicas. Incapaz de mantenerse solo.

SIN IMPORTAR EDAD CRONOLOGICA.

CRITERIO OBSERVADO: Factores ambientales que contribuyen a la deficiencia mental.

DEFICIENTE MENTAL LIGERO.

Carencia de diagnóstico temprano.

Ausencia de ciertas experiencias necesarias al desarrollo durante la temprana edad.

Salud y dieta pobres.

Educación deficiente.

Carencia de entrenamiento vocacional.

Estímulo inadecuado de los padres hacia la escuela.

DEFICIENTE MENTAL MODERADO.

Mala salud de la madre.

Carencia de cuidados prenatales.

Insuficientes cuidados médicos durante el nacimiento.

Insuficientes cuidados pediátricos durante las enfermedades de la infancia .

DEFICIENTE MENTAL SEVERO.

Insuficiente educación de los padres concerniente a métodos de crianza de sus hijos deficientes. Carencia de instituciones especializadas que pongan el acento en el desarrollo del niño.

DEFICIENTE MENTAL PROFUNDO.

Carencia de conocimientos pertinentes a las prácticas de crianza de niños.

Insuficiente acceso a los servicios especializados de las clínicas, hospitales y escuelas.

Fallos en la aplicación de medidas correctivas.

Alta incidencia de accidentes.

Nota: El sistema actual de educación especial utiliza la división entre los educables (capaces de aprehender los rudimientos de las habilidades académicas) y los adiestrables (capaces de adquirir sólo hábitos sociales básicos). Las características generales del grupo de retrasados, sobre todo cuando padecen lesión cerebral, incluyen rigidez y concretismo del pensamiento, distraibilidad y poca motivación.

Como se puede observar, las manifestaciones conductuales en los deficientes mentales varían de acuerdo con el nivel de la deficiencia, pero en general incluye una gran diversidad de trastornos que pueden ser psiconeuróticos, de personalidad y psicóticos, y en cualquier caso las

interacciones familiares y sociales son determinantes, por lo que este aspecto merece especial atención, lo cual se hará en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO II.

EL DEFICIENTE MENTAL Y SU FAMILIA.

Las teorías actuales relativas al diagnóstico y tratamiento de la deficiencia mental destacan la importancia de las relaciones padres - hijos, y los procesos intrafamiliares, sin olvidar por ello los factores genéticos y constitucionales que generan la deficiencia o tienden a reforzarla.

De tal manera, después de haber visto los aspectos generales sobre la deficiencia mental, es necesario considerar este fenómeno en el entorno familiar. Así en este capítulo se presenta un estudio referente al deficiente mental y a su familia. Primeramente se hace referencia al impacto familiar ante el nacimiento de un niño deficiente mental; así mismo se consideran aspectos tales como los estados emocionales por los que atraviesan los padres; las relaciones familiares en hogares de hijos con deficiencias mentales; el rechazo y sus diferentes formas de manifestación las estrategias de afrontamiento; las etapas de aceptación; las actitudes de los padres hacia sus hijos deficientes mentales; así como los servicios de apoyo y la importancia de la ayuda profesional.

2.1. IMPACTO FAMILIAR ANTE EL NACIMIENTO DE UN NIÑO DEFICIENTE MENTAL.

Siendo la familia la unidad básica de desarrollo y experiencia, de realización y fracaso, es también la unidad básica de la enfermedad y la salud. Es una unidad flexible que se adapta sutilmente a las influencias que actúan sobre ella, tanto desde dentro como desde fuera. (Ackerman, N. W. 1971)

El significado del nacimiento de un hijo varía notablemente de un matrimonio a otro, ya que cada familia tiene su propia historia, un sistema de valores personal, modos de relación únicos con lo que le rodea, sus vinculaciones religiosas y sus tradiciones, aspectos que hacen de ella una microsociedad original; sin embargo, algunas de las necesidades y expectativas de los padres que esperan un hijo son tan comunes que puede decirse casi universales.

Cuando se espera la llegada de un hijo, los futuros padres, durante el tiempo que dura la gestación, empiezan a formar un mundo imaginario donde se formulan infinidad de preguntas referentes a lo que esperan de ese hijo, un hijo que deberá cumplir unos deseos, unas expectativas, que llegará a ser lo que ellos no fueron, o a satisfacer unos deseos que en ellos no se cumplieron. Stephen Ken (1978, citado por Ackerman N. W. 1971), menciona lo siguiente al respecto:

Los padres esperan un hijo normal. La imagen que la pareja se forma de un hijo es siempre ideal: un niño sin defectos, normal y sano; basan sus planes en dicho ideal; tales expectativas inevitablemente se modifican cuando la imagen mental se transforma en realidad.

Los padres quieren realizarse creativamente; el nacimiento de un niño no solo es la creación de un nuevo ser, sino que puede decirse en un sentido muy real, que los padres se "reproducen" a sí mismo cuando traen un hijo al mundo. El tener un hijo sano inspira un sentimiento de virilidad en el hombre; el padre piensa en él como un ser en el que pudiera reflejarse, pero a la vez dotado de lo que tiene consciencia de que carece. En la mujer significa un sentimiento de plenitud experimentando toda una variedad de sentimientos y motivaciones, con ideas de tenerlo por el niño mismo o si resulta de la necesidad de utilizarlo como un medio de mantener la unión de la familia y su estatus "de madre de familia", tan gratificado por la sociedad.

Los padres esperan descendencia. El sentimiento de continuidad personal y orgullo que este produce, contribuyen a configurar el significado del nacimiento que esperan. (Ingebourg, Thomae, 1979, Polanco, G. Lilla, 1983, De Fuentes, Reyes M. 1986; Rey, Andre, 1986; Hall, W. Cally, 1984; Zaragoza, M.R.,s/f).

Cuando esto no sucede, no importa por que razón, se experimenta un sentimiento de pérdida de las expectativas, tanto de la familia como tal, como de aquellas deseadas y esperadas para el niño, llevándose a cabo

una modificación profunda de toda la estructura de la familia, transformación que a su vez influye en el equilibrio psíquico y emocional de todos los miembros del grupo, repercute en la persona deficiente y modifica igualmente las relaciones entre la familia y el resto del mundo; y por consiguiente la guía a la crisis, enfrentándola a situaciones diversas de gran tensión, incluyendo su conducta y actividades, modificando sus patrones de interacción, percepción y adaptación; aspectos que están determinados por la presencia de estos tres factores:

1. La severidad de la incapacidad.
2. La cantidad y calidad del apoyo dentro de la familia nuclear.
3. El apoyo recibido de fuentes externas. (Consejo Nacional de Rehabilitación y

Educación Especial. Febrero 1984; Bardie, Jane, 1981; West. A. Margaret, s/f; Rojas. J. L., 1987; Sargent, John. 1993; Chiva, M., 1973; Cavanagh, Joy, 1985; Friedrich, William N. 1981)

La Confederación en Pro de la persona con Discapacidad Mental, señala que, en muchas ocasiones el peso de la realidad es grave, ya que los padres de los niños deficientes no tienen una consciencia disminuida, sino más bien tienen certezas y una cantidad considerable de interrogantes.

Las certezas:

- El hecho de tener un hijo incapacitado que constituye un problema familiar.

- En la pareja puede ser la fuente de su problema.
- En la familia: es un condicionante.
- El hecho de que la vida media se alarga y por tanto, la de los minusválidos también y que muchos de ellos llegan a la edad adulta siendo incapacitados y hasta ahora la situación de estos individuos ha sido precaria y el trato que han recibido de la sociedad puede calificarse como cruel.

Las Interrogantes:

- Respecto al diagnóstico y a las motivaciones de la invalidez.
- Respecto a las actitudes personales: ¿Qué hacer?
- Sobre todo, respecto al futuro de su hijo. (García de Dios, J. M. S/F)

Meenolassino y Wolffensberger (citado en Thomas H. y Peggy A. O. 1985), opinan que hay tres razones por las que el ciclo vital familiar se ve alterado ante el nacimiento de un niño incapacitado:

- a) La crisis de lo inesperado.
 - b) La crisis de los valores inesperados.
 - c) La crisis de la realidad.
- a) El nacimiento de un niño deficiente es un cambio sustancial, no previsto en la propia vida y en el concepto de sí mismo, por lo que, no

es tanto el rechazo al problema, sino al cambio que ocurre en la propia vida y en el concepto que se tiene de sí mismo.

- b) Los seres humanos se han desarrollado con la idea de que la competencia y el triunfo son esenciales en la vida; por consiguiente los padres se ven obligados a querer y a aceptar a una persona que no reúne estos valores y ocasionalmente percibiéndolo como un sujeto gravemente dañado, apático y dócil, siendo insensiblemente apartado de la realidad tratando de no compararlo con otros niños pero haciendo de él una persona aparte, un espécimen humano que no tiene puntos comunes con sus semejantes y marginándolo, por lo tanto, de la independencia que merece y puede alcanzar, lo que limita, sus posibilidades de desarrollo.

- c) A los padres del niño incapacitado se les presentan problemas psicológicos y emocionales que antes no tenían y que son la respuesta interna a los cambios de la vida diaria, tales como: un aumento en las exigencias financieras; cambios en los patrones habituales de sueño, comida, actividades de la vida diaria, sociales y recreativas alteradas y exigencias mayores de tiempo disponible para relacionarse y educar a los otros hijos de la familia; así como la necesidad de buscar y algunas veces de emigrar a lugares donde se les brinden servicios de atención especializada. (Rey Andre. 1986; Hall, W. C. 1984; West, A. Margaret, s/f; Rojas, J.L. 1987 y Wishart, M.C. 1981).

El nacimiento de un hijo deficiente mental crea un desequilibrio familiar, los padres representan un espectro total de variaciones en las reacciones, propias de la personalidad humana. Muchos padres reaccionan con cierto grado de desorganización emocional pero la intensidad y calidad de sus reacciones varían en medida considerable.

Los padres suelen advertir tardíamente la deficiencia de estos niños, especialmente si es una deficiencia leve. El médico, en algunos casos, conoce posteriormente al nacimiento, si el niño no se desarrollará mentalmente de una manera normal, debido a patrones establecidos de conducta de los niños normales. Algunos casos muestran que los padres consultan al médico por motivos que no están relacionados con el bajo nivel mental, sino por problemas circunstanciales o aledaños, como la lentitud del crecimiento o la marcha (caminar), el retraso en el habla o trastornos de conducta, como inestabilidad emocional, como irritabilidad y apatía, entre otros.

Al saber los padres que su hijo tiene una deficiencia mental produce un "golpe" muy duro, pues no es fácil enfrentarse con una situación de este género.

El impacto sobre la dinámica familiar de un amplio rango de condiciones incapacitantes, han sido examinados por diversos autores,

quienes han vislumbrado el efecto de las incapacidades específicas. Sin embargo, la investigación concerniente a familias con niños deficientes a menudo ha producido inconsistencias, y a su vez, hallazgos contradictorios. Por ello, no se puede abordar este problema en forma válida sin una metodología estricta, la cual desgraciadamente está ausente de muchos estudios, puesto que han manejado un enfoque estrecho, situación que resulta en estudios unidimensionales (enfocándose sobre un miembro específico de la familia y/o una variable específica) y unimodales (usando solamente un tipo de medición: cuestionario, entrevista, escalas de clasificación u observaciones conductuales).

La tendencia a aislar conceptualmente al individuo de su familia torna virtualmente imposible la predicción del curso de la enfermedad. La unidad de predicción adecuada no puede ser la persona sola, sino que debe ser la persona y el ambiente familiar como una unidad integrada.

El equilibrio dinámico del individuo y el grupo influye en la precipitación de la enfermedad, su curso, la posibilidad de la rehabilitación y el riesgo de recaída. Y sin embargo, la gran importancia de la experiencia familiar cotidiana es ignorada en la práctica corriente.

La naturaleza unidimensional de la investigación, es caracterizada en su mayoría por enfocarse sobre un miembro individual de la familia,

usualmente las madres, olvidando que la familia es un sistema o unidad y por lo tanto, la principal fuente y fuerza para el desarrollo del niño.

Cleveland (1978), Johnston (1978), Schell (1981), Bardie (1981), Crnic (1983), Throout (1983), Sargent (1983), concuerdan en que el nacimiento de un niño deficiente irrumpe el ciclo normal del funcionamiento psicológico y emocional de la familia; en contraposición a ésta postura, Wishart et. al. (1981) y Watson (1979), sugieren que la presencia de un niño minusválido en la unidad familiar no tiene un efecto sustancial sobre la vida en familia.

Bardie (1981), explica que la irrupción del ciclo vital familiar es debida a que el nacimiento de un pequeño en estas condiciones, significa un sentimiento de pérdida de las expectativas familiares tanto individuales como de grupo.

Johnston (1978), Bardie (1981), Beckman (1983), Crnic (1983), Friedrich y Friedrich (1981), Kazak (1984), Cavanagh (1985), Chetwynd (1985) y Eden Piercy (1986), encontraron la presencia de gran tensión asociada a diversas crisis en la interacción diaria con el niño deficiente, así como en la transición de la vida inherente al proceso de desarrollo, conlleva a la consideración de una hipótesis de reacción de estres.

Oltzman (1977), Friedrich (1981), Crnic (1983), y Cavanagh (1985) , percibieron que cada tensión de vida y sus consiguientes cambios se relacionan significativamente con problemas en el funcionamiento emocional y de personalidad de los padres.

Wright (1985), en contraste, refiere que los padres de los niños incapacitados no están más propensos a tener problemas que aquellos padres que no tienen un hijo en estas condiciones.

Las irregularidades encontradas en los estudios de familias con niños deficientes no solamente reflejan la variabilidad en la cualidad del trabajo, sino posiblemente, considera también variaciones individuales entre las respuestas familiares.

Beckman (1983), Bardie (1981), Crnic (1983),Friedrich (1985) señalan que la respuesta familiar varía enormemente de acuerdo a las formas en que manejan su problemática.

Por otro lado, el primer derecho en cuanto a la información es, naturalmente, el derecho a saber y comprender lo que pasa en la propia familia.

Al principio la mayoría de los padres con hijos deficientes no saben nada sobre dicha condición, por ello, el impacto al saber la noticia por

el médico y el choque emocional que reciben los padres acerca de la situación incapacitante de su hijo, es un sacudimiento total que tiene en ese momento y después, profundas y a veces definitivas consecuencias. Es por ello que reviste importancia fundamental la forma y el fondo, la manera de proporcionar a los padres, las tristes nuevas sobre la condición de su hijo.

Son habitualmente el médico y el personal que atiende tanto a la madre como al niño después del nacimiento quienes son los transmisores de la noticia, y cuya carencia de información y de ignorancia los lleva a proporcionar lo sucedido en forma pesimista.

Teniendo en cuenta la situación emocional de los padres, es de vital importancia que el informador prepare psicológicamente a los progenitores tomando en cuenta lo siguiente:

- El diagnóstico debe de ser realista, sin perder de vista las condiciones emocionales de la pareja, así como sus posibles reacciones positivas y negativas.
- Los padres deben de saber que es tiempo de luchar incansablemente y de trabajar por ese ser, ya que el tiempo es corto y limitado, y el desarrollo evolutivo del niño se pone en marcha.
- El apoyo y orientación es indispensable para preservar su salud física y mental, así como, la de los demás miembros de la familia.

- Cada niño requiere de un programa adecuado a su edad y condiciones específicas. Programa que debe de ser aplicado en el hogar, siendo supervisado periódicamente por personal especializado.

- Utilizar lenguaje sencillo. y claro.

- Hacer incapié en que el progreso y logro son lentos, es por eso la importancia de que sean atendidos lo más pronto posible y de que los padres se preparen para ello.

- Señalar a los padres lo importante y determinante de la constancia en el tratamiento, para el logro de una mejor evolución.

- Hacer ver la responsabilidad e importancia del trato adecuado que deben dar a su hijo, ya que la afectividad juega en los primeros años del niño un papel esencial en su desarrollo.

A este respecto conviene distinguir responsabilidad y dedicación, conceptos que en la práctica se confunden a menudo. Un padre no es más responsable porque dedica más tiempo a su hijo o porque lo protege en exceso. Un proteccionismo mal entendido puede ser, en sus consecuencias, casi tan irresponsable como el abandono.

- Los padres deberán buscar la experiencia de otros con problemas semejantes y aprovecharlos para evitar recorrer caminos inútiles.

- No crear expectativas basadas en optimismos desaforados que van a provocar posteriormente angustia y frustración.

- Señalar que en muchas ocasiones se producen rechazos familiares hacia el deficiente porque no existen las soluciones necesarias. Otras veces esa misma falta de soluciones hace que toda la familia esté centrada en él discapacitado, siendo por ello preciso conseguir una postura intermedia que evite el que la familia se ubique en uno u otro sentido.

- Percatarse de los mecanismos de defensa que se están utilizando y juzgar si realmente están sirviendo o sólo los están desviando de la realidad.

- Nunca debe acercarse un profesional con prejuicios a una familia que tiene un miembro con necesidades especiales, siendo indispensable que reúna el mayor número de datos que le conciernen. Aparte del diagnóstico médico, el profesional debe conocer los siguientes elementos:

- 1.- Situación familiar.
- 2.- Origen social de los padres.
- 3.- Edades.
- 4.- Esperanzas e ilusiones antes del nacimiento.
- 5.- Hábitos de vida.
- 6.- Tipos de Hábitat, etc.

Estas referencias deben de ser completas posteriormente por los profesionales a cargo del caso, a través de observaciones del comportamiento del niño en diversas circunstancias, por ejemplos juegos, cuando hay cambios de ambientes, de costumbres, etc. (Ingebourg, 1979; Garcia de

Dios, s/f; Kalsson, K. E. 1961; Carr, 1979 y Parks, 1977).

Como es comprensible, el informador inicial influye determinadamente en las reacciones tomadas por la familia, las cuales dependerán de su preparación, la manera como lo informa y qué esperanzas futuras les manifiesta acerca de las posibilidades de su hijo. Por lo tanto, parte de la aceptación familiar dependerá:

- a) Del Informador.
- b) Del manejo de la Información.
- c) De la orientación sobre el trato y atención adecuados que deben dar a su hijo deficiente. (Polanco, G. 1983).

Es por esto, que los padres poco preparados y mal informados tendrán más dificultades para aceptar el hecho de tener un hijo minusválido y tratarán de negar esta realidad. (Ingebourg, 1979).

Dado que los miembros de la familia están interrelacionados en forma recíproca y directa, cualquier conducta o cambio en uno de los individuos reverbera en todos y afectará el sistema tanto al nivel individual como a nivel grupal. Por ello, cualquier cambio sea positivo o negativo es siempre una fuente de tensión que irrumpe los patrones de interacción y confronta por consecuencia, la homeostasis familiar, cuya finalidad de operación es el tratar de dar un sentido de orden, balance y continuidad a la vida familiar.

2.2. LOS ESTADOS EMOCIONALES POR LOS QUE ATRAVIESAN LOS PADRES.

Los estados emocionales por los que atraviesan los padres del deficiente mental dependen de una multitud de factores que entran todos ellos en juego y varían según el paso del tiempo.

Cuando mayores sean las reacciones negativas emocionales de los padres hacia el niño, tanto más difícil será que el niño alcance el nivel de madurez que le corresponde lograr. Las reacciones de los padres son importantes no solo para el bienestar del niño, sino también lo son para el bienestar de los padres mismos y de la célula familiar completa.

Es natural y frecuente que los padres experimenten sentimientos conflictivos cuando descubren que su hijo o hija presenta un problema de deficiencia y / o de desarrollo. Estos sentimientos cambian y evolucionan con el paso del tiempo y a medida que las situaciones varían. Algunos de los sentimientos que han experimentado los padres son:

- A) **Choque.** Tener un hijo con una incapacidad es un fuerte golpe que por lo general implica una reacción de "choque".
Se trata de un sentimiento de indiferencia en el que los padres escuchan las palabras, saben lo que quieren decir, pero en realidad

no sienten nada; es como si ellos se encontrarán flotando, suspendidos. Esta etapa puede ser muy breve o prolongarse. Algunos padres descubren que su hijo no es normal inmediatamente después del nacimiento; puede ser que el niño se encuentre en una incubadora, y lo único que se puede hacer es rezar para que viva; tal vez el bebé tenga un daño físico o quizás el doctor diga que el pequeño tiene una anomalía genética, por ejemplo el Síndrome de Down. Hay ocasiones en que otras condiciones no son tan evidentes a la hora del nacimiento y pueden causar un choque si la persona no las está esperando. Para otros padres, el primer indicio de que su hijo tiene una incapacidad de aprendizaje, puede ser una nota del maestro en donde les aconseja que es necesario someter al niño a exámenes para determinar si tiene algún problema. Para algunos padres el sentimiento que experimentan puede ser ligero y algunos sientan alivio porque no estaban siendo sobreprotectores.

- B) **Negación.** Otras de las reacciones típicas que experimentan los padres es negar que existe el problema. Agregando que "sólo está cansado", "es su manera de ser" y "ya se le pasará", son manifestaciones de escape que algunos padres experimentan cuando no quieren aceptar que su hijo tiene alguna incapacidad. Niegan que exista un problema, porque no pueden afrontar que su hijo no sea perfecto. Algunas veces uno de los padres continúa negando que el niño tiene un problema y en este caso, es frecuente que el otro padre

lleve al pequeño a evaluar, para determinar si realmente existe un problema; una vez que éste se identifica, es uno de los dos quien se encargará de llevarlo a su terapia. Para los padres puede ser difícil enfrentarse solos a ésta situación, pero el niño esta recibiendo la terapia y esto es lo más importante.

La reacción de negación, es común ante un estado de ansiedad provocado por la deficiencia mental de su hijo. Es utilizado el mecanismo de defensa llamado negación frente a la situación de ansiedad. Estas reacciones - (rechazo), disfrazo - no deben ser considerados como planeadas por los padres o como esfuerzos conscientes para evitar la situación, sino al contrario deben ser vistas como reacciones inconscientes y automáticas de una situación que genera angustia y desesperación, provocando mecanismos de defensa.

- C) **Culpabilidad.**- Entre los estados emocionales comunes, se encuentran los sentimientos de culpabilidad de los padres, pues creen que durante su vida han realizado alguna mala acción y en castigo ha nacido un deficiente mental. Se ve, por lo tanto, que a mayor sentimiento de culpabilidad mayores serán las dificultades del padre para aceptar a su hijo. La culpabilidad es uno de los sentimientos que pueden ser contraproducentes debido a que les quita a los padres y a sus hijos, un valioso tiempo, además de agotarlos emocionalmente. Uno de los pasos es transferir la culpa a alguien, se culpa a la esposa

o al esposo o al médico, a otros miembros de la familia, etc. En estos momentos, los esposos necesitan apoyo mutuo; sin embargo, en vez de ayudarse, se culpan uno al otro. En algunos casos, los padres no pudieron librarse de ese ciclo de inculpación y culpabilidad; ahora, están divorciados. Muchas otras parejas se dieron cuenta de que sólo estaban "golpeándose" verbalmente y se propusieron hacer a un lado la culpa y el daño, no fue fácil ayudarse y apoyarse mutuamente, pero las parejas que aprendieron a hacerlo todavía están juntas, ayudándose y ayudando a su hijo. Algunas veces, la esposa se siente desalentada y el esposo es el que le infunde ánimos. Otras el esposo se siente consternado por su destino y la esposa es quien le proporciona el apoyo que necesita. El dar y recibir es esencial para la relación. La culpabilidad es la base de la sobreprotección, y esta se basa en el sentimiento profundo y arraigado de que el padre es el culpable del problema y esto impide el desarrollo del niño.

- D) **Enojo.**- Se refiere al desequilibrio emocional de los padres, frecuentemente inconsciente y por lo general, el padre trata de adoptar una disciplina rígida y exige un entrenamiento severo creyendo que esto ayudará a su hijo, lo que no se ve es que está conduciéndolo a un desarrollo con múltiples problemas emocionales. Estos sentimientos de ira tienen como finalidad generar energía para actuar. Se puede poner fin a ese enojo encauzándolo constructivamente para hacer algo útil, como canalizando su energía

para ayudar a sus hijos y a otros niños incapacitados. No sabemos porque el 20% de los bebés que nacen de madres que contrajeron sarampión durante los tres primeros meses del embarazo, tienen anomalías congénitas. No entendemos porque algunos defectos genéticos se presentan en forma espontánea; no sabemos exactamente porque le acaecieron a su hijo. Simplemente sucedió. Es difícil de admitir, pero tiene que aceptarse para poder seguir adelante.

- E) **Aceptación.**- Esto no significa que las cosas tengan que gustar tal como son; significa aceptar al hijo como él es, con todo sus defectos e incapacidades. Además es importante aceptar que tal vez nunca será capaz de hacer todas las cosas que un niño que se desarrolla normalmente puede hacer. No obstante, los padres deben ayudar a su hijo a superar los problemas que se le presenten. Tal vez no llegue a ser perfecto, pero puede alcanzar cierto éxito si seleccionan las metas adecuadas y le proporcionan la educación y el estímulo que necesite, para lograr que sean independientes y vivan una vida plena y provechosa. (Barbaranne, J. Benjamin. 1992)

Los padres que aceptan la deficiencia mental se consideran como constructivos y adaptados a la realidad. Conocen y aceptan con madurez la realidad de la deficiencia en el niño.

Reconoce que el niño tiene derecho a su propia identidad como individuo y debe ser respetada, comenzando por querer al niño tal como él es.

Los padres hacen frente a las ansiedades objetivas de una forma más racional y menos emotiva.

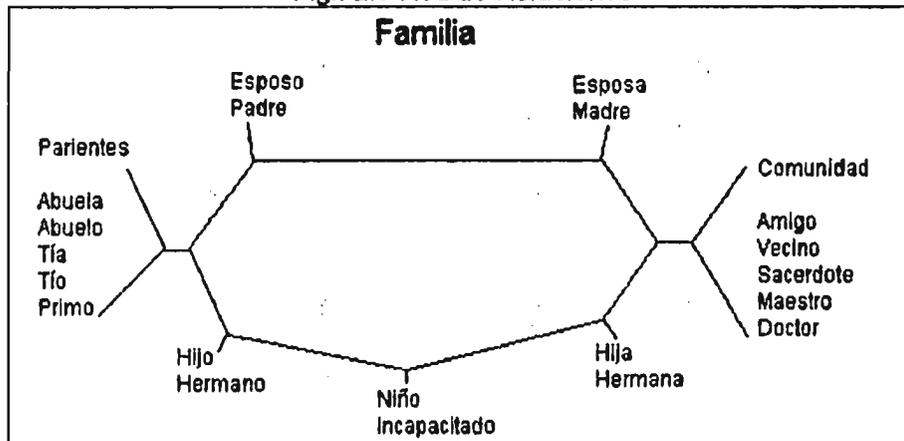
Todos los seres humanos presentan ansiedad frente a los problemas, mas la manera de darle solución es diferente. Los padres de los deficientes mentales que adoptan una reacción positiva emocional se caracterizan, como anteriormente se mencionó, por la aceptación de la situación real; esta aceptación no es fácil y depende de la madurez psicológica y de la orientación recibida. La aceptación de la situación completa no es solamente de carácter lógico o racional, esta aceptación implica además el factor emocional.

Esta aceptación, de la cual ya se ha hablado, conduce a beneficiar a los padres y al niño puesto que: el niño logra adquirir mayor seguridad en la relación con sus padres, con otros niños y con la gente en general. Además la percepción de sí mismo es más positiva lo cual trae una estimulación adecuada para que logre un desarrollo integral de su personalidad.

2.3 LAS RELACIONES FAMILIARES EN HOGARES DE HIJOS CON DEFICIENCIAS MENTALES.

Existen diferentes relaciones y cada una de ellas es única, dinámica, está en continua evolución; Un cambio en cualesquiera de nuestras relaciones nos afecta y como resultado, altera todas nuestras demás relaciones; un cambio en una de ellas, ocasiona cambios en la red de relaciones que a continuación se explicaran con mayor detalle:

Fig. 2.3 Red de Relaciones



1) Relación de Pareja de Padres de hijos Discapacitados:

La relación marital en las parejas con hijos incapacitados, ha sido objeto de interés clínico; sin embargo, se ha realizado poco esfuerzo directo

en la investigación. Al principio la relación fundamental en un matrimonio es solamente la pareja y una vez que ésta tiene hijos, se adoptan nuevas funciones; la esposa se convierte en madre y el esposo asume el papel de padre. Generalmente, la llegada de un niño a la unidad familiar sirve para profundizar la relación conyugal y para ampliar los sentimientos de compromiso. Por desgracia, algunos matrimonios no son los suficientemente fuertes para soportar la tensión de tener un hijo con una limitación. otras parejas se apoyan mutuamente; su unión no sólo sobrevive a la tensión de tener un hijo impedido, sino que su relación se estrecha para ofrecerse mutuo apoyo. Uno de los miembros de la pareja pueden desempeñar una función dependiente, mientras que el otro por lo general ejerce un papel independiente. (Barbaranne, J. Benjamin. 1992)

Algunos autores como, Friedrich, William N. 1981. Schelle, Gregory. 1981. Sargent, John 1983. y Crnic, Keith 1983, han estudiado los efectos de tener un niño discapacitado, sobre la integración marital, encontrando que dicha situación, los lleva a mantener patrones de interacción disfuncional, incapacidad para la resolución efectiva de conflictos, división en el matrimonio, inestabilidad e insatisfacción en la relación conyugal, deterioro de vínculos recíprocos de comunicación, desinterés por el cónyuge, recargo de la autoridad en uno de ellos, situaciones que muy a menudo los llevan a la separación o al divorcio, o bien el abandono del hogar. En algunos estudios, se ha percibido una unión entre los cónyuges y apoyo mutuo. (Antúñez, 1980 y Schell, 1981)

Por otro lado, se ha observado que la relación marital puede estar influenciada por el grado de severidad de la invalidez, edad y sexo del niño, y la calidad de la relación matrimonial anterior a la presencia del hijo; a sí como también, por los estilos individuales de afrontamiento, relaciones comunitarias, servicios de apoyo y otras características ecológicas. (De Fuentes, R. 1986; Zaragoza, M.R. s/f ; Friedrich, 1981; Wishart, 1981; Crnic, 1983; Cleveland, 1978; Schell, 1981; Oltsman, 1977 y Wright, 1985)

Oltsman, 1977, Emery, Robert. 1984 y Hernandez, L, Virginia. 1986, han investigado las asociaciones entre problemas conyugales y su relación con los trastornos de conducta en el niño, encontrando que los problemas conyugales no son una condición necesaria para el desarrollo de trastornos de conducta en los niños.

2) Relación padres e hijos:

La base de las relaciones padres - hijos es la crianza, la cual es indispensable para el niño y es proporcionada por la madre y el padre. A continuación se describirán dos tipos de relaciones entre los padres con los hijos:

a)El padre y el niño especial.

b) El padre y el niño con un desarrollo normal. (Barbaranne, J. Benjamin. 1992)

a) El padre y el niño especial:

En ocasiones, el lazo de uno de los padres y el discapacitado se vuelve más sólido, lo cual hace que el sistema de relaciones familiares se desequilibre. La madre puede ser la que se encuentra involucrada con el niño incapacitado, que casi no le dedica tiempo al padre -su esposo -, quién no tiene oportunidad de alimentar, bañar o incluso jugar con su hijo como lo hace su esposa, debido a que tiene que permanecer casi todo el día en el trabajo. El esposo puede querer ser un buen padre, pero carece de destreza paternal y no sabe como actuar con su pequeño. Existen otros factores que pueden entorpecer la relación padre - hijo. Un padre o una madre pueden tener dificultades para aceptar que su hijo tiene problemas y pueden no preocuparse por estar cerca de él. Esto debilita aún más las relaciones entre el padre y el hijo. A veces, uno de los progenitores niega que existe un problema o afirma que el doctor y los educadores no saben de lo que están hablando. Es habitual que el otro padre lleve al otro hijo a terapia y cuanto antes comience el tratamiento, más aprenderá y será mejor.

