

CSH

ESTUDIO DE LAS
EXPECTATIVAS DE LOS PADRES, CON RESPECTO A LAS RELACIONES AFECTIVAS CON SUS
HIJOS ADOLESCENTES, DEFICIENTE Y NO DEFICIENTE MENTALES.

Psicología Social.

SEMINARIO DE INVESTIGACION

U. A. M. IZTAPALAPA BIBLIOTECA

SONIA ESTRADA MENDEZ, 79217822,
ISABEL E. LARA MORENO. 77324433.

U.A.M. Iztapalapa, abril de 1982.

0-11-05 0000/01

062301

I N D I C E

	<u>Página</u>
INTRODUCCION	
MARCO TEORICO.....	A
CAPITULO I - DEFICIENCIA MENTAL.....	3
DEFINICION.....	3
COMO ES EL DEFICIENTE MENTAL.....	13
METODOS DE REHABILITACION.....	16
CAPITULO II - ADOLESCENCIA.....	19
CAPITULO III - ADOLESCENCIA Y DEFICIENCIA MENTAL.....	25
CAPITULO IV - LA FAMILIA.....	30
CAPITULO V - ANTECEDENTES.....	35
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	39
OBJETIVOS.....	41
VARIABLES.....	42
PREGUNTAS A RESPONDER.....	43
DISEÑO DE INVESTIGACION.....	B
MUESTRA.....	45

	<u>Página</u>
INSTRUMENTOS.....	46
DESCRIPCION DE LA INSTITUCION.....	49
PROCEDIMIENTO.....	50
DESCRIPCION DE LAS SESIONES.....	53
SESION I.....	54
SESION II.....	55
SESION III.....	56
SESION IV.....	57
SESION V.....	58
SESION VI.....	59
SESION VII.....	60
SESION VIII.....	61
RESULTADOS.....	63
ANALISIS DE LOS RESULTADOS.....	65
ABORTOS.....	72
CONCLUSIONES.....	74
NOTAS BIBLIOGRAFICAS.....	76
BIBLIOGRAFIA.....	75
APENDICE.....	79

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

⟨El efecto que la familia tiene sobre sus miembros ha sido objeto de estudio e investigación en las Ciencias Sociales, por muchos años.⟩

Sin embargo, en la mayoría de los casos los estudios se han preocupado por el origen de la psicopatología, tomando especialmente en cuenta ⟨la relación de los padres e hijos⟩ ⟨Esta relación se ha considerado como la base de las interacciones afectivas que en el futuro el hijo establecerá con otras personas.⟩

En los últimos años, ha habido un creciente interés por entender la dinámica que ocurre dentro de la familia y por estudiarla, como una entidad. En diversas investigaciones, se ha coincidido en que el crecimiento de un individuo está directamente relacionado con la calidad del funcionamiento familiar como un sistema, en el que cada miembro es afectado por todos los demás miembros, y por la familia, como un todo y, de manera recíproca, cada uno afecta a todos los miembros y a la familia como una unidad.

De aquí, la importancia de ayudar a la familia a transformarse e integrarse en un grupo mejor articulado y así promover su crecimiento.

<Pero, cuando la familia se encuentra con una desarticulación dentro de sí misma, como es el caso de tener uno o más miembros con una desventaja con respecto a los demás, y como es el caso también de la familia con un hijo deficiente mental, la calidad del funcionamiento familiar es afectada. Ahora bien, si además se auna una inadecuada socialización, este grupo social no sólo no crece, sino que tiende a la desintegración, siendo, el más afectado, el mismo deficiente mental. Por eso es que la presente investigación intenta dar una poca luz al respecto y encontrar pautas de conducta entre la relación padres-hijo, que sean más adecuadas a este sistema grupal.>

Nuestra investigación ha sido en dos niveles:

- Bibliográfica y de otras fuentes, que vienen a dar cuerpo a nuestro marco teórico; y
- en el nivel de la investigación-acción, por medio de la cual hemos encontrado un modelo de trabajo de retroalimentación que, a lo largo del presente estudio, trataremos de exponer.

Queremos hacer incapié en que la presente, es exclusivamente un estudio cualitativo, estando conscientes de que hemos sacrificado el aspecto cuantitativo. Pero, dadas las características de nuestra muestra, hubo la necesidad de hacer un seguimiento de las demandas que el grupo iba planteando.

M A R C O T E O R I C O

DEFICIENCIA MENTAL

A. DEFINICION.

⟨Desde que el hombre empezó a vivir en comunidad, se ha encontrado con el problema que le plantean aquellos que no encajan en los esquemas establecidos. En algunos casos, estos individuos eran tolerados, pero en la mayoría eran encerrados o suprimidos.⟩

Al aumentar la complejidad de la sociedad, aumentó el número de subnormales, haciéndose más agudo el problema.

