



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

CAMPUS "IZTACALA"

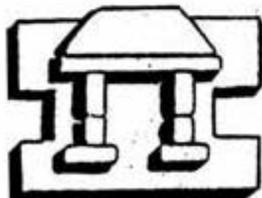
EL PSICOLOGO Y EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO  
EN LA EDUCACION ESPECIAL

PO 1476/97  
Ej. 3

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA  
P R E S E N T A N  
**VENCES JAIMES VERONICA**  
**RIVAS MIRA ALMA ROSA**

ASESORES: FRANCISCA BEJAR NAVA  
CLARA BEJAR NAVA  
VICTOR MANUEL ALVARADO GARCIA



IZTACALA

LOS REYES IZTACALA, EDO. MEXICO

1997



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

*\* PLEGARIA DE UN NIÑO INVALIDO \**

*Acéptame como soy, en razón de  
justicia y no de piedad.*

*Liberame de la ignorancia y la  
dependencia por tu labor de cuidado.*

*Transformame en un ser útil, porque  
no quiero vivir de limosnas.*

*Pon en mis labios la luz de una sonrisa  
y no la sonrisa triste del miedo.*

*Ayúdame a no ser una carga para mis padres  
logrando mi reintegración social.*

*Reflexiona, mi comienzo fué igual al tuyo.*

*Sabe que las ilusiones que acompañaron mi nacer, fueron las  
mismas que soñaron tus padres. Despierta con tu afecto mi  
fuerza contra la agresividad que avasalla.*

*Mirame, soy humano como tú.*

*PENSAMIENTO ANONIMO ESCRITO POR UN  
NIÑO CON PARALISIS CEREBRAL.*

**\*\* A DIOS**

POR HABERME PERMITIDO LLEGAR AL TERMINO DE MIS ESTUDIOS Y SOBRE TODO POR HABERME PUESTO EN MI CAMINO A TANTAS PERSONAS QUE DE UNA U OTRA MANERA ME HAN APOYADO.

GRACIAS POR LA LUZ Y POR EL DIA, POR LOS RATOS DE DOLOR POR TODA MI ALEGRIA, POR LO QUE DE MI HICISTE Y POR MIS SUEÑOS LOGRADOS.

**\*\* A MIS PADRES:**

HERIBERTO VENCES GONZALEZ  
VIRGINIA JAINES CAMPUSANO

**¡ GRACIAS ! POR QUE:**

DE NO HABER SIDO POR EL APOYO AMOROSO DE USTEDES, SUS ESTIMULOS Y SU VALIOSA CONFIANZA EN MI DESTINO, JAMAS HABRIA LLEGADO A LA CIMA, LA CUAL CONSTITUYE LA HERENCIA MAS VALIOSA QUE PUDIERA RECIBIR, POR ESO, CON GRATITUD PERMANENTE, ENOCION Y RESPETO, HOY TE DIGO: GRACIAS, HE CUMPLIDO, INICIO EL CAMINO, DE HOY EN ADELANTE LA RESPON - SABILIDAD ES MIA.

VERO.

**\*\* A MIS HERMANOS:**

ING. JORGE, ING. SERGIO, SRIA. CELIA,  
LIC. CESAR, LIC. BRUNI, LIC. HERIBERTO Y  
LIC. VICKY.

POR HABERME DADO UN GRAN EJEMPLO, POR  
HABERME APOYADO EN TODO MOMENTO  
PARA LA TERMINACION DE MIS ESTUDIOS  
Y POR SER UNA PARTE IMPORTANTISIMA  
EN MI VIDA.

VERO

**\*\* A NUESTRA MAXIMA CASA DE ESTUDIOS:**

**" UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO"  
CAMPUS IZTACALA**

**POR HABERME ABIERTO SUS PUERTAS Y CON ELLO LOGRAR UNA  
DE MIS METAS MAS PRESIADAS.**

**\*\* A MIS MAESTROS:**

**PORQUE GRACIAS A ELLOS TENGO LOS CONOCIMIENTOS BASICOS  
PARA PODER EJERCER MI CARRERA.**

**MAESTRO, PADRE INTELLECTUAL QUE HAS DADO LUZ A MIS OJOS,  
ALIENTO A MI CEREBRO, BONDAD A MI ALMA, VERDAD A MIS  
PALABRAS, RECTITUD A MIS ACTOS,  
¡BENDITO SEAS!**

**¡MIL GRACIAS!**

**ASESORES: FRANCIS BEJAR, CLARA BEJAR Y VICTOR MANUEL  
ALVARADO. POR AYUDARME HA HACER REALIDAD UNA META MAS.**

**\*\* A TI FER**

**QUE ERES EL PILAR EN QUIEN ME APOYO CUANDO ESTOY A PUNTO  
DE FRACASAR, POR ESTAR CERCA DE MI, COMPARTIENDO LAS  
EXPERIENCIAS MAS IMPORTANTES DE MI CARRERA.**

**¡ GRACIAS ¡**

**POR TU COMPRENCION,  
POR TU CONFIANZA,  
POR CREER EN MI,  
EN FIN MIL GRACIAS.**

**VERO.**

SI TIENES UN AMIGO, HAS MEREcido UN DON DIVINO. LA AMISTAD LEAL, SINCERA Y DESINTERESADA, ES LA VERDADERA COMUNION DE LAS ALMAS. ES MAS FUERTE QUE EL AMOR, PORQUE ESTE SUELE SER CELOSO, EGOISTA Y VULNERABLE. LA VERDADERA AMISTAD PERDURA Y SE FORTALECE A TRAVES DEL TIEMPO Y LA DISTANCIA.

GRACIAS:

LIC. ELIDE BARRETO

LIC. DANIEL SOTO

LIC. ROSALBA DE LA ROSA

**\*\* A DIOS:**

POR BRINDARME LA DICHA DE TENER UNA  
PROFESION.

POR SER EL MEJOR AMIGO Y NO DEJARME  
CAMINAR SOLA EN ESTE MUNDO LLENO DE  
TRIBULACIONES E INJUSTICIAS.

PERO SOBRE TODO POR DARME LA BENDICION Y  
LA DICHA DE TENER UNA FAMILIA DONDE  
EXISTE EL AMOR.

**\*\* A MIS PADRES:**

A ESTAS DOS PERSONAS QUE ME DIERON LA VIDA Y QUE  
ESTUVIERON CON MIGO EN MIS DERROTAS Y EN MIS TRIUNFOS.

QUE ME ENSEÑARON A AMAR, A PERDONAR Y A LUCIAR POR LO  
QUE UNO QUIERE.

GRACIAS POR ENSEÑARME LO QUE ES LA VIDA, POR CORREGIRME  
Y POR PERDONAR MI CONDUCTA INGRATA, POR SU COMPRESION.

POR ESTO Y MUCHO MAS... ¡ GRACIAS QUERIDOS PADRES!

ALMA ROSA

**\*\* A MI HERMANO:**

GRACIAS TE DOY POR APOYARME, QUERERME Y POR CREER EN  
MI COMO LO HAZ HECHO HASTA AHORA.

POR ENSEÑARME A USAR PALABRAS COMO LA ESPERANZA,  
CONFIANZA, FE Y VICTORIA.

ENSEÑARME EL SECRETO PARA OBTENER LO QUE QUIERO DE LA  
VIDA Y DE CREER FIRMEMENTE QUE LO PUEDO ALCANZAR.

GRACIAS POR SER MI AMIGO.

ALMA ROSA

**\*\* GRACIAS AMIGO POR...**

**CAMINAR CONMIGO Y CREER EN MI.  
ENTREGARME TU AFECTO.  
ESCUCHARME Y DARME LAS PALABRAS Y CONSEJOS  
DE ALIENTO.  
HACERME VER MIS ERRORES Y DEBILIDADES A  
TIEMPO.  
ESTAR CONMIGO EN LOS MALOS Y BUENOS  
MOMENTOS.  
POR ESTO Y MUCHO MAS...  
¡GRACIAS AMIGO!**

**UN AGRADECIMINETO MUY ESPECIAL A MIS ASESORES:  
FRANCIS BEJAR, CLARA BEJAR Y VICTOR MANUEL ALVARADO.**

**GRACIAS POR SU CONTINUO RESPALDO, ESTIMULO Y  
DEDICACION QUE ME BRINDARON DURANTE EL TIEMPO DE MI  
PREPARACION Y REALIZACION DE ESTE TRABAJO.**

**ALMA ROSA**

LA AMISTAD NO SE CONQUISTA, NO SE IMPONE; SE CULTIVA  
COMO UNA FLOR; SE ABONA CON PEQUEÑOS DETALLES DE CORTESIA,  
DE TERNURA Y DE LEALTAD; SE RIEGA CON AGUAS DE CARIÑO  
SILENCIOSO. NO IMPORTAN LAS DISTANCIAS, LOS NIVELES  
SOCIALES, LOS AÑOS O LAS CULTURAS. LA AMISTAD TODO LO BORRA.

EL RECUERDO DEL AMIGO LEJANO, DEL AMIGO DE LA NIÑEZ O DE  
LA JUVENTUD, PRODUCE LA INTIMA ALEGRIA DE HABERLOS CONOCIDO.  
NUESTRA VIDA SE ENRIQUECIO CON SU CONTACTO POR BREVE QUE  
HAYA SIDO.

LIC. MARIA DEL CARMEN MURGUIA

GRACIAS POR SU COMPRENCION, SU APOYO  
Y SOBRE TODO POR CREER EN NOSOTRAS,  
CON ADMIRACION Y PROFUNDO RESPETO  
VERO Y ALMA ROSA

# I N D I C E

## R E S U M E N

I N T R O D U C C I O N ..... 1

### **CAPITULO I**

PANORAMA HISTORICO DE LA EDUCACION  
ESPECIAL ..... 11

### **CAPITULO II**

BREVE HISTORIA DE LA EDUCACION ESPECIAL  
EN MEXICO ..... 42

### **CAPITULO III**

EL DESEMPEÑO PROFESIONAL DEL  
PSICOLOGO ..... 55

### **CAPITULO IV**

EL PSICOLOGO Y EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO  
EN LA EDUCACION ESPECIAL ..... 104

CONCLUSIONES ..... 141

BIBLIOGRAFIA ..... 155

## R E S U M E N

A lo largo de la historia de la humanidad, han existido personas que presentan diversos impedimentos físicos y/o psicológicos, mismos que han recibido, distintas formas de trato y atención, dependiendo del momento histórico del cual se trate, conformandose así lo que es la historia de la Educación Especial, la cual es descrita en nuestro trabajo de acuerdo a seis etapas en las que han contribuido muchas personas, logrando su reconocimiento oficial. Este campo de actividad, es apoyado por diversos profesionales cada vez más preparados, ya que actualmente hay una gran demanda de este servicio. Dentro de los profesionales que intervienen en esta área y conforman el equipo multidisciplinario, se encuentra el Psicólogo con una gran gama de actividades y funciones, siendo éste el tópico en el cual se desarrolla nuestro trabajo. Ya que la labor conjunta de estos profesionales brinda una mejor ayuda y apoyo a los niños y sus familias, con lo cual permiten que este tipo de población sea incorporado y tenga mas participación en su medio social y productivo, logrando con ello una mayor autonomía y desarrollo personal.

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

La historia nos muestra una sucesión de las distintas maneras en que el individuo con impedimentos físicos y/o psicológicos ha sido considerado y tratado por la sociedad de acuerdo a la época. Así por ejemplo durante algunos periodos se creía que estos problemas eran causados por fuerzas espirituistas y demoniacas, motivo por el cual eran tratados por el clero mediante exorcismos, para liberarlos de ellas. Actualmente la situación es distinta, hoy se atiende a las personas según el problema que presenten tomando en cuenta el grado de afectación para así proporcionar un programa acorde con sus necesidades.

Existe, pues un progreso en cuanto a la etiología, tratamiento y profesional que atiende

el problema que presente el individuo. Es así como los cambios que se han presentado en los diversos ámbitos (económico, social y cultural) han hecho que actualmente la identidad pase a ser preocupación de primera magnitud para todos sin excepción.

Cada individuo necesita replantearse quién es realmente. Como lo menciona Harrsch, (1985) con frecuencia el psicólogo se olvida de que él mismo puede ser objeto de investigación. La psicología no es una plataforma elevada desde donde se puede mirar serenamente lo que el hombre hace y experimenta. Por el contrario, los psicólogos participan en las escenas que observan y su actividad científica y profesional está íntimamente ligada al contexto socio - cultural.

En su ejercicio profesional, el psicólogo podrá fungir como agente de cambio social en la medida

en que crezca como persona, tome conciencia y sentido de responsabilidad social a través del trabajo y la reflexión constante de su experiencia en grupos y por ende cuando desarrolle la personalidad social.

(Marquez (1987), menciona que la labor del psicólogo en la Educación Especial tiene por objeto atender a las personas que por sus características físicas o psicológicas, pueden presentar dificultades de diferente naturaleza y grado para progresar con los programas de la escuela regular, sin embargo no difiere en su esencia de la educación regular ya que parte de sus principios y fines generales, siendo la naturaleza y el grado de los problemas, las variables que determinan sus objetivos específicos y programas adicionales o complementarios individualizados que son aplicables con carácter transitorio o permanente

en instituciones educativas especializadas o en las mismas escuelas regulares.)

Lo anterior significa que se aplican programas individuales y/o grupales que son complementarios a la enseñanza de las escuelas regulares y pueden ser aplicadas permanentemente o por algún tiempo para así poder incorporar a los individuos a su medio social y que puedan participar en el.

(La Educación Especial en la actualidad va teniendo avances muy importantes, entre los que destaca la intervención de diversos profesionistas, que conforman el equipo multidisciplinario, y cuya labor puede ser de gran ayuda a nuestra sociedad, por ser este un problema multifactorial, porque no podemos olvidar que el hombre está constituido por tres grandes esferas que son: la biológica, la psicológica y la

social. Si un individuo presenta algún problema puede estar vinculado a cualquiera de las tres esferas mencionadas anteriormente o a más de una por tal motivo es necesaria la intervención de más de un profesional para que así se le brinde el apoyo y la orientación más adecuado a su problema. El fin último de la función de estos profesionales, en especial la del psicólogo en nuestro país, debe ser la formación de personas bajo una concepción científica, desarrollando en toda su plenitud humana sus capacidades intelectuales, físicas y fomenten elevados gustos estéticos y sentimientos, por lo cual los objetivos de la Educación Especial deben ser planteados tomando siempre en consideración las características concretas de cada persona deficiente, los principios teóricos y metodológicos de todas las ciencias que puedan intervenir, así como los métodos y procedimientos especiales necesarios para el desa-

rollo del trabajo de los diferentes profesionales en las Escuelas Especiales.)

Uno de los problemas más graves se presentan cuando los padres y maestros se dan cuenta demasiado tarde de que el niño presenta problemas en su desarrollo ya sea de lenguaje, aprendizaje académico o en sus habilidades motoras, lo cual trae como consecuencia que su tratamiento y el pronóstico de rehabilitación o habilitación sea menos favorable y satisfactorio y más prolongado, por tal motivo nosotras creemos necesario que los padres estén siempre al tanto de el desarrollo de sus hijos para que cuando observen alguna anomalía en cualquiera de las áreas antes mencionadas acudan con el especialista adecuado al problema que el niño presenta, para que sea tratado lo más pronto posible.

Dado lo anterior nuestro objetivo a desarro-

llar es: Analizar la labor de cada uno de los profesionales que conforman el equipo multidisciplinario en coordinación con el psicólogo, lo cual conlleve a dar información y por ende una solución más óptima en un caso de Educación Especial, ya que consideramos que al tener un panorama de la función de cada uno de los profesionales, podrá abrir un nuevo camino y una esperanza, ya que sólo un plan de rehabilitación multidisciplinario, con plena conciencia de grupo y despojado de una sobrevaloración natural de especialistas, como lo mencionan Nuñez; Nava; Molina; Cuevas; Díaz; Domínguez y Cueli (1991), podrá redituar buenos resultados. Además que el conocimiento previo de los resultados, para los cuales habrán de fijarse diferentes metas dentro de la lógica de cada caso, evitará la sensación de frustración y engaño hacia los padres y el paciente y también evitará que se intenten tratamientos poco éticos, tanto a nivel local como internacional, por las falsas

promesas de una curación mágica o el rechazo de personas con algún problema específico, pensando que son una lacra para la sociedad. Esto conllevará además a que exista una aproximación o semejanza al desarrollo normal para lograr una integración social adecuada y una incorporación a la vida productiva como miembros activos de la sociedad.