Junto a la calidad de la relación mantenida por el niño con sus padres se han identificado otras variables familiares capaces de potenciar o profundizar los trastornos derivados de la deficiencia mental. (Altamirano, Ortega s/n)

Así, por ejemplo, la falta de cohesión familiar, la existencia de pautas de comunicación patológicas y neuróticas, de papeles anormales o de juicios de valor contradictorios y una integración insuficiente en la familia pueden afectar el desarrollo del niño con deficiencia mental.

b) El padre y el niño con desarrollo normal:

Existen varias relaciones entre los dos miembros de la familia. No solo es importante la relación Padre - Niño Especial, para el bienestar familiar, sino también la relación entre los padres y los otros hijos de la familia. La imparcialidad es sumamente importante. Y se debe tratar a todos los hijos en forma justa, intentando no favorecer a nadie. Los otros niños de la familia no deben de ser menospreciados sólo por qué su hermano tiene una deficiencia; ellos necesitan el mismo amor y comprensión que el hijo especial. Es importante que los padres hablen con sus hijos y los escuchen para descubrir si inadvertidamente han permitido que sus relaciones se desequilibren. No se les debe de juzgar o enojarse si expresan sus sentimientos, se debe de hablar acerca de ellos. De esta manera, es posible detectar que problemas aquejan a los hijos. Una vez que se sabe cuáles son estos problemas que se perciben, el siguiente paso es explicarles la situación o cambiando la forma de actuar.

3) Relación hijo:

En la vida familiar, existe el ciclo acostumbrado de amor, odio, celos y rivalidad entre hermanos, así como la protección y defensa de los miembros de la familia contra los extraños.

a) Sentimientos:

Cuando un niño de la familia está incapacitado, las relaciones se tornan más complejas. A veces, el hermano o la hermana normal puede sentir que el niño especial recibe demasiada atención. Si se permite que los celos se desarrollen, el niño "normal" puede comenzar a desahogar su hostilidad con su hermano deficiente o bien, puede tomar medidas para obtener atención. Es complicado equilibrar las necesidades de uno de los niños con las del otro. Algunos hermanos y hermanas de niños incapacitados han expresado sentimientos de envidia, pena, culpabilidad, etc.

b) Comunicación:

Los hermanos y las hermanas del niño excepcional experimentan múltiples sentimientos hacia él. Estos sentimientos no están limitados a ninguna edad particular, pero la destreza para expresarlos depende de la edad del niño, de su habilidad verbal y de sus expectativas. Para que la

relación hijo - hijo evolucione, es fundamental que el niño sea capaz de expresar sus sentimientos. A veces, con las palabras y acciones pueden dar a entender que las emociones no deberían expresarse; porqué se sienten incomodos al hablar de sus propios sentimientos. Los hijos se pueden percatar en las acciones y en el lenguaje corporal. Y actuar de éste modo, lo único que se consigue es enseñar a sus hijos a no exteriorizar sus sentimientos. Posteriormente, los problemas pueden evolucionar porque no se dio al niño la oportunidad de compartir sus dudas y sentimientos con sus padres. A veces, unas cuantas palabras en el momento adecuado puede significar todo en el mundo.

c) Edad de los hermanos:

Algunos hermanos y hermanas pueden considerar la intrusión de otro niño en la familia como un mal necesario. Si el nuevo bebé tiene una incapacidad, los padres tendrán que explicar esto a sus demás hijos. Algunos hermanos mayores pueden adoptar una postura servicial y atenta hacia su hermano menor; se sienten bien cuando pueden ayudarlo. Esto es admirable, pero no debe permitirse que los mayores le hagan todo al niño incapacitado; hay que darle la oportunidad de independizarse de ellos, de aprender a hacer cosas totalmente por si mismo. Los hermanos menores pueden superar al hijo mayor en ciertas áreas del desarrollo, convirtiéndose

así en un modelo para el niño deficiente. Con el tiempo, los hermanos pueden ayudarlo a hacer algunas cosas, con lo cual pueden establecer su confianza y autoestima y fomentar una actitud servicial, complaciente. Algunos hermanos y hermanas de niños incapacitados desarrollan cierta disposición al cuidado y a la crianza. Estas actitudes afectan su sensibilidad y pueden orientarlo hacia el estudio de ciertas carreras relacionadas con la ayuda. (Barbaranne, J. Benjamin. 1992 y Altamirano, Ortega J. s/f).

d) Relación con los parientes, amigos y la comunidad:

La familia no solo la componen la madre, el padre y los hijos; en ocasiones es probable que la abuelita o una tía o tío viva con la familia. También ellos sienten que tienen su función en el futuro del niño. Estos familiares son parte de la red de relaciones y pueden representar una ayuda o un obstáculo.

Parientes: Algunos parientes se encuentran lejos y a veces es necesario su apoyo. En ocasiones, los padres sienten que sus familiares en vez de ayudarlos, los juzgan. es difícil comunicarse con los parientes que viven lejos, es probable que deseen ayudar y se sienten frustrados por no estar cerca para poder realmente hacer algo.

Amigos: Ellos proporcionan el apoyo que necesitan día tras día, se les puede contar lo que los padres sientan, les pueden confiar sus

temores y tristezas. Los amigos con su amor y comprensión harán más fáciles los problemas a los que se tienen que enfrentar. Ellos tienen sus propios hijos, comprenden, a veces no completamente pero por lo menos lo intentan.

Desconocidos: Existe la relación de la familia con la comunidad y los vecinos, conocidos y extraños. Siempre habrá gente ignorante, que no entiende y que, como resultado, se espanta ante un niño discapacitado. Es importante que el padre trate de no tomar a pecho sus crueldades; no tienen nada mejor que hacer. Otros padres se han dado cuenta de que la ignorancia está muy difundida y se han ofrecido para hablar acerca de los niños impedidos en la iglesia, radio, televisión y escuelas. La mayoría de la gente es comprensiva y entiende que los padres con hijos deficientes están afrontando y superando problemas que quizás ellos jamás tendrán que arrastrar.

Organizaciones Formales: Existen organizaciones comunales que brindan ayuda espiritual y financiera; también los grupos eclesiásticos prestan su apoyo. Igualmente existen organizaciones de padres de niños con necesidades especiales que se reúnen periódicamente, agrupaciones estatales, nacionales y locales para padres de niños autistas, retrasados mentales, sordos, etc. Estos grupos son un excelente lugar para hablar con otros padres que tienen los mismos problemas.

Niñeras: Estas personas son un sector particular de la comunidad extremadamente importante para los padres. Cuando tienen que salir es conveniente que la abuela, hermana o amiga, cuiden a esos niños. Sin embargo, a veces no están disponibles o quizás sientan que están abusando de su buena voluntad muy a menudo, por lo que es conveniente encontrar una niñera. Hay padres que sienten que sólo ellos pueden proporcionar el cuidado adecuado. No obstante, los padres necesitan tiempo para divertirse sin la responsabilidad de cuidar y vigilar constantemente a sus hijos.

Relaciones Profesionales: También existen las relaciones con una multitud de profesionales que asesoran o educan a los hijos. Estos profesionales están entrenados para evaluar el potencial del niño discapacitado y para remediar sus problemas. Algunos padres se quejan de que ciertos profesionales son fríos y despreocupados porque no les explican lo que ellos quieren saber. Además algunos de éstos profesionales olvidan que tal vez estos padres no están familiarizados con la terminología que utilizan. Por lo que es conveniente que los padres pregunten cuando no entiendan el significado de una palabra y la persona que se encuentre a cargo de la terapia del niño tiene la obligación de facilitar el material de lectura para que el padre lea y revise esto en casa; todo esto con el fin de que puedan formular nuevas preguntas cuando lo visiten de nuevo. (Barbaranne,

J. Benjamin. 1992)

ESTA COPIA NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

2.4 EL RECHAZO Y SUS DIFERENTES FORMAS DE MANIFESTACION.

Para el padre como la madre, el hijo es una prolongación del propio yo, en el que pueden proyectarse todas las esperanzas de realización.

El descubrimiento de su subnormatividad provoca una frustración íntima, una decepción irreparable. La respuesta instintiva ante esta situación es la rebelión, el negarse a aceptar el hecho y las responsabilidades que comporta.

Cuando la actitud de los padres es de rechazo hacia el niño, ésta puede manifestarse en diversas formas:

1. La Hostilidad (explícita o reprimida).
2. La Exigencia: Se niega la existencia del retraso y se exige al niño como si fuese normal.
3. El Olvido: Se piensa en el niño lo menos posible, éste queda abandonado a su suerte. El niño puede ser confiado a una institución.
4. Una actitud ante el déficit: Consiste en retrasar el descubrimiento.

El fracaso íntimo que representa el descubrimiento y la negativa a aceptar la responsabilidad consiguiente engendra un sentimiento de culpa que puede hacerse intolerable y ha de compensarse al desviarse de alguna manera. Los mecanismos básicos son:

- a) La sobreprotección del retraso como forma de compensar el principio sentimiento de culpabilidad.
- b) La atribución al cónyuge de la responsabilidad por el retraso. Esta atribución puede hacerse de varias maneras: una de ellas es situando en la carga hereditaria los errores en el retraso.

Los padres con ayuda externa podrán llegar a ser capaces de reconocer y adaptarse a la realidad del estado de sus hijos. También podrán llegar a ser capaces de aceptar conscientemente la responsabilidad con la que se ven enfrentados. (Rojas, J.L.Saldaña, L.M. y Tamayo, M.A. 1987 y Wason, Mona 1983).

2.5 ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO.

Para mantener o reestablecer la homeostasis, las familias desarrollan mecanismos de afrontamiento o estrategias de protección familiar que logren mantener el control. (Ackerman, 1976 y Bardie, 1981)

El afrontamiento es un proceso que ha sido definido operacionalmente de acuerdo a: su forma (buscando información - actuando), su función (resolviendo el problema - reduciendo la tensión) y, sus resultados (adaptación).

El concepto de recursos o estrategias de afrontamiento presentado por Folkman (et. al. 1979, citado por Lazarous, 1986), brinda bases útiles para entender dicho proceso y los resultados subsecuentes en la familia.

Es evidente que una enfermedad incapacitante es un acontecimiento estresante que se haya fuera de control del individuo; (Lazarus, 1986), nos refiere que para que un acontecimiento se considere estresante va a depender del sujeto y del entorno, esto es, que el individuo evalúa el acontecimiento como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar.

Mediante los procesos de evaluación cognitiva, el individuo evalúa el significado e importancia de la situación para su bienestar.

Se han identificado tres clases de evaluación cognitiva:

1) Primaria:

La cual consiste en la valoración de una situación como relevante, benigno - positivo o estresante. Las valoraciones estresantes pueden tomar tres formas:

Daño o Pérdida: Cuando el individuo a recibido ya algún perjuicio como haber sufrido una lesión o enfermedad incapacitante, algún daño a la estima propia o social, o bien haber perdido algún ser querido.

La amenaza: Se refiere aquellos daños o pérdidas que todavía no han ocurrido pero que se preveen. Aún cuando ya hayan tenido lugar, se consideran igualmente amenaza por la carga de implicaciones negativas para el futuro que toda pérdida lleve consigo. La importancia adaptativa primaria de la amenaza se distingue del daño/pérdida en que permite el afrontamiento anticipativo. En la medida en que el futuro es previsible, el ser humano puede planear y tratar por anticipado algunas de las dificultades que espera encontrar.

El desafío: Hay una valoración de las fuerzas necesarias para vencer en la confrontación, lo cual se caracteriza por generar emociones placenteras tal como excitación y regocijo.

2) Secundaria:

Es una valoración relativa a lo que debe y puede hacerse. Incluye la valoración de la posible eficacia de las estrategias del afrontamiento, de la posibilidad de que una estrategia determinada pueda aplicarse de forma efectiva y la evaluación de las consecuencias de utilizar una estrategia determinada en el contexto y demandas internas y / o externas.

3) Reevaluación:

Se refiere al cambio efectuado en una evaluación previa a partir de nueva información recibida del propio individuo y/o del entorno.

Por otro lado los factores situacionales que ejercen influencia sobre la evaluación son:

Novedad: Una situación completamente nueva será capaz de provocar amenaza sólo si ciertos aspectos de ella se han relacionado alguna vez con el daño.

Incertidumbre del Acontecimiento: Esta introduce la noción de probabilidad. En los acontecimientos de la vida, la incertidumbre máxima suele ser estresante ya que puede tener un efecto inmovilizador sobre los procesos anticipatorios de afrontamiento, pudiendo provocar confusión mental.

Los recursos de afrontamiento son aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. Esta definición se orienta hacia el planteamiento de un proceso y no de un rasgo, por cuanto se refiere a lo que el individuo realmente piensa o hace en un contexto determinado y a los cambios que se operan cuando el contexto cambia.

El afrontamiento cumple dos funciones primordiales:

A) Afrontamiento dirigido a la emoción:

Está dirigido a regular la respuesta emocional al que el problema da lugar; esta forma, en general tiene más probabilidades de aparecer cuando ha habido una evaluación de que no se puede hacer nada para modificar las condiciones amenazantes o desafiantes del entorno. Una gama de estas formas de afrontamiento esta constituido por los procesos cognitivos encargados de disminuir el grado de trastorno emocional e

incluye estrategias como la evitación, minimización, distanciamiento, atención selectiva, comparación positiva y la extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos. Otro grupo incluye estrategias cognitivas dirigidas a aumentar el grado de trastorno emocional. Ciertas formas cognitivas modifican la forma de vivir la situación, sin cambiarla objetivamente, éstas equivalen a la reevaluación.

B) Afrontamiento dirigido al problema:

Dirigido a manipular o alterar el problema, es más susceptible de aparecer cuando las condiciones lesivas y amenazantes del entorno resultan evaluadas como susceptibles de cambio (Folkman y Lazarus 1986). La definición de estrategia de afrontamiento al problema es en cierta medida dependiente de los tipos de problemas a afrontar, esto significa que las comparaciones transituacionales de tales tipos de estrategias son más difíciles de realizar que las comparaciones transituacionales de las estrategias dirigidas a la emoción.

Estos dos tipos de afrontamiento se incluyen mutuamente y ambos pueden potenciarse o interferirse. Cuanto mayor es el grado de amenaza, más primitivos, desesperados o regresivos tienden a ser los modos de afrontamiento dirigidos a la emoción y más limitados en la gama de las formas de afrontamiento dirigido al problema.

Folkman et. al., (1979 citado en Lazarus 1986), delinearon cinco tipos de recursos de afrontamiento, cada uno de los cuales es asumido para moderar los efectos adversos de la tensión y como evaluadores de la estructura individual y cognitiva.

Dichas categorías incluyen:

a) Recursos utilitarios. Status socioeconómico, ingresos, disponibilidad para obtener los programas comunitarios, etc.

b) Salud - Energía - Estado de Animo, Depresión, preexistencia de problemas físicos y psicopatológicos, estado emocional.

c) Redes Sociales. Relaciones interpersonales positivas y cercanas.

d) Creencias generales y específicas. Existencia de sistemas de creencias, variables personales, sentimientos individuales de autoestima, control interno, fe religiosa, etc.

e) Habilidad para resolver problemas. Destreza generalizada y abstracta que faciliten analizar la información y generar varios recursos de acción.

Iripouski, (1970 - 1971) en su discusión sobre los estilos y estrategias de afrontamiento en relación con la enfermedad, hace la siguiente observación " . . . las estrategias de afrontamiento están relacionadas directamente con las actitudes y con los significados de la enfermedad, la lesión o la incapacidad tienen para el sujeto . . . , el significado funciona como un núcleo cognitivo que influye sobre las respuestas emocionales y motivacionales ante la enfermedad, y por tanto, sobre las estrategias de afrontamiento..." (Citado por Lazarus y Folkman, 1986).

Por tanto, la combinación de las estrategias involucradas en el proceso de afrontamiento y la tensión que significa tener un niño discapacitado, revelará el proceso, así como también determinará el resultado de la adaptación familiar. (Bardie, 1981; Crnic, 1983 y Friedrich, 1985).

Friedrich y Friedrich (1981 -1985); Bardie (1981); Crnic (1983); Blacher (1984); Farfield (1983); Kazak (1984); Lazarus y Folkman (1986); hacen referencia al concepto de mecanismos o estrategias de afrontamiento, los cuales son utilizados para moderar los efectos adversos de la tensión, estando determinados por un patrón de variables, los cuales incluyen: la flexibilidad familiar, estilo de resolución de problemas, significado del cambio ocurrido, grado de individualidad, apoyo del exterior, recursos económicos, control interno, creencias, etc.; y argumentan que de éstas dependerá la direccionalidad del proceso de adaptación de la familia.

2.6. EL PROBLEMA DE ACEPTACION DEL DEFICIENTE MENTAL.

Para esto es muy importante detectar la frustración y padecimientos a los que se están enfrentando los padres; logrando así la adaptación del deficiente mental a su medio ambiente y asegurarle el mayor grado posible de salud mental y equilibrio psíquico y a la vez a su núcleo familiar.

Para la mayoría de los padres, saber que su hijo es un niño deficiente mental es una experiencia casi traumática. Los padres generalmente reaccionan con incredulidad, conmoción miedo y frustración. Muchas ocasiones emplean la negación, no reconociendo el problema, retardando así el tratamiento.

Lo que limita al niño discapacitado es su dificultad para adaptarse a nuevas situaciones, debido a su escasa capacidad para advertir las consecuencias a corto y a largo plazo de sus actos, y debido también a su falta de sentido crítico.

Cuando el niño con necesidades especiales siente la necesidad de apoyo y protección lo que encuentra frecuentemente es un rechazo

generalizado, una compasión superficial o una indiferencia general, lo que le lleva a caer en formas de vida asociales.

Cuando los padres acepten la realidad de su hijo, darán un paso muy importante, ya que les permitira ver con objetividad las limitaciones y posibilidades del niño.

Para que el niño se desarrolle en un ambiente adecuado, debemos mejorar su núcleo familiar empezando por sus padres, mejorando las relaciones interpersonales, calmando sus angustias y desesperaciones para que recobren su equilibrio emocional.

También debemos de ayudarlos a que comprendan y analicen sus nuevas condiciones de vida, dejando a un lado la apatía e impotencia que a veces los cubre y les hace ver su problema cada vez más grande.

Una realidad es que la sola presencia de un niño deficiente en el contexto familiar origina varios trastornos emocionales a los padres y en ocasiones tan severos que es necesario un plan de tratamiento psiquiátrico.

Cuando un niño ha vivido en un ambiente gravemente empobrecido durante los primeros años de vida, tal vez sufra desnutrición o enfermedades infecciosas que ejercerán considerable influencia en su capacidad de aprender.

Algunos padres creen que como el niño tiene una apariencia perfectamente normal y en algunos casos, pautas normales de conducta, su hijo no padece ninguna deficiencia mental y entonces le exigen como si fuese normal.

Cuando el medio ambiente que rodea al niño discapacitado es deteriorado, tal medio es la causa inmediata de causas psíquicas como excepción.

Cuando el padre o la madre del niño discapacitado sufre de tensión nerviosa o su manera de pensar se podría catalogar como histérica, su inestabilidad de ideas afectarán la seguridad de juicio y firmeza de propósitos necesarios en la buena educación del niño.

El shock, sobreviene cuando el niño no se adapta a la escuela o no aprovecha las enseñanzas, es este el momento en que los padres se han de enfrentar al problema. Los padres sienten la necesidad de ayuda; la desolación es la primera reacción, existen entonces dificultades para lograr colaboración, unidos a ellos los prejuicios, se establece una barrera de separación entre padres y educadores, privándose los padres de la ayuda que necesitan y los educadores de la cooperación que requieren.

Los padres necesitan ayuda para tomar parte activa en el trabajo que se hace en la escuela y seguirlo en casa, procurando que el niño deficiente progrese. Ellos no se conforman con que sus hijos vegeten.

La actuación familiar, se inicia con los primeros síntomas y el primer diagnóstico de la deficiencia mental. Esta primera etapa está marcada con resistencia a aceptarlo. Las dificultades detectadas más frecuentemente en el seno de las familias con hijos deficientes, son de tipo psicológico y sociocultural.

En el momento actual lo que más afecta a las familias, es la difícil convivencia con su hijo subnormal en el medio familiar, particularmente en los hogares con menor posibilidad económica, donde la convivencia es obligadamente más estrecha o limitada. Como contrapartida, aparecen casos aislados de abandono, negligencia o despreocupación familiar por el hijo deficiente mental.

De la familia depende una parte muy importante de la igualdad de oportunidades a que los subnormales tienen derecho y también porque ella misma plantea al respecto exigencias de igualdad.

2.7. ETAPAS DE ACEPTACION.

Como puede evidenciarse se ha escrito mucho acerca de lo que ésta experiencia de pérdida significa para los familiares. Incluyendo escritos de profesionales que describen el proceso que se cree atraviesan las familias para adaptarse a esta situación y libros autobiográficos de padres que describen sus propias experiencias.

En estos intentos de describir el proceso experiencial de los padres para llegar a adaptarse a la presencia de un hijo con necesidades especiales, la estructura o marco de referencia que se utiliza con frecuencia es el de las "etapas de aceptación" el cual se ha derivado del trabajo de Elizabeth Kübler - Ross en 1970.

Ira, depresión, angustia y negación son términos que se usan muy a menudo para hacer referencia a las respuestas emocionales que se puede decir, ocurren en una progresión y que sufren los padres en su lucha y búsqueda para adaptarse y lograr comprender los impedimentos de su hijo y la pérdida del niño normal idealizado. (West A. Margarel, s/f).

La mayoría de los investigadores han identificado una diversidad de etapas que representan las reacciones que los padres experimentan ante el nacimiento de un niño minusválido.

En un reciente artículo Blacher (1984), se avocó a revisar la literatura sobre estas etapas observando que la mayoría de las taxonomías que aparecen describen tres periodos:

1) Describen un período de crisis inicial, en el cual las reacciones de los padres que predominan son el shock, la negación y la incredulidad. El shock inicial que se da al tener un niño minusválido puede ser abrumador e irresistible, a veces precedido de intuiciones o percepciones inconscientes de que algo no va bien. La ansiedad es intensa, llegando a la angustia, la cual les hace todavía más difícil entender y asimilar la información que se les brinda, ante lo que responden con posturas de reto y enfrentamiento a los profesionales, negando la validez de sus opiniones y disyuntivas, buscando otras o nuevas "curas", haciendo repetidas visitas a diferentes especialistas o clínicos, de tal manera que una sigue a otra, sin poder dilucidar ninguna solución viable al problema. (Bardie, 1961; West, s/f; Rey, Andre 1966; Zaragoza, s/f; Ingebourg, 1979; Crnic, 1963; Johnston, 1978; Altamirano, s/f; Blacher, 1984; Ramirez, Soledad, s/f).

2) Un período de "desorganización emocional" caracterizado por enojo, decepción, disminución de la autoestima y culpa. Esto es, los padres, pueden tornarse tristes y retraídos al saber de la condición de su hijo.

Estas reacciones pueden estar encubiertas a la vista. La madre inicialmente capaz y deseosa de querer a su hijo, experimenta una dolorosa decepción. Lo anterior, hace que ella genere tensiones psíquicas como:

fracaso, vergüenza, culpa, rechazo, etc. Por su parte el padre se siente fracasado, inseguro, herido en su virilidad, y con un oscuro sentimiento de culpabilidad. Las reacciones emocionales al fracaso como hombre de la familia se pueden dar una gran variedad de direcciones: una de ellas es la de tratar de negar el fracaso, de justificarse en alguna forma y culpar a la madre; otra reacción es retirarse del escenario familiar, distanciándose del centro de la familia, encontrando un refugio consolador concentrando todos sus esfuerzos en el trabajo, buscando aventuras fuera del hogar, o bien, fomentar la agresión física y el rechazo psicológico y afectivo hacia el hijo. Así mismo, pueden surgir pensamientos de negación y miedo a tener más hijos.

3) Finalmente se presenta una etapa de ajuste o aceptación. La aceptación es un término que se utiliza para describir lo que se consideraría una reacción positiva, ante el hecho de tener un hijo discapacitado. Esta incluye dos vertientes: cognitiva y emocional.

En la adaptación cognitiva, los padres están perfectamente conscientes de la condición de su hijo. Se dan cuenta de lo perjudicial y aceptan el diagnóstico. En cuanto a la adaptación emocional, cuando los servicios especiales son recomendados, los padres son incapaces de aceptar y apoyar esta indicación. Puede estar de acuerdo de que los servicios podrían ser útiles en el futuro, pero no en ese momento. Uno encuentra con estos padres toda clase de excusas algunas lógicas y otras

no, para no acudir a los servicios especiales recomendados, aunque entienden que hay un problema y que la invalidez existe, esto es, rechazan la minusvalía emocionalmente.

Afortunadamente, hay muchos padres que llegan a aceptar cognitiva y emocionalmente la incapacidad de sus hijos y hacen todo lo posible porque alcancen el desarrollo máximo del que puedan ser capaces. Su actitud es realista porque no esperan milagros y saben que en las condiciones más favorables el niño, tiene la probabilidad de sobrepasar cierto nivel, de hecho evitar por otra parte, tormentos inútiles, intentos desesperados de transformaciones posibles y así, crean en torno a su hijo un ambiente favorable y estimulante.

La profundidad y lo nocivo del fracaso en la adaptación familiar puede graduarse de acuerdo con el nivel en que la familia maneja sus problemas:

- La familia enfrenta sus problemas, los delimita correctamente y logra una solución realista para ellos.

- Aunque incapacitada para lograr una solución realista, la familia puede sin embargo, contener el problema y controlar los efectos potencialmente nocivos, mientras se otorga a sí misma un período más largo para encontrar una solución.

- Incapaz de encontrar una solución eficaz o de contener los efectos destructivos del conflicto. La familia reacciona a la tensión del fracaso con una conducta impulsiva inadecuada, autodestructiva, dañina, de tipo "acting - out". A veces la familia como grupo busca un chivo emisario dentro o fuera de ella. En esta condición la familia como tal no puede mantener sus defensas por mucho tiempo.

- Con fracasos persistentes en los tres niveles precedentes, la familia muestra síntomas progresivos de desintegración emocional, que en algunas circunstancias puede culminar en la desorganización de los lazos familiares.

Pero sea como fuera la estructura, es útil en un sentido básico pensar en la familia como una especie de conductor de elementos que predisponen tanto a la salud como a la enfermedad mental. Los grados de éxito o fracaso adaptativo en los roles familiares de marido y mujer, padre y madre, padre e hijo, se relacionan directamente con la cuestión de permanecer bien o de enfermarse. Esto es en función del individuo y del ambiente familiar y no del individuo solo. (Ackerman, 1971; Cleveland, 1978; Schell, 1981; Watson, 1979; Friedrich, 1985; Hernandez, 1986; Ackerman, 1976; Y Fairfield, 1983).

Ciertamente la idea de que los padres presentan algunas "etapas de ajuste", el enfrentarse con el nacimiento de un niño deficiente no es

nuevo, ya que ha aparecido intermitentemente en la literatura profesional desde mediados de los 50's.

Existen varios autores interesados en describir el mismo o similar fenómeno usando una terminología diferente. (Watson, 1979; Bardle, 1981; Fairfield, 1983; Crnic, 1983; Wason, 1983; y Eden - Piercy - Grace, 1988).

Algunos autores no aceptan la idea de que los padres con hijos discapacitados pasan a través de una progresión secuencial y ordenada de "etapas de ajuste o aceptación" esto es, que ellos no pueden llegar a alcanzar una etapa final de aceptación. (Affleck et. al. 1985).

En congruencia con la propuesta de "etapas de aceptación" se han desarrollado modelos en los cuales los recursos de afrontamiento, son mediados por los sistemas psicológicos, en los cuales la familia actúa y que determinarán su proceso de adaptación. (West, s/f; cavanagh, 1985; Friedrich, 1981; Crnic, 1983; Cleveland, 1978; Schell, 1981; Watson, 1979; Friedrich, 1985; Blacher, 1984; Fairfield, 1983; Ferrara, 1979; y Valdez, 1970).

2.8. ACTITUDES DE LOS PADRES HACIA SUS HIJOS DEFICIENTES MENTALES.

Las actitudes de los padres de niños minusválidos han recibido un razonable monto de atención en la investigación, pero la falta de grupos de control apropiados, inadecuados en la medición, manejo de muestras reducidas y la inconsistencia en los resultados, limitan la utilidad y la generalización de mucho de éste trabajo.

Las actitudes parentales pueden ser un concepto inadecuado, ya que las madres y muy raramente los padres son incluidos como agentes exclusivos de muchas de estas investigaciones, lo cual es resultado de la sobredependencia de la información materna. (Crnic, 1983 y Blacher, 1984).

Ruiz (1975), Watson (1979), Antúnez (1980) y Hernández (1986), encontraron que las actitudes de los padres de estos niños pueden caracterizarse como ambivalentes, inclinándose hacia los extremos de rechazo o sobreprotección, en función del grado de severidad, manifestando actitudes más favorables hacia aquellos niños que estén menos inhabilitados.

Dichas tendencias actitudinales están en función del grado de severidad de la incapacidad , manifestándose actitudes más favorables

hacia aquellos que presentan una condición menos incapacitante. (Ferrara, 1979; Wilshart, 1981; y Rastogi, 1981).

Otros autores no han encontrado relación entre el grado de retardo y las actitudes de los padres. (Channabasavanna, 1985).

Por otro lado, se ha señalado que la madre es más directiva, ya que percibe diferencias, vulnerabilidad y falta de igualdad de su hijo, así como que sus actitudes y su conducta están determinadas tanto por la propia experiencia de tener un niño minusválido como por variantes socioculturales: edad, nivel socioeconómico, nivel de educación; así como también por factores ecológicos: pobres relaciones , actitudes socioculturales, relación con los servicios de asistencia procesionales. Ferrara (1979) Seshadri (1983). En contraposición Channabasavanna (1985) no encontró correlación entre éstas variables y la actitud de los padres.

Watson (1979), Wishart (1981) y Rastogi (1981); encontraron que las madres mostraron actitudes más positivas hacia las condiciones incapacitantes de sus hijos que las madres de los niños no incapacitados. Resultados opuestos fueron señalados por Oltzman (1977), Cross (1979) y Seshadri (1983), quienes indican que un niño minusválido representa una carga que varía de ser moderada a severamente molesta, así como una

tendencia a demostrar actitudes y expectativas más negativas acerca de sus niños incapacitados.

Culpar y culpa a menudo ocurren, porque no hay explicaciones aceptables, o verdaderamente en algunas instancias ninguna explicación. frecuentemente, emerge una necesidad de encontrar la causa. El culpar y la culpa pueden ser volcados al interior o en contra del compañero.

Una gran parte, del culpar y la culpa parece caer sobre la madre que es quién llevó, nutrió y dio nacimiento al niño. Si el niño no es perfecto, ella puede verlo como el reflejo de sí misma "ella ha creado un ser defectuoso". Pero este problema no es único en la madre, ya que el niño es producto de ambos padres y refleja sus expectativas.

La búsqueda de la respuesta del porque de la invalidez, puede ser casi una infinita batalla. Cuando la explicación no puede ser encontrada en términos de herencia, de la conducta de los padres, o de su estilo de vida, muchos padres sienten que ellos de una manera u otra son culpables.

Una diferente forma de culpa puede venir de sentimientos negativos experimentados por ser los padres de un niño deficiente. Los padres sienten culpa al pensar que el niño es un agobio o bien una amenaza a su matrimonio. La culpa se compone de esta respuesta, llevándolos a mantener un ciclo vicioso de retroalimentación circular. Muchos consideran o

definen a éste periodo como el de la más grande depresión o fatiga. Esta es una de las etapas más difíciles ya que rara vez, es completamente superada.

(Zaragoza, s/f; Bardie, 1981; Crinc, 1983; Sargent, 1983; Friedrich, 1981; Watson, 1979; Otsman, 1977; Cross, 1979; Raslogi, C.K., 1981; y Channabasavanna, 1985).

Existen algunas actitudes negativas generales de los padres hacia sus hijos deficientes mentales:

- a) La ocultación del niño, en la medida que su presencia significa una devaluación de sus progenitores.
- b) La utilización del niño para justificar los propios fracasos o reclamar ayuda.