⟨Se conoce una obra publicada en 1672 por Thomas Willis, que recomendaba la necesidad de que médicos y maestros unieran sus esfuerzos para mejorar el estado de los subnormales. Los primeros "centros especiales" se iniciaron a finales del Siglo XVIII y se refiere a los asilo-hospitales europeos que albergaban a los subnormales junto con: vagabundos, viejos, delincuentes, prostitutas y dementes (el hospital de la Salpêtrière de París en 1778, albergaba a 8000 personas en estas condiciones). (1)⟩

⟨Al llegar la Revolución Francesa, un científico de la época, Pinel, llamó la atención de la sociedad hacia estos pobres asilados que reclamaban un trato más humano. Ya que con anterioridad las comunidades cristianas cobijaban a un pequeño número de pacientes con retraso mental, pero la mayoría de ellos eran objeto de abusos y malos tratos por parte del resto de la población.⟩ También se daba el fenómeno de verlos como "profetas" o "visionarios". (2)

En 1798, Pinel intervino en el estudio de un caso clínico que en aquellos tiempos armó un gran alboroto. Se trataba de un "niño salvaje",

al que se denominó Víctor. Este, fue el primer paciente que se sometió a un programa de rehabilitación. Partieron de la idea de que el estado del niño salvaje o "niño lobo", era debido a la falta de estímulos. Itard lo sometió a diversos procedimientos, como: banos calientes, fricciones, cosquilleos, movimientos físicos. Estos ejercicios han sido el germen de la moderna rehabilitación. (3) Posteriormente, autores como Séquin y Montessori, aprovecharon las ideas de Itard para elaborar programas de enseñanza especial (Séquin e Itard, crearon veinticuatro escuelas e instituciones en toda Francia). (4)

<En 1818, un científico francés, Esquirol, propuso el término "idiota" para los deficientes mentales y tiene el mérito de haber dado la primera definición sobre subnormalidad. En esta época se dan varias teorías sobre la "degeneración" de los individuos subnormales, aún persisten en la mente de varias personas. Morel en 1840, da la siguiente hipótesis "determinadas familias sufren de una degeneración progresiva, a medida que pasan las sucesivas generaciones, comenzando por miembros que presentan ligeros desequilibrios emocionales para terminar con otros verdaderos subnormales". (5) En la misma línea estaba Down, cuando en 1866 presentó por primera vez el caso de un individuo con rasgos semejantes a la raza asiática, de ahí el nombre de "mongolismo", (similitud con la tribu de los Kalmucks, de los Mongoles). Es interesante notar que en esta época imperaba la teoría de la "degeneración racial". Según esta teoría, las razas humanas se habían jerarquizado desde las más primitivas hasta la más evolucionada, que lógicamente resultó ser la raza blanca. Así, un mongólico, según Down, era un individuo que por accidente de la naturaleza presentaba las características de una raza primitiva.> (6)

<Después de la teoría de la "degeneración racial", apareció otra en pleno apogeo de los estudios antropológicos, que explicaba el mongolismo como una "fetalización", según el cual estos seres serían como fetos humanos "maduros", y, por lo tanto, capaces de vivir.> (7)

En 1853, el inglés Little, sienta las bases para el tratamiento de la parálisis cerebral, y da una descripción clínica de la subnormalidad. (8)

◀ Durante los años siguientes, se llevaron a cabo varios intentos encaminados a la curación de la subnormalidad mental, sin que se llegara a conseguir un sistema general de educación. Después de permanecer en alguna de las escuelas especiales, eran devueltos a sus hogares, en las mismas condiciones anteriores. De ahí se llegó a la conclusión de que los deficientes mentales eran incurables. ▶ Por otro lado, el confucionismo, debido a tantas teorías e hipótesis medianamente científicas, que han intentado definir la subnormalidad mental. (9) Es importante marcar que se empezó a abordar como un fenómeno social, la abundancia de subnormales y el fracaso de los esfuerzos puestos a su rehabilitación alarmaron a la sociedad y, por otro lado, se comenzó a culpar a los deficientes como los responsables de delitos contra la sociedad. (10)

◀ En 1904 la Comisión Ministerial para la Educación Especial, encargó a A. Binet, la creación de una técnica enfocada a la detección de la insuficiencia intelectual. (11) De esta manera, se reconocía la importancia y repercusión social de esta subnormalidad. También se tomaba consciencia de la importancia de una escolaridad normal para un desarrollo del individuo y de la imposibilidad de algunos niños de seguir esta escolaridad. ▶

En 1891, Trelat afirmó "no dudamos en considerar la imbecilidad y la idiocia, es decir, el estado amorfo y anodino de la inteligencia como algo de nuestra competencia, así como la demencia que es su estado de ruina". (12) Esto nos dice como el concepto de debilidad mental era aplicable a los retrasos mentales, así como a los niños con rasgos autistas o psicóticos.

