870125

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

ESCUELA DE PSICOLOGIA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PROGRAMA DE ESTIMULACION EN EL HOGAR PARA NIÑOS CON RETRASO MENTAL.

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A

CONCEPCION AGUILERA ESPINOZA

GUADALAJARA, JALISCO 1987

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

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 está 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.

I N D I C E

INTRODUCCION

CAP. I. INTRODUCCION GENERAL. PAG.

a) Información previa general..... 1
b) Establecimiento de objetivos..... 2
c) Evaluación del problema..... 3
d) Definición de términos claves..... 3
e) Limitaciones del problema..... 4
f) Naturaleza y orden de presentación..... 5
g) Síntesis del proyecto..... 6

CAP. II. RETRASO MENTAL.

a) Antecedentes del retraso mental..... 7
b) Definiciones del retraso mental..... 10
c) Causas del retraso mental..... 17
d) Aprendizaje, memoria, lenguaje y desarrollo cognoscitivo en los retrasados mentales..... 27
e) Diagnostico de retraso mental..... 34
f) Personalidad y psicología social del retrasado mental 39
g) La familia del niño retardado..... 46

CAP. III. METODOLOGIA.

MODELO UTILIZADO EN EL PROGRAMA DE ESTIMULACION EN EL HOGAR PARA NIÑOS CON RETRASO MENTAL.

a) Materias y fines generales..... 52
b) Características de los alumnos..... 52
c) Objetivos didácticos..... 53
d) Evaluación..... 54
e) Temario..... 54
f) Actividades y recursos didácticos..... 55
g) Servicios auxiliares..... 55

CAP. IV. ORIENTACION PARA LOS PADRES PARA LA APLICACION DEL PROGRAMA DE ESTIMULACION EN EL HOGAR PARA NIÑOS - CON RETRASO MENTAL LIGERO O MODERADO..... 56

CAP. V. ESTRUCTURA Y DESARROLLO DEL PROGRAMA DE ESTIMULA--- CION EN EL HOGAR PARA NIÑOS CON RETRASO MENTAL..... 58

1) Areas y subareas..... 58
a) Desarrollo motor grueso..... 58
b) Integración sensorio-motora..... 58
c) Destreza perceptivo-motora..... 59
d) Desarrollo de lenguaje..... 60

CAP. VI. SUGERENCIAS Y COMENTARIOS..... 102

I N T R O D U C C I O N

Para lograr un buen desarrollo en los niños con retraso mental se requiere de un buen planeamiento en el hogar y una buena enseñanza o programación exigiendo los servicios y la capacidad de personas pertenecientes a muchas profesiones.

Siempre escasea la gente interesada en este tipo de niños que tengan preparación requerida y la experiencia práctica suficiente para trabajar con ellos. Esa falta de personal es en verdad seria como podrán probarlo los padres de la gran mayoría de los niños con retraso mental.

Hay una gran falta de escuelas especiales para los niños con retardo mental moderado o ligero, más aún si se tiene en cuenta la gran demanda y la necesidad de escolarización de estos niños, que, en la mayoría de los casos, no son admitidos es escuelas normales.

Las escuelas especiales suelen escoger a niños con todos los grados de deficiencia, lo cual no beneficia ni a unos ni a otros; los menos afectados, porque se trabaja a un nivel inferior al que se supone podrían asimilar, y a los graves, porque, posiblemente, no pueden alcanzar tales niveles.

Una solución a este tipo de problemas es enseñar a los padres técnicas psicopedagógicas sencillas para estimular a sus hijos con retraso mental ligero o moderado dentro del hogar. Los padres no podrán hacer el trabajo solos, ellos tienen que ser instruídos, alentados, alabados y comprendidos, principalmente porque su trabajo no es darles esperanza de que se podrá progresar a un nivel más alto sobre espectativas reales. Si se carece de esa esperanza no habrá

muchas posibilidades de que deseen llenar los requisitos necesarios para que el niño progrese, y de esa forma pueda enfrentar con menos dificultad las exigencias de la vida cotidiana. En los padres y de- su capacitación en el manejo de programas de estimulación en el - hogar puede encontrarse la solución al problema tan grave de incapacidad que enfrentan los niños con retraso mental.

CAPITULO I

INTRODUCCION GENERAL.

a) Información previa general.

En los años transcurridos desde 1940, y en especial a partir de 1960, se han dado grandes pasos para educar a los padres y para proporcionar servicios, personal profesional capacitado y personal de investigación, de modo que los niños con incapacidades de aprendizaje cuenten hoy en día con mayor potencial de ayuda, aunque siempre escasea la gente interesada en este tipo de niños que tengan la preparación y la experiencias práctica suficiente para trabajar con ellos.

Cuando un infante entra al mundo, inmediatamente comienza a experimentar el ambiente que le rodea. A través de los sentidos, comienza a interaccionar con el pequeño mundo que le corresponde, empieza el aprendizaje y el crecimiento físico desde el período prenatal.

A medida que la madre y el padre cubren las necesidades básicas del niño, proveyendo la alimentación, cuidado y protección necesaria, el niño recibe estimulación contínua, la cual en estos períodos iniciales del desarrollo social, mental y físico es básica. Ya sea que el padre se dé cuenta o no las acciones naturales de abrazar y acariciar al niño establecen el lazo que forma la seguridad para el desarrollo inicial.

El niño con retraso mental requiere de mayor estimulación por lo que existe la necesidad de una triada de trabajo entre

padres-niño-profesional para que haya mayores resultados. Desafortunadamente en la realidad son muy pocos los padres que participan en la educación y rehabilitación de sus hijps pr fp qie el profesionista debe hacerles ver la importancia de su colaboración dándoles a conocer en una forma general la problemática de su hijo y métodos que pueden utilizar para que de esta manera puedan involucrarse más efectivamente en la rehabilitación de éste. Además es necesario que los padres se sientan comprendidos por el profesionista reconociendo que su trabajo no es sencillo y en ocasiones frustrante, brindándoles apoyo y sobre todo aceptación.

De ahí la importancia de elaborar programas de participación de los padres en el tratamiento de sus hijos tomando en cuenta la importancia de proveer en una forma más constante al niño con retraso mental de actividades y experiencias en un ambiente más enriquecido, que podría aumentar el crecimiento individual: mental, físico y social.

b) Establecimiento de objetivos.

El programa de estimulación en el hogar para niños con retraso mental, va dirigido a los padres de familia que cuentan con un hijo con retraso mental ligero o moderado, teniendo como objetivo principal proporcionarles un programa sistematizado de actividades y experiencias que abarquen los aspectos: sensoriales, perceptuales, motores y de lenguaje, basado en el modelo de Jerrold Kemp que pueda ser puesto en la práctica por los mismos padres dentro del hogar.

c) Evaluación del problema.

Entre todos los tipos de niños excepcionales, el que sufre retraso mental es uno de los más complejos. Un buen planeamiento en el hogar y una buena enseñanza o programación para los niños con incapacidades en el aprendizaje exige los servicios y la capacidad de personas pertenecientes a muchas profesiones. Esa falta de personal en parte se explica debido a la breve historia de este campo de actividad.

Partiendo de la observación del gran número de niños con retraso mental que asisten a consulta, surgió la necesidad de crear un programa de estimulación para que sea aplicado por los mismos padres en el hogar, ya que los profesionistas del campo no han logrado satisfacer las necesidades existentes.

El que los padres tomen el rol de educadores especiales no es tarea fácil, pero tampoco imposible y para ello será necesario participar en la superación personal de éstos, proporcionándoles conocimientos necesarios sobre programas de estimulación para niños con retraso mental que ellos mismos puedan aplicar en el hogar.

d) Definición de términos claves.

1) Programa: Escrito en que se indican los pormenores en la forma en que se distribuirá y manejará la estimulación del niño retraso mental ligero o moderado.

2) Programa de Estimulación: Serie de actividades psicopedagógicas que se organizan, cuyo fin es ayudar a quienes tienen la responsabilidad educativa del niño con retraso mental ligero o moderado (padres).

3) Retraso mental: Insuficiencia del desarrollo intelectual que pone al sujeto en estado de inferioridad con relación a su contorno desde el punto de vista de la adaptación escolar y social.

4) Retraso mental ligero o moderado: Comprende un C.I. de - 69 a 40 (Escala Wechsler).

5) Desarrollo motor grueso: Es la evolución y conocimiento de la actividad de los grandes músculos.

6) Integración sensorio-motora: Es la integración psicofísica de actividades motoras gruesas y finas para lograr el conocimiento corporal y la proyección del cuerpo en el espacio y en el - tiempo.

7) Destreza perceptivo-motora: Es la integración psicofísica de las habilidades perceptuales: auditivas, visuales y visomotora.

8) Desarrollo del lenguaje: Es el proceso de evolución del instrumento de comunicación prioritaria del hombre, en sus aspectos receptivo y expresivo.

e) Limitaciones del problema.

1) El programa de estimulación en el hogar para niños con - retraso mental, será dirigido sólo a padres de estos niños, que - asisten a consulta externa al Departamento de Salud Mental del Edo. de B. Cfa., que cuenten con un nivel socioeconómico medio-bajo, - pertenecientes a un medio urbano.

2) El programa sólo podrá ser aplicado en niños que presen ten exclusivamente retraso mental ligero o moderado de los 6 a los 13 años de edad, excluyendo a los que presenten retraso mental - profundo.

3) La orientación a los padres de familia sobre la forma - de aplicación del programa sólo podrá ser llevada a cabo por psicó logos educativos o clínicos y/o profesores especializados.

4) No se incluirá en este estudio la preevaluación, ni - evaluación final del modelo de Jerrold Kemp, por no considerarse - necesarios para los objetivos de este estudio.

f) Naturaleza y orden de presentación.

En el programa de estimulación en el hogar para niños con- retraso mental se analizan características y componentes de retra- so mental comprendiendo: antecedentes, definiciones, causas,apren- dizaje, memoria, lenguaje, desarrollo cognoscitivo, diagnóstico, - personalidad y psicología social, la familia del niño retardado.

Además se señalan los pasos que se siguen en el modelo uti lizando en el programa de estimulación los cuales son: materias - y fines generales, características de los alumnos, objetivos didác ticos, evolución, sumario, actividades y recursos didácticos y ser vicios auxiliares.

Posteriormente se maneja la orientación para los padres - para la aplicación del programa.

Para que el niño cubra las metas de aprendizaje deseadas - se plantea la estructura y desarrollo del programa, cubriendo los-

siguientes puntos: áreas y subáreas, objetivo del programa,desarrollo motor, destreza perceptivo-motora, integración sensorio-motora y desarrollo del lenguaje y por último se plantean las sugerencias.

g) Síntesis de proyecto.

La presente tesis constituye la elaboración de un programa, el cual se estructuró para que niños con retraso mental ligero o -- moderado sean estimulados en el hogar, dándoles una guía de actividades a los padres donde se incluyen las áreas que se consideran - básicas para estimular y lograr el proceso de aprendizaje adecuado, mismo que se encuentra dividido en las siguientes áreas: desarrollo motor grueso, integración sensorio-motora, destreza perceptivo-motora y desarrollo del lenguaje.

El programa fue elaborado en baso a las necesidades que - fueron detectadas en el Departamento de Salud Mental del Edo. de - B. Cfa., con niños que asistían a consulta externa con diagnóstico- de retraso mental ligero o moderado, con una edad cronológica de 6- a 12 años. La orientación sobre la forma de aplicación del programa podrá ser llevado a cabo por psicológos educativos o clínicos y/o - profesores especializados del mismo centro. El programa está basado en el modelo de Jerrold Kemp excluyéndose los pasos de preevalua--- ción y evaluación, pues el programa no se ha implementado.

CAPITULO II

RETRASO MENTAL.

a) Antecedentes del retraso mental

"Es de suponerse que el retraso mental bajo sus diversas formas existe desde que existe el hombre e inclusive hay evidencia de que existe algo equivalente en los animales" (1) Antes de 1800 no existió ningún estudio científico que valiera la pena acerca del retraso mental y era muy poco lo que se hacía para dar a los retrasados algún tratamiento o capacitación especial. Los antiguos autores casi no distinguen entre el retrasado y otros tipos de personas impedidas como, por ejemplo, enfermos mentales, criminales, sordomudos y epilépticos. En otros lugares se creía que las personas impedidas están más cerca de Dios y por ello se les trataba con especial reverencia. Los antiguos protestantes, creían que los sujetos retrasados estaban poseídos por el demonio y muchas personas en la actualidad son tenidas como retrasadas mentales se convertían entonces en objeto de cacería de brujos y de otras formas de persecusión Pese a todo, en la mayoría de los casos, a los retrasados sencillamente se les toleraba.

Los precursores.

A fines del siglo XVIII y principios del XIX nació en Europa Occidental y en E.U.A. una preocupación general por las personas hasta entonces descuidadas, tales como esclavos, prisioneros y enfermos mentales, empezando muchas personas a interesarse en los retrasados mentales. Esta historia primitiva del tratamiento del retrasado mental es generalmente una historia de personajes individuales,

quienes mediante su propio ejemplo estimulaban a otros a tratar en una forma más humana a todas las personas que tuvieran algún impedimento.

Jean Itard, francés, llevó a cabo el primer estudio sistemático (1801) por sugerencias de Philippe Pinel, el inminente psiquiátra de la Revolución Francesa. El trabajo de Itard sobre " el chico salvaje de Aveyrib", un niño salvaje que fue encontrado en la selva en 1978, se ha convertido en un tratado clásico sobre la educación de niños privados de estimulación humana precoz. Durante un período de 5 años, Itard fue capaz de enseñar al niño a comunicarse con palabras en vez de con gruñidos y signos, pero no pudo ayudarle a controlar sus emociones y hábitos "rudos e incivilizados".

Aunque itard se sintió pesimista respecto a las perspectivas de educar a estos niños para que se convirtieran en ciudadanos maduros, otros clínicos y educadores empezaron a explorar nuevos métodos para elevar sus vidas. El más importante de todos ellos fue Edouard Seguin, discípulo de Itard, que en la década de 1830 y 1940 desarrolló varios procedimientos sistemáticos para reeducar las funciones perceptivas y motoras básicas de los retrasados. Su trabajo coincidió con la apertura de instituciones dedicadas al cuidado y tratamiento de los débiles mentales. Hacia 1876, había en los Estados Unidos veinte "escuelas" residenciales de este tipo. Edouard Seguin escribió lo que probablemente fue el primer libro de texto sobre la educación de los retrasados mentales.

En Estados Unidos de Norteamerica, Samuel Howe estableció la primera escuela de capacitación para retrasados alrededor de 1850.

Las primeras instituciones se establecieron con las intenciones de proporcionar buenos servicios y buena capacitación a los retrasados, pero se apartaron de este fin noble por la forma en que aumentaba el número de internos y por aceptar a sujetos más severamente incapacitados.

Durante buena parte de este período, una de las tesis principales del pensamiento social fue el "Darwinismo Social", es decir, la aplicación a la sociedad humana de la teoría de Darwin de que sólo sobrevive el más apto. Por lo tanto, a los retrasados mentales se les consideraba una amenaza para el futuro de la especie. Esta postura era confirmada con la investigación que indicaba que el retraso mental se heredaba en las familias, y que con frecuencia estaba relacionado con delincuencia e inmortalidad.

Estas actitudes negativas hacia los retrasados mentales empezaron a cambiar paulatinamente al ir descubriendo los científicos algo más acerca del retraso mental. La investigación indicada que "la inteligencia era determinada por la crianza y el ambiente al igual que por la herencia, y que uno de los ambientes más enervantes era la institución para internos" (2). Además, durante la depresión de E.U.A. ocurrió un cambio fundamental en la actitud del público en general; la gente empezó a abandonar las ideas de individualismo desmedido y empezó a persuadirse de que el Gobierno debía ayudar a los ciudadanos menos afortunados. En consecuencia, "después de la Segunda Guerra Mundial los servicios en favor de los mentalmente retrasados aumentaron rápidamente. Por ejemplo, el número de niños retrasados inscritos en clases especiales aumentó casi 10 veces entre 1984 y 1970" (3). En 1962 una comisión designada por el Presidente Kennedy redactó un informe sobre la situación de los retrasados mentales en E.U.A., y las recomendaciones de esta

comisión fueron la base de la política gubernamental durante muchos años. Principalmente como resultado del Informe del Comité Presidencial el Gobierno Federal empezó a costear programas para los retrasados mentales a escala masiva. Un cambio fundamental que se advirtió en estos programas fue que el centro principal de servicios ya no debería ser la institución, sino la propia comunidad de los sujetos retrasados.

La década de los 70s se caracterizó no tanto por una legislación trascendental, cuanto por una serie de dictámenes judiciales que han afirmado los derechos fundamentales de los ciudadanos retrasados. Se incluye el derecho a todos los servicios de educación, inclusive para los profundamente retrasados; así como el derecho a un tratamiento involuntariamente. "La palabra singular que mejor describe la orientación de la programación en la década de los 70s es normalización; es decir el esfuerzo por hacer la vida de los incapacitados lo más normal posible" (4).

b) Definición de retraso mental.

Los intentos tradicionales por definir el retraso mental se pueden reducir a tres categorías: definiciones basadas en resultados de pruebas de inteligencia, definiciones basadas en un mal rendimiento social y definiciones basadas en la causa o naturaleza del retraso, como por ejemplo la lesión cerebral.

Definiciones basadas en resultados de pruebas de inteligencia.

Las pruebas de inteligencia se diseñaron específicamente para descubrir a los niños que no podrían beneficiarse de un programa escolar normal -en otras palabras, para descubrir a los retrasados mentales- y siempre se han usado principalmente para este fin.-

Algunos han definido el retraso mental exclusivamente en función del rendimiento en estas pruebas estandarizadas, generalmente fijado en un puntaje de C.I. de 70, estará considerado como retrasado mental.- Este es el enfoque que toman ciertos autores de pruebas como - Wechsler y Terman, los cuales asignan etiquetas interpretativas a - las diversas gamas de C.I. "La principal ventaja de esta definición- es que es confiable y objetiva" (5).

Definiciones basadas en un mal ajuste social.

"La deficiencia mental es un estado de desarrollo mental - incompleto, de tal naturaleza y a tal grado que el individuo sea - capaz de adaptarse al ambiente normal de sus semejantes, de suerte- que pueda llevar una existencia que no requiera supervisión, control o apoyo externo", Tredgold, 1937, pg. 4.