Para poder llevar a cabo este objetivo en el presente trabajo nosotras lo dividimos en cuatro capítulos.

Capítulo I. Se dará un panorama histórico de los momentos más importantes del desarrollo de la Educación Especial. En este, nosotras contemplamos el desarrollo de manera general, es decir tomando en cuenta diferentes lugares.

Capítulo II. Haremos una breve reseña histó-

rica de la Educación Especial en nuestro país. Proporcionaremos ciertas circunstancias y personajes que contribuyeron en el desarrollo de esta educación en México, desde la creación de escuelas gubernamentales hasta las de asociaciones civiles.

Capitulo III. Analizaremos nuestro trabajo dentro de las escuelas de Educación Especial, tomando en cuenta para esto dos tipos de clasificación que se utilizan para saber que persona necesitan de esta educación, posteriormente analizaremos las funciones que realizamos, las cuales hemos dividido en dos grupos (tradicionales y no tradicionales) las primeras son las que tienen más demanda y las segundas sólo son realizadas esporádicamente y por último mencionaremos la ética que nos rige como especialistas en psicología a la hora de la realización de nuestro trabajo.

Capítulo IV. Haremos mención de las actividades del psicólogo y de el equipo multidisciplinario inmerso en la Educación Especial. Lo anterior es uno de los principales avances que se han presentado. El describir cada una de las funciones de estos profesionales nos ayudara a conocer más las áreas que son afines para dar una mejor atención a la persona que lo requiera.

Finalmente presentaremos nuestro punto de vista acerca de como han sido los avances que hasta ahora ha tenido la Educación Especial así como la importancia de los profesionales inmersos en ella, resaltando la importancia de nuestra función como psicólogos.

# CAPITULO

I



## **CAPITULO I**

### **PANORAMA HISTORICO DE LA EDUCACION ESPECIAL**

La Educación Especial es el área en que se desarrollan diferentes procedimientos para hacer frente a la problemática de personas que padecen retardo en el desarrollo (Bejar y Mora, 1991). El interés que se ha despertado sobre el tema, está en función de los vertiginosos cambios sociales que se inician desde la creación de tecnología encaminada al acercamiento y aceptación de éstos en su ámbito social. La sociedad y la ciencia se interesaron por ésta problemática desde hace mucho tiempo, ya que como lo menciona Ingalls 1982, Citado en Bejar y Mora, 1991), el retardo siempre ha estado presente desde que existe el hombre, ya que datos que se han obtenido en la actualidad a través de exámenes de rayos X realizados por Rolski y Lippman en 1965 a momias Egipcias muestran anomalías relacionadas con el retardo

causado por epilepsia. Otra de las fuentes de información son los objetos y escritos Mayas, Aztecas e Incas, mostrando estos últimos que los retardados tenían funciones religiosas y sociales (Clelan, 1978; Citado en Bejar y Mora, 1991). Pero son pocos los antecedentes que existen acerca de la forma en que eran tratadas dichas personas tanto por su familia como por la sociedad, incluso se utilizaron varios términos para designarlos según las circunstancias histórico-sociales de cada época.

Dado lo anterior daremos un panorama de las épocas en las que se presentan los cambios de la Educación Especial, centrándonos en los 5 periodos mencionados por Gearheart, y Litton (1979, Citados en Leal y López, 1982), los cuales reflejan el incremento del interés social en los retardados, ya que en un inicio hay escasez de información registrada acerca del retardo, mien -

tras que en los periodos finales, se encuentra más información al respecto.

Los periodos y eras asociadas, usadas para describir la historia del retardo son las siguientes:

1. *HISTORIA TEMPRANA* La era de la superstición.
2. *SIGLO XIX* La era de las instituciones.
3. *PRINCIPIOS DEL SIGLO XX* La era de las escuelas públicas de clases especiales.
4. *1950 a 1960* La era de la legislación e interés popular para el retardo.
5. *1970* La era de la normalización y legislación.

Pero el desarrollo de la Educación Especial no se ha quedado ahí, por lo cual nosotras agregamos un periodo al avance de ésta área:

6. 1980 a 1990

## INTEGRACION

## \*\*\* LA ERA DE LA SUPERSTICION:

*Historia temprana*

En ésta primer etapa denominada, "la era de la Superstición" los retardados como menciona *Ibid* (s/f. Citado en Leal y López, 1982); *Postel y Quetel* (1987); *Foucault*, (1986); y *Zax y Cowen*, (1978) eran tratados por las diferentes sociedades con ridiculo ya que se les exhibía para entretener al público, en ocasiones eran azotados públicamente, y como una especie de juego los ciudadanos los perseguían simulando una carrera y los expulsaban de la ciudad golpeándolos con varas.

De igual manera *Bauer; Bosch; Freyberger; Haselbeck; Hofer; Janz; Kisker; Kruger; Langer; Petersen; Pflanz; Richartz; Rose; y Wulff;*

(1985), mencionan que en la época arcaica y en la antigüedad, existía una comprensión mítico-demoniaca de lo que actualmente conocemos como enfermedad mental, la cual era tratada por los brujos, sacerdotes, chamanes y médicos, por medio de prácticas religioso-morales (exorcismos, sueños sagrados, técnicas de exclusión y prácticas inspiradas en el temor). En dicha época, se reconocía el carácter morboso de las afecciones mentales, pero no se conocía su origen. Como menciona Morris (1986), en los estudios sobre las tribus primitivas contemporáneas, casi todo se atribuía a poderes sobrenaturales. La locura era una señal de que los espíritus se habían apoderado de una persona. En ocasiones los "poseídos" eran considerados sagrados motivo por el cual se consideraba que los dioses transmitían mensajes al hombre. Y otras veces los sabios de la tribu diagnosticaban la presencia de malos espíritus.

En las ciudades de Esparta y Atenas fueron tratados de una forma inhumana ya que los distribuían y negociaban con ellos, su interés era desarrollar una sociedad libre de defectos. Los sumergían en los ríos, los llevaban a los bosques y a las montañas para dejarlos ahí olvidados convirtiéndose con ello en el terror de los que tropezaban con ellos e incluso como lo menciona Clelan (1978, Citado en Bejar y Mora, 1991), Esparta estaba dedicada a las actividades físicas esencialmente para el entrenamiento de los guerreros, los cuales practicaron el infanticidio con los incapacitados, práctica que perduró hasta el imperio Romano. La exterminación era la regla del día.

Por otro lado en Roma era costumbre quedarse con ellos y usarlos como bufones para divertir a los de la casa y a sus huéspedes. Las cadenas, la jaula, prisión y sentencia de muerte fué el

destino de muchos, mientras que a otros se les dejaba solos a vagar y cuidarse por ellos mismos y morir eventualmente ( Clelan, 1978, citado en Bejar y Mora, 1991), debido a la superstición que imperaba en esta época, se consideraba que estaban poseidos por el demonio, razón por la cual eran sometidos a castigos para sacar a los espíritus; algunos más fueron reclusos por considerarseles enfermos y a otros se les encerró junto con prostitutas y ladrones.

Durante esta etapa como lo menciona Kazdin, (1983) los santuarios religiosos y las prisiones también se encargaban de custodiar a las personas con conducta desviada. Sus "tratamientos" que se les daban era el de sumergir al paciente en agua fría, encadenarlo, recluirlo, afeitarse la cabeza, en sangrarlo y otros procedimientos aberrantes. Las atenciones básicas, como la comida, el calor, o las habitaciones para dormir, eran mínimas.

Posteriormente, la comunidad religiosa incluía a los determinados por locos, en su amplio concepto de la razón, por lo que su cuidado estaba a cargo de autoridades municipales y religiosas.

Morris (1986), menciona que en este periodo no todos los enfermos mentales eran objeto de persecución ni de tortura. Desde fines de la Edad Media y a lo largo de los siglos XV y XVI, se crearon asilos públicos y privados donde se les confinaba (aunque no se les atendía bien). Si bien algunas de esas instituciones fueron fundadas con buenas intenciones, muchas no pasaban de ser meras prisiones. En los peores casos, los internos eran encadenados y recibían poca comida, luz o aire. La idea de ofrecer a esas personas alguna clase de "asilo" constituía un adelanto respecto a tratarlos como brujos, antes de finales del siglo XVII se hizo poco para asegurarse de que en esas

*instituciones se observase un nivel de vida humano.*

### \*\*\* LA ERA DE LAS INSTITUCIONES:

#### Siglo XIX

*La segunda etapa conocida como "la era de las instituciones" comenzó en el periodo renacentista como lo mencionan Clelan (1978, Citado en Bejar y Mora, 1991).) y Ashman; Ashman y Conway. (1992), es aquí en donde se llegó a la disolución de muchos pensamientos supersticiosos y empezó una modificación en el trato que se les proporcionaba a los retardados. A finales del siglo XVIII surgió el verdadero interés por las personas que hasta entonces habían sido olvidadas, ya que hubo un rápido desarrollo y aplicación del método científico que se basaba en la observación y la experimentación. Zax y Conwen (1978) mencionan que los médicos empezaron a examinar a los pacien-*

*tes de cerca y a registrar lo que veían, además de que empezaron a indagar activamente en el terreno de la fisiología, en un esfuerzo por comprender el transtorno mental.*

*De acuerdo con Bauer y Cols (op-cit), en esta época la mentalidad cambia por completo, ya que los alienados y los grupos sociales marginales, se convierten en la fuente de disturbios y en objeto de custodia judicial, es aquí donde empiezan a vislumbrarse las leyes de internamiento que existen en la actualidad, solo que con algunos cambios determinados por la sociedad y las diversas situaciones económicas y políticas.*

*Según Fait (1978, Citado en Leal y López, 1982), en esta época, también se han utilizado otros términos, como el de dañado, el cual se refiere a desordenes orgánicos identificables y funcionales o el de incapacitado, refiriéndose a*

aquellos a quienes la causa de su daño los limita o restringe a ejecutar sólo algunas habilidades. Dichos " ... términos son descriptivos de las características de aquellas personas que están en desventaja en mostrar las reacciones y patrones de conducta de los segmentos normales de la sociedad, debido a su incapacidad física, mental o emocional o alguna combinación de éstas..." como menciona Ibid (s/f, Citados en Leal y López, 1982; p 14).

A principios del siglo XIX empezaron a proliferar los sistemas de diagnóstico y los cuadros de los síntomas cambiaron, al menos superficialmente, de acuerdo con los cambios culturales de esta época. A finales de este siglo y principios del siglo XX el cuidado institucional se empezó a caracterizar por la existencia de grandes hospitales repletos de enfermos, con una pequeña proporción de personal hospitalario por número de

enfermos, y una continua disminución de la capacidad de reintegrar a los pacientes a su vida normal (Bockven, 1963; Ullmann, 1767, citados en Kazdin, 1983).

Por otro lado Ingalls (1988), menciona que el cambio de la filosofía Europea a fines del siglo XIX, trajo como resultado el tratamiento al enfermo mental y demente, como pacientes curables básicamente con Phillipe Pinel (1826, citado en Kazdin, 1983) fué quien llevó a cabo reformas humanitarias para los enfermos mentales, ya que las condiciones crueles y restrictivas fueron sustituidas por alojamientos agradables, posibilidades de ejercitación y atención por parte del personal del centro. Ingalls (1988), además menciona que este cambio trajo un método científico de instrucción para sordo mudos por Pereire (citado en Ingallas, op cit); educación para los visualmente incapacitados y ciegos

por Braille (citado en Ingalls, op - cit ) y la primera aproximación educacional científica individualizada para tratar el problema de retardo mental por Itard (citado en Ingalls, op cit), que fué uno de los primeros en tratar de mejorar y adaptar a la sociedad de ese tiempo a uno de estos individuos, es así como en 1797 se interesó por educar a un niño que se encontraba en un estado salvaje y que era conocido como "el salvaje de Aveyron"; Itard trabajo cinco años, en los cuales el niño obtuvo logros importantes en su desarrollo y en la rehabilitación de sus órganos de los sentidos y sensibilidad, discriminación de colores y objetos, emplear símbolos lingüísticos, desarrollo el autocuidado, atención, memoria, etc. Ciertamente este niño no logró ser independiente, pero este primer interés muestra como un individuo designado "idiota" puede ejecutar habilidades sociales si se le capacita.

Así pues, hacia el año de 1800 los educadores que se habían ocupado ya de los problemas de deficiencias auditivas y visuales dirigieron su atención a la discapacidad intelectual.

Para el año de 1835 Eduardo Seguin, discípulo de Itard, adiestra a un niño retardado en el uso de los sentidos, del lenguaje y escritura; en 1846, publicó su libro sobre capacitación y tratamiento del retardado. Para 1876 es electo presidente de la Asociación de Oficiales Médicos de Instituciones Estadounidenses para personas Idiotas y Débiles Mentales.

Los fundamentos de estas primeras instituciones tuvieron un fin primario; el del remedio de la deficiencia mental, tratando de reintegrarlos a la comunidad. No fué hasta años más tarde, que el cuidado custodial fué de mayor interés por parte de las instituciones.

(Gearheart y Litton 1979, Citados en Leal y López, 1982).

\*\*\* LA ERA DE LAS ESCUELAS PUBLICAS CON

CLASES ESPECIALES:

Principios del Siglo XX

*Con la Revolución Industrial, se fomenta la especialización y el área de Educación Especial no es la excepción.*

*Dentro de esta época como menciona Angrilli y Helfat (s/f), algunos autores contribuyeron en gran medida en el avance de la medición en psicología: Pestalozzi y Tiedeman; Staley Hall y Francis Galton, siendo éste último quien introdujo herramientas estadísticas para la medición mental, estableciendo con esto las bases para el movimiento de la medición mental y las pruebas de inteligencia. Otros autores que también contri-*

buyeron son: Theophile Simón, Lewis Terman y Alfred Binet, con la creación de algunas pruebas de medición, con las que el estudio de la psicología se enlazó a los movimientos de medición mental y a la disciplina de desarrollo educacional.

Muchos factores han influido en el desarrollo de clases especiales como:

\* El número total de niños para los cuales la disposición debía ser hecha, era relativamente grande.

\* El costo institucional por niño en clases especiales es considerablemente más alto que en clases para niños sin retardo.

\* La organización de clases especiales para el retardado a menudo presenta problemas administrativos, especialmente en escuelas pequeñas de distrito rural.

\* En etapas tempranas de la Educación Especial las clases aumentaron y fué común confirmar las clases especiales a nivel elemental.

### \*\*\* LA ERA DE LA LEGISLACION E INTERES

#### POPULAR

Siglo IX (1950 a 1960)

Según Gearheart y Litton (1979, Citados en Leal y López, 1982), los cincuentas y sesentas, han sido las décadas de la legislación e interés popular para el retardo.

En este periodo se observa un mayor interés de los aspectos científicos, biológicos y sociales.

Según Morris (1986), en esta época hay muchas concepciones referentes al comportamiento anormal, todas ellas con un enorme grupo de partidarios motivo por el cual a continuación damos una breve

reseña de las explicaciones que se han ofrecido sobre la enfermedad mental.

El Modelo Biológico: establece que la conducta anormal tiene un origen bioquímico o fisiológico. Desde éste punto de vista, el que sufre una fuerte depresión acaso tenga un desequilibrio en la química cerebral. En parte este modelo descansa sobre la evidencia de que una tendencia a ciertas modalidades de conducta normal es hereditaria. Más aún, algunas diferencias intrigantes en la química cerebral de personas normales y con trastornos psíquicos han sido descubiertos. El hecho de que algunas drogas produzcan efectos notables sobre ciertas clases de psicopatía vienen a corroborar este modelo.

Estrechamente ligado al modelo biológico, se halla el Modelo Médico, que sostiene quienes observan una conducta anormal están enfermos y

deben ser atendidos por el médico, a menudo en un hospital. Este punto de vista ha llevado a clasificar los síntomas psicológicos y a dar nombre a los trastornos mentales, procedimiento que permite a los médicos comparar los casos y los métodos con que se tratan.

Como lo menciona Fernández, Ballesteros y Carrobles, (1981), a partir de los años 50's de nuestra década se desarrollan fármacos psicotropicos que repercuten extraordinariamente, en la consideración de la conducta desviada como enfermedad. Así la aparición de los tranquilizantes (reserpina, cloropromacina y meprobamato), las drogas estimulantes o antidepresivas (como las anfetaminas e imipraminas), los neurolépticos (como el halopendol) van a mejorar distintos trastornos conductuales. Así mismo formas de tratamiento, como, la terapia electroconvulsiva o la neurociru-

gía, repercuten senciblemente en la consolidación del modelo médico.