◀ Ahora bien, el encargo hecho a Binet, era la elaboración de un instrumento de diagnóstico abstracto precoz, para poder dar una educación especial adecuada a estos niños. Con esto se implementó una herramienta que permitía una "medida" de la inteligencia en general. A partir de esto, se llegó a una "norma", así el retraso o adelanto con respecto a esta norma se consideró una anomalía. Saliento en desventaja la subnormalidad. Pero, al mismo tiempo se vio que el

retraso mental no es un estado caracterizado por unos límites definidos y precisos, que el límite superior no es más que un asunto convencional, y se ajusta en función de diversos aspectos sociales, culturales o económicos.)

Binet se dió cuenta también que el hecho de que el niño normal y el niño con déficit, aunque medidos por el mismo instrumento, no eran directamente comparables. "Existen necesariamente entre el niño normal y el niño débil, diferencias manifiestas y ocultas... puede que algún día logremos aislar signos de retraso psicológico independientes de la edad... eso será objeto de un trabajo posterior". (13) Este trabajo posterior aún no se ha realizado.

⟨En nuestro tiempo no hay una definición, sino varias definiciones complementarias, es decir, exclusivas unas de otras. Pero, todas parten del hecho inicial de insuficiencia intelectual.⟩

R. Zazzo, al inicio de su trabajo con deficientes mentales en 1965, nos dice "Las definiciones de la debilidad son innumerables. Dejando aparte los criterios de congenitalidad, de irreversibilidad y los criterios de etiología, podemos aún extraer de todas estas definiciones tres conceptos muy frecuentemente confundidos: una insuficiencia de la inteligencia general, una insuficiencia de la adaptación social que no permite al débil "asumir la plena responsabilidad de sus actos" (Bascou). La primera da a la debilidad un sentido estricto, donde no interviene en primera instancia, ningún criterio exterior de adaptación. Para Inhelder, por ejemplo, y dentro de un marco conceptual de Piaget, es la incapacidad de acceder al pensamiento formal. La inteligencia es definida aquí por su estructura propia, intrínseca. La segunda, maneja un criterio externo, el rendimiento escolar, y un determinado tipo de Test (Binet-Simon) que permite separar entre los fracasos escolares de origen superficial y los fracasos explicables por la debilidad de las funciones mentales". (14)

"La tercera parte, hace intervenir también criterios externos, aunque diferentes, puesto que se trata en ese caso del adulto y no del niño, el grado de autonomía, el nivel de adaptación a la vida profesional y social". (15)

La American Association on Mental Deficiency (1961), dice "el retardo mental consiste en un funcionamiento intelectual general inferior al término medio, que se origina durante el período de desarrollo y está asociado con una perturbación de la conducta de adaptación". (16)

En esta definición se da a entender que el funcionamiento intelectual medido en término de un CI, es suficientemente más bajo que el de la población común, como para que resulte una disminución en una o más de las siguientes áreas de desarrollo: aprendizaje, maduración y adaptación social.7

Es una definición menos clínica del retardo mental, que lo consideran como un estado constante e irreversible, ya que la American Association on Mental Deficiency añade:

"el término retardo mental es descriptivo del estado actual del individuo, respecto a su nivel de funcionamiento y de comportamiento adaptativo. En consecuencia, al individuo se le puede aplicar el criterio del retardo mental en determinado momento y no en otro. Una persona puede cambiar de estado como resultado de cambios en el estándar de vida o condiciones sociales, o como resultado de cambios de eficiencia en el funcionamiento intelectual, estando el nivel de eficiencia siempre determinado en relación con el estándar y las normas de comportamiento del grupo a cuya edad corresponde cronológicamente el individuo". > (17)

La modificación de la definición que considera el retardo mental como una condición irreversible, en otra que lo considera como un estado actual de funcionamiento, se ha producido a consecuencia de la investigación y experiencias con nuevos métodos de tratamiento y diagnóstico de la deficiencia mental. La expresión de retardo mental como comunmente se utiliza, supone un estado de baja inteligencia, pero no describe con seguridad el grado de disminución ni mucho menos pronostica la capacidad potencial del individuo para la actividad personal y social.>

Lo cierto es, que hasta el momento no hay un método digno de confianza que sirva para diferenciar entre un pseudo retardo y un retardo real en

muchos niños clasificados como mentalmente retardados.}

Tests dedicados a medir el grado de inteligencia general, pueden fracasar al considerar los muchos factores que influyen sobre las respuestas del test, con todo lo anterior parece ser mejor considerar la deficiencia mental como un estado actual de funcionamiento.