Una persona mentalmente deficiente es aquellas incapaz de - administrarse a sí misma y sus cosas, o incapaz de aprender o hacer- lo, y que requiere supervisión, control y cuidado especial por su - propio bien y por el de la comunidad.

Definiciones basadas en causas biológicas de retraso mental.

El mejor ejemplo de este enfoque es el de una definición de retraso mental muy generalizado en la Unión Soviética.

Los niños mentalmente retrasados... han sufrido una enfermedad cerebral grave en el útero o durante los primeros años de vida, - lo cual ha perturbado el desarrollo normal del cerebro y producido - serias anomalías en el desarrollo mental. El niño mentalmente retrasado se distingue marcadamente del niño normal por el ámbito de ideas - que puede comprender, y por el carácter que tiene su percepción de la

realidad, Luria, 1963, págs. 5, 10.

El concenso actual: La definición AAMD.

La definición del retraso mental más generalmente aceptada en la actualidad es la que ha adoptado la American Association on Mental Deficiency (AAMD): "Retraso mental significa un funcionamiento intelectual general notablemente por debajo del promedio, que existe junto con deficiencias de adaptación y que se manifiesta durante el período de desarrollo", (Grossman 1973, Pg. 11).

Esta definición de retraso tiene una aceptación tan general que todos los estudiantes del retraso mental harán muy bien en conocerla a fondo. Según esta definición, para que a una persona se le clasifique como retrasado mental, se tienen que cumplir tres criterios: 1) Tiene que haber "un funcionamiento intelectual notablemente por debajo del promedio". En la práctica esto significa que la persona, en una prueba stándar de inteligencia, tiene que obtener una puntuación de por lo menos dos desviaciones stándar por debajo de la norma aceptada para el grupo de su edad. Esto significa el CI del sujeto tiene que ser inferior a 68 en la Stanford-Binet, o inferior a 70 en las Escalas Wechsler.

Sin embargo, "un CI bajo no define por sí solo al retraso mental. El sujeto tiene que manifestar también una deficiencia de adaptación en su conducta, tiene que ser inferior a la que sus compañeros de la misma edad" (6). Como las expectativas sociales son diferentes en las diferentes edades, las deficiencias de adaptación se manifiestan de manera diferente. El AAMD Manual Of Terminology and Classification ofrece algunas normas; en el caso de los infantes y los preescolares, la mala adaptación de la conducta se suele refle-

jar en las siguientes áreas: aptitudes sensorio-motoras, aptitudes de comunicación, aptitudes para ayudarse a sí mismo y socialización. En niños de edad escolar, las deficiencias en la conducta de adaptación se suelen manifestar en una dificultad para aplicar las aptitudes académicas básicas a las actividades rutinarias de la vida, o en la elaboración de razonamientos y juicios apropiados para comprender plenamente el ambiente, al igual que en la falta de aptitudes sociales. Durante la adolescencia tardía y en la edad adulta, el rendimiento laboral y la responsabilidad social ocupan un lugar muy importante, y por consiguiente la facilidad para adaptarse se determina por el grado en que el individuo puede vivir una vida independiente dentro de la comunidad.

El tercer criterio de la definición es que "la deficiencia en la conducta de adaptación y el funcionamiento intelectual por debajo del promedio tienen que manifestarse durante el período de desarrollo, prácticamente desde la concepción hasta los 18 años. Esto significa que el retraso mental se concibe como un desorden de desarrollo" (7).

Hay una diferencia muy importante entre esta definición de retraso mental y el uso popular del término. La definición AAMD no menciona ni la causa del retraso ni su incurabilidad. El retraso mental se define exclusivamente en función de la conducta: se considera como mentalmente retrasado el individuo que actúa como mentalmente retrasado. No obstante, con frecuencia se concibe el retraso como un desorden constitucional: orgánico y permanente. La definición actual soslaya esta cuestión no haciendo ninguna mención de permanencia; muy bien se puede dar el caso de que un niño esté genuinamente retrasado en algún momento de su vida y no retrasado posteriormente. Algunos psiquiátras sostienen que si la conducta

retrasada del niño es el resultado de una perturbación emocional, - entonces al niño no se le debe considerar como retrasado mental. La definición de retraso mental que adoptamos aquí, afirma que ésta - no es una cuestión importante. La perturbación emocional, la marginación cultural y otras circunstancias adversas pueden producir un retraso mental tan verdadero como el que produce la lesión cerebral.

Subtipos de retraso mental de acuerdo al DSM III

Existen cuatro subtipos que reflejan el grado de deterioro intelectual, que se designan como leves, moderados, intensos y profundos. Si se tiene en cuenta el CI, pueden distinguirse los siguientes subtipos:

Subtipo	Nivel Intelectual
Retraso mental leve	50 - 70
Retraso mental moderado	35 - 49
Retraso mental intenso	20 - 34
Retraso mental profundo	por debajo de 20

c) Causas del retraso mental.

Se pueden distinguir dos categorías muy generales de individuos mentalmente retrasados. Una categoría incluye a todas aquellas personas sobre las que hay pruebas fehacientes de que sus mermadas capacidades mentales se deben a una causa orgánica específica. La segunda categoría es mucho más amplia e incluye a aquellas personas en las que no se advierte ninguna causa orgánica para sus reducidas capacidades intelectuales, a estos sujetos se les llama culturalmente retrasados, retrasados familiares o retrasados funcionales (8). La mayoría de los individuos funcionalmente retrasados manifiesta solamente un retraso ligero, y provienen de familias de bajos ingresos; por el contrario los orgánicamente retrasados suelen estar más gravemente incapacitados, y no se relacionan de ninguna manera especial con la clase económicamente baja.

Se expondrán algunos de los síndromes y causas más comunes y mejor conocidas del retraso mental orgánico y funcional. Estas causas se analizarán siguiendo el sistema de clasificación que ha adoptado la AAMD.

INFECCIONES E INTOXICACIONES.

Infecciones prenatales.

Esta clasificación atañe a aquellos casos en los que el retraso mental es la consecuencia de lesión cerebral residual por infecciones intracraneales, sueros, drogas o agentes tóxicos, los trastornos siguientes se incluyen en esta categoría.

Rubéola: Esta enfermedad se considera habitualmente como la causa principal de malformaciones congénitas y de retraso mental resultante de infección materna. Los hijos de madres afectas pueden presentar distintas anomalías, entre ellas cardiopatía congénita, retraso mental, cataratas, sordera, microcefalia y microftalmía. La importancia y frecuencia de complicaciones, está en proporción inversa con la duración del embarazo en el momento de la infección materna. "Cuando las madres se infectan en el primer trimestre del embarazo, se afectarán del 10 al 15% de los niños y la incidencia aumentó a casi el 50% cuando la infección ocurre en el primer mes de embarazo" (9).

Sífilis: La sífilis en las embarazadas puede originar muchos trastornos neuropatológicos de sus hijos, incluído el retraso mental. Se describen dos tipos: una enfermedad meningovascular precoz y una encefalitis difusa que origina paresia juvenil.

Un niño en estado de desarrollo prenatal es afectado por esta enfermedad solamente cuando la madre ha contraído dicha enfermedad dentro de dos años y no ha sido atendida debidamente.

Otras infecciones: Hay otros muchos virus, aunque menos conocidos que, por lo general, no producen ningún síntoma en los adultos, pero que suelen ser causa de diversos defectos de nacimiento cuando infectan el embrión en desarrollo. Por ejemplo, "se cree que el citomegalovirus infecta acerca de uno de 3,300 recién nacidos" (10). Los efectos de esta infección son extremadamente variables. Algunos bebés no manifiestan absolutamente ningún síntoma, pero la mayoría dan señales de impedimento neurológico y muchos de ellos resultan retrasados mentales. Algunas veces el virus produce anormalidades de cráneo como, por ejemplo, hidrocefalia o microcefalia.

La toxoplasmosis es una enfermedad causada por un protozoo Como en la infección citomegálica, los efectos son bastante diver-- sos. "En un estudio de 500 niños enfermos, un poco más de la mitad- dieron señales de desórdenes neurológicos, con 26% dando muestras - también de anormalidades craneales. Los desórdenes de la vista - fueron todavía más frecuentes", (Couvreur y Desmonts, 1962).

Infecciones después del nacimiento.

Meningitis: Es una inflamación de las meninges, es decir,- de las membranas que protegen el cerebro y la médula espinal. Su - causa puede ser la infección por diferentes tipos de micro organís- mos. Los efectos muestran defecto cerebral, y el niño termina con - retraso mental, incapacidad motora, o alguna deficiencia sensorial, por ejemplo, sordera por lesión del nervio auditivo. El grado de in capacitación por razón de la meningitis es muy variado; algunos - niños no muestran ningún efecto permanente, otros quedan gravemente retrasados.

Encefalitis: Es una infección del cerebro mismo, y también con frecuencia causa retraso mental postnatal. Son muchos los diver sos virus que la producen, y los síntomas son muy diversos.

Intoxicaciones.

Esta categoría incluye los desórdenes en los que una subs- tancia extraña entra en el sistema del niño, ya sea antes de nacer- o después del nacimiento y le causa daño permanente de algún tipo.

Anticuerpos maternos: Hay un conjunto extraordinario de - circunstancias en las que la madre efectivamente produce anticuer--

pos que atacan las células sanguíneas del feto en desarrollo y le-causan lesión cerebral, retraso mental y con frecuencia la muerte. Apróximadamente 85% de la población tiene una substancia en la -- sangre que se llama factor Rh. A estas personas se les llama de -- Rh positivo y a las que no tienen este factor se les llama Rh -- negativo. El factor Rh se transmite genéticamente por un único -- gen, dominando siempre el Rh positivo. Cuando la madre es de Rh -- negativo y el niño de Rh positivo, la madre produce un anticuerpo-para atacar a la substancia extraña. Este anticuerpo puede atravesar la placenta y entrar en el sistema circulatorio del feto y ser causa de que la sangre del niño coagule y que no distribuya el -- oxígeno normalmente. La producción de este anticuerpo por lo general, no causa problemas en el primer embarazo , pero los siguientes embarazos en los que el feto es de Rh positivo quedan en grave peligro. "En muchos casos el problema es tan grave que el infante-es abortado o nace muerto, pero en casos menos severos, el niño -- nace con una enfermedad llamada eritroblastosis o eritroleucosis-- fetalis, que se caracteriza por la destrucción de los eritrocitos. Si el niño logra sobrevivir, puede aparecer una grave lesión neu-- rológica que cause retraso mental, espasticidad y pérdida del -- oído por lesión del nervio auditivo" (11).

Drogas: El caso más dramático de los efectos adversos que una droga puede tener en el niño en desarrollo es el efecto de la talidomina es esta un sedante, que si lo toma la mujer durante el-embarazo, produce deformidades muy burdas en el niño, por ejem. - falta de piernas.

"Aunque no se ha demostrado que haya una relación entre el consumo ocasional de alcohol y un aumento en defectos de nacimiento Jones y col. (1973) han identificado un síndrome de desórdenes - congénitos muy común entre los hijos de madres alcohólicas" (12). -

Una de las características de este síndrome es la microcefalia y las capacidades mentales mermadas.

"Aunque hasta este momento no se ha demostrado que el cigarro sea causa de retraso mental, las madres que fuman durante el embarazo tienen más probabilidades de tener un hijo prematuro o demasiado pequeño para la fecha, y existe una relación muy clara entre premadurez y deficiencias mentales" (13).

De manera semejante la heroína, y las drogas como la morfina y la metadona, pueden interferir con el desarrollo normal del infante, y los niños nacidos de madres adictas a la heroína con frecuencia presentan poco después de nacer, el síndrome de abstención de la droga.

Otros estados tóxicos prenatales: Hay otros trastornos o enfermedades prenatales que han sido vinculados con defectos de nacimiento, con lesiones cerebrales, y con capacidades mentales menguadas en el niño. Por ejemplo, una de las complicaciones más comunes del embarazo es el trastorno llamado toxemia, se caracteriza por hinchazón, edema y alta presión sanguínea. En la mayoría de los casos no se conoce la causa.

Hay diversos tipos de radiación que pueden tener efectos drásticos en el embrión o feto en desarrollo. Pequeñas dosis de rayos X ordinarios, por lo general, son inocuas, pero si "a una mujer embarazada se le somete a grandes cantidades de radiación con fines terapeúticos como, por ejemplo, para destruír un tumor, existen muchas probabilidades de que el niño nazva con serios defectos e inclusive de que no sobreviva" (14).

Envenenamiento por plomo: Cuando comen hojuelas de pintura que contienen plomo, pueden sufrir un daño cerebral permanente. Aunque son muy conocidos los efectos del envenenamiento grave por plomo, es muy poco lo que se sabe acerca de los efectos de la ingestión crónica de pequeñas cantidades de plomo durante un largo lapso de tiempo.

TRAUMAS Y OTROS AGENTES FISICOS.

Desórdenes vinculados con el proceso del parto.

física es en el período perinatal, en el momento del nacimiento efectivo" (15). El proceso del parto es bastante complejo y hay muchas cosas que pueden resultar mal.

Anoxia perinatal: El síndrome de falta de oxígeno se conoce como anoxia. Se encontró que los preescolares que habían sido anóxicos al nacer estaban notablemente por debajo de un grupo de comparación en muchas medidas de funcionamiento mental. También abundaban más las indicaciones de daño neurológico.

Lesión mecánica: Durante el parto, el recién nacido está sujeto a muchas presiones físicas. Algunas veces, "si las tensiones del parto son demasiado intensas puede sobrevenir una hemorragia interna, la cual a su vez produce una lesión cerebral" (16). Esto es especialmente probable cuando el parto es muy breve, o cuando el infante en lugar de nacer de cabeza se presenta de nalgas, en el caso de partos múltiples, todos estos peligros perinatales aumentan.

TRAUMA POSTNATAL Y ABUSO INFANTIL.

"Después de las infecciones, la causa más frecuente del retraso contraído después del parti es la lesión de cualquier tipo que puede provenir de algún accidente o de una agresión deliberada" (17).

DESORDENES DE METABOLISMO Y DE NUTRICION.

Resultan de que el niño no está recibiendo la alimentación apropiada o de que no está asimilando debidamente lo que come por razón de algún desorden de herencia.

Desórdenes metabólicos por herencia.

Fenilcetonuria (FCU): Es transmitida como rasgo mendeliano autosómico recesivo simple. El trastornometabólico básico es la imposibilidad de convertir la fenilalanina, un aminoácido esencial, en tirosina debido a la ausencia o a la inactividad de la enzima hepática fenilalaninahidroxilasa, que cataliza esta conversión.

"La mayoría de pacientes fenilcetonúricos sufren un retraso grave, pero se ha informado de varios que tenían una inteligencia normal o limítrofe" (18). Existen eccema y convulsiones aproximadamente en la tercera parte de todos los casos. Aunque el cuadro clínico varía, los niños fenilcetónuricos típicos son hiperactivos y manifiestan una conducta excéntrica e impredecible que les hace difíciles de manejar. Tienen frecuentes rabietas, realizan a menudo movimientos extraños con su cuerpo y extremidades superiores, hacen movimientos amanerados con las manos y su conducta se parece a veces a la de los niños autistas, o esquizofrénicos. La comunicación verbal y no verbal está habitualmente gravemente deteriorada o no exis

te. La coordinación es mala y existen muchos trastornos perceptivos.

Es extremadamente importante hacer un diagnóstico precoz, - puesto que una dieta pobre en fenilalanina conduce a una mejoría significativa tanto de la conducta como del desarrollo. Es posible alcanzar una inteligencia normal o casi normal si el tratamiento dietético se inicia antes de los tres meses de edad. Además los niños tratados con esta dieta responden más, se vuelven menos hiperactivos - y mucho más fáciles de manejar. Existe también un mejoramiento del - trazado electroencefalográfico (EEG) y una disminución o cese de las crisis comiciales.

Galactosemia: La galactosemia es transmitida por un gen autosómico recesivo. Su alteración metabólica consiste en la imposibilidad de convertir la galactosa en glucosa, produciendo una acumulación de galactosa en sangre.

Las manifestaciones clínicas se inician al cabo de pocos - días de empezar a tomar leche y entre ellas se encuentra ictericia,- vómitos, diarrea, detención del crecimiento y hepatomegalia. Si no - se trata, la enfermedad puede ser fatal en poco tiempo, o bien puede conducir a un deterioro mental progresivo asociado con cataratas, - insuficiencia hepática y convulsiones hipoglucémicas ocasionales. - Una dieta sin galactosa, instituída precozmente evita estas manifestaciones clínicas y permite un desarrollo físico y mental normal.

Trastornos del metabolísmo lípido: Existe un grupo de desórdenes afines llamado lipoidosis, que son el resultado de una acumulación excesiva de lípidos o grasas en los tejidos nerviosos y en otras partes del cuerpo. La mayoría de estos trastornos son muy raros. - Tampoco se conoce el remedio definitivo para ninguno de ellos, y casi siempre sobreviene la muerte a temprana edad. El más conocido de - todos ellos es la enfermedad de Tay-Sach o idiocía infantil familiar amaurótica. El niño parece estar funcionando normalmente al nacer, -

pero luego se empiezan a acumular más los lípidos de manera anormal. Esto produce apatía, deterioro mental, ceguera, hipersensibilidad al sonido, convulsiones y espasticidad. La muerte sobreviene invariablemente a los pocos años. Dependiendo de la edad a que empieza, al síndrome se le conoce como mal de Bielschowsky-Jansky, mal de Spielmeyer-Vogt o mal de Kufs.

Síndrome de Hurler: El trastorno llamado síndrome de Huler proviene de un error en el metabolismo mucopolisacárido. A este mal también se le llama gargolismo porque muchos de los rasgos faciales y corporales se deforman un tanto. Se advierte una gran variedad de síntomas. Las características que con mayor frecuencia se observan son pequeña estatura, joroba, hígado y brazos dilatados, cabeza grande y ligeramente deformes, cejas gruesas y espesas, nubes en la córnea, nariz chata con flujo nasal crónico, labios gruesos y lengua grande, orejas gruesas y caídas, sordera, dedos cortos y con aspecto de garras, cuello corto y grueso y retraso mental progresivo.

Trastornos endocrinos.