Hablando desde el punto de vista psicológico, el Modelo Conductual ha empezado a captar la atención. En esta perspectiva, la conducta anormal se debe como todas las demás al aprendizaje. Pero cabe señalar que en un principio éste se basó en el modelo médico, el cual daba diversas etiquetaciones, e incluso separaba a los pacientes por grupos : 1) los que tenían su base en desordenes fisiológicos o neurológicos del cerebro y del sistema nervioso central, 2) las llamadas psicosis funcionales y la psicosis maniaco depresiva, que tienen una posible base somática, y 3) aquellos transtornos conductuales llamados neurósis, desordenes caracteriales, psicopatías y los que no demuestran base biológica o determinante físico. Sólo que como lo menciona Klerman ( citado en Fernández,

*Ballesteros y Carrobles, 1981) y Kazdin (1990), la enfermedad mental envuelve valores, juicios sociales, decisiones, problemas lógicos y hechos científicos que han provocado un rotundo cuestionamiento multidisciplinario, sobre la aplicación del modelo médico a la conducta anormal. Cuestionamiento que de alguna manera llevó a la formulación del modelo conductual, donde no únicamente se pone atención a los determinantes internos, sino también a los externos, a la importancia del ambiente, a las diferentes respuestas (motoras, cognitivas o psicológicas), a las situaciones, a los antecedentes y consecuentes. La conducta no es estable y consistente, sino que depende de las variables situacionales y de las interacciones con las personas.*

*Como lo menciona Bricker (1991), el movimiento que surgió a principios de la década de*

los 50's en Estados Unidos en favor de los derechos civiles como lo menciona la UNESCO (1994), exigió que la nación se enfrentara a los actos discriminatorios que se realizaban en la enseñanza, el alquiler, la vivienda y las escuelas públicas en contra de las minorías raciales, los pobres y los disminuidos. El movimiento en favor de los derechos civiles llamo la atención acerca de los derechos del individuo y en particular sobre los derechos de los niños en cuanto a no ser etiquetados y a tener derecho a un proceso legal.

### \*\*\* LA ERA DE LA NORMALIZACION, LITIGACION

#### Y COMPRENSIVA LEGISLACION (1970)

Como menciona Gearheart y Litton, (1979, citados en Leal y López, 1982), en esta época se observaron mayores avances en la educación, cuidado y tratamiento del retardado

mental en México. Un acontecimiento fué el cambio de la educación activa elemental y secundaria a la que se proporcionaron fondos para la investigación y demostración de los proyectos en la educación física y recreación para el incapacitado.

De acuerdo a lo mencionado por Bricker (1991), el surgimiento del movimiento por los derechos civiles de las minorías constituyó el principal fundamento impulsor para la adquisición gradual de los derechos de la persona disminuida. Con frecuencia los que trabajan con poblaciones disminuidas olvidan que estas personas forman un grupo minoritario, cuyos derechos han sido históricamente violados, de manera similar a la experimentada por otras minorías. El que una persona sea discriminada por motivos raciales no es muy diferente a que lo sea debido a un impedimento físico, el resultado es el mismo: se

han reducido y anulado sus derechos.

Como menciona el autor antes mencionado, a principios de la década de los 70's, los esfuerzos de los padres de los niños disminuidos empezaron a tener resultados.

Cansados de combatir con el personal docente y administrativo de las escuelas públicas, los padres presentaron sus denuncias ante el tribunal en un intento por lograr condiciones de igualdad educativa para sus hijos disminuidos. El tribunal afirmó y reafirmó los siguientes derechos:

\* Educación gratuita y adecuada.

\* Un proceso legal en caso de resultar afectado.

\* Servicios de Educación Especial sin que pueda objetarse la falta de recursos económicos de la institución.

\* No clasificarlo como disminuido ni ubicarlo en un programa de Educación Especial sin un diagnóstico adecuado.

\* Proporcionar una educación financiada públicamente a todas las personas retrasadas con edades de 6 a 21 años.

\* Derecho a una evaluación no discriminatoria.

\* Derecho a un establecimiento claro de los objetivos asignados a cada niño, así como constancias de su empeño actual y esperado.

\* Derecho a la educación en el ambiente menos restrictivo.

\* Derecho a la participación de los padres en la educación de sus hijos.

La ley 88-164, en la que se menciona la participación del gobierno federal en las actividades de atención, enseñanza e investigación dedicadas al retraso mental y a problemas relativos al desarrollo, fué la responsable del

establecimiento de los 36 primeros centros afiliados a una universidad (*University Affiliated Facilities, UAF*), cuya tarea principal fué la capacitación multidisciplinaria de personas de diversas disciplinas para desarrollar y poner en práctica programas de diagnóstico, tratamiento e investigación destinados a personas con trastornos en su desarrollo.

### \*\*\* LA INTEGRACION

#### Epoca Actual

La tendencia en la política social durante las dos últimas décadas pasadas ha sido fomentar la integración y participación y luchar contra la exclusión de las personas incapacitadas. La integración y la participación forman parte esencial de la dignidad humana y del disfrute y ejercicio de los derechos humanos.

Como lo menciona Marchais (s/f), el estudio

del tratamiento y la prevención de las enfermedades mentales han sufrido cambios profundos en estos últimos decenios. De ellos ha surgido una renovación del conocimiento, una liberación de los enfermos y una mejor eficacia terapéutica, dándose con ello una integración profesional.

Diversos son los factores que han intervenido para tal renovación, unos son institucionales: apertura de servicios hospitalarios, creación de servicios libres en hospitales generales, extensión de la práctica privada. Otros son socioculturales: influencia de las condiciones modernas de existencia, modificación de las modalidades de intervención, nuevo interés por las particularidades étnicas y culturales de los pacientes. Otros factores son de índole terapéutica: la aparición de la psicofarmacología, difusión de las psicoterapias individuales o de grupo.

Actualmente, existe un gran avance en las ciencias encargadas de la Educación Especial, sólo que hay un gran parecido con la antigüedad, ya que las instituciones actuales, como menciona Franco; Marie; Caruso; Szasz; Verón y Suárez, (1989), protegen a la sociedad de la persona que se desvía de la norma; se responde a una exigencia del sistema social. Nuestra sociedad, tal como esta organizada no está hecha a la medida del hombre sino que esta hecha solamente para algunos hombres que poseen las fuerzas de producción, está hecha solamente pensando en la eficiencia productiva.

Aunque también se puede decir que la ciencia no sólo reconoce el nivel mental sino también el supersticioso, ya que aún en la actualidad se sigue recurriendo a éste último.

Los enfermos son tratados no por lo que

realmente son sino por las molestias que causan. El enfermo mental es la persona que se encuentra en instituciones, que sirven no al cuidado sino a la custodia del paciente.

De acuerdo a lo mencionado por Gomezjara (1989), hay lugares en los cuales se encuentran personas con Síndrome de Down, Mongólicos o niños abandonados que recoge el DIF y ahí los envía. Su dormitorio no se salva de la inmundicia y el terrible olor que invade todo el hospital. La mayoría están desnudos. Algunos amarrados a una silla, permanecen al cuidado de una enferma mental que les pega y les grita. De igual manera se da la promiscuidad, por lo que se registran algunos casos de embarazo. Los niños débiles mentales son tratados por el personal que desconoce que tiene capacidad de aprender lo que aprende un niño normal, solo que más lentamente; carecen de material educativo y de la terapia adecuada.

De acuerdo al panorama anterior, podemos decir que aunque en el principio de la historia de la Educación Especial, a pesar de ser varias las personas (médicos, sacerdotes, brujos, hechiceros, etc.) que se encargaban del cuidado o atención de las personas que se salen de la norma, ésta no es la base para el inicio de la multidisciplina, ya que ésta está encaminada a que cada uno de sus integrantes sin salirse de su área de estudio, compartan un mismo objetivo; cosa que en la antigüedad no se daba, ya que cada persona que tenía a su cargo a uno de éstos pacientes, no tenía comunicación con otra persona que también lo viera, porque cada uno tenía intereses diferentes e incluso opiniones. Mientras uno cuidaba el cuerpo del paciente, otro buscaba la salvación de su alma. Por esto no hay una integración del trabajo, la cual es una característica importante para el equipo multidisciplinario.

*Es así como el desarrollo de la Educación Especial que queda vislumbrado de manera general es decir a nivel mundial en el presente capítulo nos lleva a querer enmarcar su desarrollo específicamente en nuestro país, que será lo que nos ocupe en el capítulo siguiente.*

# CAPITULO



## **CAPITULO II**

### **BREVE HISTORIA DE LA EDUCACION ESPECIAL EN MEXICO**

*La Educación Especial se ha ido desarrollando día con día según las ideas y los requerimientos de cada sociedad como ya lo hemos mencionado en el capítulo anterior. Pero es importante mencionar brevemente algunos iniciadores y circunstancias que contribuyeron en el desarrollo de ésta educación en México.*

*Al igual que en muchos otros países, durante el siglo XIX en México crece el interés por atender a las personas con problemas sensoriales, con lo cual encontramos antecedentes de atención para este tipo de problemas durante el gobierno de Benito Juárez, quien fundó la Escuela Nacional de Sordos en 1867 y en 1870 se constituye la de ciegos (Cuadernos de la SEP, 1981, citados en*

*Bejar y Mora, 1991).*

Como menciona Fait (1978, Citado en Bejar y Mora 1991), el conocimiento de este problema tomo nueva fuerza con la organización de conferencias sobre el bienestar del niño invalido y en la apertura de escuelas y clinicas para su tratamiento, lo cual llevó a extender el servicio de las escuelas por la gran demanda, la cual fué deficiente en cuanto a atención, ya que el rol del educador cambiò al de cuidador debido a que muchos residentes tenían que permanecer en ellas por tiempo indefinido.

Durante los años 20's, surgen los grupos de capacitación y experimentación pedagógica para la atención del Deficiente Mental en la U.N.A.M. (Cuadernos de la S.E.P., 1981, Citados en Bejar y Mora, 1991).

Posteriormente durante la década de los 30's el Dr. Santamarina y el maestro Aguirre reorganizaron el departamento de psicopedagogía e higiene escolar dependiente de la SEP, que se abocó al estudio del desarrollo físico y mental de los niños. En esta misma década, en 1935, el Dr. Roberto Solís Quiroga promotor de la Educación Especial en México y América, planteó la necesidad de institucionalizar la Educación Especial en el país, planteamiento que tuvo como resultado el ser incluido en la Ley Orgánica de Educación, para proteger a los "deficientes mentales" por parte del Estado. En éste mismo año se formó el Instituto Médico-Pedagógico a cargo del Dr. Solís Quiroga, quien en 1943 fué director de la escuela de formación docente para maestros especialistas en Educación Especial (García, 1994).

El establecimiento de grupos de padres a fina-

les de 1940 y principios de 1950, afectaron el desarrollo de escuelas públicas de clases especiales. Más notablemente en el área de entrenamiento.

De 1940 a la actualidad se han desarrollado los servicios para el incapacitado como resultado de la asistencia privada, el estado y la asistencia federal (Fait, 1978; Citados en Leal y López, 1982).

Otra forma de facilidades para la atención de personas que requieren Educación Especial a sido el establecimiento de hospitales y escuelas para cierto tipo de incapacitados, como invalidos, convalescientes y ancianos; para ciegos, sordos y retardados mentales.

Como mencionan Bejar y Mora (1991), para 1950 en México, surge una de las primeras organiza-

ciones de padres de niños con retardo, éstas formaron escuelas y programas especiales de rehabilitación y prevención además de aprobar algunas leyes que se ocupan de la educación para los retardados y el financiamiento para este tipo de educación.

Para 1954, se formó la Dirección de Rehabilitación de la SEP y en 1955 se inaugura en la Escuela de Especialización de la SEP, la carrera de especialistas en el tratamiento de lesiones del aparato locomotor (Vázquez, 1986; citado en Bejar y Mora, 1991).

En la década siguiente, se culmina con los esfuerzos para consolidar la Educación Especial, creándose la Dirección General de Educación Especial; siendo la respuesta a las demandas de profesionales y familiares de los niños con retardo ya que su objetivo principal como menciona

*Lastisnere (1986), es convertir a los atípicos en miembros activos e integrados a la familia, a la escuela y a la sociedad. Con la formación de ésta dirección, México quedó incorporado al grupo de países que reconocen la importancia y la necesidad de la Educación Especial (Cuadernos de la SEP, 1981; citados en Bejar y Mora, 1991).*

*En la década de los 60's, quedo a cargo de ésta Dirección la profesora Margarita Mayagoitia, quien se intereso en la atención temprana de los niños retardados, dando pauta a la creación de escuelas. Durante su gestión se abrieron 10 escuelas en la ciudad de México y 12 en el interior de la república como por ejemplo en Monterrey, Puebla, Mérida, Chihuahua y otras (Cuadernos de la SEP, 1981; citados en Bejar y Mora, 1991).*

*Posteriormente en 1979 - 1980 se adoptaron como*

principios básicos de la Educación Especial en nuestro país, los conceptos de normalización e integración para los individuos con deficiencias o limitaciones (SEP. S/f ). Se indica que dichos principios implican proporcionar las condiciones de una vida lo más normal posible a través de la participación de las personas con deficiencias en el hogar, la escuela y la vida comunitaria en general.

Por tal motivo como lo menciona Lastisnere, (1986), la organización general y administración técnica que sigue la DGEE es la siguiente: Escuelas de Educación Especial, federales y por cooperación cuyo objetivo se centra en las áreas de psicomotricidad, estimulación perceptual y preparación académica básica. Los centros de capacitación para el trabajo tienen por objeto el entrenamiento ocupacional a través de la capacitación de los individuos incapacitados en el

desempeño de un oficio mediante la coordinación motriz y el uso de talleres y finalmente las industrias protegidas, las que constituyen el último paso del desarrollo de la Educación Especial y en donde parte de los individuos laboran bajo un modelo productivo autosuficiente.

Se considera como objetivo principal de los centros de capacitación para la habilitación de las actividades de tipo manual, así como la adquisición de hábitos laborales, mediante la motivación para posibilitar la explotación del potencial del individuo (Pérez, 1980).

Las actividades realizadas en este tipo de centros se dirigen a la capacitación en las actividades específicas en los talleres tales como: juguetería, tapicería, hilados, cocina, tejido, bordado, pintura, etc.

Actualmente en México se cuenta con algunas instituciones a parte de la Dirección General de Educación Especial, como las federales y estatales que dan servicio a la población con retardo en el desarrollo entre éstas instituciones se encuentran, la Secretaría de Salud, el DIF, el IMSS, y la UNAM. (Vázquez, 1986 y Cuadernos de la SEP, 1981; Citados en Bejar y Mora, 1991).

En el D.F. hay hospitales que cuentan con departamentos de fisioterapia en los que se pueden mejorar problemas motores como por ejemplo los que a continuación mencionaremos: 1) la Unidad Médica Física y Rehabilitación Sur que se encuentra en la Calzada del Hueso s/n; 2) Centro de Fisiatria y Rehabilitación, ubicada en Seneca No.429-1; 3) Clínica Médica Renacimiento que se encuentra en Calle Mexicali No. 64; 4) Medicina de Rehabilitación Londres ubicada en Durango No. 50; 5) Hospital Trinidad, localizado

en Manzanillo No.94; 6) Clínica Chiem, ubicada en Av. Río San Joaquín No.98, entre otras.

Es importante hacer mención de la existencia de instituciones privadas, es decir, de asociaciones civiles creadas por padres de familia con hijos que son rechazados por las escuelas de la SEP, dichas escuelas no serán abordadas en este trabajo por ser muchas y muy variadas ya que cada una tiene una particularidad designada por la atipia como por la asociación, un ejemplo de dichas instituciones es el APAC, institución en la que únicamente se atiende a personas con Parálisis Cerebral y problemas motores; y además los profesionales que intervienen son muy rotativos y sólo se quedan a atender a los niños los mismos padres de familia que son o fueron asesorados por profesionales que estuvieron trabajando en la institución.

Como puede observarse a partir del siglo XIX fué el comienzo de una abundancia de esfuerzos que fueron cambiando pronto el énfasis de la Educación Especial, ya que se ha empezado a romper el tabú que representaba (el ser escondidos, rechazados por estar poseidos por demonios, el aislarlos, usarlos como bufones, etc.), las personas que requieren atención especial ya no son escondidos; permiten que se les brinde atención profesional en todos los aspectos: médico, psicológico, neurológico, fisiológico, etc.