⟨Es tan compleja la naturaleza de la deficiencia mental que hace difícil una definición y clasificación sencillas.⟩ La combinación de síntomas generalmente asociados al retardo mental es, en la mayoría de los casos, el resultado de muchos factores. En la actualidad pocos son los tipos que tienen un diagnóstico y tratamiento seguros, el resto es indiferenciada la causa y su naturaleza, de ninguna manera se trata de un grupo homogéneo. ⟨La deficiencia se puede deber a causas físicas o a causas ambientales.⟩

⟨El cerebro humano es complejo y sumamente vulnerable. Existen causas físicas que lo pueden dañar irreversiblemente. Estas causas físicas pueden actuar en distintos momentos del desarrollo del ser humano; desde la concepción hasta el final del embarazo, durante el parto y después del mismo.⟩ (18)

Durante el parto:

⟨La "anoxia" o falta de oxígeno al cerebro, es una de las causas más frecuentes, la hemorragia intracraneal y el traumatismo tienen su máxima incidencia durante el parto. La incorrecta aplicación del "forceps", instrumento en forma de grandes cucharas usado en el parto para extraer la cabeza del niño ha dejado muchos casos de daño cerebral.

El parto sin asepsia y por persona no capacitada, también han dejado lesiones cerebrales irreversibles.⟩ (19)

Durante el embarazo:

⟨Las enfermedades virales, actúan interfiriendo el desarrollo del embrión, especialmente si el contagio materno fue durante el primer trimestre del embarazo. Las infecciones virales más frecuentes son:

rubeola, hepatitis, parotiditis, gripe, toxoplasmosis (da origen a la hidrocefalea, microcefalea, convulsiones, etc. ...))

Incompatibilidad del RH, se produce cuando la madre (generalmente es RH negativa) y el feto (generalmente es RH positivo), pertenecen a grupos sanguíneos diferentes. Se da una destrucción de glóbulos rojos, (hematíes del niño) dando la enfermedad llamada hemolítica, que conduce a una ictericia. Inyectando a la madre anticuerpos de mujeres previamente sensibilizadas, se impide la formación de anticuerpos en embarazo siguiente, o al niño se le hace un recambio total de sangre. (20)

< Las enfermedades metabólicas, que son trastornos del aprovechamiento y eliminación de determinadas proteínas, azúcares y grasas. Las más frecuentes son galactosemia, gargolismo, fenilcetonuria, (hasta llegar casi a veinte tipos distintos de afecciones metabólicas). Varias de estas si son diagnosticadas y tratadas precozmente, desaparecen los signos y síntomas de la enfermedad. > (21)

< Las alteraciones cosmosomáticas, transmitidas por herencia paterna o producidas en el propio embrión. De las más conocidas son: Síndrome de Down, Síndrome de Klinefelter, Síndrome de Turner, Síndrome triple X, Síndrome XYY. Todos los anteriores van acompañados desde un leve retraso, hasta el profundo. > (22)

Otras causas de subnormalidad, incompatibles con la vida, son las malformaciones congénitas que pueden ir desde el nacimiento con falta de cerebro, anemefalia, columna vertebral sin cerrar, espinas bifidas. (23)

< Existen otros tipos de agentes físicos, como los tranquilizantes, radiografías, o la exposición a radiaciones, traumatizmos. La falta de vitamina y proteínas en las madres, durante los períodos del embarazo en que el feto está madurando su cerebro, determinan un déficit severo. Por otro lado, esto demuestra la importancia de una buena nutrición de la madre. > (24)

Durante el período postnatal:

< Es en este período en el cual los riesgos son menores y pueden ser

prevenidos. No obstante, existen causas físicas de gran importancia. Las inflamaciones cerebrales, la meningitis, la encefalitis, etc. Las enfermedades infecciosas "propias de la infancia", sarampión, rubeola, varicela, si no son atendidas debidamente pueden afectar al cerebro, dejando secuelas graves de retraso. (25)

Las crisis o ataques convulsiones, perdidas de la consciencia, consecuidas rítmicas de las extremidades, pueden presentar pérdida del tono muscular, crisis aniotónicas, etc. ... Las causas de estas crisis pueden ser debidas a una alteración metabólica transitoria, altas temperaturas con crisis febriles, etc. ... Independientemente de la cauda, la crisis por sí sola puede producir lesiones cerebrales. }>

También puede producir problemas, el crecimiento de la cabeza del niño, o el achicamiento de la cabeza; en ambos casos, se puede corregir quirúrgicamente si son detectadas a tiempo. (26)