Hipotiroidismo (Cretinismo): El término cretinismo indica una condición de niveles bajos de la hormona tiroidea, esta hormona es la que mantiene el ritmo metabólico apropiado, y si se agrega en poca cantidad, el metabolismo del cuerpo se retarda y aparecen luego muchos síntomas como, letargia, pulsaciones lentas del corazón, pérdida del cabello y embotamiento mental.

Algunas veces el hipotiroidismo se presenta al nacer. Esta es una condición más seria, llamada ordinariamente cretinismo. El cretinismo congénito puede tener varias causas: en algunos casos la glándulo tiroides no se forma absolutamente; en otros casos, la radiación durante el embarazo puede afectar el desarrollo de la

tiroides. Además si la madre tiene deficiencia de yodo, esto puede causar hipotiroidismo en el niño en desarrollo. Hay varias drogas que tomadas durante el embarazo pueden producir el síndrome. En muchos casos, hay una causa genética. Se han identificado muchos defectos metabólicos heredados que producen hipotiroidismo congénito. Si no se atiende a tiempo, puede producir deficiencia en las capacidades mentales, pero mediante el tratamiento médico de la tiroides, no suele ser un problema serio.

Desnutrición: "Una dieta deficiente, si llega a ser muy severa y si ocurre antes del nacimiento o muy poco después del parto, puede producir un daño cerebral permanente y retraso mental" (20)

Enfermedades cerebrales burdas postnatales.

Hay muchas enfermedades raras que afectan al cerebro después del nacimiento. Las únicas dos que se presentan con cierta frecuencia son la esclerosis tuberosa y el mal de Von Recklinghausen. Estas dos son muy peculiares en cuanto a que las transmite un gen dominante y, por lo tanto, no pueden saltar ninguna generación.

Influencias prenatales desconocidas.

Hay muchos trastornos congénitos de causa generalmente desconocida, que se caracterizan por deformidades del cráneo o de la espina, y que pueden producir retraso mental. La hidrocefalia proviene de la incapacidad del líquido cerebroespinal para drenarse debidamente, produciendo así una tremenda presión sobre el cráneo y sobre el cerebro. Algunas veces se puede tratar quirúrgicamente. La hidrocefalia con frecuencia va acompañada de espina bífida, una apertura en la espina que puede producir parálisis de las extremidades infe-

riores. Otro tipo de anomalía craneal es la microcefalia que se caracteriza por una cabeza extraordinariamente pequeña.

Anormalidades de los cromosomas.

Hay muchos desórdenes que resultan de la presencia de un cromosoma adicional. El más importante de éstos dada la frecuencia de casos, es el síndrome de Down, conocido popularmente como mongolismo; el cual resulta de la presencia de un cromosoma 21 adicional. Entre las características del síndrome de Down está una inteligencia baja (CI promedio en los 30s), configuración muy peculiar de los ojos, dedos cortos y regordetes y lengua grande. Otras aberraciones de los cromosomas que no son muy raras, son aquellas en las que están de por medio los cromosomas sexuales. Estas incluyen el síndrome de Klinefelter (XXY) y el síndrome de Turner (XO). El primero es un síndrome masculino fenotípico. Ambos se caracterizan por un ligero retraso mental.

Desórdenes de gestación.

"Los niños que nacen prematuramente o que tienen un peso de nacimiento menor de 2,500 gramos están muy expuestos al retraso mental" (21). Esta prematurez es mucho más frecuente entre grupos de bajos ingresos y minorías raciales, y se supone que su causa es una alimentación inadecuada y un cuidado médico deficiente.

Factores culturales presentes en el ambiente social.

"La definición conceptual de retraso mental puede basarse en un modelo adaptativo sociocultural o biomédico. Quienes proponen esta última aproximación consideran la presencia de alteraciones cerebrales básicas como una condición sine qua non en el diagnóstico

de retraso mental" (22). Los investigadores que se adhieren a esta última aproximación se centran en el papel de la deprivación ambiental en la génesis del retraso mental.

Esta clasificación diagnóstica se reserva para aquellos pacientes cuyo funcionamiento subnormal puede ser atribuído a factores ambientales en ausencia de patología del sistema nervioso central, y en los que exista una historia de deprivación psicosocial. Es posible comprender mejor a los pacientes de este grupo en términos de los siguientes factores psicosociales específicos que parecen guardar alguna relación etiológica con la entidad.

Retraso mental cultural-familiar. Esta clasificación se basa en dos afirmaciones. Una, la deprivación cultural puede producir cierto grado de retraso mental. Dos, esta deprivación cultural puede ser consecuencia de un retraso familiar. De acuerdo con ello, para incluír un caso en esta categoría es necesario que se detecten manifestaciones de retraso en, al menos, uno de los padres del paciente y en uno o más hermanos. Habitualmente el grado de retraso que presentan estos pacientes es ligero.

Asociado a deprivación ambiental. Las investigaciones recientes sobre deprivación sensorial han demostrado claramente la importancia de una estimulación sensorial adecuada para el desarrollo intelectual del niño pequeño. Y es igualmente evidente que el ambiente puede presentar graves peligros a este respecto. El nivel de estimulación sensorial puede ser excesivo o demasiado escaso o bien puede vacilar entre estos dos extremos. La vida puede ser gris y monótona, con pocas nuevas personas, pocas nuevas experiencias o bien puede ser muy caótica, deprovista de regularidad alguna. La estimulación verbal disponible puede ser deficiente, originando un vocabulario escaso, estructura pobre de las oraciones y razonamiento concreto. En estos

casos, "el lenguaje no verbal y particularmente el lenguaje corporal es a menudo el principal medio de comunicación, que depriva al niño de aptitudes verbales más complejas, y le impide la transición a un pensamiento más abstracto" (23).

d) Aprendizaje, memoria, lenguaje y desarrollo congnoscitivo en los retrasados mentales.

Aprendizaje y memoria en los retrasados mentales.

La investigación experimental sobre aprendizaje y memoria en los retrasados mentales se puede dividir en dos tipos generales: investigación que compara a los retrasados e investigación que sencillamente toma a los retrasados como sujetos de estudio. El primer tipo de investigación se orienta hacia la comprobación de lo que se pudiera llamar teorías sobre el retraso mental, hacia la explicación de por qué el comportamiento de las personas retrasadas difiere de las personas no retrasadas. Una de estas teorías es la teoría del desarrollo, la cual sostiene que los niños retrasados se desarrollan igual que "los niños no retrasados, pasando por las mismas etapas cognoscitivas, pero que su ritmo de desarrollo es más lento y que en último término no alcanzan los mismos niveles elevados que los demás" (24). En el grado en que esta teoría sea verdadera, cuando a los niños retrasados se les compara con niños más jóvenes no retrasados de igual EM, no debería haber ninguna diferencia en el funcionamiento cognoscitivo entre los dos grupos. Otro grupo de teorías son las teorías de defecto, según las cuales las personas retrasadas tienen defectos específicos en algunos de sus procesos, pero son relativamente normales en otros. Entre las teorías de defecto, está la hipótesis de que las personas retrasadas tienen un defecto muy particular en el uso de estrategias; por ejemplo, repaso y generación de mediadores para auxiliar a la memoria; así como la teoría de

Jensen, de que los niños retrasados por razón del ambiente cultural y familiar tienen un déficit muy particular para comprender relaciones complejas, pero no tienen ninguna dificultad para el aprendizaje de pura memoria.

Hay muchos paradigmas básicos de aprendizaje que han sido estudiados intensamente por los psicólogos experimentales que se interesan de manera especial en los retrasados mentales. El más sencillo de éstos es el condicionamiento clásico que consiste en parear un estímulo neutral como un sonido de campana (el estímulo condicionado), con estímulo incondicionado y a la respuesta se le llama respuesta incondicionada. Después de varias presentaciones simultáneas como ésta el estímulo condicionado también empieza a provocar la misma respuesta. "La investigación sobre el condicionamiento clásico con los retrasados indica que mientras el aprendizaje sea lo suficientemente sencillo, no hay ninguna diferencia de rendimiento entre sujetos de elevado CI y sujetos de bajo CI" (25).

Un segundo tipo de este mismo fenómeno se llama condicionamiento operante. Este paradigma consiste en seguir una respuesta específica con la representación de un esfuerzo, y de esta manera se aumenta la frecuencia o probabilidad de la respuesta. Una clase de condicionamiento operante que se ha estudiado ampliamente con los retrasados mentales es el aprendizaje de discriminación; es decir, capacitar a los sujetos a escoger siempre un estímulo determinado y nunca el otro, cuando se les propone la elección entre los dos. Zeaman y House (1963) han demostrado que uno de los aspectos importantes del aprendizaje de discriminación es el de lograr que el sujeto preste atención a la dimensión adecuada, a la característica que distingue al estímulo correcto del incorrecto. Una vez que logran esto, apenas hay diferencia en la tasa de aprendizaje entre sujetos retrasados y no retrasados, pero frecuentemente los sujetos retrasados tardan más-

en aprender a prestar atención a la dimensión adecuada.

Otro tipo de aprendizaje es el llamado aprendizaje de pares asociados, el cual consiste en enseñar al sujeto a responder con una determinada palabra cuando se le presenta otra palabra que hace de estímulo. "La investigación que compara a sujetos retrasados con no-retrasados en la tasa de aprendizaje, usando el aprendizaje, ha tenido resultados mixtos; algunos experimentos no revelan ninguna diferencia entre los dos grupos, mientras que otros descubren que los sujetos retrasados necesitan más tiempo para aprender" (26). Una manera muy eficaz de facilitar el aprendizaje de una tarea de pares asociados, es la de proporcionarle al sujeto algún tipo de mediador entre las dos palabras, algún modo de conectarlas, por ejemplo, una frase que contenga las dos palabras; es decir, sugerirle alguna mnemotecnia. Cuando se hace esto, la tasa de aprendizaje de los sujetos retrasados aumenta dramáticamente.

Muchos estudios han demostrado que los sujetos retrasados tienen ciertos impedimentos para la memoria de corto plazo. Sin embargo, la investigación proveniente de muy diversas fuentes indica que el principal problema con los retrasados está en que no repasan, y ésto afecta negativamente su rendimiento. De manera semejante, tampoco suelen usar otras estrategias que les facilitarían el aprendizaje y memoria. Esta deficiencia, y no una deficiencia en la tasa de aprendizaje, parece explicar la diferencia entre sujetos retrasados y sujetos normales. En tareas en las que el repaso o alguna otra estrategia no vienen al caso, como en la memoria de largo plazo o en la memoria de reconocimiento, no parece haber ninguna diferencia de rendimiento entre los retrasados y los no retrasados.

En esta misma línea, "Jensen sostiene que los sujetos funcionalmente retrasados no tienen ningún obstáculo para el aprendiza-

je asociativo, ni para el de pura memorización; sino que su deficiencia se limita al pensamiento de niveles más elevados" (27). - Sugiere que el mejor método educativo para estos niños es aquel - que se concentra en los hechos y en el aprendizaje asociativo, y - no en el aprendizaje conceptual, como es el caso actualmente.

Lenguaje y retraso mental.

La adquisición del lenguaje en los niños normales es un - proceso admirable desde muchos puntos de vista. Primero, los niños pueden aprender cualquier lenguaje que se hable a su alrededor con una rapidez increíble; la mayoría de los niños normales ya han dominado las reglas fundamentales de su lenguaje para cuando llegan a - los 4 años de edad. Segundo, todo lenguaje tiene un número infinito de frases correctas, y la mayoría de las frases que los niños escuchan y que ellos mismos enuncian, nunca las habían oído antes. Esto significa que los niños no aprenden una lengua simplemente copiando lo que oyen; sino que tienen que aprender un conjunto muy abstracto de reglas gramaticales para combinar las palabras y poder formar oraciones. Todos los niños del mundo parecen recorrer las mismas etapas al aprender su lenguaje, sea cual fuere dicho lenguaje, y sea - cual fuere la cantidad de enseñanza o correcciones deliberadas que los hagan sus padres. Debido a esto, se ha dicho que la adquisición del lenguaje, y más aún que el lenguaje mismo, es una parte de la - naturaleza biológica del hombre.

El lenguaje tiene diferentes niveles y, por lo tanto, se - dan diferentes tipos de desórdenes en relación con el proceso de - comunicación. Uno de los niveles son los desórdenes de locución, - que consisten en dificultades para articular los sonidos correctos. Entre los ejemplos de desorden de locución se incluyen substituír - un sonido por otro, omitir totalmente algunos sonidos y el tarta---

mudeo. Hay mucha investigación que comprueba que "en los retrasados mentales hay una prevalencia mucho más elevada de desórdenes de locución que en las personas de aptitudes mentales promedio" (28). Al descender en la escala de CI, aumenta la frecuencia y la gravedad de los desórdenes de locución. Sin embargo, el tipo de problemas que se encuentra en los retrasados es exactamente el mismo que se encuentra en todos los demás grupos.

Más serios todavía que los desórdenes de locución son los desórdenes de lenguaje; es decir, los problemas para comprender y para usar las palabras y las reglas de la sintaxis de la lengua. "Los retrasados mentales también tienen muchas dificultades de lenguaje, aunque hasta cierto punto estas dificultades se explican por su baja edad mental" (29). La prueba de aptitudes de lenguaje que más se usa es la prueba Illinpos de Aptitudes Psicolingüísticas (ITPA), que se divide en muchas pruebas parciales que miden componentes del lenguaje. La investigación con la ITPA y la investigación restante con los retrasados mentales han sido la base para las siguientes conclusiones:

1.- Los niños retrasados adquieren las aptitudes de lenguaje esencialmente de la misma manera que los niños normales.

2.- El ritmo con que los niños retrasados adquieren las aptitudes de lenguaje es más lento que el de los niños normales.

En consecuencia, cuando se comparan niños retrasados con niños normales de igual edad cronológica, los niños retrasados aparecen con una deficiencia muy marcada.

3.- Como la adquisición del lenguaje termina en algún momento cerca de la pubertad, muchos individuos ligeramente retrasados, y la-

mayoría de los severos y profundamente retrasados, no suelen alcanzar el completo desarrollo de sus aptitudes de lenguaje.

4.- En promedio, los niños retrasados se demoran en el desarrollo del lenguaje inclusive en comparación con niños no retrasados de la misma edad mental. Dicho de otra manera, los niños retrasados tienen una dificiencia muy particular en sus aptitudes de lenguaje.

5.- Los niños retrasados tienen una dificultad muy especial para asimilar las reglas gramaticales más complicadas como, por ejemplo, las reglas de la declinación y desinencia de las palabras.

6.- El lenguaje de los niños retrasados mentales es más concreto que el de los no retrasados.

7.- La diversidad de aptitudes de lenguaje es mayor entre los retrasados que entre la población normal. A un nivel determinado de desarrollo es frecuente encontrar entre los retrasados una gama relativamente amplia de aptitudes verbales.

Desarrollo cognoscitivo en los retrasados: Teoría de Piaget.

Los conceptos teóricos del filósofo suizo Jean Piaget predominan en el estudio del desarrollo cognoscitivo de los niños. Ha propuesto cuatro períodos de desarrollo cognoscitivo que todos los niños recorren. La primera de estas etapas es el período sensorio-motor que normalmente abarca los dos primeros años de vida durante el cual, los niños no pueden usar símbolos, por lo que sus experiencias se limitan al aquí y ahora. Durante los seis estadios de este período los niños adquieren poco a poco un concepto relativamente maduro de los objetos, el conocimiento de que los objetos existen -

independientemente de ellos y de que conservan su existencia aún - cuando no están interactuando con ellos. Los niños también desarrollan conocimientos de tiempo, espacio y causalidad.

La siguiente etapa es el período preoperacional que abarca aproximadamente de los 2 a los 7 años. Durante este período los - niños pueden usar símbolos, pero carecen de muchas de las reglas - lógicas de los adultos. En consecuencia, fracasan en muchas de las pruebas de conservación que tan famoso han hecho a Piaget. "Los - niños no son capaces de comprender que el número de objetos permanece igual cuando lo que se cambia es sólo la configuración; creen - que cambia la cantidad de líquido cuando éste se vierte en otro recipiente, y que el peso de una bola de arcilla cambia cuando dicha bola toma la forma de una salchicha" (30). Los niños preoperacionales tampoco comprenden el concepto de clases, y suelen creer cuando se les muestra un collar con 10 cuentas de madera, consistente en 7 redondas y 3 cuadradas, que hay más cuentas redondas que cuentas - de madera.

La tercera etapa es el período de operaciones concretas, el cual normalmente va de los 7 a los 11 años. Durante este período - los niños piensan en una forma mucho más lógica y no cometen los - errores que caracterizan a los niños preoperacionales, pero el objeto de su pensamiento y conocimiento es todavía el mundo de lo concreto. Solamente en la última etapa, en la de operaciones formales, - desarrollan los niños la capacidad de comprender plenamente ideas - abstractas, y de concebir la realidad a un nivel de mera posibilidad.

Muchos proyectos de investigación han demostrado que esta teoría describe el desarrollo retrasado casi tan bien como el desarrollo normal. "Los niños profundamente retrasados parecen funcio-

nar básicamente igual que los niños normales durante su período sensoriomotor, y los niños retrasados parecen lograr los diversos tipos de conservación en el mismo orden que los niños normales. En general, los niños ligeramente retrasados alcanzan el nivel de operaciones concretas pero no el nivel de operaciones formales; mientras que los niños moderadamente retrasados alcanzan el nivel preoperacional, pero no el de operaciones concretas" (31).

Algunos investigadores han intentado acelerar el desarrollo cognoscitivo mediante la enseñanza explícita de la conservación. Muchos de estos proyectos han tenido cierto éxito, tanto con niños normales como con retrasados, pero están de por medio muchos problemas metodológicos, de suerte que el mismo Piaget ha puesto su valor en tela de juicio.

El enfoque Piagetano del retraso mental es el mejor ejemplo de una teoría de desarrollo. A manera de resumen general podemos decir que la investigación que ha hecho sobre la teoría de desarrollo nos enseña que dicha teoría es una excelente descripción, aunque aproximada, del funcionamiento de las personas retrasadas, pero que hay muchos datos objetivos que contradicen esta teoría. Por ejemplo los niños retrasados manifiestan deficiencias muy marcadas en sus aptitudes del lenguaje, en el aprendizaje de conceptos relativamente abstractos, inclusive cuando se les compara con niños normales de igual EM.

e) Diagnóstico de retraso mental.

