

170



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA

**“EL BAJO RENDIMIENTO ESCOLAR EN
ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD
INTELLECTUAL, SU RELACIÓN CON LA FAMILIA
Y EL APOYO SOCIAL QUE RECIBEN”**

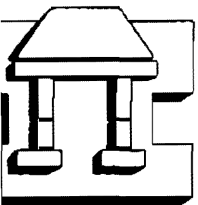
206941

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A:
YOLANDA YEBRA MÉLENDEZ**

**COMISIÓN DICTAMINADORA:
MAESTRA NORMA COFFIN CABRERA
MAESTRO CARLOS NAVA QUIROZ
MAESTRA CYNTHIA ZAIRA VEGA VALERO**



IZTACALA

SAN JUAN IZTACALA, TLALNEPANTLA, ESTADO DE MÉXICO
MÉXICO

2001



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.

Un agradecimiento muy especial para mi asesora:

M.C. Norma Coffin Cabrera

que en todo momento me apoyó e impulsó a seguir adelante y sin la cual este trabajo no hubiera sido posible.

Muchas Gracias

Maestro Carlos Nava Quiroz
Maestra Cynthia Zaira VegaValero

por su paciencia, su tiempo y su valiosa asesoría.

YOLANDA

A mi esposo:

Victor Manuel

Por su apoyo y comprensión.

A mis hijas:

Gabriela y Adriana

Por que son mi fuerza e
inspiración.

A mis padres:

Simona y Raymundo

Por todo su amor, apoyo y
sacrificio y que nunca tendré con
que pagarles.

**A mis hermanas y
hermanos:**

Judith

José Luis

Teresa

Susana

Raymundo

Raquel

María del Carmen

César Alejandro

Con todo cariño por un
Futuro mejor.

A mis sobrinos

Juan Jesús

Norma Beatriz

Israel

Antonio

Karina Elizabeth

Juan Carlos

Lilian Noemi

Mario

Ray Enrique

Johan

Nancy Marlene

Eduardo

Jesús

Paola Jaqueline

**Quienes están siempre
en mi mente y
mi corazón**

INDICE

	PAGINA
RESUMEN	1
INTRODUCCION	3
MARCO TEORICO	10
CAPITULO I	11
La Educación en México	11
1.1. Concepto de Educación	11
1.2. Historia de la Educación en México	13
1.3. Situación Actual	15
CAPITULO II.	17
Educación Especial	17
2.1. El Desarrollo de la Educación Especial en México:	17
Antecedentes	
2.2. Modelo Actual de Educación Especial	22
CAPITULO III.	24
Bajo Rendimiento	24
3.1. Generalidades	24
3.2. Factores	27
CAPITULO IV	30
Discapacidad Intelectual	30
4.1 Causas de la Discapacidad Intelectual	31
4.2. Otras Discapacidades que en ocasiones se	33
asocian a la Discapacidad Intelectual	
4.2.1. Parálisis Cerebral	33
4.2.2 Síndrome de Down	35
4.2.3 Epilepsia	37
4.2.4 Discapacidad Auditiva	42
4.2.5. Discapacidad Visual	46
4.2.6. Dificultades de aprendizaje	50
CAPITULO V	56
La Familia	56
5.1 La Familia del niño con Discapacidad	61
CAPITULO VI	63
Apoyo social	63
6.1 Definición	63
6.2. Efectos del Apoyo Social	66
CAPITULO VII	68
Adolescencia	68
7.1. Cambios Físicos, Fisiológicos y Emocionales en	70
la Adolescencia	
8. METODOLOGIA	75
9. RESULTADOS	82
9.1. Correlación entre Apoyo Social y Escala de Moos	88
10. CONCLUSIONES	90
BIBLIOGRAFIA	93
ANEXOS	

RESUMEN

Uno de los problemas más serios que enfrenta la educación básica en nuestro país y que comprende los ciclos fundamentales de la instrucción y formación de los educandos, es el bajo rendimiento escolar, el cual ha sido asociado a diversas causas como la falta de apoyo y vinculación por parte de la familia en el proceso educativo de su hijo y las características individuales de los alumnos con bajo rendimiento escolar, los cuales en ocasiones presentan algún tipo de necesidad educativa especial asociada con algún signo de discapacidad.

Este es un problema que enfrenta la educación básica en la cual también se encuentra la educación especial que atiende a niños y adolescentes con necesidades educativas especiales con o sin discapacidad, entendiendo la discapacidad como cualquier restricción o carencia de la capacidad de realizar una actividad en la misma forma o grado en la que se considera normal para un ser humano (Ezcurra, M. 2000).

El objetivo del presente trabajo es el de estimar el papel que desempeña el apoyo social y el clima familiar en adolescentes con discapacidad intelectual y de bajo rendimiento escolar en su proceso de capacitación laboral.

Para evaluar cómo se correlaciona a la familia con el rendimiento escolar de adolescentes con discapacidad intelectual, se utilizó la Escala de Ambiente Familiar de Moos y Moos (1976).

Para la evaluación del apoyo social se utilizó el cuestionario de Sarason, I (1983) que mide el apoyo percibido como disponible.

Además se desarrollan de manera extensa los temas que están estrechamente vinculados a esta investigación y que son el marco conceptual que rodea y soporta la investigación los cuales se abordan para contextualizar dentro del Sistema Educativo Nacional la política de Integración Educativa y Escolar que da acceso a los niños y adolescentes con N.EE con o sin discapacidad a los Centros Educativos regulares y/o al curriculum regular lo cual ha generado una reorientación de los servicios de Educación especial así como de sus tradicionales enfoques de atención, la reconceptualización de los sujetos atendidos en estos centros de Educación especial no centrandolo las deficiencias o el bajo rendimiento en el alumno, sino en todos los factores que intervienen en su educación, formación y entrenamiento.

Por otro lado, se revisa de manera extensa el tema de Adolescencia, ya que la población con la cual se realiza la investigación son adolescentes con discapacidades y es necesario conocer sus características y diferencias con los adolescentes sin discapacidad y tener un punto de comparación ya que como sabemos los adolescentes con discapacidad intelectual los aspectos afectados principalmente son el intelectual y el emocional ya que éste no alcanza a desarrollar su pensamiento abstracto (Piaget)

En otra parte del trabajo se describe la metodología utilizada en la investigación, población, escenario, procedimiento, resultados y conclusiones.

INTRODUCCIÓN

El derecho a la educación de todos los niños es una garantía social practicada por casi todos los países del mundo desde hace varias décadas; sin embargo, ha sido indispensable hacer un nuevo llamado a la sociedad, como el de la "Conferencia mundial sobre educación para Todos" celebrada en Jomtien, en 1990, (ONU 1990) para promover su cumplimiento. Por otra parte, la orientación de la política social durante las últimas décadas ha sido la de pugnar por la cultura de la paz y los derechos humanos y en contra de toda forma de exclusión.

En el informe a la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la Educación para el siglo XXI, (UNESCO, 1996), se asienta: "La educación es un bien colectivo al que todos deben poder acceder y en todas las decisiones que se adopten debe predominar el principio de la igualdad de oportunidades" y más adelante agrega; "La educación puede ser un factor de cohesión si procura tener en cuenta la diversidad de los individuos y de los grupos humanos y al mismo tiempo, evita, a su vez, ser un factor de exclusión social.

Tanto los lineamientos de política social vigentes como las declaraciones internacionales sobre educación y discapacidad son llamados perentorios a incluir en los sistemas educativos a todos los niños. Bajo esta perspectiva, las escuelas deben acoger a niños discapacitados y niños bien dotados, a niños que viven en la calle y que trabajan, niños de minorías lingüísticas, étnicas y culturales y niños marginados (declaración de Salamanca, UNESCO, 1994).

La educación en nuestro país se rige por el artículo 3° constitucional el cual indica que "Todo individuo tiene derecho a recibir educación El Estado-Federación, Estados y Municipios impartirá educación Preescolar, Primaria y Secundaria. La educación primaria y secundaria son obligatorias (Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos, 2000).

La educación que imparta el Estado tenderá a desarrollar armónicamente todas las facultades del ser humano y fomentará en él, a la vez, el amor a la patria y la conciencia de la solidaridad internacional, en la independencia y en la justicia. (Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos, 2000) y en virtud de que este- fue modificado en el año de 1993, desde ese momento el Estado Mexicano quedó obligado a impartir educación a TODOS los habitantes del territorio nacional y no sólo a todo mexicano. Además, con la modificación realizada se amplía la obligatoriedad del Estado para brindar educación hasta el nivel secundario, considerando de igual modo el nivel preescolar, a quienes así lo demanden. Así mismo, de manera paralela a estas modificaciones al artículo 3° constitucional, la Ley General de Educación fue aprobada en el año de 1993 y por primera vez en la historia de la Educación en México, la Educación Especial adquirió rango jurídico normativo al quedar incluida en los artículos 39 y 41 de esta ley (SEP-DEE, 1993), los cuales dicen:

Artículo 39. En el sistema Educativo Nacional queda comprendida la educación inicial, la educación especial y la educación para adultos (Ley general de educación 1993).

Artículo 41. La Educación Especial está destinada a individuos con discapacidades transitorias o definitivas así como a aquéllos con aptitudes sobresalientes. Procurará atender a los educandos de manera adecuada a sus propias condiciones, con equidad social.

Tratándose de menores de edad con discapacidades, esta educación propiciará su integración a los planteles de educación básica regular. Para quienes no logren esa integración, esta educación procurará la satisfacción de necesidades básicas de aprendizaje para la autónoma convivencia social y productiva (Ley General de educación 1993).

El menor discapacitado es aquél que por razones físicas, psicológicas y sociales

requiere apoyo para interactuar con su medio y que de no proporcionársele, vivirá por debajo de su nivel potencial.

La Organización Mundial de la Salud señala que entre el 10 y 12 % de la población presenta, en diversos grados algún impedimento físico o mental lo suficientemente grave como para requerir de ayudas y servicios especiales (Programa Nacional de acción en favor de la Infancia 1995-2000, Secretaría de Gobernación).

Durante el gobierno del presidente Benito Juárez se iniciaron las instituciones pioneras de la educación pública en México. La visión liberal republicana no fue ajena al compromiso de la educación a los individuos con discapacidades. Fue así como el gobierno federal expidió los decretos que dieron origen a la Escuela nacional para sordomudos en 1867 y a la Escuela Nacional para Ciegos en 1870 (vigente hasta la fecha).

De entonces a la fecha ha habido una cronología de avances significativos de la educación especial, a la par con el sistema Educativo Nacional.

La Educación Especial atiende a la población que por sus características no ha podido ser atendida en las escuelas de educación regular, ni con apoyos adicionales y/o asesoría, en los Centros de Atención Múltiple (CAM) y que son los que presentan algún signo de discapacidad.

Esta población que se atiende en los CAM también se encuentra distribuida por nivel educativo, preescolar, primaria y capacitación laboral y con edades de 5 a 22 años de edad.

En el nivel de preescolar se estimulan las áreas de socialización, independencia personal y comunicación, principalmente, en el nivel de primaria se les da el acceso a los alumnos al currículum básico de primaria haciendo las adecuaciones

que requiere cada alumno de éste. En el CAM laboral se encuentran integrados alumnos con edades de 14 a 22 años de edad y el propósito de éste, es capacitar laboralmente a jóvenes que por sus características no pueden hacerlo en instituciones de capacitación regular (SEP-DGEE, 1985).

Los niños y adolescentes con discapacidad intelectual requieren de ayudas y apoyos especiales adicionales para su formación educativa, estos apoyos o ayudas involucran a la familia, la escuela y a la comunidad. Esto lo conceptualizaremos como apoyo social y vínculo familia-escuela, el tema de discapacidad intelectual y otras discapacidades que se asocian con ésta se aborda en el capítulo IV además en el capítulo II se trata sobre el sistema de Educación Especial donde se atiende a esta población.

El apoyo social ha sido definido por varios autores como: El grado en que un individuo necesita encontrar el afecto, aprobación, pertenencia y seguridad en otros (Caplan et.al. 1997. Cit en Thoits 1982).

Otra conceptualización menciona que el apoyo debe concebirse como información que guía al sujeto a creer que: 1. Es amado e importante para alguien, 2. Es apreciado y valorado y 3. Pertenecer a una red de comunicación y obligación mutua (Cobb, 1976, cit. en Coffin, N. 1999). En el capítulo VI se revisa el tema de apoyo social y sus implicaciones en diferentes ámbitos, principalmente el educativo.

Las primeras y principales ayudas que los niños y futuros adolescentes con alguna discapacidad reciben, es por parte de la familia, sin embargo, éstos no perciben el grado de apoyo que reciben de los padres así como hacia donde se dirige o debe dirigirse ya que los padres o personas que rodean a estos alumnos concentran sus apoyos y ayudas hacia la satisfacción de necesidades básicas de alimentación e higiene, dejando de lado los aspectos que tienen que ver con su formación educativa, emocional, social y laboral, esto generado principalmente

por los sentimientos de temor, dolor, decepción, duda, culpabilidad, autorrecriminación, confusión y de una sensación general de incapacidad e impotencia que están íntimamente relacionados con las expectativas en cuanto al nacimiento de su hijo con discapacidad, la relación con su pareja (que se ve afectada con la llegada de ese hijo con discapacidad) y demás miembros de la familia (Leñero,L. 1986)

En el capítulo V se desarrolla de manera extensa el tema de la familia conceptualizandola de la siguiente manera. Familia es el nombre de una Institución tan antigua como la misma especie humana. Es una entidad paradójica y evasiva. Asume muchas apariencias. Es la misma en todas partes, y sin embargo, no es nunca la misma. A través del tiempo ha permanecido igual y a la vez nunca ha sido igual. La constante transformación de la familia a través del tiempo es el resultado de una evolución; la forma de familias se amolda a las condiciones de vida que dominan en un lugar y tiempo dados.

En el escenario contemporáneo, la familia está cambiando su pauta con una velocidad notablemente acelerada, se acomoda en forma llamativa a la crisis social que caracteriza a nuestro periodo histórico. No hay nada fijo o inmutable en la familia excepto en que esta siempre con nosotros. Por eso poco puede maravillarnos el que aceptemos su papel en nuestras vidas tan naturalmente, tan irreflexivamente. En un sentido hemos tenido miles de años para acostumbrarnos a ella y sin embargo, en otro sentido, cada generación en su turno debe aprender como vivir con ella (Fernández,C.1993).

Ahora ,por otro lado tenemos a la escuela que se define como identidad formadora que tiene como principal función la transmisión de conocimientos por medio del proceso de enseñanza-aprendizaje pero además también tiene una función social paralela a la función educativa. además en la mayoría de casos y niveles de una manera informal es transmisora de valores, creencias, actitudes y pautas de conducta. Por lo general, las investigaciones muestran que las relaciones de apoyo y cooperación entre el hogar y la escuela tiene efectos

positivos, (Coleman, et.al.1973) observándose beneficios de las escuelas que propician que los padres se involucren en el aprendizaje de sus hijos (Pam Sammons, Josh Hillman, Peter Mortimer, 1998) proporcionando apoyo y que en conjunto con la participación de los padres se establecen redes de apoyo social en los problemas que enfrentan los alumnos en su ejecución diaria en la escuela. lo que se conceptualiza como una ayuda instrumental (Coffin, N. 1999) La escuela y sus agentes, los maestros, tienen una función social específica, especializada para ser resuelta en términos profesionales, al mismo tiempo existen áreas en la formación de los niños en las que pueden reforzarse mutuamente. Esa complementariedad hizo crisis hace tiempo y la actual reforma le está prestando atención para tratar de contrarrestar el efecto burocratizador que en las escuelas se estaba apoderando de ellas (Ezpeleta, Justa 1999).

Otro eje rector sobre el que versará el trabajo es el de los adolescentes con discapacidad intelectual, los cuales, por sus características y edad realizan su escolaridad en centros de capacitación laboral del sistema de educación especial. En vista de la relevancia de este tema y a que la investigación se realiza con adolescentes con discapacidad, este es revisado ampliamente en el capítulo VII tocando los aspectos físicos y fisiológicos que son aspectos inherentes a esta etapa y se asocian con el aspecto emocional y la etapa de desarrollo mental que corresponde a este periodo de la vida y que es el de las operaciones formales (Piaget, J. 1982).

Sin embargo, el que éstos adolescentes tengan una discapacidad no los hace diferentes en su desarrollo físico y fisiológico; es decir, es igual a cualquier otro adolescente, por lo que es necesario mencionar algunas características de esta etapa.

La adolescencia siempre ha sido considerada como un momento de desconcierto, confusión y conflicto que propicia una pausa reflexiva sobre su continuo ejercicio formativo del niño en crecimiento. Pareciera que en este punto se produce una

ruptura y entra el adolescente en una crisis de relación provocada por los profundos cambios que éste comienza a manifestar en todos los aspectos de su vida, sin embargo en los estudios acerca de la adolescencia los investigadores se han puesto de acuerdo respecto a cuando se inicia la adolescencia considerando el inicio de esta en el momento en que se presentan los cambios físicos y fisiológicos ,etapa conocida como la pubertad y que aparece regularmente en las niñas entre los 11 y 13 años con la aparición de la menstruación o menarca y en los niños alrededor de los 15 años indicando el inicio de ésta las primeras poluciones nocturnas, aparejado a esto se presenta en los niños y niñas los caracteres sexuales secundarios, sin embargo no se han puesto de acuerdo respecto a la edad o condiciones en que el adolescente termina esta etapa y pasa a la edad adulta o juventud (Marvín, P. 1970).

El comportamiento del adolescente es impredecible e inconstante, lo que caracteriza la fase de organización del desarrollo la cual es a veces imposible de comprender por los padres y demás adultos que lo rodean. Por lo anterior se dice que la adolescencia es una fase crítica del desarrollo humano durante la cual se sufren profundos cambios, no sólo corporales sino también intelectuales y de personalidad. Con respecto al desarrollo intelectual, diversos autores han demostrado que la maduración fisiológica, trae aparejada cambios de la estructura intelectual del individuo (Jiménez, Arieta 1993).

Las diferencias fundamentales entre un adolescente "normal" y un adolescente con discapacidad intelectual se encuentran precisamente en el proceso de desarrollo intelectual mencionado en el párrafo anterior.

CAPITULO I

LA EDUCACION EN MEXICO

1.1 Concepto de Educación

La educación, a través del tiempo, se ha enfocado desde diversos puntos de vista, tales como: El biológico, psicológico filosófico y sociológico.

Para definir estos enfoques debe recurrirse a la etimología de la palabra educación, que procede del latín y presenta dos acepciones.

Educare que significa "crear", "nutrir" o "alimentar", de la cual se deriva que la educación es un proceso de alimentación o de acrecentamiento que se ejerce desde fuera, en otras palabras, debe entenderse como el proceso mediante el cual el individuo se nutre a través de las experiencias que le proporciona el medio ambiente.

Ex-ducere que equivale a "sacar", "llevar", o "conducir" desde dentro hacia afuera. En este sentido la palabra educación significa dirigir o canalizar las aptitudes existentes en el sujeto que se educa, es decir, hace referencia a la proyección del sujeto hacia el exterior.

Ambos términos forman dos momentos de una misma realidad, los que al fundirse permiten definir a la educación como "el proceso que proporciona al individuo los medios para su propia configuración (Nassif , R. 1974, cit en López, V. 1988).

Desde el punto de vista biopsicológico la educación pretende desarrollar todas las facultades físicas y emocionales del individuo, es decir, considera al hombre en forma integral.

Este enfoque trae como consecuencia la preocupación por colocar al individuo en el punto central de la educación "desde afuera" y el desarrollo "desde dentro".

Desde el punto de vista filosófico la educación pretende el desarrollo de una vida y una sociedad óptima a través del establecimiento de valores que se estiman esenciales para un tipo de vida específico. Sin embargo, la filosofía no se puede deslindar del panorama social; por ejemplo, dentro de una sociedad democrática, la filosofía educacional tenderá a exaltar los valores democráticos.

Así, se puede definir a la educación como "la realización de valores en el individuo y en la sociedad, es decir humanizarlo todo al crear cultura en torno a nosotros (Marín, R. 1974, cit en López, V. 1988).

Por otro lado, desde el punto de vista sociológico se sostiene que la educación es un proceso social y que la función de ésta, es desarrollar la creatividad como parte importante en la formación del individuo y, mediante ellos, en la formación de la cultura.

Define a la educación como "la suma de procesos, por los cuales una sociedad grande o pequeña transmite sus poderes adquiridos con el fin de asegurar su continuo desarrollo y su subsistencia.

Durkheim, sociólogo francés, opina que la educación "es el proceso de socialización progresiva y metódica de las generaciones adultas (Nassif, R, 1974, cit en López, V 1988).

Estas últimas consideraciones poseen un denominador común, pues consideran a la educación como un proceso que se realiza en el contexto social. Sus valores determinan no sólo que tipo de hombre existe sino también, en algún grado, qué tipo de hombre es necesario.

Otra de las corrientes establece que el desarrollo individual parte de las necesidades del individuo, por lo que la educación debe ofrecer mejores oportunidades para su realización personal, tanto intelectual como emocional.

Esta corriente enuncia que las características individuales son determinadas por las circunstancias sociales. Su meta es brindar igualdad de oportunidades de desarrollo a todos los jóvenes, utilizando para ello a la escuela como medio de socialización, lo que proporcionaría acceso al cambio social y elemento fundamental para lograr la igualdad, es decir, que la educación debe ser utilizada para democratizar la estructura jurídica de la sociedad en lo relacionado a oportunidades económicas, sociales e intelectuales.