< Cuando el niño se cae de una resbaladilla o columpio, puede producir un daño cerebral. También el niño prematuro, que su peso al nacer está por debajo de 2.500 grs.; está propenso a sufrir un daño cerebral. Y cabe una mención especial para definir el daño cerebral, y se refieren al estado en el cual las células del cerebro han sido destruidas o dañadas hasta el punto en que el nivel funcional del cerebro queda disminuido. La lesión puede estar a ciertas áreas limitadas y específicas o puede estar difundida en todo el cerebro. Si la lesión está localizada, puede afectar una disminución de las funciones reguladas por esa parte del cerebro. Pero, si está difundida puede afectar en muchas áreas del aprendizaje y del comportamiento. } Sin embargo, no siempre va acompañada de retraso mental. Sin embargo, el diagnóstico es difícil, ya que el delimitar si tiene un "problema de aprendizaje", o si es una deficiencia mental, resulta un reto a la medicina y a la psicología. (El aparato sensorial y motor puede estar o no afectado, y lo más importante que esta lesión puede presentarse en cualquier etapa del desarrollo. } (27)

< Algunos estudios realizados por Pasamanick, Koblock y Llienfeld sugieren que es más frecuente que la lesión cerebral se dé en los medios

socioeconómicos de nivel más bajo, debido a una mala atención médica. (28)

Debido a que las lesiones suelen ser irreversibles, la educación tiende a desarrollar al máximo aquellas áreas intactas para compensar el bajo funcionamiento de las zonas dañadas. Especialmente en el aspecto perceptual que incide en el aprendizaje.

Existen muchos procesos relacionados con la deficiencia mental, y dan dificultades en el diagnóstico, educación y tratamiento, entre ellos están: la epilepsia, hipercinésia o hiperckinesis, parálisis cerebral, autismo, mutismo o mudez, sordera, ceguera y problemas psicomotores.

Deficiencia debida a factores socioculturales:

< Hoy en día nadie discute que el abandono de un niño, en los primeros años de su vida, privándole de toda clase de afecto y cariño puede conducir a una subnormalidad mental. Todo depende del grado y tipo de abandono y carencia afectiva será el tipo de profundidad del déficit intelectual y social. (7)

< En 1940, Gesell concluyó que cada individuo hereda un esquema distintivo de crecimiento, el cual determina su potencial para adaptarse a su ambiente, no ignora los factores ambientales, pero sostiene que los factores constitucionales determinan el grado y modo de reaccionar del individuo frente a su ambiente, y que el organismo participa de la creación de su ambiente. (28) De ahí se derivó la teoría de que la herencia era el factor determinante y que se encuentran gran cantidad de individuos subnormales en las zonas urbanas y rurales de bajo nivel económico y social, porque son biológicamente defectuosos y no pueden cumplir con las exigencias sociales u económicas de las zonas menos pobres. (29)

Sin embargo, Skeels y Harms en 1968, comprobaron que los niños provenientes de zonas empobrecidas eran el producto de un ambiente sin estímulos, más que seres afectados por una dotación biológica defectuosa. (30)

Freeman y sus colaboradores en 1949, estudiaron el desarrollo intelectual de niños en hogares adoptivos de distintos niveles socioeconómicos. Los niños ubicados en los mejores hogares lograron un CI más alto que los que estaban en hogares más pobres. (31)

Stippich (1940), obtuvo resultados contradictorios, comparó el CI de los hijos de madres con deficiencia mental y de niños con madres normales. Las diferencias encontradas se mantuvieron aún después de la separación de sus madres, aunque se hubiera producido antes de un año de edad. (32)

La realidad es que actualmente se realizan variados estudios para determinar si las características innatas del individuo lo hacen tener desventajas en sus grupos, o si es el modo de vida dentro del grupo el que determina sus características.

Por otro lado las técnicas y materiales que se utilizan en estas investigaciones, sobre todo cuando se trata de cuantificar la capacidad intelectual de los niños que provienen de un bajo nivel cultural, son poco dignos de confiabilidad y validez, ya que los tests comunes (WISC, Therman Merrill, Bender, Figura Humana, etc. ...), están estandarizados culturalmente a las clases medias y altas, y se aplican a estratos bajos. Si el niño no puede alcanzar el estándar cultural, es etiquetado de retrasado mental.

Muchos y diversos estudios han indicado que ambientes estimulantes tienden a superar el desarrollo mental del niño. Por esto, también es interesante puntualizar que los niños provenientes de los estratos con niveles socioeconómicos bajos, tienen desventajas desde que son concebidos. El índice de complicaciones durante el embarazo que no son atendidos adecuadamente, los nacimientos prematuros, partos mal atendidos, desnutrición, es más alto que en otros estratos de la población. En estas circunstancias una lesión cerebral originada por esta o varias desventajas, se ve acentuada por un ambiente pobre en estimulación son limitadas experiencias y actividades que les permitan desarrollarse. Las limitaciones económicas y la escasa escolaridad de los padres (es muy frecuente), impiden que muchos niños no reciban el adecuado tratamiento de salud, de nutrición, problemas del oído o de la vista, etc. ...