Existen muchas maneras de diagnosticar a un niño como retrasado mental. Quién habrá de hacer el primer diagnóstico y a qué edad se deberá hacer dicho diagnóstico dependerá de lo serio que sea el retraso. Si el retraso es profundo, si está acompañado de

anormalidades físicas evidentes, o si es parte de un síndrome específico como el síndrome de Down (mongolismo), entonces el niño suele ser declarado mentalmente retrasado desde el nacimiento. Sin embargo, el diagnóstico al nacer el niño es más bien una excepción. - Como son muy pocas las muestras que dá el recién nacido de todo lo que sea conducta de adaptación, un niño que más tarde habrá de recibir un diagnóstico de gravemente retrasado, dará la impresión de - normalidad durante algunos meses después de nacer. "El retraso grave con frecuencia se descubre por un desarrollo motor muy lento y - por la apatía general que lo caracteriza, pero las aptitudes motoras gruesas como dar vuelta horizontalmente, sentarse y andar, se - retrasan solo ligeramente en los niños moderadamente retrasados, y con frecuencia no se retrasan nada en los niños ligeramente retrasados"(32). Algunas veces el retraso moderado no se diagnostica sino hasta cuando el niño se encuentra entre los dos y los cuatro años, - cuando los padres advierten que su niño no se está desarrollando - con la misma rapidez que otros niños. Una base muy importante para el diagnóstico es el retraso en el lenguaje. Los niños con un retraso mental que no sea ligero casi siempre muestra cierto retraso en la adquisición del lenguaje. (Sin embargo, también hay muchos niños perfectamente normales que muestran retraso en el lenguaje, por lo cual los retrasos en el lenguaje, por sí solos, no son una prueba - clara de retraso mental). El procedimiento ordinario de diagnóstico en el caso de un retraso moderado, severo o profundo, es que los padres adviertan cierta peculiaridad en su niño y la presenten a un médico; el médico a su vez lo remitirá generalmente a un especialista para que se aclare el caso. Un psicólogo medirá el desarrollo - mental del niño, y si se sospecha que hay algún daño neurológico se suelen hacer ciertos estudios valorativos.

A los niños ligeramente retrasados no se les suele diagnosticar como tales sino hasta cuando llegan a la edad escolar. "El -- desarrollo temprano de muchos niños ligeramente retrasados no suele

distinguirse sensiblemente del desarrollo normal; estos niños asimilan las aptitudes básicas como andar, hablar, y aptitudes sociales, casi al mismo ritmo que el niño normal, o a lo más como un ligero retraso y, por lo tanto, los padres no sospechan nada sino hasta que el niño entra a la escuela". Así, la primera persona que sospecha el ligero retraso mental es la maestra y no los padres.

El retraso moderado, el grave, y el profundo, generalmente son considerados tanto por el público como principalmente por los médicos. El tipo de diagnósis que se lleva a cabo es de caracter ordinariamente médico; es decir, el médico es el que determina que el niño tiene el síndrome de Down o que el niño sufrió una lesión cerebral en el momento de nacer. Por el contrario, el retraso ligero se le considera en la mayoría de los casos como un problema de educación. La maestra es la que empieza a sospechar de su existencia y el psicólogo el que diagnostica, y con frecuencia no se consulta absolutamente a ningún médico. "La mayoría de los niños ligeramente retrasados no presenten ningún desorden médico excepcional que pueda explicar su pobre rendimiento escolar" (34). Sin embargo, la mayoría de los individuos son CIs inferiores a 50 si se caracterizan por alguna anormalidad biológica específica. Los que hacen el diagnóstico inicial en ninguno de estos casos se adhieren estrictamente a la definición de la Asociación Americana de Deficiencia Mental que lo define en término de conducta. Los Médicos generalmente hacen su diagnóstico a la luz de los criterios estrictamente médicos (el niño (a), está retrasado porque tiene una lesión cerebral); mientras que las escuelas tienden a apoyarse casi exclusivamente en el rendimiento académico y en los resultados de las pruebas pasando por alto totalmente la conducta de adaptación fuera de la escuela.

CARACTERISTICAS DEL DESARROLLO DE LOS RETRASADOS MENTALES.

Adaptado de Mental Retardarion Activities of the U.S. Department of Health, Education, and Welfore, pág. 2 United States - Covernment Priting Office, Washington, 1963.

Criterios para el diagnóstico de acuerdo al DSM III

- Capacidad intelectual significativamente más bajo que el promedio general: CI de 70 ó menos cuando se administran tests individuales (puesto que no se dispone de tests con valores numéricos para niños, deberá detectarse clínicamente una capacidad intelectual significativamente por debajo del promedio general).

- Déficit o deteriores concurrentes en la conducta adaptativa, teniendo en cuenta la edad del sujeto.

- Inicio antes de los 18 años.

El cuadro integra la edad cronológica de retardo y el nivel de funcionamiento intelectual, vocacional y social.

Grado de retardo mental	Edad preescolar 0-5 años. Maduración y desarrollo.	Edad escolar 6-20 años. Entrenamiento y educación.	Adulto 21 años y más. Adecuación social y vocacional.
Leve	Puede desarrollar comunicación social y habilidades; retardo mínimo en las áreas sensorio-motoras; a menudo no se distingue del normal sino hasta edad posterior.	Puede aprender habilidades escolares hasta aproximadamente el sexto grado alrededor de los 16 y 17 años; puede ser dirigido hacia el conformismo social.	Puede por lo general alcanzar habilidades sociales y vocacionales adecuadas para un mínimo de autoapoyo pero puede necesitar guía y ayuda cuando se encuentre bajo tensión excesiva social o económica.
Moderado	Puede hablar o aprender a comunicarse; cognición social defectuosa; desarrollo motor adecuado; se beneficia del entrenamiento en la autoayuda; puede ser manejado con supervisión moderada.	Puede beneficiarse del entrenamiento en habilidades sociales y vocacionales; difícil que progrese más allá del 2° en escolaridad, puede aprender a viajar solo en lugares familiares.	Puede alcanzar automantenimiento en un trabajo que requiera pocas habilidades o ninguna habilidad bajo condiciones de abrigo; necesita guía y supervisión cuando se encuentra a tensión leve social o económica.
Grave	Desarrollo motor defectuoso; lenguaje mínimo por lo general incapaz de beneficiarse del entrenamiento en autoayuda; pocas o ningunas habilidades para comunicarse.	Puede hablar o aprender a comunicarse; puede se entrenado en hábitos elementales de higiene; se beneficia con el entrenamiento sistemático.	Puede contribuír parcialmente al automantenimiento bajo total supervisión; puede desarrollar autoprotección con un grado mínimo en medio controlado.
Profundo	Retardo muy notorio; capacidad mínima para funcionar en las áreas sensorio-motoras; necesita cuidados de enfermería.	Algún desarrollo motor presente; puede responder a entrenamiento mínimo en autoprotección.	Algún desarrollo motor y del habla; puede alcanzar una autoprotección muy limitada; necesita cuidados de enfermería.

f) Personalidad y psicología social del retrasado mental.

Existe una sorprendente falta de investigación sobre las variables de personalidad en los retrasados mentales. Han sido muy pocas las teorías y las técnicas de investigación que han aparecido en los últimos años. Una razón de esta carencia es el simple hecho de que "al retraso mental se le considera generalmente como un defecto cognoscitivo, y no como un defecto de personalidad" (35); pero igualmente importante es el hecho de que todo el estudio de la personalidad es un campo muy fragmentado. Las técnicas para medir variables como concepto de sí mismo y fuerza de ego están todavía sin afinar, y las técnicas de investigación que más se usan, como cuestionarios, listas de confrontación y técnicas de proyección, no se adaptan muy bien a sujetos retrasados.

Razones por lo que la personalidad del sujeto retrasado puede diferir de la del sujeto no retrasado.

En muchos aspectos, la historia de la vida de las personas retrasadas es tan diversa como la de cualquier otro grupo de personas, pero ciertas experiencias parecen más comunes entre los retrasados mentales de nuestra sociedad, que entre los que tienen mejores aptitudes mentales. Se puede suponer muy fundadamente que estas experiencias producen ciertos rasgos de personalidad en la mayoría de los sujetos retrasados.

Aislamiento y rechazo social.

"Hay un número bastante considerable de pruebas de que los compañeros de los niños retrasados tienden a aislarse, sea que se trate de clases especiales o de clases regulares. Este rechazo no se

debía a la etiqueta de retrasado, sino más bien al comportamiento- "anormal" de muchos de los niños retrasados" (36).

"La principal causa de este rechazo es la incapacidad del- niño retrasado para aprender muchos de los modales sociales que - abren el camino a la aceptación y a la popularidad. El aislamiento produce muy frecuentemente patrones desviados de personalidad y de adaptación, y como los niños retrasados suelen vivir aislados - socialmente, esto suele contribuír a su patrón de personalidad - exótica" (37).

Etiquetas y estigma.

El problema de aislamiento y rechazo social se agrava inevitablemente por una experiencia que caracteriza a todas las personas retrasadas, la experiencia de llevar la etiqueta de "retraso - mental". Nuestra cultura hace mucho hincapié en ser normal. y - cualquier cosa que indique que el individuo es de alguna manera - diferente, interferirá ineludiblemente con la aceptación social - de esa persona.

Los efectos estigmatizantes de la etiqueta de retrasado - mental se agravan todavía más por el hecho de que mucha gente igno ra casi por completo la naturaleza del retraso mental. "Todavía - prevalecen los viejos estereotipos de que los sujetos retrasados - son violentos, o sexualmente promiscuos" (38).

Tensiones familiares.

Desafortunadamente la presencia de un niño retrasado en el seno de la familia suele ser orígen de mucha tensión y angustia. - Los padres tienden a recibir la noticia de que su hijo está retra-

sado con un sentimiento de culpabilidad, con cierto mecanismos de defensa, con una protección exagerada al niño, o con cualquier otro patrón de conducta de los muchos que existen, todo lo cual produce problemas emocionales y de conducta en el niño.

Frustración y fracaso.

Por la naturaleza misma de su impedimento para una conducta bien adaptada, los niños retrasados no pueden cumplir con muchas de las tareas que la sociedad impone a sus miembros, y que los hermanos y compañeros de clase del niño retrasado pueden llevar a cabo con toda facilidad. Esto conduce a muchas experiencias de frustración y de fracaso.

Disfunción Cerebral.

El papel que juega la disfunción o lesión cerebral en los problemas emocionales y de conducta no está del todo claro, por decir lo menos; pero hay muchos datos que prueban que estos trastornos contribuyen a dichos problemas. Dos de las características que más frecuentemente se observan en los niño con lesión cerebral, son la hiperactividad y la inestabilidad emocional, es decir el cambio rápido de un estado emocional a otro sin ninguna razón aparente. Además, se ha visto que la lesión cerebral es causa de perturbaciones emocionales serias.

Falta de discernimiento.

Los procesos cognoscitivos están íntimamente vinculados con la adquisición y el cambio de patrones de personalidad, e inclusive con las reacciones emocionales. Los individuos retrasados no son capaces de efectuar una crítica de su propia personalidad y motiva--

ción y, por lo tanto, no suelen hacer ningún intento por cambiar su modo de ser.

Privación cultural.

Los niños retrasados suelen provenir con mayor frecuencia de hogares deshechos o de hogares en los que uno de los padres es alcohólico; y en la mayoría de los casos han sido víctimas de abuso infantil, o de otras formas de rechazo relativamente claro. "La investigación ha demostrado que muchas formas de psicopatología son mucho más frecuentes entre los sujetos de bajo status socioeconómico" (59).

RASGO DE PERSONALIDAD DE LOS RETRASADOS MENTALES.

Los retrasados mentales constituyen un grupo de personas muy diversas, y hay muchas excepciones a todas las afirmaciones generales que aquí se hagan.

Expectativa de fracaso.

Los sujetos retrasados dan por supuesto que van a fracasar. Esta expectativa los suele convertir en evitadores de fracasos, más que en buscadores de éxito; y suelen regirse por motivos externos, apoyándose en otras personas y no en sus propias ideas para tomar decisiones.

Centro externo de control y desamparo.

Las personas retrasadas suelen desarrollar un sentido general de desamparo, la convicción de que no rigen su propio destino.

Mayor necesidad de interacción social.

Como consecuencia del aislamiento social, los sujetos retrasados suelen tener una mayor necesidad de interacción social y adoptan estrategias para mantener lo más posible el contacto con las demás personas.

Funcionamiento defectuoso del ego.

"La interpretación freudiana del retraso mental es que las personas retrasadas tienen un funcionamiento deficiente del ego"(40). Esto significa que suelen fiarse de mecanísmos de defensa muy primitivos, por ejemplo, represión (borrar del consciente un recuerdo o pensamiento doloroso) o negación (negarse a admitir que un hecho doloroso es verdadero), para reducir su ansiedad.

Fingimiento y renuncia.

Las personas retrasadas suelen hacer lo indecible para demostrar a los demás y a sí mismos que son "normales", proceso conocido como fingimiento. Así, suelen estacionar un auto viejo enfrente de su casa y hacer alarde de él con las demás personas, aún cuando ellos mismos ni siquiera saben manejar, porque la gente "normal" tiene automóviles.

IMPORTANCIA DE LA CONDUCTA ADAPTATIVA DEL RETRASADO MENTAL.

"El término de conducta adaptativa se refiere a la capacidad del individuo para enfrentarse con las demandas que le exige su comunidad"(41). El concepto de enfrentamiento es desglosado en las tres facetas previamente mencionadas de independencia personal y responsabilidades personal y social, cuyos conceptos son explicados por

los autores originales de la siguiente manera:

1) Funcionamiento independiente: Es la habilidad que tiene el individuo para lograr llevar a cabo exitosamente las tareas o actividades que le demanda la actividad general en términos de las exigencias propias para edades específicas.

2) Responsabilidad personal: Incluye tanto la voluntad del individuo para realizar las tareas críticas de que es capaz, como su habilidad para asumir la responsabilidad de su conducta personal. Esta actividad se refleja en la toma de decisiones y la elección de conductas.

3) Responsabilidad social: Se considera como la habilidad que tiene el individuo para aceptar una responsabilidad como miembro de un grupo commitario".. reflejado en los niveles de conformismo, creatividad social, mente pasiva, ajuste social y madurez emocional... y algún nivel de responsabilidad cívica que lleva a la independencia económica parcial o total".

Las tres facetas de "enfrentamiento" a las experiencias mencionadas abarcan desde la infancia hasta la edad adulta pero, por supuesto, sólo algunas son exigibles y/o críticas para ciertas edades y en ciertos grupos. En el caso del individuo con retraso mental las exigencias han sido divididas según la etapa de desarrollo del individuo y el grupo al cual pertenece.

Durante la infancia y la niñez temprana se le exige el desarrollo de habilidades sensoriomotoras; poseer habilidades de comunicación (incluyendo el habla y el lenguaje) y habilidades de auto-ayuda, así como socialización (el inicio de la habilidad para interactuar con otros).

Durante la niñez y la adolescencia temprana se pide de él que sea capaz de aplicar sus habilidades académica básicas en las actividades y un razonamiento y juicio apropiado para dominar el ambiente y, también, que posea habilidades sociales (participación en actividades de grupo y relaciones interpersonales).

Durante la adolescencia tardía y la vida adulta debe tener responsabilidades y actividades vocacionales y sociales.

De esta manera, "el criterio para determinar si hay o no retraso mental consiste en observar demora en la adquisición de habilidades y/o conductas esperadas en un determinado individuo" (42).

Aún cuando la experiencia y el juicio clínico con niños son medios de imprescindible valor por lo que se refiere a la determinación del retraso mental, el uso de las escalas de conducta adaptativa ofrece información importante para planear programas específicos para individuos con deficiencias en diversos niveles, siendo la escala de conducta adaptativa de la Asociación Americana de Deficiencia Mental la más reconocida. Recientemente, Leland explicó que "... una de las razones por las que las medidas de CI no definen por sí solo de retraso mental, es porque no está atada a conductas estandarizadas o a aquellas exigidas sino, más bien, es una combinación de conductas previstas e ideosincráticas" (43). Lo que importa no es solamente lo que el individuo no hace, sino con qué conducta lo sustituye.

Al referirnos a la conducta adaptativa se puede considerar, por lo menos, un aspecto sociocultural. El concepto de "visibilidad vs. invisibilidad" fue propuesto por Leland y Smith. Leland (commi

cación escrita, 1981) ha enfatizado que "no es la etiqueta de retraso mental la que hace daño al individuo designado de tal manera sino la pérdida o acceso de ciertos beneficios que ofrece la comunidad" (44). Aquellos individuos que por su retraso mental son "visibles" en la comunidad donde viven deberían ser los primeros en escribir los servicios comunitarios. De acuerdo con Leland y Smith el concepto de visibilidad está relacionado con creatividad tanto como con supervivencia: Si cierta conducta es distribuída en algún tipo de curva, sin importar qué tan sagrada esté la conducta, puede ser que la mayoría de la gente se comporte de una manera normal y actúe como parte relativamente invisible de la sociedad. Otros individuos extremadamente creativos actuarán por arriba del promedio y para ellos la visibilidad es su mercancía de cambio para sobrevivir deben de ser visibles y deben vender su creatividad, o al menos la idea de que son creativos. En el otro extremo de la curva están aquellos que funcionan en una base subnormal. Para ellos, la visibilidad es destructiva mientras permanezcan invisibles serán tratados como si fueran normales, pero cuando su conducta llega a atraer la atención se les segrega en instituciones o al menos se les aleja de la vista pública.

g) La familia del niño retrasado.

Todo lo que le sucede al niño retrasado, los servicios que se le proporcionan o que se le niegan, afecta también al grupo familiar inmediato; e inversamente, hay que tomar muy en cuenta la dinámica de la familia del niño siempre que se trata de establecer un tratamiento o una vida especial para el sujeto. Existe una tendencia cada vez más marcada en el campo de la salud mental a considerar que el cliente no es solamente el niño retrasado en forma aislada, sino toda su familia, y existe la tendencia correlativa a proporcio

nar servicios sobre una base familiar, y no simplemente al individuo que presenta problemas.

Reacciones de los padres y otros familiares.

Prácticamente "todos los padres reaccionan con una conmoción y tristeza profundas a la noticia de que su niño es un retrasado mental" (45). Menolascino (1967) y Wolfensberger (1967) opinan que hay tres tipos de crisis que se precipitan ante esta noticia, la de lo inesperado, la de valores y la de la realidad.