Concretando, el proceso educativo es realizado en la sociedad, por ella y para ella.

Es un proceso universal, pues se da en el espacio y en el tiempo, en la geografía y en la historia, es decir, en todas las épocas.

Es también un proceso continuo, porque ocurre y ocurrirá siempre que una generación adulta transmita a una generación joven su bagaje cultural.

En conclusión, este proceso implica el conjunto de influencias que ejercen sobre el individuo para configurarlo biológica y socialmente.

1.2. Historia de la Educación en México

Los mexicanos siempre hemos depositado en la educación nuestros más elevados ideales. La preocupación educativa figura ya en el Decreto Constitucional para la Libertad de la América Mexicana, sancionado en Apatzingán en 1814. Pero correspondió a la generación liberal consolidar el avance más significativo en nuestra concepción educativa al establecer tanto la gratuidad y la obligatoriedad

de la enseñanza primaria, como el laicismo de la escuela pública.

En 1857 se incluyó por primera vez en la Constitución, bajo el título de los derechos del hombre, un artículo específicamente dedicado a la educación. Esta inclusión refleja la certeza liberal de que la instrucción de los ciudadanos era el medio más eficaz de vencer obstáculos para el progreso nacional en todos los órdenes.

El proyecto educativo de los liberales alcanzó mayor relieve el año mismo en que triunfó la República, al expedir el Presidente Benito Juárez la Ley Orgánica de la instrucción pública en el Distrito Federal. Dicha ley establecía la obligatoriedad de la educación primaria y, bajo ciertas condiciones, su gratuidad.

Aún en las precarias condiciones de una nación que debió invertir su primer medio siglo de vida en la defensa y afirmación de su soberanía e independencia nacional, quedó plasmada la convicción de que la educación primaria debía ser un derecho fundamental del pueblo mexicano. Esta certidumbre explica la pasión con que el Congreso Constituyente de 1916-1917 abordó los alcances de la función educativa, al ratificar la concepción liberal de la educación y ampliar su alcance social.

En 1934 el Congreso Constituyente Permanente incluyó en el artículo tercero la disposición expresa de que la educación primaria sería obligatoria.

En la historia de México, la educación siempre ha preparado y apoyado las grandes transformaciones y, en particular en nuestro siglo, cada avance social ha ido acompañado de un renovado impulso a las tareas educativas, afianzándolas, extendiendo sus beneficios y ensanchando así nuestros horizontes. México vive hoy una honda transformación que exige dedicar atención cada vez más creciente a la educación.

Una preocupación principal de las grandes luchas sociales ha sido lograr el aumento paulatino de la escolaridad considerada necesaria y obligatoria. En 1867, cuando el Presidente Benito Juárez introdujo la obligatoriedad de la primaria, ésta correspondía a la llamada educación primaria elemental, consistente en sólo tres años de estudios, y a la que seguía la llamada primaria superior. Más tarde la obligatoriedad comprendió una educación primaria elemental de cuatro años y en 1905, Justo Sierra pugnó porque se extendiera a cinco años. La Ley Orgánica de Educación, promulgada en febrero de 1940, fijó que la educación primaria abarcaría un periodo de seis años.

En el curso de siete décadas y, en buena medida, bajo el impulso del mandato constitucional, la escolaridad promedio pasó de uno a más de seis grados y el índice de analfabetismo se redujo de más del 70 % a aproximadamente el 12 %.

Hoy en día, cada uno de tres mexicanos está en la escuela, dos de cada tres niños en edad preescolar tienen acceso a esa enseñanza, la atención a la demanda de educación primaria es cercana al 90% y cuatro de cada cinco egresados de primaria continúan la enseñanza secundaria. En el mismo lapso, la matrícula total del sistema escolar pasó de 859 mil a más de 25 millones, es decir, a una matrícula que es superior a la población entera de cerca de un centenar de naciones de hoy individualmente consideradas.

Grandes han sido los logros educativos, pero existe también plena conciencia de los rezagos y nuevos retos. El XI Censo General de Población y Vivienda de 1990, permite constatar que todavía hay niños sin acceso a la primaria y jóvenes y adultos que no la concluyeron.

1.3 Situación actual

En el sexenio pasado el Presidente de la República, Doctor Ernesto Zedillo Ponce de León, en respuesta a la demanda de una educación de calidad planteada por los diferentes representantes de la sociedad en general y magisterio en particular

dio a conocer su Programa de Desarrollo Educativo 1995-2000 y el Acuerdo Nacional para la Modernización de la Educación Básica, documentos en los cuales se recoge el compromiso del gobierno federal, de los gobiernos estatales de la república y del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación, al unirse en un gran esfuerzo que extienda la cobertura de los servicios educativos y eleve la calidad de la educación a través de una estrategia que atiende a la herencia educativa del México del siglo XX que pondera con realismo los retos actuales de la educación, que compromete recursos presupuestales crecientes para la Educación pública. Como puntos centrales y fundamentales en esta nueva estructura política educativa se destacan los siguientes aspectos: 1) La reorganización del sistema educativo que se traduce en corregir el centralismo y burocratismo del sistema educativo. En consecuencia el ejecutivo federal traspasa y el respectivo gobierno estatal recibe los establecimientos escolares con todos los elementos de carácter técnico y administrativo. 2) Reformulación de los Contenidos y Materiales Educativos, Se realizó una reforma integral de los contenidos y materiales educativos que se tradujo en la renovación total de programas de estudio y libros de texto desde los ciclos escolares 1993-1994 y que están vigentes hasta la fecha. 3) Revaloración de la función magisterial, los aspectos básicos de este punto son, la formación del maestro, su actualización, capacitación y superación de los maestros en ejercicio, para lo cual se implementó el Programa Emergente de Actualización desde 1993 y que ha continuado hasta la fecha y finalmente, se creó La Carrera Magisterial para estimular la calidad de la educación y mejorar las condiciones de vida del maestro. Cabe mencionar que actualmente ésta se encuentra en su X etapa y de acuerdo a la evaluación que se ha hecho de ella con una elevación en el nivel profesional del 78 % de los profesores del sistema educativo nacional (Informe, SEP, 2000).

Cabe mencionar que en el momento de realizar el presente trabajo no se ha publicado la propuesta de trabajo del actual régimen ni lineamientos o plan de trabajo ni programas de la Secretaría de Educación Pública, sin embargo se ha planteado que la política educativa luchará por "Una escuela de Calidad".

CAPITULO II

EDUCACION ESPECIAL

2.1. EL DESARROLLO DE LA EDUCACIÓN ESPECIAL EN MÉXICO: ANTECEDENTES

La primera mención sobre la atención educativa de las personas con discapacidad en México se remonta a la Ley de Instrucción Pública de 1861, que disponía la creación de una escuela para sordomudos, hecho que se concretó en 1867.

Tres años después, en 1870, se estableció la primera escuela para la educación de las personas ciegas, un año después en 1871 se decretó un impuesto a la lotería pública para su sostenimiento y en 1872 se expidió el reglamento que establecía la educación y asilo de ciegos de ambos sexos entre las edades de seis a 16 años, así como el programa que se impartiría. En 1880 se aprobó el reglamento para la enseñanza de sordomudos. Entre los aportes significativos se debe citar la inclusión de la enseñanza de oficios hoy conocida como capacitación laboral; ese mismo año se publicó el "Diccionario universal de señas para sordomudos" (SEP- DGEE, 1985).

Periodo Posrevolucionario hasta 1936.

En 1915 se fundó la primera escuela en el país para la educación de los niños con deficiencia mental, en Guanajuato, y en 1917 se estableció en la Escuela Normal de Guadalajara la cátedra de educación de niños anormales.

A partir de la creación de la Secretaría de Educación Pública, se realiza en 1921 el Primer Congreso del Niño Mexicano, que propiciaba el estudio del niño mexicano

en sus aspectos biológico, psicológico y pedagógico para conocerlo, entenderlo y educarlo mejor mediante la acción escolar, orientando la educación sobre bases científicas. Dos años más tarde, como consecuencia del Segundo Congreso del Niño Mexicano se crea el Departamento de Psicopedagogía e Higiene Escolar, que incluía entre otras secciones la de antropología infantil, Pedagogía, Psicognosis, Salubridad Escolar y Escuelas Especiales. Este departamento orientó sus acciones para conocer el desarrollo físico, mental y pedagógico del niño mexicano; explorar el estado de salud de maestros y alumnos, valorar las aptitudes físicas y mentales de los escolares para su orientación profesional y diagnosticar a los niños anormales (Ezcurra ,M., Márquez ,F 1982).

Desde 1921 hasta 1935 los médicos manifestaron una preocupación, en el ámbito educativo, por los niños deficientes mentales a quienes se les consideraba enfermos con tendencias antisociales que podrían constituir un peligro para la sociedad. (Ezcurra, M. 2000).

Había otros enfoques que consideraban a estas personas sujetos vulnerables dignos de protección y educación. Las acciones realizadas durante este período se centraron en el desarrollo y adaptación de técnicas de diagnóstico.

En 1925 se creó el servicio de "anormales Mentales" en la Escuela de Orientación para Varones y Niñas dependiente del gobierno del Distrito Federal y de la Secretaría de Educación Pública. La Universidad Nacional Autónoma de México formó grupos de niños con deficiencia mental, atendidos por maestros capacitados en la Escuela de Experimentación Pedagógica de la propia universidad.

El Departamento de Psicopedagogía e Higiene Escolar creó en 1932 grupos experimentales de niños "anormales" en centros hospitalarios; los primeros se ubicaron en la policlínica de Peralvillo.

En 1935 se incluyó en la Ley Orgánica de Educación un apartado referente a la protección de los anormales mentales por parte del estado.

En el mismo año se creó el Instituto Médico Pedagógico en el parque Lira. El programa pedagógico comprendía la educación fisiológica, la ortopedia mental, la ortolalia, contenidos académicos de educación primaria y hábitos sociales.

Periodo comprendido entre 1936 y 1959

En 1936 se fundó el Instituto Nacional de Psicopedagogía, con una función prioritariamente investigadora, al que se adscribió el Instituto Médico Pedagógico. El mismo año se creó la escuela para niños lisiados.

En 1937 se abrieron la Clínica de Conducta y la de Ortolalia con objeto de realizar una evaluación interdisciplinaria y brindar atención médica especializada a los niños con problemas en el desarrollo o la conducta así como atención psicopedagógica a los niños con problemas de audición y lenguaje.

En 1941 se modificó la Ley Orgánica de Educación, posibilitando la creación de escuelas para la formación de Maestros en Educación Especial, abriéndose en 1943 la Escuela Normal de Especialización en las instalaciones del Instituto Médico Pedagógico con la carrera de "Maestro Especialista en la educación de anormales mentales y menores infractores". Dos años más tarde se agregaron las especialidades de ciegos y sordomudos.

Mientras tanto, en 1942 se instalaron grupos diferenciales en la escuela anexa a la Normal de Maestros para la atención de niños anormales mentales. Estos grupos se difundieron en varias escuelas primarias del Distrito Federal, constituyendo seguramente el primer intento de integración educativa en el país, que lamentablemente sólo duró tres años sin dejar mayor información sobre sus resultados (SEP-DGEE 1985).

En 1949 se creó un servicio para la atención de personas con impedimentos motores con la fundación de la Central Pedagógica Infantil, dependiente de la

Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), la cual atendía a niños con secuelas de poliomielitis .

En 1951 se fundó el Instituto Mexicano de Audición y Lenguaje para la atención de niños y para la formación de maestros especialistas: la primera institución privada de este tipo. Un año más tarde, se estableció el Instituto Nacional de Audiología y Foniatría y con servicio para niños con problemas de audición y lenguaje en el hospital Infantil de México.

En 1953 se fundó la Dirección General de Rehabilitación, dependiente de la SSA, organizándose los Centros de Rehabilitación para personas con trastornos neuromotores, ciegos, sordos y débiles mentales y dos años más tarde se instituye la carrera de "Maestro Especialista en la Educación de Niños Lisiados del Aparato Locomotor".

El sector salud inaugura ese mismo año el Instituto Nacional para la Rehabilitación de Niños Ciegos, que crea una escuela dependiente de la Secretaría de Educación Pública (SEP) y en 1956 principian los servicios escolares en el centro de Rehabilitación del Sistema Músculo-Esqueletico de la SSA.

La expansión de la atención de niños con discapacidades y de la formación de especialistas, planteó la necesidad de constituir un organismo regulador de tales acciones, creándose en 1959 la oficina de Coordinación de Educación Especial, adscrita a la Dirección General de Educación e Investigación Científica de la SEP, realizándose la primera investigación para conocer el nivel mental de los niños de primero y segundo grados de primaria, que dio lugar a la formación de las escuelas primarias de perfeccionamiento para niños con deficiencia mental.

Entre 1959 y 1966 se fundaron y organizaron en el Distrito Federal diez escuelas de Educación Especial y nueve Centros por cooperación, estos últimos con apoyo de particulares, y seis escuelas en los estados de Aguascalientes, San Luis Potosí, Tamaulipas, Sinaloa, Puebla y Yucatán (SEP-DGEE 1985).

La expansión de la atención en rehabilitación incide en la necesidad de servicios educativos y en diciembre de 1970 se crea, por decreto presidencial, la Dirección General de Educación Especial, con lo cual se inician acciones sistematizadas para el desarrollo de la Educación Especial a nivel nacional y se le adscribe la Escuela Normal de Especialización.

De 1970 a 1976 se dio un fuerte impulso a la Educación Especial, abriéndose 256 escuelas de distintas especialidades, a nivel nacional, pero mayoritariamente para la atención de niños con deficiencia mental. En 1971 se crearon los grupos integrados en el estado de Coahuila, estos para abatir la reprobación en primer año de primaria, atendiendo a los niños en la misma escuela, en grupos más pequeños y con una metodología especializada.

En 1972 se creó el primer Centro Psicopedagógico para atender a niños de segundo a sexto grado de primaria que presentaban problemas de aprendizaje y lenguaje.

Durante este período se llevaron a cabo varios estudios experimentales basados en los principios del condicionamiento operante y del análisis experimental de la conducta, la tarea pedagógica se realizaba con base en adecuaciones al programa de Educación Primaria que llevaba a cabo cada maestro.

En el ciclo escolar 1979-1980 se adoptaron como principios básicos de la educación especial los conceptos de Normalización e Integración (SEP-DGEE.1980, 1984) que son la base de la práctica educativa actual en Educación especial.

En 1984 se introducen algunas modificaciones en el Reglamento Interior de la SEP, cambiando el término de "atípicos", por el de "niños con requerimientos de educación especial" y haciendo referencia por primera vez a su integración a las escuelas regulares.

2.2. MODELO ACTUAL DE EDUCACION ESPECIAL

Proyecto General para la Educación Especial en México

En 1992 se inició el reordenamiento de la Secretaría de Educación Pública con base en el Acuerdo para la Modernización de la Educación Básica (Gobernación, 1992), la modificación al Artículo 3ro, Constitucional (SEP- 1993) y la Ley General de Educación (SEP-1993), abriendo una oportunidad para la innovación de la Educación especial.

Otro de los cambios importantes es el avance del proceso de descentralización educativa a partir del cual la Dirección General de Educación Especial, con alcance nacional, se transforman la Dirección de Educación Especial, dependiente de la Dirección General de Operación de Servicios Educativos en el Distrito Federal (Escurra.M, Molina, A. 2000).

Es importante conocer más a fondo la operatividad de las instituciones y el sistema de Educación así como los diferentes modelos de atención que a lo largo de su historia se han adoptado. Desde la creación de las primeras escuelas de Educación Especial, ha habido distintos modelos de atención evolucionando desde el asistencial, posteriormente el médico terapéutico y finalmente el educativo. Actualmente coexisten los tres modelos porque se han venido yuxtaponiendo.

El Modelo Asistencial

Considera al sujeto de educación especial un "minusválido" que requiere de apoyo permanente, esto es, de ser asistido todo el tiempo y toda la vida. Por lo regular, considera que un servicio asistencial idóneo es posible en las condiciones que ofrece un internado se trata de un modelo segregacionista.

El Modelo Terapéutico

Considera al sujeto de educación especial como un "atípico" que requiere de un conjunto de correctivos, es decir de una terapia para conducirlo a la normalidad. El modo de operar es de carácter médico, o sea, a través de un diagnóstico individual se define el tratamiento en sesiones, cuya frecuencia está en función de la gravedad del daño o atipicidad. También se hacen recomendaciones al maestro que funciona como un auxiliar o paramédico o, en otros términos, como terapeuta. Más que una escuela para su atención, requieren de una clínica.

El Modelo Educativo

Este modelo asume que se trata de un sujeto con Necesidades Educativas Especiales (UNESCO, 1990). Rechaza los términos "minusválido" y "atípico" por ser discriminatorios y estigmatizantes. La estrategia básica de educación especial, en este caso es la integración y la normalización. Con el propósito de lograr el desarrollo y la mayor autonomía posible del sujeto como individuo y como persona que conviva plenamente en comunidad. La estrategia educativa es integrar al sujeto con el apoyo educativo necesario, para que pueda interactuar con éxito en el ambiente socioeducativo. Existen estrategias graduadas para ello, y se requiere de un grupo multiprofesional que trabaje con el niño, con el maestro de la escuela regular y con la familia.

Por lo que los niños con Necesidades Educativas Especiales con o sin discapacidad tienen acceso a los Centros Educativos Regulares y para su adecuado desempeño requieren de ayuda y/o apoyos adicionales que les serán proporcionados por el maestro de escuela regular, los profesionales de Educación Especial en un trabajo colaborativo y si esta integración escolar no es posible el niño acudirá a los Centros de Atención Múltiple de Educación Especial y Centros de Atención Múltiple-Laboral en el caso de los adolescentes.

CAPITULO III

3. BAJO RENDIMIENTO

3.1 Generalidades

Desde los grados más elementales de la educación, hasta los estudios superiores, es común encontrar alumnos que presentan dificultades para adquirir ciertas habilidades o asimilar ciertos conocimientos, lo cual no significa que posean capacidad intelectual inferior a la normal, o que presenten problemas de aprendizaje que les impidan tener un desempeño académico similar al de sus compañeros de clase.

Galangiral y Marín Méndez (1985, cit en Ledezma, 1992), consideran que el rendimiento académico es la expresión de la calidad del proceso de vida académica de los alumnos en una escuela y que está proyectado a la formación del alumno en una práctica profesional determinada.

Considerándose que el bajo rendimiento académico no es unicausal, por el contrario, se debe a una multiplicidad de factores que al unirse lo provocan, es posible acercarse a este problema y conocer si está relacionado con algunas variables específicas, pudiendo descubrir su causa en factores de índole diversa.

Se ha encontrado que mientras las variables escolares resultan débiles y de poca consistencia, las no relacionadas con la escuela, así como las características de los alumnos, son mecanismos importantes para predecir el aprovechamiento (López, 1994).

Con respecto al bajo rendimiento escolar, Barnic y Arbucker (cit. en Aranda, 1987) se interesaron por el estudio de aprovechamiento escolar y relaciones familiares, en el cual, estudiaron la relación entre la aceptación por parte de los padres y el rendimiento escolar. Los alumnos de rendimiento alto informaron que los padres

les aceptaban mejor que los padres de alumnos de bajo rendimiento; los alumnos de rendimiento medio y bajo percibieron mayor aceptación por parte de sus madres, en comparación con los alumnos de rendimiento alto.

Las formas especiales en que las escuelas fomentan las buenas relaciones hogar-escuela y alientan la participación de los padres en el aprendizaje de sus hijos son afectadas por la edad de los alumnos y probablemente se identificarán diferencias marcadas entre las escuelas primarias y secundarias.

El estudio de Mortimer (1988a) en escuelas de enseñanza media encontró beneficios positivos cuando los padres ayudaban en el aula y en excursiones de la escuela, en las que regularmente había juntas sobre los avances de sus hijos, donde había un salón para los padres, y el director mantenía una política de "puertas abiertas". Curiosamente, encontraron un efecto negativo de las asociaciones de padres y maestros, y sugirieron que este tipo de participación, más formalizada, no era suficiente en sí misma para engendrar la participación de los padres y, en algunos casos, podía presentar barreras para aquellos que no estuvieran dentro de la "camarilla".

Tizard et al. (1992) demostraron que cuando los padres se involucraban en la lectura, el efecto era un mejor rendimiento comparado a tener un maestro adicional en el aula.

Armor et al (1976) mostraron que la presencia de los padres en el espacio escolar y su participación en comités, actos cívicos y otras actividades, tenía efectos positivos en el rendimiento de los alumnos.

El trabajo más reciente de Coleman et al. (1993,1994) y Coleman (1994) han llamado la atención sobre la importancia de actitudes positivas y de apoyo por parte de maestros, estudiantes y padres de familia, para el desarrollo de la responsabilidad del alumno hacia el aprendizaje y por ende un mejor rendimiento escolar.

Con frecuencia, el involucramiento de los padres tiene una gran correlación con factores socioeconómicos, y el temor de que hiciera resaltar como un factor importante pudiera, de manera injusta, transmitirles responsabilidad de la efectividad escolar a los padres, explica en parte por qué algunos investigadores han evitado definirla o medirla, sin embargo otros estudios han demostrado que la participación de los padres es más efectiva en escuelas que tienen más alumnos pobres o de clase trabajadora.

Los resultados intermedios de Sammons et al. (1994c) indican que entre los maestros de escuelas secundarias menos efectivas había una tendencia a considerar la falta de interés de los padres como un factor principal que contribuía al bajo rendimiento escolar, mientras que en escuelas secundarias más efectivas con una población escolar de extracción similar había percepciones más favorables del apoyo de los padres y relaciones más activas entre ellos.