Estas actitudes influyen negativamente en el proceso terapéutico para el progreso en la adaptación del niño. Lo hace claramente hostilidad, que aumenta la inhibición y lo hace exigencia desproporcionada que aumenta la conciencia de fracaso. Y lo hace también la sobreprotección y el olvido, que suprimen la estimulación necesaria para el esfuerzo.

A veces surge otro problema que es cuando a los padres les preocupa cumplir con sus obligaciones para con el niño afectado cuando existen niños normales en la familia, a menudo se sienten culpables por esto ya que dedican más tiempo al niño deficiente.

Por esta y otras causas a veces los intentos de ejercer la dirección paternal fracasa, y comienza a dudar de sus propias capacidades paternas.

Los padres tienen sus ideas y con frecuencia siguen sus impulsos, en ocasiones utilizan experiencias ajenas de otros padres para salir de las dificultades que el hijo que es diferente a los demás les ha planteado, hasta que se tropiezan con situaciones de conflicto, imposibles de resolver con los medios a su alcance.

El niño deficiente se encuentra con sus propias deficiencias entre dos mundos: el de la escuela y el del hogar.

2.9 SERVICIOS DE APOYO Y LA IMPORTANCIA DE LA AYUDA PROFESIONAL.

En todos los casos, cualquiera que sea la forma imperante de minusvalía, hay que atender simultáneamente los problemas del individuo, de la pareja, de la familia y los del entorno en general, efectuando acciones terapéuticas en cada uno de los momentos evolutivos, lo cual es válido no solo en la medicina rehabilitatoria, sino también, en el resto de las especialidades cuyo proceso integran el proceso rehabilitador.

El retraso en el que se encuentran todavía muchos países en relación con la rehabilitación de minusválidos, propician que éstos mismos sean catalogados como inhabilitados para el trabajo, y para cualquier actividad cotidiana, marginándolos de la sociedad. Ante tal frustración, no es extraño, el constar que algunos padres, ateniéndose a móviles egoístas, se deslinden, abandonen y hasta desprecien a sus propios hijos.

Impedido, física y/o mentalmente, el hombre tiene derecho a una vida digna y a una realización, que en cierto sentido, podría decirse planificante. Esto mismo hace suponer, que el deficiente debe ser impulsado a realizarse en su aprendizaje, en el trabajo, en la sociedad, en el deporte, en la diversión, en la cultura y en la totalidad de su dimensión vital.

Esto evidencia que la minusvalía no es un problema gubernamental o privado, de padres, maestros o profesionales, sino es un problema que involucra a todos los sectores de la sociedad ya que, no se puede separar el concepto de deficiencia del de la familia y sociedad, cuya aceptación y apoyo con todos sus recursos reflejará en la sociedad mostrando así lo que se espera de ellos.

La escuela de padres y asociaciones para minusválidos representan un medio de orientación, de apoyo, de guía e información que junto con el equipo multidisciplinario ayuda a la integración de estas personas.

El problema que plantea a la sociedad la persona minusválida, requiere que los servicios sean permanentes, esto es, que deban abarcar toda su vida:

- Detección y diagnóstico.
- Prevención.
- Atención temprana.
- Educación integral:Escolaridad obligatoria.

Formación profesional.

Educación permanente.

- Trabajo y talleres protegidos.
- Familia y vida afectiva.
- Residencias.
- Seguridad social.
- Tutela y protección integral.
- Clubs de recreación y tiempo libre.

Cada uno de estos aspectos vienen siendo estudiados y discutidos en jornadas y congresos nacionales e internacionales de profesionales y padres fortaleciéndose la certeza de que es preciso encarar todos y cada uno de los problemas en programas de acción sistemática y graduada para lograr hacer realidad los objetivos de integración. Esto es, con los propios padres para brindarles información y capacitación acerca de la problemática que los afecta, y para concientizarnos sobre la responsabilidad indelegable de luchar por la asistencia y educación de sus hijos, lo antes posible, y que asuman la misión de ser sus representantes ante la sociedad, siendo de esta manera los portavoces de sus derechos.

En el primer Encuentro Nacional de Padres de Familia de Personas Deficientes Mentales en 1983 (Boletín de la Confederación Mexicana de Asociaciones en Pro del Deficiente Mental, 1983), se llegaron a las siguientes conclusiones:

- 1) Los padres para que realicen la parte fundamental que les corresponde en la habilitación de sus hijos, declaran que sienten la necesidad de información y tomar conciencia de las dificultades que obstaculizan su crecimiento y desarrollo.
- 2) Los padres solicitan que los pediatras, ginecólogos, obstetras y neurólogos, tengan información más adecuada, para que al emitir un diagnóstico sean menos lesionantes, más comprensivos y orientadores.
- 3) Los padres comunican, que una vez aceptado el problema del hijo, se descubre que éste también brinda amor y que debe ser factor de unión familiar.
- 4) Los padres que lo más agobiante para ellos es el futuro de sus hijos y lo más importante es su presente.
- 5) Los padres sienten necesidad de valorar los aspectos positivos de sus hijos y las alegrías que proporcionan, y que deben ser los primeros en obrar en conformidad a ello.
- 6) Los padres reconocen, que la ayuda recibida de otros padres afectados con el mismo problema ha sido lo más gratificante para ellos.
- 7) Los padres destacan la importancia de que se elabore un programa para ellos con información y estrategias serias sobre el desarrollo y conducta sexual de sus hijos.

- 8) Los padres desean una colaboración más directa y más armónica con los profesionistas y afirman la necesidad que tienen de ellos como de sus hijos de dichos profesionistas.
- 9) Los padres reconocen lo benéfico de la permanencia del hijo en casa, de no retirarlo de una vida institucional por que lo daña y lo aleja del afecto familiar.
- 10) Los padres requieren, se profundice sobre el problema de sexualidad, de forma tal, que puede tomar soluciones oportunas, responsables y adecuadas.
- 11) Los padres de limitada capacidad económica, lamentan no haber recibido información temprana.
- 12) Los padres están concientes de la necesidad de familiarizarse con los programas que se están realizando.
- 13) Los padres aceptan que "como grupo aislado" no han podido actuar en forma organizada y específica en favor de un programa que integre a sus hijos a la sociedad.
- 14) Los padres dan su voto de confianza a los profesionistas en el área de deficiencia mental.

Conclusiones similares, a las descritas anteriormente se han obtenido en congresos y mesas redondas posteriores al encuentro citado. (

West, s/f; Rojas, J. L., 1987; Checa, Rafael, 1984; Hernández, G., 1984; Furacio, Helda, 1979; Funegra, Gloria, s/f; Escritos de la Confederación Mexicana de Asociaciones en Pro del Deficiente Mental, s/f; Boletín del Real Patronato de

Educación y Atención a Deficientes, 1985; y U.N.E.S.C.O.: Reunión de Expertos de la U.N.E.S.C.O. sobre educación especial, 1979).

Numerosos autores, han exaltado la gran necesidad de servicios de asistencia especializada, que faciliten la satisfacción de las demandas de educación, así como de asistencia médica y tratamiento, tanto para los niños como para su familia, ya que, de su apoyo dependerá el desarrollo de expectativas realistas sobre la evolución o estancamiento del niño; el reconocimiento del nivel de su fuerza familiar, con la que llegarán a una reorganización conjunta alrededor de la condición incapacitante y, por lo tanto, a la incorporación y manejo de patrones de afrontamiento, que facilitarán su adaptación al trastorno tanto dentro de la familia como frente a la sociedad. (Bardie, 1981; Sargent, 1983; Cavanagh, 1985; Friedrich, 1981; Crnic, 1983; Cleveland, 1978; Shell, 1981; Watson, 1979; Friedrich, 1985; Chetwynd, 1985; Byrne, 1985; Carr, 1979; Antunez, 1980; Wason, 1983; Fairfield, 1983; Kazak, 1984; U.N.E.S.C.O., Reunión de Expertos de la U.N.E.S.C.O. sobre Educación Especial, 1979).

Channabasavanna (1985), evaluó a los padres de los niños incapacitados después de haber sido informados, orientados y entrenados sobre la invalidez de su hijo, mostrando en sus resultados cambios en las actitudes y estrategias de afrontamiento de la familia, logrando una mejor adaptación.

Sin embargo, Whitaker (1984), señaló que la disponibilidad de servicios no necesariamente disminuyen la tensión experimentada por los

padres, ni cambian sus actitudes hacia sus hijos minusválidos.(Watson, 1979.
Channabasavanna, 1985)

El manejo integral del niño y su familia, debe abarcar las medidas terapéuticas específicas para cada caso en particular.

En las dos últimas décadas han surgido tres enfoques básicos para tratar a las personas con algún tipo de invalidez :

a. Modelo Educativo:

Enfoque: Adquisición de habilidades funcionales.
Características: Enseñanza programada y planes individuales de estudio.
Procesos: Motivación a través del funcionamiento independiente.
Meta: Adquirir habilidades para poder alcanzar independencia.

b. Modelo Conductual:

Enfoque: Eliminar los problemas de conducta.
Características: El uso de consecuencias contingentes.
Procesos: Cambio de conducta a través del poder de las consecuencias.
Meta: Supresión de conductas negativas.

c. Modelo Médico :

- Enfoque: Tratamiento de los trastornos orgánicos.
- Características: El diagnóstico de los patrones de conducta, uso de medicamentos psicoactivos, consultas, asesoramiento, etc.
- Proceso: Cuidado intensivo de un cuadro hospitalario, uso de drogas a largo plazo, etc.
- Meta: Controlar los trastornos orgánicos.

Los programas y servicios deben verse solamente, como instrumentos necesarios para crear la integración de todas las personas con necesidades especiales. (García de Dios, J.M. s/1 y Pérez, 1983)

La importancia de la ayuda profesional:

- Para el niño deficiente mental, el papel de los padres es mucho más importante que para el niño sano.

-- Los padres necesitan la ayuda de un consejero psicólogo y educacional desde la primera etapa de la evolución infantil, en las que se guie a enseñarles la independencia, la necesidad de evitarle estar demasiado protegido, inculcarle el sentido de responsabilidad, como

estimular al niño, el papel de la ternura y del sentimiento de seguridad y el sentido de disciplina entre otras cosas.

- La ayuda externa ya sea del psicólogo o del pedagogo en función de orientación a los padres harán que el niño, a pesar de su deficiencia, tenga menos problemas colaterales que interfieran en su progreso y desarrollo personal.

- El objetivo básico del estudio psicológico individual es tratar de establecer en la dinámica de la personalidad del deficiente mental sus limitaciones y posibilidades de desarrollo.

- El objetivo básico de la educación especial hacia los niños impedidos es hacerlos elementos útiles a la sociedad, capaces de bastarse a sí mismos y librarlos de caer en el parasitismo familiar y social.

- En cuanto a una terapia familiar, se refiere a la reducción de angustia de los padres, disminuyendo las tensiones y por lo tanto, crearles mayor confianza entre todos.

- Se ha demostrado que si se forman organizaciones de padres con problemas similares, bajo la orientación de profesionales, los resultados serán satisfactorios, ya que los padres al verse en situaciones

semejantes a las de otros, aceptan más fácilmente su problema familiar y más tarde será encaminado a la superación del mismo.

- La unión de los cónyuges, en relación al niño, es un elemento indispensable en su educación.

- El papel del psicólogo en este caso no es solo de orientación apoyo y comprensión, sino que el tiene que detectar la frustración y padecimientos a los cuales se ven enfrentados los padres antes del nacimiento del niño hasta el momento actual.

Resumiendo lo anteriormente expuesto, concluyó que todo esto es de suma importancia para lograr una mejor adaptación del deficiente mental a su medio ambiente asegurandole un mayor grado posible de salud mental y equilibrio psíquico y a la vez a su núcleo familiar.

"Nunca serán suficientes las recomendaciones y las orientaciones facilitadas a los padres de los niños deficientes mentales y es practicamente imposible hacerse cargo de las dificultades que tiene la familia de un niño deficiente mental, sino se ha tenido personalmente la responsabilidad de un niño deficiente mental" (Illing Worth, Congreso de Paris, 1966, Boletín de la Confederación Mexicana de Asociaciones en Pro del Deficiente Mental, 1963).

CAPÍTULO III

ACTITUDES

La investigación pretende determinar la actitud de los padres hacia sus hijos con deficiencia mental; de manera que, para facilitar la obtención y comprensión de resultados, es necesario saber que se entiende por actitudes y como se pueden medir.

Así, después de considerar los aspectos más relevantes sobre el deficiente mental y su familia, corresponde a este capítulo exponer los aspectos esenciales referentes a las actitudes, principalmente respecto de los deficientes mentales.

En primer lugar, se presentan algunas definiciones de diferentes autores, para llegar a la conclusión de lo que se entiende por actitudes, particularmente para los fines del presente estudio. Posteriormente se señalan las características de las actitudes, sus funciones, sus prioridades, en seguida se hace referencia a la medición de las actitudes y por último, se consideran las actitudes respecto a las deficiencias mentales, lo cual es de especial interés para la investigación.

3.1 DEFINICIONES.

La actitud que una comunidad adopte respecto a un problema influye irremediablemente para que éste se resuelva o no, es por ello que el análisis de las actitudes es un tema indispensable al hablar de personas discapacitadas.

Quizás no existe un tópico de la psicología social, que haya causado tantas discusiones y debates como la naturaleza de las actitudes, cuyo concepto se ha examinado en todos sus aspectos, siendo definido y redefinido como muchas otras variables psicológicas. Dicha dificultad es debida a que la actitud es una variable hipotética o latente más que una variable inmediatamente observable.

Etimológicamente hablando, el término actitud se deriva del latín *actus* y, significa conveniencia, adaptabilidad y por tanto, connota un estado mental de preparación para la acción.

De entrada y en general, podría aceptarse que "actitud es una predisposición adquirida (aprendida), relativamente estable, de valorar (y actuar) la realidad (toda, un sector o un objeto hiperconcreto)".(Hernandez, 1989).

Allport (1935) define a la actitud como "un estado mental de disposición, organizada a través de la experiencia que ejerce una influencia

directa en relación del individuo ante todos los objetos y las situaciones en que se encuentra relacionado, es decir, la presencia de una actitud prepara al individuo para cierta reacción".

Bogardus (1931), manifestó que: "... una actitud es una tendencia a actuar hacia o en contra de algo en el medio ambiente, que viene a ser un valor positivo o negativo ..."

Thurstone (1946), define a la actitud como: "... el grado de afecto, positivo o negativo que esta asociado con algún objeto psicológico. Un objeto psicológico es algún símbolo, eslogan, persona, institución, ideal, idea, hacia el cual la gente puede diferir con respecto al afecto; es decir, teniendo una predisposición de acercamiento (afectividad positiva) o de alejamiento (afectividad negativa) hacia ciertas clases de objetos ...".

Krech y Cruchfield (1948), examinaron la actitud como: "... una organización perdurable de procesos motivacionales, emocionales, perceptuales y cognitivos, respecto a algún aspecto del mundo del individuo. Una organización perdurable de procesos psicológicos parece implicar una consistencia de patrones de respuesta...".

Katz (1960), propuso la siguiente definición: "... la actitud es la predisposición del individuo para valorar de manera favorable o desfavorable algún símbolo, objeto o aspecto de éste mundo. Las actitudes

incluyen el núcleo afectivo o sensible del agrado o desagrado y los elementos cognoscitivos o de creencias que describen el afecto de la actitud, sus características y sus relaciones con otros objetos ..."

Newcomb (1965), señala que: "... desde el punto de vista cognoscitivo la actitud representa una organización de cogniciones poseedoras de valencias. Desde el punto de vista de la motivación, la actitud representa un estado de disposición para despertar un motivo, de forma tal que la actitud del individuo hacia algo será su predisposición para realizar, percibir, pensar y sentir en relación con ello ..."

Como puede notarse, las diversas definiciones sobre el concepto de actitud ponen de relieve sus componentes cognitivos y afectivos, su disposición a conducir, su persistencia, su consistencia en las manifestaciones conductuales (verbalizaciones hacia el objeto, expresiones de sentimiento acerca del objeto) y su característica motivacional. Por tanto, el concepto de actitud no se refiere a cualquier acto específico, sino que es una abstracción de un gran número de actos relacionados o de respuestas probables.

Concluyendo y complementando lo anterior expuesto, se puede decir que una actitud es un conjunto de actos relacionados con creencias, sentimientos (emociones) y tendencias de una persona que da lugar a una determinada conducta (positiva o negativa).

3.2 CARACTERÍSTICAS

El concepto de actitud tiene diferentes características que lo distinguen de otros conceptos, que se refieren a estados internos del individuo:

1) Las actitudes no son innatas:

Se forman básicamente a través de procesos de socialización, perteneciendo por ello, al dominio de la motivación humana. Estas han sido estudiadas en formas diversas con los nombres de "pulsiones sociales", "necesidades sociales", "orientaciones sociales" y demás. Se admite ordinariamente que la aparición de una actitud depende del aprendizaje, esto es, se adquieren por medio de la experiencia.

2) Las actitudes no son temporales:

Sino más o menos persistentes una vez formadas. Si bien es cierto que las actitudes cambian, una vez formadas adquieren una función reguladora y en consecuencia, dentro de ciertos límites, no están sujetas a cambios en relación con los ascensos o descensos del funcionamiento del organismo o a variaciones apenas perceptibles en las condiciones del estímulo.

A diferencia de las creencias y opiniones que cambian con facilidad, ya que una nueva información, opinión, vivencia, etc., son suficientes para provocar su mutación o cambio total, las actitudes son más duraderas y requieren mayor frecuencia y calidad de propuestas, vivencias, etc., para alterarse de modo relevante.

3) Están basadas en experiencias:

La génesis y el proceso de elaboración y configuración de las actitudes proviene de la acumulación de experiencias, informaciones, vivencias, resonancia y de los efectos de los procesos de equilibrio o integración, lo que les confiere un carácter más estable.

4) Las actitudes siempre implican una relación entre sujeto-objeto:

Esto es, que las actitudes no se autogeneran psicológicamente, sino que se aprende en relación con referentes identificables, estos pueden ser: personas, instituciones, grupos, valores, objetos, ideologías, etc.

5) Las actitudes pueden ser consideradas como motivadores de la conducta:

Esto es derivado de que las actitudes se forman en un contexto de interacción social y objetos, personas o instituciones, etc.; y que

adquieren un afecto ya sea positivo o negativo y rara vez, estos objetos psicológicos resultan neutrales.

6) Las actitudes son evaluaciones comparativas:

Se dan a través de la comparación de estímulos, en términos de un criterio predeterminado (p.e., favorable - desfavorable) .

7) Las actitudes se muestran como estructuras activas:

Esto significa que las actitudes se muestran y operan como sistemas, interrelacionados con otros conceptos, lo que las convierte en unidades funcionales y dinámicas de la personalidad, mientras que las opiniones, creencias, etc., están aisladas o poco interrelacionadas. (Summers, 1966).

3.3 COMPONENTES.

Respecto a la estructura de las actitudes, tanto la perspectiva conceptual, como los enfoques empíricos y experimentales, según Katz y Stotland (1959), y Kreech (1962), una actitud se conforma de tres componentes:

1) Cognoscitivo:

Cuando hay una actitud hacia algún objeto, es necesario que exista un previo conocimiento de dicho objeto, implica siempre juicios de valor: deseable / indeseable, aceptable / inaceptable, favorable / desfavorable, de acuerdo / en desacuerdo. Este componente consiste en las percepciones del sujeto, estereotipos y creencias que se tiene acerca de un objeto. El número de elementos varía de una persona a otra. En todas las creencias que tenga una persona acerca de un objeto se incluyen las evaluativas, que son las más importantes para la actitud como concepto de disposición.

Un aspecto importante del componente cognoscitivo es que con este se asocia una serie de características o rasgos. De esta forma, Cada vez que se categoriza a un nuevo estímulo como parte de una categoría específica, por generalización se considera que tiene las características o

rasgos asociados con esta categoría. Este proceso de generalización es la que se suele llamar estereotipo. (Whittaker, 1979).

Se puede decir, entonces, que el componente cognoscitivo incluye tantos conceptos, creencias y datos como procesos perceptivos, de atención, de almacenamiento y registro, cognoscitivos complejos, neuronales, etc..

2) Emocional o afectivo:

Este componente es el sentimiento en favor o en contra de un objeto, es lo realmente característico de las actitudes. El componente afectivo se refiere a los sentimientos o emociones ligados con el objeto actitudinal. Cuando un sujeto verbaliza estos sentimientos o emociones, resulta que éstos son algo más que meramente emociones, también son cogniciones de sentimientos o emociones, pero son significativamente diferentes del componente cognoscitivo.

Las cogniciones de sentimientos y emociones no se refieren al objeto, sino al conocimiento del individuo que está respondiendo al objeto.

En general, se considera este componente como la respuesta afectiva o emotiva que va asociada con una categoría cognoscitiva a un objeto de la actitud. Fishbein citado en Whittaker (1979).

De acuerdo con esto, el componente afectivo se forma por los contactos que hayan ido ocurriendo entre la categoría y circunstancias placenteras o desagradables. Así, se incluyen aquí las vivencias, resonancias, emociones, sensibilidades, sentimientos, afectos, motivos y en general todos los procesos y conductas referidos a la escala placer / dolor.

Un aspecto importante es que al cambiarse las características asociadas con una categoría, se lograrán algunos cambios en el significado del componente afectivo de una actitud.

3) Reactivo, conductual o tendencial:

Incorpora la disposición a actuar de una manera dada entre el objeto de la actitud, que puede ser de acercamiento o de alejamiento. Las actitudes poseen un componente activo, instigador de conductas coherentes con las cogniciones y afectos relativos a los objetos actitudinales. (Mann, L 1966).

El componente conductual incluye el acto o la conducta a que se dedicará un individuo en presencia de ciertos estímulos; de manera que puede ayudar a predecir que conducta mostrará un individuo cuando se enfrente con el objeto de la actitud. (Wittaker 1979).

De acuerdo con lo anterior, se puede decir que la activación o la disposición a actuar de modo específico hacia un objeto de la actitud, constituye el componente conductual.

Se ha aceptado generalmente que hay un lazo entre los componentes cognoscitivos, particularmente las creencias evaluativas y la disposición a responder del objeto. Además existe la noción general de que estas creencias y la dirección de la disposición de respuestas tienden a ser compatibles.

Los componentes de las actitudes pueden servir como criterio para clasificar las definiciones del concepto en términos del tipo y número que se incluyen en cada una de ellas. (Baron, Byrne y Griffit citado en Salazar 1986).

Collins (citado en Salazar), incluye un componente en su definición sobre actitud considerando a este como: "... un sentimiento de que un objeto actitudinal es bueno o malo, justo o injusto ...". Se trata de definiciones que consideran las actitudes como la tendencia a evaluar un objeto en términos positivos o negativos.

No puede dejar de señalarse también que, pese a las discrepancias que existen entre los diversos autores, la inmensa mayoría de los intentos de medición de actitudes sólo se enfoca hacia el componente

afectivo, ya sea por su mayor accesibilidad, o por el particular interés o punto de vista de los investigadores.

Lo que se requiere como base de inferencia con respecto a la actitud, son muestras de conductas que revelan las creencias, sentimientos y tendencias de acción propias del individuos con relación al objeto en cuestión. (Summers 1986; Katz, D. y Stotland, E. 1959; Kreech, D. 1962; Cross, Michael 1979 y Salazar, J.M. y Cols. 1986).

3.4 FUNCIONES.

Las actitudes se mantienen debido a que cumplen ciertas funciones. Su aparición, fuerza y posibilidad de cambio depende del tipo de función que desempeñan.

Mc Guire (1969), indica las siguientes funciones:

- De ajuste. Al permitir que el sujeto logre las metas deseadas.

- Ego defensivas. Por medio de la actitud, el individuo tiene una idea más clara de la realidad y con ello se protege de situaciones desagradables.

- De autorrealización. Libera las tensiones acumuladas y permite que el individuo exprese sus valores en forma catártica.

- De conocimiento. Permite que el sujeto establezca ciertas reacciones frente al objeto. Organizando el significado del ambiente y dándole consistencia. (Salazar, J.M. y Cols. 1986 y Mc Guire, W.J 1969).

Para Katz (1960) y Mann L. (1986), el mantenimiento y la modificación de las actitudes sociales cumplen cuatro funciones diferentes en la personalidad:

1) Adaptación.

También llamada función instrumental o utilitaria, y se refiere a la motivación del individuo por tratar de hacer máxima la recompensa o gratificación y mínimo el sufrimiento o castigo. Es decir, que la persona está motivada para adoptar las actitudes que le proporcionen la aprobación y la estima de su familia, de sus amigos y de sus compañeros.

2) Expresión de valores.

El individuo obtiene satisfacción mediante la expresión de actitudes apropiadas a sus valores personales y a su concepto de si mismo. Estos valores personales y este autoconcepto son sistemas integrados de actitudes que se aprenden en la niñez, a partir de identificaciones con los padres y otras figuras significativas y así constituyen el núcleo central de la personalidad.

3) Conocimiento.

Se basa en la necesidad de comprender, de dar sentido y de dotar de una estructura adecuada al universo.

4) Defensa del Yo.

Esta función proporciona protección, impidiendo el conocimiento de verdades básicas, pero desagradables, acerca de la vulnerabilidad a la enfermedad y a la muerte, de las debilidades, inseguridades, y sobre realidades terribles del mundo exterior. Los mecanismos mediante los cuales el individuo se protege a sí mismo de las tensiones y angustias asociadas a motivos inaceptables y amenazas atemorizantes, se conocen como mecanismos de defensa del Yo.

Jones, E. (1980) y Gerard, H. (1967), señalan que las actitudes deben cumplir una función, la cual clasifican en dos puntos principales:

- 1) En cuanto a que son disposiciones hacia los objetos que pertenecen a ciertas categorías cognitivas y promueven una economía ajustable, al proveer al individuo de una base para hacer juicios y tomar decisiones.
- 2) Las actitudes conceden al individuo una mayor estabilidad y predictibilidad social, haciendo posibles las interacciones humanas.

3.5 PROPIEDADES.

Como una estructura hipotética, una actitud es definida por las propiedades asignadas a sus formulaciones teóricas, estas propiedades se pueden tratar como dimensiones que pueden ser conceptualizadas y medidas en varios grados:

1) Dirección.

Las actitudes generalmente son concebidas como un enfrentamiento de la representación de componentes favorables o desfavorables. De un lado los sentimientos, apreciaciones o tendencias positivas para la aprobación, aproximación o apoyo del objeto y en el otro lado, los sentimientos, apreciaciones y tendencias negativas para evitar el objeto.

2) Magnitud.

La magnitud o extremo de una actitud se refiere a su grado de Ofavorabilidad o desfavorabilidad.

3) Intensidad.

Se refiere a la " fuerza de los sentimientos" asociados con una actitud.

4) Ambivalencia.

Se relaciona con la concepción de dirección en términos bipolares y la observación empírica de que ambos componentes - favorable y desfavorable - pueden estar presentes en la composición de una actitud.

5) Diferenciación.

Es la característica distintiva de una actitud o la disponibilidad con la cual la persona lo expresa. Está estrechamente relacionada con la propiedad de centralización, la cual es la importancia del objeto focal de la persona.

6) Diferenciación afectiva.

El grado de contribución de cada uno de los componentes de la actitud (afectiva, cognitiva y conductual). Pueden ser por sí mismos considerados como una propiedad. El término diferenciación afectiva ha sido

usado para referirse al grado en el que el punto de vista de la persona hacia el objeto está dominado por el contenido afectivo.

7) Complejidad cognitiva.

Se refiere a la elaboración del componente cognitivo de una actitud, la riqueza del contenido ideacional o del número de ideas que la persona tiene acerca de un objeto.

8) Externalización.

Es la característica del componente conductual. Puede ser designado como el grado de la manifestación de la actitud.

9) Aislamiento.

Se ha dicho que una actitud puede existir en relativo aislamiento de otros elementos cognitivos (valores, creencias), o pueden estar relacionadas con tales elementos a través de asociaciones, clasificaciones, racionalizaciones, etc. El grado de aislamiento versus conexión, está referido por el término aislamiento.

10) Flexibilidad.

Es la facilidad con la cual una actitud puede ser modificada por una gran variedad de presiones. Frecuentemente esta propiedad ha sido considerada como una característica propia de algunas personas, antes que como una actitud en sí.

11) Conciencia.

Se refiere a los componentes cognitivo y afectivo que están presentes y son verbalizados por la persona. (Cuevas, Martha 1981).

3.6 MEDICIÓN DE LAS ACTITUDES.

Se ha señalado que uno de los propósitos principales de la investigación, es medir las actitudes de los padres hacia sus hijos con deficiencia mental, por lo que después de considerar las propiedades, funciones y características generales de las actitudes, es necesario ahora abordar el tema de su medición.

Al respecto, cabe señalar que los científicos sociales han creado una gran variedad de procedimientos para medir; pero aquí consideraremos

brevemente sólo algunas mediciones mediante escalas, las cuales servirán como base para el estudio.

1.- Escalas de Thurstone.

Thurstone (citado en Vander, Z; 1986), trató de elaborar un modelo a partir del cual se pudiera construir una escala en un continuo psicológico y situar en ella los estímulos sin necesidad de recurrir a ninguna operación en el continuo físico.

Este modelo se incluye dentro del grupo de escalas, conocido con el nombre de escalas de *juicio*, debido a que cada sujeto debe emitir un juicio en la escala, y a partir de ese juicio, llevar a cabo la ordenación y medición de los mismos.

La escala Thurstone se basa en el método de los intervalos de igual apariencia, el cual se fundamenta en el supuesto de que es posible clasificar a cada uno de los estímulos a lo largo de un continuo psicológico dividido en una serie de categorías ordenadas, con una misma amplitud de los intervalos asociados a cada una de las categorías.

De acuerdo con estas bases reunió primero un gran número de enunciados claramente formulados acerca de un tema, como por ejemplo, la actitud hacia la deficiencia mental, que es el tipo de actitud que se tratará en

este estudio. A continuación hizo que un conjunto de personas juzgará tales enunciados, no en función de sus propias actitudes, sino en función del grado en que cada enunciado estaba en favor o en contra de un determinado objeto o valor. (Vander, 1966).

Se asignaron números a los enunciados según una escala que habitualmente iba del uno al once, y en la que el uno correspondía a una opinión extremadamente a favor y el once a una opinión extremadamente en contra. Finalmente, se suman todos los valores de escala en los ítems marcados por los sujetos, obteniéndose así un puntaje total.

2.- Escala de Likert.

Rensis Likert, conocido en el mundo por sus trabajos en psicología organizacional que debe su reputación principalmente a la elaboración de escalas y cuestionarios. Se recopila y revisa cuidadosamente una serie de pronunciamientos que expresan una amplia gama de actitudes sobre una cuestión particular, desde aquellos que están totalmente a favor, hasta aquellas que están totalmente en contra. (Vander, 1966).

Para cada enunciado el sujeto marca o subraya una de cinco respuestas posibles como las siguientes:

- | | | |
|---------------------------|------------------------------|--------------|
| 1) Totalmente de acuerdo; | 2) de acuerdo; | 3) indeciso; |
| 4) en desacuerdo; | 5) totalmente en desacuerdo. | |

Sumando los valores de cada rubro marcado, se obtiene un puntaje total de cada sujeto. En esta escala las ponderaciones de uno, dos, tres, cuatro o cinco, denotan el grado en que la respuesta es favorable o desfavorable.

3.- Escala de Guttman.

Otra de las formas más importantes para medir actitudes es el análisis de escalograma creado por Louis Guttman.

Con base a esta escala, conociendo el puntaje de un individuo, es posible saber con exactitud con cuáles rubros él estuvo de acuerdo, fundamentándose en el hecho de que si una actitud cualquiera aparece a lo largo de un continuo que va de lo favorable a lo desfavorable, entonces es posible establecer los ítems de un cuestionario de tal manera que revelan el sentir de la persona paso a paso. (Vander, 1986).

En este sentido, se considera que entre los ítems de la escala hay una relación acumulativa.

4.- Escala del Diferencial Semántico.

Esta escala fue creada por Charles E. Osgood y sus colaboradores citado en Vander (1986), para medir el significado connotativo de un concepto, que puede ser una persona, un producto, un grupo o cualquier otra cosa.