El choque inicial y la crisis de lo inesperado.

La crisis de lo inesperado resulta del cambio repentino que sufre el concepto que los padres tienen de sí mismos, de su familia y del futuro. Casi todos los padres tienen grandes planes y perspectivas para sus hijos.

"Naturalmente que la gravedad de la reacción emocional primera varía enormemente de unos padres a otros. Algunos padres son calmados por naturaleza y poco emotivos, y aceptando el hecho de que su hijo está retrasado sin inmutarse exteriormente ante esta situación, culpándose a sí mismos o culpando a otros en una forma irracional" (46).

Obviamente, el modo como el médico comunica la noticia a los padres es otro determinante substancial del grado de la crisis de lo inesperado. Una de las razones de esta situación desafortunada es que muchos médicos se sienten muy incómodos e inseguros cuando se trata de un caso de retraso mental. La mayoría de ellos han tenido muy poca experiencia con niños retrasados y no tienen ni idea de cómo tratarlos. "Un gran número de médicos parecen

tener todavía los viejos estereotipos de que el niño retrasado no tiene absolutamente ningún remedio" (47).

La crisis de valores personales.

La crisis de lo inesperado dura poco tiempo, pero una vez que los padres se reponen del choque inicial, empiezan a sentir otras muchas tensiones. La crisis de valores sobrebienes porque los padres se encuentran repentinamente en una situación de valores conflictivos. El concepto de retraso mental es totalmente inaceptable para algunas personas. Muchos padres nunca logran cambiar su mentalidad con respecto a este cambio de valores, y en consecuencia abrigan sentimientos ambivalentes hacia su hijo retrasado. Por un lado amanal niño porque es su hijo, pero po otro lado lo rechazan debido a su retraso mental.

Se dan varias reacciones características a esta ambivalencia. Algunas de estas reacciones son señales de una adaptación deficiente, por ejemplo, la culpa o dolor excesivos, el uso exagerado de mecanísmos de defensa como la negación o la protección exagerada. Por el contrario, muchos padres si son capaces de resolver este conflicto y aceptar plenamente a su hijo tal como es.

Culpa: "Algunos padres creen que el retraso del niño es el efecto de su mala conducta sexual en el pasado, o de algún otro pecado semejante, cuando no se quería al niño que ahora ha resultado retrasado, o se puede agrandar por la idea absoleta de que la mayoría de los retrasos se deben a causas genéticas" (48).

Muchos padres se sienten culpables, no por tener un niño retrasado, sino por las reacciones que sienten hacia él.

Negación: Un tipo más serio de negación es la renuncia a admitir que el trastorno de su hijo muy probablemente no tiene remedio y que el niño nunca será autosuficiente.

Protección excesiva: Algunos padres constantemente tratan al niño como si estuviera más incapacitado de lo que realmente está, dedican todo su tiempo a su hijo retrasado. Una interpretación de esta conducta es que es un tipo de formación reactiva, es un mecanísmo de defensa en el que se niega un impulso inaceptable poniendo mucho énfasis en su contrario.

Pena: "Olshansky (1962) da por supuesto que casi todos los padres que tienen un niño retrasado padecen una pena crónica durante toda la vida" (49).

Aceptación: Aunque la mayor parte de lo que se ha escrito acerca de los padres de niños retrasados hace mucho hincapié en el negativo, la verdad es que muchos padres logran resolver este conflicto de valores y aceptan plenamente a su hijo o hija, reconociendo sus limitaciones, pero sin una protección exagerada al niño y sin ningún sentimiento de culpa o de vergüenza.

La crisis de la realidad.

Al mismo tiempo que los padres de un niño impedido se ven obligados a afrontar estos sentimientos ambivalentes por valores en conflicto, también tienen que afrontar otras realidades más concretas. La primera de éstas es de tipo económico; muchos niños retrasados tienen problemas de salud que requieren tratamiento. Además de los problemas de salud, se tiene que procurar para su hijo retardado una educación y capacitación especial. Otras preocupaciones muy realistas de los padres incluyen el modo como los parientes y veci-

nos van a aceptar al niño. Los padres también se preocupan muy legítimamente por el efecto que el niño retrasado pueda tener en su -- propio estilo de vida.

"El tener un niño retrasado es probablemente menos trau-- mático ahora que lo que fue en otro tiempo" (50).

Se han hecho varios estudios muy completos acerca de los- efectos que un niño impedido tiene sobre la familia, pero los resultados no son definitivos. Algunos niños, especialmente los más - severamente impedidos y los que constituyen serios problemas de conducta, pueden causar angustia y tensión considerables, pero por lo- visto, muchas familiar logran adaptarse a la presencia del niño impedido sin grandes trastornos.

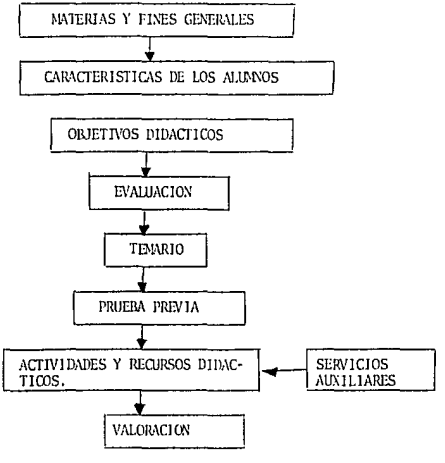
Muchos padres se preocupan por el impacto que un niño impedido pueda tener en las hermanas y hermanos normales. Afortunadamente "no existen pruebas de que se dé una mayor prevalencia de problemas de adaptación en los hermanos de niños retrasados, que en - los hermanos de niños no retrasados" (51). Algunos hermanos confiesan que sienten disgusto por su hermano o hermana retrasados, pero- otros tantos confiesan que se han beneficiado de la experiencia , - logrando una mayor comprensión y tolerancia de la gente.

CAPITULO III
METODOLOGIA.

MODELO UTILIZADO EN EL PROGRAMA DE ESTIMULACION EN EL HOGAR PARA NIÑOS CON RETRASO MENTAL.

Se eligió el modelo elaborado por Jerrold Kemp como base del diseño del programa de estimulación en el hogar para niños con retraso mental ligero o moderado, ya que piensa que para que un programa resulte adecuado se debe elaborar bajo bases sólidas y válidas.

MODELO DE JERROLD KEMP



DESCRICION DEL MODELO DE JORROLD KEMP.

Materias y fines generales.

Todos los programas educacionales se basan en objetivos genéricamente expuestos, que representan las metas. Las metas son propósitos a los cuales convergen las acciones o planteamiento de un programa educacional y puedan ser alcanzadas en un lapso corto o largo.

Las metas deben incluír varias alternativas para lograrlas y ser adecuadas a tiempo, condiciones y recursos.

Características de los alumnos.

¿Qué factores se conocen del alumno que pueden afectar a los planes de enseñanza?

Las decisiones del instructor relativas a la solución de objetivos de acuerdo al nivel a que debe empezar el desarrollo de un recurso, profundidad del estudio y la variedad y amplitud de las actividades didácticas, serán afectadas por las características de los estudiantes, deben observarse aspectos tales como nivel de edad, nivel de madurez, campo de atención, condiciones socio-económicas, grado de interés en la materia, hábitos de estudio, grado de capacidad del alumno para trabajar solo, limitaciones ambientales, cociente intelectual, etc.

Se comprende que cada persona aprende de manera distinta y que a algunas les atrae más y les resulta más fácil que a otras.

Igualmente es distinto el tiempo que los diferentes individuos necesitan para realizar una tarea determinada. Por esto se comprende que deban aplicarse una variedad notable de métodos , recursos y procedimientos para lograr un objetivo.

Objetivos didácticos.

¿Qué deben saber los estudiantes, qué deben ser capaces de hacer o cuáles deben ser las diferencias de su comportamiento después de estudiar un tema?

Los objetivos deben formularse en función de las actividades que permitan aprender más y mejorar al estudiante, inmediatamente después de haber establecido los fines generales de tal forma que éstos armonicen con los objetivos para un área de enseñanza.

Los objetivos se clasifican en tres categorías o dominios según Bloom:

Al que mayor importancia se le confiere en los sitemas educativos es el dominio cognoscitivo, cuyos objetivos están relacionados con los conocimientos del estudiante y sus capacidades intelectuales (comprensión, aplicación , análisis, evaluación, etc.).

La segunda categoría comprende el dominio afectivo, donde los sentimientos y emociones son expresados como actitudes y apreciaciones (gozar, conservar, respetar, etc.).

Por último el dominio psicomotor o destreza motora, que se refiere a la capacidad de usar y coordinar los músculos (actuación, manipulación, construcción, etc.). Cualquiera de los objetivos didácticos o de aprendizaje pueden expresarse dentro de estas

tres categorías.

Evaluación.

¿Cómo se mide el aprovechamiento?

El aprovechamiento suele medirse con los exámenes escritos en lo referente a comprensión de datos e información. Pero cuando los objetivos incluyen aplicaciones de tipo práctico u otras aluciones a realizaciones, capacidad y destrezas o actitudes más a la realidad de los objetivos.

Temario.

¿Qué conjunto de temas está al servicio de cada objetivo?

Para el instructor, regularmente el temario es el punto de partida tradicional de su enseñanza. Para el estudiante, el temario constituye la base de su aprendizaje y el medio por el cual logrará sus objetivos educacionales.

Pre-evaluación.

¿Están los estudiantes preparados para asimilar este tema, con positivo aprovechamiento?

Una prueba preliminar permite determinar si el grupo posee los requisitos previos necesarios para estudiar el tema en cuestión. La pre-evaluación nos indicará cuáles son los que necesitan ponerse al corriente y cuáles por su escasa preparación deben empezar por un nivel inferior.

Actividades y recursos didácticos.

¿Qué métodos y recursos didácticos serán más adecuados - para alcanzar cada uno de los objetivos?

Se tiene que determinar cuáles son los métodos más efi-- cientes para cada objetivos y después seleccionar los materiales - para proporcionar experiencias de aprendizaje al alumno, utilizando el temario relacionada con cada objetivo.

Es necesario seleccionar los medios y recursos en función de las características y necesidades del grupo, que mejor respondan a los objetivos que se han marcado. También se deben tomar en cuenta otros aspectos como son: costo, elaboración, utilidad futura, - equipo material y humano que se requiera, etc.

Servicios auxiliares.

¿Qué servicios auxiliares se necesitan para realizar el - plan?

Presupuesto, personal, locales, horarios, materiales, etc.

CAPITULO IV

ORIENTACION PARA LOS PADRES PARA LA APLICACION DEL PROGRAMA DE ESTIMULACION EN EL HOGAR PARA NIÑOS CON RETRASO MENTAL LIGERO O MODERADO.

Para poder implementar el programa de la forma más adecuada es importante tomar en cuenta los siguientes aspectos:

1) Hacer un buen diagnóstico del niño por medio de entrevista a padres, evaluación psicométrica y observaciones, y si asiste a una escuela normal o especial pedir referencias sobre el niño.

2) Ya establecido el diagnóstico, dárselo a conocer a los padres.

3) Informarle de la existencia del programa de estimulación y darle a conocer el contenido de éste, hacipendoles ver la importancia de su participación en la estimulación de su hijo para lograr un mejor desarrollo del mismo.

4) Si los padres muestran interés en el programa se establecerá un compromiso para que su responsabilicen y sean constantes en la aplicación del programa notificándoles que si no lo son no se percibirán avances. Se pretende que asistan ambos padres para que no hayan contradicciones, ni oposiciones entre ellos sobre el manejo del programa.

5) Posteriormente se procede a orientar a los padres sobre el programa de estimulación, incluyendo además los siguientes puntos:

a) Darles información general de una manera sencilla sobre retraso mental (definición, etiología, personalidad, etc.)

Para que haya un mayor entendimiento y aceptación del niño por parte de los padres, evitando exigencias excesivas, rechazos, etc.

b) Darles oportunidad a los padres de expresar sus sentimientos que experimentaron o experimentan al tener un hijo con retraso mental.

c) Se les dá la guía de recursos pedagógicos que está dividida en cuatro áreas, que se plantean en el siguiente capítulo.

d) Las actividades se pueden alternar por áreas para evitar el enfado y/o falta de interés dek niño, pero no avanzar en el programa hasta lograr cada objetivo.

e) Se orientará a los padres un día por semana, durante dos horas. En primer sesión sólo asistirán los padres para darles información general, en las siguientes sesiones se trabajará una hora con los padres para darles las actividades que aplicarían la siguiente hora al niño.

f) En el transcurso de la semana los padres deberán aplicar esas actividades y en la siguiente semana se comentarán los logros o fracaso del niño y las experiencias, sentimientos, frustraciones, etc. a que se hayan enfrentado los padres y se les darán nuevas actividades pedagógicas, si es que se lograron las anteriores.

g) No se establecerá un tiempo límite para el término de la aplicación del programa, pues va a depender de los avances de cada niño en particular y de su desempeño en cada una de las áreas de estimulación que abarca el programa.

VAPITULO V

ESTRUCTURA Y DESARROLLO DEL PROGRAMA DE ESTIMULACION EN EL HOGAR PARA NIÑOS CON RETRASO-MENTAL.

El niño con retraso mental debe recibir estimulación que le ayude oportuna y sistemáticamente en su evolución; cuando más - pronto se inicie ese proceso se podrá aprovechar mejor los recur-- sos con que cuente para su desarrollo.

I. AREAS Y SUBAREAS.

I. DESARROLLO MOTOR GRUESO.

A) Rodar
B) Sentarse
C) Gatear
D) Correr
E) Aventar
F) Saltar
G) Trotar

II. INTEGRACION SENSORIO-MOTORA.

A) Integración del conocimiento corporal.

1) Identificación de sí mismo.
2) Identificación y ubicación de partes del cuerpo.
3) Abstracción corporal.

B) Proyección del cuerpo en el espacio y en el tiempo.

1) Equilibrio y ritmo.
2) Organización corporal en el espacio.

3) Destreza de velocidad de reacción.
4) Discriminación táctil y estereognosia.
5) Lateralidad.
6) Direccionalidad.
7) Orientación en el tiempo.

III. DESTREZA PERCEPTIVO-MOTORA.

A) Percepción auditiva.

1) Agudeza y discriminación auditiva.
2) Asociación auditiva voca.
3) Decodificación auditivo-vocal.
4) Memoria auditiva.
5) Secuencia auditiva.

B) Percepción visual.

1) Agudeza visual.
2) Coordinación visual y seguimiento de objetos.
3) Discriminación visual.
4) Diferenciación visual de figura-fondo.
5) Memoria visual.
6) Memoria visomotora.
7) Coordinación visomotora fina.
8) Manipulación visomotora de espacio-forma.
9) Velocidad de aprendizaje visomotor.
10). Integración visomotora.

IV). DESARROLLO DE LENGUAJE.

A) Vocabulario y evocación de palabras.
B) Fluidez y codificación.
C) Destreza fonética.
D) Información general.
E) Clasificación.

II. OBJETIVO DEL PROGRAMA.

OBJETIVO GENERAL DEL PROGRAMA.

Que el niño con retraso mental logre desarrollar las áreas sensorio-motora, motor grueso, perceptivo-motora y lenguaje mediante el ejercicio de las actividades correspondientes a cada área, siendo aplicado por los padres.

III. DESARROLLO MOTOR GRUESO.

Introducción.

En esta área se plantean ejercicios para lograr la evolución y conocimiento de los grandes músculos que le ayudarán a superar esas deficiencias que le impiden aprender.

Objetivo general.

Que el niño con retraso mental logre una posición adecuada movimientos corporales disociados y coordinados, desplazamientos controlados y ágiles a través de actividades que reproduzvan la evolución motriz del niño.

A) RODAR.

Objetivo Particular: Que el niño con retraso mental logre la habilidad para hacer rotar el cuerpo de una manera controlada y ágil.

Material: Pelota de goma de 8 cms., tapete.

Actividades:

Consignas: Acostarse con los pies juntos y los brazos a los lados,

una mosca volando en círculos. Mantener la cabeza y el -- cuerpo quietos y seguir la mosca con los ojos, el orien-- tador, padre o madre muestra cómo debe hacerlo.

- Colocar los brazos abiertos hacia los costados, con las palmas - hacia abajo, rotar las palmas hacia arriba y hacia abajo, primero libremente, luego rítmicamente.

- Acostarse boca arriba, con las manos extendidas arriba de la ca-- beza, rodar lentamente hacia la derecha, luego hacia la izquierda. Luego rápidamente tres veces hacia la derecha y dos hacia la iz-- quierda. Tomar una pelota en las manos, por arriba de la cabeza - y rodar como indique el orientador.

- Colocar una mano por arriba de la cabeza y una a un lado del cuerpo, rodar cuatro veces a la izquierda. Se repite el ejercicio - cambiando las manos. Se repite teniendo una pelota en la mano.

- Colocar los brazos a los lados del cuerpo y los pies juntos. - Rodar tres veces a la derecha, luego tres veces a la izquierda. - Repetir el ejercicio con los brazos cruzados sobre el pecho.

- Juntar las manos sobre la cabeza y rotar hacia la derecha, luego- hacia la izquierda.

- Repetir el ejercicio en una superficie inclinada hacia abajo y - hacia arriba.

- Colocar a un niño en el borde de un tapete con las manos juntas - arriba de la cabeza, hacer que otros niños agarren el borde del - petate y hagan al niño roda fuera.

- Repetir el ejercicio en una superficie inclinada, hacia abajo -- y hacia arriba.
- En parejas, los niños agarran los pies del compañero con sus manos y ruedan juntos.
- Enseñar a realizar maromas simples, primero hacia adelante, luego hacia atrás.
- Hacer maromas con una pelota de goma de 8 cm. de diámetro adecuada en las manos.
- Acostarse con las piernas flexionadas separando las rodillas, hacer rodar hacia la derecha e izquierda.
- Rodar sujetándose los tobillos.
- Rodar en círculos en direcciones diferentes y con distintos ritmos.

B) SENTARSE.

Objetivo Particular: Que el niño con retraso mental logre mantener el cuerpo en posición sedente en forma correcta sin apoyo.