Otras investigaciones han intentado delimitar los diferentes factores que guardan relación con el bajo rendimiento escolar. Se trata de un conjunto de condiciones de carácter ambiental y personal que influyen de manera decisiva en el desarrollo del sujeto y en su proyección en la actividad escolar. Así, mientras algunas causas podemos hallarlas en la propia situación ambiental y el consiguiente síndrome del niño desfavorecido; otras se sitúan mucho más próximas a la familia, en relación directa al interés de los padres por la tarea escolar; encontrándose una tercera ligada estrechamente a la institución escolar.

Para tratar de referirnos a los factores que en forma directa o en confluencia con otros, afectan al rendimiento escolar, vamos a agruparlos de acuerdo con las categorías siguientes: factores biológicos, factores familiares y factores socioculturales. Se trataría, en definitiva de conocer en qué medida la institución escolar, la situación familiar y las circunstancias sociales y personales de cada alumno contribuyen y/o afectan en el rendimiento escolar de estos (Pacheco, J. Zarco, J. 1990).

3.2 . Factores

Factores biológicos

- Prenatales: Condiciones de salud en el embarazo y el desarrollo del feto
- Neonatales: Circunstancias presentes en el parto sobre el recién nacido

Factores familiares

Existe una gran variedad de estudios que demuestran la estrecha relación existente entre el nivel sociocultural de la familia y los rendimientos escolares obtenidos por los sujetos. Autores como Avanzini (1989) menciona la incidencia negativa como la desvalorización del trabajo escolar, bajo nivel cultural de los padres, bajo nivel de motivación para el trabajo escolar y el marco afectivo familiar.

Código lingüístico; repercusión existente entre el uso de un determinado código lingüístico y los logros escolares. Los individuos de clase alta utilizan indistintamente el código "elaborado" y el "restringido"; el primero o lenguaje formal modela la función cognitiva, el desarrollo del pensamiento y los estilos de resolución de problemas. La clase social baja tiene dificultades en el acceso al código elaborado, limitándose al uso del código restringido.

- Nivel cultural de los padres-autoestima
- Nivel ocupacional de los padres
- Nivel socioeconómico de la familia

Factores socioculturales

Considerándolos desde el punto de vista de sus repercusiones en el ámbito escolar y de pertenencia a la clase social, Mayor, J. y González Márquez (1987) afirman que la clase social se encuentra entre las variables que más claramente

correlacionan con el CI.

- Clase social
- Contexto escolar

Por otra parte, existe también el bajo rendimiento en circunstancias el cual puede ser causado por:

- Un cambio de escuela o domicilio, en este caso el alumno se puede sentir fuera de lugar, como un extraño, rechazado.
- Maestros o compañeros que molestan, lo cual haría sentir incómodos a los alumnos con la escuela y con las actividades que lo ligan a ella.
- Un grupo social o vecino que subestima la instrucción; estos son oponentes que se apoyan en una escala de valores diferentes a la del sujeto.
- El fracaso en una materia en particular, dado por las características de la misma, del maestro o de la forma en que se imparte. Estos factores pueden crear un conflicto emocional grave. Uno de los factores muy importantes del rendimiento escolar lo conforman ciertos aspectos caracterológicos que van a facilitar o a dificultar la realización de las potencialidades intelectuales.

Ciertos factores ambientales ignorados frecuentemente pueden ser la causa del escaso rendimiento escolar: dificultades económicas como causas de perturbaciones afectivas, tensiones familiares, dificultades para relacionarse, falta de habilidades para la discusión y escasa motivación para el estudio. También puede ser causa de fracaso escolar, conflicto entre cónyuges, padres e hijos, entre hermanos, demasiada severidad o indulgencia en la educación familiar y en general, cualquier circunstancia productora de tensión. Así, se destaca a la familia como el elemento que mayor peso tiene en la formación del carácter, más tarde la sociedad lo moldea a través de los amigos.

El ámbito escolar constituye un contexto de especial relevancia para el desarrollo

del auto concepto y la autoestima del niño. La imagen que de sí mismo ha comenzado a crear el niño en el seno familiar, continuará desarrollándose en la escuela a través de la interacción, el profesor, el clima de las relaciones con los iguales y las experiencias de éxito y fracaso académico.

La relación entre el autoconcepto y el rendimiento académico, es uno de los aspectos que más investigaciones han suscitado dentro del ámbito escolar. En este sentido, se ha constatado que los escolares utilizan los éxitos y fracasos académicos como índices de autovaloración, y que los niños con un peor rendimiento académico poseen un peor autoconcepto. Sin embargo, las mayores relaciones se presentan entre el rendimiento escolar y una de sus dimensiones específicas, la autoestima académica, puesto que los criterios externos, como la ejecución académica, están más fuertemente relacionados con las dimensiones específicas del autoconcepto que con las medidas generales.

Por otro lado, cabe señalar que si bien existe tal relación entre rendimiento escolar y autoconcepto académico, la mayoría de los estudios son de tipo correlacional y no explican si el autoconcepto es causa del rendimiento o si, por el contrario, es el rendimiento el que determina el autoconcepto. Lo más probable es que ambas variables se afecten mutuamente, y que un cambio positivo en una de ellas facilite así mismo un cambio positivo en la otra (Cava, M. Musitu, G. 2000)

Otros aspectos relacionados con el bajo rendimiento escolar son: la ansiedad, el estrés, problemas de conducta, introversión, inestabilidad emocional, desorden, falta de motivación, falta de hábitos de estudio, falta de iniciativa y en algunos casos limitaciones orgánicas que pueden presentarse como discapacidad.

CAPITULO IV

DISCAPACIDAD INTELECTUAL.

Cuando hablamos de Discapacidad Intelectual no nos referimos a una enfermedad, sino a una condición, cuya principal característica es un déficit de la función intelectual, que hace que la capacidad general de estas personas para aprender y adaptarse a la vida social se vea reducida.

Esta condición ha sido designada con una amplia variedad de términos; actualmente nos referimos a ella como deficiencia, discapacidad mental o discapacidad intelectual. Las personas con Discapacidad Intelectual tienen un ritmo más lento de aprender y requieren mayor número de experiencias y más tiempo, pero es un hecho que pueden aprender y desarrollar su capacidad de aprender que requieren. Aunque su nivel de aprendizaje sea diferente son, ante todo, personas que tienen derecho a un trato digno e igualdad de oportunidades para enfrentarse a la vida. En México, el 5% de la población tiene algún grado de Discapacidad Intelectual (Ezcurra, 2000).

¿Cómo se detecta la discapacidad intelectual?

Por lo general la Discapacidad Intelectual se manifiesta en la primera infancia o al inicio de los años escolares, cuando se hace evidente cierta lentitud en el desarrollo: dificultad para adaptarse a las demandas de la vida diaria, para entender y utilizar el lenguaje, para comprender conceptos generales o abstractos.

El diagnóstico debe determinarse mediante un estudio multidisciplinario (médico, psicólogo, pedagógico y social).

Este tipo de estudio, que permite identificar las limitaciones y capacidades del niño en todas las áreas, deja atrás el antiguo método de detección, que consistía en realizar evaluaciones de cociente intelectual únicamente. Un estudio psicológico completo debe comprender una entrevista con los padres, historia clínica del niño, la observación de su interacción en su entorno familiar y social, y la aplicación de una batería (serie) de evaluaciones, que incluye las siguientes pruebas: psicomotoras, aportan datos sobre las habilidades de movimiento, esquema corporal, lateralidad, ubicación en espacio y tiempo, entre otras; de inteligencia, miden el rendimiento intelectual utilizando dos tipos de unidades: edad mental (EM), que se refiere al nivel de ejecución de la persona en relación con tablas de calificación estandarizadas, esto es, con el nivel de ejecución del promedio de la población, y la edad cronológica (EC), o edad real de la persona.

También se debe evaluar maduración, aprendizaje y socialización, factores dinámicos cuyos límites son difícilmente predecibles (SEP, 1997).

4.1. Causas de la Discapacidad Intelectual

El cerebro es un conjunto de neuronas extraordinariamente organizadas en sus arreglos tridimensionales y sus conexiones; es con las neuronas que pensamos, sentimos, nos movemos y captamos todo lo que se encuentra a nuestro alrededor.

La deficiencia mental es un síndrome causado por una lesión permanente e irreversible en las neuronas. Dependiendo del tipo de neuronas de la corteza cerebral que hayan sido lesionadas, el niño manifestará una limitación en cierta área del desarrollo.

Se han identificado más de 200 causas de deficiencia mental; si bien éstas sólo explican la cuarta parte de todos los casos conocidos, es importante tomar precauciones que permitan prevenir, atenuar o modificar los factores de riesgo. En la deficiencia mental intervienen factores prenatales, perinatales o posnatales.

Factores prenatales.

Desde la concepción y durante todo el embarazo. Edad de los padres: menores de 20 o mayores de 40 años. Irregularidades genéticas: alteraciones en el número de cromosomas, o en su estructura (ejemplo; síndrome de Down); o un gen anormal que altera el metabolismo de determinadas sustancias (fenilcetonuria). Infecciones intrauterinas (toxoplasmosis); o enfermedades vírales en la madre (rubéola). Desórdenes glandulares en la madre (hipotiroidismo). Alcoholismo o drogadicción de los padres, radiaciones (exposición o control con rayos x), medicamentos, traumatismos (accidentales o provocados).

Factores perinatales

Desde el momento del parto hasta los 28 días siguientes al nacimiento y por causas directamente relacionadas con él. Cualquier circunstancia que reduzca la provisión de oxígeno (hipoxia o anoxia) en el niño durante el parto; hemorragia cerebral, infecciones del sistema nervioso central, entre otros.

Factores posnatales

Después del primer mes de vida. Infecciones como meningitis, encefalitis, etc.; traumatismos (accidentales o provocados), trastornos glandulares, desnutrición, administración de medicamentos inadecuados, envenenamiento por plomo, carencia grave de estímulos ambientales, como juegos, caricias y diálogo.

Grados de Discapacidad Intelectual

Existen diversas clasificaciones de la discapacidad intelectual según sus causas, coeficiente intelectual, nivel educativo alcanzado y habilidades de adaptación social. Todas ellas describen cuatro niveles, de acuerdo con las necesidades de atención que requiere la persona:

- **Leve:**

Si bien su desarrollo es lento y sus posibilidades son limitadas en lo referente a la educación académica tradicional, la mayoría de los niños que recibe el estímulo necesario serán adultos responsables, Podrán bastarse por sí mismos, con un trabajo productivo y una vida independiente.

- **Moderada:**

Estas personas aprenden a cuidar de sí mismas y a satisfacer sus necesidades personales. Pueden realizar trabajos productivos en el hogar o ingresar a una fuerza laboral en condiciones especiales. Como adultos pueden trabajar y vivir una vida independiente con supervisión.

- **Severa:**

Presentan retraso en el desarrollo del movimiento y lenguaje; aprenden a cuidar de sí mismos y pueden adquirir destrezas básicas que les ayudarán a adaptarse a la sociedad. Su productividad económica es limitada.

- **Profunda:**

Requieren de cuidados y atención constantes para sobrevivir; su coordinación motriz y el desarrollo de sus sentidos son muy pobres; a menudo sufren impedimentos físicos.

4.2. Otras discapacidades que en ocasiones se asocian a la discapacidad intelectual

4.2.1. Parálisis Cerebral

La parálisis cerebral es un trastorno neuromotor que confunde los mensajes que van del cerebro a los músculos y/o la información que llega al cerebro. Son tres las

áreas importantes del cerebro que se mantienen en comunicación para coordinar los mensajes que afectan la calidad de la postura y el movimiento.

1. La corteza cerebral controla los pensamientos, movimientos y sensaciones. Una anomalía en esta zona da lugar a parálisis cerebral espástica.
2. Los ganglios basales contribuyen a hacer del movimiento un todo organizado, armonioso y eficaz. Una anomalía en esta zona puede provocar parálisis cerebral atetósica.
3. El cerebelo coordina el movimiento, postura y equilibrio. Una anomalía en esta área puede provocar parálisis cerebral atáxica.

Hay tres tipos de parálisis cerebral:

Atáxica, atetósica y espástica, dependiendo del área del cerebro que fue afectada.

Son muchas las personas que presentan una combinación de dos o más tipos característicos y no siempre es posible determinar el área lesionada.

La complejidad de la parálisis cerebral y sus efectos varían de una persona a otra. Esto hace que, frecuentemente, sea difícil clasificar con precisión el tipo de parálisis cerebral que presenta un niño, aunque usemos las pruebas más sofisticadas (Hernández, 1977).

- **Parálisis Cerebral Atáxica.**

Las personas con este tipo de parálisis cerebral encuentran muy difícil mantener el equilibrio; el caminar, si lo logran, probablemente será inestable; también tendrán manos temblorosas y un lenguaje entrecortado (SEP, 2000).

- Parálisis cerebral atetósica.

Los músculos de estas personas cambian rápidamente de la flacidez a la tensión. Sus brazos y piernas se mueven mucho y de una manera que no se pueden controlar. Su lenguaje puede ser difícil de entender porque tienen dificultad para controlar la lengua, la respiración y las cuerdas vocales.

- Parálisis cerebral espástica.

“Espástico” significa “tieso”. Las personas con este tipo de parálisis cerebral encuentran muy difícil controlar algunos o todos sus músculos o iniciar algún movimiento. La cantidad y rango del movimiento están limitadas también. Sus músculos tienden a estar tensos y débiles. Generalmente, los brazos, piernas y cabeza adoptan ciertas posiciones características.

- Hemiplejía: cuando sólo la mitad, izquierda o derecha, del cuerpo está afectada, y la otra funciona normalmente.
- Displegia: Ambas piernas están afectadas pero los brazos funcionan normalmente o sólo están ligeramente afectados.
- Cuadriplegia: Piernas y brazos están afectados.

4.2.2. Síndrome de Down

Un síndrome es un conjunto de signos y síntomas que se presentan juntos y que caracterizan un trastorno. En 1866, John Langdon Down descubrió por primera vez algunos rasgos comunes a esta condición. Impresionado por el aspecto oriental de los ojos, pensó que sus pacientes tenían alguna relación con Mongolia y utilizó el término “mongólico” para referirse a las personas con este síndrome (García, 1991).

No fue sino hasta 1959, que el doctor Jerome Lejeune descubrió que se trataba

de una alteración genética irreversible que hace que cada célula tenga un cromosoma adicional en el par 21, o sea, 47 en lugar de 46. A partir de entonces, el término "mongólico" fue rechazado por incorrecto. En México, uno de cada 600 niños nace con síndrome de Down.

Causas.

Todas las personas son producto de un código genético, y la información genética que determina las características físicas y mentales de una persona está contenida en los cromosomas.

Si por cualquier razón alguien tiene una falta o un exceso de material cromosómico, entonces se puede esperar una "alteración al programa"; éste es el caso del síndrome de Down y de otras alteraciones genéticas.

En tanto una célula humana normal tiene 46 cromosomas, en el momento en que va a crearse un nuevo ser la madre aporta 23 cromosomas y el padre otros 23, los cuales se agrupan en pares.

El óvulo fecundado comienza un proceso mediante el cual las células se dividen de manera par y consecutiva; esto asegurará la reproducción del mismo código genético. Pero a veces los cromosomas de un par no se separan bien; este fenómeno se llama no-disyunción, y si ocurre cuando se va a formar el bebé, se producirá un nuevo ser con 47 cromosomas en lugar de 46.

Si bien es cierto que preguntar el porqué de una situación es humano, también es cierto que buscar un culpable es inútil y dañino para la pareja y para la familia.

Características del Síndrome de Down.

Cuando el niño nace, el médico sospecha un síndrome de Down por la presencia de los siguientes rasgos:

- Su cabeza y cara son redondas y pequeñas.
- Los ojos tienen una inclinación hacia arriba y hacia fuera, tipo oriental, con un pliegue en el ángulo interno (epicanto).
- Su nariz es pequeña y chata; el tabique es ancho y está ligeramente deprimido.
- Las orejas son pequeñas y su contorno (hélix) aparece doblado.
- Su tono muscular está disminuido, en estado de reposo (hipotonía); esto hace que la lengua tienda a salirse.
- La piel tendrá diferentes tonalidades, por lo que se dice que tiene aspecto de mármol.
- Las personas con síndrome de Down tienen deficiencia mental.
- Presentan un excedente de piel en la nuca (piel redundante)
- Sus extremidades son cortas, con pies y manos anchos y dedos cortos y gruesos. Las manos son pequeñas y regordetas con un pliegue transversal muy marcado en la palma; el dedo meñique es corto e incurvado.
- Su estatura es menor y el peso es mayor que el correspondiente a su edad.
- Algunos bebés nacen con afecciones cardíacas que podrían requerir de una intervención quirúrgica.
- Es frecuente que presenten estrabismo, malposición dental, caries e infertilidad en los hombres.

4.2.3. La Epilepsia.

La epilepsia es una alteración de la energía eléctrica a nivel del cerebro, que se manifiesta mediante crisis convulsivas.

El cerebro está integrado por un conjunto de células nerviosas llamadas neuronas, que se comunican entre sí mediante pequeños impulsos eléctricos. Las convulsiones ocurren como resultado de periodos breves de actividad eléctrica anormal e incontrolada en las neuronas, unidades básicas del cerebro. Una

neurona está integrada por un cuerpo celular, un tallo largo (axón) y pequeñas ramificaciones (dendritas). Son millones las células nerviosas dispuestas en capas en la corteza cerebral, cada una interconectada con muchas otras a través del axón y las dendritas.

Cuando la célula nerviosa se activa libera una sustancia química llamada "neurotransmisor" que cruza el espacio entre las células y permite que el impulso eléctrico viaje desde el axón hacia las dendritas de la célula siguiente y así se propaga el impulso eléctrico que activa o inhibe a la siguiente célula en conexión.

Normalmente los impulsos nerviosos pasan, en una progresión ordenada y controlada, de una neurona a otra. Una convulsión sucede cuando este orden se ve alterado y las células nerviosas empiezan a "disparar" señales indiscriminadamente. El grupo de células donde primero se realiza la descarga "sin control", recibe el nombre de foco convulsivo, y puede ubicarse en cualquier área del cerebro. Este tipo de descarga provoca una reacción en cadena durante la cual se presenta una crisis o convulsión, que se caracteriza por una serie de movimientos incontrolados esporádicos. Las crisis pueden ser frecuentes o esporádicas, su duración también es variable: de pocos segundos hasta dos o tres minutos.

Las convulsiones no provocan daño cerebral. Sólo cuando un paciente permanece más de 20 minutos en crisis o en estado de mal epiléptico (status epilepticus), es posible que presente algún daño neurológico (SEP, 1997).

Existen diferentes tipos de crisis según la región del cerebro afectada. Si sólo una parte del cerebro presenta problema, se producirá una crisis parcial simple o compleja, durante la cual la persona puede sentirse mareada, confundida, irritable, ver manchas, oír campanilleos, incluso jalarse la ropa o mover brazos y piernas sin ningún motivo.

Durante la crisis se pierde el contacto con el entorno y al término de ésta no se recuerda lo ocurrido. De igual manera, la persona puede quedarse dormida o presentar dolor de cabeza.

Cualquier persona puede tener crisis epilépticas. Esta condición no distingue raza, condición social, edad o sexo; sin embargo, en la mayoría de los casos las crisis aparecen durante la infancia (Ezcurra, 2000).

Si alguna persona tiene epilepsia, existe la misma posibilidad de tener un hijo con esta condición que una pareja que jamás ha presentado crisis. Sin embargo, si ambos padres padecen crisis es posible que alguno de sus hijos la presente (Vasconcelos, 1991).

Otras discapacidades asociadas con la epilepsia:

Se llaman padecimientos de base aquellas condiciones que están directa o indirectamente relacionadas con la epilepsia. La presencia de este tipo de padecimientos no significa, necesariamente, la manifestación de crisis epilépticas.

Condiciones genéticas: Síndrome de Down, trastornos metabólicos.

Secuelas de hipoxia: condiciones que se dan por falta de oxígeno al nacer como son la deficiencia mental o parálisis cerebral.

Procesos infecciosos Meningoencefalitis, tumores cerebrales, parásitos en el cerebro (ejemplo: cisticerco).

Causas.

Aunque frecuentemente no se encuentra explicación alguna para la epilepsia, se

sabe que los siguientes factores pueden provocarla:

- Complicaciones durante el embarazo.
- Falta de oxígeno al nacer o daño cerebral.
- Golpes de importancia en la cabeza (accidentales o provocados)
- Altas dosis de droga, alcohol o plomo en la sangre.
- Infecciones cerebrales.
- Fiebre alta no controlada.
- Tumores o cisticercosis cerebral.
- Problemas circulatorios o del corazón.

Tipos de crisis epilépticas

- Crisis parciales

Conocidas también como motoras, estas crisis tienen lugar cuando la parte involucrada del cerebro controla un grupo específico de músculos, y como resultado de ello algunas partes del cuerpo, como un brazo o la cabeza, se sacuden. A diferencia de las crisis parciales simples, las crisis parciales complejas se asocian a la pérdida de conciencia.

Por otra parte, la persona podría realizar movimientos sin ningún propósito, como frotarse las manos. A estos movimientos se les llaman automatismos; otra manera de manifestarse es a través de cambios de conducta. Si el problema se ubica en el área del cerebro que controla las funciones vitales, el niño podría experimentar dolor de estómago, náuseas, cambios en la velocidad del pulso y aumento en la secuencia de los latidos del corazón.