Con base en esta escala, se solicita al sujeto que califique el concepto en cuestión en una serie de escalas bipolares de siete puntos. Por ejemplo, sobre la opinión referente a la personalidad de una persona, se debe marcar con una cruz sobre uno de los siete guiones que aparecen entre ambas cualidades de las columnas que se indican a continuación.

Débil	_____	Fuerte
Prudente	_____	Impulsiva
Mala	_____	Buena
Benévola	_____	Cruel
Sincera	_____	Insincera

Esta escala suministra un método para medir la similitud o diferencia entre los individuos en cuanto a sus conceptos sobre un objeto determinado.

3.7 LAS ACTITUDES RESPECTO DE LOS DEFICIENTES MENTALES.

Las escalas para la medición de actitudes que han sido presentadas, se pueden aplicar a cualquier tipo de actitud, pero en este caso, serán consideradas particularmente para el estudio de las actitudes respecto a las deficiencias mentales, por lo que una vez considerados los aspectos generales, corresponde ahora abordar particularmente este tipo de actitudes.

Al respecto, cabe señalar que las actitudes básicas que se pueden identificar con relación a los deficientes mentales son el rechazo, la protección, la valoración o desvalorización y la actitud predominante que ha ido cambiando a través del tiempo.

En efecto, actualmente la deficiencia mental se considera como un caso particular de las anomalías del hombre, pero se necesitó mucho tiempo para considerarlas de esta forma, hasta épocas recientes, los deficientes mentales se confundían con muchos otros sujetos a los que en términos generales se consideraban como anormales.

En las concepciones populares la confusión persiste, pues no disponen más que de una categoría general de niños anormales. Los seres anormales así considerados globalmente, despiertan actitudes opuestas,

pero en realidad ligadas por raíces comunes de valoración y desvalorización; el rechazo y la protección. (Zazzo, 1973).

En este sentido, se considera que el rechazo del anormal e incluso simplemente del diferente, constituye una reacción primitiva fundamental y en la base de este rechazo se encuentra siempre el temor.

A fines del siglo XIX y principios del XX se crean un número creciente de instituciones y organismos consagrados a los deficientes mentales medios y profundos, respondiendo a unas necesidades sociales de las que finalmente se ha tomado conciencia.

Paralelamente, se desarrollan nuevas actitudes hacia los problemas planteados por los deficientes ligeros. La institución de la escolaridad primaria obligatoria fue la base para tomar conciencia. Después de varios años de funcionamiento de las clases, se observó que ciertos niños eran incapaces de seguir y que, en muchos de ellos, el fracaso escolar parecía imputable a la insuficiencia de los medios intelectuales.

En el caso de estos niños, se trataba de una incapacidad intelectual relativamente leve, que en general sólo se ponía de manifiesto a través de la obligación escolar.

Para afrontar la situación se presentan dos opciones: la primera era admitir excepciones a la regla de la obligatoriedad escolar, en tanto que la segunda solución era crear clases especiales para reagrupar a los que tenían desventajas intelectuales.

En la mayoría de los casos, se optó por la segunda opción, traduciendo una actitud humanitaria y educativa basada en la idea de que resultaba moralmente imposible y socialmente molesto abandonarles a los azares de la vida sin ninguna educación particular, y esto precisamente a causa de su insuficiencia. (Zazzo, 1973).

Paradójicamente, las tendencias humanitarias que apoyaron la creación de la escuela para todos y, en el seno de esta escuela, de las clases para deficientes mentales, se crearon las condiciones de una actitud temerosa.

A partir de la década de los 30's se inicia una evolución de las actitudes y las concepciones concretadas después de acabada la Segunda Guerra Mundial. El medio retrocede, en razón precisamente de los progresos del conocimiento.

Así, lo que caracteriza el período reciente es un cambio de actitud respecto a los deficientes mentales, así como una revolución en las ideas que se creían adquiridas respecto a la deficiencia mental.

3.8 ACTITUDES HACIA LA DEFICIENCIA MENTAL EN MEXICO.

En general, los estudios realizados, a través del tiempo, sobre las actitudes de la sociedad frente a la deficiencia mental reflejan un cambio positivo en los últimos años. Sin embargo, pueden existir algunas comunidades que mantienen fuertes actitudes negativas hacia las personas discapacitadas, de manera que resulta más difícil el ajuste o integración de estas a su comunidad.

Así, para analizar y comprender las actitudes de los padres mexicanos frente a sus hijos con deficiencia mental, no es suficiente con el estudio de las actitudes respecto de las deficiencias mentales en general, sino que también se requiere un estudio en el contexto mexicano, por lo que en esta parte corresponde hacer algunas consideraciones relacionadas con las actitudes hacia la deficiencia mental en México.

Al respecto hay que señalar que las investigaciones en nuestro país, referente a las actitudes hacia la deficiencia mental están cobrando mayor importancia en los últimos años.

Entre ellos destaca, por ejemplo un estudio realizado por Antunez (1980) el cual tenía el propósito de evaluar y determinar si había

diferencias entre las relaciones familiares en 50 familias donde hay un miembro deficiente mental y 50 familias donde no hay un miembro con deficiencia mental, encontrando que la presencia de un hijo con deficiencia mental produce alteraciones de pareja como en la interacción familiar, ya que al saber que su hijo presentaba un cuadro de deficiencia mental el 90% de los padres entrevistados se resistió a aceptar que su hijo tenía problemas, sintiendo desilusión, frustración, rechazo e incertidumbre por el futuro de su hijo; más tarde sobrevino un sentimiento de culpa por la presencia del cuadro en su hijo, por lo que tendieron a buscar ayuda profesional. El 85% de los padres entrevistados no piensan que su hijo arruino su vida, niegan el hecho de que su hijo haya modificado su vida pero afirman, sin embargo, que sí su hijo no existiera su vida sería más tranquila.

Respecto a la interacción familiar el 95% de los padres afirman que no tratan de igual forma a todos sus hijos, pues el que presenta deficiencia mental requiere de mayor atención y de ayuda.

En general, los resultados de esta investigación demuestran que si hay diferencias entre las relaciones familiares donde existe un hijo con deficiencia mental y donde no lo hay.

Por otro lado en la investigación llevada a cabo por Sosa (1987), se evaluó el tipo de actitud que tenían los padres hacia sus hijos con

deficiencia mental. Se tomaron como actitudes negativas la no aceptación del problema del hijo y la sobreprotección; y como actitudes positivas la aceptación familiar. Se encuestaron a 50 familias mediante un cuestionario dividido en seis áreas; los resultados que se obtuvieron en cada una de ellas son los siguientes:

1.- *Conocimiento del Padecimiento de la Deficiencia Mental.* El 66% de los padres mencionó que tenía información acerca de la deficiencia mental proporcionada por la institución a la que acude su hijo, el 24% dijo que no tenía mucha información y el 10% no sabía nada acerca del tema.

2.- *Detección de Deficiencia Mental en su Hijo.* El 44% de los padres informó haber detectado el problema de su hijo al año de edad del pequeño, el 40% antes de que su hijo cumpliera un año y el 16 % cuando empezó a estar enfermo su hijo.

3.- *Actitudes Familiares hacia el Hijo con Deficiencia Mental.* El 64% lo consideró un conflicto y el 36% no tuvo problemas por la presencia de su hijo. El 80% de los padres menciona ser sobreprotector.

4.- *Aceptación Social del Deficiente Mental.* Afirieron el 84% de los padres que el adolescente con deficiencia mental es rechazado, porque la sociedad considera que su problema es contagioso, por su aspecto físico, además de que la sociedad le da poca importancia a su educación; sólo el

16% pensó que los adolescentes con deficiencia mental son aceptados en su comunidad.

5.- *Actividades del Cuidado Personal.* El 32 % de los padres afirmó que sus hijos puedan realizar todo tipo de conductas de autocuidado, el 30% que solo las referentes al aseo, el 20% las referidas a la alimentación y el resto a que ninguna actividad pueden realizar por ellos mismos.

6.- *Tipo de Escuela a la que Asisten sus Hijos.* El 76% asiste a escuelas especiales, para personas con deficiencia mental, el 16 % acude a escuelas regulares y el 8% no acude a la escuela.

De acuerdo con los resultados anteriores de la investigación, se concluye que la falta de información sobre la deficiencia mental, el desconocimiento del tipo de conductas que una persona que la manifiesta pueda aprender, los sentimientos que les produjo saber que su hijo tenía deficiencia mental y el rechazo que la sociedad mantiene para las personas con deficiencia, fomenta que los padres de hijos con deficiencia mental tengan una actitud de rechazo hacia ellos por lo que sólo una pequeña parte de la población entrevistada ha aceptado el problema y lo ha manejado adecuadamente a fin de lograr integrarlo a su comunidad encauzándolo a adaptarse dentro de sus posibilidades.

Para finalizar se puede decir, que aún cuando no se ha desarrollado suficientemente la investigación de actitudes hacia la deficiencia mental en México, se pueden encontrar interesantes estudios sobre el tema, que constituyen antecedentes para nuestra investigación.

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

Hasta aquí se han expuesto los aspectos teóricos y conceptuales más relevantes sobre la deficiencia mental, viendo que se pueden adoptar diferentes actitudes ante este problema, y que existen diferentes técnicas o escalas para su medición.

Pero tales elementos no serían de gran utilidad sino se aplican al análisis en una situación en la realidad que estamos viviendo.

Así, con fundamento en los aspectos presentados en los capítulos anteriores, corresponde ahora proceder a desarrollar una metodología para la realización de la investigación y lograr los resultados deseados.

Para ello en primera instancia, es necesario precisar el tipo de investigación que se realizará; así mismo se requiere determinar los objetivos de la medición; plantear el tema de la investigación; la hipótesis de trabajo, las variables y su operacionalización; el diseño de los instrumentos para hacer la medición, la determinación de la muestra y el escenario; el diseño estadístico; el procedimiento; el procedimiento y la aplicación de los instrumentos.

4.1 TIPO DE INVESTIGACION.

De acuerdo al tipo de investigación planteado, éste proyecto es en cuanto a su aplicación, de tipo descriptivo con el propósito de comparar y evaluar las actitudes de los padres hacia sus hijos deficientes mentales; la aceptación del hijo, la interacción de los padres (relación de pareja). Así como también comprobar si el tener un hijo deficiente mental superficial puede ser causa de que la familia se vea alterada por problemas emocionales en cada uno de los miembros que la integran.

Será descriptivo porque se tratará de describir sistemáticamente una situación o áreas de interés (en éste caso serán los sentimientos de culpa, rechazo, aceptación, sobreprotección, etc . es decir; las actitudes de los padres hacia sus hijos deficientes). Así como recabar la información que describe el fenómeno, hacer comparaciones y evaluaciones, para llevar a cabo esto se tomará a padres con hijos deficientes mentales superficiales con un C.I. entre 50 - 70 y padres con hijos "normales" de un C: I. de 90 en adelante que acuden a una escuela normal.

4.2 OBJETIVOS DE LA MEDICION.

- El objetivo general de la investigación:

Es determinar por medio de la prueba (Escala de Actitudes), cuales son las actitudes y sentimientos de los padres hacia sus hijos deficientes mentales superficiales.

- Objetivos Específicos:

1. Analizar si existen diferencias significativas en la manera de educar a sus hijos, en los padres de niños deficientes mentales con los padres de hijos "normales".
2. Identificar si la edad, escolaridad y ocupación de los padres es un factor determinante en la actitud hacia su hijo deficiente mental.
3. Comprobar que la relación conyugal no necesariamente se puede ver alterada porque exista un hijo deficiente mental en la familia.
4. Determinar si el tener un hijo deficiente mental y el concepto de sí mismo de los padres (Padre - Madre) se pueden ver modificados en las actitudes hacia su hijo por la presencia de éste.

4.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

1.- Existen cambios en las actitudes de los padres por la presencia de un hijo con Deficiencia Mental.

2.- La incapacidad del hijo puede provocar que los padres se sientan desanimados y esto los lleve a tener actitudes negativas hacia el deficiente.

3.- Un discapacitado en la familia puede causar problemas en la relación conyugal.

4.- Es la sobreprotección en los padres lo que impide su desarrollo en una persona con características especiales.

5.- Es la aceptación por parte de los padres hacia sus hijos con Deficiencia Mental Leve lo que ayuda principalmente a superar sus limitaciones.

4.4. HIPOTESIS.

1. **Hi:** Las Relaciones Intrafamiliares en donde existe un hijo con deficiencia mental leve presentan diferencias significativas comparadas con las relaciones familiares donde hay hijos normales.

Ho: Las Relaciones Intrafamiliares en donde existe un hijo con deficiencia mental leve no presentan diferencias significativas comparadas con las relaciones familiares donde hay hijos normales.

2. **Hi:** La actitud de los padres hacia sus hijos de 6 - 12 años con deficiencia mental leve es de rechazo.

Ho: La actitud de los padres hacia sus hijos de 6 - 12 años con deficiencia mental leve no es de rechazo.

3. **Hi:** Un miembro especial en la familia sí origina problemas entre la pareja.

Ho: Un miembro especial en la familia no necesariamente origina problemas entre la pareja.

4. **Hi:** Existen actitudes de sobreprotección en los padres que tienen hijos de 6 - 12 años con retraso mental superficial.

Ho: No existen actitudes de sobreprotección en los padres que tienen hijos de 6 -12 años con retraso mental superficial.

5. **Hi:** Es la aceptación por parte de los padres hacia sus hijos con discapacidad lo que ayuda principalmente a superar sus limitaciones.

Ho: No es la aceptación por parte de los padres hacia sus hijos con discapacidad lo que ayuda principalmente a superar sus limitaciones.

4.5 VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN.

Las variables de éste proyecto son las siguientes:

1) Variable Dependiente (VD) = Actitud de los padres (Padre - Madre), sentimientos de culpa, rechazo, aceptación o sobreprotección.

2) Variable Independiente (VI) = Son las siguientes:

- a) VI = La deficiencia mental del hijo.
- b) VI = La relación de Pareja.
- c) VI = El concepto de sí mismo de cada uno de los padres (Padre - Madre).
- d) VI = Edad, escolaridad y ocupación de los padres.
- e) VI = La edad y el número de hermanos del deficiente mental.
- f) VI = La religión de los padres.
- g) VI = El nivel socioeconómico de los padres.

3) Variables Extrañas (VE) = Son las siguientes:

- a) VE= Problemas familiares de los padres (algún enfermo en la familia).
- b) VE= La no asistencia de los padres durante la aplicación de las pruebas.
- c) VE= No colaborar con el encuestador.

En cuanto a la operacionalización está será de tipo ordinal porque se pretende medir 3 o más atributos de manera cualitativa, la escala de aptitudes tendrá cinco opciones a responder.

Con respecto a la escala de medición será de tipo transversal porque se llevará una sola medición en dos grupos de sujetos; es decir, se aplicará una escala de aptitudes.

4.6. INSTRUMENTO

Se utilizo para evaluar la escala de actitudes de Lickert, que consta de una serie de preguntas que presentan cinco alternativas a responder. De ellas, la primera y la última expresan actitudes opuestas; los intermedios presentan menor graduación y la central de un punto neutro. Esta puede calificarse anotando 1, 2, 3, 4 y 5. Esta escala incluye grados de aceptación y rechazo. Las ventajas de la escala de Lickert estriba en que es sencilla y fácilmente calificada. Además de que permite por un lado la evocación directa de la respuesta emocional y evita circunscribir al sujeto a dos respuestas solamente.

También, se empleo un formato de entrevista para padres y un cuestionario socioeconómico con el objeto de tratar de ser homogénea la muestra y para investigar el factor socioeconómico de cada uno de ellos y considerar la posibilidad de que existiera un factor que afectará el estudio.

La razón de haber escogido este instrumento de medición; fue que presentaba muchas ventajas, tanto en su aplicación, que es rápida, como en el bajo costo en el material, que es sencillo (hojas, la impresión en máquina, el poco tiempo para construir los reactivos) además de evaluar un aspecto tan importante como son las actitudes que presentan los padres hacia sus hijos con deficiencia mental leve.

4.7. MUESTRA Y ESCENARIO

El primer paso para determinar la muestra que se considerará en la investigación es identificar la población o sujetos más apropiados para lograr los objetivos planteados.

Al respecto cabe señalar que los sujetos con los que se trabajó son padres que tienen niños con deficiencia mental leve y padres con hijos que acuden a una escuela primaria regular de un rango de 6 - 12 años de edad.

El siguiente paso es determinar el tipo de muestreo que se utilizará, el cual se indica a continuación.

Tipo de Muestreo.

- Muestreo intencionado.- En la cual la muestra no se escoge al azar.

Para este estudio se seleccionaron 40 padres con hijos deficientes mentales leves o superficiales (Gpo. Experimental) y 40 padres con hijos normales (Gpo. Control), los cuales se encontraban en el intervalo de edad ya antes mencionado.

Primero se formo una muestra de 40 sujetos (Gpo. Piloto), para validar la escala de actitudes de Lickert y tenga un grado de confiabilidad. Para esto, se requería que fuera homogénea y así obtener resultados precisos, se exigieron las siguientes características:

- a) Padres de niños deficiente mentales superficiales con un C.I. entre 50 - 70.
- b) Nivel socioeconómico medio - bajo.
- c) Edad de los menores entre 6 y 12 años.
- d) De ambos sexos.
- e) Que acuden a la escuela de educación especial.

Para todos los casos se tuvo acceso al expediente psicológico, médico y el reporte de la trabajadora social, para una mayor información del sujeto y al mismo tiempo para comprobar las características de la muestra, la cual es indispensable que sea realmente homogénea y así obtener resultados necesarios.

Posteriormente se llevó cabo otras dos muestras antes mencionadas.

- Gpo. Experimental de 40 sujetos con las características descritas anteriormente.

- Gpo. Control de 40 sujetos con las siguientes características:

a) Padres de niños que acuden a la escuela primaria regular.

b) Nivel socioeconómico medio - bajo.

c) Edad de los menores entre 6 y 12 años.

d) De ambos sexos.

En todos los casos se tuvo una entrevista en cual el padre o la madre comentaron el aprovechamiento académico y el comportamiento del menor.

Escenario.

La aplicación del instrumento se llevó a cabo en dos escuelas. La primera en una escuela de educación especial; que se sostiene con donativos y con una cuota baja y accesible para los padres que acuden ahí y

la segunda escuela es una primaria regular de gobierno cuyo nivel socioeconómico es medio bajo.

Lo que nos permite advertir el nivel económico medio bajo es el aspecto que tienen, la zona donde se encuentra ubicada y la colegiatura baja que pagan por asistir los pequeños.

4.8. DISEÑO

Es una investigación de campo de tipo descriptivo con el propósito de comparar y evaluar las actitudes de los padres hacia sus hijos deficientes mentales y la aceptación del hijo. Todo esto, con el objeto, de demostrar que el tener un hijo deficiente no necesariamente puede ser la causa de que la familia se vea alterada por problemas emocionales, en cada uno de los miembros que la integran.

Es descriptiva, porque se especifica sistemáticamente una situación (en este caso se refiere a los sentimientos de culpa, rechazo, aceptación, sobreprotección, etc. es decir; las actitudes de los padres hacia los hijos deficientes) recabando información que explique el fenómeno. Se analizan tres áreas:

- a) Area de relación Padre - Madre con hijo.
- b) Area de relación conyugal respecto al hijo deficiente mental superficial.
- c) Area de concepto de sí mismo.

Con la finalidad, de lograr respuestas concisas y cualitativas. Por medio de un instrumento que ha sido estudiado por pocos investigadores

pero que es muy importante para el avance en el área de educación especial y sobre todo porque es un medio para ayudar a los padres y al propio niño a superar sus limitaciones y por otras razones que se expusieron con anterioridad. Con respecto a su estadística, se utiliza un criterio general de calificación, cada afirmación precede a cinco alternativas, a cada una de éstas alternativas se le otorga valores numéricos de 1 a 5, correspondiéndole al que elabora la escala, determinar en que sentido (+ ó -) serán distribuidos los valores más altos. Esto es, de acuerdo al ítems favorable o desfavorable al objeto actitudinal que ésta siendo medido recibirán valores opuestos en sus alternativas de respuestas:

- Totalmente de acuerdo.
- De acuerdo.
- Indeciso.
- Totalmente en desacuerdo.
- En desacuerdo.

Posteriormente, se califica cada uno de los reactivos de la prueba, se saca la media y la desviación standart con el propósito de poder apreciar los resultados de cada reactivo y de la prueba en general.

4.9. PROCEDIMIENTO.

Se citó a los padres de niños deficientes mentales en la educación especial. La forma de hacer el comunicado a los padres, fue por medio de un citatorio enviado por la directora de dicho plantel. Posteriormente, se les pidió a los padres que pasarán al salón de clases y que tomarán asiento. Se empezó explicándoles el motivo de la reunión y se les pidió su cooperación para llevar a cabo el estudio, después se procedió a la aplicación de la prueba que antes se explicó en que consistía y se dio unos ejemplos de como contestarla. Al término de ésta se les agradeció su ayuda y se les invito a que expresarán sus opiniones acerca de la educación de sus hijos.

Asimismo, se llevó a cabo siguiendo el mismo procedimiento, a los padres que tienen hijos que acuden a la escuela primaria y que el director de dicho instituto citó en un salón de clases (padres con hijos de 6 a 12 años que no tienen problemas de conducta, ni de aprendizaje), se les explicó el motivo por el cuál fueron escogidos y se les pidió su ayuda para realizar este estudio. Posteriormente se les explicó como deberían de contestar la prueba por medio de unos ejemplos. Al finalizar se les agradeció su colaboración.

4.10. ANÁLISIS ESTADÍSTICO E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

Una vez concluida la aplicación de los instrumentos de acuerdo a la metodología descrita, es necesario preceder al análisis e interpretación de los datos obtenidos, a fin de identificar los resultados más relevantes que nos conduzcan al logro de los objetivos y a comprobar las hipótesis planteadas.

Para ello, a continuación se hace la interpretación de cada reactivo de la prueba, de acuerdo con los resultados estadísticos presentados en el anexo, señalando el tipo de actitud que se mostro: aceptación, rechazo o sobreprotección; así mismo si se trata de una actitud negativa o positiva, y el componente de la actitud que se incluye en cada reactivo específico, que puede ser afectivo, cognoscitivo o conductual.

Posteriormente se destacan los resultados más relevantes, de acuerdo con los datos obtenidos considerando una escala que va del 1 (total rechazo) al 5 (total aceptación).

Interpretación de Cada Reactivo de la Prueba

Reactivo	Tipo de Actitud	Componente de la Actitud	Tendencia Positiva o Negativa
1.- Es muy importante que los padres con hijos con necesidades especiales tengan también amistades que tengan el mismo problema.	Aceptación.	Cognoscitivo.	Positiva.
2.- Cuando un hijo con deficiencia se comporta mal ante las demás personas es motivo para rechazarlo.	Rechazo	Conductual	Negativa
3.- Un niño que es débil mental siente lo mismo que un niño normal.	Aceptación	Afectivo	Positiva
4.- Es suficiente con que uno de los padres decida que tratamiento recibirá su hijo sin importar la opinión de la pareja.	Sobreprotección	Cognoscitivo	Negativa
5.- Pocas veces se llega a comprender a un hijo con problemas.	Aceptación	Afectivo	Positiva
6.- Un niño con deficiencia mental debe acudir a una escuela especial.	Aceptación	Cognoscitivo	Positiva
7*.- Un hijo con incapacidad origina problemas entre la pareja.	Rechazo	Afectivo	Negativa
8.- Nunca se debe ocultar a los hijos deficientes de las demás personas.	Aceptación	Conductual	Positiva
9.- Algunos padres se sienten culpables por lo que les pasa a sus hijos y no hacen nada por ayudarlos.	Sobreprotección	Afectivo	Negativa
10*.- Un hijo con problemas es un estorbo en la familia.	Rechazo	Afectivo	Negativa
11.- Se le debe dar al hijo apoyo para integrarlo a la sociedad.	Aceptación	Cognoscitivo	Positiva
12.- Se considera que el desarrollo físico en un niño no tiene nada que ver con el retraso mental.	Sobreprotección	Cognoscitivo	Negativa
13.- Los padres deben de hacer todo lo posible por no desesperarse con su hijo.	Aceptación	Afectivo	Positiva
14.- Se ha llegado a la conclusión que es inútil todo lo que se haga por el hijo discapacitado.	Rechazo	Cognoscitivo	Negativa
15.- Algunos padres con niños que muestran rechazo pueden llegar a sentirse orgullosos de sus logros que alcanzan gracias a la ayuda de ellos y de los psicólogos.	Aceptación	Afectivo	Positiva
16.- Los padres de un deficiente mental pueden enseñar al hijo lo esencial sin necesidad de llevarlo a una escuela especial.	Sobreprotección	Conductual	Negativa
17*.- No necesariamente un hijo con incapacidad origina problemas entre la pareja.	Aceptación	Cognoscitivo	Positiva
18.- Un padre Puede llegar a sentir rencor hacia su hijo deficiente.	Rechazo	Afectivo	Negativa
19.- La comunidad nunca aceptará a un deficiente mental.	Rechazo	Cognoscitivo	Negativa
20.- Es muy importante que los padres estén de acuerdo en el tratamiento que recibirá su hijo y apoyen el equipo multidisciplinario que lo atenderá.	Aceptación	Cognoscitivo	Positiva
21.- Los hijos con retraso mental llegan a causar grandes vergüenzas.	Rechazo	Afectivo	Negativa

Interpretación de Cada Reactivo de la Prueba

Reactivo	Tipo de Actitud	Componente de la Actitud	Tendencia Positiva o Negativa
22.- No debe considerarse al hijo con incapacidad como un estorbo en la familia, porque, en vez de ayudarlo se le hará un daño.	Aceptación	Cognoscitivo	Positiva
23.- A un niño con deficiencias si se lleva a terapia, llegará a ser normal como los demás niños.	Sobreprotección	Cognoscitivo	Negativa
24.- Es muy importante que al hijo deficiente se le deje jugar con otros niños normales.	Aceptación	Cognoscitivo	Positiva
25.- Existen diversas formas de ayudar a un niño con necesidades especiales mejor que un apoyo terapéutico.	Sobreprotección	Conductual	Negativa
26.- Un niño con necesidades especiales necesita atención psicológica.	Aceptación	Cognoscitivo	Positiva
27.- Para que las demás personas no nos retiren su amistad es mejor ocultar al hijo deficiente.	Rechazo	Afectivo	Negativa
28.- Hay que despreciar y molestar a la gente que se burla de un retrasado mental.	Sobreprotección	Afectivo	Negativa
29.- Para que la familia salga adelante es importante que acepten la discapacidad de su hijo y estén concientes de sus impedimentos.	Aceptación	Cognoscitivo	Positiva
30*.- Un hijo que es deficiente es el causante de que los padres se divorcien.	Rechazo	Conductual	Negativa
31.- Un niño con deficiencia no puede curarse de un día para otro, pero si puede mejorar en algunas cosas que antes no podía realizar.	Aceptación	Cognoscitivo	Positiva
32.- Es preferible tener amistades que no tienen hijos con deficiencia.	Rechazo	Conductual	Negativa
33.- Con ayuda de terapia y apoyo por parte de los padres, familiares y amigos; el niño con discapacidad poco a poco superará sus limitaciones.	Aceptación	Cognoscitivo	Positiva
34.- Los padres no necesitan ir a terapia porque ellos no son los que tienen deficiencia sino los hijos.	Rechazo	Conductual	Negativa
35.- Se hace lo posible por que la gente que nos rodea conozca el problema del hijo para que lo acepten, comprendan y ayuden.	Aceptación	Cognoscitivo	Positiva

Tabla de Datos del Grupo Piloto.

reactivo sujeto	+	+	-	+	+	-	+	-	+	-	-	+	-	-	+	-	+	+	-	+	-	+
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
1	5	4	2	5	4	2	5	2	4	3	4	4	4	5	4	3	4	4	1	2	3	4
2	5	5	3	5	5	4	5	1	5	5	5	5	5	5	5	3	2	5	2	5	5	5
3	5	4	3	4	4	4	4	1	5	4	5	4	4	5	5	4	5	4	1	2	2	5
4	1	5	3	5	5	5	5	1	5	5	5	5	4	4	5	5	5	4	2	4	3	1
5	4	4	2	4	4	4	4	2	4	2	4	4	2	4	5	2	2	4	2	3	2	2
6	1	4	2	4	4	5	2	1	5	4	5	4	4	2	5	5	3	4	2	4	4	1
7	4	4	2	3	3	2	4	4	4	2	3	4	2	4	4	2	2	3	2	2	2	5
8	5	5	3	4	4	2	4	2	4	3	4	4	4	4	4	4	2	4	2	4	2	4
9	5	5	4	4	5	4	5	1	5	4	5	3	4	5	5	4	4	4	1	4	2	5
10	5	4	3	5	4	4	5	2	5	4	5	4	5	5	5	5	1	5	2	5	4	5
11	4	4	3	4	4	1	4	3	4	4	4	5	5	4	4	5	4	5	2	4	1	5
13	5	5	1	3	4	1	5	4	4	2	4	4	5	5	4	3	5	3	2	3	1	4
14	2	5	3	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	2	5	2	5	5	5
15	5	5	3	3	4	2	4	2	4	3	4	4	4	4	4	2	4	4	2	4	4	2
16	4	5	4	5	4	4	5	1	5	3	5	5	5	5	5	4	5	5	1	5	4	5
17	2	5	4	2	4	4	5	1	5	4	4	4	4	5	4	5	5	5	2	4	2	5
18	5	5	4	5	5	4	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	2	5	2	4	4	5
19	5	5	3	5	5	4	5	1	5	4	4	4	4	4	5	2	4	5	2	2	2	5
20	2	5	2	5	5	5	5	1	5	5	4	4	4	4	4	5	4	5	5	2	4	5
21	5	5	3	4	4	4	5	1	5	5	5	4	4	4	5	5	4	5	2	4	2	5
22	4	5	4	4	5	4	5	1	5	2	4	3	3	4	5	4	5	5	2	2	2	5
23	5	5	4	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5	4	5
24	5	5	4	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	2	4	4	5
25	5	5	2	5	5	4	4	1	5	4	5	5	4	4	4	4	4	5	1	4	2	5
26	5	5	2	5	5	4	5	1	5	4	4	4	4	4	5	3	2	4	2	2	2	4
27	4	4	2	2	4	2	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	5	2	4	2	4
28	4	4	4	2	4	4	4	4	4	5	5	4	5	2	4	5	4	5	2	2	3	5
29	5	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	2	4	3	5
30	4	3	4	2	4	2	5	2	3	2	2	3	2	2	4	3	1	3	1	2	2	3
31	5	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	3	5	4	5
32	5	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	2	5	5	5
33	4	5	2	4	4	4	5	1	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	1	4	2	4
34	5	5	1	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2	2	4
35	4	4	3	2	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	5	5	4	2	4	3	5
36	5	5	4	5	5	4	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	2	5	4	5
37	4	5	4	4	4	5	5	4	5	4	4	4	4	4	4	5	5	5	2	4	4	5
38	4	4	2	3	4	2	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	2	5
39	3	4	2	3	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	2	5	3	4
40	5	5	5	5	4	5	5	2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	4	4	5

Tabla de Datos del Grupo Piloto.