Material: Escritorio, grabadora, libro, banco, cajas.
Actividades:
Consignas:

- El padre o madre dice "hoy aprenderemos a relajarnos sentados en nuestros lugares" .
- Sentarse derecho. Colocar la cabeza sobre los brazos en el escritorio y oír música suave. Así sentados el niño puede sentir el descanso.

- Se dice al niño que sentado, deje sus piernas y brazos relajados, luego brazos y espalda, luego la cabeza y el cuello, finalmente - cerrar los ojos.
- El padre o madre dice "Vamos a sentarnos en la posición correcta para leer". Sentarse derechos con la espalda contra el respaldo, - cabeza alta y los brazos sobre el escritorio y abrir el libro en la lección que quieren que leamos, vamos a ver si pueden mantener esta posición hasta que termina la lectura.
- Sentarse en el suelo como los indios con las piernas y brazos cruzados, así sentados vamos a oír música.
- El padre o la madre dice: "ahora vamos a sentarnos en diferentes cosas y contar hasta 10 para ver si podemos estar bien sentados - en diferentes lugares".
- Sentar al niño en cajas de distinto tamaño, silla de lona, banco, etc.
- Sentados, demostrar el ángulo correcto para diestros y zurdos.
  * Hacer que el niño realice dibujos y copias de dibujos escogiéndole una posición correcta.
  * Insistir en cómo sentarse correctamente a la mesa, en el asiento delantero y trasero de un automóvil.
  * Hacer sentar al niño con un libro en equilibrio sobre la cabeza tanto tiempo como resista.
  * Controlar la posición del niño en juegos de jardín, columpios, - sube y baja, el niño sentado sobre la espalda, sobre los hombros de otra persona.

C) GATEAR.

Objetivo Particular: Que el niño con retraso mental adquiera la habilidad para desplazarse sobre las manos y rodillas de una manera suave y coordinada.

Actividades:

- Comenzar por hacer arrastrar al niño en el suelo con sus manos bajo el pecho moviendo los codos y las caderas con el estómago tocando el piso.
- Arrastrarse hacia adelante y hacia atrás con alguna canción infantil, hacerlo rítmicamente.
- Hacer que el niño gatee adelantando el brazo y pierna del mismo lado simultáneamente hasta llegar a una meta, luego hacia atrás.
- Gateo alternando brazo y pierna del mismo lado y de lados opuestos a ritmos diferentes.
  * Gatear "rápido como un caballo", "lento como una tortuga".
  * Hacer carreras de gateo.
  * Hacer carreras de gateo con otros niños montados en la espalda (elegir los niños adecuados).
  * Jugar al tren gateando con las manos en la cintura del niño de adelante.
  * Gatear debajo de sillas, sobre bancos, en túneles hechos bajo las piernas de filas de niños, etc.
  * Gatear en superficies inclinadas.
  * Esconder objetos y hacer que los niños los busquen gateando.

* Hacer y colocar en el suelo círculos de papel, rojos para mano y pie derechos y amarillos para mano y pie izquierdos y hacer que el niño siga el camino trazado.
  Marcar caminos con obstáculos y hacer que los niños los sigan.
* Colocar una tabla entre dos sillas y hacer que el niño gatee hacia adelante y atrás.
* Carreras con bolsitas de frijoles en la cabeza o en la espalda gateando y empujando una papa con la nariz hacia la meta.
* Llevar entre los dientes una cuchara con una pelota y gateando llegar a la meta sin que se caiga.

D) CAMINAR.

Objetivo Particular: Que el niño con retraso mental logre desplazarse en forma recta de una manera coordinada y rítmica.

Actividades:
Material: Sillas o bancos, tablas y escalera.

- Caminar descalzo sobre el piso, pasto, arenas, barro, comento, etc. y pedir al niño que describa lo que siente (si le gusta, le disgusta etc).
- Caminar hacia adelante en línea recta y curva. Subir y bajar escalones cuidando la posición.
- Caminar hacia los lados, luego cruzando un pie sobre otro, hacia la derecha y hacia la izquierda.

* Variaciones: caminar en puntas de pie, con los brazos a los

costados del cuerpo, con los brazos extendidos a los lados. Hacia - delante y hacia atrás. Con distintos ritmos o música.

* Caminar como animales: gallo, levantando la cabeza y el pecho, caminar hacia adelante con las rodillas tiesas, - las manos a los lados del pecho y moviendo los codos como si fueran alas.

* Oso: agacharse hacia adelante y tocar el piso con las - manos, manteniendo las rodillas tiesas. Moverse hacia - adelante caminando con las manos y arrastrando los pies.

* Elefante, agacharse hasta la cintura, permitiendo que - los brazos cuelguen flojos, dar pasos muy grandes balanceándose hacia los lados.

* Avestruz: agacharse adelante hasta la cintura agarrándose los tobillos, mantener las rodillas tiesas mientras - camina hacia adelante, estirando el cuello hacia adelante y hacia atrás.

* Pato: Colocarse en cuclillas, colocar las manos detrás - de la espalda con el dorso unido a los dedos extendidos- como la cola del pato, caminar adelante conservando la - posición.

* El niño se acuesta en el suelo y camina hacia adelante - con los brazos, conservando las rodillas derechas y - arrastrando los pies, usar una viga angosta o escalera - en el suelo, el niño camina hacia adelante, atrás y de - costado.

* Colocar tablas sobre sillas o bancos y hacer que el niño camine sobre ellas, caminar en un sube y baja.

* Caminar con los ojos cerrados. Se realizan todos los ejercicios previos pero con los ojos cerrados.

E) CORRER.

Objetivo Particular: Que el niño con retraso mental adquiera la habilidad para desplazarse sin perder ritmo, postura y control.

Material: Cronómetro (reloj), silla, vaso, llantas, cordón.
Actividades:

- Correr en un espacio medido, correr mientras se cuenta hasta 100.
- Correr en un espacio durante 1 minuto, 2 y 3 minutos.
- Correr en un pasillo, subiendo y bajando. Tomar el tiempo. El niño debe controlar su propio mejoramiento en tiempo.
- Correr carreras de obstáculos, teniendo que pasar por arriba o abajo de una silla, llevando un caso con agua en la mano, etc.
- Carreras de 3 pies, atar el pie derecho de un niño al izquierdo de otro. Hacer caminar y correr libremente a los niños, luego se toman el tiempo. Se deben cambiar las parejas para cada carrera.
- Carreras de perros. El niño corre hacia adelante con ambas manos en el suelo y las rodillas suavemente inclinadas.
- Carrera de caballos, galope de caballos golpeándose los costados con las manos para hacer el ruido del galope.
- Carreras con distintas partes del cuerpo sujetas, ejemplo: Las manos a la espalda.
- Carreras haciendo guiar llantas con las manos, con los ojos cerrados.
- Carreras sujetándose de un cordón con una mano, colocado a cierta altura, con los ojos cerrados.

- Carreras de relevo cargando distintos materiales, por ejemplo: entregar un vaso con agua al compañero.

F) AVENTAR:

Objetivo Particular: Que el niño con retraso mental sea capaz de arrojar un objeto con cierto grado de precisión.
Material: Pelota de esponja, canasta o caja, silla, papel, bolsitas de frijo.

Actividades:

- Usar primero una pelota con cierta textura, ejemplo: esponja, el niño comienza a aventar la pelota hacia abajo de su mano o un compañero cercano.

  * Aventar una pelota de trapo o esponja a una canasta o caja de zapatos sin fondo, aumentando la altura según las posibilidades del niño.
  * Aventar una pelota de trapo o esponja para tocar a determinados niños, se puede jugar por equipos (juego de quemados).
  * Aventar bolsitas de frijoles a blancos hechos en tablas o cartones agujerados. Practicar distintas formas de aventar las bolsitas.
  * Hacer bolsas de papel para embocar en un canasto.
  * Practicar los mismos ejercicios con pelotas de tenis.
  * Juego de boliche.
  * Aventar pelotas para embocar en una caja colocada en una silla o escalera, sin que se muevan los objetos donde está la caja.

* Cuando ya hay cierta precisión se empieza a usar pelotas más pesadas. Comenzar por juegos que impliquen tiros a corta distancia, aumentar luego la distancia.

* Aventar hacia harriba y agarrar, puede hacerse en el aire o contra una pared.

* Hacer rebotar una pelota en un círculo de cartulina de color de 30 cm. de diámetro, luego cada vez más pequeños.

* Ejercicios de aventar aviones de papel u objetos similares que impliquen un movimiento diferente.

* Practicar tiros de futbol. Tiros rectos, corriendo, etc.

* Pararse en un pie y aventar con el pie apoyando una pelota hacia un blanco.

G) SALTO.

Objetivo Particular: Que el niño con retraso mental adquiera la habilidad para salvar obstáculos simples sin caerse.

Material: Llantas.
Actividades:

- Saltar en el lugar junto con el niño. Tomarlo de las manos y saltar contando hasta 10.

- Saltar hacia adelante y hacia atrás de una línea, un número determinado de veces.

- Saltar en un pie. El niño salta hacia adelante y atrás de una línea primero con un pie, luego con el otro.

- Saltar de una silla. Un niño sostiene la silla mientras el otro salta del asiento hasta una línea trazada en el suelo.

* Saltar alternando los pies. Saltar en un pie tocando el otro hacia adelante 3 de un lado y 3 de otro sin detenerse.

* Salto de víbora. Colocarse en cuclillas con las manos en el suelo, saltar hacia una persona extendiendo los brazos hacia adelante.

* Salto de conejo: Agacharse sobre los talones, colocar las palmas hacia abajo con los dedos hacia atrás. En esta posición mover las manos hacia adelante y adelantar los pies con un pequeño salto.
* Salto con reata. Saltar hacia adelante y atrás con los pies juntos y hacia cada lado balanceando suavemente la cuerda.

* Salto de llantas. Saltar hacia adentro y fuera de la llanta. Saltar de pie de una llanta a otra. Saltar en cuclillas de una llanta a otra.

* Saltos alternados, un pie adelante y otro atrás sosteniendo el niño su propia recta.

H) TROTE.

Objetivo Particular: Que el niño con retraso mental sea capaz de saltar alternando los pies rítmicamente en juegos y rondas.

Material: Libro u objeto, pelota o piedra y reata.

Actividades:

- Para los niños pequeños o con dificultades comenzar por hacerlos saltar hacia adelante con un pie y luego el otro pie. El niño imita al padre o madre trotando en el salón.

- Trote alternado. El niño imita al padre o madre en trote consecuentemente alternando los pies. Si el niño tiene mucha dificultad, la madre debe tomarlo de las manos con él hasta que el niño lo aprenda.

* Trotar con un propósito. Hacer trotar hasta una mesa, tomar un libro u objeto cualquiera y regresar trotando.

* Trotar en círculos. Pequeños, luego grandes, en 8, trotar al ritmo de un pandero o música, lenta y rápidamente.
* Trotar en línea recta: Se marca una línea en el piso. Se toma el tiempo para cada niño.
* El niño trota descalzo en el pasto, arena, cemento, etc.
* Rondas y juegos que impliquen el trote.
* El sapo: ponerse en cuclillas con las manos en las caderas estirar una pierna hacia el lado y volverla a su lugar, luego la otra.
* Garza: Parado en un pie, los brazos extendidos a los costados. Saltar al ritmo del trote.
* Trotar cargando la mochila en la espalda.
* Trotar hacia atrás en un trayecto pre-determinado.
* Carreras de trote: Cargando un libro en cada mano.
* Trotar rítimicamente en grupos agarrados a una reata.
* Trotar empujando con el pie una pelota o piedra, hasta una meta.
* Trotar con los ojos cerrados tomándose de una reata para guiarse.

IV. INTEGRACION SENSORIO-MOTORA.

Introducción.

Se pretende que a través de las actividades correspondientes a esta área conozca el niño con retraso mental, su cuerpo con relación a él mismo y con su medio exterior, para así ser capaz de utilizarlo en forma correcta y expresarse a través de él.

Objetivo General:

Que el niño con retraso mental mediante ejercicios específicos logre la adecuada integración del conocimiento corporal y la proyección del cuerpo en el espacio y el tiempo.

A) INTEGRACION DEL CONOCIMIENTO CORPORAL.

1) Identificación de sí mismo.

Objetivo Específico: Que el niño con retraso mental logre identificarse por su nombre en el espejo, en fotografía y por su voz.

Material: Espejo, fotografías, grabadora, papel y lápiz.
Actividades:

- Se usa un espejo grande. Se pide al niño que se observe a sí mismo en distintas posiciones y se reconozca, se le hace repetir, "ese es_____", "Yo soy_____".
- Se usan fotografías de color; primero del niño en diferentes actividades para que se reconozca y luego en fotografías blanco y negro, se usan primero fotos recientes.
- El niño debe responder a su nombre. Se le nombra pidiéndole que realice diferentes actividades, ejemplo: "Pedro levanta la mano".
- Identificación dentro de un grupo. Se le presenta al niño fotografías de él y de sus compañeros mezclados con otras fotografías y con figuras que para que los reconozca, también las de su familia.
- Se usan fotografías del niño en diferentes edades para que los ordene en secuencia de edades.

- Se traza el contorno de la silueta del niño en tamaño natural y se le hace comparar con la de los niños diferentes o con la del padre o la madre.
- Juego de nombres: El padre o la madre relata una historia usando los nombres de los niños (amigos o hermanos), cada niño debe hacer alguna señal cuando se menciona su nombre (Ejemplo: golpear las manos).
- Ejercicios con grabadora. Se graba la voz del niño, los familiares, los amigos y se le hace identificarlos. Primero se le enseña al niño a identificar su propia voz.
- Escribir su nombre. Se enseña al niño a escribir e identificar su nombre.
- Pedir al niño que haga un dibujo de sí mismo.
- Se hacen rompecabezas de dificultad creciente con fotografías del niño, para que él los arme.

2) Identificación y ubicación de partes del cuerpo.

Objetivo Específico: Que el niño con retraso mental sea capaz de localizar y reconocer las partes de su cuerpo.
Material: Sábana, fotografías.
Actividades:

- Señalar ojos, nariz, boca, piernas, pies, brazos y preguntar al niño, ¿qué es eso?. Se debe entrenar especialmente la identificación de las partes que no conoce.
- El niño se toca diferentes partes del cuerpo nombrándolas y contando (ejemplo: cabeza 1, ojos 2, pies 3, etc).
- Luego se enseña: pestañas, cejas, uñas, hombros, espalda, cintura, codos, rodillas, muñecas, Hacer que el niño las señale sobre sí

mismo y sobre sus hermanos. Se pueden usar rompecabezas simples para reforzar estos conocimientos.

- Se le pide al niño que toque ciertas partes del cuerpo con otras, (ejemplo: toca tus hombros con tus rodillas, etc.).
- Se realizan diferentes juegos calisténicos (ejemplo: estira tu cabello como una tortuga, estira tu cuerpo y luego aflójalo como si fuera un muñeco de trapo), mueve tus cejas, etc.
- Esconder al niño bajo una sábana vieja, el niño estira un brazo, pierna, hombro etc. y los demás deben descubrir qué es si esto resulta difícil se le puede tocar esa parte del cuerpo.
- El niño se mira en un espejo y luego señala diferentes partes de su cuerpo, se agrega tobillo, talón, garganta.
- El niño señala las partes de su cuerpo en su propia fotografía. Las fotografías pueden ser trazadas y recortadas.
- Realizar diferentes juegos y canciones que impliquen señalar y mover determinadas partes del cuerpo.
- Descripción funcional de diferentes partes del cuerpo, ¿qué hacemos con los ojos?, etc.
- Se enseña al niño a relajarse y a reconocer el corazón, la respiración, el pulso.
- Se le enseñan la ubicación y función de ciertos órganos internos.

3) Abstracción corporal.

Objetivo Específico: Que el niño con retraso mental logre la habilidad de transferir y generalizar los conceptos corporales de sí mismo a otros y a figuras.

Material: Papel y lápiz, rompecabezas de la figura humana.
Actividades:

- Pleno conocimiento de formas de otros niños y adultos, pueden localizar las diferentes partes del cuerpo. Pueden llamarlos por su nombre o interactuar con los niños durante el juego para estimular ciertas abstracciones a partir de situaciones reales.
- Rompecabezas: El niño debe armar rápidamente rompecabezas de piezas pequeñas de la figura humana de la práctica puede llegar a armar un rompecabezas de madera.
- Identificación de sexos: Identificación verbal y descripción de las características de su sexo y del opuesto.
- Abstracción familiar: El niño puede ya identificar e integrar a los miembros de su familia.
- Trabajo de grupo. Cada niño describe verbalmente y luego arma una parte del cuerpo de tamaño natural, sobre papel, dibujando o en collage.
- Los niños dibujarán escenas de grupos de personas en diferentes actividades.
- El niño se describe verbalmente a sí mismo o a su compañero. Se graba y luego se vuelve a pasar para que el niño compruebe si lo hizo bien o mal.
- Enseñar al niño a dibujar separadamente partes del cuerpo: ojo, nariz, boca, brazos, manos, piernas, pies, etc., luego se puede armar una figura con las partes dibujadas por niños diferentes.
- Luego se le enseñan los diferentes órganos y sistemas en modelos de plástico y figuras y se explican sus funciones llevando al niño al plano más real posible.

- Se platica y discute sobre los intereses de cada niño, qué le gustaría ser y hacer en el futuro.

B) PROYECCION DEL CUERPO EN EL ESPACIO Y EN EL TIEMPO.

Objetivo Particular: Que el niño con retraso mental fije y desarrollo las relaciones que existen entre los objetos externos y él y desarrolle las nociones de tiempo.

1) Equilibrio y ritmo.

Objetivo Específico: Que el niño con retraso mental logre la habilidad para mantener el equilibrio corporal estático y dinámico y moverse rítmicamente.

Material: Pandero, pelota, base de hule espuma, grabadora.
Actividades:

- Andar de puntillas: El niño se para de puntillas y corre hacia adelante y hacia atrás, luego se para en los talones y cuenta hasta 10.

- Pararse en un pie: Con los brazos extendidos a los costados el niño se para en un pie y cuenta hasta 5, luego en el otro y hacelo mismo, gradualmente se va extendiendo el tiempo.

- Ejercicios simples de equilibrio: Caminar sobre una línea recta en el piso hacia adelante y hacia atrás, con los brazos extendidos.

- Mantener el equilibrio en una tabla tipo sube y baja pequeño con objetos en las manos.