- Crisis generalizadas

Llamadas también tónico-clónicas o complejas, se presentan cuando las neuronas de todo el cerebro tienen descargas eléctricas indiscriminadas. Una persona con

este tipo de crisis pierde el conocimiento, todo su cuerpo se sacude y puede morderse la lengua o perder el control de esfínteres.

Al cabo de dos o tres minutos se detienen los movimientos convulsivos, y en muchos casos, después de un periodo de descanso, la persona puede retomar sus actividades habituales.

Otro tipo de crisis generalizada es la ausencia, a veces tan corta que puede pasar inadvertida. En este caso los ojos se ponen en blanco durante unos segundos, como en un sueño; cuando la crisis pasa, la persona retoma la actividad que estaba realizando.

Aunque no se presenten movimientos violentos en extremidades, la persona no está consciente y no puede responder a los estímulos ambientales. Si bien duran pocos segundos, pueden repetirse varias veces al día.

Síndromes epilépticos

Son crisis que pueden ser parciales o generalizadas y están relacionadas con el padecimiento de un síndrome específico, como pueden ser: el de West Doose y el de Lennox Gestaut.

Este tipo de crisis se presenta de acuerdo con la edad de la persona y tienen características especiales, tanto neurológicas como en el estudio de encefalograma.

Las crisis catamenciales se presentan únicamente durante el periodo menstrual, en las mujeres con epilepsia, y se deben a cambios hormonales que, en algunos casos, provocan una disminución de la concentración del antiepiléptico en el organismo de la mujer.

La epilepsia se diagnostica a partir de una historia clínica detallada y completa que

se apoya en diversos estudios médicos como son:

1. Exploración física y neurológica.
2. Exámenes de sangre y orina. Una vez iniciado el tratamiento deberán realizarse pruebas de sangre periódicas a fin de detectar la cantidad de medicamento (niveles séricos) en el organismo. Esto permite al doctor recetar la dosis necesaria para continuar con el control de las crisis. Es muy importante informar al médico sobre la frecuencia de las crisis, su duración y cómo ocurren, para que pueda, en un momento dado, modificar el tratamiento y las dosis de medicamento.
3. Electroencefalograma (EEG), para detectar alguna actividad anormal en el cerebro.
4. Tomografía axial computarizada, para conocer la integridad del tejido cerebral.
5. Resonancia magnética, para identificar alteraciones en el cerebro (pequeñas o específicas).

Aunque no se requieren en todos los casos, estas pruebas pueden ser necesarias para completar la evaluación del médico. Ninguno de estos estudios provoca daño o dolor a la persona (Ezcurra, 2000).

4.2.4. Discapacidad Auditiva

La sordera es la pérdida parcial o total de la capacidad auditiva.

Cuando escuchamos un sonido, lo que realmente hacemos es interpretar un patrón de vibraciones, originado en algún lugar cercano. Estas vibraciones, que llamamos sonido, son similares a las ondas en forma de círculos concéntricos que se producen cuando arrojamos una piedra al agua. Las ondas sonoras tienen un tono o frecuencia y una intensidad.

La frecuencia de un sonido se refiere a la altura tonal que tiene, es decir, qué tan

grave o agudo es, y se mide en Hertzios (Hz) o ciclos por segundo.

Para medir la frecuencia del sonido, se cuenta el número de ciclos por segundo. Un ciclo es la distancia entre una onda y la que le sigue. Los seres humanos podemos oír la frecuencia que van desde los 20 hasta los 20 mil ciclos por segundo. Cuanto más cercana esté una onda de la otra, más alta será su frecuencia.

Mientras la frecuencia de la onda determina su tono, la intensidad de la misma está definida por su amplitud y se mide en decibeles (dB).

Para medir la intensidad del sonido se utiliza el decibel. La intensidad mínima que percibe el oído humano es de 0 dB. Una persona que susurra registra 30 dB; el nivel normal de una conversación corresponde a 45-50 dB. Un concierto de rock puede superar los 100 dB. Lo cual puede causar pérdida temporal y parcial de la audición.

Cuando entendemos cómo el oído convierte las ondas sonoras en vibraciones mecánicas, y éstas, a su vez, en impulsos eléctricos que interpreta nuestro cerebro, no podemos menos que asombrarnos de la belleza y perfección del diseño de este instrumento.

El oído se compone de tres partes. Comprende desde el pabellón auricular (oreja) hasta la corteza cerebral.

- Oído externo: es un aparato de recepción de sonido, integrado por la oreja o pabellón auricular y el conducto auditivo externo. La oreja recoge las vibraciones sonoras (sonido) y las trasmite a través del conducto auditivo, hasta el tímpano. El tímpano es una membrana que vibra porque está tensada, como si fuera la superficie de un tambor.

- Oído medio: También llamado caja del tímpano es el aparato de transmisión y amplificación de las ondas sonoras. Está formado por la membrana timpánica y una caja de aire que contiene tres huesillos articulados en cadena martillo, yunque y estribo, llamados así por su forma. Se trata de los huesillos más pequeños de todo el cuerpo humano. Los movimientos del cuerpo ponen a trabajar la cadena de huesillos y convierten las vibraciones sonoras en vibraciones mecánicas, las cuales son captadas por el oído interno.
- Oído interno: Aparato de recepción y transducción formado por la cóclea (o caracol). Aquí las vibraciones mecánicas se transforman en impulsos eléctricos que viajan a través del nervio auditivo hasta el cerebro. La otra parte del oído interno se llama vestíbulo, e incluye los canales semicirculares (sáculo y atrículo), los cuales regulan el equilibrio. Los niños con deficiencia auditiva muy rara vez tienen afectado el equilibrio.

Factores genéticos de riesgo

Antecedentes familiares de hipoacusia, problemas asociados con algún síndrome, como Down, Alport (asociado con problemas de riñón), Waardenburg (cambio de pigmentación en piel y ojos), Crouzón (anormalidades en cabeza ojos y cara) Usher (pigmentación de la retina), malformaciones craneofaciales (labio y/o paladar hendido, Meningitis, encefalitis).

Factores de riesgo durante el periodo intrauterino

Se refiere a factores externos que afectan a la mamá durante el embarazo: diabetes, toxemia, problemas de tiroides, infecciones virales (rubéola, toxoplasmosis, citomegalovirus, parotiditis), infecciones bacterianas (sífilis, herpes, incompatibilidad de Rh en sangre, intoxicación con drogas o medicamentos).

Factores de riesgo durante el parto y los primeros días de nacido.

Permutares (el bebé nace antes de las 36 semanas de gestación), bajo peso al nacer (menos de 1500 gramos), hipoxia neonatal (falta de oxígeno al nacer), lesiones en el cráneo por aplicación de fórceps, APGAR bajo (medición de algunos signos vitales del recién nacido), ictericia neonatal (aumento de bilirubina).

Factores de riesgo en la infancia.

Intubación en el periodo neonatal por más de 48 horas; meningitis y encefalitis; enfermedades de la infancia, como sarampión, paperas, varicela, escarlatina, y fiebres muy altas; aplicación de medicamentos ototóxicos, golpes en la cabeza (accidentales o provocados).

Síntomas o indicadores de que hay pérdida auditiva.

Bebé entre los 6 y 9 meses: No se sobresalta o despierta a pesar de ruidos estruendosos; no busca la voz de su madre a menos que ella esté frente a él; no localiza los sonidos del medio ambiente ni el de los juguetes; no se mueve al ritmo de la música a menos que sea por imitación; no emite sonidos ni desarrolla lenguaje (un bebé que no oye deja de balbucear a los nueve meses) y no obedece ordenes verbales.

Niño mayor que ya ha desarrollado lenguaje pero presenta una pérdida auditiva leve o moderada: Presenta fallas de articulación (el ritmo y la modulación de la intensidad del lenguaje esta de acuerdo con la pérdida auditiva y con la buena adaptación y buen uso de los auxiliares auditivos); puede ser señalado como distraído o de lento aprendizaje; sube el volumen a la televisión o la radio; tiene dificultades de aprendizaje; sobre todo en el área de lectura; puede ser tímido, retraído, agresivo, muy frecuentemente usa señas contextuales para comunicarse.

Formas de diagnóstico

Cualquier indicio o sospecha de un problema auditivo debe confirmarse mediante una evaluación completa realizada por un médico audiólogo.

Potenciales evocados auditivos del tallo cerebral (PEATC). Esta prueba se realiza en niños pequeños de los que no se puede obtener una respuesta voluntaria y confiable. Consiste en un registro de las ondas correspondientes a la respuesta eléctrica del tallo cerebral, ante el sonido. Esta prueba no implica ningún dolor o riesgo para el niño, puede practicarse a cualquier edad y da una idea bastante cercana de su umbral auditivo.

Impedanciometría y reflejo estapedial. La primera permite determinar si existe algún impedimento en el oído medio.

El reflejo estapedial es una protección contra los sonidos fuertes. Su ausencia puede ser un indicativo de falta de audición.

Audiometría tonal: Es el estudio más completo para determinar la intensidad mínima en decibeles que escucha una persona; es decir, que tan suaves o fuertes son los sonidos que percibe. Mide también las frecuencias que la persona capta, desde las más graves hasta las más agudas. Se realiza con un audiómetro y dentro de una cámara aislada del ruido; se obtiene una curva para cada oído, que corresponde al umbral auditivo por frecuencias.

Logaudiometría. Esta prueba también utiliza un audiómetro y analiza cada oído por separado, solo que, en vez de usar tonos, se utilizan palabras. La persona tiene que repetir las palabras que se le dicen en diferentes intensidades. Por razones obvias, no se puede realizar en niños que no han desarrollado el lenguaje.

4.2.5. Ceguera y Discapacidad Visual.

Estructura y función del ojo

La vista es el sentido a través del cual obtenemos mayor información para entender, interpretar e interactuar con el mundo que nos rodea.

Una discapacidad en la visión afecta el desarrollo físico, neurológico y emocional del niño. Su identificación temprana es muy importante porque el niño necesitará ayuda y apoyos específicos para comprender el mundo que lo rodea y poder integrarse a él de manera plena y productiva.

El ojo es un órgano tan complejo y preciso como la mejor cámara fotográfica.

El lente del ojo enfoca la imagen que vemos sobre la retina, en la parte posterior del globo ocular, la cual funciona como una película fotográfica. La retina captura la imagen y la transmite, mediante señales eléctricas, hasta el cerebro.

Vemos a través de los ojos, pero no con los ojos. Es en el cerebro donde se integra la información visual con la auditiva y con los recuerdos para poder percibir e interpretar lo que vemos.

El ojo es un globo cubierto por una delgada membrana llamada conjuntiva, debajo de la cual hay otra membrana protectora: la esclero-córnea.

Al frente y en el centro del globo ocular hay una abertura que parece un punto negro llamada pupila. Rodeando la pupila está el iris, que es la parte de color del ojo.

Como el diafragma de una cámara, el iris se abre o cierra en respuesta a la intensidad de la luz, dilatándose para que la pupila permita ver mejor en la luz tenue, y cerrándose para protegerla de la luz radiante. Detrás del iris está el cristalino o lente del ojo; los rayos de luz llegan a la córnea y son refractados por el cristalino hasta el punto focal de la retina.

El espacio entre el lente y la retina está lleno de una sustancia gelatinosa llamada humor vítreo. En la retina hay dos clases de células sensibles a la luz: conos y

bastones, las cuales detectan la luz y la oscuridad, el color y la forma, y mandan la información al cerebro a través del nervio óptico.

Los músculos que rodean los ojos son los que les dan movimiento.

Los oftalmólogos pueden determinar la capacidad de visión de las personas a través de tres aspectos:

Agudeza Visual: Capacidad para distinguir los objetos con nitidez a determinada distancia.

Campo Visual: Corresponde al campo de visión, es decir, la porción del espacio que alcanza a percibir la persona.

En condiciones normales una persona puede, fijando la vista en un objeto estático, percibir 180° en el campo visual horizontal y 140° en el campo visual vertical con ambos ojos. La percepción periférica es de 150° con cada ojo.

Capacidad para percibir la intensidad luminosa.

La deficiencia visual se da cuando una persona no alcanza la unidad normal de agudeza visual (diez decimos, o el conocido 20/20). En la debilidad visual la capacidad visual permanente de la persona es menor de 1/10 ó 20/200 en ambos ojos; no existe método quirúrgico de tratamiento, pero ayudado con apoyos ópticos puede lograr una mejoría en la capacidad visual. Estos apoyos pueden ser: lupas, anteojos, catalejos o pantallas amplificadoras. En ocasiones, la debilidad visual puede progresar y convertirse en ceguera, por lo que es recomendable que estas personas aprendan el sistema Braille (SEP, 1997).

Diagnóstico

Es difícil saber si un recién nacido no ve, pero si a los dos meses el niño no fija los

ojos en un objeto, o no hay respuesta a ningún estímulo visual, es posible que estemos ante un problema visual.

La mayoría de los niños con ceguera total rota mucho los ojos. En niños con debilidad visual, los ojos hacen muchos movimientos repentinos hacia los lados (nistgmia) hasta que encuentran un punto donde fijar la vista.

Cuando se detecta un problema visual tendrán que pasar muchos meses para saberse exactamente el alcance del mismo, sobre todo, si se trata de una ceguera cortical, la cual está relacionada con una inmadurez cerebral, pero mientras más pronto se detecte el problema, mayores serán las oportunidades de desarrollo.

Causas antes del nacimiento-Congénitas adquiridas

Enfermedades virales en la madre (rubéola, sarampión, sífilis, citomegalovirus); traumatismos a la madre durante el embarazo (accidentales o provocados); edad de la madre: un embarazo tiene menor riesgo si se da entre los 20 y 32 años de edad.

Después del nacimiento

Durante el parto: traumatismos al recién nacido, uso inadecuado de fórceps.

Después del parto: manejo inadecuado de incubadora.

Accidentes: tanto en niños como en adultos: traumatismos –accidentales o provocados –, quemaduras - accidentales o provocadas- introducción de cuerpos extraños al ojo.

Otras enfermedades: Las siguientes enfermedades no determinan la pérdida de la visión, pero representan, en algunos casos, un alto riesgo para los ojos, por lo que es necesario consultar a un especialista: tuberculosis, escarlatina, lepra, oncocercosis, sarampión, viruela, difteria, rubéola, meningitis, diabetes, xeroftalmía (falta de vitamina A), alcoholismo, drogadicción, hipertensión, embolia.

4.2.6. Dificultades de Aprendizaje

Durante los primeros años los niños construyen el mundo haciendo uso de los recursos disponibles: los sentidos, el movimiento, su cuerpo, las acciones sobre los objetos y las interacciones con los demás.

Así van estableciendo relaciones, entrenándose en las actividades que les son interesantes, descubriendo nuevos objetos y creando nuevas estrategias para conocerlos.

La interacción con los demás les permite crear nuevas formas de comunicación y lleva a los niños a usar formas simbólicas para expresarse, como la imitación, el juego, el dibujo y el lenguaje.

Estas conductas de simbolización o representación se hacen cada vez más complejas, ya que no sólo representan a las personas y los objetos, sino también las relaciones entre éstos, en un espacio y tiempo determinado.

Estas relaciones se tornan cada vez más complejas, incluyen más elementos y también una estructura u organización interna.

Con la integración de todos estos procesos, el niño comienza a interpretar nuevos objetos de la realidad: los símbolos gráficos (la escritura). Simultáneamente, elabora relaciones nuevas entre los objetos, como sus semejanzas y diferencias, o si hay más o menos elementos entre sus juguetes; estas relaciones no existen en la realidad, sino que el niño las construye llegando así, en un proceso que ha durado cinco o seis años, a estar listo para tener el aprendizaje escolar (Bravo, L. 1999).

Todos los seres humanos, desde que nacen, se adaptan dinámicamente y creativamente a su entorno en una interacción constructiva y permanente. Dicha adaptación se

produce gracias a los procesos de desarrollo y aprendizaje.

El Desarrollo es un proceso general en el que interviene el organismo en su totalidad y el medio ambiente, y mediante el cual el individuo parte de un estado de menor a mayor complejidad. Su motor es la afectividad.

El Aprendizaje es un proceso que parte de una situación determinada; depende del desarrollo y de las interacciones que el sujeto tiene con los objetos de conocimiento y con las demás personas.

Aprender es reconstruir el mundo que nos rodea creando formas de conocer, interpretar y representar la realidad, que van desde las relaciones inmediatas que hace el bebé, a través de sus primeros contactos físicos, hasta los conceptos abstractos de la lingüística o la matemática.

Madurez para el aprendizaje.

La maduración para el aprendizaje es una disposición o disponibilidad del niño que le permite tener capacidades para aprender y se debe, fundamentalmente, a cambios fisiológicos o a procesos internos del sistema nervioso central, aunque en la actualidad se considera que también está determinada por factores externos, como el entorno familiar y el medio sociocultural (Ezcurra, 2000).

La madurez para el aprendizaje significa que el niño puede aprender fácil y eficazmente, y sin tensiones emocionales porque ha alcanzado un cierto nivel de desarrollo y dispone de los conocimientos, habilidades e intereses que propician el aprendizaje.

Aunque la maduración es un proceso individual, de cada niño, la presión social y escolar establece que se debe alcanzar un determinado grado de desarrollo, conocimientos, habilidades e intereses a cierta edad. Cuando esto no ocurre se

habla de un cuadro de inmadurez, de un niño inmaduro o de un retraso en la maduración.

Causas de las dificultades de aprendizaje.

Retraso en la maduración neurológica.

Se debe a alteraciones que afectan a la estructura del cerebro o su funcionamiento, y repercuten en el desarrollo del niño en su conjunto, no sólo en el aprendizaje. Se detecta muy tempranamente porque los niños presentan características diferentes a los demás, en su evolución motriz y de lenguaje, en su adaptación a situaciones nuevas o en su relación con los demás.

Retraso en la maduración de algunas funciones o procesos psicológicos:

Inmadurez en el desarrollo perceptivo-motriz aparece acompañado de un conocimiento corporal pobre y dificultad en la comprensión de los conceptos relacionados con el orden temporal y la ubicación espacial, así como dificultades en la representación espacial y en la coordinación ojo-mano.

Estos niños pueden presentar dificultades para identificar signos gráficos (como palabras o números), la posición y la secuencia en que se disponen, así como el orden de los números y la ubicación de éstos en las operaciones. En general rechazan dibujar o escribir.

Retraso en el desarrollo psicolingüístico: puede manifestarse en la comprensión, organización o expresión del lenguaje; en la relación del lenguaje oral con el escrito o en la coordinación de los estímulos auditivos y visuales.

Los niños presentan dificultades para acceder a la lecto-escritura ya que es una nueva forma de comunicación verbal arbitraria y que requiere de coordinaciones

internas más complejas.

Inmadurez en el desarrollo de la atención: Los niños necesitan desarrollar una atención selectiva para poder trabajar en el salón de clases; mientras un compañero le habla, otro saca punta al lápiz y la maestra escribe en el pizarrón. Cuando un niño no tiene una atención selectiva es probable que no pueda seguir las explicaciones del maestro, no completar sus trabajos o cumplir cotidianamente con sus tareas.

En muchas ocasiones, cuando el niño carece de las bases para comprender lo que el maestro explica, la falta de atención proviene del discurso incomprensible y monótono del maestro o por estar concentrado en preocupaciones personales o familiares.

Inmadurez en el desarrollo funcional de la memoria: El niño no es capaz de una elaboración espontánea y eficaz para el recuerdo en la reproducción de secuencias y/o en la evocación de la información para elaborar el cálculo mental. También puede ocurrir cuando no se sabe explicar las estrategias de memorización o no se comprende aquello que se debe recordar.

Inmadurez en los procesos de competencia social: Se refiere a varios aspectos de origen emocional, como son la baja autoestima, lo cual da lugar a problemas de relación con sus compañeros o maestros cuando el niño no tiene las habilidades sociales necesarias para convivir en el ambiente escolar o social en el que está.

Bloqueos en la formación de los instrumentos intelectuales del niño: es decir, en la elaboración de las estructuras de pensamiento o aplicación de estas estructuras en el aprendizaje de contenidos escolares específicos. Los niños aprenden los contenidos escolares de una manera mecánica evadiendo un proceso de construcción reflexiva que les permita comprender y utilizar sus conocimientos. Esto se agrava por una enseñanza centrada en la acumulación de información

más que en el desarrollo del proceso de pensamiento.

Sin embargo la inmadurez o bloqueo en cualquiera de estos aspectos no es por sí misma generadora o causante de una dificultad de aprendizaje, ya que todas ellas pueden ser compensadas por los niños siempre y cuando la acción educativa considere sus características individuales y promueva el aprendizaje con estrategias didácticas diversificadas que les permitan organizar, a su manera, la información para poder adquirir nuevos conocimientos (SEP, 1994).

¿ Dificultades de aprendizaje o fracaso escolar?

Estas expresiones parecen designar lo mismo porque ambas se refieren a un proceso de aprendizaje escolar problemático; sin embargo, cuando se dice dificultades de aprendizaje se enfatizan las características del niño como causales del problema, y cuando se habla de fracaso escolar se destacan las limitaciones que tienen los maestros, las escuelas, los planes de estudio para favorecer un aprendizaje escolar exitoso.

Diagnóstico

La evaluación de un niño con dificultades de aprendizaje tiene diversos enfoques y depende, en gran medida, de las manifestaciones más significativas que presente el niño en particular.