Es así finalmente como "La Educación Especial está encaminada a lograr que los niños y jóvenes afectados por algún impedimento físico o mental puedan incorporarse a su medio social y participar en él, disfrutando de una vida lo más plena posible. De aquí que su peculiaridad resida en las modificaciones y adiciones que debe intro-

ducir en los programas y métodos educativos para compensar o superar las deficiencias de sus alumnos " (Gómez y Bahena 1985 p.35 )

Lo anterior se logra precisamente con un plan de rehabilitación multidisciplinario, con plena conciencia de grupo y despojado de una sobrevaloración natural de especialistas, lo cual podrá redituara buenos resultados. Además que el conocimiento previo de los resultados, para los cuales se fijan diferentes metas dentro de la lógica de cada caso, lo cual evitará la sensación de frustración y engaño hacia los padres y el paciente por parte del profesional y también evitará que se intenten tratamientos poco éticos, tanto a nivel local como internacional, por las falsas promesas de una curación mágica o el rechazo de personas con algún problema específico pensando que son una lacra para la sociedad. Esto conllevará además a que haya una aproxima-

*ción o semejanza al desarrollo normal para lograr una integración social adecuada y una incorporación a la vida productiva como miembros activos de la nueva sociedad.*

# CAPITULO



### **CAPITULO III**

#### **EL DESEMPEÑO PROFESIONAL DEL PSICOLOGO**

Actualmente la psicología tiene un amplio campo de acción que abarca distintos espacios de la sociedad humana. Uno de dichos campos es la Educación Especial en donde se ayuda a personas que requieren éste tipo de educación.

Es dentro de este campo donde el psicólogo tiene una gran labor ya que interviene en diversos problemas como por ejemplo: de lenguaje, sensoriales, motores, etc; además de llevar a cabo distintas funciones como las que describiremos en dos grupos (tradicionales y no tradicionales). Además mencionaremos un punto que como profesionales debemos tomar en consideración para ejercer nuestro trabajo como psicólogos, la ética profesional.

Pero para comprender mejor qué tipo de

personas requieren de una Educación Especial haremos mención de dos tipos de clasificación una de las cuales se basa los diversos niveles de coeficiente intelectual y la segunda se basa en problemas sensoriales, cabe destacar que existen otros tipos de clasificación según la atipia como por ejemplo: Síndrome de Down, Parálisis Cerebral, entre otras.)

Dichas clasificaciones se utilizan para hacer una canalización adecuada y así poder proporcionar la atención y el apoyo que cada persona necesita.

La clasificación que retomaremos es la de Cruisckshank (1975; citado en Galindo y Barron, 1986), la cual se basa en el coeficiente intelectual y propone cuatro niveles:

1. EL NIÑO TALENTOSO: tiene características

de ser superior, es extremadamente talentoso y presentan un coeficiente intelectual (C.I.) desde 125 a 180, y constituyen del 2 al 7% de la población.

2. EL NIÑO DE LENTO APRENDIZAJE: su coeficiente intelectual está entre 80 y 95, en este nivel se encuentran los niños que acuden a clases regulares y que reciben tutoría adicional especializada en horarios específicos durante el tiempo dedicado a la escuela.

3. NIÑO CON RETARDO MENTAL EDUCABLE: Su C.I. está entre 55 y 80%, en éste grupo están los niños con retardo en el desarrollo. El niño retardado educable puede aprender a leer, a escribir y a hacer calculos aritméticos simples.

4. RETARDO MENTAL SEVERO: los niños que se encuentran dentro de ésta clasificación, tienen un

C.I. por debajo de 50 y 60%, su medida de inteligencia depende mucho de la situación local; es decir, que va de acuerdo al ambiente en el cual se desarrolla el niño; por ejemplo, un niño puede haber nacido en un ambiente familiar estimulante y enriquecedor que va a favorecer su aprendizaje, o por el contrario, en un ambiente intelectualmente limitado y carente de oportunidades para un mejor desarrollo. A éste grupo se le define con frecuencia como entrenable a diferencia del niño educable.

Para éstas personas, los programas educativos deben de adaptarse y cumplir con sus necesidades especiales.

Dado lo anterior cabe destacar que nos centraremos exclusivamente en la Educación Especial dirigida a personas deficientes, es decir

en personas con C.I bajo, ya que es una población que enfrenta serias dificultades para su desarrollo como por ejemplo: no son aceptados en escuelas regulares por presentar algún problema (visual, motor, de aprendizaje, entre otros); y además porque no se cuenta con instalaciones adecuadas a este tipo de personas (butacas, rampas, transporte, etc.).

Es importante mencionar que para éste tipo de personas se ha utilizado el concepto de Retardo en el Desarrollo que "... incluye a todos los sujetos que no han adquirido y desarrollado habilidades en el lapso de tiempo en que éstas se deben presentar, esto es, manifiestan deficiencias en una o varias áreas como puede ser la de repertorios básicos, autocuidado, lenguaje o conductas académicas y que están dentro de los límites sustanciales en los que el sujeto vive.

considerandose que éste sujeto es esencialmente social " . (Bejar y Mora, 1991, p.15).

No obstante como lo menciona Mateos (1984), a pesar de los esfuerzos de la Dirección General de Educación Especial por dar servicio a un mayor número de niños con problemas, crear Escuelas de Educación Especial y realizar estudios sobre la población infantil Mexicana, existen problemas como por ejemplo la carencia de objetividad en el diagnóstico y el tratamiento del problema específico, ya que la evaluación se realiza en base a pruebas psicométricas, las cuales aún estandarizadas en los niños de la ciudad de México no son válidas para niños de otros estados y menos aún para medir el C.I. de niños deficientes, los cuales al aplicar las pruebas como el Wisc-RM, Figura Humana, etc., realiza poca o ninguna ejecución sobre los mismos, diagnosticándose un C.I muy bajo.

Como se mencionó en el capítulo anterior, es tal la clasificación de los centros por las diversas atípias, que solo se cuenta con los repertorios básicos tales como imitación, seguimiento de instrucciones, desplazamiento, etc., por tal motivo como lo menciona López (1972; citado en Mateos, 1984), los niños considerados con retardo profundo o severo, son rechazados aún por las Escuelas de Educación Especial, pues no se contemplan posibilidades de avance con ellos, abandonándose cualquier tipo de tratamiento.

Una vez dada la clasificación de las personas con requerimientos de Educación Especial pasaremos a mencionar los diversos problemas en los que interviene el psicólogo.

### 3.1 INTERVENCION DEL PSICOLOGO

El psicólogo interviene en problemas tales como:

✓ A) Sensoriales :

CEGUERA, como menciona Argoytia, G. (1987), ante este problema se realizan evaluaciones de los repertorios con los que cuenta el niño, se seleccionan las ayudas visuales según el remanente visual del niño y elaboran métodos de enseñanza que beneficien realmente al niño, como estrategias de agarrado y apretar. Otro aspecto que tiene igual importancia para el psicólogo es el emocional, ya que los niños con un problema así, se subvaloran a si mismos y presentan una actitud de inferioridad frente al mundo, por lo cual pueden aislarse.

SORDERA: Cuando se da esta problemática como menciona León (1984), se orienta propiamente a

la investigación de sistemas de enseñanza del lenguaje y de otras habilidades sociales, cognoscitivas y académicas que el niño requiera para incorporarse al medio social, académico y productivo del país. Esto es de gran ayuda, ya que el niño no puede comunicar con facilidad sus sentimientos de aislamiento, rechazo y frustración. La intervención se da porque al aumentar su contacto con los demás puede forjar sanas relaciones sociales interpersonales, además como menciona Patton, Payne; Kauffman; Brown y Payne, (1991) puede minimizar la limitación que impone tal deficiencia en la cantidad de información que el pequeño obtiene de su ambiente. Los niños requieren actividades que favorezcan su desarrollo conceptual. Sus habilidades deben incluir comparación de tamaños, formas y colores. Se les debe escribir mensajes o frases clave, se les debe hablar directamente, usar tanto como sea posible ademanes y expresiones faciales,

para llamar su atención hay que agitar la mano o tocarlo en el hombro, hablar con naturalidad y claridad.

B) Motores o Físicos - Finos o Gruesos :

T.F.  
Alameda  
Venezuela

Como menciona Duran, y Rodríguez, (1993), el modelo educativo que se emplea esta basado en la Kinesiología, que implica el movimiento como factor importante de la maduración del sistema central, así como la información que llega a éste por medio de los cinco sentidos (oído, gusto, olfato, tacto y vista); que el niño con lesión cerebral es capaz de procesar, ayudándole a una estimulación, proporcionando así el aprendizaje de las habilidades necesarias para su educación posterior.

El profesional no sólo enseña, sino que además aprende y conoce las vías prácticas óptimas para

desarrollar métodos Ad-hoc para incidir en la solución de cada problemática en particular; esto no es posible si la práctica del profesional no se contextualiza dentro de las situaciones problemáticas por resolver y mucho menos si sus conocimientos son parciales o limitados.

De acuerdo con Cuenca y Rodao, (1986), en los niños retrasados o incapacitados, la estimulación y educación psicomotriz requiere de una atención preferentemente individualizada, para la repetición adecuada de cada uno de los ejercicios. Para los niños con cierto retraso intelectual, la psicomotricidad es de vital importancia, pues existe una gran relación entre ciertas alteraciones motrices y algunas alteraciones mentales.

C) Comunicación :

Ayudándole a ejercitar su capacidad fonatoria

y aprender a pronunciar sonidos que le permitieran mantener posteriormente una conversación con otras personas, a manifestar sus necesidades y opiniones, etcétera.

D) Adaptación social :

Agresividad ante personas extrañas, hiperactividad, autoestimulación, baja autoestima, entre otros.

En resumen como pudimos observar, el psicólogo interviene en diversos problemas y además realiza varias funciones que van de acuerdo a la problemática que se este trabajando dentro de la Educación Especial.

Para conocer y saber cuales son las funciones que realiza el psicólogo en la Educación Especial pasaremos a enmarcarlas retomando a algunos

autores como: Cano, (1994); Galgera, Hinojosa y Galindo, (1991); Villa, (1984); Embriz, (1994); Márquez, (1987); Mateos, (1984); Galindo y Barron, (1986); Coronado, Mosqueira, y Urrutia, (1993); Salvia y Ysseldyke, (1981); Harrsch, (1985), Duran y Rodríguez, (1993).

Dichas funciones nosotras las dividimos en dos grupos: las tradicionales consideradas como aquellas que tienen mayor demanda y las no tradicionales, es decir las que se realizan sólo esporádicamente; de acuerdo al cuadro No 1; las cuales van muy acordes a los lineamientos de la Secretaría de Educación Pública.

## CUADRO 1.

*****	
*	*
*	TRADICIONALES
*	*
*	*
*	-DIAGNOSTICO
*	-ENTREVISTA
*	-EVALUACION (Aplicación de pruebas psico-
*	métricas)
*	-DETECCION DEL PROBLEMA
*	-CANALIZACION
*	-TRATAMIENTO INDIVIDUAL
*	-SUPERVICION
*	-PLANEACION DE ACTIVIDADES Y PROGRAMAS
*	-FUNCIONES DE REHABILITACION
*	-SEGUIMIENTO (terminado el tratamiento se
*	hacen revisiones periódicas)
*	-DESPROFESIONALIZACION
*	-PLATICAS U ORIENTACION
*	*
*****	
*	NO TRADICIONALES
*	*
*	-ELABORACION DE INSTRUMENTOS DE VALORACION
*	-ACTIVIDADES TENDIENTES A LA LABOR DOCENTE
*	-PREVENCION (Evitar la ocurrencia del
*	Problema)
*	-INVESTIGACION
*	*
*****	

En el cuadro No. 1 se muestran las diversas funciones que desempeña el psicólogo en la Educación Especial, divididas en dos grupos: tradicionales y no tradicionales. -TRADICIONALES: Actividades que realiza comunmente el psicólogo en la Educación Especial. -NO TRADICIONALES: Actividades que se realizan muy esporádicamente.

Una vez dado el panorama de las funciones que desempeña el psicólogo en la Educación Especial pasaremos a describir cada una de ellas.

### 3.2 DESCRIPCION DE LAS FUNCIONES DEL PSICOLOGO

#### 3.2.1 TRADICIONALES

DIAGNOSTICO: De acuerdo con Campos y Ugalde, (1992); Olguín, (1994); Salvia y Yssaldyke, (1981); Harrsch, (1985); Duran y Rodríguez, (1993); Cano, (1994); Embriz, (1994); Márquez, (1987); Mateos, (1984); Coronado, Mosqueira y Urrutia, (1993), ésta actividad profesional apoyada en diversos conocimientos, procedimientos y técnicas, resulta clave para el funcionamiento de la Educación Especial por aproximarse a la comprensión del sujeto. Apartir de ella se

selecciona el servicio y técnicas de tratamiento más acordes a los requerimientos del caso, ya que escribe la o las conductas en términos objetivos, nos da información del momento y la situación en la que ocurre, nos describe el conocimiento general del niño, identificando sus habilidades y déficits conductuales, se obtiene su rendimiento social, esto es, que tanto se adapta un individuo a su ambiente.

Como lo menciona Mateos (1984), el diagnóstico del niño determina el grupo al que ingresará según el C.I que posea, no tomándose en cuenta las habilidades que tiene el sujeto en una área determinada, trayendo como consecuencia que la problemática de un grupo sea muy diversa y el tratamiento sólo sirva a unos cuantos.

La realización de éste por parte de varios especialistas (Médico, Pediatra, Maestro Especialista, etc.) como lo menciona García (1988) tiene una mayor confiabilidad y es más recomendable ya que sin duda alguna el trabajo multidisciplinario para la Educación Especial, resulta superior al que pueda realizarse de manera particular por uno u otro especialista.

De acuerdo con Villa, (1984), el diagnóstico está integrado por la entrevista y la evaluación.

A) ENTREVISTA: Como menciona Márquez, (1987); Embríz, (1994); Mateos, (1984); ésta es semiestructurada y se aplica al padre, a la madre o ambos, para explorar datos generales, antecedentes y cambios significativos, sobre la historia del desarrollo del niño, desde su nacimiento hasta su edad actual.

De acuerdo con Campos y Ugalde (1992), los rubros que se consideran son: Datos generales, desde la educación de sus padres y hermanos, así como la del niño. Si aún no asiste, si ya asiste, o asistió a otra(s) escuela(s) se les pide que describan los tratamientos recibidos, además de las actividades que realiza en su entorno físico y social de un día típico, aspectos sensoriales (visión, audición, neuromotores, comunicación), si presenta conductas repetitivas, como balanceo. Se observa la convivencia familiar y el efecto que tiene el problema del menor sobre ella, así como la manera en que el niño expresa sus sentimientos hacia su familia y sobre todo las expectativas que ésta última tiene del problema del niño y de la institución.

B) EVALUACION: (Aplicación de pruebas psicométricas), que de acuerdo con Márquez, (1987);

Salvia y Ysseldyke, (1981); Campos y Ugalde, (1992) miden las diversas funciones y se comparan con la media de la población, a partir de ello se sacan los criterios de normalidad/anormalidad. También son aplicadas de manera individual a niños para la detección de algún problema, para asignar el tratamiento más adecuado en su intervención o para integrar el diagnóstico psicológico del niño, se utilizan por ejemplo: A) Wisc-R.M. B) Terman Merrill, forma L-M. C) Test Gestaltico Visomotor de Laureta Bender, interpretado por Kopitz. D) El dibujo de la figura humana de Kopitz. E) Escala de inteligencia infantil de Catell.

Con respecto a lo anterior, hay que tener en cuenta que no es simple determinar cuando una persona presenta retardo, porque se caería en etiquetaciones e incluso se crearía alguna afectación emocional posterior. Por ello Ingalls

(1988), propone considerar tres aspectos para lograr una identificación acorde: Prestar atención en los resultados de pruebas psicológicas, tomando en cuenta las características de las mismas y si son o no las apropiadas para la persona examinada.

DETECCION DEL PROBLEMA: Como lo mencionan Márquez, (1987); Duran y Rodríguez (1993), para su realización se hacen observaciones y mediciones, para ver sus carencias o excesos en su repertorio conductual o de sus potenciales de desarrollo. Además permite conocer lo que se requiere para satisfacer prioridades individuales o sociales.

CANALIZACION: De acuerdo con Gómez (1985), los niños se canalizan al grupo correspondiente después de confirmar su diagnóstico. La canalización se hace de acuerdo al resultado del estu-

dio, tomando en cuenta resultados cuantitativos de la batería aplicada y el análisis cualitativo que realizan los diversos profesionales, de acuerdo a su área.