- Usar pandero, claves o cualquier instrumento de percusión, enseñar a los niños a mover determinadas partes del cuerpo, caminar-

o saltar según los diferentes ritmos.

- Hacer botar una pelota a diferentes ritmos marcados por el padre o la madre. Hacer botar la pelota con los ojos cerrados.
- Usar instrumentos simples de percusión triángulo, pandero, pandereta o cualquier otro.
- Hacer repetir al niño un ritmo simple, gradualmente se van complicando.
- El niño inventa un ritmo y otro lo imita.
- Juegos de pelota, aventar o pasar la pelota a diferentes ritmos.
- Saltar sobre una base de hule espuma.
- Hacer botar la pelota, alternando las manos, al ritmo de la música.
- Enseñar cualquier ritmo moderno de baile con discos, o danza folklórica.

2) Organización corporal en el espacio.

Objetivo Específico: Que el niño con retraso mental logre desplazarse de una manera integrada alrededor y a través de objetos en el medio ambiente.
Material: Silla, caja, pelota.
Actividades:

- Juegos y canciones que indiquen movimiento, para diferentes partes del cuerpo.
- Organización corporal espontánea. Cada niño por turno dice el nombre de un animal, ejemplo: oso, y otro debe imitar las posiciones del oso.

- Subirse, trepar o pasar, sobre la mesa a través de las piernas de un compañero, alrededor de una silla, debajo de una silla por adentro de una caja, etc.
- Armar laberintos con cinta scoth en el piso, con sillas o bancas en el salón, el niño debe pasar por entre ellas sin tocarlas, o con el material y/o equipo que puedan disponer.
- Usar barras de trepar o escaleras para que el niño aprenda a trepar, primero lentamente y luego aumentar la velocidad.
- Laberintos en carreras. Colocar sillas en disposición de laberinto y tomar el tiempo empleado, repetir para mejorar sus marcas. Luego acercar las sillas para que el niño deba desplazarse en un lugar más pequeño aún.
- Caminar o correr por entre laberintos de sillas haciendo botar una pelota.
- Juegos con paleta o raqueta con pelota. Enseñar los movimientos y controlar la posición y la coordinación óculo manual.

3) Destreza de velocidad de reacción.

Objetivo Específico: Que el niño con retraso mental sea capaz de responder rápida y eficientemente a los estímulos e instrucciones.

Material: Libro, lentejas, frijoles, botones, lápiz, papel, cronómetro, pijas, cubos, rompecabezas.

Actividades:

- Instrucciones simples, ejemplo: "Coloca el libro adentro de la mochila lo más rápido que puedas y ciérrala". Tomar el tiempo y repetir.
- Patrones de sonido o actividades. Se toca un ritmo de tambor o se dá una palmada, dos golpes en las caderas, se levanta primero el pie izquierdo luego el derecho y el niño debe imitarlo.

- Seleccionar frijoles, lentejas, botones, etc. de una caja midiendo el tiempo y premiar cuando hay un adelanto significativo.
- Rompecabezas: Tomar el tiempo, las características de los rompecabezas dependen del nivel de cada niño.
- Vestirse y desvestirse: Tomar el tiempo, controlar la corrección en estas actividades.
- Tareas de copia: Dibujar líneas, figuras simples, luego más complicadas y tomar el tiempo, primero en el Pizarrón, luego en hojas o cuadernos. Controlar el tiempo y la correcta ejecución.
- Usar tableros con pijas. El niño debe copiar los diseños lo más rápidamente posible.
- Armar objetos. Se pueden usar cubos de madera, con tuercas y tornillos, etc.

4) Discriminación táctil y estereognósica.

Objetivo Específico: El niño con retraso mental logre identificar y aparear objetos tocando y palpando.
Material: Arena, barro, frutas, formas geométricas de plástico o madera, letras, cuchara, tenedor, cuchillo, zapatos, tela, etc.

Actividades:

- Texturas de cuerpo humano. Explorar y sentir la textura de la piel pelo, uñas, etc.
- Materiales húmedos: Explorar la textura del barro, arena mojada, etc.
- Telas: Terciopelo, piel, satín, seda, lana, algodón, nylon. Reconocimiento de las texturas, aparear primero con los ojos abiertos, luego cerrados.

- Frutas: manzana, plátano, naranja, piña, etc., discriminación - primero con los ojos abiertos, luego cerrados.
- Formas geométricas: Discriminación de formas geométricas de madera o plástico. Identificarlas y aparearlas con los ojos cerrados.
- Símbolos: Discriminar letras, números de plástico o madera. Identificarlos y aparearlos, con los ojos abiertos primero, y cerrados después.
- Objetos comunes: Cuchara, tenedor, cuchillo, zapatos, pelotas, - monedas. Jugar a buscar el objeto similar dentro de una caja - tapada.
- Graduaciones: Enseñar a reconocer lijas gruesas, mediana y fina; palos del más largo al más corto; cubos del más pesado al menos-pesado, formas geométricas de las más grandes a las más pequeñas, etc.
- Localización corporal: Se toca con la punta de un lápiz una parte del cuerpo, nuca , hombro, etc. y el niño hace lo mismo al padre- o a la madre.
- Diseño difital: El padre o madre traza una figura o diseño en la-palma de la mano del niño, éste lo duplica en la mano del padre - o la madre y lo dibuja en un papel.
- Diferencias de temperatura: Se usan cuatro botes de agua: caliente, tibia, fría y muy fría. El niño los reconoce.
- Generalización de la forma: El niño debe aparear figuras similares pero con distintos tamaños con los ojos cerrados o en una caja - abierta.

5) Lateralidad.

Objetivo Específico : Que el niño con retraso mental logre integrar el contacto sensorio-motor con el medio ambiente estableciendo la dominancia de mano-ojo-pie.

Material: Esponja, pelota, resortes, bolsas de papel, lápiz y papel.
Actividades:

- Orientación visual. Indicar un blanco visual y enseñar al niño a correr, caminar, gatear y voltear hacia el blanco.
- Gateo: Enseñar gateo de patrón cruzado (mano derecha-pierna izquierda).
- Caminar: Enseñar el patrón cruzado lo mismo al correr. Insistir en todas las actividades en desarrollar la destreza del lado dominante una vez que se ha observado detenidamente y en actividades variadas cuál es éste.
- Direccionalidad: Enseñar las direcciones arriba, abajo, derecha, izquierda y enfatizarlo en cada actividad.
- Dominancia de la mano: Reforzar siempre la mano dominante. Apretar esponjas, pelotas, resortes y hacer bolsas de papel.
- Dibujar, practicar trazos y dibujo con la mano dominante.
- Contorneado: Sostener el patrón con la mano dominante. Trazar formas y letras con los ojos cerrados.
- Coser: Hacer ensartado y cosido en cartulinas con mano dominante.
- Dominancia del pie: Reforzar el uso del pie del mismo lado que la mano dominante.
- Seleccionar pelotas o juguetes de colores con el pie dominante.
- Dominancia del ojo: Reforzar el ojo del mismo lado de la mano dominante.

- Visión: Mirar objetos a través de cartones con un agujero, tubos de papel.
- Seguimiento visual: Enseñar al niño a seguir un lápiz, una canica etc. que moverá la madre y luego el propio niño, tapando el ojo no dominante.

6) Direccionalidad.

Objetivo Específico: Que el niño con retraso mental sea capaz de conocer y diferenciar la derecha de la izquierda y comprender instrucciones direccionales.

Material: Tablero de bolitas o pijas.

Actividades:

- Identificación de las mitades derecha e izquierda del cuerpo. Mano y pie primero. Colocar un brazalete de color en cada mano. Si el niño puede recordar se traza sólo un punto en las palmas o la letra en el dorso de la mano. Tocar manos o pies a la orden.
- Juegos de rondas en que hay que voltearse hacia la derecha o izquierda. Mover el pie o mano derecha o izquierda, etc.
- Reconocer partes del cuerpo derechas o izquierdas en figuras de personas en distintas posiciones.
- Usar tableros de bolitas o pijas. Trazar diseños del lado derecho o izquierdo.
- Ordenes contrarios. Decir al niño que responda en la dirección opuesta a la orden. Ejemplo: "Levanta la mano derecha" (el niño tiene que levantar la izquierda).
- Actividades secuenciales. Ordenar por tamaños, tonalidades de un color, números, etc. de izquierda a derecha.

7) Orientación temporal.

Material: Láminas, fotografías, reloj.
Actividades:

- Caminar: Caminar lentamente hasta el final del salón, luego rápidamente preguntarle cuánto tiempo tarda, cuándo empleó menos tiempo, etc.
- Enseñar marchas a ritmos lentos y rápidos.
- Organización viso-temporal: Día-noche, aparte de la observación real se deben usar láminas, fotografías para enseñar mañana, tarde noche, día, antes de medio día, después de medio día.
- Enseñar: hoy-mañana, hoy-ayer, estas enseñanzas pueden ser reforzadas.
- Enseñar los días de la semana: ejemplo: hoy es_____, mañana_____, y así sucesivamente.
- Enseñar la hora en el reloj, Permitir al niño manipular relojes.
- Estaciones del año: Observación de la naturaleza. Las características de cada estación. Relacionar las estaciones con el cumpleaños-navidad, vacaciones, etc.
- Enseñar la progresión del tiempo: Edades de personas (bebé, niño - joven, adulto, viejo, plantes, árboles, etc).
- Cálculos del tiempo: Hacer que el niño mida y juzgue el tiempo requerido para llegar a la escuela, caminar alrededor de la casa al realizar una actividad, etc.

V. DESTREZA PERCEPTIVO-MOTORA

Introducción.

El niño aprenderá a percibir e integrar las sensaciones visuales y auditivas. Desarrollará la percepción del espacio en relación a su cuerpo y al medio exterior. Podrá percibir las nociones del tiempo para una mejor ubicación de él mismo con su medio ambiente.

Objetivo General.

Que el niño con retraso mental logre la utilización funcional de las destrezas auditivas, visuales y visomotora orientadas al aprendizaje de la lecto-ortografía.

A) PERCEPCION AUDITIVA.

Objetivo Particular: Que el niño con retraso mental sea capaz de percibir adecuadamente los estímulos auditivos o sonidos de modo que sea capaz de reconocerlos e interpretarlos.

1) Agudeza y discriminación auditiva.

Objetivo Específico: Que el niño con retraso mental sea capaz de recibir y diferencias los estímulos auditivos.
Material: Reloj, grabadora.
Actividades:

- Examen informal: Se acerca un reloj pulsera a cada oído del niño, se le entrena para escucharlo y levantar su mano cuando deja de oírlo.-

Susurrar órdenes al niño desde distintas direcciones para cada oído Tintinear monedas para cada oído. Dar órdenes en voz normal frente a la clase y observar la respuesta.

- Ruidos comunes: Presentar figuras y los sonidos grabados de trenes, barcos, aviones, trueno, martillo, etc.
- Sonidos de animales: Usar figuras y sonidos grabados.
- Juegos imitativos: Con los niños volteados de espaldas, el padre o la madre hace botar la pelota 3 veces, golpea la mesa con un lápiz, tose, golpea vidrio con una cuchara, etc. El niño voltea e imita lo que escuchó lo graban y comparan sonidos.
- Oír juegos: Enseñar la imitación de juegos siguiendo un disco o cinta.

2) Asociación auditivo-vocal.

Objetivo Específico: Que el niño con retraso mental logre responder verbalmente de una manera significativa a los estímulos auditivos.

Material: Padre y madre.

Actividades:

- Asociación de lugar: Durante un minuto dime todas las cosas que puedas pensar cuando yo digo "niño" (dinero, campo, etc.).
- Completar oraciones: Enseñar al niño a escuchar el principio de una oración estímulo y luego completarla por asociación: "El color de este libro es_____. Mi nombre es_____, etc.
- Análisis de preguntas-respuesta: ¿Está mi mano debajo del escritorio? ¿Son los parques para vivir?. Pedir al niño que explique la respuesta.

- Diferencias de clases: ¿ Cuáles de las siguientes palabras no corresponden, pájaro, abejas, moscas, autos, etc.
- Juegos de analogías: Enseñar asociaciones verbales en analogías como: "En la mañana hay luz, en la noche_____".
- Análisis descriptivo: Relatar una historia corta y luego hacer preguntas, etc.
- Conversación general: Hacer participar al niño en conversaciones sobre actividades de días anteriores, deportes, etc.

  Grabar la conversación y escucharla. Estimular los comentarios intensivamente y asociación con las ideas.

3) Decodificación auditiva-vocal.

Objetivo Específico: Que el niño con retraso mental adquiera habilidad para comprender e interpretar sonidos o el lenguaje hablado.

Material: Figuras de animales, medios de transporte.

Actividades:

- Aparear: Colocar figuras de tren, vaca, perro, etc. en el pizarrón la madre dice un sonido y el niño señala la figura correspondiente
- Ruidos: El niño voltea mientras la madre folpea las manos, sopla un silbido, arruga un papel, etc. El niño luego se voltea y duplica el sonido.
- "Si o no". El niño responde a las preguntas con un sí o mueve la cabeza. Verbos: ¿ruedan los pájaros?, ¿Se mueven los autos?, etc.- Sexo: ¿Es un hombre, varón? ¿Son las niñas, mujeres?. Propósito: ¿Son las bicicletas para andar?, ¿Son las manos para caminar?, etc.
- "Igual o diferente": El maestro dá instrucciones al alumno para que diga si la segunda palabra es igual o diferente a la palabra está--

mulo, "casa-pasa", "perro-pero", "osa-cosa", "tirar-tiré".

- Instrucciones simples: "Busca un libro en el librero". "Pon tu mano sobre la cabeza, salta hasta la puerta y hacia atrás " etc.

- Representar cosas simples, como abrir la puerta, cortar con un cuchillo.

4) Memoria auditiva.

Objetivo Específico: Que el niño con retraso mental sea capaz de retener y evocar la información auditiva.
Material: Padre o madre.
Actividades:

- Sonidos de animales: "Haz como un perro, gato, cerdo, pato, etc.)
- Actividades diarias: ¿Qué hacemos al llegar a la escuela? ¿A qué hora vas a la escuela?, etc.
- Información general: "Dime qué hiciste el verano pasado".
- Comida: ¿Qué comiste en el desayuno?, ¿Qué va con sal?, etc.
- Repetición de historias: Contar una historia al alumno, después de algunas oraciones pedir al niño que diga la idea general expresada.
- Entrenamiento: Evocación gramatical: Enseñar por ejemplo el uso correcto del tiempo pasado, diciendo "el sábado pasado fui a la panadería. Compré pan". Pedir al niño que repita: El sábado pasado fui a la tienda. Compré _____". Se extiende al presenté, futuro, etc.

5) Secuencia Auditiva.

Objetivo Específico: Que el niño con retraso mental logre evocar en correcto orden y detalle una secuencia auditiva.

Material: Padres y niño.
Actividades:

- Pedir al niño que recite o cante las canciones que él sepa.
- Repetición de dígitos.
- Repetición intercalados con letras.
- Repetición al revés.
- Repetición de letras en el mismo orden en que se dicen o en el orden inverso.
- Contar bromas y juegos: Pedir al niño que las repita. Se extiende hacia cosas más delicadas.

B) PERCEPCION VISUAL.

Objetivo Particular: Que el niño con retraso mental perciba correctamente los estímulos y sensaciones visuales que recibe del medio ambiente para que sea capaz de interpretarlos.

1) Agudeza visual.

Objetivo Específico: Que el niño con retraso mental adquiera habilidad para ver y diferenciar significativa y adecuadamente los objetos que están dentro del campo visual.
Material: Libro de cuentos.
Actividades:

- Comida: Se coloca una manzana, galleta, caramelo, etc. a cierta distancia del niño, se le explica que es algo para comer y que

podrá comerlo si lo mira y lo describe. Se extiende la distancia - gradualmente hasta 4 metros.

- El padre y/o la madre describe a un niño del grupo y los niños - deben descubrir quién es.
- El niño mira por la ventana y describe todo lo que ve.
- Descripción de actividades: Un niño realiza diferentes actividades y los demás deben escribir lo que hace.
- Pedir al niño que describa figuras de un libro de cuentos.

2) Coordinación visual y seguimiento de objetos.

Objetivo Específico: Que el niño con retraso mental logre seguir objetos y símbolos con movimientos oculares coordinados.
Material: Pelota, lápiz, gis.
Actividades:

- Caminando: El niño se sienta al final del salón con la cabeza -- hacia adelante y sigue con la mirada al padre o madre caminando a lo largo y a lo ancho del salón.
- Saltando: El niño sigue con la mirada sin mover la cabeza, a otra persona que salta alrededor del salón en círculo y sobre un ocho.
- Enfoca objetos: El padre o la madre se sienta adelante del niño y dice: "Mira a la figura de la pared mientras cuenta hasta 5", - "Mira hacia la puerta". "Mira mi escritorio", etc.
- Hacer rodar una pelota: El padre o la madre hace rodar una pelota y pide al niño que la siga con la vista. El niño hace rodar la - pelota y la sigue con la vista contando hasta que la pelota se detiene.

- Seguir el lápiz: Tomar el lápiz con el brazo estirado en la mano dominante. Enfocar "Lápiz-madre", "lápiz-reloj", "lápiz-gis". - Practicar hacia la derecha e izquierda y objetos direccionales.
- Seguir el gis en el pizarrón: El niño sigue la línea escrita en - el pizarrón y señala con el dedo mientras se dibuja la línea de - izquierda a derecha.

3) Discriminación Visual.

Objetivo Específico: Que el niño con retraso mental sea capaz - de diferenciar visualmente objetos, formas, símbolos, posiciones,- detalles interiores de figuras y palabras.
Material: Figuras, colores, objetos para aparear.
Actividades:

- Aparear colores.
- Objetos concretos: Se ubican objetos de formas similares, se le - muestra uno al niño se le pide que encuentre el objeto idéntico.
- Diferencias de clases de objetos: Presentar una serie de botones- de diferentes colores y medidas, presentar otra serie y pedir al- niño que aparee los iguales, etc.
- Discriminación de figuras: Usar libros de figuras con objetos - variados y pedir al niño que señale determinadas figuras.
- Diferenciación de tamaño: Presentar series de diseños o figuras - idénticas con una lámina pequeña.

4) Diferenciación visual de figura fondo.

Objetivo Específico: Que el niño con retraso mental sea capaz de percibir objetos en primer plano y de fondo y separarlos - significativamente.