El examen pediátrico permite conocer las características generales de salud y detectar las necesidades de exámenes de tipo auditivo, visual o neurológico.

La evaluación neurológica permite detectar los componentes de origen orgánico o de inmadurez neurológica.

La evaluación psicológica permite conocer las características de un niño en

relación con los demás de su edad y detectar algunos aspectos fuertes y débiles en la evolución psicológica, así como su condición emocional.

La evaluación psicopedagógica permite conocer las características de su proceso de aprendizaje en particular y las estrategias que emplea.

En ocasiones se debe complementar con un examen de desarrollo lingüístico y/o psicomotor.

CAPITULO V

LA FAMILIA.

Familia es el nombre de una institución tan antigua como la misma especie humana. Es una entidad paradójica y evasiva. Asume muchas apariencias. Es la misma en todas partes y sin embargo, no es nunca la misma. A través del tiempo ha permanecido igual y a la vez nunca ha sido igual. La constante transformación de la familia a través del tiempo es el resultado de una evolución; la forma de familias se amolda a las condiciones de vida que dominan en un lugar y tiempos dados.

La familia es una unidad bio-psico-social con leyes y dinámicas propias que le permiten mantenerse en equilibrio y soportar tensiones sin perder identidad como grupo primario de organización social, a través de la unidad, la continuidad en el tiempo y el reconocimiento de la comunidad que lo rodea (Bechara, A, Radio, A; Ramírez, S 1964).

En el escenario contemporáneo, la familia esta cambiando su pauta con una velocidad notablemente acelerada, se acomoda en forma llamativa a la crisis social que caracteriza a nuestro periodo histórico. No hay nada fijo e inmutable en la familia excepto en que está siempre con nosotros. Por eso poco puede maravillarnos el que aceptemos su papel en nuestras vidas tan naturalmente, tan irreflexivamente. En un sentido hemos tenido miles de años para acostumbrarnos a ella y sin embargo, en otro sentido, cada generación en su turno debe aprender como vivir en ella. Así los vínculos familiares se hacen a través de una combinación de factores: Biológicos, Psicológicos, Sociales y Económicos. Biológicamente la familia sirve para perpetuar la especie. Es la unidad básica de la

sociedad que se encarga de la unión del hombre y la mujer para engendrar descendientes y asegurar su crianza y educación. La relación entre hombre y mujer y las costumbres sexuales juegan un papel menos importante que el cuidado de los niños. El pasado histórico de la familia es complicado, el casamiento y la familia han estado divididos, al igual que el sexo y el matrimonio, el cambio progresista de la caza a la agricultura como forma de vida trajo consigo un cambio de la familia matriarcal a la patriarcal y el desarrollo del valor de propiedad. La revolución industrial trajo consigo profundos cambios en la estructura familiar. Nadie puede predecir lo que traerán la energía nuclear y la era del espacio.

Pero las funciones biológicas de la familia sólo pueden cumplirse en una organización adecuada de las fuerzas sociales. Psicológicamente los miembros de la familia están ligados en interdependencia mutua para la satisfacción de sus necesidades afectivas; y están ligadas económicamente en interdependencia con los sistemas sociales de trabajo-consumo.

Así, la familia es en todo sentido el producto de la evolución. Es una unidad flexible que se adapta sutilmente a las influencias que actúan sobre ella, tanto desde adentro, como desde afuera. En sus relaciones externas debe adaptarse a las costumbres y normas morales prevaletentes y debe hacer conexiones amplias y viables con fuerzas raciales, religiosas, sociales y económicas (Powel, Marvin 1981). Pero la familia también debe aceptar dentro de ella las condiciones de las ligaduras biológicas básicas del hombre y mujer y de madre e hijo (s).

El problema no está en que la familia sea Biológica o Social. Apenas puede ser "esto o lo otro". Hay una continuidad fundamental entre individuo-familia y sociedad, pero la organización biosocial de la conducta es distinta en cada uno de estos niveles.

Fundamentalmente la familia hace dos cosas: Asegura la supervivencia física y

construye lo esencialmente humano del hombre. La satisfacción de las necesidades biológicas básicas es esencial para sobrevivir, pero saciar solamente estas necesidades no garantiza de ninguna manera que se desplieguen las cualidades humanas en la experiencia familiar de estar juntos. Esta unión esta representada por la unión de madre e hijo y se refleja posteriormente en los lazos de identidad del individuo y la familia, de la familia y la comunidad más amplia.

Concretando, los fines sociales que cumple la familia moderna son:

1. **Provisión de alimento.** Abrigo y otras necesidades materiales que mantienen la vida y proveen protección ante los peligros externos, función que se realiza mejor bajo condiciones de unidad y cooperación social.
2. **Provisión de unión social,** que es la matriz de los lazos afectivos de las relaciones familiares.
3. **Oportunidad para desplegar la identidad personal,** ligada a la identidad familiar; este vínculo de identidad proporciona la integridad y fuerza psíquica para enfrentar expectativas nuevas.
4. **El moldeamiento de los roles sexuales,** lo que prepara el camino para la maduración y realización sexual.
5. **El ejercicio para integrarse en roles sociales y aceptar la responsabilidad social.**
6. **El fomento del aprendizaje y el apoyo de la creatividad e iniciativa individual.**

Es claro que la configuración de la familia determina las formas de conducta que se requerirán para los roles de esposo, esposa, madre, padre e hijo. La paternidad y la maternidad, y el rol del hijo, adquieren significado específico sólo dentro de

una estructura familiar determinada. Así la familia moldea la clase de personas que necesita para llevar a cabo sus funciones y en este proceso cada miembro reconcilia su condicionamiento pasado con las expectativas de su rol actual. Es claro que este proceso es continuo, porque la identidad psicológica de una familia cambia con el tiempo. Y dentro del marco de este proceso, a veces cada miembro llena y otras veces, dentro de ciertos límites, altera activamente estas expectativas del rol.

Las corrientes de sentimiento que se mueven entre miembros de la familia pertenecen a clases numerosísimas y a todos los grados de intensidad. Bajo condiciones alteradas, cada una de estas corrientes emocionales puede hacer surgir su antagonista. El tono emocional que gobierna las relaciones entre los miembros cualesquiera de una familia tiene un desarrollo peculiar propio, pero este desarrollo está continuamente influenciado por el clima emocional que caracteriza a la familia toda. Lo que define la atmósfera interpersonal única de la familia es la cambiante multiplicidad de las corrientes y contracorrientes emocionales. Es contra el fondo de esta atmósfera familiar, en constante flujo, que se desarrolla la personalidad y reacciones sociales del niño.

Se puede considerar a la familia como una especie de unidad de intercambio; los valores que se intercambian son amor y bienes materiales. Estos valores fluyen en todas direcciones dentro de la esfera familiar. Generalmente, sin embargo, los padres son los primeros en dar. Para usar una fórmula simple, las actitudes y acciones emocionales de cualquier miembro de la familia, se expresan en lo que necesita, como intenta conseguirlo, qué está dispuesto a dar en retribución, que hace si no lo consigue, y cómo responde a las necesidades de los otros. El proceso íntegro de distribución de satisfacciones en la familia está dirigido por los padres. En ellos reposa especialmente el que las expectativas que pone cada miembro en otro esté destinada a cumplirse razonablemente. En el mejor de los casos, este proceso va sobre ruedas y prevalece una atmósfera general, de amor y devoción mutua. Pero, si la atmósfera familiar está llena de cambios y desvíos

bruscos, pueden surgir profundos sentimientos de frustración, acompañados inevitablemente de resentimiento y hostilidad. El intercambio de sentimientos entre miembros de la familia gira profundamente alrededor de esta oscilación entre el amor y el odio.

En el curso habitual de los acontecimientos de la vida en familia, todos están destinados a experimentar alguna desilusión; a consecuencia de esto, se suscita en alguna medida enojo y temor. Un exceso de frustración, dolor y odio pueden provocar un serio perjuicio para un desarrollo saludable. Sin embargo es esencial para el desarrollo emocional experimentar cierta desilusión, desarrollar tolerancia a la frustración y aceptar resultados que no colmen completamente lo esperado. Sin esto habría un estímulo insuficiente para nuevas experiencias y nuevas conquistas.

Es obvio que el niño experimenta tanto amor como odio hacia sus padres. El niño feliz, razonablemente satisfecho, consigue dominar eficazmente su odio. Predomina su amor por sus padres y se identifica con ellos, moldeándose a su imagen.

El niño frustrado, experimenta odio excesivo y puede identificarse con sus padres sobre una base de odio y miedo más que amor, renuncia desafiante a identificarse con ellos, o desarrollar una conciencia patológicamente severa por miedo al enfrentamiento paterno.

El control eficaz de este equilibrio entre amor y odio está profundamente determinado por las actitudes de los padres, aunque están influenciadas a su vez por las actitudes y conducta de los niños. El carácter de los padres ya está profundamente grabado como resultado de su propio condicionamiento familiar temprano. Y pueden transportar desde esta experiencia temprana las mismas actitudes que sus padres mostraban hacia ellos; o si, se han sentido maltratados por sus propios padres, pueden desplegar ahora una variedad de actitudes exactamente opuestas a la que ellos mismos experimentaron en su infancia.

La familia como grupo primario, es intermediaria entre el individuo y la sociedad más amplia, hemos estado inclinados, en el estudio de la conducta, a examinar al individuo como una entidad aislada, intacta, o a examinar los efectos sobre la conducta de la posición del individuo en la estructura social más amplia. La indagación de los psicodinamismos de la familia como una unidad y de los procesos de integración individual en el grupo familiar –investigación descuidada– abre una nueva ruta para la investigación. Las relaciones entre la personalidad del individuo y los procesos de dinámica de grupo de la vida en familia constituyen un eslabón esencial en la cadena de causalidad de los estados de enfermedad y salud mental.

5.1. La Familia del Niño con Discapacidad.

Abordar el tema de la familia adquiere relevancia dado que independientemente del grupo social y del período histórico en que se ubique, ésta es la intermediaria entre el individuo y la sociedad. Constituye el lugar en donde se desarrolla el niño, donde se experimentan los primeros encuentros interpersonales y las relaciones afectivas; es el ambiente familiar el que proporciona al individuo los elementos fundamentales para conformar su personalidad: “es en esencia, un marco humano y cultural en el cual se pretende optimizar el desarrollo físico, cognoscitivo y social del hombre”. Sin embargo, cuando un miembro de la familia presenta algún tipo de discapacidad (deficiencia mental, trastornos neuromotores, del lenguaje, de audición o visuales), la dinámica familiar sufre alteraciones (en sus roles, comunicación, expresión de afectos, normas, etc.) que de no ser superadas repercuten en una de las funciones específicas de la familia como lo es, la educación y la socialización.

La aceptación de los cambios en la dinámica familiar y la búsqueda de alternativas educativas, depende en gran medida de la información, creencias, mitos, costumbres, valores, estereotipos, prejuicios, actitudes, etc. En ellas la familia puede encontrar obstáculos o los elementos necesarios para tener una actitud que favorezca el desarrollo del niño con discapacidad.

En la familia del niño con algún tipo de discapacidad se manifiestan actitudes de inactividad, decepción y autorrecriminación que van vinculadas con sentimientos de temor, dolor, decepción, duda, culpabilidad, confusión y una sensación general de incapacidad y de impotencia que están íntimamente relacionados con las expectativas en cuanto al nacimiento de su hijo, la relación con su pareja y demás miembros de la familia, los diagnósticos recibidos por múltiples especialistas (médicos, psicólogos, maestros, trabajadores sociales, etc.) la respuesta que del entorno social recibe la familia (evasión, compasión, rechazo y agresión). SEP-DGEE, 1980).

La mayor parte de estas familias han experimentado una considerable angustia también en el momento del diagnóstico inicial, ya que no han tenido la suficiente contención para recibirlo, lo que ha provocado un debilitamiento del sistema habitual de defensa y una crisis temporal de los patrones de adaptación.

Este impacto depende de varios factores y puede tener influencia en el desarrollo futuro del niño (Brechara, A, Radio, A; Ramírez, S, 1964).

Stephen Kew refiere la forma en que se modifican los roles en la familia y su relación con el medio social y cuando situaciones de este tipo no son superadas, se obstaculiza el proceso socioadaptativo del niño, al no brindarle las oportunidades suficientes para encontrar su lugar en la familia y en la comunidad.

La escuela es una de las alternativas para la integración del niño a la sociedad, pero es necesario convencer a los padres de la importancia de la participación conjunta de familia, escuela y comunidad en el proceso educativo de las personas con necesidades educativas especiales.

Este convencimiento no se limita únicamente a que el padre asista a un servicio de educación especial, sino que además debe comprender el papel de la escuela, la familia y la comunidad en el proceso educativo de su hijo, así como el apoyo que debe brindársele de manera adicional en éstos ámbitos.

CAPITULO VI

APOYO SOCIAL

6.1. Definición.

Como ocurre con otros conceptos en el campo de la psicología, lo que puede parecer un término sencillo con un significado aceptado por todos, revela dificultades en su definición cuando se le examina detenidamente. Un problema fundamental en el concepto de <<apoyo social>> está en definir las conductas que pueden clasificarse como de apoyo. Una posibilidad es considerar como apoyo social todas las formas de vínculos interpersonales íntimos. Si se adopta esta estrategia, el término es sinónimo de "relaciones interpersonales positivas", y pierde, posiblemente su utilidad específica. (Kenneth, 1977). Sin embargo otros autores (Cobb, 1976; cit en Thoits, 1982, Barrera y Cols, cit en Aduna 1998) sugieren que el apoyo social debe conceptualizarse como información que guía al sujeto a creer que; 1) es amado e importante para alguien, 2) es apreciado y valorado, 3) pertenece a una red de comunicación y obligación mutua.

La definición de Caplan et. al. (1977, cit en Thoits, 1982) es mas general y menciona que; El apoyo es el grado en que un individuo necesita encontrar el afecto, aprobación, pertenencia y seguridad en otros.

Algunos autores han intentado aumentar la concreción del concepto definiendo el apoyo social como lazos con grupos clave, mientras que todavía otros exigen intercambios más específicos de información, acción o ayuda material (Carveth y Gottlieb, 1977).

Kahn y Quinn (1977) definen el apoyo social como una transacción interpersonal que consiste en:

- a) La expresión de afecto positivo incluyendo atracción física, admiración, respeto y otros tipos de evaluación positiva.
- b) La expresión de afirmación, incluyendo la aceptación de las percepciones, creencias, valores , actitudes o acciones.
- c) El ofrecimiento de ayuda, incluyendo materiales, información, tiempo y reconocimiento.

Cobb (1976) ofrece una definición similar, pero recalcando la información que permite a un individuo llegar a orientarse en una matriz social que satisfaga sus necesidades personales. Así Cobb concibe el apoyo social como la información que pertenece a una o más de las clases siguientes:

- Información que lleva al sujeto a creer que se preocupan por él y le quieren.
- Información que le permite al sujeto creer que lo estiman y valoran.
- Información que permite al sujeto creer que pertenece a una red de comunicación y obligación mutua.

Por otra parte, la escuela, además de ser un contexto en el que las capacidades de los niños son evaluadas, también es uno de los primeros contextos donde se tienden las bases para la percepción y las raíces de lo que más adelante los niños conceptualizarán y manejarán como apoyo social entre iguales y adultos. En este sentido, encontramos en el ámbito escolar la presencia de personas especialmente relevantes para la formación de su identidad y con las que empiezan a crear lazos afectivos y sociales. La característica fundamental de la interacción con los compañeros es la igualdad. Los compañeros o iguales son niños que están en fases similares de madurez cognitiva, social y emocional. (Cava, 2000)

Al contrario que en las interacciones en las que participan personas de diferentes

estratos cronológicos, en estas relaciones no hay diferencias de autoridad, conocimientos o capacidad cognitiva que impongan una estructura cualitativamente diferente en las interacciones, incluso antes de que estas se inicien. Aunque el desarrollo de agrupamientos y jerarquías sociales dentro de cualquier grupo permanente de compañeros crea una estructura entre los individuos implicados, esa estructura se negocia dentro del grupo social puesto que no viene desde sus inicios.

Por otra parte, la interacción entre iguales evoluciona con la edad y presenta características diferenciales en función de las etapas del desarrollo. En los años preescolares, los niños invierten mucho tiempo en actividades solitarias o en juegos paralelos, sin embargo, y a pesar de esta tendencia, las actividades asociativas, de colaboración, de juego social y de apoyo a los demás, se convierten en sucesos cada vez más frecuentes (Cava, M, Musitu, G, 1995) . Con la edad, y de forma progresiva, las relaciones dejan de ser casi exclusivamente didácticas para pasar a ser grupales, planteando cada vez mayores exigencias en la competencia comunicativa y la coordinación de las intenciones sociales de ayuda y colaboración las cuales plantean cada vez mayores exigencias con relación a las relaciones interpersonales, el apoyo a los otros, las competencias comunicativas y la coordinación de intenciones. Conforme avanzan los años escolares, los niños dejan de considerar a los otros como entidades físicas para percibirlos como sujetos psicológicos y cada vez más conscientes de que tienen ideas y puntos de vista diferentes al propio. Este cambio en la percepción de los iguales posibilita el uso de estrategias de comunicación e interacción más refinadas y efectivas sobre todo en las situaciones de ayuda y colaboración. Los amigos son más sensibles y están más atentos a las claves de comunicación y ayuda que el otro aporta, de forma que la interacción está sincronizada, es cooperativa, empática y afectiva. Las relaciones que los niños y jóvenes establecen con sus compañeros y amigos influyen decisivamente en su desarrollo, adaptación y colaboración posterior (De la Morena, 1995).

Caplan (1974) por su parte menciona que el apoyo social ofrece un feedback informativo que incrementa la capacidad del individuo para satisfacer necesidades psicológicas y sociales básicas y define los sistemas de apoyo como: Los agregados sociales estables que ofrecen a los individuos oportunidades para recibir feedback sobre sí mismos y para validar sus expectativas sobre los demás. Las personas tienen diferentes necesidades específicas que necesitan satisfacerse por medio de relaciones interpersonales duraderas. La mayoría de las personas adquieren una sensación de bienestar al implicarse en un conjunto de relaciones que de un modo general satisfacen estas necesidades específicas.

También sugiere que una segunda característica de los sistemas de apoyo es la reciprocidad en la satisfacción de necesidades. En una relación de apoyo existe algo mutuo, el sistema se perpetúa temporalmente porque existe un intercambio en la gratificación de necesidades entre las partes implicadas.

La naturaleza recíproca del apoyo social queda recalcada por el término Red, La definición de Mitchell (1969) generalmente aceptada en este campo, afirma que una Red Social es (un conjunto específico de vínculos entre un grupo definido de personas, con la propiedad adicional de que las características de estos vínculos pueden usarse para interpretar la conducta social de las personas implicadas).

Una Red puede conectar a personas individuales o a unidades sociales más amplias como familias, grupos de trabajo, corporaciones de negocios o relaciones de agencias.

6.2 Efectos del apoyo social.

Es muy aceptada la creencia de que los efectos positivos del apoyo social son evidentes por sí mismos. Se ha descrito a los seres humanos como animales sociales que son más felices y productivos cuando viven en compañía que

cuando están aislados. No es sorprendente que numerosos estudios hayan encontrado que la productividad, el tono de humor y la satisfacción se ven incrementados por la afiliación positiva con los demás, aunque la importancia de los lazos positivos grupales esté fuera de discusión ha llegado el momento de ir más allá de la afirmación de que el apoyo social es beneficioso, y examinar las condiciones y mecanismos por los que el Apoyo social opera de modo óptimo.

Desde la infancia y en la adolescencia las conductas prosociales y de ayuda mantienen su relevancia al tiempo que adquiere mayor interés la competencia física y social. El estatus de reconocimiento social de los niños es bastante estable especialmente el estatus de rechazo (existen estatus de popularidad, rechazo, ignorados y controvertidos), así los niños que desde pequeños presentan esta imagen, la conservan incluso hasta la edad adulta y presentan serias dificultades para ingresar a redes de apoyo social. Los niños rechazados son considerados niños en riesgos de futuros problemas de ajuste psicosocial en la adolescencia y en la edad adulta (Díaz -Aguado, 1994).

La literatura sobre los efectos del apoyo social proviene de varias fuentes, los más citados son los estudios en medios naturales que afirman que el apoyo social protege o <sirve de amortiguador> al individuo frente a los efectos adversos de la tensión y el rechazo. Otro grupo de estudios trata de las consecuencias de la pérdida de apoyo para los individuos que habían estado apoyados previamente. Esta investigación sugiere que la pérdida de apoyo es un factor de riesgo en el desarrollo de una sintomatología futura. En las investigaciones mencionadas anteriormente incluyen también aspectos relacionados con factores de personalidad, como autoconcepto y fuerza de ego. Se confunden la autopercepción del sujeto y la percepción del apoyo que reciben de los demás. Es posible que las personas con buen autoconcepto tiendan a percibir niveles superiores de apoyo que las personas con un autoconcepto pobre. En el ámbito de la investigación en psicología, con frecuencia se distinguen tres dimensiones del autoconcepto: la dimensión cognitiva, la dimensión afectiva y la dimensión conductual.