(Continuación)

reactivo sujeto	-	+	-	-	+	-	+	+	-	+	-	-	-	+	+	-	-	+	+	-	-	+	-
	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45
1	4	3	2	1	5	4	4	4	2	4	4	5	2	4	5	4	4	4	4	1	2	4	3
2	2	5	4	2	5	4	5	5	4	5	3	5	1	5	5	3	5	5	5	2	3	5	4
3	2	4	2	2	4	4	4	5	2	4	3	2	1	5	5	4	2	4	4	1	2	5	4
4	4	4	4	4	5	4	4	5	4	5	5	5	2	4	4	4	4	5	4	4	4	4	5
5	2	3	2	1	4	3	4	4	2	4	3	3	5	4	4	4	4	4	4	2	4	3	3
6	2	4	2	2	4	2	4	5	2	5	4	5	1	5	5	2	2	4	5	2	2	5	5
7	1	3	2	2	4	2	4	4	2	4	2	2	1	3	4	2	3	4	2	2	4	4	4
8	3	4	2	1	5	4	4	4	2	4	4	5	1	5	5	4	4	4	5	4	5	5	5
9	3	4	2	2	5	4	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4	4	5	5	4	4	5	5
10	4	5	3	2	5	4	5	5	4	5	5	5	4	5	5	4	4	5	4	4	4	5	5
11	3	3	3	4	5	4	4	5	2	4	4	4	2	4	5	2	3	4	4	2	2	5	5
12	1	1	1	1	4	2	4	5	2	4	2	2	1	4	3	1	3	4	5	1	2	4	4
13	1	1	1	4	4	1	4	5	1	2	2	4	1	2	3	1	1	3	4	1	1	4	4
14	4	5	5	3	5	4	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5
15	2	4	1	1	4	3	4	4	3	4	2	3	2	4	4	2	4	4	2	2	4	3	3
16	2	5	3	4	5	4	5	5	5	5	4	5	5	5	5	4	4	5	4	4	4	5	5
17	2	4	2	4	5	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	4
18	4	5	3	4	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
19	2	5	2	3	5	4	5	5	4	5	4	5	4	5	5	4	4	4	5	4	4	5	5
20	4	5	4	3	5	4	5	5	4	5	4	5	5	5	5	4	4	5	5	4	5	5	5
21	4	5	2	3	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5
22	4	4	3	4	5	5	5	5	4	5	4	5	4	5	5	4	4	5	4	4	2	5	5
23	4	5	4	4	5	5	5	5	4	5	4	5	4	5	5	4	4	5	5	5	4	5	5
24	4	5	3	4	5	4	5	4	4	5	4	4	4	5	5	4	4	5	5	4	4	5	5
25	4	5	3	4	5	5	5	5	4	5	4	5	3	5	5	4	4	5	5	4	4	5	5
26	2	3	1	1	4	3	4	5	2	4	3	4	2	4	4	4	2	4	4	2	2	4	4
27	1	4	2	2	4	4	4	4	4	4	2	4	2	4	4	2	2	3	3	2	4	4	4
28	4	4	4	3	4	4	2	5	4	5	4	4	2	4	2	2	4	4	4	4	4	5	4
29	4	4	4	4	5	5	5	5	4	5	5	4	4	5	2	4	4	4	4	2	2	5	5
30	2	2	2	2	4	2	2	3	1	3	2	2	2	4	2	2	3	3	4	2	2	4	3
31	4	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
32	5	5	5	4	5	4	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
34	2	3	2	2	4	3	4	4	2	4	2	3	2	4	3	2	4	3	4	2	2	4	4
35	2	4	4	1	4	4	5	5	3	4	2	4	4	4	2	2	2	4	4	2	4	4	5
36	4	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5
37	4	5	4	4	4	3	4	4	4	4	4	5	4	5	2	4	4	4	4	4	4	4	5
38	2	2	2	4	4	3	4	4	2	4	3	2	4	4	2	2	2	3	4	2	2	4	4
39	4	3	4	3	4	4	5	5	4	4	4	4	2	4	5	2	2	4	5	4	2	4	5
40	4	5	5	4	5	4	5	5	5	5	4	5	4	5	5	4	4	5	5	5	4	5	5

Interpretación de Datos.
De cada Sujeto del Grupo Piloto.

1	156
2	190
3	159*
4	184
5	146
6	154
7	132
8	167
9	188
10	193
11	166*
12	138*
13	121*
14	204
15	147
16	196
17	180
18	206
19	185
20	196

21	196
22	184
23	206
24	198
25	190
26	153
27	150
28	171
29	184
30	117*
31	214
32	215
33	148*
34	155
35	162
36	213
37	187
38	148*
39	168
40	207

1	117(30)	11	154(6)	21	184(4)	31	196(20)
2	121(13)	12	155(34)	22	184(22)	32	198(21)
3	132(7)	13	156(1)	23	184(29)	33	198(24)
4	138(12)	14	159(3)	24	185(19)	34	204(14)
5	146(5)	15	162(35)	25	187(37)	35	206(18)
6	147(15)	16	166(11)	26	188(9)	36	206(23)
7	148(33)	17	167(8)	27	190(2)	37	207(40)
8	148(38)	18	168(39)	28	190(25)	38	213(36)
9	150(27)	19	171(28)	29	193(10)	39	214(31)
10	153(26)	20	180(17)	30	196(16)	40	214(32)

Nota: El número dentro del paréntesis corresponde al número de cada uno de los ítems de la tabla anterior

Interpretación de Datos.

Total de cada Sujeto del Grupo Piloto, Ordenado de Menor a Mayor Puntuación.

1	117
2	121
3	132
4	138
5	146
6	147
7	148
8	148
9	150
10	153
11	154
12	155
13	156
14	159
15	162
16	166
17	167
18	168
19	171
20	180

21	184
22	184
23	184
24	185
25	187
26	188
27	190
28	190
29	193
30	196
31	196
32	196
33	198
34	204
35	206
36	206
37	207
38	213
39	214
40	215

Interpretación de Datos.

Puntaje Inferior y Superior de cada Sujeto del Grupo Piloto.

1	117
2	121
3	132
4	138
5	146
6	147
7	148
8	148
9	150
10	153
11	154
12	155
13	156
14	159
15	162
16	166
17	167
18	168
19	171
20	180

$$3038 \div 20 = 151.9$$

$$3038 + 3936 = 6974 \div 40 = 174.35$$

$$151.9 + 196.8 = 348.7 \div 2$$

$$X_I = 151.9$$

$$\bar{X} = 174.35$$

$$X_S = 169.8$$

21	184
22	184
23	184
24	185
25	187
26	188
27	190
28	190
29	193
30	196
31	196
32	196
33	198
34	204
35	206
36	206
37	207
38	213
39	214
40	215

$$3936 \div 20 = 196.8$$

Interpretación de Datos.
De cada Reactivo del Grupo Piloto.

1	169
2	185
3	121
4	160
5	175
6	145
7	181
8	74
9	182
10	155
11	175
12	170
13	164
14	169
15	181
16	169
17	151
18	179
19	71
20	147
21	115
22	176
23	118

24	158
25	116
26	115
27	183
28	151
29	176
30	186
31	137
32	178
33	147
34	169
35	122
36	179
37	166
38	135
39	141
40	172
41	178
42	134
43	136
44	183
45	180

1	7(19)	10	135(38)	19	155(10)	28	170(12)	37	179(36)
2	74(8)	11	139(43)	20	158(24)	29	172(40)	38	180(18)
3	115(21)	12	137(31)	21	160(4)	30	175(5)	39	181(7)
4	115(26)	13	141(39)	22	164(13)	31	175(11)	40	181(15)
5	116(25)	14	145(6)	23	166(37)	32	176(22)	41	182(9)
6	118(23)	15	147(20)	24	169(1)	33	176(29)	42	183(27)
7	121(3)	16	147(33)	25	169(14)	34	178(32)	43	183(44)
8	122(35)	17	151(17)	26	169(16)	35	178(41)	44	185(2)
9	134(42)	18	151(28)	27	169(34)	36	179(18)	45	186(30)

Nota: El número dentro del paréntesis corresponde al número de cada uno de los ítems de la tabla anterior

Interpretación de Datos.

De cada Reactivo del Grupo Piloto.

1	169
2	185
3	121
4	160
5	175
6	145
7	181
8	74
9	182
10	155
11	175
12	170
13	164
14	169
15	181
16	169
17	151
18	179
19	71
20	147
21	115
22	176
23	118

24	158
25	116
26	115
27	183
28	151
29	176
30	186
31	137
32	178
33	147
34	169
35	122
36	179
37	166
38	135
39	141
40	172
41	178
42	134
43	136
44	183
45	180

1	7(19)	10	135(38)	19	155(10)	28	170(12)	37	179(36)
2	74(8)	11	139(43)	20	158(24)	29	172(40)	38	180(18)
3	115(21)	12	137(31)	21	160(4)	30	175(5)	39	181(7)
4	115(26)	13	141(39)	22	164(13)	31	175(11)	40	181(15)
5	116(25)	14	145(6)	23	166(37)	32	176(22)	41	182(9)
6	118(23)	15	147(20)	24	169(1)	33	176(29)	42	183(27)
7	121(3)	16	147(33)	25	169(14)	34	178(32)	43	183(44)
8	122(35)	17	151(17)	26	169(16)	35	178(41)	44	185(2)
9	134(42)	18	151(28)	27	169(34)	36	179(18)	45	186(30)

Nota: El número dentro del paréntesis corresponde al número de cada uno de los ítems de la tabla anterior

Interpretación de Datos.

Total de cada Reactivo del Grupo Piloto, Ordenados de Menor a Mayor Puntuación.

1	71
2	74
3	115
4	115
5	116
6	118
7	121
8	122
9	134
10	135
11	136
12	137
13	141
14	145
15	147
16	147
17	151
18	151
19	155
20	158
21	160
22	164
23	166

24	169
25	169
26	169
27	169
28	170
29	172
30	175
31	175
32	176
33	176
34	178
35	178
36	179
37	179
38	180
39	181
40	181
41	182
42	183
43	183
44	185
45	186

Interpretación de Datos.

Puntaje Inferior y Superior de cada Reactivo del Grupo Piloto.

1	71
2	74
3	115
4	115
5	116
6	118
7	121
8	122
9	134
10	135
11	136
12	137
13	141
14	145
15	147
16	147
17	151
18	151
19	155
20	158
2589 % 22 = 117.6	

21	160
22	164
23	166
24	169
25	169
26	169
27	169
28	170
29	172
30	175
31	175
32	176
33	176
34	178
35	178
36	179
37	179
38	180
39	181
40	181
41	182
42	183
43	183
44	185
45	186

$$4061 \% 23 = 176.5$$

$$X_1 = 117.6$$

$$\bar{X} = 147.7$$

$$X_S = 176.5$$

$$2589 + 4061 = 6650 / 45 = 117.6 * 176.5 = 294.1 / 2 = 147.7$$

Tabla de Datos del Grupo Experimental.

reactivo sujeto	+	+	-	+	+	-	+	-	+	-	-	+	-	-	+	-	+	+	-	+	-	+
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
1	5	4	5	5	4	4	4	5	2	5	5	4	5	5	4	3	4	2	3	4	3	5
2	5	5	5	4	4	4	4	5	2	4	5	4	5	5	5	5	5	4	5	5	4	5
3	5	5	5	5	5	5	4	5	1	4	5	4	5	4	5	4	3	2	4	5	4	5
4	4	4	4	4	5	5	3	4	2	5	4	4	5	4	5	3	3	2	4	5	2	5
5	5	5	5	3	4	4	2	4	1	4	5	4	4	4	4	2	4	2	4	4	2	5
6	5	2	3	2	4	4	2	4	1	4	4	2	4	2	3	2	4	2	3	4	1	5
7	5	5	5	5	5	5	5	4	1	5	5	4	5	5	4	4	5	4	5	5	4	5
8	5	5	5	4	4	5	4	5	2	4	5	4	5	4	5	4	5	5	4	4	4	5
9	5	5	5	4	4	5	4	5	1	4	5	3	5	5	5	4	4	3	4	5	4	5
10	5	4	5	5	5	4	4	5	1	4	5	4	5	4	5	4	5	4	5	5	4	5
11	5	4	5	4	5	5	4	5	1	4	5	5	5	4	5	3	5	2	4	5	2	5
12	5	4	5	4	5	5	4	5	1	4	5	4	4	5	5	4	5	3	5	4	4	5
13	5	5	5	5	5	4	4	5	1	4	5	4	5	4	5	2	4	2	4	5	2	5
14	5	4	5	4	5	5	4	5	1	5	5	4	5	4	5	4	5	4	4	5	4	5
15	4	4	5	4	5	5	4	5	2	5	5	4	5	4	5	2	4	4	4	5	2	5
16	4	4	5	2	4	4	2	5	1	4	4	3	4	5	5	4	3	4	2	4	2	5
17	4	4	5	4	5	5	5	5	1	5	5	5	5	4	5	3	5	4	4	5	4	5
18	5	5	5	4	5	5	4	5	1	4	5	4	4	2	4	2	3	2	2	4	2	5
19	4	4	5	1	5	4	1	5	1	4	5	4	4	4	5	4	2	1	4	4	4	5
20	4	4	5	4	5	5	4	5	1	4	5	4	5	4	5	4	5	4	4	5	4	5
21	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5	4	5	5	2	5	4	4	5	3	5
22	5	5	5	5	5	4	5	4	5	4	5	5	5	4	5	2	5	4	4	5	5	5
23	5	4	5	4	5	4	4	5	1	5	5	4	5	4	5	2	5	4	4	5	4	5
24	5	5	5	5	5	5	4	5	1	4	5	3	5	4	5	2	5	4	4	5	5	5
25	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5
26	5	5	5	5	5	4	4	5	1	5	4	4	4	4	5	2	5	3	5	5	5	5
27	5	5	5	4	4	5	4	5	1	4	5	4	5	5	5	2	5	4	5	5	2	5
28	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5	5	4	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5
29	4	4	5	4	5	5	4	5	2	4	4	3	4	4	4	2	5	4	4	5	5	5
30	4	5	5	5	5	5	5	5	1	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5
31	5	5	5	4	4	5	4	5	1	4	5	5	5	5	5	4	5	4	5	5	4	5
32	5	5	5	5	4	5	4	5	2	4	5	4	5	4	5	4	5	4	4	5	4	5
33	5	5	5	4	4	4	4	5	1	4	4	2	4	5	5	2	5	5	4	5	2	5
34	5	5	5	5	5	5	5	5	2	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5
35	4	5	5	5	5	4	4	5	2	5	4	4	5	5	5	4	5	5	4	5	4	5
36	4	4	5	4	4	4	4	5	2	4	5	5	4	4	4	3	5	4	3	5	3	5
37	4	5	5	5	4	4	4	5	3	5	5	4	4	5	5	2	4	2	3	5	4	5
38	4	5	5	5	4	4	4	5	3	5	5	4	4	5	5	2	4	2	3	5	4	5
39	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	2	5	5	5	5	5	5
40	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	4	5	4	4	5	4	5

Tabla de Datos del Grupo Experimental.

(Continuación)

reactivo sujeto	-	+	-	+	-	-	+	-	+	-	+	-	+
	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35
1	2	5	4	5	5	3	5	4	5	4	5	4	5
2	3	5	5	5	5	2	5	5	5	5	5	5	5
3	4	5	5	5	4	2	5	4	5	4	5	5	5
4	2	5	3	5	4	2	5	3	4	4	4	4	5
5	2	5	4	5	4	2	4	2	4	2	4	2	4
6	2	5	4	5	1	2	4	2	4	2	5	2	4
7	4	5	4	5	4	4	5	4	5	4	4	4	5
8	4	5	4	5	4	4	5	5	5	5	5	4	5
9	2	5	4	5	4	4	5	4	5	5	5	5	5
10	4	5	4	5	4	3	5	4	5	4	5	4	5
11	3	5	4	5	4	2	5	4	5	4	5	4	5
12	2	5	4	5	4	2	5	5	5	4	5	4	5
13	4	5	4	5	4	2	5	5	5	2	4	4	5
14	4	5	4	5	4	4	5	5	5	5	5	4	5
15	4	5	4	5	4	2	5	4	4	4	5	4	5
16	1	5	3	4	4	2	5	2	5	4	5	5	5
17	4	5	4	5	5	4	5	4	5	4	5	4	5
18	5	5	3	5	4	2	5	3	4	2	5	2	5
19	4	5	4	5	4	2	5	2	5	2	5	1	5
20	4	5	4	5	5	4	5	5	5	4	5	5	5
21	4	5	4	5	4	2	5	4	5	3	5	4	5
22	4	5	3	4	5	4	5	5	5	5	5	5	5
23	4	5	4	5	4	2	5	4	5	4	5	4	5
24	4	5	3	5	5	2	5	4	5	4	5	4	5
25	4	5	4	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5
26	4	5	5	4	5	4	5	5	5	4	5	5	5
27	4	5	4	4	5	4	5	5	5	5	5	5	5
28	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
29	4	5	2	4	5	4	5	4	5	2	5	4	5
30	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
31	4	5	4	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5
32	4	5	5	5	4	4	5	4	5	4	5	5	5
33	2	5	5	5	5	2	5	5	5	4	5	4	4
34	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
35	4	5	4	5	4	4	5	5	5	4	5	5	5
36	4	5	3	5	5	4	5	5	5	4	5	5	5
37	4	5	5	4	5	2	5	5	5	5	4	4	5
38	4	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
39	4	5	4	5	4	4	5	5	5	4	5	4	4
40	4	5	4	5	4	4	5	4	5	4	5	5	5

Interpretación de Datos.
De Cada Sujeto del Grupo Experimental.

1	144
2	159
3	152
4	135
5	125
6	108
7	157
8	157
9	152
10	154
11	147
12	150
13	144
14	157
15	148
16	130
17	158
18	131
19	128
20	156

21	153
22	159
23	150
24	151
25	167
26	156
27	155
28	168
29	145
30	168
31	161
32	158
33	145
34	171
35	157
36	150
37	150
38	166
39	158
40	161

1	108(6)	11	147(11)	21	154(10)	31	158(39)
2	125(5)	12	148(15)	22	155(27)	32	159(2)
3	128(19)	13	150(12)	23	156(17)	33	159(22)
4	130(16)	14	150(23)	24	156(20)	34	161(31)
5	131(18)	15	150(36)	25	156(26)	35	161(40)
6	135(4)	16	150(37)	26	157(7)	36	166(38)
7	144(1)	17	151(24)	27	157(8)	37	167(25)
8	144(13)	18	152(3)	28	157(14)	38	168(28)
9	145(29)	19	152(9)	29	157(35)	39	168(30)
10	145(33)	20	153(21)	30	158(39)	40	171(34)

Nota: El número dentro del paréntesis corresponde al número de cada uno de los ítems de la tabla

anterior

Interpretación de Datos.

Total de cada Sujeto del Grupo Experimental, Ordenados de Menor a Mayor Puntuación.

1	108
2	125
3	128
4	130
5	131
6	135
7	144
8	144
9	145
10	145
11	147
12	148
13	150
14	150
15	150
16	150
17	151
18	152
19	152
20	153

21	154
22	155
23	156
24	156
25	156
26	157
27	157
28	157
29	157
30	158
31	158
32	159
33	159
34	161
35	161
36	166
37	167
38	168
39	168
40	171

DS = 12.73

Interpretación de Datos.

Puntaje Inferior y Superior de cada Sujeto del Grupo Experimental.

1	108
2	125
3	128
4	130
5	131
6	135
7	144
8	144
9	145
10	145
11	147
12	148
13	150
14	150
15	150
16	150
17	151
18	152
19	152
20	153

$$2838 \div 20 = 141.9$$

$$2838 + 3201 = 6039 \div 40 = 150.97$$

$$141.9 + 160.5 = 301.95 \div 2 = 150.97$$

$$X_I = 141.9$$

$$\bar{X} = 150.97$$

$$X_S = 160.05$$

21	154
22	155
23	156
24	156
25	156
26	157
27	157
28	257
29	257
30	158
31	158
32	159
33	159
34	161
35	161
36	166
37	167
38	168
39	168
40	171

$$3201 \div 20 = 160.05$$

Interpretación de Datos.
De Cada Reactivo del Grupo Experimental.

1	189
2	183
3	197
4	170
5	187
6	185
7	159
8	196
9	54
10	174
11	194
12	162
13	187
14	176
15	192
16	126
17	182

18	43
19	165
20	192
21	145
22	199
23	144
24	199
25	160
26	194
27	175
28	128
29	198
30	169
31	195
32	160
33	194
34	168
35	146

1	54(9)	11	165(19)	21	187(5)	31	196(35)
2	126(16)	12	168(34)	22	187(13)	32	197(3)
3	128(28)	13	169(30)	23	189(1)	33	198(29)
4	143(18)	14	170(4)	24	192(15)	34	199(27)
5	144(23)	15	174(10)	25	192(20)	35	199(24)
6	145(21)	16	175(27)	26	194(11)		
7	159(7)	17	176(14)	27	194(26)		
8	160(25)	18	182(17)	28	194(33)		
9	160(32)	19	183(2)	29	195(31)		
10	162(12)	20	185(6)	30	196(8)		

Nota: El número dentro del paréntesis corresponde al número de cada uno de los ítems de la tabla anterior.

Interpretación de Datos.

Total de Reactivo del Grupo Experimental, Ordenados de Menor a Mayor Puntuación.

1	54
2	126
3	128
4	143
5	144
6	145
7	159
8	160
9	160
10	162
11	165
12	168
13	169
14	170
15	174
16	175
17	176

18	182
19	183
20	185
21	187
22	187
23	189
24	192
25	192
26	194
27	194
28	194
29	195
30	196
31	196
32	197
33	198
34	199
35	199

Interpretación de Datos.

Puntuaje Inferior y Superior de cada Reactivo del Grupo Experimental.

1	54
2	128
3	128
4	143
5	144
6	175
7	159
8	160
9	160
10	162
11	165
12	168
13	169
14	170
15	174
16	175
17	176
2578 % 17 = 151.64	

$$3459 \% 18 = 192.16$$

$$2578 + 3459 = 6037 / 35 = 172.48$$

$$151.64 + 192.16 = 343.8 / 2 = 171.9$$

$$X_1 = 151.64$$

$$\bar{X} = 172.48$$

$$X_S = 192.16$$

18	182
19	183
20	185
21	187
22	187
23	189
24	192
25	192
26	194
27	194
28	194
29	195
30	196
31	196
32	197
33	198
34	199
35	199

Interpretación de Datos.
Tabla del Grupo Experimental.

	Puntuación		Frecuencia
1	108		1
2	125		1
3	128		1
4	130		1
5	131		1
6	135		1
7	144		2
8	145		2
9	147		1
10	148		1
11	150		4
12	151		1
13	152		2
14	153		1
15	154		1
16	155		1
17	156		3
18	157		4
19	158		2
20	159		2
21	161		2
22	166		1
23	167		1
24	168		2
25	171		1

$$\bar{X} = \frac{\sum_{i=1}^n f_i x_i}{n} = \frac{6039}{40} = \bar{X} = 150.975$$

Interpretación de Datos.
Grupo Experimental.

X_i	$X_i - X_i$	$(X_i - X_i)^2$	X_S	$X_S - X_S$	$(X_S - X_S)^2$
108	-33.9	1149.21	154	-6.05	36.6025
125	-16.9	285.61	155	-5.05	25.5025
128	-13.9	193.21	156	-4.05	16.4025
130	-11.9	141.61	156	-4.05	16.4025
131	-10.9	118.18	156	-4.05	16.4025
135	-6.9	47.61	157	-3.5	9.3025
144	2.1	4.41	157	-3.5	9.3025
144	2.1	4.41	157	-3.5	9.3025
145	3.1	9.61	157	-3.5	9.3025
145	3.1	9.61	158	-2.05	4.2025
147	5.1	26.01	158	-2.05	4.2025
148	6.1	37.21	159	-1.05	1.1025
150	8.1	65.61	159	-1.05	1.1025
150	8.1	65.61	161	0.95	0.925
150	8.1	65.61	161	0.95	0.925
150	8.1	65.61	166	5.95	35.4025
151	9.1	82.81	167	6.95	48.3025
152	10.1	102.01	168	7.95	63.2025
152	10.1	102.01	168	7.95	63.2025
153	11.1	123.21	171	10.95	119.9025
2838		2699.80	3201		490.95

Grupo Experimental Interior

$$X_i = 2838$$

$$\bar{X}_i = 141.90$$

$$X_i = \frac{\Sigma X_i}{n} = \frac{2838}{20} = 141.90$$

$$\Sigma(X_{1i} - X_{1i})^2 = 2699.80$$

Grupo Experimental Superior

$$X_S = 3201$$

$$\bar{X}_S = 160.05$$

$$X_i = \frac{\Sigma X_i}{n} = \frac{3201}{20} = 160.05$$

$$\Sigma(X_{1S} - X_{1S})^2 = 490.95$$

TABLA DE DATOS DEL GRUPO CONTROL

reactivo sujeto	+	-	+	-	+	+	-	+	-	-	+	-	+	-	+	-	+	-	-	+	-	+
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
1	4	5	5	5	5	5	3	5	1	5	5	4	5	5	5	5	4	5	5	3	5	
2	5	5	5	5	5	5	4	5	1	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4	5	
3	5	5	5	5	5	5	3	5	1	5	5	5	5	5	3	4	2	5	5	2	5	
4	5	5	5	4	5	5	3	5	1	5	5	5	5	5	2	5	3	5	5	3	5	
5	5	5	5	5	5	5	4	5	1	5	5	4	5	5	5	4	5	3	5	5	3	
6	4	5	5	5	5	5	3	5	1	4	5	4	5	5	5	4	5	3	4	5	3	
7	5	5	5	4	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	4	5	2	5	5	2	
8	5	5	5	5	5	5	3	5	1	4	5	4	5	4	5	2	4	2	4	5	2	
9	5	5	5	5	5	5	3	5	2	5	5	3	4	4	5	2	3	2	3	5	2	
10	5	5	5	5	4	5	3	5	3	5	5	3	5	5	5	2	4	3	4	5	3	
11	5	5	5	5	4	4	3	5	1	4	5	4	5	4	4	4	4	2	4	5	2	
12	4	4	5	4	5	5	3	5	1	4	5	2	5	4	5	2	5	2	2	5	2	
13	5	4	5	4	4	5	4	5	1	4	5	4	5	4	5	4	5	4	4	5	2	
14	5	5	5	5	5	5	4	5	1	4	5	4	5	5	5	4	5	4	5	5	2	
15	5	4	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
16	5	5	5	5	5	5	4	5	1	5	5	3	5	5	5	2	5	4	5	5	2	
17	5	5	5	5	5	5	2	5	1	5	5	4	5	5	5	2	5	5	5	5	2	
18	5	5	5	5	5	5	4	5	1	5	5	4	5	5	5	4	5	5	5	5	4	
19	5	5	5	4	4	4	4	5	2	4	5	4	5	4	5	4	4	5	5	5	3	
20	5	5	5	4	5	5	4	5	2	5	4	4	5	5	5	4	5	5	5	4	4	
21	5	5	5	5	5	5	4	5	2	4	5	4	4	5	4	3	5	3	5	5	5	
22	4	4	5	4	5	4	2	5	2	5	4	4	4	4	5	3	5	3	5	5	5	
23	5	5	5	4	4	4	3	5	1	5	5	4	4	4	4	2	5	4	5	5	2	
24	4	4	5	4	4	5	4	5	2	4	5	5	5	5	5	2	5	4	5	5	2	
25	5	4	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	4	2	5	4	5	5	3	
26	5	5	5	4	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	2	5	5	5	5	2	
27	4	4	4	5	5	4	3	5	1	4	4	3	4	5	5	1	4	3	5	4	2	
28	4	4	5	4	4	4	3	5	1	5	5	4	5	5	4	2	4	3	5	4	3	
29	4	5	5	4	4	4	3	5	2	5	4	4	4	5	5	2	4	3	5	4	2	
30	4	4	4	4	4	4	3	5	2	4	4	4	4	5	4	2	5	3	4	4	3	
31	4	4	5	5	4	4	4	4	2	4	4	3	4	4	4	2	4	2	5	4	2	
32	4	5	5	4	5	4	5	5	2	5	4	2	4	4	5	2	4	3	5	4	2	
33	5	4	5	4	4	4	4	5	2	4	4	2	4	4	4	2	4	3	4	4	2	
34	4	5	4	5	4	5	3	5	1	5	5	5	4	4	5	2	5	3	5	5	2	
35	5	5	5	5	4	5	5	5	2	5	5	3	4	5	5	2	4	2	5	4	3	
36	5	5	5	5	5	5	4	5	2	5	5	4	4	5	5	2	5	5	5	5	3	
37	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	5	5	
38	4	5	5	5	5	5	5	5	1	5	5	4	4	5	4	2	4	4	5	4	2	
39	5	5	5	5	4	5	4	5	2	4	5	4	4	4	4	2	4	2	4	4	2	
40	4	2	5	2	4	5	2	5	2	3	4	3	4	4	4	1	4	2	4	4	1	

TABLA DE DATOS DEL GRUPO CONTROL

(Continuación)

reactivo sujeto	- 23	+ 24	- 25	+ 26	- 27	- 28	+ 29	- 30	+ 31	- 32	+ 33	- 34	+ 35
1	3	5	5	5	5	2	5	5	5	4	5	5	5
2	4	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5
3	2	5	4	5	5	4	5	4	5	4	5	5	5
4	4	5	4	5	5	2	5	3	5	4	5	5	5
5	3	5	4	5	5	4	5	5	5	4	5	5	5
6	4	5	4	5	4	4	5	5	5	4	5	5	5
7	3	5	5	5	5	2	5	5	5	2	5	5	5
8	2	5	4	5	4	4	5	4	5	4	5	4	5
9	2	5	4	5	5	4	5	3	5	2	5	4	5
10	2	5	3	5	5	5	5	3	5	2	5	5	5
11	2	5	4	5	4	2	5	4	5	2	5	4	5
12	4	5	2	4	5	5	5	3	5	2	5	5	5
13	4	5	4	5	4	4	5	4	5	4	5	5	5
14	3	5	4	5	5	4	5	4	5	4	5	5	5
15	5	5	4	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5
16	4	5	4	5	5	4	5	5	5	2	5	5	5
17	4	5	3	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5
18	1	5	4	5	5	5	5	4	5	4	5	5	5
19	3	5	4	5	4	4	4	4	4	2	4	4	5
20	3	5	4	5	4	4	5	5	5	2	5	4	5
21	4	5	4	5	5	4	5	4	5	3	5	5	5
22	4	4	3	4	4	2	5	4	5	2	5	4	4
23	4	5	5	5	5	5	5	5	5	2	4	5	5
24	4	5	3	5	5	4	5	4	5	4	4	4	5
25	4	5	4	5	4	4	5	5	5	4	5	5	5
26	3	5	3	5	5	4	8	5	5	2	4	5	5
27	3	5	3	4	5	2	5	4	4	2	4	4	5
28	3	5	4	4	5	2	4	4	5	2	5	4	4
29	3	5	3	5	5	2	4	3	4	2	5	4	5
30	4	5	3	4	5	2	4	4	4	2	5	4	5
31	4	4	3	4	4	2	4	4	5	2	4	3	4
32	2	5	3	4	4	2	4	4	5	2	4	4	5
33	2	5	3	5	2	1	4	5	4	2	4	3	4
34	2	5	4	4	5	2	4	4	5	2	5	4	4
35	2	4	3	5	5	2	4	5	5	2	5	5	4
36	2	5	4	5	5	2	5	4	5	2	5	4	4
37	5	5	5	5	5	2	5	5	5	4	5	5	5
38	2	4	4	5	5	2	5	5	5	2	4	5	5
39	1	5	2	4	5	2	4	4	5	5	5	5	5
40	2	4	2	5	2	2	4	2	3	1	4	3	4

Interpretación de Datos.

De cada Sujeto del Grupo Control.

1	157
2	165
3	153
4	153
5	159
6	155
7	155
8	146
9	142
10	149
11	149
12	138
13	152
14	157
15	165
16	155
17	156
18	159
19	147
20	155

21	157
22	135
23	150
24	151
25	158
26	154
27	133
28	139
29	137
30	136
31	129
32	136
33	127
34	141
35	144
36	151
37	168
38	144
39	140
40	109

1	109(40)	11	140(39)	21	151(24)	31	156(17)
2	127(33)	12	149(10)	22	151(36)	32	157(1)
3	129(31)	13	141(34)	23	152(13)	33	157(14)
4	133(27)	14	142(9)	24	153(3)	34	157(21)
5	135(22)	15	144(35)	25	153(4)	35	158(25)
6	136(30)	16	144(38)	26	154(26)	36	159(25)
7	136(32)	17	146(8)	27	155(6)	37	159(18)
8	137(29)	18	147(19)	28	155(7)	38	165(2)
9	138(12)	19	149(11)	29	155(16)	39	165(15)
10	139(28)	20	150(23)	30	155(20)	40	168(37)

Nota: El número dentro del paréntesis corresponde al número de cada uno de los ítems de la tabla anterior.