Otra forma de canalización como lo menciona Cano, (1994); y Mateos, (1984) se realiza cuando en la escuela donde llevaron los padres al niño, no se atiende algún tipo de problema, como por ejemplo; en los Centros Psicopedagógicos sólo se atienden problemas de aprendizaje y de lenguaje, si el niño presenta problemas motores, se le canaliza a otra institución donde pueda ser atendido.

Algunos puntos que se toman en cuenta para la canalización como lo menciona Gómez (1985) son: Nivel de madurez, Edad mental, Coeficiente intelectual y presencia de problemas específicos, como los de conducta, lenguaje, perceptuales, entre otros.

TRATAMIENTO INDIVIDUAL: es realizado en casos muy particulares, como lo menciona Márquez, (1987); Fonseca, (1996); Coronado, Mosqueira y Urrutia, (1993) en caso de que el problema del niño sea muy severo, tenga problemas de socialización, lenguaje y motricidad entre otras, además de que se aplican pruebas psicológicas, que no se habían aplicado al principio, se implementan programas específicos procurando el establecimiento y desarrollo de las precurrentes básicas.

SUPERVISION: Como menciona Cano (1994), ésta actividad se refiere a que el psicólogo va a asesorar o supervisar las labores del personal docente en los aspectos que se derivan del examen psicológico de sus observaciones. Esto se realiza con el fin de que se lleve a cabo correctamente el programa que se establece al principio del año escolar, para detectar los avances del niño y para

ver si presenta problemas que ameriten una solución rápida.

PLANEACION DE ACTIVIDADES Y PROGRAMAS. La realización de esta actividad se hace como lo mencionan Embriz, (1994); Márquez, (1987); Mateos, (1984); Salvia y Ysseldyke, (1981); Duran y Rodríguez, (1993), teniendo siempre presente las particularidades y el grado de desarrollo alcanzado, ajustandose a un horario y teniendo a la mano los materiales a utilizar, según las actividades que se programen al inicio del año escolar. De esta manera se hace una predicción de problemas a mediano y largo plazo, además de la difusión de algunas actividades de apoyo entre personal profesional y no profesional.

LAS FUNCIONES DE REHABILITACION: como lo menciona Márquez, (1987); Durán y Rodríguez, (1993), son

realizadas con actividades de recreación y prótesis. En algunas ocasiones se tiende a rechazar los instrumentos protésicos que ayudan o permiten adquirir ciertas habilidades, por lo que nosotras consideramos que es de importancia primordial que el médico mantenga una estrecha relación con el psicólogo, realizando actividades conjuntas para una superación de las deficiencias en los repertorios conductuales.

SEGUIMIENTO: se hacen revisiones cada determinado tiempo como menciona Gómez (1985), para ver sus avances o nuevos problemas que pueda presentar después de haber terminado su intervención y haberse cumplido los objetivos planteados durante el diagnóstico. Como menciona Ribes (1979; citado en Gómez, 1985), la importancia del seguimiento se da al hecho de que el sujeto pasa de un ambiente altamente contro--

lado a uno poco controlado, es decir al ambiente natural.

El autor antes mencionado enmarca que dicho término lo respalda el hecho de que la ciencia de la conducta ha mostrado interés en conocer los efectos de mantenimiento y generalización de la conducta, una vez que el tratamiento ha concluido.

LA DESPROFECIONALIZACION : como mencionan Brea y Correa, (1980; citados en Galgera, Hinojosa y Galindo, 1991); Coronado, Mosqueira y Urrutia, (1993), es una actividad que no debe ser entendida como la transferencia o la difusión de conocimientos propios de una disciplina a las personas que no tienen acceso a éstos, sino más bien como un proceso mediante el cual los profesionales conjugan sus esfuerzos y conocimientos para entender su realidad, transformarla y

servirse al máximo de ello.) (Brea y Correa, 1980; y Talento y Ribes, 1980. Citados en Galguera, Hinojosa y Galindo; 1991).

La desprofesionalización significa, socializar el conocimiento profesional transmitiendolo a sectores de la población marginadas de la posibilidad de acceder a él y a su empleo, incluyendo la concientización como parte integral. Al incluir al no profesional, posibilita el conocer y resolver adecuadamente el problema, ya que se cuenta con el conocimiento necesario del desarrollo cotidiano del problema. De ésta manera el profesional enseña, al mismo tiempo que aprende y conoce la ruta más práctica para desarrollar métodos e incidir en la solución de cada problema en particular.

En los años de los 80's autores como Vargas (1981), y Mares (1984; citado en Coronado, 1995)

comentan que dentro de la desprofesionalización, es importante el entrenamiento a padres, por la necesidad de generalizar y mantener la terapia aplicada al ambiente donde se desarrolla el individuo.] Vargas (op-cit) considera que el entrenamiento a padres surge por las condiciones socioeconómicas y políticas que imperan en nuestro país, además de que es importante, para mejorar el clima familiar, consecuentemente mejorar el desarrollo cognitivo, físico, social y moral del niño.] De igual manera Anzures (1978, Citado en Bejar y Mora, 1991), menciona tres ventajas más: 1) El tiempo de tratamiento disminuye considerablemente cuando se trabaja al mismo tiempo en la clínica y en la casa; 2) El costo del tratamiento es muy bajo ya que se lleva a través de los padres; y 3) La actitud de los padres o demás personas que son entrenadas, es más objetiva y beneficia al niño y a la misma familia.]

Como menciona Corona, (1995), si bien es cierto la educación a padres, llámese Escuela, Orientación, Atención, Apoyo a padres, etc; no es reciente. [En la década de los 80's se ha intentado de manera más sistemática, dentro del Sistema Educativo Especial de la Secretaría de Educación Pública, darle a éste tópico un lugar primordial como parte esencial de la atención a los niños discapacitados y/o deficientes mentales; para conformar así una integración familiar y su consecuente socialización para que estos niños puedan conseguir su autonomía.]

PLATICAS U ORIENTACION: Algunos autores como Cano, (1994); Marquez, (1987); Mateos, (1984); Coronado, Mosqueira y Urrutia, (1993); Duran y Rodríguez, (1993); Harrsch, (1985), mencionan la importancia de ésta actividad, en especial para la familia de una persona integrada o que ha

*de integrarse a la Educación Especial.*

*A) Padres. Mediante pláticas ya que el tener un hijo con problemas va en contra de los valores que tenían, por lo que hay una negación a la realidad y un rechazo que posteriormente se convertirá en un sentimiento de culpa o una sobreprotección hacia el niño.*

*B) Hermanos. Se ayuda en la disminución de la ansiedad, producida por tener un hermano con algún problema. Se dan pláticas que refuerzan y estimulan la unidad familiar a la vez que se promueve la participación.*

*Como menciona Márquez (1987), la labor del psicólogo es de suma importancia, ya que permite capacitar al individuo con necesidades especiales, para realizarse como una persona autónoma, posibilitando su integración y participación*

en el medio social para que pueda disfrutar de una vida plena.

Aplicar programas adicionales para desarrollar, corregir o compensar las deficiencias o alteraciones específicas que los afecten. Incentivar la aceptación de los niños y personas con necesidades especiales por parte del medio social, haciendo progresivamente vigentes los principios de normalización o integración. (CONESCAL, 1982; Citado en Márquez, 1987).

### 3.2.2 NO TRADICIONALES

ELABORACION DE INSTRUMENTOS DE VALORACION: Como menciona Márquez (1987), para realizarlos, se deben analizar las diversas técnicas de enseñanza, desarrollando otras técnicas que permitan diseñar, evaluar y manipular las condiciones óptimas para el aprendizaje de una situación social. Esta actividad forma parte del equipo técnico de apoyo.

DESARROLLA ACTIVIDADES TENDIENTES A LA LABOR

DOCENTE: De acuerdo con Cano (1994), esta actividad se refiere a la planeación de actividades que ayuden a reforzar e incrementar habilidades en las cuales tiene deficiencia el niño. Aquí se requiere la comunicación entre ambos profesionales (psicólogo y profesor), para el desarrollo óptimo de las actividades y tener presente que se debe tratar al niño conforme a su edad y su experiencia. Tener pláticas con respecto a cómo diseñar su material didáctico, como guiar, aconsejar y estimular a los niños. La finalidad del psicólogo en éste aspecto, es integrar a la estructura regular de aprendizaje al niño con necesidades especiales, y también integrarlo a un ambiente social y laboral.

PREVENCIÓN: De acuerdo con Márquez, (1987); Coronado, Mosqueira y Urrutia, (1993); Harrsch,

(1985); Galguera, Hinojosa y Galindo (1991), ésta actividad es conveniente realizarla antes de que ocurra o que se agudice el problema del niño y pueda enfrentarse a su quehacer cotidiano.

A este respecto, autores como: Bower (1977) y Mora (1981, Citados en Bejar y Mora, 1991); han expuesto la manera como se clasifica la prevención en tres niveles: LA PREVENCIÓN PRIMARIA, que se refiere a todas aquellas actividades comprometidas a impedir la presencia de factores que alteren la salud física y psicológica de los individuos, y tiene como meta, evitar la ocurrencia de estos factores en la población vulnerable. PREVENCIÓN SECUNDARIA, en la que se ataca el problema de los individuos propensos a manifestarlos y PREVENCIÓN TERCIARIA, en la que se desarrollan los programas de rehabilitación, que intentan reducir la incidencia del problema una vez que se

ha presentado.

Como menciona Galguera; Hinojosa y Galindo, (1991), algunas disciplinas parece ser que buscan su consagración en la tarea de atacar los problemas existentes a tal grado, que la necesidad de prevención, parece no existir para ellas. La psicología de orientación conductual puede verse en este nivel, en términos de trabajo netamente correctivo que realiza con la mayoría de los problemas que aborda prácticamente.

INVESTIGACION : Como menciona Márquez (1987) para su realización se requiere de una serie de actividades, que permitan la objetividad y veracidad de la investigación.

Dentro de éstas actividades se encuentran:

a) - Planeación de todas las actividades que va a realizar, tener presente el

tiempo que necesita para cada una de las actividades, contar con el material adecuado, reunir a las personas con las que se trabajará, tener el lugar apropiado para la realización de la actividad.

b) - Realización de programas, de acuerdo con el problema que tenga un niño y también de manera general en la Educación Especial.

c) - Evaluación controlada, se tienen en cuenta algunas variables que puedan influir en lo que se está realizando, por lo que se requiere mucha atención y cuidado.

d) - Instrumentos de medida, deben ser los indicados para cada caso y en el momento de su utilización, ya deben de estar preparados.

e) - Preparación de los escenarios, con

el objeto de prevenir la intervención de variables extrañas, tener una iluminación adecuada al igual que la ventilación y la temperatura.

f) - *Diseño metodológico*, donde se tenga presente el número de las sesiones a utilizar, las fases y el tipo de diseño: A-B-C , A-B , A-B-A , contrabalanceado , entre otros.

g) - *Recursos materiales*, contemplando todo el tipo de material a utilizar, como; lápices, hojas, juguetes, etcétera.

h) - *Recursos humanos*, tener presente el tipo de población que va a utilizar; las edades, sexo, etcétera.

i) - *Supervisión*, el psicólogo debe tener siempre presentes los avances que se van dando durante la investigación, como: 1) mantener

el orden 2) organización, y 3) observar que nada interrumpa su labor.

j) - Registros, se debe tener un instrumento que le ayude a registrar lo que encuentra u observa, para lo cual se vale de diversos tipos: anecdóticos, de intervalo fijo o variable, concurrente, entre otros.

k) - Graficación de resultados: donde se presentan los datos que se obtuvieron, de manera cuantitativa, durante la investigación.

En la realización de cada una de las funciones antes mencionadas cabe destacar que el psicólogo tiene que tener presente los principios éticos que rigen su profesión ya que de acuerdo a las investigaciones de Morris (1989), las prácticas evaluativas, pueden violar cinco derechos de los niños:

A) Ser evaluados dentro de un marco normativo apropiado a su cultura.

B) A ser evaluado en forma dimensional, teniendo en cuenta las muchas facetas del ser humano.

C) Su derecho a recibir una evaluación completa.

D) A permanecer libre de rótulos que los estigmaticen.

E) Su derecho a la identidad cultural y al respeto.

Nosotras sugerimos, para evitar la violación de los derechos no únicamente de los niños, sino también de los pacientes en general, que todo personal profesional conozca los principios éticos que rigen su profesión y sobre todo respetarlos.

*Por ésta razón a continuación daremos brevemente algunos de los principios éticos de la psicología con respecto a ésta área.*

*Como menciona Pérez (1979; citado en García, 1988), en México la profesión del psicólogo se ha limitado, ya que se le había considerado como un subprofesionista, como un aplicador de pruebas (de acuerdo con Ribes y Fernández, 1980; citado en García, 1988), como un profesionista ayudante de, y como una persona con limitaciones que no debía tomar decisiones de trascendencia que tuvieran carácter definitorio. Dichos aspectos muchas veces habían sido propiciados por el mismo profesionista al no intentar cambiarlos o en el último de los casos remediarlos.*

*Afortunadamente como lo menciona García (1988), con el trabajo que se está realizando en los últimos años, el psicólogo ha ido cambiando ésta*

*imágen, logrando que se le respete como profesionista y persona preparada.*

*En la Educación Especial el Psicólogo debe ser el profesionista que ha de desempeñar uno de los papeles principales, ya que tiene la preparación para coordinar y estructurar los planes de trabajo.*

*Antes de mencionar algunos puntos sobre la ética del psicólogo, consideramos importante aclarar que nosotras nos enfocamos en describir las funciones del psicólogo, como se ha podido observar, pero aunque puede desarrollar su actividad de manera individual, para algunos aspectos puede apoyarse o complementar su informe con el diagnóstico de otros profesionales.*

### 3.3 ETICA DEL PSICOLOGO

Como menciona Harrsch (1985), el psicólogo amén de conocer los campos en los que aplicará su bagaje de conocimientos teóricos, debe estar consciente de sus recursos y limitaciones de ética que gobierna el ejercicio de su profesión, así como de la necesidad de una continua capacitación que su joven ciencia le demanda.

De la actitud que asuma el psicólogo frente a su responsabilidad social dependerá su eficiencia profesional y realización personal. Además debe tomar conciencia de una serie de premisas, ideas, prejuicios, opiniones y actitudes que posee y que al conocerlas le permitirán actuar de manera más honesta, auténtica y congruente. Independientemente del campo de aplicación al que se dedique, debe contar con la capacidad para establecer relaciones afectivas profundas que promuevan el desarrollo social e individual.

Como menciona Lafarga (1979, citado en Harrsch), los psicólogos tienen un compromiso muy grande con la sociedad en general, ya que por la naturaleza misma de su profesión, son modelos de rol, son modeladores de conducta, no tanto por lo que dicen y pretenden hacer, sino porque realmente hacen y son, como hombres y como profesionales.

Su comportamiento ejerce una profunda influencia en todas sus actividades, que puede ser benéfica o nociva dependiendo del grado de congruencia que exista entre los valores explícitos en su práctica y las motivaciones que orientan su comportamiento como persona y profesional.

En la medida en que el psicólogo logre un mayor conocimiento, podrá observar mejor la realidad externa y podrá juzgar con un principio

de realidad más preciso las justicias o injusticias sociales.

El psicólogo mexicano según Lafarga (op-cit), es un científico, un teórico, un profesional de la promoción del comportamiento, pero es ante todo un hombre, una persona que crece y se desarrolla en un país rico en recursos humanos y en recursos naturales, pero víctima de tensiones e injusticias socioeconómicas que en mayor o menor grado afectan a todos. Debe tener una actitud abierta a todas las corrientes, además de valorar la confidencialidad y el respeto por la información personal recibida de la clientela.

Trasladando los aspectos éticos al área de Educación Especial, el psicólogo, como lo menciona Reese y Lipsitt, (1976) se ha interesado mucho por los derechos de las personas. Por ejemplo, en la

división de Psicología del desarrollo de la Asociación Psicológica Americana (APA), se formó un comité de ética, cuya tarea especial es distribuir la revista "Ethical Standards of Psychologists" del APA.

A continuación se ofrece una breve reseña de los estándares éticos para los especialistas de la psicología:

Sin importar lo joven que sea el sujeto, igual tiene derechos que invalidan los derechos de quien lo investiga.

El psicólogo no puede realizar ninguna operación investigadora que pueda lastimar a la persona física o psicológicamente.

Realizar evaluaciones, cuidando los riesgos y los beneficios que se pretenden obtener, conside -

rando que debe prevalecer tanto el interés del individuo y el de la sociedad por encima de la ciencia.