CAPITULO VII

ADOLESCENCIA

Los investigadores han estado estudiando y analizando la adolescencia desde que Stanley Hall (1904) publicara su monumental obra de dos volúmenes sobre el tema. Muchos años después y miles de estudios más tarde, nos encontramos aún ante la necesidad de crear una definición que pueda aplicarse universalmente. Debido a los importantes cambios que han ocurrido y que siguen ocurriendo en nuestra propia sociedad, las definiciones que podrían haber sido adecuadas hace veinte años ya no son aceptables, así como las de hoy, acaso sean inservibles dentro de diez años (Powel, M.1981). Sin embargo si podemos afirmar que:

Son las condiciones de vida social y cultural de los diferentes grupos sociales las que determinan las formas de vida, así como las formas de pensar y actuar de los seres humanos. Es por ello que no todos los grupos sociales conciben a la adolescencia de la misma forma; por ejemplo, en algunas tribus de África, las mujeres, generalmente son desposadas desde niñas, o bien en cuanto aparecen los primeros signos de la pubertad. En esos grupos sociales, los adolescentes son integrados al mundo adulto, incorporándolas a las actividades productivas, a la organización social del grupo, incluso se acepta que se inicien en la vida sexual como pareja.

En cambio en otros grupos sociales, sobre todo en culturas occidentales, el paso de la niñez al mundo adulto está mediado por un periodo en el que el ser humano no pueda intervenir en el mundo adulto. Esto quiere decir que los adolescentes que viven en diferentes partes del mundo, son considerados de manera distinta dependiendo del grupo social al que pertenezcan.

En algunos grupos sociales, la adolescencia no existe, ya que de la niñez se pasa

rápido al mundo adulto, recibiendo un trato y responsabilidades como tal, incluso se afirma que psicológicamente no se tienen los mismos conflictos que puede presentar un púber de alguna cultura occidental.

En nuestro país coexisten diversos grupos sociales (indígenas, campesinos, población urbana, entre otras), sin embargo, se puede afirmar que en la mayoría de ellos predomina la idea de concebir a la adolescencia como una etapa de vida que se inicia mas o menos entre los 12 y 13 años y termina aproximadamente a los 20 años.

Algunas características que son comunes en las vidas de los adolescentes de México, son las siguientes: generalmente están incorporados a instituciones educativas, en algunos casos se dan a la tarea de buscar empleo, en su mayoría aún dependen económicamente de su padre, su madre, o de algún otro familiar; sienten gran apego a un grupo de adolescentes y en particular a una persona del sexo opuesto; los intereses que se tenían cambian: por ejemplo, ya no les llama la atención jugar con muñecas o a las canicas, prefieren juegos organizados o la práctica de algún deporte donde participen personas de su misma edad; las fiestas y reuniones a las que asisten, les interesan básicamente, por la oportunidad que tienen de relacionarse con personas del sexo opuesto.

En México, también existen otros adolescentes que por su condición social de vida, desde temprana edad se incorporan al mundo adulto, tienen que trabajar y no disponen de tiempo para compartir actividades con personas de su edad, incluso, hay quienes tienen que responsabilizarse de su familia; sin embargo, viven las mismas inquietudes de cualquier adolescente debido a que comparten las mismas costumbres, tradiciones, espacio geográfico, concepción de la realidad que les rodea, es decir, comparten la misma cultura.

Todo ello depende, como se mencionó antes, del grupo social al que pertenezca, esto origina que la adolescencia no se experimenta igual en un país que en otro,

varía de región a región de estado a estado, incluso no es lo mismo ser adolescente de la ciudad que del campo. Podríamos decir entonces que la adolescencia es una etapa determinada social y psicológicamente y que por ello se vive de forma distinta en diferentes lugares.

Sin embargo, junto con ese proceso psicosocial llamado adolescencia ocurre un desarrollo que sí es común a todas las personas más o menos de la misma edad: la pubertad. Este término lo podemos definir como el conjunto de cambios físicos que a lo largo de la segunda década de la vida (10 a 20 años) transforman el cuerpo infantil en cuerpo adulto, dándole la posibilidad de procreación. (Jiménez Arrieta, 1993) Sin embargo dentro de otro enfoque, nunca han dejado de reconocer los observadores del desarrollo humano la enorme significación de las dimensiones físicas y psicológicas de la pubertad. En la maduración sexual se ha dado siempre gran importancia a esta etapa del crecimiento, a la cual están relacionadas directa y causalmente las transformaciones de la personalidad en la pubertad. Sin embargo no ha sido posible entender a la pubertad en sus aspectos psicológicos hasta que el psicoanálisis exploró y sistematizó la psicología de la niñez temprana.

7.1. Cambios físicos, fisiológicos y emocionales en la adolescencia

Entre los nueve y los once años comienza una etapa de la vida en la cual cada joven experimenta una serie de cambios físicos que van a influir en su forma de comportarse, a este periodo se le conoce con el nombre de pubertad. En esta etapa de la vida, el púber vive grandes transformaciones en la estructura y funcionamiento de su cuerpo, pero sobre todo se consolida el proceso de maduración sexual; por ello se considera como uno de los momentos más importantes del desarrollo biológico de los seres humanos.

Durante este periodo, los y las jóvenes se enfrentan a una gran revolución fisiológica que hace que todo su organismo funcione de manera diferente y que su imagen corporal se modifique, alejándose cada vez más del aspecto infantil para

dar paso a las formas que los definirán como hombres o como mujeres.

Estos cambios tan profundos provocan confusión en los y las adolescentes, por lo que es común que se hagan preguntas como las siguientes: ¿Será normal lo que me pasa?, ¿Soy diferente a los demás? Estas inquietudes generan en los y las adolescentes la necesidad de estar solos, para reflexionar y dialogar consigo mismos acerca del por qué su cuerpo está cambiando y por qué las personas adultas exigen nuevos comportamientos.

El sistema endócrino, también llamado sistema glandular de secreción interna, cuenta precisamente con glándulas que producen sustancias químicas llamadas hormonas, las cuales viajan por todo el organismo a través del torrente sanguíneo, llevando mensajes o instrucciones a otras glándulas.

Los cambios que sufre el organismo durante la pubertad se deben a que su sistema glandular produce un gran número de hormonas y además estimula la producción de otras. Entre las glándulas que componen este sistema están las siguientes: hipófisis, tiroides, paratiroides, suprarrenales, páncreas, ovarios y testículos. Durante la primera etapa de la adolescencia denominada pubertad, el hipotálamo actúa sobre la glándula hipófisis también llamada glándula maestra, la cual produce dos hormonas muy importantes para el desarrollo de los y las adolescentes: la somatropina que es responsable del crecimiento, la gonadotrópica que estimula a las glándulas sexuales o gónadas (ovarios-testículos).

Durante la pubertad, la hormona del crecimiento genera cambios tan profundos y rápidos que sólo tienen comparación con los que se producen durante la etapa fetal y los primeros meses después del nacimiento. En este periodo ocurre un acelerado crecimiento del esqueleto: primero cambian la cabeza, las manos y los pies, luego lo hacen los brazos y las piernas; también se desarrollan los órganos reproductivos, a ello se debe que en ocasiones parezca que el cuerpo está

desproporcionado; al mismo tiempo el crecimiento desigual de los huesos faciales cambia la expresión de la cara y alejan de la imagen infantil.

La hormona del crecimiento tiene que ver con la talla y, de manera particular, con el desarrollo de las extremidades; hay un crecimiento rápido y desproporcionado, que el cuerpo ha cambiado y en algunas partes el cambio ha sido más notorio. Por ejemplo: el crecimiento de los senos de las mujeres hace necesario el uso de brasier; en el caso de los hombres, sus espaldas y caderas tienen otra forma y tamaño por lo que tienen que usar ropa de talla más grande.

Otro aspecto del crecimiento en los varones es el desarrollo de los músculos, que les proporciona una mayor fuerza en los brazos y que los hace diferentes a las muchachas. Los varones tienen un mayor desarrollo de los pulmones y del corazón, lo cual les permite una mayor capacidad de oxigenación; estas condiciones físicas les proporcionan mejores condiciones para realizar ejercicio físico y poder llevar a cabo esfuerzos mayores, esta diferencia tiene una repercusión social, ya que se demanda a los jóvenes que utilicen su fuerza. En el caso de las mujeres se desarrolla el proceso conocido como "estirón", que influye para que ellas tengan mayor estatura que los hombres durante algún tiempo; otro aumento en la talla se presenta después de la primera menstruación. Y continúa su crecimiento más lentamente.

La hormona gonadotrópica es la que estimula la maduración de los ovarios y los testículos, así como la liberación de óvulos y espermatozoides, al mismo tiempo que estimula la producción de hormonas sexuales.

Las hormonas sexuales más importantes son la testosterona en los hombres, y los estrógenos y progesterona en la mujer; estas hormonas son las que más influyen en los cambios físicos puberales, de los cuales se destacan los caracteres sexuales secundarios. Los caracteres sexuales se pueden catalogar como primarios y secundarios. Se denominan caracteres sexuales primarios a los

órganos sexuales con que nacen los seres humanos, el pene en los hombres y la vagina en las mujeres, mismos que se definen desde la vida intrauterina (antes de nacer); se llaman caracteres sexuales secundarios a los cambios fisiológicos y corporales que se presentan durante la pubertad y que definen las transformaciones en el hombre y la mujer.

Es necesario enfatizar que el sistema glandular así como el sistema central y el sistema nervioso autónomo, cumplen otras funciones que regulan al organismo; en esta caso sólo se mencionará la relación que se establece entre ellos para dar paso a las emociones y al control de las mismas.

Otras glándulas, también importantes porque se asocian a las emociones, son las suprarrenales, éstas se ubican arriba de los riñones y junto con el sistema nervioso, intervienen en las situaciones que producen emoción, acentuando la actividad del corazón, el cerebro y los músculos, entre otros.

Por ello, las emociones son un estado fisiológico que puede registrarse y observarse, pero también son una fuente de energía que, sobre todo durante la adolescencia, vives, sientes y experimentas con mucha intensidad.

Las emociones impulsan a la acción y aumentan la actividad de todo el organismo, por ello son una fuente importante de motivaciones, por ejemplo: las emociones que causan placer, motivan a prolongar esa situación agradable. En cambio, cuando las emociones son desagradables, como el miedo o la ansiedad, la tendencia natural es escapar de ese tipo de situaciones o cambiarlas lo más rápidamente posible, incluso puedes llegar al extremo de intentar atacar el objeto que causa el desagrado.

Vistas así, las emociones parecen espontáneas e incontrolables, sin embargo, en el surgimiento de las mismas intervienen otros factores, además de los fisiológicos, como son el aprendizaje y la maduración; esto quiere decir que una

persona puede aprender a controlar las manifestaciones de sus emociones si logra darse un tiempo para que el estado fisiológico que produce la emoción vaya disminuyendo.

En las emociones, además de las glándulas suprarrenales, también intervienen el sistema nervioso central y el sistema nervioso autónomo.

El sistema nervioso autónomo está formado por una serie de nervios que parten del cerebro y de la médula espinal, este sistema, entre otras de las funciones que realiza, es el responsable de que se ruboricen, por ejemplo, cuando algo te produce ansiedad.

También interviene para que surja la calma y el relajamiento.

El sistema nervioso central, además de otras funciones que realiza a través de la corteza cerebral, interviene en la excitación, regulación e integración de las respuestas organismo ante las emociones.

Todo lo descrito en este apartado ocurre de manera general en todos los seres humanos, sin embargo, y sobre todo durante la adolescencia, hay transformaciones distintas en el hombre y en la mujer.

8. METODOLOGÍA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los adolescentes con discapacidad intelectual tienen reducidas de manera parcial sus capacidades físicas y mentales para la realización de actividades dentro de los límites considerados como normales en el ser humano y que producen limitaciones para el desempeño de las actividades de aprendizaje, capacitación y habilitación.

El sistema de educación especial es quien atiende a los alumnos que por sus características no han podido ser atendidos en centros educativos regulares. Por las características de ésta población y los prejuicios que en torno a ella se tiene se ha impedido que estos alumnos cuenten con los apoyos necesarios, en el ámbito educativo, familiar y social los cuales, de tenerse, repercutiría en un mejor desempeño en la escuela, en su entorno social, laboral y recreativo y en su esfera emocional.

Lo anterior plantea una doble problemática, por un lado se encuentra el bajo rendimiento de los alumnos con discapacidad intelectual que está dado por esta condición inherente a ellos y por otro lado los prejuicios que genera su condición desencadenando en una falta de expectativas de avance y/o aprendizaje y por ende falta de apoyo a sus necesidades emocionales, sociales y educativas lo que redundaría en menores posibilidades de rendimiento escolar.

Por otro lado, cabe mencionar que las familias de donde provienen los alumnos como una característica muy frecuente está el bajo nivel de escolaridad (menor a primaria terminada), un porcentaje de aproximadamente el 4% de padres presentan también características de discapacidad intelectual y aproximadamente

el 85 % de las familias de estos alumnos son de escasos recursos económicos, aproximadamente el 70% de las madres trabajan en actividades de limpieza o ayudantía general y el 60% de las familias se encuentran desintegradas o falta la figura paterna. Por todo lo anterior se presume que estas características limitan u obstaculizan las posibilidades de proporcionar apoyos efectivos a los alumnos con discapacidad intelectual y el apoyo que generalmente administran éstos padres se limita a cubrir necesidades básicas de higiene, alimentación y traslado, percibiendo los alumnos poco apoyo en los aspectos; social, emocional y afectivo.

OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACION.

Estimar el papel que desempeña el apoyo social y el clima familiar en adolescentes con discapacidad intelectual y de bajo rendimiento en su proceso de capacitación laboral.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1. Determinar los indicadores sociales asociados a la calidad del rendimiento escolar y su correlación
2. Describir los componentes familiares y de apoyo que caracterizan al alumno con discapacidad intelectual y su correlación con el bajo rendimiento escolar

PREGUNTAS DE INVESTIGACION.

¿Cómo se correlaciona la familia con el bajo rendimiento escolar en adolescentes con discapacidad intelectual que se capacitan laboralmente?

¿Cómo se correlaciona el apoyo social con el bajo rendimiento escolar en adolescentes con discapacidad intelectual y que se capacitan laboralmente?.

HIPÓTESIS.

Los factores que determinan el bajo rendimiento escolar de los adolescentes con discapacidad intelectual son: 1) las características familiares (bajo nivel de escolaridad, alteración emocional, apatía, bajo nivel socioeconómico) y el grado de vinculación con la escuela. 2) La cantidad y características de apoyo social que perciben los alumnos.

MÉTODO.

a) Variables

- Variables independientes
 - Características Familiares
 - Apoyo Social
- Variable dependiente
 - Bajo rendimiento escolar

b) Sujetos

35 Adolescentes con discapacidad intelectual (CI Total de entre 45 y 75 en la escala WISC-RM) que se encuentran inscritos en el Centro de Atención Múltiple N° 79 de Educación Especial con edades que fluctúan entre los 14 y 25 años de edad siendo el promedio de edad de 17 años 2 meses y que se capacitan laboralmente en 11 talleres de oficios que son: Artesanías, Belleza, Corte y confección, Carpintería, Cerámica, Cocina, Herrería, Electricidad Serigrafía, Tapicería y Zapatería. Cabe mencionar que se seleccionaron alumnos con los rangos de CI arriba mencionados ya que de la población total de la institución que es de 140 alumnos, el nivel de comprensión del resto no les permitió responder de manera confiable a las preguntas del cuestionario observándose confusión en sus respuestas y 46 de los alumnos presentan problemas de lenguaje y/o audición lo que limitaba la comprensión de las preguntas y sus respuestas.

También se recabaron datos de identificación y datos sociodemográficos, con estas variables se trata de caracterizar a la población con la cual se realiza la investigación. Como ya se mencionó antes, la edad de los alumnos en promedio es de 17 años, sexo: 35 hombres y dos mujeres los cuales presentan discapacidad intelectual, 5 alumnos presentan además epilepsia, 3 con discapacidad motora asociada a la discapacidad intelectual, 1 presenta síndrome de Down y un alumno además presenta discapacidad auditiva. El promedio escolar de los alumnos en su proceso de capacitación es de 6.9 en un rango de calificaciones que va del mínimo que es de 5.0 a 10.0.

Por otro lado, el 65.8 de los alumnos provienen de familias de nivel socioeconómico bajo con un ingreso mensual promedio de \$4,000. El 59.5 de las familias son familias completas donde se encuentran presentes ambos padres, el 27% de las familias los padres se encuentran separados siendo la madre el único apoyo y sostén económico de la familia.

c) Materiales

- Formatos de encuestas
- Lápices
- Mesas
- Sillas
- Aula de trabajo
- Goma

d) Instrumentos

Los instrumentos empleados se presentan en los anexos 1 y 2.

Para evaluar cómo se correlaciona la familia con el rendimiento escolar de adolescentes con discapacidad intelectual se utilizó la Escala de Ambiente

Familiar de Moos y Moos (1976) (Anexo 1) que evalúa los ambientes sociales de familias en diez dimensiones sobresalientes enfocándose en la medida y descripción de las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia, el crecimiento personal de los mismos y en la estructura básica de la familia. , La escala discrimina significativamente entre familias con relaciones adecuadas entre los padres e hijos y las familias con disturbios como alcoholismo o psiquiátricos. La escala consta de 27 afirmaciones acerca de la familia en la cual los alumnos deben decidir cual de esas afirmaciones son verdad en su familia (V) y cuáles son falsas (F).

Se decidió usar esta escala con el objeto de tener una medida objetiva de la presencia o ausencia de conflicto en la familia. En el presente trabajo solo se aplicó el área de relaciones que incluye las subescalas de Cohesión que mide el grado de ayuda o apoyo entre los miembros de la familia, Expresividad que mide el grado en que los miembros de la familia actúan y expresan sus sentimientos abiertamente y la subescala de Conflicto que mide el monto de enojo, agresión y conflicto entre los miembros de la familia.

Debido a la baja confiabilidad de las respuestas de los alumnos del Centro de Atención Múltiple N° 79, los cuales presentan discapacidad intelectual, se tuvieron que eliminar ítems para una mejor confiabilidad. Los ítems que corresponden a la subescala de Cohesión son: 1, 4, 7, 10, 13,14, 16, 19, y 25, de la subescala de Expresividad son: 2, 5, 8, 11, 12, 17, 20, 22 y 26 y de la subescala de Conflicto los ítems son: 3, 6, 9, 15, 18, 21, 23, 24 y 27.

Los reactivos eliminados fueron: 2, 3, 6, 9, 12, 14, 15, 18, 19, 21, 23, 24 y 27. Por lo que el análisis se realizó con las variables 1, 4, 5, 7, 8, 10, 11, 13, 16, 17, 20, 22, 25 y 26. Por lo que puede observarse, todos los ítems de la subescala de Conflicto se eliminaron y ésta no pudo ser analizada..En el análisis de Alpha de Crombach se obtuvo una confiabilidad de .8169.

Para la evaluación del apoyo social se utilizó el Cuestionario de Apoyo Social (Sarason, Levin, Bashman y Sarason. 1983), que mide el apoyo percibido como

disponible mediante 27 ítems.(Anexo 1). Cada ítem tiene dos partes: la primera evalúa el número de personas disponibles a quienes puede dirigirse el sujeto en momentos de necesidad y en cada una de una variedad de situaciones (N). La segunda parte de cada ítem mide, en una escala de hasta 6 puntos, rangos que van desde "muy insatisfecho" hasta "muy satisfecho", lo cual da el grado de satisfacción de la persona con el apoyo percibido como disponible (S). Así, este cuestionario arroja dos puntajes: el promedio de proveedores de apoyo disponible y el promedio del nivel de satisfacción con la cantidad de apoyo disponible. Asimismo, demostraron que la confiabilidad de este instrumento es muy alta. Este cuestionario fue desarrollado con estudiantes universitarios como sujetos.

Con el objeto de evaluar las propiedades psicométricas del SSQ, Sarason, Levine Bashman y Sarason realizaron análisis factoriales de componentes principales (sin rotación), por separado de las calificaciones N y S. Encontraron que todos los reactivos N tuvieron cargas factoriales mayores a .60 y todos los reactivos S tuvieron cargas factoriales mayores a .30 en el primer factor de componentes principales. El primer factor explicó el 82% de la varianza, en el caso de los puntajes N y el 72% de la varianza, en el caso de los puntajes S. El alpha de Cronbach que encontraron para la escala N fue de .97 y para la escala S de .94. Las intercorrelaciones entre los reactivos N variaron entre .35 y .71, y entre los reactivos S entre .21 y .74. Las correlaciones entre los 27 reactivos N y el puntaje N global, variaron entre .51 y .79. Para los reactivos S y el puntaje S global. Las correlaciones variaron entre .48 y .72. Las medias de las escalas fueron de 4.25 para el puntaje N y de 5.38 para el puntaje S. Asimismo se encontró una correlación de .34 entre la escala N y la escala S. Esta correlación fue interpretada como evidencia de que las dos escalas de este inventario miden dos diferentes dimensiones del Apoyo Social, una cuantitativa (puntaje N) y otra cualitativa (puntaje S). En un estudio posterior, Sarason, Sarason y Schearin (1986) mostraron confiabilidad test- retest del SSQ, durante 4 años consecutivos. Las intercorrelaciones de los puntajes N entre las diferentes aplicaciones variaron de .67 a .78, mientras que las intercorrelaciones de los puntajes S entre las

diferentes implicaciones variaron de .55 a .86. .

e) Escenario

Centro de Atención Múltiple N° 79 de Educación Especial Ubicado en la calle de Las Rosas S/N, colonia Santa Isabel Tola, Delegación Gustavo A. Madero

f) Procedimiento

Los 37 alumnos a los que se les aplicaron las encuestas se seleccionaron de entre 140 que es la población total del Centro de Atención Múltiple N° 79 sobre la base de los siguientes criterios: a) con un CI total de entre 45 y 75 ya que los alumnos con una puntuación menor confundían las preguntas y respondían de manera estereotipada y azarosa. b) Los alumnos con discapacidad auditiva y sin lecto-escritura no entendían (a través de lenguaje manual o de signos) las preguntas mostrando desconcierto y respondían también al azar. Las encuestas se aplicaron en el cubículo de psicología de la institución tomando grupos de 5 alumnos para poder explicar detenidamente cada una de las preguntas de los cuestionarios e ir verificando que los alumnos comprendieran las consignas y escribieran correctamente lo que verbalizaban requiriendo con 12 alumnos que se les escribiera en el pizarrón la palabra que querían escribir y que se les pedía que verbalizaran (papá, mamá, maestro, primo, amigo, etc.), para verificar la respuesta.