Material: Rompecabezas, colores, cartulina.
Actividades:

- Reducir los estímulos: Si es necesario se coloca al niño en un cubículo para restringir la percepción del medio. Se presenta una actividad por vez y se divide en sus partes componentes para diferencias visualmente.
- Diferenciación de objetos. "Señalar la muñeca que está al frente de la casa", "señalar la lámina de la pared", "señalar la casa grande sobre la montaña del otro lado de la calle", etc.
- Juego de rompecabezas: Comenzar con rompecabezas en que esté bien contrastada la figura y el fondo. Extender esta actividad complicando los límites de figura fondo.
- Descripción verbal: Se usan libros de figuras, etc. y pedir al niño que señale y describa lo que ve, etc.
- Figuras escondidas: Dibujar cartones de figuras escondidas. Se debe localizar, trazar y colorear en las figuras.

5) Memoria Visual.

Objetivo Específico: Que el niño con retraso mental logre recordar, evocar y crear una imágen visual o sea revisualizar. Puede ser un objeto, una gigura una serie de formas, letras, números o palabras.
Material: Tarjetas, lápiz, goma, clavo.
Actividades:

- Mostrar y esconder: Colocar un lápiz, goma, clavo, etc., sobre la mesa. Luego se cuenta hasta 10 mientras el niño lo observa. El niño se voltea y se quita un objeto, luego el niño debe encontrar el

objeto que se retire entre otros.

- Evocación verbal general: Pedir al niño que describa en detalle lo que tome para el desayuno, cómo es una cabeza, cómo es el Director de la escuela, etc.
- Tarjetas de percepción: Se colocan tarjetas en una bandeja. Se expone brevemente el modelo. Luego se quita y se le pide al niño que señale el duplicado. Repetir los ejercicios tapándose un ojo por vez.
- Secuencia de objetos: Ordenar tarjetas de figuras en una bandeja. Se quitan las tarjetas y se mezclan, y se le dan al niño para que los acomode en la secuencia original.

6) Memoria Visomotora.

Objetivo Específico: Que el niño con retraso mental sea capaz de reproducir con el movimiento corporal o digital experiencias visuales previas.

Material: Diseños de círculos, cuadrado, triángulo, cuentas, objetos simples.

Actividades:

- Se presentan a los niños series de diseños dibujados, se muestran 5 minutos, se remueven y se pide a los niños que los reproduzcan de memoria caminando o con el brazo o con el dedo, línea vertical, círculo, cuadrado, triángulo,etc.
- Colocar objetos simples como un avión, auto, muñeca, se le deja al niño observarlos por 1 minutp. Se cubren los objetos se quita uno y se colocan en una caja con otros objetos. Luego se le pide al niño que busque el objeto que falta.
- Colocar un patrón de cuentas en una cuerda, mostrarla al niño 10 seg. se quitan y se le pide al niño que haga uno igual se va

disminuyendo el tiempo y complicando los patrones.

7) Coordinación Visomotora Fina.

Objetivo Específico. Que el niño con retraso mental logre - coordinar músculos finos necesarios para las tareas de coordinación ojo-mano.

Material: Gis, pizarrón o lápiz y papel, cierres, enchufe, botones, clavos, cuentas.

Actividades:

- Trazar líneas verticales, círculos, cuadrado, triángulo y rombo - sobre el papel o pizarrón. Hacer pasar al niño y trazar las figuras en el papel o pizarrón con los dedos, las figuras se contorn-- nean en el pizarrón, primero con los dos y luego con gis.
- El maestro prepara tableros con broches, botones, llaves, enchu-- fes, cierres, botones, clavos, etc. El niño debe ir manipulando - éstos objetos de dificultad creciente.
- Ensartando cuentas, enhebrando cuentas, luego agujas.

8) Manipulación Visomotora de Espacio y forma.

Objetivo Específico. Que el niño con retraso mental logre - moverse en el espacio y manipular materiales de tres dimensiones.

Material: Formas geométricas, bloques, martillo, clavo, sierra, - rompecabezas.

Actividades:

- Se presentan al niño formas geométricas de conos, esferas, cubos, cilindros, prismas triángulos y cilindros. El niño debe jugar, - hacer construcciones espontáenas.
- Construír proyectos simples con bloques de construcción y hacer - que el niño copie el modelo. Los niños construyen figuras-mosaico.

Construír modelos de tableros con pijas y canicas. Estimular el uso de juegos de armar. Uso de modelado de arcilla, crear formas básicas y vasijas.

- Actividades con martillo, clavos y sierra, los niños cortan y unen maderas en forma espontánea y copiando objetos modelo.
- Juegos y rompecabezas de tres dimensiones.

9) Velocidad de aprendizaje visomotor.

Objetivo Específico: Que el niño con retraso mental desarrolle destreza y agilidad visomotora en experiencias repetitivas controladas.

Material: Clavos, tornillos, alfileres, letras, números.

Actividades:

- Saltar con los pies juntos sobre una soga o barra, aumentar la altura gradualmente.
- Colocar en una caja clavos, tornillos, alfileres. Pedir al niño que los separe en sus cajas correspondientes y se lleva un record del tiempo. Premiar al niño que lo haga más rápidamente.
- De igual forma tener mezcladas letras y números de diferentes tamaños y pedir que los seleccione en grupos, medir el tiempo empleado y tratar de acelerar el procedimiento.
- Presentar series de símbolos simples para tareas de copia, aumentando la velocidad. El niño luego copia letras y números al azar.

10) Integración Visomotora.

Objetivo Específico: Que el niño con retraso mental sea capaz de integrar habilidades visomotoras totales en la resolución de problemas complejos.

Material: Lápiz y papel.
Actividades:

- Pedir al niño que haga una figura de sí mismo y una de otro. Luego pedirle que dibuje una figura del padre o la madre. Para el niño - que tiene dificultades, hacerle señalar las partes de su propio - cuerpo e incluírlas en el dibujo.
- Cortar en partes figuras de personas y hacer que los niños elaboren sus propios rompecabezas pegando figuras en cartulina, luego recortarlo en varias piezas y armarlo. Pueden después hacer rompecabezas de objetos comunes y de escenas de la misma forma. Gradualmente hasta llegar a armar los de piezas pequeñas.
- Escribir palabras y oraciones en letra de imprenta en el pizarrón y hacer que los niños las copien con crayones en hojas, hacer que los niños las recorten en rompecabezas y los armen.

VI. DESARROLLO DEL LENGUAJE.

Introducción.

En esta área se intenta que el niño adquiera un vocabulario amplio y fluidez verbal para que logre un desenvolvimiento adecuado.

Objetivo General.

Que el niño con retraso mental logre la mayor y mejor utilización del lenguaje como instrumento del pensamiento.

A) VOCABULARIO Y EVOCACION DE PALABRAS.

Objetivo Particular. Que el niño con retraso mental sea capaz de comprender y usar las palabras adecuadas en formas significativas.

Material: Juegos de acción, tarjetas de figuras.
Actividades:

- Estimular las respuestas del niño haciéndole imitar acciones sentarse, tocarse la nariz, golpear las manos, etc., luego series de dos o tres acciones.
- Hacer juegos de acción en que se mencionan y realizan las acciones simultáneamente.
- Enseñar a reconocer e identificar sonidos onomatopéyicos. Hacer imitar los sonidos y luego reconocerlos en discos y figuras.
- Decir palabras significativas y sin sentido y que el niño reconozca las significativas, usando su vocabulario de acuerdo a su edad.
- Estimular la evocación inmediata del nombre de objetos usando tar con figuras.
- Desarrollar un plan de enseñanza diaria de un cierto número de palabras, que serán utilizadas en las diferentes tareas y actividades motrices de ese día y reforzadas en días subsiguientes, esta enseñanza debe basarse en el manejo de objetos concretos.

B) FLUIDEZ Y CODIFICACION.

Objetivo Particular: Que el niño con retraso mental adquiera habilidad para expresarse verbalmente, usando el lenguaje como instrumento del pensamiento.
Material: Tarjetas secuenciales, títeres, marionetas.
Actividades:

- Colocar tarjetas en una caja, el niño debe sacarlas y rápidamente decir qué es y para qué sirve.

- Pedirle que diga lo más rápidamente posible todo lo que hay en el salón, los nombres de sus parientes y amigos, etc.
- Usar láminas para ilustrar cuentos y estimular la participación de los niños ya sea describiendo las láminas del cuento o relatándolo a sus hermanos.
- Usar series de tarjetas secuenciales. El niño las ordena y explica de qué se trata la historia.
- Usar títeres y marionetas para estimular la asociación de voces y características de los personajes. Debe hacerse participar a los niños lo más posible.
- Dedicar un rato diariamente para que el niño platique lo que hizo, lo que vió al ir a la escuela, lo que comió el día anterior.

C) DESTREZA FONETICA.

Objetivo Particular: Que el niño con retraso mental adquiera la habilidad para analizar y sintetizar palabras fonéticamente por sílabas y por sonidos.
Material: Padre y/o madre.
Actividades:

- Hacer repetir al niño los sonidos de las vocales y consonantes.
- Pedir al niño que diga palabras que empiecen con un sonido dado.-- Esta ejercitación se realiza a través de juegos, por ejemplo: un niño comienza diciendo, "tengo un burrito cargado de dulces" y avienta el burrito a otro que debe decir lo mismo con la misma inicial.
- Enseñar al niño la asociación de cada sonido con el símbolo correspondiente (la letra).

- Iniciar al niño en el reconocimiento auditivo de sílabas compuestas. Ejemplo: buscar palabras que empiecen con pl, br, tr, etc., hacer juegos, si presentan dificultades mostrar jueguitos de plástico o figuras de objetos que empiecen con la sílaba requerida.
- Se realiza el trabajo de análisis y síntesis fonético en forma oral y visual para el vocabulario nuevo que se quiere enseñar.

D) INFORMACION GENERAL.

Objetivo Particular: Que el niño con retraso mental sea capaz de adquirir y utilizar la información que le brinda la educación y la experiencia.
Material: Lápiz, hojas, muñecos.
Actividades:

- Familia y hogar.
- Jugar a hacer una casita e inventar mobiliario.
- Formar familias de muñecos.
- Pedir al niño que dibuje a su familia.
- Platicar sobre los miembros de la familia, sus gastos, actividades, intereses, ocupaciones.
- Organizar visitas a los lugares de trabajo del papá o de la mamá de los niños.
- Observar y hablar sobre la vida familiar en otras regiones.
- Salir a pasear en los alrededores de la casa, observar y hablar sobre lo que ve.
- Hacer dibujos sobre su casa, barrio, etc.
- Tener algún animalito y cuidarlo, hablar sobre el cuidado de los animales, las responsabilidades que implican.

- Visitar un supermercado, tiendas, oficinas públicas, zoológicos, parques y lugares de recreación, enseñar al niño cómo llegar a estos lugares, qué encuentra en ellos, para qué ir a ellos.
- Hablar de las distintas profesiones: quiénes construyen una casa, quiénes trabajan en el hospital, etc., con qué instrumentos o materiales.

E) CLASIFICACIONES.

Objetivo Particular: Que el niño con retraso mental logre reconocer y agrupar por clases y usarlas para establecer relaciones lógicas.

Material: Colores, papel, palitos, canicas, etc.

Actividades:

- Agrupar elementos idénticos.
- Comenzar por agrupar por color, papeles, palitos, canicas, etc. iguales pero de diferente color.
- Agrupar por color, objetos diferentes, calcetines, zapatos, juguetes, etc.
- Agrupar formas geométricas coloreadas de diferentes tamaños y agruparlas primero por color, luego por forma.
- Hacer que el niño encuentre un objeto idéntico a otro, sillas, bancas, gises, etc.
- Usar figuras para desarrollar la generalización del mismo color, forma, de igual función, transportes, comida, ropa, juguetes, aparatos eléctricos, agrupar y describir las cualidades de la clase por función.
- Caracterización de elementos similares.

- Introducir la clasificación por posición en tiempo y espacio incluyendo: alto-bajo; arriba-abajo; primero-último; más-menos; nuevos-viejos, etc.)
- Seleccionar grupos entre figuras de letras, números, señales de tránsito o seguridad, etc.

CAPITULO VI
COMENTARIOS Y SUGERENCIAS.

Considero importante que a futuro se vaya perfeccionando cada vez más el programa y que se consideren los aspectos afectivos de los padres para que acepten la problemática de su hijo con retraso mental y de esa manera puedan dar más de sí, ya que en ocasiones por los sentimientos que experimentan toman actitudes inadecuadas, como rechazo, sobreprotección, etc.

Para próximos estudios se sugiere que al ser implementado el programa de estimulación en el hogar para niños con retraso mental se realice una forma objetiva de evaluación para verificar si los padres llevan a cabo de manera adecuada y constante el programa y otro para ver si ha evolucionado el niño, además se considera necesario concientizarlos de la problemática de su hijo en particular, así como de sus limitaciones para que si no se obtienen logros rápidos no vayan a experimentar frustración y abandonen el programa.

Debe existir coordinación entre padres-maestro-orientador (del programa), para resolver dudas y evaluación del niño y no lleguen a existir contradicciones en el manejo de la educación.

La guía de recursos pedagógicos se ha diseñado para ser aplicado, según las habilidades, capacidades, aptitudes y destrezas de los niños en forma intensiva, deben ser desarrolladas todas las áreas simultáneamente, siempre según las habilidades, por lo que no se especifica el tiempo o número de becas que se debe realizar la actividad, ni el tiempo que durará en programa total.

Estas actividades no son todas las que se pueden enseñar pero puede servir de guía a los padres para que posteriormente ellos puedan crear otras. Tomando en cuenta limitaciones que puedan tener los padres de practicar algunas actividades como falta de espacio para trabajar con el niño, falta de privacidad, de material y equipo que no posean o les sea difícil elaborar, se dará la libertad de modificarlas y/o practicarlas cuando asistan a áreas recreativas, notificando todo cambio al orientador para que no se vaya a perder el objetivo de la actividad o actividades. Se requiere de tacto y sensibilidad para llevar al niño por senderos sencillos y facilitarse un aprendizaje lo menos complicado y agradable.

CITAS BIBLIOGRAFICAS.

(1) Robert P. Ingalls (1982). Retraso Mental, la nueva perspectiva. México, D.F. Editorial El Manual Moderno. Pg. 81.

(2) Ibidem, pg. 95.

(3) Ibidem, pg. 95.

(4) Ibidem, pg. 95.

(5) Ibidem, pg. 52.

(6) Ibidem, pg. 54.

(7) Ibidem, pg. 56.

(8) Ibidem, pg. 96.

(9) Alfred M. Freedman, Harold I. Kaplan, Benjamín J. Sadock (1980). Compendio de Psiquiatría. Bercelona. Editorial Salvat - pg. 338.

(10) Robert P. Ingalls (1982). O.P. Cit. Pg. 99.

(11) Ibidem, pg. 100.

(12) Ibidem, pg. 101.

(13) Ibidem, pg. 102.

(16) Ibidem, pg. 103.

(17) Ibidem, pg. 104.

(18) Alfred M. Freedman, Harold I. Kaplan, Benjamín J. Sadock (1980). OC. Cit. pg. 340.

(19) Robert P. Ingalls (1982) O.P. Cit. Pg. 109.

(20) Ibidem, pg. 131.

(21) Ibidem, pg. 131.

(22) Alfred M. Freedman, Harold I. Kaplan, Benjamín J. Sadock (1980) O.P. Cit. pg. 246.

(23) Ibidem, og. 247.

(24) Robert P. Ingalls (1982) O.P. Cit. Pg. 202.

(25) Ibidem, Pg. 203.

(26) Ibidem, Pg. 203
(27) Ibidem, Pg. 204
(28) Ibidem, 221.
(29) Ibidem, pg. 221.
(30) Ibidem, pg. 242.
(31) Ibidem, pg. 242.
(32) Ibidem, pg. 60.
(33) Ibidem, pg. 60.
(34) Ibidem, pg. 60.
(35) Ibidem, pg. 243.
(36) Ibidem, pg. 244.
(37) Ibidem, pg. 245.
(38) Ibidem, pg. 245.
(39) Ibidem, pg. 248.
(40) Ibidem, pg. 260.
(41) Pedro Solis-Cámara Reséndiz (1982). Revista de Salud Mental. -- México, D.F. pg. 4.
(42) Ibidem, pg. 5
(43) Ibidem, pg. 5.
(44) Ibidem, pg. 5.
(45) Robert P. Ingalls (1982) O.P. Cit. pg. 289.
(46) Ibidem, Pg. 290.
(47) Ibidem, Pg. 291.
(48) Ibidem, Pg. 293.
(49) Ibidem, Pg. 294.
(50) Ibidem, Pg. 298.
(51) Ibidem, Pg. 299.

BIBLIOGRAFIA.

Alfred M. Freedman, Harold I. Kaplan,
Benjamín J. Sadock.
Compendio de Psiquiatría.
España, 1980.
Salvat Editores, S.A.

Cruickschank, William M.
El niño con daño cerebral en la sociedad, el hogar y en la comunidad
México, D.F., 1981.
Editorial Trillas.

Diane E. Papalia y Sally Wendkos Olds.
Psicología del desarrollo "de la infancia a la adolescencia".
Bogotá, Colombia, 1978.
Editorial Mc. Graw-Hill Latinoamericana, S.A.

Friedrich Dorsh.
Diccionario de Psicología.
España, 1977.
Editorial Herder.

Garren Lumpkin.
Estimulación precoz para niños minusválidos.
Costa Rica, 1981.
Oficina del convenio Internacional de rehabilitación copatrocinio. -
Centro de docencia e investigación caja costarricense de seguro so--
cial.

Universidad del Edo. de Michigan.

Ingalls, Robert P.
Retraso mental la nueva perspectiva.
México, D.F., 1982.
Editorial El Manual Moderno.

Ma. Gpe. Rentería López Velarde.
Tesis: Diseño de un programa de reeducación del niño disléxico.
Guadalajara, Jal., 1985.

Margarita Nieto.
El niño disléxico. Guía para resolver las dificultades en la lectura y escritura.
México, D.F., 1982.
Ediciones Científicas la Prensa Médica Mexicana, S.A.

Pedro Solis-Cámara Reséndiz.
Revista Salud Mental. Volúmen 5. No. 4. Año 5.
México, D.F., 1982.
In