Ajustarse a los principios científicos y en la experiencia previa.

Vigilar que el uso de las pruebas e instrumentos psicológicos sean usados con responsabilidad y con la preparación profesional adecuada.

Considerar que las pruebas psicológicas son instrumentos auxiliares de trabajo y que por si solas no bastan para formular un diagnóstico, por lo que hay que retomar lo mencionado por Ingalls (1988), en cuanto a tener presentes las características del niño y el medio ambiente en que se desenvuelve, además de los antecedentes.

La realización del diagnóstico deberá realizarse en un lugar adecuado y tener preparados todos los materiales a utilizar.

Deben dar a conocer los resultados, ya que el consultante tiene derecho a conocer los resultados y sus interpretaciones en un lenguaje adecuado.

Se obtendrá preferiblemente por escrito, el consentimiento de los padres o de aquellas personas legalmente designadas para actuar.

Es ilegal experimentar con niños sin una autorización informada.

Los padres tienen el derecho de saber todo lo concerniente a las habilidades, desempeño y los problemas venideros de sus hijos.

Cuando el psicólogo reciba consultantes

enviados por otro colega, deberá informarle por escrito todo lo relativo al estudio del caso y los resultados a los que se llegue.

Si se realiza una investigación, se ocultará la identidad del niño en todo informe escrito o verbal, así como en toda discusión informal con estudiantes o colegas.

El psicólogo no es un educador especial, en el sentido amplio del término puesto que no se evoca a tratar a los niños de Educación Especial en un sólo aspecto, ya sea pedagógico o médico, sino que sus funciones van más allá de ello y lo considera como un todo integrado, participando y colaborando con otros especialistas para proporcionar la ayuda a su integración bio-psico-social.

Cano (1994), menciona que no es gratuito que sea la educación la función que se considera

*debe realizar el psicólogo en Educación Especial y el único elemento del saber psicológico sobre el que se aclaran y unifican criterios para su utilización.*

*En éste campo se insiste mucho en la concientización y sensibilización del profesional en el trato con niños de Educación Especial. De su responsabilidad para hacer su trabajo encaminado al crecimiento tanto de él, como del niño. Desde ésta perspectiva el trabajo psicológico no sólo va a ser de escritorio, sino también en todas y cada una de las situaciones tan cotidianas, en las que se desarrolla el niño, como es el cuarto de baño, la cocina, la calle, el parque, la casa, etcétera.*

*Así pues, como lo menciona Galindo y Barron; (1986) la labor del psicólogo en la Educación Especial es complementaria al trabajo que realizan los profesionales especializados en cada una de*

las áreas ya mencionadas, es decir, que su función principal es diagnosticar a los niños con requerimientos de Educación Especial, dicha evaluación tiene características psicopedagógicas es decir una orientación psicológica y pedagógica para orientar de una mejor manera posible al docente de Educación Especial en su labor de normalización para la integración educativa y social.

De acuerdo a lo señalado anteriormente, observamos que son muy diversas y numerosas las funciones que desempeña el psicólogo dentro del campo de la Educación Especial en las escuelas que pertenecen a la Dirección General de Educación Especial.

Aunque aquí cabría hacerse algunas preguntas:

*¿El psicólogo realiza las mismas funciones dentro de las escuelas pertenecientes a la DGEE que en las escuelas creadas por asociaciones civiles?*

*¿Qué es lo que impide al psicólogo avanzar más rápido en cuanto a un número mayor de funciones dentro del área de Educación Especial?*

*¿La información teórica que se tiene en la actualidad respecto a la Educación Especial va de acuerdo con los avances técnicos y sociales?*

*¿Que es lo que le impide al psicólogo hacer investigación en el área de Educación Especial?*

*¿Realmente cubrimos con los requerimientos y necesidades de la población de Educación Especial?*

# CAPITULO

## IV



## **CAPITULO IV**

### **EL PSICOLOGO Y EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO EN LA EDUCACION ESPECIAL.**

*Dentro de la Educación Especial existen diversos profesionales como lo son el médico, pedagogo, psicologo, pediatra, entre otros afines a este tipo de educación. sin embargo como lo menciona Jordi (1989); y García (1988), la atención de un solo profesional para una persona que necesite Educación Especial no es suficiente, ya que para que ésta surta los efectos esperados, es necesaria la colaboración de varios profesionales que trabajen en la capacitación de los discapacitados, dependiendo de la atipia que presente la persona que va a ser atendida.*

*Márquez, (1987); Galindo y Barron (1986); Nuñez, Nava, Molina, Cuevas, Díaz,*

*Domínguez y Cueli (1991) y Toro, (1992) mencionan que dichos profesionales conforman el equipo multidisciplinario, que se encarga de planear los niveles de acción conjunta y coordinada de conceptos, metodología y técnicas de diversas disciplinas en un mismo campo de intervención, sin que pierdan la identidad original que los configura como disciplina.*

*Este equipo multidisciplinario es necesario ya que realizará un estudio de actividades de la vida diaria de la persona que necesite Educación Especial, además hará un estudio del lenguaje y de todos los aspectos físicos y psicológicos, para obtener un diagnóstico integral de invalidez que va a permitir clasificar a los pacientes, obtener un pronóstico de rehabilitación y establecer un programa individual. Por estas razones es conveniente contar con diferentes profesionales que aporten sus conocimientos y experiencias en el*

área para optimizar las condiciones en las que se encuentra la persona.

Es importante mencionar que cada uno de los profesionales inmersos dentro de la Educación Especial tiene una ubicación laboral que va a depender como ya se ha mencionado de la atipia que presente la persona dañada, esto significa que en muchas ocasiones dos o más profesionistas van a tener una misma ubicación laboral cuando atienden a la persona afectada.

Otro de los puntos que no debemos olvidar y que por lo general desconocemos, es el objetivo de éste cuarto capítulo, conocer cada una de las funciones que los profesionistas desempeñan o deben desempeñar dentro de la Educación Especial, motivo por el cual a continuación describiremos las funciones de 15 profesionistas inmersos en éste tipo de educación, los cuales son:

# MAESTRO CON ESPECIALIDAD	# AUDIOLOGO
# LOGOPEDA	# ORTOPEDITA
# MAESTRO DE TALLER	# OFTALMOLOGO
# MEDICO GENERAL	# OPTOMETRISTA
# MEDICO FISIATRA	# PSIQUIATRA
# TERAPISTA FISICO	INFANTIL
# AUDIOMETRISTA	# TRABAJO SOCIAL
# OTOLOGO	# PSICOLOGO

*Cabe destacar que la jerarquización antes descrita, no significa que sea el orden en que comúnmente intervienen los profesionales; se hace mención de ellos por ser los que intervienen más usualmente en un caso de Educación Especial. Claro está que su importancia e intervención va a depender de la atipia que presente el paciente.*

Antes de comenzar a describir las funciones de los profesionistas descritos con anterioridad, queremos señalar que existen todavía más profesionales de los comúnmente inmersos en la Educación Especial que son tan importantes como éstos, pero que no describiremos, por que su intervención es derivada de la atipia de cada paciente, las cuales son muy diversas y variadas.

#### ## MAESTRO CON ESPECIALIDAD

Como menciona Galindo y Barron (1986), dentro de las labores que desempeña este profesional se encuentran:

- 1.- Maneja e interpreta pruebas para evaluar niveles de desarrollo psicomotor, perceptual, lingüístico y pedagógico para ubicar a la persona en su nivel de conocimiento y diseñar programas

de entrenamiento.

2.- Plantea actividades pedagógicas y elabora programas, objetivos con base a los problemas identificados.

3.- Aplica técnicas específicas que le permiten estimular a las personas en las áreas: cognitiva y socioafectiva.

4.- Aplica técnicas de entrenamiento pre-ocupacional.

5.- Tiene información sobre los campos de trabajo actual en los que pueda ser empleado la persona a nivel custodial o ha nivel independiente para aplicarlos en su docencia.

6.- Maneja técnicas pedagógicas para analizar y corregir.

7.- Interpreta evaluaciones de diagnóstico elaboradas por profesionales especializados, con el objeto de integrar un plan de trabajo educativo que estimule las áreas de desarrollo.

#### II LOGOPEDA

Uno de los objetivos primordiales de este profesional es el mencionado por Brennan (1988) y la UNESCO (1977): obtener los principios científicos de un sistema de enseñanza tendente a superar y prevenir los trastornos de la palabra. Diversas investigaciones han puesto de manifiesto los mecanismos de la interacción entre los trastornos de la percepción auditiva y la motricidad de los órganos fonéticos, entre la actividad de la pronunciación y la formación de fonemas. Se ha constatado que la adquisición de los hábitos de escritura y lectura dependen grandemente del desarrollo anterior de la palabra.

a lo largo del cual se forman generalizaciones prácticas en cuanto a la composición fonética y a la morfología de las palabras.

Su trabajo consiste en:

1.- *Elaboración de Métodos para instaurar o corregir los fonemas afectados, hacer que los utilicen en palabras y frases y desarrollar actividades basadas en el análisis sonoro de las palabras, con vistas a establecer la diferenciación acústica de éstos sonidos y particularmente del manejo de la respiración.*

*Este trabajo debe ser sistemático y por tanto debidamente coordinado con los maestros, auxiliares pedagógicos y con la familia del paciente. ( Zaporozhet, 1989)*

*Como mencionan Bowley y Garder (1991 a y b), la finalidad principal de éste profesional, es*

educar los músculos de los labios, la lengua y la garganta, ya que librados a su suerte, no aprenderán los movimientos correctos.

Los objetivos generales de su trabajo son:

1.- Desarrollar al máximo la capacidad de comunicación oral, mediante una labor sistemática dirigida a mejorar todos los componentes del lenguaje.

2.- Desarrollar la comprensión del lenguaje mediante la actividad práctica y el análisis de de todos sus aspectos.

3.- Preparar a los alumnos para el aprendizaje de la lectura y escritura mediante la corrección y ejercitación del aspecto fonético y el análisis sonoro de la palabra, con vistas a establecer la diferenciación correspondiente entre fonemas.

4. Contribuir el desarrollo de la personali-

lidad, corrigiendo el vehículo de relación social: el lenguaje ( Zaporozhet, 1989).

#### ## MAESTRO DE TALLER

Su objetivo es contribuir en el proceso de la enseñanza-aprendizaje de acuerdo con las características de los alumnos y conforme al programa vigente a efecto de facilitar su integración al medio o al centro de capacitación, por eso sus funciones son:

1. Asistir y participar en las reuniones del equipo multidisciplinario.

2. Participar en la evaluación inicial de los alumnos.

3. Analizar el programa de capacitación laboral

que aplicará a los alumnos a su cargo.

4. Desarrollar con los alumnos de los grupos a su cargo el programa de capacitación de Educación Especial.

5. Evaluar al término del año escolar el proceso de adquisición de habilidades manuales a fin de establecer recomendaciones y / o sugerencias para el mejoramiento de las mismas.

#### ## MEDICO GENERAL

Este profesional es uno de los que tienen mayor contacto con personas que requieren Educación Especial desde el momento en que se enfrentan a esa experiencia.

Como mencionan Ferrara, F; Acebal, E; Paganini, J. (1976) y Edgerton, R (1985); Cald-

well, B; y Stedman, D. (1989), dentro de sus funciones se encuentran:

1.- El diagnóstico: Que corresponde a la identificación de la naturaleza de una enfermedad o incapacidad, basándose en uno o más síntomas. Para formular un diagnóstico, el médico tiene que tomar en consideración muchos factores:

A) Historial clínico del paciente.

B) El estado de salud de los demás miembros de la familia.

C) Los resultados del examen físico del enfermo.

Edgerton, R (1985), menciona que el modo como el médico presenta a los familiares el correspondiente diagnóstico, no sólo ejerce un tremendo impacto emocional en dicho momento, sino

que puede tener, asimismo, efectos permanentes.

La mayoría de los médicos están de acuerdo en que el diagnóstico debe comunicarse a la familia tan pronto como sea posible, además de mostrar simpatía hacia ellos y responder ampliamente a todas sus preguntas, pero sin darles falsas esperanzas o aconsejarles muy directamente con respecto a ingresos en instituciones.

\* 2.- Tratamiento : Como mencionan Nelson y Mckay (1971, citados en Leal y López, 1982) y Miller y Burt (1973), bajo éste enfoque el tratamiento ha sido a base de fármacos e intervenciones quirúrgicas o maniobras para aumentar la irrigación sanguínea del cerebro o mejorar la organización neurológica. \

Además como menciona González (1988), comprende los servicios que se proporcionan con el fin de promover, proteger y restaurar la salud, e

*involucra actividades de promoción general y de protección específica para personas sanas, de diagnóstico y tratamiento de personas enfermas y de valoración y rehabilitación de invalidos físicos o mentales.*

*3.- Rehabilitación: el objetivo de la rehabilitación medica, como mencionan Mckeown.T. y Lows, C. (1986), es acortar el período entre el accidente grave o enfermedad y el regreso a la vida independiente en la comunidad.*

*4.- Dar conferencias regulares.*

*5.- Supervisión.*

*6.- Coordinación.*

*Las incapacidades que interfieren con la capacidad para el trabajo se clasifican así:*

A) Los incapacitados desde la niñez (ciegos de nacimiento). Para este grupo es de particular importancia los recursos educativos especiales y la orientación experta durante la transición de la escuela al trabajo.

B) Aquellos con incapacidad temporal. Necesitan un servicio eficiente y bien coordinado de rehabilitación media para reducir el periodo de incapacidad.

C) Incapacidad permanente (con pérdida de algún miembro).

7.- Investigación: que de acuerdo con González (1988) es una actividad creativa y sistemática encaminada a incrementar el acervo de conocimientos científicos y técnicos que contribuyen al estudio y solución de los problemas de la salud humana. Con fines prácticos se reconocen actualmente tres tipos de investigación en este

*campo: la biomédica, la clínica y la sociomédica. La primera comprende los trabajos realizados dentro de las disciplinas básicas de la medicina: anatomía, fisiología, bioquímica, farmacología, etc; la segunda abarca los proyectos relacionados con el individuo sano o enfermo y la tercera comprende los estudios que contribuyen al conocimiento y solución de los problemas colectivos de la salud.*

#### **II MEDICO FISIATRA**

*Este profesional como menciona Toro, (1992) y Sonis, (1984) se aboca principalmente a:*

- 1.- Identificación y evaluación de la invalidez.*
- 2.- Diagnóstico clínico e instrumental especializado.*
- 3.- Proponer el tratamiento en los términos de los movimientos, ejecución.*

4.-*Prescribe de ser necesario, aparatos ortopédicos para que el paciente pueda llegar a ser independiente en sus movimientos de desplazamiento, bien para optimizar las posturas generalmente anormales o para evitar que las contracturas aparezcan o se agraven.*

5.- *Prevención del deterioro físico y mental.*

6.-*Supervisión de los procedimientos y programas de rehabilitación, ya que es el indicado para determinar cuando el sujeto debe realizar o no algún movimiento especial cuidando de que no afecte negativamente alguna secuencia de movimientos o llegar a dañarse algún músculo, para lo cual utiliza recursos médicos, familiares y comunitarios.*

7.-*Investigación: de las causas y mecanismos de la invalidez y de las respuestas a las acciones terapéuticas y correctoras de su competencia. Es*

decir, la problemática de la invalidez, la profilaxis, los nuevos recursos terapéuticos, reeducativos o de compensación y las técnicas instrumentales. Algunas de las principales líneas de investigación: estudios de la función neuromuscular, análisis biomecánicos y cinemáticos, desarrollo de prótesis funcionales y de ayudas técnicas, exploraciones ergométricas, etc.

8.- Orientación al paciente, familia y comunidad. Se explica la problemática y la conducta a seguir, para informar, motivar y promover el apoyo a los programas de rehabilitación.

#### II TERAPISTA FÍSICO

Como menciona Toro (1992), se encarga de aplicar los tratamientos y ejercicios, apoyando su terapia con diferentes condiciones ambientales, tales como el uso de temperatura, agua, uso de

diferentes elementos terapéuticos como la cufa, el rodillo, la esfera, lo cual facilita la rehabilitación o habilitación de movimientos corporales.

Este profesional, por sus conocimientos del movimiento normal y la evolución a lo largo del desarrollo, tiene la posibilidad de valorar y diagnosticar los casos de Educación Especial, además debe seguir el tratamiento prescrito por el médico fisiatra, al igual que de los elementos restantes del equipo dentro de lo que compete a cada área. (Toro, 1992).