9. RESULTADOS

Considerando que el objetivo del trabajo es estimar el papel que desempeña el apoyo social y el clima familiar en adolescentes con discapacidad intelectual y de bajo rendimiento escolar en su proceso de capacitación laboral, la estrategia de análisis de resultados incluyó tanto datos demográficos de la muestra como los datos obtenidos a través de la Escala de Apoyo Social de Sarason (Sarason, B. 1987) y la Escala de Moos (Moos y Moos, 1976).

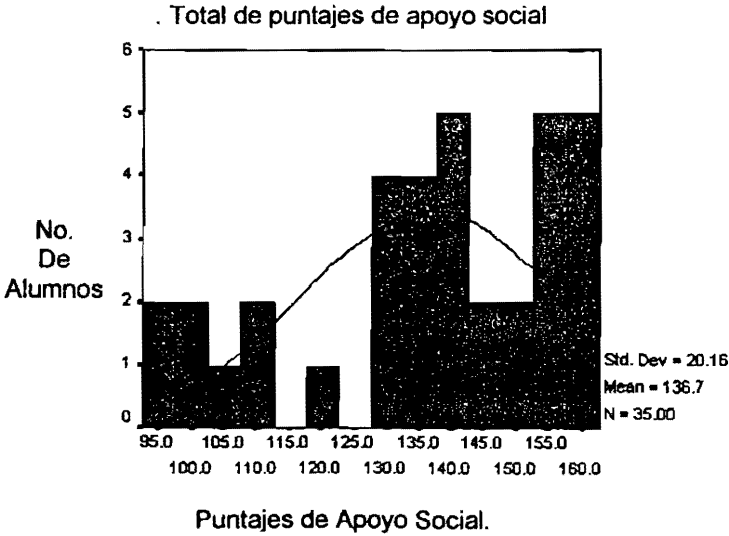
Con la escala de Apoyo Social los aspectos que se investigaron fueron, ¿qué tan satisfechos están los alumnos con el apoyo que reciben? y ¿quién lo proporciona?, se encontró lo siguiente: En términos del número de apoyadores (N) y con quien los alumnos consideran contar y/o la satisfacción con ese apoyo (S), se obtuvo el promedio de ambos indicadores, encontrándose que aunque reportan sólo dos personas en general como apoyadores (N), la satisfacción con dicho apoyo (S) puede considerarse alta ya que si consideramos que el valor teórico máximo es de 162, el valor teórico mínimo de 27 y la media teórica de 94.5. La media de las puntuaciones obtenidas de las respuestas de los alumnos fue de 136.7 por lo que se puede afirmar que el grado de satisfacción (S) con el apoyo que reciben es alto.

TOTAL DE PUNTAJES DE POYO SOCIAL

FRECUENCIA	PUNTAJE	PORCENTAJE	% ACUMULADO
2	95.0	5.8	5.8
2	100.0	5.8	11.6
1	105.0	2.8	14.4
2	110.0	2.8	20.2
1	120.0	2.8	23.0
4	130.0	11.4	34.4

4	135.0	11.4	45.8
5	140.0	14.2	60.0
2	145.0	5.8	65.8
2	150.0	5.0	71.6
5	155.0	14.2	85.8
5	160.0	14.2	100.0
Puntaje Mínimo: 27			
Puntaje Máximo: 162			
Media: 94.5			

En la tabla 1 se presentan los puntajes obtenidos de las respuestas de los alumnos en la escala de Apoyo Social, el puntaje mínimo obtenido fué de 95, el puntaje máximo de 160 y la media de 136.7. Encontrándose 16 alumnos con puntajes menores a la media y 19 por arriba de ella, incluso 10 de ellos en las puntuaciones máximas, lo que nos está indicando un alto grado de satisfacción de los alumnos con el apoyo que reciben.



En la figura 1 se observa como se da una distribución desplazada hacia los puntajes altos por arriba de la media concentrándose las mayores frecuencias en las puntuaciones máximas.

En cuanto a quien proporciona el apoyo a los alumnos con discapacidad intelectual se encontró que los padres son quienes principalmente lo proporcionan ya que del 100% de los alumnos encuestados el porcentaje a los cuales apoya la mamá fue del 59.5 %, y el papá del 10.8 % lo que hace un total del 70.3 % y el resto se distribuye entre otros familiares cercanos (16.2 %) como hermanos, tíos y primos y el 13,5 % entre amigos y otros.

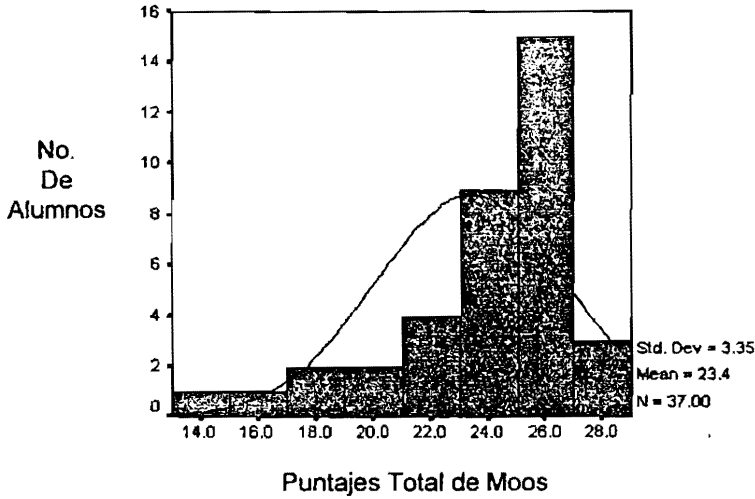
En la Escala de Indice de Relaciones Familiares (FRI) de Moos (Moos. 1976), el puntaje teórico mínimo es de 1 y el puntaje teórico máximo de 27, Las puntuaciones mínimas obtenidas de las respuestas de los sujetos fueron de 14 y las puntuaciones máximas de 27, la media se ubica en 23.37 y como se observa en la tabla 2, 12 alumnos se ubican por debajo de la media lo que representa el 32%, 15 alumnos se ubican por encima de la media lo que corresponde al 68%.

TOTAL DE MOOS

PUNTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
14	1	2.7	2.7
15	1	2.7	5.4
17	2	5.4	10.8
19	1	2.7	13.5
20	1	2.7	16.2
21		8.1	24.3
22	1	2.7	27.0
23	2	5.4	32.4
24	7	18.9	51.4
25	7	18.9	70.3
26	8	21.6	91.9
27	3	8.1	100.0
TOTAL	37	100.0	

Tabla 2 En la cual se presentan los puntajes de la Escala FRI de Moos observandose que el 68% de las puntuaciones se concentran por encima de la media.

Total de Moos



Lo anterior se puede apreciar más contundentemente en la figura 2, ya que como se puede observar, existe un sesgo por arriba de la media que es donde se ubican los puntajes más altos y la mayor frecuencia de puntajes.

De la Escala de Moos que abarca tres áreas de medición como ya se mencionó antes, se aplicó la que corresponde al área de Relaciones. Particularmente en la subescala de cohesión el puntaje teórico mínimo es de 8 y el puntaje teórico máximo de 16, la media se ubicó en 13.9, por lo tanto 11 sujetos se ubican debajo de la media representando el 29.7% y 26 sujetos sobre la media representando el 70.3 % (ver tabla 3).

TOTAL DE COHESIÓN

PUNTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
8.00	2	5.4	5.4
9.00	1	2.7	8.1
10.00	1	2.7	10.8
11.00	1	2.7	13.5
12.00	2	5.4	18.9
13.00	4	10.8	29.7
14.00	7	18.9	48.6
15.00	8	21.6	70.3
16.00	11	29.7	100.0
TOTAL	37	100.0	

Tabla 3. Puntajes de Total de Cohesión, las mayores puntuaciones se ubican por encima de la media correspondiendo al 70.3 %.

Total de Cohesión

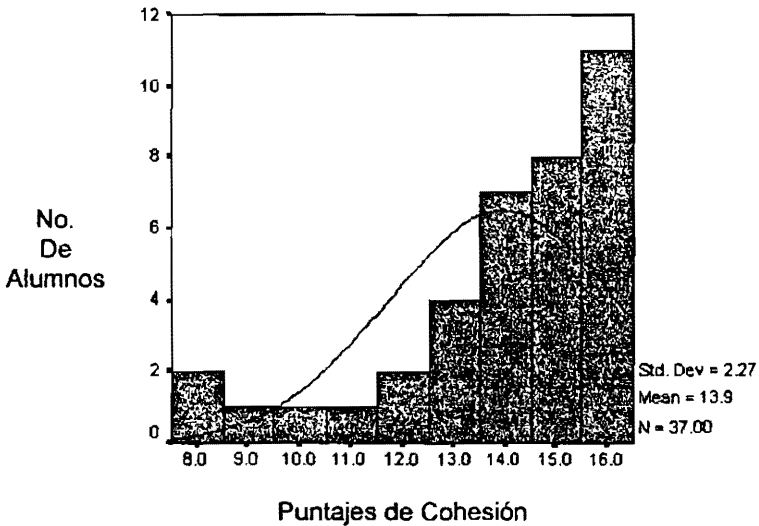


Figura 3. Puntajes de la escala Total de Cohesión en la que se observa una tendencia a las puntuaciones altas.

En la figura 3 se observan las puntuaciones de la Subescala de Cohesión, con una clara tendencia de distribución hacia las puntuaciones altas, concentrándose el 70.3% en los puntajes 14.0, 15.0 y 16.0, la media se ubica en 13.9, abajo de la media se encuentran las puntuaciones de 11 sujetos representando el 29.7 lo que nos indica altos niveles de cohesión y un alto grado de ayuda o apoyo entre los miembros de la familia.

En la subescala de expresividad, que mide el grado en que los miembros de la familia actúan y expresan sus sentimientos abiertamente, la puntuación teórica mínima fué de 6, la puntuación teórica máxima de 12 y la media se ubicó en 9.4. Como puede observarse en la tabla 4, 17 sujetos se ubican por debajo de la media representando el 45.9%, 20 sujetos se ubican por encima de la media representando al 54.1%.

TOTAL DE EXPRESIVIDAD.

PUNTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
6.00	1	2.7	2.7
7.00	3	8.1	10.8
8.00	6	16.2	27.0
9.00	7	18.9	45.9
10.00	12	32.4	78.4
11.00	5	13.5	91.9
12.00	3	8.1	100.00
TOTAL	37	100.00	

Figura 4. Puntajes de Total de Expresividad

En la figura 4 puede observarse que las mayores frecuencias de los puntajes de la subescala de expresividad, se ubican alrededor de la media en un porcentaje del 51.3% y el resto de las puntuaciones se distribuyen de manera homogénea en los puntajes mínimos y máximo, lo que representa un alto grado de interacción y la expresión de sentimientos abiertamente.

Total de Expresividad.

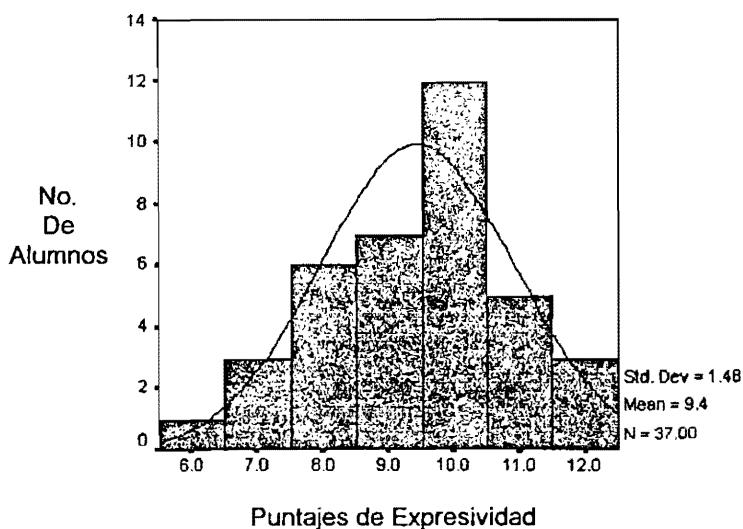


Figura 4. Puntajes de la subescala de Expresividad como se observa se encuentran concentrados en la media.

De la subescala de conflicto, que mide el monto de enojo, agresión y conflicto entre los miembros de la familia, se eliminaron los 9 ítems que lo integran ya que en el análisis las respuestas fueron negativas.

9.1. Correlaciones entre el Apoyo Social e Índice de Relaciones Familiares

En la subescala de Cohesión con Apoyo Social se encontró una correlación de .088 y en la subescala de Expresividad con Apoyo Social se encontró una correlación de .154. Lo anterior está indicando que no hay una correlación entre el ambiente familiar y el apoyo social que pueda estar influyendo negativamente en el rendimiento escolar de los alumnos con discapacidad intelectual en su proceso

de capacitación laboral sino que el bajo rendimiento se deba probablemente a las características inherentes a su discapacidad, o algunos otros factores, aspecto que sería objeto de estudio de otra investigación.

Por otra parte, se correlacionó la variable promedio escolar con la Escala de Moos encontrándose una correlación de .212 lo que nos está indicando que no hay correlación entre el rendimiento del alumno expresado en su promedio y las características de la familia.

Al correlacionar el grado de satisfacción (S) del apoyo percibido con el promedio se obtuvo una correlación de .571 lo que nos expresa que sí hay una relación entre el rendimiento de los alumnos en su proceso de capacitación expresado en su promedio con el grado de satisfacción con el apoyo percibido.

Por otro lado, se correlacionó el tipo de discapacidad y/o características de los sujetos (intelectual, auditiva, neuromotora, epilepsia o Síndrome de Down) con el promedio y el resultado fue no significativo (.063) lo que nos está indicando que el tipo de discapacidad no tiene relación con el rendimiento escolar del alumno.

10. CONCLUSIONES

La atención de los jóvenes con algún signo de discapacidad en los Centros de Atención Múltiple se dirige a la capacitación laboral, en éste ámbito se detectan diversos grados de rendimiento escolar que se asocian a diversas causas, algunas inherentes a las propias características de la discapacidad de los sujetos y otros atribuidos a diversos factores externos como: El grado de estimulación y atención médica, pedagógica y/o educativa, la oportunidad de ésta, la sobreprotección ejercida por la familia, el rechazo, la marginación, el aislamiento, el nivel de conocimiento de las necesidades y características del hijo con discapacidad por parte de la familia, las posibilidades económicas, el nivel sociocultural, etc. Por lo anterior son diversos los tipos de apoyos o ayudas que les son proporcionados a los alumnos con discapacidad en su proceso educativo por parte de la familia o la comunidad, aunado a esto, y debido a las características y condiciones de discapacidad de los alumnos, que son jóvenes con pocas demandas y que los padres satisfacen las necesidades básicas de alimentación, vestido, traslado, higiene y diversión.

Son jóvenes que dependen de los padres en mayor medida que un adolescente sin discapacidad, ya que sus contactos con la comunidad son limitados, su número de amigos se reduce a 1 ó 2 compañeros de la escuela, lo que podría hacernos suponer que sus necesidades se encuentran más limitadas que las de un adolescente sin discapacidad ya que éste se caracteriza por lograr un grado de independencia total, su círculo de amigos se amplía y cobra relevancia en contraparte con la importancia de la familia, entra en la etapa de las operaciones formales (Piaget 1981) en donde el joven es capaz de razonar y de deducir, no solamente ya sobre objetos manipulables, sino que se hace capaz de lógica y razonamientos deductivos, sobre hipótesis, sobre proposiciones. Hay toda una lógica, todo un conjunto de operaciones específicas. Así este nuevo pensamiento posibilita al adolescente acceder a nuevos contextos, actividades y expectativas,

pero los jóvenes con discapacidad intelectual se encuentran limitados en este aspecto y sus expectativas escolares, sociales, recreativas de independencia personal y superación se encuentran fuera de sus posibilidades centrándose básicamente en un bajo nivel de capacitación que sólo les posibilitará para aspirar a un subempleo o permanecer bajo el cuidado y protección de la familia. Así los jóvenes sin discapacidad por su nivel de pensamiento abstracto y características emocionales inherentes a la etapa por la cual transitan, un gran número de actividades y necesidades tienen que ver con aspectos emocionales e intelectuales y no sólo con la satisfacción de necesidades básicas de alimentación y vestido.

Por lo tanto para responder la pregunta planteada sobre ¿Qué tan satisfechos están los alumnos del CAM 79 con el apoyo que reciben?, se concluiría que los alumnos están siendo apoyados, que tienen bastante apoyo y ellos están satisfechos con éste. Esto a pesar de que son jóvenes que provienen de hogares de escasos recursos económicos, de bajo nivel sociocultural y de hogares donde en un porcentaje del 26.3% la única figura de apoyo económico y emocional es la madre.

En la Escala de Índice de Relaciones familiares(FRI) de Moos se encontró que no hay correlación entre el ambiente familiar y el apoyo social, por lo tanto el grado de apoyo que reciben los alumnos no está correlacionado con las características de la familia, sin embargo es importante mencionar que en aspectos percibidos de la escolarización de los alumnos resalta el hecho de que son alumnos que los padres los apoyan en su proceso de capacitación colaborando con la escuela en aspectos como higiene, asistencia, puntualidad y el hecho de continuar en este proceso de capacitación ya que en el ámbito de educación especial una de las características de la población es el alto grado de inasistencias y la deserción, sin embargo la población con la que se hizo la investigación permanece y asiste regularmente a la institución. Considerando por lo tanto que el apoyo y el ambiente son parte del proceso de capacitación laboral con jóvenes con discapacidad intelectual.

Por otra parte en la correlación que se hizo entre el apoyo social y el rendimiento escolar el nivel de confiabilidad fue bajo lo cual nos indica que probablemente el bajo rendimiento escolar está más asociado con las características de discapacidad que al nivel o características del apoyo social que reciben los alumnos en su proceso de capacitación laboral en los Centros de Atención Múltiple de Educación Especial.

BIBLIOGRAFÍA

- Avanzini, G. (1989). El Fracaso escolar. Barcelona España. Ed. Herder.
- Blos, P. (1991) Psicoanálisis de la adolescencia. 1ª edición, México. Ed. Joaquín Mortiz.
- Cava, M. (1995) Autoestima y apoyo social: su incidencia en el ánimo depresivo de una muestra de jóvenes adultos universitarios. Tesis de licenciatura, Universidad de Valencia. Valencia España.
- Cava, M, Musitu, G. (2000). La potenciación de la autoestima en la escuela. España. Ed. Paidós.
- Coffin, N. (1999) Relación entre Apoyo Social, Farmacodependencia y rendimiento académico en estudiantes universitarios. Tesis de Maestría, División de Estudios de Posgrado, Facultad de Psicología UNAM. México.
- Coleman, P., Collinge, J. y Seifert, T. (1993) Seeking the levers of change: participant attitudes and school improvement. en School Effectiveness and School Improvement, No. 4. Montreal Canadá.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (2000), México.
- Díaz-Aguado, M. (1986) El papel de la interacción entre iguales en la adaptación escolar y el desarrollo social. Centro de Investigación y Documentación Educativa (CIDE) Madrid.

- Ezcurra, M. (2000) Elementos para un diagnóstico de la integración educativa de las niñas y los niños con discapacidad y necesidades educativas especiales, en las escuelas regulares del Distrito Federal. DDF, México.
- Ezpeleta, J. (1999) El sentido del diálogo con los padres. Cuadernos, Transformar Nuestra Escuela, año 2, num 4, junio. México. SEP.
- Fernández, C. (1993) La Familia. Paternidad responsable. Voluntariado Nacional, Patronato Nacional de Promotores Voluntarios. Secretaría de Salud. México.
- García, S. (1991) El niño con síndrome de Down, consideraciones esenciales. México. Ed Diana.
- García, I., Escalante, I., Escandón, M., Fernández, L., Mustri, A., Puga, R. (2000) La integración educativa en el aula regular, Principios, finalidades y estrategias. México. SEP. Fondo Mixto de Cooperación Técnica y Científica México-España.
- González, A. (1995) Psicología del Desarrollo: Teoría y Práctica. Málaga. Ed. Aljibe.
- Guajardo, E. (1998) Proyecto General de Educación Especial en México, Fase II. México. SEP.
- Hernández, R. (1977) Deficiencias cerebrales infantiles. Madrid. Pablo del Rio Editor.
- Jimenez, B. (1993) El adolescente de hoy y su fenomenología. Paternidad Responsable. Voluntariado Nacional. Patronato Nacional de Promotores Voluntarios. México. Secretaría de Salud.