Interpretación de Datos.

Total de cada Sujeto del Grupo Control, Ordenado de Menor a Mayor Puntuación.

1	109
2	127
3	129
4	133
5	135
6	136
7	136
8	137
9	138
10	139
11	140
12	140
13	141
14	142
15	144
16	144
17	146
18	147
19	149
20	150

21	151
22	151
23	152
24	153
25	153
26	154
27	155
28	155
29	155
30	155
31	156
32	157
33	157
34	157
35	158
36	159
37	159
38	165
39	165
40	168

DS = 11.86

Interpretación de Datos.

Puntaje Inferior y Superior de cada Sujeto del Grupo Control.

1	109
2	127
3	129
4	133
5	135
6	136
7	136
8	137
9	138
10	139
11	140
12	140
13	141
14	142
15	144
16	144
17	146
18	147
19	149
20	150
2762 % 20 =	138.10

21	151
22	151
23	152
24	153
25	153
26	154
27	155
28	155
29	155
30	155
31	156
32	157
33	157
34	157
35	158
36	159
37	159
38	165
39	165
40	168
3135 % 20 =	156.75

$$2762 + 3135 = 5897 \text{ % } 40 = \mathbf{147.42}$$

$$138.1 + 156.7 = 294.8 / 2$$

$$X_I = 138.1$$

$$\bar{X} = 147.42$$

$$X_S = 156.7$$

Interpretación de Datos

Total de cada Reactivo del Grupo Control, Ordenados de Menor a Mayor Puntuación.

1	57
2	105
3	107
4	115
5	122
6	127
7	127
8	147
9	147
10	157
11	169
12	177
13	180
14	182
15	184
16	184
17	184

18	185
19	186
20	186
21	186
22	186
23	187
24	188
25	189
26	189
27	190
28	191
29	191
30	192
31	195
32	195
33	197
34	198
35	199

Interpretación de datos.

De cada Reactivo del Grupo Control.

1	186
2	186
3	197
4	182
5	185
6	189
7	147
8	199
9	57
10	184
11	191
12	157
13	184
14	186
15	189
16	108
17	180

18	127
19	186
20	187
21	105
22	198
23	122
24	195
25	147
26	191
27	184
28	127
29	188
30	169
31	192
32	115
33	190
34	117
35	192

1	57(9)	13	180(17)	25	189(6)
2	105(21)	14	182(4)	26	189(15)
3	107(16)	15	184(10)	27	190(33)
4	115(32)	16	184(13)	28	191(11)
5	122(23)	17	184(27)	29	191(26)
6	127(18)	18	185(5)	30	192(31)
7	127(127)	19	186(1)	31	195(35)
8	147(7)	20	186(4)	32	195(24)
9	147(25)	21	186(14)	33	197(3)
10	157(12)	22	186(19)	34	198(22)
11	169(30)	23	187(20)	35	199(8)
12	177(34)	24	188(29)		

Nota: El número dentro del paréntesis corresponde al número de cada uno de los ítems de la tabla anterior.

Interpretación de datos.

Puntaje Inferior y Superior de cada Reactivo del Grupo Control.

1	57
2	105
3	107
4	115
5	122
6	127
7	127
8	147
9	147
10	157
11	169
12	177
13	180
14	182
15	184
16	184
17	184

2471 % 17 =	145.30
-------------	--------

18	185
19	186
20	186
21	186
22	186
23	187
24	188
25	189
26	189
27	190
28	191
29	191
30	192
31	195
32	195
33	197
34	198
35	199
3427 5 18 =	190.30

$$2471 + 3427 = 5898 / 35 = 168.50$$

$$145.3 + 190.3 = 335.6 / 2$$

$$X_I = 145.30$$

$$\bar{X}_I = 168.5$$

$$X_S = 190.3$$

Interpretación de datos.

Tabla del Grupo Control.

	Puntuación		Frecuencia
1	109		1
2	127		1
3	129		1
4	133		1
5	135		1
6	136		2
7	137		1
8	138		1
9	139		1
10	140		2
11	141		1
12	142		1
13	144		2
14	146		1
15	147		1
16	149		1
17	150		1
18	151		2
19	152		1
20	153		2
21	154		1
22	155		4
23	156		1
24	157		3
25	158		1
26	159		2
27	165		2
28	168		1

$$\bar{X} = \frac{\sum_{i=1}^n f_i x_i}{n} = \frac{5897}{40} = \bar{X} = 147.425$$

Interpretación de datos.

Grupo Control

X_I	$X_I - X_I$	$(X_I - X_I)^2$	X_S	$X_S - X_S$	$(X_S - X_S)^2$
109	-29.1	846.81	151	-5.7	32.49
127	-11.1	123.21	151	-5.7	32.49
129	-9.1	82.81	152	-4.7	22.09
133	-5.1	26.01	153	-3.7	13.69
136	-3.1	9.61	153	-3.7	13.69
136	-2.1	4.41	154	-2.7	7.29
137	-1.1	1.21	155	-1.7	2.89
138	-0.1	0.01	155	-1.7	2.89
139	0.9	0.81	155	-1.7	2.89
140	1.9	3.61	155	-1.7	2.89
140	1.9	3.61	156	-0.7	0.49
141	2.9	8.41	157	0.3	0.09
142	3.9	15.21	157	0.3	0.09
144	5.9	34.81	157	0.3	0.09
144	5.9	34.81	158	1.3	1.69
146	7.9	62.41	159	2.3	5.29
147	8.9	79.21	159	2.3	5.29
149	10.9	118.81	165	8.3	68.89
150	11.9	141.61	165	8.3	68.89
			168	11.3	127.69
2762		1597.39	3135		411.8

Grupo de Control Interior

$$\Sigma X_I = 2762$$

$$\bar{\Sigma} X_I = 138.1$$

$$\bar{\Sigma} X_I = \frac{\Sigma X_I}{n} = \frac{2762}{20} = 138.1$$

$$\Sigma (X_{I1} - X_{I1})^2 = 11597.39$$

Grupo de Control Superior

$$\Sigma X_S = 3135$$

$$\bar{\Sigma} X_S = 156.7$$

$$\bar{\Sigma} X_S = \frac{\Sigma X_S}{n} = \frac{3135}{20} = 156.7$$

$$\Sigma (X_{S1} - X_{S1})^2 = 411.8$$

Distribución de la Media y Media Aritmética

Grupo Experimental			Grupo Control		
X_A	$X_A - \bar{X}_A$	$(X_A - \bar{X}_A)^2$	X_B	$X_B - \bar{X}_B$	$(X_B - \bar{X}_B)^2$
108	-42.97	1846.42	109	-38.4	1474.56
125	-25.97	674.44	127	-20.4	416.16
128	-22.97	527.62	129	-18.4	338.56
130	-20.97	398.8	133	-14.4	207.36
131	-19.97	398.74	135	-12.4	153.76
135	-15.97	255.04	136	-11.4	129.96
144	-8.97	48.58	136	-11.4	129.96
144	-8.97	48.58	137	-10.4	108.16
145	-5.97	35.64	138	-9.4	88.36
145	-5.97	35.64	138	-9.4	88.36
147	-3.97	15.76	140	-7.4	54.76
148	-2.97	8.82	140	-7.4	54.76
150	-0.97	0.94	141	-8.4	40.96
150	-0.97	0.94	142	-5.5	29.16
150	-0.97	0.94	144	-3.4	11.56
150	-0.97	0.94	144	-3.4	11.56
151	0.03	0.00	140	-1.4	1.96
152	1.03	1.06	147	-0.4	0.16
152	1.03	1.06	149	1.8	2.56
153	2.03	4.12	150	2.8	6.76
154	3.03	9.18	151	3.8	12.96
155	4.03	16.24	151	3.8	12.96
156	5.03	25.3	152	4.8	21.16
156	5.03	25.3	153	5.8	31.36
156	5.03	25.3	153	5.8	31.36
157	6.03	36.36	154	6.8	46.56
157	6.03	36.36	155	7.8	57.76
157	6.03	36.36	155	7.8	57.76
157	6.03	36.36	155	7.8	57.76
158	7.03	49.42	155	7.8	57.76
158	7.03	49.42	156	8.8	73.96
159	8.03	64.48	157	9.8	92.16
159	8.03	64.48	157	9.8	92.16
161	10.03	100.6	157	9.8	92.16
161	10.03	100.6	158	10.8	112.36
166	15.03	225.9	156	11.8	134.56
167	16.03	256.96	159	11.8	134.56
168	17.03	290.02	165	17.8	309.76
168	17.03	290.02	165	17.8	309.76
171	20.03	401.2	188	20.8	4247.36
6039		6884.98	5897		6491.8

$X_A = 6039$

$X_A = 150.97 = \Sigma X_A / n = 6039 / 40 = 150.97$

$\Sigma (X_A - \bar{X}_A)^2 = 6484.98$

$X_B = 5897$

$X_B = 147.4 = \Sigma X_B / n = 5897 / 40 = 147.4$

$\Sigma (X_B - \bar{X}_B)^2 = 5491.8$

Tabla 1. Ilustración del cómputo de la mediana, el promedio Aritmético y la desviación estandar: Grupo Experimental.

Posición de los Sujetos	X	f	$X - \bar{X}$	$(X - \bar{X})^2$	$\sum fX^2$
1	108	1	-42.97	1846.42	1846.42
2	125	1	-25.97	674.44	674.44
3	128	1	-22.97	527.62	527.62
4	130	1	-20.97	439.74	439.74
5	131	1	-19.97	398.80	398.80
6	135	1	-15.97	255.04	255.04
7	144	2	-6.97	48.58	97.16
8	144		-5.97	35.64	71.28
9	145	2			
10	145	1			
11	147	1	-3.97	15.76	15.76
12	148	1	-2.97	8.82	8.82
13	150	4	-0.97	0.94	3.76
14	150				
15	150				
16	150				
17	151	1	0.03	0.00	0.00
18	152	2	1.03	1.06	2.12
19	152		2.03	4.12	4.12
20	153	1	3.03	9.18	9.18
21	154	1	4.03	16.24	16.24
22	155	1	5.03	25.30	75.90
23	156	1			
24	156	3			
25	156				
26	157	4	6.03	36.36	145.44
27	157				
28	157				
29	157				
30	158	2	7.03	49.42	98.84
31	158				
32	159	2	8.03	64.48	128.96
33	159				
34	161	2	10.03	100.60	201.20
35	161	1			
36	166	1	15.03	225.90	225.90
37	167	1	16.03	256.96	256.96
38	168	2	17.03	290.02	580.04
39	168				
40	171	1	20.03	401.20	401.20

- 1.- La moda (M_o) = **150** (por inspección).
- 2.- La mediana (M_e) = ($N + 1$) / 2 = (40 + 1) / 2 = posición 20 de la distribución que es igual a **153**
- 3.- El promedio aritmético es $X = \Sigma X/n = 6039 / 40 =$ **150.97**
- 4.- La desviación estándar es:

$$s = \sqrt{\frac{\Sigma fx^2}{N-1}} = \sqrt{\frac{6484.98}{40-1}} = \sqrt{\frac{6484.98}{39}} = \sqrt{166.28} = 12.89$$

$s =$ **12.89**

Tabla 2. Ilustración del cómputo de la mediana, el promedio Aritmético y la desviación estandar: Grupo Control.

Posición de los Sujetos	X	f	$X - \bar{X}$	$(X - \bar{X})^2$	Σfx^2
1	109	1	-38	1474.56	1474.56
2	127	1	-20.4	416.56	416.56
3	129	1	18.4	338.56	338.56
4	133	1	-14.4	207.36	207.36
5	135	1	-12.4	153.76	153.76
6	136	2	-11.4	129.96	259.92
7	136				
8	137	1	-10.4	108.16	108.16
9	138	1	-9.4	88.36	88.36
10	139	1	-8.4	70.56	70.56
11	140	2	-7.4	54.76	109.52
12	140				
13	141	1	-6.4	40.96	40.96
14	142	1	-5.4	29.16	29.16
15	144	2	-3.4	11.56	23.12
16	144				
17	146	1	-1.4	1.96	1.96
18	147	1	-0.4	0.16	0.16
19	149	1	1.6	2.56	2.56
20	150	1	2.6	6.76	6.76
21	151	2	3.6	12.96	25.92
22	151				
23	152	1	4.6	21.16	21.16
24	153	2	5.6	31.36	62.72
25	153				
26	154	1	6.6	43.56	43.56
27	155	4	7.6	57.76	231.04
28	155				
29	155				
30	155				
31	156	1	8.6	73.96	73.96
32	157	3	9.6	92.16	276.48
33	157				
34	157				
35	158	1	10.6	112.36	112.36
36	159	2	11.6	134.56	269.12
37	159				
38	165	2	17.6	309.76	619.52
39	165				
40	168	1	20.6	424.36	424.36

1.- La moda (Mo) = **147.4** (por inspección).

2.- La mediana (Me) = (N + 1) / 2 = (40 + 1) / 2 = posición 20 de la distribución que es igual a **149**

3.- El promedio aritmético es $X = \Sigma X/n = 5897 / 40 = \mathbf{147.42}$

4.- La desviación estándar es:

$$s = \sqrt{\frac{\Sigma fx^2}{N-1}} = \sqrt{\frac{5492.2}{40-1}} = \sqrt{\frac{5492.2}{39}} = \sqrt{140.825} = 11.866$$

$$s = \mathbf{11.87}$$

Fórmula de T student Grupo Experimental (superior e inferior)

$$t = \frac{x - \bar{X}}{\sqrt{\frac{\sum(x - \bar{X}) + \sum(x - \bar{X})}{n_s(n_t - 1)}}$$

$$t = \frac{160.08 - 141.9}{\sqrt{\frac{490.95 + 2699.8}{20(20 - 1)}}$$

$$t = \frac{18.15}{\sqrt{\frac{3190.75}{380}}}$$

$$t = \frac{18.15}{\sqrt{8.3967}}$$

$$t = \frac{18.15}{2.8977}$$

$t = 6.265$

Fórmula de T student Grupo Control (superior e inferior)

$$t = \frac{x - \bar{x}}{\sqrt{\frac{\sum(x - \bar{x}) + \sum(x - \bar{x})}{n_s(n_t - 1)}}$$

$$t = \frac{156.7 - 138.1}{\sqrt{\frac{411.8 + 1597.39}{20(20 - 1)}}$$

$$t = \frac{18.6}{\sqrt{\frac{2009.19}{380}}}$$

$$t = \frac{18.6}{\sqrt{5.2873}}$$

$$t = \frac{18.6}{2.2994}$$

$t = 8.089$

Fórmula de T student

Grupo Experimental

$$t = \frac{x - \bar{x}}{\sqrt{\frac{\sum(x - \bar{x}) + \sum(x - \bar{x})}{n_s(n_t - 1)}}} \quad t = \frac{160.05 - 138.1}{\sqrt{\frac{490.95 + 1597.39}{20(20 - 1)}}$$

$$t = \frac{21.95}{\sqrt{\frac{2088.34}{380}}} \quad t = \frac{21.95}{\sqrt{5.4956}}$$

$$t = \frac{21.95}{2.344} \quad \boxed{t = 9.364}$$

Fórmula de T student

Grupo Control

$$t = \frac{X - \bar{X}}{\sqrt{\frac{\sum(X - \bar{X}) + \sum(X - \bar{X})}{n_s(n_s - 1)}}$$

$$t = \frac{156.75 - 141.9}{\sqrt{\frac{411.8 + 2699.8}{20(20 - 1)}}$$

$$t = \frac{14.85}{\sqrt{\frac{3111.6}{380}}}$$

$$t = \frac{14.85}{\sqrt{8.1884}}$$

$$t = \frac{14.85}{2.8615}$$

$t = 5.189$

Fórmula de T student

Grupo Experimental

$$t = \frac{x - \bar{x}}{\sqrt{\frac{\sum(x - \bar{x}) + \sum(x - \bar{x})}{n_s(n_t - 1)}}$$

$$t = \frac{160.05 - 156.75}{\sqrt{\frac{490.95 + 411.8}{20(20 - 1)}}$$

$$t = \frac{3.30}{\sqrt{\frac{902.75}{380}}}$$

$$t = \frac{3.30}{\sqrt{2.3756}}$$

$$t = \frac{3.30}{1.541}$$

$t = 2.141$

Fórmula de T student

Grupo Control

$$t = \frac{x - \bar{x}}{\sqrt{\frac{\sum(x - \bar{x}) + \sum(x - \bar{x})}{n_s(n_t - 1)}}} \quad t = \frac{141.9 - 138.1}{\sqrt{\frac{2699.8 + 1597.4}{20(20 - 1)}}$$

$$t = \frac{3.80}{\sqrt{\frac{4297.19}{380}}} \quad t = \frac{3.80}{\sqrt{11.30}}$$

$$t = \frac{3.80}{3.363}$$

$t = 1.130$

Fórmula de T student Total

$$GE_{40} = 150.97$$

$$GC_{40} = 147.42$$

$$t = \frac{x - \bar{x}}{\sqrt{\frac{\sum(x - \bar{x}) + \sum(x - \bar{x})}{n_s(n_1 - 1)}}$$

$$t = \frac{150.97 - 147.4}{\sqrt{\frac{6484.98 + 5492.2}{40(40 - 1)}}$$

$$t = \frac{3.57}{\sqrt{\frac{11977.18}{1560}}}$$

$$t = \frac{3.57}{\sqrt{7.6776}}$$

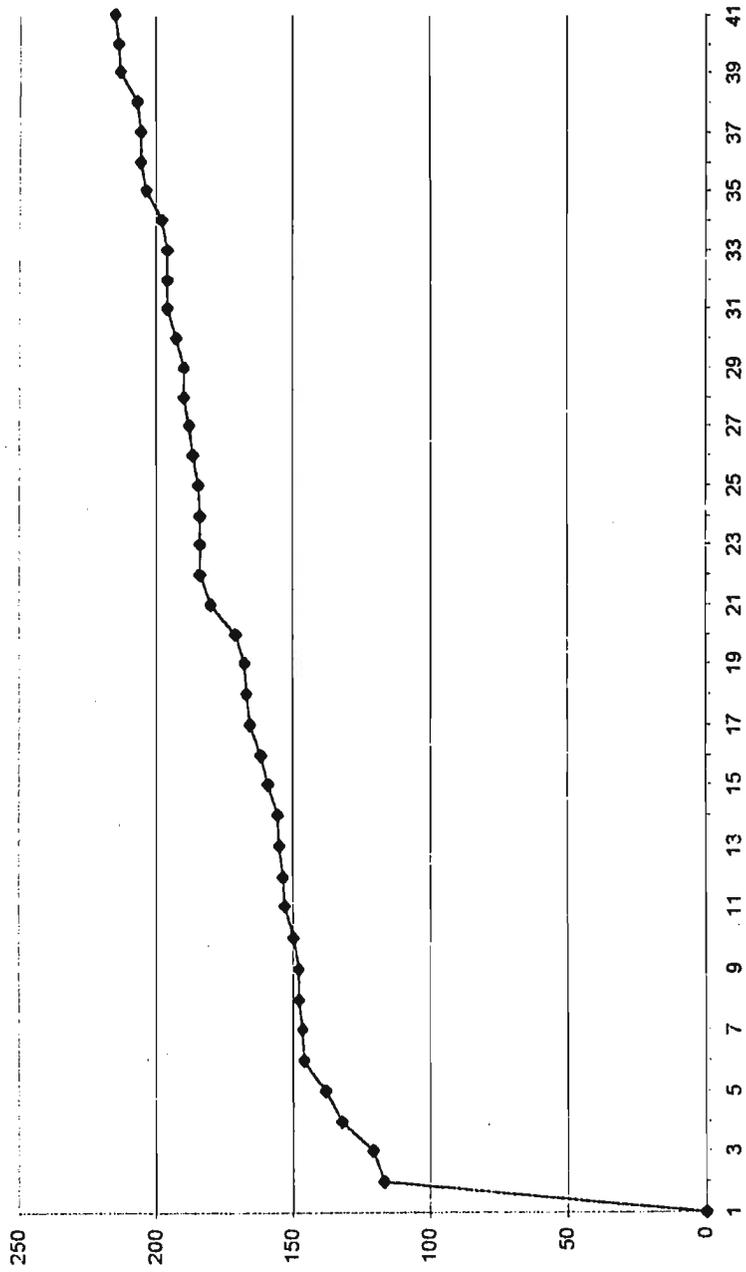
∴ t 99% de Confiabilidad

$$t = \frac{3.57}{2.771}$$

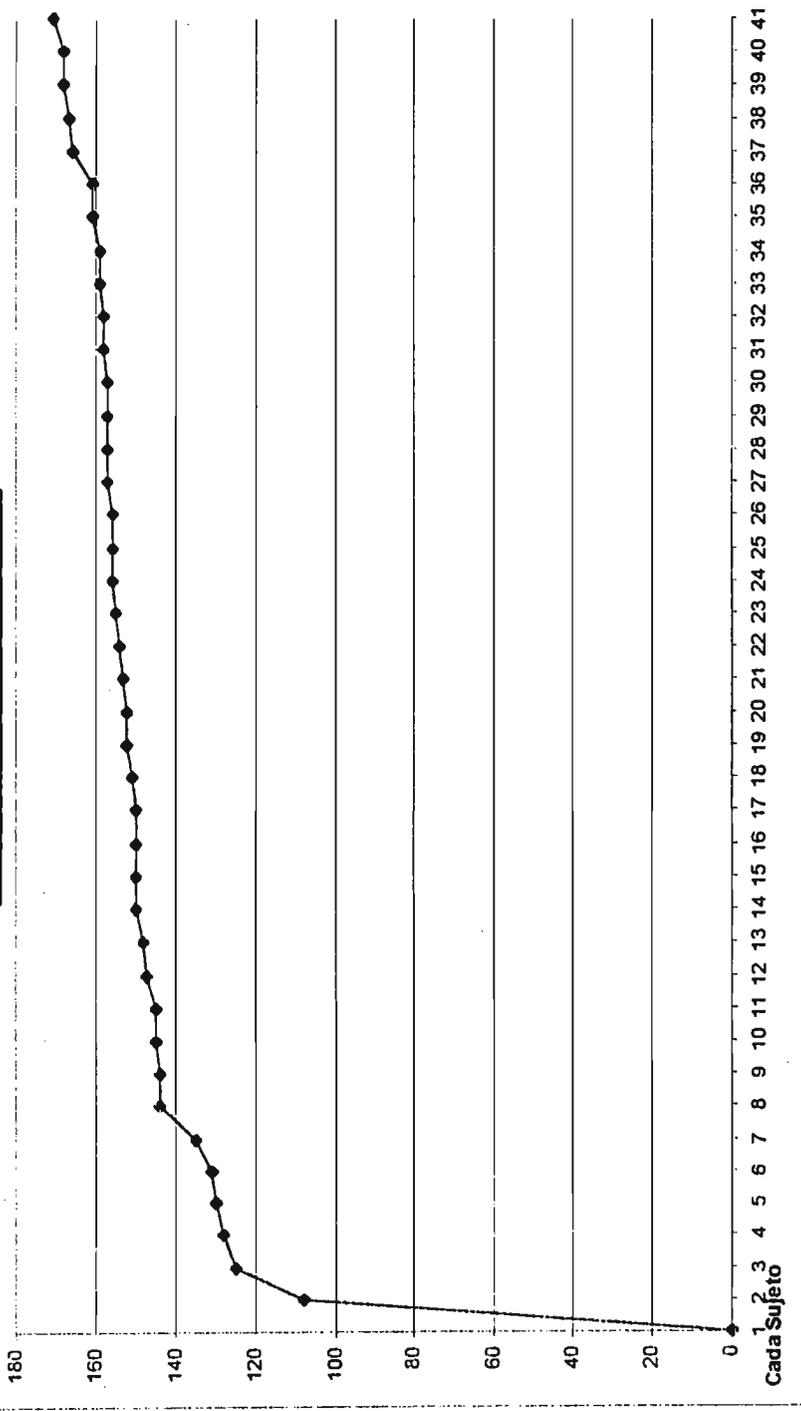
$t = 0.361$

Cada Sujeto

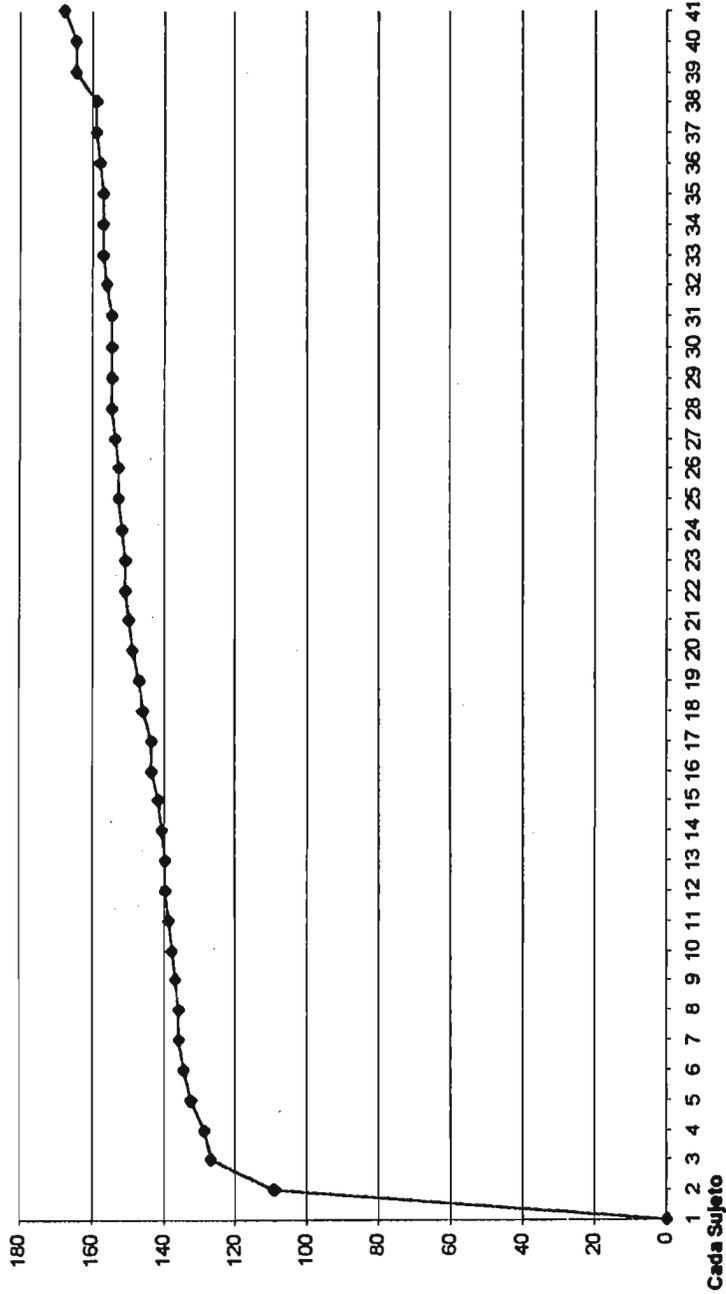
Grupo Piloto



Grupo Experimental



Grupo Control



4.11. COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS.

Después de realizar el análisis descriptivo del problema y la información recopilada al respecto, el interés se centra en integrar, en términos cuantitativos todos los resultados, con el propósito de hacer una interpretación, con una base estadística, de la influencia que tiene cada uno de los factores en la problemática que se estudia.

Para ello se requiere interrelacionar todos los datos, a través de diferentes técnicas estadísticas, con el fin de encontrar posibles conexiones entre la información captada y la problemática que se investiga, esto es, las actitudes de los padres hacia la deficiencia mental.

El análisis dinámico abrirá el camino para probar las hipótesis establecidas y proporcionará mayores elementos para fundamentar las conclusiones del estudio.

Para tratar de comprobar las hipótesis plantadas se llevó a cabo un análisis estadístico considerando como variable dependiente el tipo de actitud de los padres subdividiéndola en : rechazo, sobreprotección y aceptación, además de considerar la relación intrafamiliar.

En el anexo estadístico se realiza un análisis cuantitativo de los datos recopilados, tanto para el grupo experimental como para el grupo control, utilizando estadísticos como la media aritmética (t de student) y desviación estandar.

Para ello, en esta parte corresponde únicamente determinar si se aceptan o rechazan las hipótesis, con base en tales pruebas.

Es importante destacar que una vez convertidos los datos en forma sintética mediante los indicadores estadísticos y las tablas, que se presentan en el anexo, es conveniente llegar a una conclusión respecto a la significancia de los resultados.

En este caso se utiliza un nivel de significancia de 99%, lo que significa que al hacer una prueba a este nivel existe apenas una probabilidad del 5% de que la conclusión al aceptar o rechazar una hipótesis sea errónea.

Respecto a la primera hipótesis se acepta la *hipótesis nula* y se rechaza la *hipótesis alterna*.

· Ho: Las relaciones intrafamiliares en donde existe un hijo con deficiencia mental leve no presentan diferencias significativas comparadas con las relaciones familiares donde hay hijos normales.

Tabla 1.

Grupo	Media Aritmética		Desviación Standar	Total
	\bar{X}_{1S}	\bar{X}_{2I}		
A.- Grupo Experimental	160.05	141.90	12.73	150.96
B.- Grupo Control	156.75	138.10	11.86	147.42
C.- T de Student	21.41	1.13	-----	0.3609

* 99% de confiabilidad es de: ± 2.70

Como puede observarse los dos grupos presentan una mínima diferencia significativa entre ellos; comparados con el nivel de significancia de ± 2.70 .

Por lo tanto se puede decir que no existe diferencias entre los dos grupos de familias que tienen hijos con deficiencia y los hijos normales. En la tabla se observa que el grupo experimental y el grupo control tienen un total de ± 0.3609 que es menor al grado de confiabilidad de ± 2.70 . Y es por esto, que se rechaza la *hipótesis alterna*.

En relación a la segunda hipótesis se acepta la *hipótesis nula* y se rechaza la *hipótesis alterna*.

· Ho: La actitud de los padres hacia sus hijos de 6 - 12 años con deficiencia mental leve no es de rechazo.

Tabla 2.

Grupo	Nº Total de Reactivos (Actitud de Rechazo)	% Total
A.- Grupo Experimental	122	8.71
B.- Grupo Control	128	9.14
C.- 8 Reactivos del Componente de Actitud de Rechazo	320	22.85

Existe un porcentaje bajo en cada uno de los grupos, siendo este el 38% y 40% respectivamente comparado con el 100% del reactivo que corresponde a la actitud de rechazo. Por lo tanto se rechaza la *hipótesis alterna*; ya que no hay indicios de que exista una actitud de rechazo hacia sus hijos, ni que la población los desprecie como sucedía en años anteriores.

Para la siguiente hipótesis se acepta la *hipótesis nula* y se rechaza la *hipótesis alterna*.

· Ho: Un miembro especial en la familia no necesariamente origina problemas entre la pareja.

Tabla 3

Grupo	Nº Total de Reactivos (Relación Conyugal)	% Total
A.- Grupo Experimental	76	5.42
B.- Grupo Control	71	5.05
C.- 4 Reactivos referentes a la actitud conyugal	160	11.42

Tomando en cuenta el porcentaje de cada uno de los grupos comparado con el total de los reactivos que se refieren a la relación de pareja, se observa que es bajo su porcentaje, siendo el del grupo experimental de 47% y el grupo control de 44% respectivamente. Se concluye que el 100% sólo tienen ambos menos del 50%; por lo tanto, se rechaza la *hipótesis alterna* ya que sólo existen menos de la mitad de personas que su hijo o una persona con deficiencia sea el causante de las alteraciones en la relación de pareja.

En relación a la cuarta hipótesis se acepta la *hipótesis nula* y se rechaza la *hipótesis alterna*.

Ho: No existen actitudes de sobreprotección en los padres que tienen hijos de 6-12 años con retraso mental superficial.

Tabla 4

Grupo	Nº Total de Reactivos (Actitud de Sobreprotección)	% Total
A.- Grupo Experimental	73	5.2
B.- Grupo Control	73	5.2
C.- 7 Reactivos del Componente de Actitud de Sobreprotección.	280	20.0

Existe un porcentaje muy bajo, siendo ambos de un 26% comparado con el 100% del reactivo que corresponde a la actitud de sobreprotección. Por lo tanto se rechaza la *hipótesis alterna*, ya que no existen actitudes de sobreprotección en los padres.