Así, un niño que muestra un bajo nivel de funcionamiento, puede parecer subnormal, debido a que no ha tenido la oportunidad de desarrollar las habilidades y actitudes necesarias para alcanzar el estándar de su grupo social y de la sociedad en general.

Por lo tanto, es necesario que antes de dar un diagnóstico definitivo, se debe de realizar un estudio exhaustivo y completo, en donde se tenga un diagnóstico multidisciplinario. La complejidad del comportamiento, lo engañoso que puede resultar un solo factor como causa, hacen necesario que se someta a observación para verificar o rechazar el diagnóstico.)

B. COMO ES EL DEFICIENTE MENTAL.

Numerosos estudios han tratado de determinar si el déficit de aprendizaje en los subnormales es de naturaleza o de grado. Todos los estudios realizados en los campos del aprendizaje, la conducta, las emociones, su adaptación social y el desarrollo físico han fracasado en el intento de identificar al deficiente mental como un grupo con características únicas que no se encuentran en otros individuos. Algunos estudios han encontrado diferencias cualitativas en ciertas funciones. Zazzo, introdujo el término de heterocromía, y lo define como el desarrollo paralelo de las distintas funciones que se dan en diferentes tiempos, así el intelecto se desarrolla a distinto ritmo y tiempo que la función adaptativa, el desarrollo psicosocial, lleva otro ritmo que su desarrollo físico. (33)

Inhelder hablaba de "viscosidad", y sobre todo lo referente al desarrollo de la capacidad de razonamiento, que no alcanzaba el pensamiento formal, pero que algunas funciones del pensamiento sí se daban. Actualmente existen estudios en los cuales con un apoyo pedagógico adecuado el deficiente puede llegar al pensamiento formal.

Como grupo tienen algunas características, pero algunos dentro del grupo tienen todas las características. Además de los problemas de aprendizaje, tienen debilidades como:

- a) problemas físicos y de salud;
- b) desarrollo pobre del lenguaje;
- c) pobre motivación debida a la apatía o a la falta de comprensión;
- d) problemas de comportamiento, debidos a la inadaptación social o a la falta de seguridad,
- e) experiencias limitadas.

Es difícil asegurar si esas características son debidas a una debilidad intrínseca o si son a consecuencia del ambiente cultural y emocional del deficiente. Muchas de las manifestaciones agresivas son respuestas condicionadas a sus experiencias y al ambiente hostil.

El niño moderadamente retardado, es difícil de identificar, ya que su comportamiento es "normal". Pero, cuando empieza a asistir a la escuela, puede mostrar lentitud y un escaso desarrollo; y conforme los grados escolares van aumentando en dificultad, el déficit va siendo más notorio. A medida que los conceptos de las materias van exigiendo mayor razonamiento abstracto, capacidad de integrar, de generalizar y una mayor conceptualización va haciéndose más difícil su rendimiento y su adaptación. > (34)

Tienen dificultades en la percepción, difícilmente captan una totalidad, es propenso a captar los detalles secundarios y no puede verlos en relación con el conjunto, de ahí que responda con igual intensidad ante estímulos diferentes; no puede organizar ni ordenar las imágenes de los objetos que le rodean. Les es difícil su mundo en su verdadera perspectiva.

Se les puede añadir a su comportamiento: "hiperactividad, distracción, perseveración, rigidez, inestabilidad emocional, conducta imprevisible y respuestas inseguras". (33)

Tienen falta de precisión y control motor, suelen ser torpes y lentos. Presentan perturbaciones de lateralidad y ritmo. Y, pueden ir desde los problemas simples hasta parálisis cerebral, sobre todo en los sujetos con daño cerebral.

Operan a un nivel del pensamiento concreto, pero son incapaces de relacionar lo que ven con otros objetos o acontecimientos. Difícilmente

pueden comprender una situación más allá de lo obvio, por lo tanto esa capacidad para asociar ideas y captar relaciones está disminuida.

Comunmente, presentan problemas visomotores; tienen dificultades para captar diferencias entre objetos semejantes. De ahí esa incapacidad discriminatoria reflejada en el aprendizaje de la lectura, (confunden frecuentemente la d, b y p). (36)

Se asocia, además, frecuentemente problemas de audición y les cuesta trabajo ubicarse en la dirección y postura, o para reconocer sonidos.