- Leñero, L. (1986) Origen y Evolución de la Familia. Instituto Nacional de Estudios Sociales. México. ANUIES.
- López, V. (1988) Elaboración de un curso para formación docente a nivel superior. Tesis de Licenciatura. Escuela de Psicología, Campus Iztacala. UNAM. México.
- Moos y Moos (1976) A Topology of Family Social Enviroments. Reviw Familiar Process. USA.
- Münc, L., Angeles, E. (1998) Métodos y Técnicas de Investigación. México Ed. Trillas.
- Piaget, J. (1982) Problemas de Psicología Genética. México. Ed Ariel.
- Powel, M. (1981) La Psicología de la Adolescencia. México. Ed. Fondo de Cultura Económica.
- Sammons, P., Hillman, J., Mortimer, P. (1999) Características clave de las escuelas efectivas. Cuadernos Biblioteca para la actualización del Maestro. México. SEP.
- Secretaría de Educación Pública. (1985) Lineamientos para la programación en Centros de Capacitación de Educación Especial. México. SEP-DGEE.
- Secretaría de Educación Pública. (1985) Bases para una política de Educación especial. México, SEP-DGEE.
- Secretaría de Educación Pública. (1993) Artículo 3º Constitucional y Ley General de Educación, México. SEP.

Secretaría de Gobernación. (1995) Programa de Desarrollo Educativo 1995-2000. México. Poder Ejecutivo Federal.

Secretaría de Educación Pública, Dirección de Educación Especial. ((1994) Cuaderno de Integración Educativa N° 1 . Proyecto general para la Educación Especial en México. México. DEE-SEP.

Secretaría de Educación Pública, Dirección de Educación Especial. ((1994) Cuaderno de Integración Educativa N° 4.. Unidad de Servicios de Apoyo a la Educación Regular. (USAER). México. DEE-SEP. .

Secretaría de Educación Pública. (1997). Menores con discapacidad y necesidades educativas especiales. Antología de Ararú. México. SEP.

Secretaría de Educación Pública. (1997) Carrera Magisterial, sexta etapa. Evaluación del factor preparación profesional. Antología de Educación Especial. México. SEP.

Secretaría de Educación Pública. (2000). Carrera magisterial. Evaluación del factor preparación profesional. Antología de Educación Especial. México. SEP.

Secretaría de Educación Pública. (1988) Lineamientos Generales para vincular a la familia en el proceso educativo especial. México. SEP-DGEE.

Secretaría de Educación Pública (2000) Curso Nacional de Integración Educativa. Lecturas. Programa Nacional de Actualización Permanente. México. SEP.

Vasconcelos, D. (1991) Lo cotidiano de las epilepsias . México. Ed Pax.

ANEXO 1

CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL

INSTRUCCIONES

Las siguientes preguntas son acerca de personas que le brindan ayuda o apoyo. Cada pregunta tiene dos partes

En la primera parte, enliste a las personas con las que usted cuenta o confía para ayudarlo o apoyarle en la forma como describe la pregunta. Escriba el tipo de relación que cada persona tiene con usted (Vea el ejemplo). No enliste mas de 9 personas por pregunta, ni mas de una persona junto a cada número.

En la segunda parte, ponga un círculo o cruz que indique el nivel de satisfacción global que tiene con el apoyo recibido en cada situación.

Si usted no cuenta con apoyo para alguna pregunta, marque "nadie", pero aún así evalúe su nivel de satisfacción.

Todas sus respuestas son confidenciales.

Ejemplo:

¿En quién confía para contarle la información que pudiera meterle a usted en problemas?

Nadie

- | | | |
|------------|-------------|----|
| 1) hermano | 4) papá | 7) |
| 2) amigo | 5) empleado | 8) |
| 3) amigo | 6) | 9) |

¿Qué tan satisfecho esta con el apoyo?

- | | | |
|------------------------|-------------------------|----------------------|
| 6)muy satisfecho | 5)bastante satisfecho | 4)un poco satisfecho |
| 3)un poco insatisfecho | 2)bastante insatisfecho | 1)muy insatisfecho |

1.-¿En quién puede realmente confiar cuando necesita alguien que lo escuche?

Nadie

- | | | |
|----|----|----|
| 1) | 4) | 7) |
| 2) | 5) | 8) |
| 3) | 6) | 9) |

¿Qué tan satisfecho esta con el apoyo?

- | | | |
|------------------------|-------------------------|----------------------|
| 6)muy satisfecho | 5)bastante satisfecho | 4)un poco satisfecho |
| 3)un poco insatisfecho | 2)bastante insatisfecho | 1)muy insatisfecho |

2.- ¿Con quién podría contar para ayudarlo, si se peleara con un muy buen amigo y el/ella le dijera que no lo quería volver a ver?

Nadie

- | | | |
|----|----|----|
| 1) | 4) | 7) |
| 2) | 5) | 8) |
| 3) | 6) | 9) |

¿Que tan satisfecho esta con el apoyo?

- | | | |
|------------------------|-------------------------|----------------------|
| 6)muy satisfecho | 5)bastante satisfecho | 4)un poco satisfecho |
| 3)un poco insatisfecho | 2)bastante insatisfecho | 1)muy insatisfecho |

3.-¿En la vida de quienes cree usted que es una parte importante o integral?

Nadie

- | | | |
|----|----|----|
| 1) | 4) | 7) |
| 2) | 5) | 8) |
| 3) | 6) | 9) |

¿Que tan satisfecho esta con el apoyo?

- | | | |
|------------------------|-------------------------|----------------------|
| 6)muy satisfecho | 5)bastante satisfecho | 4)un poco satisfecho |
| 3)un poco insatisfecho | 2)bastante insatisfecho | 1)muy insatisfecho |

4.-¿Quién cree que lo ayudaría si se acabara de separar de su esposo (a) o novio (a)?

Nadie

- | | | |
|----|----|----|
| 1) | 4) | 7) |
| 2) | 5) | 8) |
| 3) | 6) | 9) |

¿Que tan satisfecho esta con el apoyo?

- | | | |
|------------------------|-------------------------|----------------------|
| 6)muy satisfecho | 5)bastante satisfecho | 4)un poco satisfecho |
| 3)un poco insatisfecho | 2)bastante insatisfecho | 1)muy insatisfecho |

5.-¿Quién cree que lo ayudaría en una situación de crisis, aún cuando implicara un esfuerzo para ellos?

Nadie

- | | | |
|----|----|----|
| 1) | 4) | 7) |
| 2) | 5) | 8) |
| 3) | 6) | 9) |

¿Que tan satisfecho esta con el apoyo?

- | | | |
|------------------------|-------------------------|----------------------|
| 6)muy satisfecho | 5)bastante satisfecho | 4)un poco satisfecho |
| 3)un poco insatisfecho | 2)bastante insatisfecho | 1)muy insatisfecho |

6.-¿Con quién puede hablar francamente, sin necesidad de cuidarse de lo que dice?

Nadie

- | | | |
|----|----|----|
| 1) | 4) | 7) |
| 2) | 5) | 8) |
| 3) | 6) | 9) |

¿Que tan satisfecho esta con el apoyo?

- | | | |
|------------------------|-------------------------|----------------------|
| 6)muy satisfecho | 5)bastante satisfecho | 4)un poco satisfecho |
| 3)un poco insatisfecho | 2)bastante insatisfecho | 1)muy insatisfecho |

7.-¿Quién lo ayuda a sentir que usted tiene algo positivo que contribuir a los demás?

Nadie

- | | | |
|----|----|----|
| 1) | 4) | 7) |
| 2) | 5) | 8) |
| 3) | 6) | 9) |

¿Que tan satisfecho esta con el apoyo?

- | | | |
|------------------------|-------------------------|----------------------|
| 6)muy satisfecho | 5)bastante satisfecho | 4)un poco satisfecho |
| 3)un poco insatisfecho | 2)bastante insatisfecho | 1)muy insatisfecho |

8.-¿En quien puede confiar para distraerlo de sus preocupaciones cuando esta estresado?

Nadie

- | | | |
|----|----|----|
| 1) | 4) | 7) |
| 2) | 5) | 8) |
| 3) | 6) | 9) |

¿Que tan satisfecho esta con el apoyo?

- | | | |
|------------------------|-------------------------|----------------------|
| 6)muy satisfecho | 5)bastante satisfecho | 4)un poco satisfecho |
| 3)un poco insatisfecho | 2)bastante insatisfecho | 1)muy insatisfecho |

9.-¿Con quién puede realmente contar cuando necesita ayuda?

Nadie

- | | | |
|----|----|----|
| 1) | 4) | 7) |
| 2) | 5) | 8) |
| 3) | 6) | 9) |

¿Que tan satisfecho esta con el apoyo?

- | | | |
|------------------------|-------------------------|----------------------|
| 6)muy satisfecho | 5)bastante satisfecho | 4)un poco satisfecho |
| 3)un poco insatisfecho | 2)bastante insatisfecho | 1)muy insatisfecho |

10.-¿En quién podría realmente confiar para ayudarlo si lo hubieran expulsado de la escuela ó despedido de su trabajo?

Nadie

- | | | |
|----|----|----|
| 1) | 4) | 7) |
| 2) | 5) | 8) |
| 3) | 6) | 9) |

¿Que tan satisfecho esta con el apoyo?

- | | | |
|------------------------|-------------------------|----------------------|
| 6)muy satisfecho | 5)bastante satisfecho | 4)un poco satisfecho |
| 3)un poco insatisfecho | 2)bastante insatisfecho | 1)muy insatisfecho |

11.-¿Con quién puede ser totalmente usted mismo?

Nadie

- | | | |
|----|----|----|
| 1) | 4) | 7) |
| 2) | 5) | 8) |
| 3) | 6) | 9) |

¿Que tan satisfecho esta con el apoyo?

- | | | |
|------------------------|-------------------------|----------------------|
| 6)muy satisfecho | 5)bastante satisfecho | 4)un poco satisfecho |
| 3)un poco insatisfecho | 2)bastante insatisfecho | 1)muy insatisfecho |

12.-¿Quién siente que realmente lo aprecia como persona?

Nadie

- | | | |
|----|----|----|
| 1) | 4) | 7) |
| 2) | 5) | 8) |
| 3) | 6) | 9) |

¿Que tan satisfecho esta con el apoyo?

- | | | |
|------------------------|-------------------------|----------------------|
| 6)muy satisfecho | 5)bastante satisfecho | 4)un poco satisfecho |
| 3)un poco insatisfecho | 2)bastante insatisfecho | 1)muy insatisfecho |

13.-¿Con quién puede realmente contar para darle consejos útiles que eviten que usted cometa errores?

Nadie

- | | | |
|----|----|----|
| 1) | 4) | 7) |
| 2) | 5) | 8) |
| 3) | 6) | 9) |

¿Que tan satisfecho esta con el apoyo?

- | | | |
|------------------------|-------------------------|----------------------|
| 6)muy satisfecho | 5)bastante satisfecho | 4)un poco satisfecho |
| 3)un poco insatisfecho | 2)bastante insatisfecho | 1)muy insatisfecho |

14.-¿Con quién puede realmente contar par escucharte abiertamente y sin criticas cuando habla usted de sus sentimientos mas íntimos?

Nadie

- | | | |
|----|----|----|
| 1) | 4) | 7) |
| 2) | 5) | 8) |
| 3) | 6) | 9) |

¿Que tan satisfecho esta con el apoyo?

- | | | |
|------------------------|-------------------------|----------------------|
| 6)muy satisfecho | 5)bastante satisfecho | 4)un poco satisfecho |
| 3)un poco insatisfecho | 2)bastante insatisfecho | 1)muy insatisfecho |

15.-¿Quién lo apoya cuando necesita que lo consuelen o lo apapachen?

Nadie

- | | | |
|----|----|----|
| 1) | 4) | 7) |
| 2) | 5) | 8) |
| 3) | 6) | 9) |

¿Que tan satisfecho esta con el apoyo?

- | | | |
|------------------------|-------------------------|----------------------|
| 6)muy satisfecho | 5)bastante satisfecho | 4)un poco satisfecho |
| 3)un poco insatisfecho | 2)bastante insatisfecho | 1)muy insatisfecho |

16.-¿Quién lo ayudaría si un buen amigo suyo hubiera tenido un accidente y estuviera en el hospital?

Nadie

- | | | |
|----|----|----|
| 1) | 4) | 7) |
| 2) | 5) | 8) |
| 3) | 6) | 9) |

¿Que tan satisfecho esta con el apoyo?

- | | | |
|------------------------|-------------------------|----------------------|
| 6)muy satisfecho | 5)bastante satisfecho | 4)un poco satisfecho |
| 3)un poco insatisfecho | 2)bastante insatisfecho | 1)muy insatisfecho |

17.-¿Con quién puede realmente contar para hacerlo sentir mas relajado cuando eta bajo presión o tenso?

Nadie

- | | | |
|----|----|----|
| 1) | 4) | 7) |
| 2) | 5) | 8) |
| 3) | 6) | 9) |

¿Que tan satisfecho esta con el apoyo?

- | | | |
|------------------------|-------------------------|----------------------|
| 6)muy satisfecho | 5)bastante satisfecho | 4)un poco satisfecho |
| 3)un poco insatisfecho | 2)bastante insatisfecho | 1)muy insatisfecho |

18.-¿Quién le ayudaría si un miembro cercano de su familia muriera?

Nadie

- | | | |
|----|----|----|
| 1) | 4) | 7) |
| 2) | 5) | 8) |
| 3) | 6) | 9) |

¿Qué tan satisfecho esta con el apoyo?

- | | | |
|------------------------|-------------------------|----------------------|
| 6)muy satisfecho | 5)bastante satisfecho | 4)un poco satisfecho |
| 3)un poco insatisfecho | 2)bastante insatisfecho | 1)muy insatisfecho |

19.-¿Quién lo acepta totalmente, incluyendo sus mejores y sus peores aspectos?

Nadie

- | | | |
|----|----|----|
| 1) | 4) | 7) |
| 2) | 5) | 8) |
| 3) | 6) | 9) |

¿Qué tan satisfecho esta con el apoyo?

- | | | |
|------------------------|-------------------------|----------------------|
| 6)muy satisfecho | 5)bastante satisfecho | 4)un poco satisfecho |
| 3)un poco insatisfecho | 2)bastante insatisfecho | 1)muy insatisfecho |

20.-¿Con quién puede realmente contar para cuidarlo o apoyar, independientemente de lo que este sucediendo?

Nadie

- | | | |
|----|----|----|
| 1) | 4) | 7) |
| 2) | 5) | 8) |
| 3) | 6) | 9) |

¿Qué tan satisfecho esta con el apoyo?

- | | | |
|------------------------|-------------------------|----------------------|
| 6)muy satisfecho | 5)bastante satisfecho | 4)un poco satisfecho |
| 3)un poco insatisfecho | 2)bastante insatisfecho | 1)muy insatisfecho |

21.-¿Con quién puede realmente contar para escucharlo cuando esta muy enojado con alguien mas?

Nadie

- | | | |
|----|----|----|
| 1) | 4) | 7) |
| 2) | 5) | 8) |
| 3) | 6) | 9) |

¿Qué tan satisfecho esta con el apoyo?

- | | | |
|------------------------|-------------------------|----------------------|
| 6)muy satisfecho | 5)bastante satisfecho | 4)un poco satisfecho |
| 3)un poco insatisfecho | 2)bastante insatisfecho | 1)muy insatisfecho |

22.-¿Con quien puede realmente contar para decirte, de forma amable y razonada, aquellos aspectos en los que necesita mejorar?

Nadie

- | | | |
|----|----|----|
| 1) | 4) | 7) |
| 2) | 5) | 8) |
| 3) | 6) | 9) |

¿Qué tan satisfecho esta con el apoyo?

- | | | |
|------------------------|-------------------------|----------------------|
| 6)muy satisfecho | 5)bastante satisfecho | 4)un poco satisfecho |
| 3)un poco insatisfecho | 2)bastante insatisfecho | 1)muy insatisfecho |

23.-¿Con quién cuenta para ayudarlo a sentirse mejor cuando se siente muy deprimido?

Nadie

- | | | |
|----|----|----|
| 1) | 4) | 7) |
| 2) | 5) | 8) |
| 3) | 6) | 9) |

¿Qué tan satisfecho esta con el apoyo?

- | | | |
|------------------------|-------------------------|----------------------|
| 6)muy satisfecho | 5)bastante satisfecho | 4)un poco satisfecho |
| 3)un poco insatisfecho | 2)bastante insatisfecho | 1)muy insatisfecho |

24.-¿Quién siente usted que realmente lo quiere profundamente?

Nadie

- | | | |
|----|----|----|
| 1) | 4) | 7) |
| 2) | 5) | 8) |
| 3) | 6) | 9) |

¿Qué tan satisfecho esta con el apoyo?

- | | | |
|------------------------|-------------------------|----------------------|
| 6)muy satisfecho | 5)bastante satisfecho | 4)un poco satisfecho |
| 3)un poco insatisfecho | 2)bastante insatisfecho | 1)muy insatisfecho |

25.-¿Con quién puede contar para consolarlo cuando se siente muy alterado o preocupado?

Nadie

- | | | |
|----|----|----|
| 1) | 4) | 7) |
| 2) | 5) | 8) |
| 3) | 6) | 9) |

¿Qué tan satisfecho esta con el apoyo?

- | | | |
|------------------------|-------------------------|----------------------|
| 6)muy satisfecho | 5)bastante satisfecho | 4)un poco satisfecho |
| 3)un poco insatisfecho | 2)bastante insatisfecho | 1)muy insatisfecho |

26.-¿En quién puede realmente confiar para apoyarlo cuando tiene que tomar decisiones importantes?

Nadie

- | | | |
|----|----|----|
| 1) | 4) | 7) |
| 2) | 5) | 8) |
| 3) | 6) | 9) |

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo?

- | | | |
|------------------------|-------------------------|----------------------|
| 6)muy satisfecho | 5)bastante satisfecho | 4)un poco satisfecho |
| 3)un poco insatisfecho | 2)bastante insatisfecho | 1)muy insatisfecho |

27.-¿Con quién puede contar para ayudarlo a sentirse mejor cuando está muy irritable?

Nadie

- | | | |
|----|----|----|
| 1) | 4) | 7) |
| 2) | 5) | 8) |
| 3) | 6) | 9) |

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo?

- | | | |
|------------------------|-------------------------|----------------------|
| 6)muy satisfecho | 5)bastante satisfecho | 4)un poco satisfecho |
| 3)un poco insatisfecho | 2)bastante insatisfecho | 1)muy insatisfecho |

ANEXO 2

ESCALA DE MOOS LA FAMILIA

En las siguientes hojas hay 27 afirmaciones acerca de la familia. Usted debe decidir cual de estas afirmaciones son verdad en su familia y cuales son falsas.

Verdadera - ponga un circulo en V cuando piense que la afirmación es verdadera o casi verdadera acerca de su familia.

Falsa - ponga un circulo en la F cuando piense que la afirmación es falsa o casi falsa acerca de su familia.

Quizá piense que algunas de las afirmaciones son verdaderas para algunos de los miembros de la familia y falsa para otros. Ponga un circulo en la V si la afirmación es verdadera para la mayor parte de los miembros. Ponga un circulo en la F si la afirmación es falsa para la mayor parte de los miembros. Si los miembros se encuentran divididos, decida cual es su impresión general y conteste de acuerdo con ella. Recuerde que quisiéramos saber lo que su familia le parece a usted. Por lo tanto no trate de pensar o imaginar la forma en que otras personas ven a su familia, anote su propia impresión general sobre su familia en cada afirmación.

V

F

- V F 1.- En mi familia nos ayudamos unos a otros.
- V F 2.- Los miembros de la familia, a menudo, se guardan sus sentimientos para si mismos
- V F 3.- Peleamos mucho en nuestra familia.
- V F 4.- Muchas veces da la impresión de que en casa solo estamos "pasando el rato".
- V F 5.- En casa hablamos abiertamente de lo que nos parece o queremos.
- V F 6.- En mi familia casi nunca mostramos abiertamente nuestros enfados.
- V F 7.- En casa nos esforzamos mucho en todo lo que hacemos.
- V F 8.- En mi familia es difícil "desahogarse" sin molestar a todo el mundo.
- V F 9.- En casa a veces nos enfadamos tanto que golpeamos o rompemos cosas.

- V F 10.- Existe un sentimiento de unión y cohesión en nuestra familia.
- V F 11.- En mi casa comentamos nuestros problemas personales.
- V F 12.- Los miembros de mi familia casi nunca mostramos nuestros enfados.
- V F 13.- Rara vez nos ofrecemos voluntariamente a hacer algo en la casa.
- V F 14.- Si se nos antoja hacer algo al momento simplemente lo hacemos sin pensarlo mucho.
- V F 15.- Los miembros de la familia frecuentemente nos criticamos unos a otros.
- V F 16.- Las personas de mi familia nos apoyamos de verdad unos a otros.
- V F 17.- En mi familia cuando uno se queja siempre hay otro que se siente afectado.
- V F 18.- En mi familia a veces nos peleamos a golpes.
- V F 19.- Hay muy poco espíritu de grupo en nuestra familia.
- V F 20.- En mi familia se habla abiertamente del dinero y de las deudas.
- V F 21.- Si hay un desacuerdo en nuestra familia nos esforzamos en poner las cosas en claro y mantener al paz.
- V F 22.- Realmente nos llevamos bien unos con los otros.
- V F 23.- En mi familia generalmente somos cuidadosos acerca de lo que nos decimos unos a otros.
- V F 24.- Los miembros de mi familia frecuentemente nos enfrentamos unos con otros.
- V F 25.- En mi familia se concede mucha atención y tiempo a cada uno de sus miembros.
- V F 26.- En mi casa expresamos nuestras opiniones de modo frecuente y espontáneo.
- V F 27.- En mi familia creemos que no se llega a ningún lado levantando la voz.