Contribuye al desarrollo integral del educando en su proceso de rehabilitación física, y sus funciones son:

1. Estimular y cuantificar los recursos técnicos y materiales que se requieran para la

*realización de sus actividades.*

*2. Analizar el programa que aplicará con los alumnos a su cargo.*

*3. Preparar el trabajo diario y el material necesario para el desarrollo de sus actividades.*

*4. Evaluar al término del año escolar el proceso de terapia física a fin de establecer recomendaciones y / o sugerencias para el mejor rendimiento del mismo.*

*5. Organizar y participar conjuntamente con el psicólogo en el asesoramiento que se da a los padres, con respecto al problema de sus hijos.*

*6. Asistir y participar en las reuniones del equipo multidisciplinario que evoque la dirección*

de la escuela.

†† AUDIOMETRISTA

Este profesional va a realizar estudios para medir la capacidad auditiva de los educandos, y sus funciones son:

1. Elaborar y mantener actualizados los estudios audiométricos de las personas.

2. Coordinar sus actividades con el personal docente y el de apoyo técnico.

3. Asistir y participar en las reuniones del equipo multidisciplinario.

Este profesional como menciona Miller y Burt (1973), puede prevenir una gran parte de la sordera, reconociendo la gravedad potencial de

*enfermedades generalizadas o de infecciones específicas que afectan el oído. En algunos casos la sordera puede ser corregida o atenuada considerablemente mediante alguno de los auxiliares del oído de que se dispone actualmente.*

#### ## OTOLOGO

*A este profesional como lo menciona León (1984), le corresponde atender la función biológica y la reestructura anatómica mediante cirugía para activar el sistema auditivo.*

#### ## AUDIOLOGO

*Este profesional obtiene un audiograma para conocer únicamente una faceta de la respuesta auditiva, la sensibilidad a tonos muy débiles a diferentes frecuencias.*

*Como lo menciona León (1984), el audiólogo tiene el papel de estudiar la función física de*

los sonidos transformados en energía o impulsos eléctricos a través del funcionamiento mecánico del oído medio y oído interno.

Un propósito claro de la audiometría como lo menciona Davis (1985), es ayudar en el diagnóstico médico. De acuerdo con éste autor, los objetivos de esta profesión son:

1.- Proporcionar información al otólogo de la extensión y naturaleza, la causa probable y el progreso de la pérdida auditiva en relación con enfermedades y la efectividad del tratamiento, además de medidas preventivas.

2.- Establecer la intensidad de la pérdida auditiva con propósitos de compensación, incluyendo la determinación del estado original de la audición.

En el papel que desempeña este profesional,

como lo mencionan Erber y Hirsh; y Perry y Silverman (1985, citados en Davis y Silverman, op-cit) se encuentra:

3. Valoración diagnóstica: es el primer paso en cualquier programa de rehabilitación auditiva. La evaluación audiológica no sólo debe medir la naturaleza y el grado de la perturbación auditiva, sino que lo que es aún más importante, debe valorar la función comunicativa total del individuo y las demandas comunicativas de su mundo en particular y como puede ser preparada mejor la persona para hacerle frente.

4.- La detección, que es el proceso básico para determinar si un sonido esta o no presente. Además ayuda a comprender que algunas cosas producen sonido y otras no. El reconocimiento de los sonidos ambientales que se esta produciendo a-

yuda a que se mantenga contacto con el mundo acústico a su alrededor y lo alerta para la actividad cercana. Las respuestas de detección son usadas por los audiólogos no sólo en la audiometría de los tonos puros sino también para establecer los ajustes mínimos de los auxiliares auditivos.

5.- *Rehabilitación*: implica el propósito de restablecer hasta donde sea posible, funciones que previamente han sido normales. El concepto se aplica a niños o adultos que como resultado de enfermedades o accidentes pierden parte de su habilidad para escuchar.

6.- *Instrucción* : muchos clínicos de la audición combinan su instrucción sobre adiestramiento auditivo con práctica de lectura labiofacial, ya que esta puede incrementar su percepción auditiva del habla.

## ## ORTOPEDISTA

Como lo menciona Nuñez, Nava, Molina, Cuevas, Díaz, Domínguez y Cueli (1991), el papel de éste profesional, es en primer lugar, tener un conocimiento cabal del padecimiento, con el objeto de poder colaborar en el tratamiento a que se han de someter estos pacientes y cuyo objeto final es la rehabilitación del paciente lo más completa posible, tanto en su aspecto físico, psicológico como socioeconómico; es decir colaborar en una rehabilitación integral para que el paciente tenga mayor habilidad para bastarse a si mismo y en el futuro llegue a ser un hombre útil a la sociedad.

Es un especialista que trata o corrige ya sea en forma mecánica o quirúrgica, las desviaciones y deformidades en general.

**\*\* OFTALMOLOGO**

A este profesional, le corresponde ver las enfermedades de los ojos, a quien corresponde prescribir los lentes para corregir los diversos trastornos de la visión.

Como menciona Miller y Burt (1973), dentro de las funciones de este profesional se encuentran:

1.- Realización de programas de prevención.

2.- Diagnosticar y dar tratamiento a los estados patológicos de los ojos. El tratamiento puede consistir en la prescripción de medicamentos o cuando lo considera necesario, en una intervención quirúrgica o con rayos láser. Además como menciona Faye (1972) indica cual es el pronóstico, que partes del ojo y del cerebro,

en su caso están afectados, la movilidad de la persona, sus necesidades con respecto a la iluminación, y su visión para los colores.

3.- Realizar estudios para descubrir estados oculares.

4.- Exámen de la vista.

5.- Elaboración de informes, que indican la agudeza visual con y sin lentes correctores.

#### ## OPTOMETRISTA

Es un técnico especializado y autorizado para medir la agudeza visual. No tiene los conocimientos necesarios para diagnosticar enfermedades de los ojos, prescribir tratamientos ni practicar cirugía ocular.

## ## PSIQUIATRA INFANTIL

*Participa tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de los pacientes de Educación Especial. Además ayuda en la adaptación del paciente y de la familia al problema.*

*Como lo menciona Nuffes, Nava, Molina, Cuevas, Diaz, Dominguez y Cueli (1991), éste profesional, auxiliado por el psicólogo, tiene la obligación de establecer un diagnóstico de coeficiente intelectual y de alteraciones emocionales y del funcionamiento familiar.*

## ## TRABAJO SOCIAL

*Su propósito es de contribuir en el desarrollo integral del educando en su proceso de adaptación al medio ambiente escolar y social en que se desenvuelve y sus funciones van desde:*

1. Elaborar y prestar al equipo multidisciplinario el programa anual de actividades que desarrollará durante el año escolar, para su actualización.

2. Organizar y participar conjuntamente con el psicólogo en el asesoramiento que se da a los padres de familia, para tratar adecuadamente el problema de sus hijos.

3. Asistir y participar en las reuniones del equipo multidisciplinario.

4. Evaluar inicialmente a los alumnos y hacer un seguimiento de casos.

5. Registrar observaciones continuas sobre el desarrollo del educando que permitan detectar los casos que requieran atención complementaria.

6. Realiza visitas domiciliarias para enterarse de manera detallada de las condiciones socioeconómicas de la familia.

#### ## PSICOLOGO

Como menciona Delgado, T (1991), este profesional dentro de la Educación Especial, realiza una labor importante, no sólo al detectar, diagnosticar y tratar los diversos problemas que se presentan en este ámbito, sino que también realiza una labor de prevención.

El psicólogo dentro de la Educación Especial se dedica a diversas funciones, pero por lo general se limita sólo a la realización del diagnóstico y a la elaboración de programas de tratamiento individualizado.

El objetivo de este profesional como lo menciona Quiroz, (1986); León, (1984); Galindo y

*Barron (1986), es: contribuir en el proceso de enseñanza y de adaptación al medio ambiente en el que se desenvuelven los individuos, teniendo como función principal:*

*1.- Diseño y aplicación de programas de rehabilitación y/o habilitación de acuerdo a las características socioeconómicas del paciente.*

*2.- Llevar a cabo una capacitación para padres de familia y gente que la solicite.*

*3.- Participar en la evaluación inicial y en el seguimiento de los casos.*

*4.- Evaluación de los logros de los sujetos con instrumentos directos e indirectos y registrar los resultados de la evaluación realizada.*

*5.- Investigar de sistemas de enseñanza del lenguaje, y de otras habilidades sociales, cog-*

noscitivas, académicas, que el sujeto requiera para incorporarse al medio social, académico y productivo del país.

Mateos, (1984) y Embriz, (1994) agregan otras actividades en las cuales interviene el psicólogo:

- Elaborar un plan de actividades e informes anuales y bimestrales.

- Realizar observaciones y revaloraciones cuando así se requiere.

- Asentar en carpetas notas y recomendaciones sobre la evaluación de éstos.

- Mantener actualizado los expedientes y las carpetas de evolución en los aspectos psicológicos.

- Coadyuvar esfuerzos con el servicio de trabajo social para la orientación de los padres

*de familia en el tratamiento de sus hijos.*

*En lo referente al papel del psicólogo, Vázquez, (1988); Cano, (1994) y González, (1994) nos mencionan que las instituciones muchas veces piden una formación académica en psicología educativa, particularmente sobre los enfoques Piagetiano y Conductista, así como el conocer los niveles de desarrollo normal del individuo, la manera en como el niño accede al conocimiento y a las características de los sujetos con requerimientos de Educación Especial.*

*Por este motivo como menciona González, (1994) tal vez corresponda al psicólogo, crear un ambiente funcional y más prometedor, en donde sean sus necesidades y sus labores las que generen de forma conjunta apertura a nuevos retos y horizontes.*

Márquez. (1987) menciona que la psicología dentro de estas instituciones de Educación Especial, puede aportar o colaborar en la rehabilitación en dos sentidos: a) En el teórico, en cuanto a la comprensión de la excepcionalidad o incapacidad de las personas y b) en el práctico o aplicado, diseñando nuevos métodos o estrategias para prevenir, diagnosticar e intervenir.

Así pues, se observa que las actividades que realizan muchas veces se traslapan de uno a otro, por ejemplo: el trabajador social, el terapeuta físico y el psicólogo organizan y participan en el asesoramiento que se da a los padres con respecto a los problemas que sus hijos presentan; esto tal vez se deba a que como lo menciona Cano (1994) en la Dirección General de Educación Especial, no está explícito el perfil del psicólogo.

Aunque si bien es cierto, en la actualidad a pesar de los esfuerzos de la Secretaria de Educación Pública, por lograr una multidisciplina, ésta no se ha podido llevar a cabo de acuerdo a lo planeado, ya que para que ésta tenga un buen funcionamiento; se sugiere que todos los profesionistas tengan una muy buena comunicación, un lenguaje en común y una buena interrelación entre profesionistas, cosa que aún en la actualidad, es difícil de hacerse dado que cada profesionista guarda sus conocimientos por evitar la competencia, que alguien la gane su trabajo.

Por tal motivo a nosotros como profesionistas actuales nos corresponde buscar solución a este tipo de problemas, además de ir buscando nuevas actividades que nos incerten más en la Educación Especial.

Finalmente, nosotras vemos a través de todo lo anterior, que la labor del psicólogo dentro de este campo de trabajo es infinito, por lo que es necesario que uno mismo se abra más brechas y realice nuevas actividades con miras a ayudar en el porvenir de los niños.

# CONCLUSIONES



## C O N C L U S I O N E S

*De acuerdo a la revisión teórica que realizamos, en la cual abordamos aspectos tales como la historia y desarrollo de la Educación Especial, particularmente la de nuestro país, en la cual enfatizamos el papel del psicólogo y la labor del equipo multidisciplinario, concluimos que:*

*La meta principal que debe regir a la Educación Especial es contemplar el desarrollo de las habilidades de los sujetos que presentan retardo, permitiéndoles integrarse a la vida familiar y social en forma más adecuada. Siendo ésta la consecuencia de la transformación que ha tenido la Educación Especial. Ya que, la influencia social, política, económica y cultural que se dió en cada uno de los momentos históricos de las etapas en que dividimos la historia de la Educación Especial, resaltan la importancia de la integración que se ha dado en las últimas décadas, para*

la persona con retardo, estableciéndose hoy en día que esta población sea más aceptada y más aún que se les pueda brindar una atención adecuada, planeando nuevos programas de rehabilitación, que van de acuerdo a las necesidades de cada persona, ya que como lo mencionamos en el tercer capítulo, hay una gran diversidad de atípias, y por lo tanto más demanda de servicios de Educación Especial.

Ahora bien dentro de los cambios a esta tendencia, podemos citar algunos ejemplos muy claros: sabemos que anteriormente las personas que presentaban algún defecto o impedimento se les encerraba en sus casas para que no fueran objeto de burla entre la sociedad o lo que era aún peor se les quitaba la vida, ésta situación ha cambiado actualmente en algunos aspectos básicamente con la intervención de diversos profesionales abocados a la atención de esta población y a la creación de instituciones exprofeso, entre las que pode-

mos mencionar las fundadas por iniciativa de nuestro gobierno y asociaciones civiles como APAC, el centro de educación Down, las asociaciones Hispano-Mexicanas para niños liciados por citar solo algunas.

Es así como observamos los avances que se han dado respecto a la Educación Especial tanto en el tipo de atención como de educación que se recibe dentro de las mismas, pero al respecto cabría hacerse algunas preguntas: ¿los avances tecnológicos satisfacen por completo las necesidades de las personas de Educación Especial, independiente-mente de su edad y atipia? ¿las diversas teorías que pueden ayudar a estas personas, son suficientes para que un profesional inmerso en este campo realice su trabajo de la mejor manera posible?

Nosotras consideramos que aún cuando uno de los principales cambios que enfatizamos es la partici-

pación de diversos profesionales en forma coordinada y conjunta (García, 1988 y Jordi 1989), para que la atención que como profesional brinda a esta población, de manera multidisciplinaria, surta los efectos esperados (habilitación - integración) no es suficiente. Sin embargo al realizar el trabajo multidisciplinario, se plantea en algunos casos, la dificultad de comunicación y coordinación de los distintos profesionales (Mares, 1984; citado en Galgera, Hinojosa y Galindo), siendo este el problema al que prioritariamente se tendría que dar solución. Es aquí, donde nos planteamos nuevas preguntas: ¿ se utiliza solo el concepto de multidisciplinaria y no se lleva a la práctica? y/o ¿cómo es que se da? ¿en que casos?. Para nosotras el dar respuesta a cada pregunta resulta necesario contemplar aspectos como que el trabajo multidisciplinario conlleva una gran responsabilidad, ya que se requiere de una buena comunicación con los demás

profesionales, lo cual permita la más pronta y adecuada intervención de sus pacientes. Este es uno de los puntos principales en los que debemos poner más atención, ya que se dice fácil pero esta labor requiere de una gran ética profesional, respetando las diversas profesiones para lo que hay que estar bien informados de la intervención que puede brindar cada uno, lo cual conlleva a dar una orientación y atención adecuada, ya que no se trata de una competencia entre profesionales, debe haber colaboración para apoyar a quien lo solicite.

El interés que se debiera generar no se queda únicamente en profesionales con una especialidad en los sectores salud y educación, va más allá de ellos, como por ejemplo, la participación más activa y constante de profesionales como el abogado, (que defiende los derechos de las perso--

nas con retardo), los ingenieros electrónicos (que ayudan en la elaboración de sensores), el arquitecto (con la construcción de instalaciones adecuadas como el caso de las rampas), y también el profesional de la computación (en la investigación y elaboración de nuevo equipo de cómputo que permita a este tipo de población la realización de actividades).

El psicólogo como cada uno de los profesionales mencionados en el capítulo cuarto, pueden desempeñar de manera individual cada una de las actividades asignadas o concernientes a su profesión como lo hacen la mayoría de los profesionales, pero consideramos es menester tomar en cuenta y reflexionar sobre el enriquecimiento que tiene el trabajo de cada profesional al realizar la labor multidisciplinaria, ya que hay aporte de nuevos conocimientos y abre nuevos caminos de investigación.

*Centrandonos en las actividades del psicólogo, cabe destacar que es un profesional que como lo mencionamos en el capítulo tres, desempeña una gran cantidad de actividades que en conjunto permiten una mayor educación, rehabilitación e intervención y por tanto aceptación de las personas que requieren Educación Especial.*

*Dentro de nuestra profesión también se han dado avances, un ejemplo de ello es la intervención de los pacientes, ya que en un inicio era meramente conductual, es decir, se extrapolaban los principios que regían la conducta infrahumana a la conducta humana, cuestión por la cual se han tenido que desarrollar otros aspectos, ya que la conducta humana es muy compleja, depende de muchos factores. un ejemplo claro de lo anterior es la terapia cognitivo conductual, sien-*

do esta última en la que se toma en cuenta las emociones.