Presentan escaso sentido del tiempo y la vinculación de "ayer" con "hoy". Si estos problemas de percepción no son corregidos a tiempo son por siempre. (37)

El pobre desarrollo del lenguaje y su incapacidad para una comunicación efectiva, se refleja en esquemas limitados de su lenguaje pobre articulación, vocabulario limitado, tendencia a decir frases o palabras en lugar de oraciones. La comunicación se puede dañar por poco interés del chico por su ambiente, a que su medio no le proporciona modelos de conversación y de estimulación adecuados. También las lesiones físicas pueden provocar un limitado lenguaje. (38)

Tienen poca creatividad e iniciativas propias, puede deberse a su propia seguridad que es escasa, además que se somete a frecuentes fracasos. El nuevo método incide en este punto, impulsar su creatividad, y su seguridad, y se han logrado muchos avances, sobre todo en el aspecto de la generalización y comprensión de su contorno. (39)

Un punto muy frecuente y común es su incapacidad para la adaptación a su medio social, que son agresivos, rebeldes, pasivos, negativos. Estas conductas los vuelven impopulares, los compañeros y adultos los rechazan y el fenómeno se vuelve circular. Ellos anticipan el fracaso o rechazo, no tratan de cambiarlo, sino que lo aceptan como tal, el medio reacciona como se había previsto y de ahí la circularidad de la inadaptación. En la mayoría de los métodos de pedagogía y psicología, se incide y apoya en el aspecto psicosocial, puesto que no sigue el

mismo ritmo y tiempo que el aspecto cognitivo.

C. MÉTODOS DE REHABILITACION.

En 1926, un pediatra estadounidense Crothers, escribe el primer tratado sobre subnormalidad y su tratamiento (Crothers era parálitico cerebral), desde entonces se han ideado tratamientos de los más inverosímiles para "curar" la subnormalidad, desde métodos químicos, quirúrgicos, biológicos, etc. ...

Las posibilidades de recuperación dependen del grado de afección de cada sujeto. Las neuronas lesionadas no pueden recuperarse, pero se puede sacar el máximo de lo sano. Ramón y Cajal en 1895 hizo la siguiente hipótesis:

"Cabría suponer que el ejercicio cerebral, aunque no puede producir nuevas células, estimula más de lo corriente el desarrollo de las expansiones protoplasmáticas y colaterales neuronales, provocando el establecimiento de conexiones entercoticales nuevas y extensas." (40)

El cerebro lesionado o inmaduro, es "alimentado" con una gran cantidad de información, estímulos y de esta manera las conexiones intactas se ponen a trabajar, tratando de que lleguen a suplir las dañadas. Es importante puntualizar que un tratamiento precoz, es lo más importante, puesto que hasta los dos años se sigue la mielinización del cerebro, proceso que se inicia en el seno materno y se termina hasta la edad adulta, sin embargo, los dos primeros años de vida son los más importantes.

Para que un tratamiento sea eficaz, se deberán considerar las siguientes normas:

- a) programar cuidadosamente según el grado de afectación y necesidades de cada sujeto;
- b) los ejercicios y estímulos serán con el máximo de frecuencia y

duración e intensidad en cada clase. (41)

Existen métodos específicos que abarcan el área mental e intelectual y los métodos físicos. Los mejores son los métodos globales que tratan ambos campos.

Las técnicas globales o psicomotrices, en pleno auge actual, fueron definidas por Dupré, "entre ciertas alteraciones mentales y las alteraciones motrices correspondientes, existe una unión tan íntima y un parecido tal, que constituyen verdaderas parejas psicomotrices". (42) La mayor aceptación actual son: Piqu Vayer, Kossel, y están aneaminadas a que el individuo sea capaz de controlarse y fijar su atención, y se logra si llega a conocer y dominar su cuerpo mediante ejercicios de relación coordinación de movimientos, reconocimiento de las artes del cuerpo, etc. ... (43)

Hay programas de estimulación sensorial, basados en la filosofía de "aprender haciendo", o que todo juego es un aprendizaje. Montessori y Decroly sentaron las bases de las actuales técnicas. Con ejercicios de "motricidad", se les enseña a moverse con soltura, orientación en el espacio y en el tiempo, equilibrio en los miembros y del cuerpo en general; mediante ejercicios de gimnasia analítica y elemental de las manos (cortar papeles, insertar cuentas, modelar, etc. ...), obtienen habilidad manual. Toda esta estimulación de los sentidos, provoca una reacción positiva; la misma estimulación les ayuda a prestar más atención, de ahí seleccionan los estímulos y esto facilita la concentración. (44)

Skinner, con su sistema de programación lineal (programación y personalización), se basa en fraccionar tanto la materia que se facilita el aprendizaje; también incluye técnicas para la modificación de la conducta; todo se basa en la teoría del reforzamiento.