En la última hipótesis se acepta la *hipótesis alterna* y se rechaza la *hipótesis nula*.

· Hi: Es la aceptación por parte de los padres hacia sus hijos con discapacidad lo que ayuda principalmente a superar sus limitaciones.

Tabla 5

Grupo	Nº Total de Reactivos (Actitud de aceptación)	% Total
A.- Grupo Experimental	541	38.62
B.- Grupo Control	496	35.42
C.- 16 reactivos del Componente de Actitud de Aceptación.	640	45.71

Siguiendo el mismo procedimiento de la hipótesis anterior; se observa en la tabla que en los dos grupos, el primero con un 84% y el segundo con un 77% tienen un porcentaje más alto, cercano al 100% por lo que se concluye, que existe una mayor aceptación por parte de los padres que de la misma comunidad hacia las personas deficientes. Quizás se deba a que los padres ya conocen el problema del hijo, lo llevan a una escuela especial y lo ayudan. Esto ha permitido que poco a poco sea más aceptado como un miembro especial, que necesita cariño, comprensión, ayuda y el ser valorado como los demás niños. La aceptación debe empezar por los padres ya que ellos son los principales motivadores para que el niño supere sus limitaciones y posteriormente logre su integración a la sociedad.

Conclusiones Generales del Grupo Piloto.

Al investigar mediante la escala de actitudes de Likert a los padres y profundizar en el análisis de las alteraciones emocionales respecto a la relación de ellos mismos hacia sus hijos con deficiencia concluyo lo siguiente.

Con respecto a los pobres se ha llegado a un acuerdo entre ellos con relación a la educación especial que necesita el hijo y que debe proseguir hasta una integración total del niño. la gran mayoría (96 %) afirmó su conformidad de la asistencia de su hijo a una institución especializada, sólo en casos excepcionales (4 %) ha existido un desacuerdo con esta desición.

Con relación a los cambios producidos a partir de este suceso la mayoría de los matrimonios compuesta por un 73%, se sintió más unida bajo este problema y percibieron cambios bruscos en su vida cotidiana. Sólo un 27% consideraron que su hijo deficiente arruinó de alguna manera su hogar o su matrimonio.

Un 90 % afirmó que los niños deficientes mentales recibieron el mismo trato que sus hermanos, en algunos casos el trato fue especial, es decir, se les dio más atención y cuidado porque consideraban que a causa de su deficiencia, el trato debería ser diferente.

En la mayoría de los casos (80%) los niños deficientes no son rechazados por los padres, porque se les ha brindado más dedicación en todos los aspectos, en algunos casos, esta dedicación se ha visto limitada por causas económicas; de cualquier manera todos han pensado que han ayudado a sus hijos proporcionándoles una educación especial creándoles una mejor manera de vivir dentro de sus posibilidades.

En la mayoría de los casos (90 %) los padres esperan que sus hijos progresen en su educación especial, para que puedan llegar a valerse a si mismos e integrarse socialmente dentro de sus límites.

En el 75 % de los casos los padres afirmaron que el rechazo desapareció con la ayuda de terapias y la aceptación hacia el hijo que causa la noticia de su nacimiento y que todo padre tiene que superar pasando por varias etapas (negación, rechazo, culpa, etc.) hasta lograr su aceptación.

Por otra parte, la gran mayoría de los padres (88 %) están conscientes del problema de su hijo y se muestran cooperativos son toda la ayuda externa para el desarrollo y progreso de sus hijos, dentro de sus capacidades.

Podemos concluir que los padres de los niños deficientes mentales leves se encuentran en la mejor disposición para ser orientados en la terapia familiar, que deberán de llevar a cabo hasta ver que su hijo se ha integrado.

Conclusiones Finales.

Al analizar la escala de actitudes de sobreprotección, rechazo y aceptación en los padres hacia sus hijos con deficiencia mental, se llegó a la conclusión:

La pareja, al saber que su hijo es deficiente mental, en la etapa inicial se resistieron a aceptar la deficiencia de su hijo, a esta etapa se le llamó " de negación".

Al mencionar los cambios producidos en la relación conyugal a partir del nacimiento del niño deficiente mental, los padres de estos niños, sintieron frustración, desilusión e incertidumbre hacia su futuro mismo.

Con su mayoría (90%) ambos cónyuges, estuvieron de acuerdo en el tratamiento y el proceso educacional que habría de seguir su hijo.

Se observó que existieron cambios en las actitudes de los padres por la presencia de un hijo con deficiencia. Pero estos no afectaron puesto que ya han superado esta etapa y la familia se ha visto más unida que antes. Los medios de comunicación han contribuido a que el deficiente sea más aceptado por la sociedad. Debido a que existe más información

acerca del problema y esto ha logrado a que la comunidad conozca, comprenda y ayude a los deficientes a su integración.

Al principio existe en los padres una gran decepción que los lleva a un rechazo hacia el hijo por su incapacidad y por sentirse frustrada ya que sus expectativas son destruidas por el hijo que no es lo que esperaban o deseaban. Pero el 60% de los padres no muestran rechazo hacia el hijo por su diferencia. Gracias a la ayuda profesional que ha recibido, esa actitud negativa lo ha modificado y se ha logrado aceptación.

en un 70% de los casos se observó en la relación conyugal no se notan afectadas por la presencia del hijo deficiente. Existe más unión entre ambos, bajo este problema común al que se enfrentaban, existió un acuerdo respecto a la dedicación hacia el niño deficiente mental.

En general, se ha podido hablar de una alteración en las relaciones conyugales pero sin afectar de una manera definitiva la relación total.

De cualquier manera, en la mayoría de los casos, los padres han dado una mayor dedicación a sus hijos deficientes mentales aunque en ocasiones pensaron que si este problema no hubiera existido en sus familias, ellos no hubieran llevado una vida tranquila o por lo menos sin tantas complicaciones.

Finalmente llegaron a aceptar el problema y a tratar de sobrellevarlo, desechando la culpa que en un principio se apropió de ellos.

También la mayoría estuvo de acuerdo en recurrir a alguna ayuda profesional que es sumamente necesario desde un principio, para así irse adaptando a una nueva condición de vida y cooperar en todo lo que estuviera a su alcance para el desarrollo adecuado de su hijo.

No se obtuvieron diferencias significativas (nivel 9%) en la escala, al comparar el grupo experimental con el grupo de control.

En el grupo experimental tienen una mejor aceptación hacia el deficiente mental comparados son el grupo control. en cuanto a las relaciones conyugales muestran menos conflictivos los del grupo experimental afirmando que existe un entendimiento entre ellos acerca de la educación del hijo y que si existen cambios negativos al principio se han logrado superar hacia una actitud más favorable, hacia el hijo.

En general se observaron diferencias significativas positivas con respecto al grupo experimental.

En el grupo control la diferencia es que, no existe la angustia, ni la incertidumbre o preocupación que expresan en las familias donde todo el

tiempo y en todo momento están concientes de que existe un deficiente mental en el hogar.

Por otra parte, en los padres se observó que no existe sobreprotección en los hijos y que estos son tratados como los demás hermanos, sin preferencia. Los padres consideran que sólo limitarán su desarrollo y en nada ayudarán al hijo con su sobreprotección.

La mayoría coincide que existe una mejor aceptación del hijo. En un 84% de los casos así lo demuestran, por lo que se concluye que pronto se logrará una mejor integración del hijo en la sociedad. Prueba de ello son las fuentes de trabajo que existen en algunos países por considerarlos mejor capacitados para desarrollar un campo de trabajo (carpintería, albañilería, panadero, etc.). Las mujeres como cocineras, costureras, etc..

Debido a los medios de comunicación que han sido un apoyo en su integración y gracias a la comprensión de los padres y hermanos. La aceptación es la principal ayuda que se le puede brindar a un deficiente para superar sus limitaciones.

Por otra parte, considerando que sería muy positivo y recomendable, crear un plan a seguir por todos los padres de niños deficientes mentales, en el que se incluyeran actitudes que propiciarán una mayor comunicación y una mayor interacción entre los mismos.

AL mismo tiempo, las instituciones a las que los padres de niños deficientes mentales tienen confiados a sus hijos, podrían cooperar con esta finalidad, tratando de crear terapias familiares en las que se marca la importancia de hacer reconocer a los padres de estos niños, que su problema no es único, que tampoco su hijo no es el único deficiente mental, que podrían compartir sus emociones a través del proceso de socialización del niño con otras parejas que están experimentando lo mismo que ellos.

Principalmente, es importante que los padres de estos niños se fijen sus propias metas respecto a su hijo deficiente mental, y se aclaren a ellos mismos que es lo que realmente esperan de su hijo, tomando siempre las limitaciones a las que están sujetos.

Los programas de la vida familiar, ayudará a que los padres dediquen lo mejor de ellos a sus hijos y al mismo tiempo se logre la eliminación de actitudes de rechazo que pudieran experimentar, comprendiendo que hay nuevos caminos para ellos.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- ACKERMAN, N.W.: **Diagnostico y Tratamiento de las Relaciones Familiares**; Edit. Paídos, Buenos Aires - Argentina, 1971.
- 2.- ACKERMAN., N. W. : **Familia y Conflicto Mental**; Ediciones Horme, Buenos Aires - Argentina, 1976.
- 3.- AFFLECK, Glenn, et. al. : **Mother's Belief About Behavioral Causes for their Developmentally Disabled Infant's Condition: What do They Signify?**; Journal of Pediatric Psychology, U.S.A. , Septiembre - 1985, Vol. 10. No. 3, P. 293 - 303.
- 3.- ALLPORT, G. W. : Attitudes; En Murchison, C. (editor), **A Handbook of Social Psychology**, Worcester Mess, Clark University Press, s/l, 1935, p. 789 -844.
- 4.- ALTAMIRANO, Ortega J. : **El Niño con Deficiencia Mental y la Familia**; Centro de Terapia Educativa, México, D.F. s/f.

- 5.- **AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (DSM - IV): Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales;** Coord. General de Trad. Pierre Pichot y Coord. Manuel Valdés M., la. ed., Edit.. Masson, Barcelona - España, 1995, P- 39 - 48.
- 6.- **ANTUNEZ, Ma. Eugenia y otros. : La Familia del Niño Deficiente Mental;** Disertación en U.N.A.M., México, D.F. 1980.
- 7.- **ANTUNEZ BARNAD, Ma Eugenia: " La Familia del Niño Deficiente Mental";** Tesis UNAM, México 1980.
- 8.- **BARBARANNE, J. Benjamín. : Un Niño Especial en la Familia;** Guia para padres; Trad. Por Ma. del Carmen Carrillo Farga, Rev. Téc. Ma. Isabel Galguera Martínez, Edit. Trillas, México, Febrero 1992.
- 9.- **BARDIE, Jane y SELIG, L. Andrew. : Family Functioning in Families with Children Who have Handicapping Conditions, Family Therapy,** U. S.A., 1981, 8 No. 3, P. 187 - 195.
- 10.- **BECKMAN, Paula. : Influences of Selected Child Characteristics on Stress in Families of Handicapped Infants;** American Association of Mental Deficiency, U.S.A., 1983, Vol. 88. No.2, P. 150 - 156

- 11.- **BLACHER, Jean. : Secuential Stages of Parental Adjustment to the Birth of a Child with Handicaps; Fact or Artifact .. ? ; Mental Retardation, California - U. S. A., Abril - 1984, Vol. 22. No.2. P. 55 - 68.**
- 12.- **BOLETIN DE LA CONFEDERACION MEXICANA DE ASOCIACIONES EN PRO DEL DEFICIENTE MENTAL A. C. : México - D. F. , Mayo - 1983. Vol. 1. No. 3.**
- 13.- **BOLETIN DEL REAL PATRONATO DE EDUCACION Y ATENCION A DEFICIENTES; España, Diciembre - 1985.**
- 14.- **BOGARDUS, E. S. : Fundamentals of Social Psychology, Century Press, Nueva York, 1931.**
- 15.- **BYRNE, E.A. et. al. : The Effects of Mentally Handicapped Children on Families: A Conceptual Review; Journal of Child Psychology and Psychiatric and Allied Disciplines, U.S.A., Noviembre 1985, Vol.26. No.6, P. 847 - 864.**
- 16.- **CAVANAGH, Joy et. al. : Stress in Families with Handicapped Children Journal of Developmental Disabilities Australia y New Zeland, Septiembre 1985, Vol. 11 No.3, P. 151 - 156.**

- 17.- CARR, Charles et. al. : **Retardo Mental : Conceptos para un Cambio Institucional**; Edit. Trillas, México, 1979.
- 18.- CERVANTES, Margarita.: **La Dinamica Familiar como un Núcleo Integrador en los Padres con Hijos Deficientes Mentales**; Disertación sobre la Familia del Deficiente Mental, U.N.A.M. , México, Agosto - 1986.
- 19.- CHANNABASAVANNA, S. et. al.: **A study of Attitudes of Parents toward the Management of Mentally Retarded Children**; Child Psychiatry Quarterly, U.S.A., Abril - Junio, 1985, Vol. 18. No.2. P.44 - 47.
- 20.- CHECA, Rafael.: **El Deficiente Mental : ¿Qué es y qué hacemos por él?**; Tercera Semana Nacional Pro Deficiente Mental y Primer Encuentro Nacional de Padres de Familia. 1983, Confederacion Mexicana de Asociaciones en Pro del Deficiente Mental A. C., México - D.F., 1984.
- 21.- CHETWYND, Jane.: **Factors Contribution to Stress on Mothers Caring for an Intellectually Handicapped Child**, en: British Journal of Social Work, Gran Bretaña, Junio de 1985, Vol.15. No.3, P.295 - 304.

- 22.- CHIVA, M. : **El Diagnostico de la Debilidad Mental, Débiles Normales y Débiles Patológicos**; Edit. Pablo del Río, España, 1973.
- 23.- CLEVELAND, Martha. : **Family Adaptation to the Permanent Disablement of a son or Daughter**; Dissertation Internacional Abstracts, U.S.A., Julio - 1978, Vol.39. No 1B , P.1684 -1685.
- 24.- **CONSEJO NACIONAL DE REHABILITACION Y EDUCACION ESPECIAL** : La Nación: Diez años al Servicio de la Persona Minusválida; México, D.F., Febrero - 1984.
- 25.- CORONADO, Guillermo DR. : **Tratado Sobre Clínica de la Deficiencia Mental**; Edit. Continental. México, Abril - 1980. P. 145 - 162.
- 26.- CRNIC, Keith et. al. : **Adaptation of Families with Mentally Retarded Children**; A model the stress, Coping and Family Ecology; American Journal of Mental Deficiency, Washington - U.S.A., Septiembre 1983, Vol. 88 No.2. P. 125 - 138.

- 27.- CUEVAS, Martha: **Técnicas de Medición y Elaboración de Escalas de Actitudes**; Copia Mimeografiada, U.N.A.M., México, 1981.
- 28.- DAWES, Robyn: **Fundamentos y Técnicas de Medición de Actitudes**; Edit. Limusa, México, 1983.
- 29.- DE AJURIAGUERRA, J.: **Manual de Psiquiatría Infantil**; Edit. Masson, Barcelona - México, 1983.
- 30.- DE FUENTES, Reyes M.: **Problemas que se Originan ante la Presencia del Niño Deficiente Mental en el Ambiente Familiar**; Disertación sobre la Familia del D.M., U:N:A.M., México, 1986.
- 31.- EDEN - PIERCY -GRACE, V. : **Exploring Parent's Reactions to the Young Child with Severe Handicaps**; Mental Retardation, U.S.A., Octubre - 1986, Vol. 24. No. 5, P. 285 - 291.
- 32.- EMERY, Robert et al.: **Marital Discord and Child Behavior Problems in a Nonclinic Sample**; Journal of Abnormal Child Psychology, U.S.A. 1984. Vol.12 N0.3, P. 411 - 420.

- 33.- **ENCICLOPEDIA TEMATICA DE EDUCACION ESPECIAL:** Edit. Ciencias de la Educación Preecolar y Especial, Madrid - España, 1986, t. II.
- 34.- **ESCRITOS DE LA CONFEDERACION MEXICANA DE ASOCIACIONES EN PRO DEL DEFICIENTE MENTAL A.C. : A los Padres;** México - D.F ., s/f.
- 35.- **EY HENRI. : Tratado de Psiquiatría;** Edit. Masson, Barcelona - México, 1980.
- 36.- **FAIRFIELD,Barbara:Parents Coping with Genetically Handicapped Children.:** Use of carly recolections; Exceptional children, U.S.A., Febrero - 1983, Vol.49. No. 5. P. 411 - 415.
- 37.- **FERRARA, Dianne.: Attitudes of Parents of Mentally Retarded Children Toward Normalization Activities.:** American Journal of Mental Deficiency; U.S.A., Septiembre - 1979, Vol. 84. No. 2, P. 145 -151.
- 38.- **FLORES, Genoveva Villasana: Como Educar a Niños con Problemas de Aprendizaje;** Edit. Balpe, Limusa, México, 1990, P 35 - 41.

- 39.- FRIEDRICH, William et. al. : **Coping Resources and Parenting Mentally Retarded Children**, American Journal of Mentally Deficiency, U.S.A.1985, Vol.90. No. 2, P. 130 - 139.
- 40.- FRIEDRICH, William N. : **Psychosocial Assets of Parents Of Handicapped and Nonhandcapped Children**; American Journal of Mental Deficiency, U.S.A., Marzo, 1981, Vol. 85. No. 5, P. 551 - 553.
- 41.- FUNEGRA, Gloria.: **La Familia y el Deficiente Mental**; Escritos de la Confederación Mexicana de Asociaciones en Pro del Deficiente Mental A.C. México - D. F., s/ f.
- 42.- FURACIO, Helda.: **Enfoque Ecototalista de la Deficiencia Mental**; Tercer Congreso de la Asociación Iberoamericana para el estudio científico de la Deficiencia Mental y Primer encuentro Iberoamericano de asociaciones de Padres, Argentina, Junio - 1979.
- 43.- GARCÍA, Ramón; PELAYO Y GROSS.: **Diccionario Pequeño Larousse Ilustrado**; Ediciones Larousse, México, 1985, P. 321.

- 44.- GARCIA DE DIOS, J.M. : **Cuadernos para Educadores; Un niño subnormal.** Escritos de la Confederación Mexicana de Asociaciones en Pro del Deficiente Mental A. C., México, D.F. s/f.
- 45.- GERARD, H Y Jones, E. E. : **Foundations of Social Psychology;** por John Wiley and Sons, Nueva York, 1967.
- 46.- GUTIERREZ, Rodolfo: **Análisis de la Técnica y Problemas Inherentes a la Construcción de una Escala de Actitudes;** Copia Mimeografiada, U.N.A.M., México, 1966.
- 47.- HALL, W. Carhy. : **Consultation with Parents of Handicapped Children;** The Exceptional Child, U.S.A., Noviembre - 1984, Vol. 31 No.3, P. 185 -191.
- 48.- HERNANDEZ, G. Ricardo.: **El Minusválido, Realidad y Penumbra.;** Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO), España, Mayo - 1987. No.55.
- 49.- HERNANDEZ, L. Virginia. : **Readaptación de Niños con Trastornos Emocionales por Medio del Cambio de Actitud de las Madres;** Disertación en U.N.A.M., México, D.F. 1986.

- 50.- HERNANDEZ MUÑOZ, María de los Angeles: **"Actitudes y Expectativas de Maestros hacia Personas con Deficiencia Mental."**, Tesis UNAM, México. 1989.
- 51.- HUGHES, Jennifer.: **Manual de Psiquiatría Moderna;** Revisión por Agustín Caso Muñoz, la. ed., Edit. Limusa, México, 1984, P. 167 - 179.
- 52.- JONES, Ed. et. al. : **Fundamentos de Psicología Social;** Edit. Limusa, México, 1980.
- 53.- JOHNSTON, Lynn et. al.: **Mourning in Parents on The Handicapped its Relation to certain Parenting Behaviors;**Dissertattion International Abstracts, U.S.A., Julio - 1978, Vol.39. No. 1B, P. 348.
- 54.- KALSSON, Karl E.: **El Derecho a Todo Tipo de Información;** Colección de Rehabilitación del Instituto Nacional de Servicios Sociales, Madrid - España, 1981.
- 55.- KATZ, D. : **The Functional Approach to the Study of Attitudes;** public Opinion Quarterly, s/l. 1960, Vol. 24, p 163 -204.

- 56.- KATZ, D. y STOTLAND, E. : **A Preliminary Statement to a Theory of Attitude Structure and Change**; en Kroch, S. (editor) *Psychology: A Study of a Science*, Mc Graw Hill Book Company, Nueva York, 1959, Vol. III, p. 423 - 475.
- 57.- KAZAK, Anne.: **Differences Difficulties and Adaptation stress and Social Net Works in Families with a Handicapped Children; Family Relations.**: *Journal of Child Studies*. U.S.A. Enero - 1984, Vol 33. No. 1, P. 67 - 77.
- 58.- KRECH, D. : **Individual in Society**; Mc Graw - Hill Book Company, Nueva York, 1962.
- 59.- KRECH, D. y CRUTCHFIELD, R.S. : **Theory and Problems of Social Psychology**; Mc Graw Hill, Nueva York, 1948.
- 60.- KUBLER - ROSS, Elizabeth.: **On Death and Dying**; Macmillan Company, New York, 1970, P. 11 - 37 / 112 - 120.
- 61.- LAZARUS, Richard s. y FOLKMAN, Susan: **Estres y Procesos Cognitivos**; Traducción por Mora Zaplana, Rev y Prol. de Manuel Valdes, Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Salud, (universidad) Martinez Roca, Introducción Universitarios y Profesionales, Barcelona, 1986, P. 164 - 171 / 150 - 162.

- 62.- **MANN, L. : Elementos de Psicología Social; Trad. por M . Llanos Braña, Rev. por Capello H. M., Edito. Limusa, México, 1986, p. 143 -144.**
- 63.- **MC GUIRE, W. J. : The Nature of Attitudes and Attitudes Change; en Lindzey, G. y Aronso, E. (editor), The Handbook of Social Psychology Addison Wesley, Cambridge Mass, 1969, Vol. 3, p. 136 - 314.**
- 64.- **Memorias sobre el Primer Congreso Nacional de Deficiencia Mental.: Secretaría de Educación Pública (S.E.P.), México - D.F., 1981.**
- 65.- **NEWCOMB, T. M. : Social Psychology; Nueva York , Holt Rinehart y Winston Inc., 1965, s/p.**
- 66.- **OLTSMAN. : Evaluación de los Predictores de la Percepción Materna del Desajuste de Niños Clínicamente Referidos; Copia Mimeografiada, Mental Retardation, U.S.A., 1977, Vol.16 No. 4.**

- 67.- PARKS, Ronda. : **Parental Reactions to the Birth of a Handicapped Children**; Health and Social Work, U.S.A., Agosto 1977, Vol.2. No.5, P. 51 - 66.
- 68.- PEREZ, Martha. : **El Deficiente Mental en la Sociedad**; Escuela Normal de Especialización. S.E.P., México - D.F. Junio - 1983.
- 69.- Polanco, G. Lilia.: **¿Como Influye el Deficiente Mental en la Dinámica Familiar?**; Disertación U.N.A.M., México, 1983.
- 70.- RAMIREZ, Soledad.: **¿Como Influye el Niño Deficiente Mental en la Dinámica Familiar?**; Escuela Nacional de Especialización, S.E.P; México - D.F., s/f.
- 71.- RASTOGI, C.K.: **Attitudes of Parents Toward their Mentally Retarded Children**; Indian Journal of Clinical Psychiatry, s/l., Julio - 1981, Vol.23. No. 3. P. 206 -209.
- 72.- REY, Andre.: **Retraso Mental y Primeros Ejercicios Educativos**; Fondo de Educación Especial, Edit. Cincel, España, 1986.
- 73.- RODRIGUES, Aroldo; **Psicología Social**. Editorial Trillas, México, 1976, p. 265 - 283, 469 - 47.

- 74.- ROJAS;J. L. ; SALDAÑA, L.M. ; y TAMAYO, M.A.: **Rechazo del Deficiente Mental**; Escuela Normal de Especialización, S.E.P. México, D.F. 1987.
- 75.- SALAZAR, J.M. y Cols.: **Psicología Social**; Edit. Trillas, México, Ener 1986, p. 142 -145, 155 - 156.
- 76.- SANTILLANA Y AGUILAR, M.: **Diccionario Enciclopédico de Educación Especial**; Edit. Diagonal Santillana, México, Junio - 1989, t. II, P. 566 - 575.
- 77.- SARGENT, John.: **The Family and Childhood Psychosomatic disorders**; General Hospital Psychiatric, U.S.A., Abril. 1993, Vol 5. No. 1. P. 41 - 48.
- 78.- SARGENT, John.: **The Sick Child. : Family Complications**; Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, U.S.A. , Marzo 1983, Vol. 4. No.1, P. 50 - 56.
- 79.- SCHELL, Gregory. : **The Young Handicapped Children; A Family Perspective**, Topics in early Childhood Especial Education, U.S.A. Octubre 1981, Vol. 1 No. 3, P. 21 - 27.

- 80.- SESHADRI, Mala. : **Impact of a Mentally Handicapped Child on the Family**; Indian Journal of Clinical Psychology, s/l., Septiembre - 1983, Vol. 10. No.2. P. 473 - 478.
- 81.- SOSA Y ÁVILA ZABRE, Gabriela: **Actitudes hacia la integración de personas con Deficiencia Mental**; Tesis U.N.A. M., México, 1987.
- 82.- SUMMERS, Gene: **Medición de Actitudes**; Edit. Trillas, México, 1986, p.143 -144.
- 83.- THROOUT. Michal: **Birth of Sick or Handicapped Infant**; Impact on The Family, Child Welfare, U.S.A., Julio - Agosto, 1983, Vol. 62. No. 4, P. 337 - 348.
- 84.- THURSTONE, D.L. : **Attitudes can be Measured**; American Journal of Sociology, s/l, 1946, Vol. 33, p. 529 -554.
- 85.- U.N.E.S.C.O.: **Reunión de Expertos de la UNESCO sobre Educación Especial**; Casa de la UNESCO, s/l , 1979.
- 86.- VALDEZ, Salvador. : **La Familia y el Deficiente Mental**; Boletín de Pediatría y Deficiencia Mental, México - D.F., Junio - 1970, Vol. 14 - No. 54, s/p.

- 87.- VANDERZANDEN, James W.: "Manual de Psicología Social.", Traducción de Leandro Wolfson; Editorial Paidós, Buenos Aires - México, 1986, p.p. 199 - 233.
- 88.- WAINERMAN, Catalina H.: Thorndike, Robert L.; Likert Rensis y cols. **Escala de Medición en Ciencias Sociales.**, Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 1976. p. 263 - 269.
- 89.- WASON, Mona. et. al. : **Reflections on Professional's Attitudes toward the Severely Mentally Retarded and the Chronically Mentally ill: Implications for Parents;** U.S.A. Family Therapy; 1983, Vol. 10. No. 3. P. 299 - 308.
- 90.- WATSON, Robert. : **Reactions of Mothers with Mentally Retarded Children;** A social Perspective; Psychological Reports, U.S.A. , Agosto - 1979, Vol.43. No.1, P. 309 - 310.
- 91.- WEST. A. Margaret.: **El Impacto del Retardo Mental sobre la Familia, Implicaciones para la Prevención,** Escritos de la Confederación Mexicana de Asociaciones en pro del Deficiente Mental A.C., México, D.F. s/f.

- 92.- WHITTAKER, James O.: **"La Psicología Social en el Mundo de Hoy."**, Editorial Trillas, México 1979, p.p. 237-261.
- 93.- WHITAKER, J.S.: **Some Influences on the Attitudes of Parents of Mentally Handicapped Children;** British Journal of Mental Subnormality, Gran Bretaña, Diciembre - 1984, Vol. 30. No. 59. P. 87 - 91.
- 94.- WISHART, M.C. et. al. : **Parents Report of Family life with a Developmentally Delayed Child;** Child Care Health and Development, U.S.A., 1981, Vol. 7. No.5. P. 267 - 279.
- 95.- WRIGHT, Loyd et. al.: **Parents of Handicapped Children; Their Self - Ratings life Satisfaction and Parental Adequacy;** Exceptional Child, U.S.A., Marzo 1985, Vol.32. No. 1.
- 96.- ZARAGOZA, M.R. : **El Niño Deficiente Mental en el Ambiente Familiar;** Escritos de la Confederación Mexicana de Asociaciones en Pro del Deficiente Mental A.C., México, D.F., s/f.
- 97.- ZAZZO, René. **Los Débiles Mentales, Historia y Nociones Básicas.** Editorial Barcelona, 1973. p. 45 - 74.

- 92.- WHITTAKER, James O.: **"La Psicología Social en el Mundo de Hoy."**, Editorial Trillas, México 1979, p.p. 237-261.
- 93.- WHITAKER, J.S.: **Some Influences on the Attitudes of Parents of Mentally Handicapped Children;** British Journal of Mental Subnormality, Gran Bretaña, Diciembre - 1984, Vol. 30. No. 59. P. 87 - 91.
- 94.- WISHART, M.C. et. al. : **Parents Report of Family life with a Developmentally Delayed Child;** Child Care Health and Development, U.S.A., 1981, Vol. 7. No.5. P. 267 - 279.
- 95.- WRIGHT, Loyd et. al.: **Parents of Handicapped Children: Their Self - Ratings life Satisfaction and Parental Adequacy;** Exceptional Child, U.S.A., Marzo 1985, Vol.32. No. 1.
- 96.- ZARAGOZA,M.R. : **El Niño Deficiente Mental en el Ambiente Familiar;** Escritos de la Confederación Mexicana de Asociaciones en Pro del Deficiente Mental A.C., México, D.F., s/f.
- 97.- ZAZZO, René. **Los Débiles Mentales, Historia y Nociones Básicas.** Editorial Barcelona, 1973. p. 45 - 74.

ANEXO 1

NOMBRE: _____	EDO. CIVIL: _____
EDAD: _____	SEXO: _____
ESCOLARIDAD: _____	
OCUPACION: _____	

INSTRUCCIONES:

A continuación encontrará una serie de preguntas en las cuales existen cinco opciones a responder, marque con una *cruz* el espacio que corresponda a la opción que más se acerque a su forma de pensar y actuar. Trate de contestar lo más sinceramente posible.

Ejemplo:

El trato que se le da al hijo deficiente mental es de preferencia.

- a) Totalmente de acuerdo.
- b) De acuerdo.
- c) Indeciso.
- d) En desacuerdo.
- e) Totalmente en desacuerdo.

1. La Deficiencia Mental es una enfermedad.
 - a) Totalmente de acuerdo.
 - b) De acuerdo.
 - c) Indeciso.
 - d) En desacuerdo.
 - e) Totalmente en desacuerdo.

2. Es muy importante que los padres con hijos discapacitados tengan también amistades con el mismo problema que ellos.
 - a) Totalmente de acuerdo.
 - b) De acuerdo.
 - c) Indeciso.
 - d) En desacuerdo.
 - e) Totalmente en desacuerdo.

3. Un hijo con discapacidad origina problemas entre la pareja.
 - a) Totalmente de acuerdo.
 - b) De acuerdo.
 - c) Indeciso.
 - d) En desacuerdo.
 - e) Totalmente en desacuerdo.

4. Pocas veces se llega a comprender a un hijo con problemas.
- a) Totalmente de acuerdo.
 - b) De acuerdo.
 - c) Indeciso.
 - d) En desacuerdo.
 - e) Totalmente en desacuerdo.
5. Un niño con Deficiencia Mental debe acudir a una escuela especial.
- a) Totalmente de acuerdo.
 - b) De acuerdo.
 - c) Indeciso.
 - d) En desacuerdo.
 - e) Totalmente en desacuerdo.
6. Es suficiente con que uno de los dos padres decida que tratamiento recibirá su hijo, sin importar la opinión de la pareja.
- a) Totalmente de acuerdo.
 - b) De acuerdo.
 - c) Indeciso.
 - d) En desacuerdo.
 - e) Totalmente en desacuerdo.