Otro ejemplo es la prevención, que es un aspecto muy importante, ya que propicia el ayudar a evitar la ocurrencia de un determinado problema, entendiendola precisamente como de primer nivel (antes del nacimiento) ya que se pueden tener cuidado con algunos aspectos como: el factor RH, deficiencias en la dieta de la madre, uso de drogas o medicamentos etc. Considerando el segundo nivel (durante el nacimiento) se tiene que tomar en cuenta otros puntos como: la utilización de los fórceps en el parto. Y en el caso del tercer nivel (después del nacimiento) evitar la nutrición pobre así como algunas enfermedades específicas como la meningitis y la encefalitis que son causadas por prolongada fiebre alta.

Con lo anterior queda vislumbrado que todas las actividades que realizamos como psicólogos (tradicionales y no tradicionales) tienen igual importancia y su ejecución depende de la problemática que presente el paciente.

Actualmente existe un concepto que consideramos debe tenerse siempre presente tanto por el psicólogo como por todos y cada uno de los profesionales inmersos en cualquier área de estudio, nos referimos precisamente a "la ética profesional", punto tratado en nuestro capítulo tercero, resaltando la necesidad de que en la realización de cada una de nuestras funciones, contemos con un sistema de valores que nos permitan aceptar, y mostrarnos atentos a las necesidades de la población de Educación Especial, así como de su familia. A pesar de que no aborda--

mos el aspecto familiar dentro de la presente tesis, no queremos dejarlos de lado, ya que representan un punto fundamental en la integración de las personas con necesidades especiales. La aceptación de un hijo con retardo es de gran impacto, pues un mundo de ilusiones se ve truncado, provocando una falta de estimulación hacia la persona deficiente.

Reconocemos que hay limitantes en nuestro trabajo de tesis, que no pudimos cubrir, como lo fué el aspecto práctico que consideramos nos ubiese enriquecido. A partir de lo anterior nos quedan otras interrogantes:

¿Cómo se da en la práctica el trabajo multidisciplinario?

¿Cómo es su forma de comunicación?

¿Aproximadamente cuantos profesionales con-

*forman el equipo multidisciplinario? ¿Hay un número estipulado?*

*¿Los profesionales que conforman el equipo, se rigen por la ética profesional?*

*¿Hay respeto y conocimiento por las demás áreas afines al sector salud de Educación Especial?*

*Consideramos importante mencionar y reflexionar sobre algunos puntos importantes:*

*\* No debemos perder el contacto con otros profesionales que en un momento dado pueden contribuir a evaluar los logros del trabajo implementado, lo cual conlleva a una mejor intervención e integración cada vez más abierta a nuestro medio social.*

\* Es esencial la difusión en los medios de comunicación, información que ayude a vencer los prejuicios y se inculque una cultura de mayor optimismo sobre el potencial de las personas discapacitadas, que permita abrir espacios en el campo de trabajo. También es importante difundir la localización de los centros con los que contamos para este tipo de atención.

\* Aún falta dar el paso principal en el desarrollo de la Educación Especial, como lo es el hecho de organizar nuestra sociedad a la medida de el hombre que no posee la fuerza de producción. Hemos pensado en ellos, pero no nos hemos puesto en su lugar; se han puesto rampas para facilitarles el subir y bajar de algunos sitios (Delegaciones, hospitales, aeropuertos, banquetas, centrales camioneras, etc.), pero en su mayoría son rampas que no tienen la inclinación adecuada.

Ahora es el momento de actuar con mayor responsabilidad y madurez, que nos permita ofrecer nuevas alternativas y mayores avances.

La presente tesis es un aporte hacia la población de Educación Especial, ya que en ella damos un panorama que puede servir de informante, dejando de lado los falsos prejuicios, que de alguna manera aún en la actualidad tenemos presente.

Para finalizar queremos resaltar que la realización de esta investigación teórica se hizo con el fin de completar la información que recibimos en la carrera de psicología en la ENEP-Iztacala, respecto a este tema, a través de la cual logramos obtener lo siguiente:

- 1° un mayor conocimiento acerca de cuales son las funciones que como psicólogos realizamos o podemos realizar para apoyar

a las personas que requieren de este tipo de educación.

- 2° Que las funciones que desempeñemos van a depender de las necesidades reales de la comunidad, por tal motivo todas son de igual importancia.
- 3° Que la ubicación laboral del psicólogo respecto a los otros profesionales también inmersos va a depender del problema que presente la persona, así como de la política de la institución
- 4° Para que exista el equipo multidisciplinario es necesario que haya un lenguaje común, no una competencia de trabajo.

# BIBLIOGRAFIA



## B I B L I O G R A F I A

- Angrilli, A. y Helfat, L. (s/f). Psicología Infantil. México. CECSA. Cap. 1
- Argoytia, G. L. (1987). Enseñanza del manejo de ayudas ópticas y visuales para facilitar la lecto - escritura, de niños débiles visuales. Tesis de Lic. en Psicología. UNAM-IZTACALA. Pp. 7-10 y 18-52.
- Ashman, A. F; Ashman, N. F. y Conway. (1992). Estrategias cognitivas en la Educación Especial. México. Santillana. Cap. 2.
- Bauer, M; Bosch, G; Freyberger, H; Haselbeck, H; Hoffer, G; Janz, H; Kisker, P; Kruger, H; Langer, D; Petersen, P; Pflanz, M; Richartz, M; Rose, H; y Wulff, E; (1985). Psiquiatría. Salvat. España. Cap. 1

- Bejar, N. C. y Mora, C. (1991). Una alternativa para el tratamiento del niño con retardo: El entrenamiento a padres. Tesis de psicología. UNAM - ZTACALA. Cap. 3
- Bowley y Garder. (1991). El niño con parálisis cerebral. En colección Educación Especial. Ed Panamericana, Cap 1.
- Bowley y Garder. (1991). El niño sordo. En colección Educación Especial. Ed. Panamericana, Cap 4.
- Brennan, W. (1988). El currículo para niños con necesidades especiales. España. Siglo XXI. pp. 149-150
- Bricker, D.D. (1991). Educación temprana de niños en riesgo y disminuidos, de la primera infancia a preescolar. México. Trillas. Cap. 5

Caldwell, B; y Stedman, D. (1989). Educación de niños incapacitados. Guía para los primeros tres años de vida. México, Trillas. pp 25

Campos, C.V. y Ugalde, V.L. (1992). El papel del psicólogo en la Educación Especial, a nivel institucional. Tesis de psicología. UNAM - IZTACALA. Caps. 2 y 3

✓ Cano, C. (1994). Antecedentes y práctica profesional del psicólogo en el ambiente de la educación especial. Tesis de psicología. UNAM- IZTACALA. PP 50- 59.

Corona, S.M. (1995). Atención a padres: una alternativa de trabajo del psicólogo, en escuelas para deficientes mentales. Reporte de trabajo profesional. UNAM- IZTACALA. Lic. en psicología. pp.15-20.

Coronado, M; Mosqueira, R. Y Urrutia, M. (1993). Una

perspectiva epistemológica para el ejercicio profesional del psicólogo: El caso de la educación especial.  
Tesis de psicología. UNAM - IZTACALA.  
pp.31-33.

Cuenca, F; y Rodao, F. (1986). Como desarrollar la psicometricidad en el niño. Madrid.  
Narcea. pp. 7-16.

Davis, H. (1985). Audiometria. En Davis y Silverman. Audición y Sordera. Prensa Médica.  
Cap 7.

Delgado, T. (1991). El psicólogo en la Educación Especial: Reporte de actividades en un centro psicopedagógico en el estado de Mex. Reporte de trabajo profesional. UNAM- Iztacala. pp 5-10.

Duran, M y Rodríguez, M (1993). Integración de los

padres al proceso terapéutico en educación especial. Tesis de psicología.  
UNAM \_ IZTACALA. Cap. 2

Edgerton, R. (1985). Retraso mental. Madrid. Morata. PP.44-46

✓ Embriz, R. (1994). El psicólogo profesional de apoyo al trabajo del centro psicopedagógico. Reporte de trabajo. UNAM IZTACALA. Cap. 3

Erber, N. y Hirsh, I. (1985). Adiestramiento Auditivo. En Davis y Silverman. Audición y Sordera. Prensa Médica. Cap 12

Fajardo, O.G. (1983). Atención médica. Teoría y práctica administrativas. México. La Prensa Médica Mexicana, S.A. pp. 608 - 624.

Faye, E. (1972). El enfermo con deficit visual. España, Ed. Científico-Médico. cap 17.

- Fernández ; Ballesteros y Carrobles. (1981).  
Evaluación conductual. Madrid.  
Piramide. Caps. 1 y 2
- Ferrara, F; Acebal, E; y Paganini, J. (1976). Medi-  
cina de la comunidad. México. Intermé-  
dica. pp 305-306
- Fonseca, C.A. (1996). La función del psicólogo en  
la atención a personas con parálisis  
cerebral y retardo generalizado. Pro-  
puesta de intervención en el programa  
de motivación de APAC. Reporte de tra-  
bajo profesional. UNAM-IZTACALA. Lic.  
en psicología. pp.103
- Foucault. (1986). Historia de la locura en la épo-  
ca clásica. México. Fondo de Cultura  
Económica. Tomo II.
- Franco, B; Marie, L; Caruso, T; Szasz, E; Verón, A  
y Suárez, G. (1989). Razón, locura y

sociedad. México. Siglo XXI. pp.15-26.

Galguera, I; Hinojosa, R. y Galindo, E. (1991). El retardo en el desarrollo. Teoría y práctica. México, Trillas, Caps. 18 y 19.

Galindo, Z; y Barron, R. (1986). El perfil laboral del psicólogo conductual en la educación especial y rehabilitación. Tesis de psicología. UNAM -IZTACALA. pp. 10-18

García, J. (1988). Estancia infantil de atención especial. UNAM-IZTACALA. Tesis de psicología. Cap.4

García, T. (1994). Análisis del papel que juega el psicólogo en el área de Educación Especial, dentro del Centro de Orien-

tación Evaluación y Canalización.  
COEC). Tesis de psicología. UNAM -  
IZTACALA. Cap 1 y 2.

Gómez, J.L; y Bahena, S. H. (1985). La educación  
en el sistema educativo nacional. El  
estado de Mexicano. México. Galpe.  
Cap. 2

Gómez, P.R. (1985). Análisis y evaluación de los  
objetivos del laboratorio de Satelite  
a través del seguimiento de niños da-  
dos de alta en en grupo de terapia.  
Tesis de psicología. UNAM- IZTACALA.  
Cap 1 y 3.

Gomezjara, F. (1989). Alternativas a la psiquia-  
tría y a la psicología social. Méxi-  
co. Fontamara. pp. 20-361

González, C.E. (1988). Diagnóstico de la salud en  
México. México. Trillas. Caps. 5 y 7

✓ González, O. (1994). El psicólogo en el centro de

orientación, evaluación y canalización No.1. Reporte de Actividad profesional. UNAM - IZTACALA.

Harrsch, C. (1985). El psicólogo ¿ Qué hace?  
México, Alhambra. Cap. 5

Ingalls, R.P. (1988). Retraso mental: la nueva perspectiva. México, Manual Moderno.  
pp.310 - 360.

Jordi, S. (1989). La estimulación precoz en la Educación Especial. España. Ed.CEAC.  
pp.55-56

Kazdin, A. E. (1983). Historia de la Modificación de Conducta. Barcelona. Desclés de Brouwer. Caps. 1 y 2

Kazdin, A. (1990). Modificación de la Conducta y sus aplicaciones prácticas. México. Manual Moderno. pp. 1-27.

Lastisnere, V. (1986). Habilitación ocupacional en

adolescentes retardados superficiales. Tesis de psicología. UNAM -Iztacala. pp 46-47

Leal, A.M; y López, P.M. (1982). Una alternativa al tratamiento de la hiperactividad: incremento de repertorios básicos de autocuidado y lenguaje. Tesis de Psicología. UNAM- Iztacala. pp.14-21

León, A. L. (1984). Anacusia, Hipoacusia y Disacusia. En: Galguera, G. Hinojosa Y Galindo, E. El retardo en el desarrollo, teoría y práctica. México. Trillas, pp 203-213.

Marchais, P. (s/f). Procesos psicopatológicos en el adulto. México. La prensa Médica Mexicana. Cap. 1.

Mares, M. A. (1984). Aspectos a considerar en el

trabajo del psicólogo ante el problema del retardo en el desarrollo. En: Galguera, G. Hinojosa y Galindo, E. El retardo en el desarrollo, teoría y práctica. México. Trillas, pp. 263 - 268

✓ Márquez, G. L. (1987). El papel del psicólogo en la educación especial y rehabilitación. Tesis de psicología. UNAM- IZTACALA. PP.11-65

Mateos, H. M. (1984). Planeación y desarrollo de un centro de Educación especial. Tesis de psicología. UNAM- IZTACALA pp.34- 74.

Mckeown, T. y Lowe, C. (1986). Introducción a la medicina social. México. Siglo XXI. pp. 251-162.

Miller, B. y Burt, J. (1973). Salud Individual y

colectiva: el hombre y la sociedad actual. México. Interamericana. Cap. 26

Morris, B. (1989). Educación Especial. México. Panamericana. Cap. 2.

Morris, (1986). Psicología. México. Prentice Hall. Cap. 14.

Nuñez, R; Nava, R; Molina, A; Cuevas, A; Díaz, G; Domínguez, T; y Cueli, J. "Parálisis Cerebral." Revista de psicología. Num. 6 Año 1991. pp. 1-27

Olguín, G.I. (1994). El psicólogo en el centro de orientación, evaluación y canalización No.1 Reporte de trabajo profesional. UNAM-IZTACALA. Lic en psicología. PP. 56-65.

Patton, R.M; Payne, S.J; Kauffman, M.J; Brown, B.G. y Payne, A.R. (1991). Casos de Educación Especial. México. Limusa. Cap. 8

Pérez, M. (1980). Entrenamiento vocacional. Trabajo inédito. ENEP-IZTACALA. Mex. Pe-

rry, A. y Silverman, S (1985).  
Lectura Labiofacial. En Davis y  
Silverman. Audición y Sordera. Pren-  
sa Médica. Cap 13.

Postel y Quetel. (1987). Historia de la psiquia-  
tria. Mexico. Fondo de Cultura Eco-  
nómica. pp.33-38

Quiroz (1986). Aportaciones de la Neuropsicología  
en el estudio de la parálisis cere-  
bral. Tesis de psicología. UNAM-Iz-  
tacala. Cap. 3 y 4.

Reese, H.W. y Lipsitt, L.P. (1976). Psicología  
Experimental infantil. México. Tri-  
llas. pp. 49-52.

Silverman, S.R. (1985). De aristoteles a bell...

En H. Davis y Silverman. *Audición y sordera*. Prensa Médica. Cap. 16.

Salvia, J. y Ysseldyke, J. (1981). Evaluación en la educación especial y correctiva. México, Manual Moderno. Cap. 23

Secretaría de Educación Pública. (Sin año ). Seis años de acción educativa. México: SEP; D.G.E.E.

Sonis, A. (1984). Atención de la Salud. Buenos Aires. Ateneo. pp. 626-635.

Toro, V. (1992). La terapia de juego como alternativa terapéutica a niños con parálisis cerebral. Tesis de Psicología, UNAM- Iztacala. Cap. 3

UNESCO. (1977). La Educación Especial: Situación actual y tendencias en la investigación. pp.159- 161

UNESCO. (1994). Conferencia mundial sobre necesidades educativas especiales Acceso y Calidad. España. 7-10 de Junio.

Vargas, S.V. (1981). Entrenamiento a padres de principios básicos de modificación de conducta para la rehabilitación de sus propios hijos en una comunidad de escasos recursos. Tesis de Psicología, UNAM - Iztacala. Cap. 4

Vázquez, G. (1988). Análisis del trabajo del psicólogo en la dirección general de educación especial. Tesis de Psicología, UNAM - Iztacala.

Villa, V.A. (1984). El papel del psicólogo en los

grupos integrados de la SEP. Tesis de psicología. UNAM - Iztacala.  
Caps. 5 y 6

Zaporozhet. (1989). Cuestiones Generales de defec-  
tología. Ed. Pueblo y Educación. La  
Habana Cuba. Cap. 5

Zax y Cowen. (1978). Psicopatología. México. In-  
teramericana. Cap 2.