7. Nunca de debe ocultar a los Deficientes Mentales de las demás personas.

- a) Totalmente de acuerdo.
- b) De acuerdo.
- c) Indeciso.
- d) En desacuerdo.
- e) Totalmente en desacuerdo.

8. Algunos padres se sienten culpables por lo que les pasa a sus hijos y no hacen nada por ayudarlos.

- a) Totalmente de acuerdo.
- b) De acuerdo.
- c) Indeciso.
- d) En desacuerdo.
- e) Totalmente en desacuerdo.

9. Se le debe dar al hijo apoyo para integrarlo a la sociedad.

- a) Totalmente de acuerdo.
- b) De acuerdo.
- c) Indeciso.
- d) En desacuerdo.
- e) Totalmente en desacuerdo.

10. Un hijo con problemas es un estorbo en la familia.

- a) Totalmente de acuerdo.
- b) De acuerdo.
- c) Indeciso.
- d) En desacuerdo.
- e) Totalmente en desacuerdo.

11. Es conveniente tener alejado al hijo con Retraso Mental para evitar contagiarse.

- a) Totalmente de acuerdo.
- b) De acuerdo.
- c) Indeciso.
- d) En desacuerdo.
- e) Totalmente en desacuerdo.

12. Los padres deben hacer todo lo posible por no desesperarse con su hijo

- a) Totalmente de acuerdo.
- b) De acuerdo.
- c) Indeciso.
- d) En desacuerdo.
- e) Totalmente en desacuerdo.

13. Cuando un hijo con deficiencia mental se comporta mal ante las demás personas es motivo para rechazarlo.

- a) Totalmente de acuerdo.
- b) De acuerdo.
- c) Indeciso.
- d) En desacuerdo.
- e) Totalmente en desacuerdo.

14. No es conveniente que los vecinos dejen jugar a sus hijos con niños minusválidos.

- a) Totalmente de acuerdo.
- b) De acuerdo.
- c) Indeciso.
- d) En desacuerdo.
- e) Totalmente en desacuerdo.

15. Un niño con incapacidad necesita atención psicológica.

- a) Totalmente de acuerdo.
- b) De acuerdo.
- c) Indeciso.
- d) En desacuerdo.
- e) Totalmente en desacuerdo.

16. Un niño con deficiencia se puede curar con solo operarlo.

- a) Totalmente de acuerdo.
- b) De acuerdo.
- c) Indeciso.
- d) En desacuerdo.
- e) Totalmente en desacuerdo.

17. El no ser inteligente no se considera una enfermedad sino una deficiencia mental.

- a) Totalmente de acuerdo.
- b) De acuerdo.
- c) Indeciso.
- d) En desacuerdo.
- e) Totalmente en desacuerdo.

18. Algunos padres con niños que muestran retraso pueden llegar a sentirse orgullosos de sus logros que alcanzan gracias a la ayuda de ellos y de los psicólogos.

- a) Totalmente de acuerdo.
- b) De acuerdo.
- c) Indeciso.
- d) En desacuerdo.
- e) Totalmente en desacuerdo.

19. La incapacidad de los hijos provoca desesperación en los padres.

- a) Totalmente de acuerdo.
- b) De acuerdo.
- c) Indeciso.
- d) En desacuerdo.
- e) Totalmente en desacuerdo.

20. Las personas que se burlan de un deficiente no lo hacen por maldad sino por ignorancia, porque desconocen el problema y esto no debe provocar molestia en los padres.

- a) Totalmente de acuerdo.
- b) De acuerdo.
- c) Indeciso.
- d) En desacuerdo.
- e) Totalmente en desacuerdo.

21. Un padre puede llegar a sentir rencor hacia su hijo deficiente.

- a) Totalmente de acuerdo.
- b) De acuerdo.
- c) Indeciso.
- d) En desacuerdo.
- e) Totalmente en desacuerdo.

22. El retraso mental no es contagioso.

- a) Totalmente de acuerdo.
- b) De acuerdo.
- c) Indeciso.
- d) En desacuerdo.
- e) Totalmente en desacuerdo.

23. Los padres de un deficiente mental pueden enseñarle al hijo lo esencial sin necesidad de llevarlo a una escuela especial.

- a) Totalmente de acuerdo.
- b) De acuerdo.
- c) Indeciso.
- d) En desacuerdo.
- e) Totalmente en desacuerdo.

24. No necesariamente un hijo con incapacidad origina problemas entre la pareja.

- a) Totalmente de acuerdo.
- b) De acuerdo.
- c) Indeciso.
- d) En desacuerdo.
- e) Totalmente en desacuerdo.

25. Los hijos con Retraso Mental llegan a causar grandes vergüenzas.

- a) Totalmente de acuerdo.
- b) De acuerdo.
- c) Indeciso.
- d) En desacuerdo.
- e) Totalmente en desacuerdo.

26. A un niño con deficiencia si se le lleva a terapia llegará a ser normal como los demás niños.

- a) Totalmente de acuerdo.
- b) De acuerdo.
- c) Indeciso.
- d) En desacuerdo.
- e) Totalmente en desacuerdo.

27. Es muy importante que los padres estén de acuerdo con el tratamiento que recibirá su hijo y apoyen al equipo multidisciplinario que lo atenderá.

- a) Totalmente de acuerdo.
- b) De acuerdo.
- c) Indeciso.
- d) En desacuerdo.
- e) Totalmente en desacuerdo.

28. Se ha llegado a la conclusión que es inútil todo lo que se haga por el hijo discapacitado.

- a) Totalmente de acuerdo.
- b) De acuerdo.
- c) Indeciso.
- d) En desacuerdo.
- e) Totalmente en desacuerdo.

29. Es muy importante que al hijo deficiente se le deje jugar con otros niños normales.

- a) Totalmente de acuerdo.
- b) De acuerdo.
- c) Indeciso.
- d) En desacuerdo.
- e) Totalmente en desacuerdo.

30. Un Deficiente Mental no es inteligente como los demás.

- a) Totalmente de acuerdo.
- b) De acuerdo.
- c) Indeciso.
- d) En desacuerdo.
- e) Totalmente en desacuerdo.

31. La comunidad nunca aceptará a un deficiente mental.

- a) Totalmente de acuerdo.
- b) De acuerdo.
- c) Indeciso.
- d) En desacuerdo.
- e) Totalmente en desacuerdo.

32. No debe considerarse al hijo con incapacidad un estorbo en la familia porque en vez de ayudarlo se le hará un daño.

- a) Totalmente de acuerdo.
- b) De acuerdo.
- c) Indeciso.
- d) En desacuerdo.
- e) Totalmente en desacuerdo.

33. Existen diversas formas de ayudar a un hijo discapacitado mejor que un apoyo terapéutico.

- a) Totalmente de acuerdo.
- b) De acuerdo.
- c) Indeciso.
- d) En desacuerdo.
- e) Totalmente en desacuerdo.

34. Para que las demás personas no nos retiren su amistad es mejor ocultar al hijo deficiente.

- a) Totalmente de acuerdo.
- b) De acuerdo.
- c) Indeciso.
- d) En desacuerdo.
- e) Totalmente en desacuerdo.

35. Hay que despreciar y molestarse con la gente que se burla de un retrasado mental.

- a) Totalmente de acuerdo.
- b) De acuerdo.
- c) Indeciso.
- d) En desacuerdo.
- e) Totalmente en desacuerdo.

36. Un niño con deficiencia no puede curarse de un día para otro pero si puede mejorar en algunas cosas que antes no podía realizar.

- a) Totalmente de acuerdo.
- b) De acuerdo.
- c) Indeciso.
- d) En desacuerdo.
- e) Totalmente en desacuerdo.

37. Un padre puede llegar a sobreproteger a su hijo discapacitado por considerarlo débil e indefenso.

- a) Totalmente de acuerdo.
- b) De acuerdo.
- c) Indeciso.
- d) En desacuerdo.
- e) Totalmente en desacuerdo.

38. Es preferible tener amistades que no tienen hijos con deficiencia.

- a) Totalmente de acuerdo.
- b) De acuerdo.
- c) Indeciso.
- d) En desacuerdo.
- e) Totalmente en desacuerdo.

39. Un hijo que es deficiente es el causante de que sus padres se divorcien.

- a) Totalmente de acuerdo.
- b) De acuerdo.
- c) Indeciso.
- d) En desacuerdo.
- e) Totalmente en desacuerdo.

37. Un padre puede llegar a sobreproteger a su hijo discapacitado por considerarlo débil e indefenso.

- a) Totalmente de acuerdo.
- b) De acuerdo.
- c) Indeciso.
- d) En desacuerdo.
- e) Totalmente en desacuerdo.

38. Es preferible tener amistades que no tienen hijos con deficiencia.

- a) Totalmente de acuerdo.
- b) De acuerdo.
- c) Indeciso.
- d) En desacuerdo.
- e) Totalmente en desacuerdo.

39. Un hijo que es deficiente es el causante de que sus padres se divorcien.

- a) Totalmente de acuerdo.
- b) De acuerdo.
- c) Indeciso.
- d) En desacuerdo.
- e) Totalmente en desacuerdo.

40. Con ayuda de terapia y por parte de los padres, familiares y amigos; el niño con incapacidad poco a poco superará sus limitaciones.

- a) Totalmente de acuerdo.
- b) De acuerdo.
- c) Indeciso.
- d) En desacuerdo.
- e) Totalmente en desacuerdo.

41. Para que la familia salga adelante es importante que acepten la minusvalía de su hijo y estén conscientes de sus impedimentos.

- a) Totalmente de acuerdo.
- b) De acuerdo.
- c) Indeciso.
- d) En desacuerdo.
- e) Totalmente en desacuerdo.

42. Los padres no necesitan ir a terapia porque ellos no son los que tienen deficiencia sino los hijos.

- a) Totalmente de acuerdo.
- b) De acuerdo.
- c) Indeciso.
- d) En desacuerdo.
- e) Totalmente en desacuerdo.

43. Se considera que el desarrollo físico en un niño no tiene nada que ver con el retraso mental.

- a) Totalmente de acuerdo.
- b) De acuerdo.
- c) Indeciso.
- d) En desacuerdo.
- e) Totalmente en desacuerdo.

44. Se debe hacer lo posible porque la gente que nos rodea conozca el problema del hijo para que lo acepten, comprendan y ayuden.

- a) Totalmente de acuerdo.
- b) De acuerdo.
- c) Indeciso.
- d) En desacuerdo.
- e) Totalmente en desacuerdo.

45. Un niño que es deficiente mental siente lo mismo que uno normal.

- a) Totalmente de acuerdo.
- b) De acuerdo.
- c) Indeciso.
- d) En desacuerdo.
- e) Totalmente en desacuerdo.

ANEXO 2

NOMBRE: _____ EDO. CIVIL: _____
EDAD: _____ SEXO: _____
ESCOLARIDAD: _____
OCUPACION: _____

INSTRUCCIONES:

A continuación encontrará una serie de preguntas en las cuales existen cinco opciones a responder, marque con una *cruz* el espacio que corresponda a la opción que más se acerque a su forma de pensar y actuar. Trate de contestar lo más sinceramente posible.

Ejemplo:

El trato que se le da al hijo deficiente mental es de preferencia.

- a) Totalmente de acuerdo.
- b) De acuerdo.
- c) Indeciso.
- d) En desacuerdo.
- e) Totalmente en desacuerdo.

1. Es muy importante que los padres con hijos incapacitados tengan también amistades con el mismo problema que ellos.

- a) Totalmente de acuerdo.
- b) De acuerdo.
- c) Indeciso.
- d) En desacuerdo.
- e) Totalmente en desacuerdo.

2. Cuando un hijo con deficiencia se comporta mal ante las demás personas es motivo para rechazarlo.

- a) Totalmente de acuerdo.
- b) De acuerdo.
- c) Indeciso.
- d) En desacuerdo.
- e) Totalmente en desacuerdo.

3. Un niño que es un deficiente mental siente lo mismo que es normal.

- a) Totalmente de acuerdo.
- b) De acuerdo.
- c) Indeciso.
- d) En desacuerdo.
- e) Totalmente en desacuerdo.

4. Es suficiente con que uno de los dos padres decida que tratamiento recibirá su hijo sin importar la opinión de la pareja.

- a) Totalmente de acuerdo.
- b) De acuerdo.
- c) Indeciso.
- d) En desacuerdo.
- e) Totalmente en desacuerdo.

5. Pocas veces se puede comprender a un hijo con problemas.

- a) Totalmente de acuerdo.
- b) De acuerdo.
- c) Indeciso.
- d) En desacuerdo.
- e) Totalmente en desacuerdo.

6. Un niño con deficiencia mental debe acudir a una escuela especial.

- a) Totalmente de acuerdo.
- b) De acuerdo.
- c) Indeciso.
- d) En desacuerdo.
- e) Totalmente en desacuerdo.

7. Un hijo con incapacidad origina problemas entre la pareja.
- a) Totalmente de acuerdo.
 - b) De acuerdo.
 - c) Indeciso.
 - d) En desacuerdo.
 - e) Totalmente en desacuerdo.
8. Nunca se debe ocultar a los hijos deficientes de las demás personas.
- a) Totalmente de acuerdo.
 - b) De acuerdo.
 - c) Indeciso.
 - d) En desacuerdo.
 - e) Totalmente en desacuerdo.
9. Algunos padres se sienten culpables por lo que les pasa a sus hijos y no hacen nada por ayudarlos.
- a) Totalmente de acuerdo.
 - b) De acuerdo.
 - c) Indeciso.
 - d) En desacuerdo.
 - e) Totalmente en desacuerdo.

10. Un hijo con problemas es un estorbo en la familia.

- a) Totalmente de acuerdo.
- b) De acuerdo.
- c) Indeciso.
- d) En desacuerdo.
- e) Totalmente en desacuerdo.

11. Se le debe dar al hijo apoyo para integrarlo a la sociedad.

- a) Totalmente de acuerdo.
- b) De acuerdo.
- c) Indeciso.
- d) En desacuerdo.
- e) Totalmente en desacuerdo.

12. Se considera que el desarrollo físico en un niño no tiene nada que ver en el retraso mental.

- a) Totalmente de acuerdo.
- b) De acuerdo.
- c) Indeciso.
- d) En desacuerdo.
- e) Totalmente en desacuerdo.

13. Los padres deben hacer todo lo posible por no desesperarse con su hijo

- a) Totalmente de acuerdo.
- b) De acuerdo.
- c) Indeciso.
- d) En desacuerdo.
- e) Totalmente en desacuerdo.

14. Se ha llegado a la conclusión que es inútil todo lo que se haga por el hijo discapacitado.

- a) Totalmente de acuerdo.
- b) De acuerdo.
- c) Indeciso.
- d) En desacuerdo.
- e) Totalmente en desacuerdo.

15. Algunos padres con niños que muestran retraso pueden llegar a sentirse orgullosos de sus logros que alcanzan gracias a la ayuda de ellos y de los psicólogos.

- a) Totalmente de acuerdo.
- b) De acuerdo.
- c) Indeciso.
- d) En desacuerdo.
- e) Totalmente en desacuerdo.

16. Los padres de un deficiente mental pueden enseñarle al hijo lo esencial sin necesidad de llevarlo a una escuela especial.

- a) Totalmente de acuerdo.
- b) De acuerdo.
- c) Indeciso.
- d) En desacuerdo.
- e) Totalmente en desacuerdo.

17. No necesariamente un hijo con incapacidad origina problemas en la pareja.

- a) Totalmente de acuerdo.
- b) De acuerdo.
- c) Indeciso.
- d) En desacuerdo.
- e) Totalmente en desacuerdo.

18. Un padre puede llegar a sentir rencor hacia su hijo deficiente.

- a) Totalmente de acuerdo.
- b) De acuerdo.
- c) Indeciso.
- d) En desacuerdo.
- e) Totalmente en desacuerdo.

19. La comunidad nunca aceptará a un deficiente mental.

- a) Totalmente de acuerdo.
- b) De acuerdo.
- c) Indeciso.
- d) En desacuerdo.
- e) Totalmente en desacuerdo.

20. Es muy importante que los padres estén de acuerdo en el tratamiento que recibirá su hijo y apoyen el equipo multidisciplinario que lo atenderá.

- a) Totalmente de acuerdo.
- b) De acuerdo.
- c) Indeciso.
- d) En desacuerdo.
- e) Totalmente en desacuerdo.

21. Los hijos con Retraso Mental llegan a causar grandes vergüenzas.

- a) Totalmente de acuerdo.
- b) De acuerdo.
- c) Indeciso.
- d) En desacuerdo.
- e) Totalmente en desacuerdo.

22. No debe considerarse al hijo con incapacidad un estorbo en la familia porque en vez de ayudarlo se le hará daño.

- a) Totalmente de acuerdo.
- b) De acuerdo.
- c) Indeciso.
- d) En desacuerdo.
- e) Totalmente en desacuerdo.

23. A un niño con deficiencia si se le lleva a terapia llegará a ser normal como los demás niños.

- a) Totalmente de acuerdo.
- b) De acuerdo.
- c) Indeciso.
- d) En desacuerdo.
- e) Totalmente en desacuerdo.

24. Es muy importante que al hijo deficiente se le deje jugar con hijos normales.

- a) Totalmente de acuerdo.
- b) De acuerdo.
- c) Indeciso.
- d) En desacuerdo.
- e) Totalmente en desacuerdo.

25. Existen diversas formas de ayudar a un hijo discapacitado mejor que un apoyo terapéutico.

- a) Totalmente de acuerdo.
- b) De acuerdo.
- c) Indeciso.
- d) En desacuerdo.
- e) Totalmente en desacuerdo.

26. Un niño con incapacidad necesita atención psicológica.

- a) Totalmente de acuerdo.
- b) De acuerdo.
- c) Indeciso.
- d) En desacuerdo.
- e) Totalmente en desacuerdo.

27. Para que las demás personas no nos retiren su amistad es mejor ocultar al hijo deficiente.

- a) Totalmente de acuerdo.
- b) De acuerdo.
- c) Indeciso.
- d) En desacuerdo.
- e) Totalmente en desacuerdo.

28. Hay que despreciar y molestar a la gente que se burla de un retrasado mental.

- a) Totalmente de acuerdo.
- b) De acuerdo.
- c) Indeciso.
- d) En desacuerdo.
- e) Totalmente en desacuerdo.

29. Para que la familia salga adelante es importante que acepten la minusvalía de su hijo y estén conscientes de sus impedimentos.

- a) Totalmente de acuerdo.
- b) De acuerdo.
- c) Indeciso.
- d) En desacuerdo.
- e) Totalmente en desacuerdo.

30. Un hijo que es deficiente es el causante de que sus padres se divorcien.

- a) Totalmente de acuerdo.
- b) De acuerdo.
- c) Indeciso.
- d) En desacuerdo.
- e) Totalmente en desacuerdo.

31. Un hijo con deficiencia no puede curarse de un día para otro pero si puede mejorar en algunas cosas que antes no podía realizar.

- a) Totalmente de acuerdo.
- b) De acuerdo.
- c) Indeciso.
- d) En desacuerdo.
- e) Totalmente en desacuerdo.

32. Es preferible tener amistades que no tienen hijos con deficiencia.

- a) Totalmente de acuerdo.
- b) De acuerdo.
- c) Indeciso.
- d) En desacuerdo.
- e) Totalmente en desacuerdo.

33. Con ayuda de terapia y apoyo por parte de los padres, familiares y amigos; el niño con discapacidad poco a poco superará sus limitaciones.

- a) Totalmente de acuerdo.
- b) De acuerdo.
- c) Indeciso.
- d) En desacuerdo.
- e) Totalmente en desacuerdo.

34. Los padres no necesitan ir a terapia porque ellos no son los que tienen deficiencia sino los hijos.

- a) Totalmente de acuerdo.
- b) De acuerdo.
- c) Indeciso.
- d) En desacuerdo.
- e) Totalmente en desacuerdo.

35. Se debe hacer lo posible porque la gente que nos rodea conozca el problema del hijo para que lo acepten, comprendan y ayuden.

- a) Totalmente de acuerdo.
- b) De acuerdo.
- c) Indeciso.
- d) En desacuerdo.
- e) Totalmente en desacuerdo.

FORMATO DE ENTREVISTA PARA PADRES

Fecha: _____

Entrevistador: _____

INSTRUCCIONES: Al dar inicio a la entrevista, se le explicará a los padres el objetivo de ésta; también se aclarará la utilización de la información que se obtenga por medio de éste y otros conductos.

I. DATOS DE IDENTIFICACION.

Nombre del Niño: _____

Edad Actual: _____ Sexo: _____ Fecha de nacimiento: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____ Persona que proporciona la información: _____

_____ Parentesco: _____

II. SITUACIÓN O DATOS FAMILIARES:

Nombre del padre: _____

Edad: _____ Escolaridad: _____

Ocupación: _____ Lugar de Trabajo: _____

Ingresos: _____

¿Con quién vive el niño (a)?: _____

¿Cuántas personas viven en la casa? _____

Parentesco: _____

Número de Hermanos: _____ Lugar que ocupa entre ellos: _____

¿Como tratan al niño sus hermanos?: _____

¿Existe alguna otra persona dentro del hogar con el mismo problema que presenta el niño?:

SI _____ NO _____ Parentesco: _____

¿El niño tiene amigos?: _____ Mayores o menores que él _____

¿Que es lo que más le gusta hacer al niño? _____

¿ Cómo son las relaciones en la familia ? : _____

El problema del niño, ¿ha causado un cambio en las relaciones familiares? _____

¿ Por qué ? : _____

¿Existe algún hábito vicioso en alguno de los integrantes de la familia?,

Si _____ No _____, Parentesco: _____

Alcoholismo: _____ Drogadicción: _____

Tabaquismo: _____ Otros: _____

¿A qué atribuye usted los problemas que presenta su hijo (a)?: _____

III ANTECEDENTES DEL DESARROLLO:

A) Condiciones Prenatales:

¿ Planeó el nacimiento del niño? _____

¿ Tuvo asistencia médica durante los 9 meses? _____

¿ Tuvo alguna enfermedad durante el embarazo? _____

Número de embarazos de la madre? _____ Número de abortos _____

Edad de la madre en el parto: _____ Número de embarazos: _____

Estado físico de la madre durante el embarazo: _____

Problemas :Amenazas de Aborto: _____

Medicamentos: : _____

Traumatismos: _____

Otros: _____

Estado emocional durante el embarazo: _____

Reacción de los padres ante el embarazo: Favorable _____

Desfavorable _____

B) Condiciones Perinatales:

¿ Qué tipo de atención tuvo durante el parto?: Institucional _____

Particular _____ Domiciliaria _____

¿El niño nació al término? _____ Si fue prematuro, ¿de cuantos meses? _____

¿El parto fue normal? Si _____ No _____ ¿Cesárea? Si _____ No _____

¿El parto fue prolongado ? Si _____ No _____

Peso del niño al nacer: _____ Talla: _____

¿Se presentó algún problema en el parto? _____

¿ De qué tipo? _____

C) Condiciones postnatales:

¿El niño tuvo algún accidente durante los primeros 3 meses de vida? _____

¿Cómo fue? _____

¿ Sufrió fiebres altas y convulsiones ? _____

Tipo de alimento los primeros tres meses: _____

Enfermedad que ha padecido y que tipo de medicamentos ha tomado: _____

¿A cuántos meses sostuvo la cabeza sólo? _____

¿A los cuántos meses gateó? _____

¿ A qué edad se puso en plé? _____ ¿A que edad caminó? _____

¿ A qué edad dijo claramente las primeras palabras ? _____

¿ A qué edad comenzó a construir frases? _____

¿ Presenta actualmente algún problema de lenguaje ? Si _____ No _____

¿ De qué tipo? _____

IV. ESTADO FÍSICO DEL NIÑO:

Enfermedad que ha padecido durante la infancia:

Tipo

Complicaciones

¿Ha presentado complicaciones? Si _____ No _____ Frecuencia _____

¿Presenta algún problema en los ojos? Si _____ No _____ ¿cuál? _____

¿ Ha sufrido algún golpe? Si _____ No _____

¿ de qué tipo? _____

VI. CUIDADO PERSONAL:

El niño se:

- | | | |
|---------------|------------|-----------------|
| a) Viste | Solo _____ | Con ayuda _____ |
| b) Come | Solo _____ | Con ayuda _____ |
| c) Baña | Solo _____ | Con ayuda _____ |
| d) Va al baño | Solo _____ | Con ayuda _____ |

Le ayuda en los quehaceres domésticos tales como:

- ¿Recoge sus juguetes? Si _____ No _____
- ¿Guarda su ropa? Si _____ No _____
- ¿Hace mandados? Si _____ No _____

¿Se queda en cualquier lugar (escuela, casa de amigos, parque, etc.) sin presentar llanto cuando usted se aleja? _____

¿ Se duerme sólo? _____

El niño puede:

- Cruzar una calle sólo _____
- Hacer llamadas por teléfono _____
- Proporcionar su nombre el de sus padres, dirección _____
- Manejar dinero _____
- Indicar cuando hay peligro (fuego, un animal, etc.) _____

¿Qué problema le gustaría que se atendiera primero? _____

Para participar en un programa cuyas metas están en función de ayudar a su hijo:

VII. MOTIVO DE LA CONSULTA:

Persona o institución que lo remite al servicio y objetivos _____

Clase de problema que presenta el niño (describir brevemente en términos de lo que hace, dice o no hace con la frecuencia esperada). Marque el problema tomando en cuenta las definiciones dadas por cada una de las siguientes clases:

Excesos conductuales:

Hiperactividad _____

Impulsividad _____

Berrinches _____

Negativismo _____

Agresión física _____

Agresión Verbal _____

Destructividad _____

Robo _____

Autoestimulación _____

Otros _____

Carencias Conductuales:

Orden _____

Estudio _____

Alimentación _____

Aseo _____

Sueño _____

Cooperación _____

Otros _____

¿Qué inició su padecimiento? _____

¿ Quién lo detectó? _____

¿ A quién se ha acudido para su tratamiento? _____

¿ Qué tipo de tratamiento se le ha dado? _____

Actualmente ¿el niño toma algún tratamiento? Si _____ No _____

¿De que tipo?(nombre) _____

VIII. EXPECTATIVAS Y MOTIVACIÓN DE LOS PADRES:

Enfermedad _____ ¿Por qué? _____

Aprendizaje _____ ¿Por qué? _____

¿Qué espera recibir al acudir a este servicio dentro de la institución?

Cura: _____

Orientación: _____

¿Cómo podría usted y la familia contribuir a la solución de los problemas que presenta su hijo? _____

¿Qué piensa que llegará a ser su hijo (a) en el futuro? (escuela, trabajo, etc.)

IX. EXPLORACIÓN DE RECURSOS.

Mencione cuales son las cosas que le gustan al niño (a) (actividades, objetos materiales, privilegios, atenciones, etc.) _____

Mencione las actividades que realiza el niño (a) durante un día normal, desde que se levanta hasta que se duerme _____

X. CONVIVENCIA FAMILIAR.

Mencione las actividades que realiza usted durante un día normal desde que se levanta hasta que se duerme: _____

Mencione las actividades que realiza la familia durante los fines de semana: _____

XI. ESTUDIOS PRACTICADOS.

¿Se le ha hecho algún estudio específico al niño (a) en relación con el problema que presenta? Si _____ No _____ ¿De que tipo? _____

Resultados de los estudios específicos:

Médico: _____

Neurológico: _____

Psicológico: _____

Otros: _____

XII. TRATAMIENTOS RECIBIDOS.

¿Se ha hecho hasta ahora algún intento específico por solucionar el problema que presenta el niño (a) ?

Si ____ No ____ ¿De qué tipo? _____

Fecha _____

Farmacológico _____

Psicoterapia _____

Conductual _____

Educación especial _____

Otros _____

¿ Qué resultados se obtuvieron con éstos? _____

¿Actualmente está bajo algún tipo de tratamiento medico?

Si ____ No ____ ¿En que consiste? _____

Medicamento	Dosis	Fecha

* Al terminar la entrevista anote:

¿ Cómo fue la actitud de los padres (madre) durante la entrevista? _____

Impresión de la relación de los padres (madre hacia el niño (a)) _____

Expectativas de los padres con respecto a la rehabilitación: _____

Anote los puntos del cuestionario que no pudo recabar en esa sesión

Observaciones.

CUESTIONARIO SOCIOECONÓMICO PARA PADRES.

Nombre del niño: _____

Edad (años cumplidos): _____ Sexo: _____

Grado Escolar: _____ Ha reprobado: Sí _____ No _____

Estado civil de los padres: _____

Edad de la madre: _____ Ocupación de la madre: _____

Edad del padre: _____ Ocupación del Padre: _____

Escolaridad de los padres:

Madre: Primaria: _____ Secundaria: _____ Técnica: _____

Bachillerato: _____ Licenciatura: _____

Padre: Primaria: _____ Secundaria: _____ Técnica: _____

Bachillerato: _____ Licenciatura: _____

Lugar de trabajo:

Madre: _____

Padre: _____

Tiene más de un trabajo :

Madre: _____ Padre: _____

La casa dónde vive es: Rentada _____ De su propiedad _____

Número de cuartos que tiene la casa (sin contar la cocina y baño): _____

¿ Tiene usted sirvientes? Si _____ No _____

¿Cuánto tiempo tiene viviendo en esa casa? _____

¿ Antes de vivir ahí, dónde vivían? _____

- | | | |
|-------------------------|----------|----------|
| ¿ Tiene televisión ? | Si _____ | No _____ |
| ¿ Tiene videograbadora? | Si _____ | No _____ |
| ¿ Tiene estéreo? | Si _____ | No _____ |
| ¿ Tiene refrigerador ? | Si _____ | No _____ |
| ¿ Tiene lavadora? | Si _____ | No _____ |
| ¿ Tiene licuadora ? | Si _____ | No _____ |
| ¿ Tiene Plancha? | Si _____ | No _____ |

El niño:

- ¿ Tiene su cuarto Propio? _____
- ¿ Duerme sólo? _____
- ¿ Tiene un lugar específico dónde hacer la Tarea? _____
- ¿ Realiza alguna actividad deportiva ? Si _____ No _____ ¿Cuál? _____
- ¿ Convive con otros miembros de la familia de su misma edad? Si _____ No _____
- ¿ Tiene amigos fuera de la escuela ? _____

Mencione cuáles son las cosas que le gustan al niño (a): _____

Mencione las actividades que realiza el niño (a) durante un día normal desde que se levanta hasta que se duerme: _____

Gracias por su colaboración.

DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR SEXO, EDAD Y OCUPACIÓN DE LOS PADRES.

GRUPO EXPERIMENTAL. (1)

Edad:

18.-	1	35.-	2
28.-	2	36.-	8
29.-	2	37.-	-1
30.-	4	38.-	-3
31.-	2	41.-	-1
33.-	5	42.-	-1
34.-	1		

Sexo

Femenino	33
Masculino	7

Estado Civil:

Casado:	37
Soltero:	1
Divorciado:	1
Viudo:	1

Ocupación

Hogar	23	Obrero	4	Costurera	2	Carpintero	1
Agente Ventas	2	Profesor	1	Estilista	1	Cocinera	1
Herrero	1	Empleado	3	Secretaria	1		

Escolaridad

Primaria	9
Secundaria	13
Bachillerato	7
Técnica	3
Normal	2
Lic.	1
Comercio	5

GRUPO CONTROL. (*)

Edad:

26.-	1	35.-	2
29.-	2	36.-	7
30.-	4	37.-	1
31.-	3	38.-	4
32.-	5	41.-	2
34.-	2		

Sexo

Femenino	34
Masculino	6

Estado Civil:

Casado:	39
Soltero:	0
Divorciado:	1
Viudo:	0

Ocupación

Hogar	26	Médico	1	Costurera	2	Abogado	1
Agente Ventas	1	Ingeniero	1	Estilista	1	Contador	1
Fotógrafo	1	Empleado	3	Secretaria	1		

Escolaridad

Primaria	1
Secundaria	7
Bachillerato	9
Técnica	33
Normal	1
Lic.	11
Comercio	7
T. Social	1