Existen los métodos terapéuticos, tratando de dar una rehabilitación motriz y psíquica. El método Bobath (Bertha y Karel Bobath) con técnicas para inhibir todas las posturas anormales que adoptan los lesionados cerebrales y que les dificultan el hacer los movimientos voluntarios. (45)

El método clásico es el Phelps que para rehabilitar los músculos, utiliza la fisioterapia, masajes, relajación, etc. ... Y basándose en Pavlov, refuerzan estos movimientos con sonidos rítmicos, creando movimientos condicionados.

El método Phol y Carlson, que centran en cada movimiento toda la atención para que el cerebro tenga plena "consciencia del mismo". Otro método basado en los principios filogenéticos y ontogenéticos del desarrollo del ser humano; el método Vojta, el niño desde que nace hasta que deambula perfectamente pasa por cada una de las etapas de maduración cerebral. Pasa por las etapas de arrastre, gateo y caminata, comparándolas con las de las especies vivientes; peces, anfibios, reptiles, cuadrúpedos y humanos. Logra estimular determinadas zonas del cuerpo, zonas de provocación que desencadenan reflejos facilitadores del arrastre, giros y enderezamientos del niño con subnormalidad física. (47)

Para la rehabilitación de la parálisis y hemiplejías, el método Kabat, que consiste en la inducción sucesiva por facilitación neuromuscular. (48)

Los métodos de Neumann-Neurode y Lane, Riid, basadas en técnicas gimnásticas y estimulaciones cutáneas respectivamente, prohíben el uso de aparatos ortopédicos, y no se aceptan las intervenciones quirúrgicas. (49)

Luria dice "...la movilidad de la mano está estrechamente relacionada con el lenguaje, el pensamiento y con el mundo psíquico interior del hombre". (50) Esto no amplía las perspectivas de un método de rehabilitación global. Han surgido varios métodos por esta concepción, como: Perfetti, Salvini, Zilli y el sistema global de Pető. (51)

Uno de los métodos más recientes y rígidos, que exige la participación de los padres, es el de Doman-Delacato, y en los Institutos de Realización del Potencial humano, en los E:U:A., han dado muy buenos resultados, y se basa en programas de estimulación sensorial y pedagógica. (52)

A D O L E S C E N C I A

Es muy importante distinguir pubertad de adolescencia. Al respecto P^o Blos dice que "la pubertad es un acto de la naturaleza y la adolescencia es un acto del hombre". Con el término de pubertad se designa una serie de cambios biológicos, tanto en la esfera del crecimiento físico, como en el de la maduración sexual; en ella los órganos sexuales alcanzan su plenitud y aparecen los caracteres sexuales secundarios. Se puede decir que la pubertad es el componente biológico de la adolescencia y puede terminar antes o después de la misma.

Etimológicamente, el término adolescencia proviene de la voz latina: *adolescere*, que significa crecer. (1) Littré, nos da una definición centrada en los aspectos biológicos y nos dice que ésta es: "...la edad que sucede a la infancia y que comienza con los primeros signos de la pubertad". (2) P. Blos la define como: "...la suma total de todos los intentos para ajustarse a la etapa de la pubertad al nuevo grupo de condiciones internas y externas — endógenas y exógenas — que confronta el individuo". (3) Descripción que hace énfasis en el desarrollo psicológico. Hallengstead, por su parte, da una definición sociológica, pero no toma en cuenta los aspectos biológicos: "...la adolescencia es el período de la vida de una persona durante la cual, la sociedad en la que vive cesa de considerarlo niño, pero no le otorga plenamente el estatuto de adulto, sus cometidos y sus funciones". (4)

El adolescente es un ser humano "completo" y por tanto, si deseamos comprender el proceso que vive, debemos dejar de considerar en forma aislada a los tres factores ya mencionados. Así, por ejemplo, un hecho básicamente biológico, como la menstruación, está condicionado a su vez por creencias y normas de origen sociocultural y por características de la personalidad de la mujer.

Tomando en cuenta los elementos biológicos, psicológicos y sociales, puede entonces definirse la adolescencia como una etapa.

La adolescencia es un proceso de adaptación, que reviste formas variadas. Su duración varía de cada ser según la sociedad y cultura a la que pertenece; incluso se presentan diferencias significativas, según los grupos, los sectores y las subculturas de una sociedad.

Es de suponer que dicho período sea breve en algunos sectores (rurales y suburbanos, especialmente) de nuestra sociedad, debido a que ellos, los jóvenes adquieren pronto responsabilidades del adulto, por ejemplo: casamiento y trabajo.

En otros sectores (minoritarios) la adolescencia reviste la forma característica de las sociedades industriales. En ellas el proceso de adaptación a la vida adulta se prolonga, puesto que el sistema social, requiere del individuo una preparación profesional cada vez más especializada e intenta detener o prolongar el tiempo de la formación de uniones conyugales estables. En el deficiente mental se prolonga el proceso de adaptación a la vida adulta, precisamente por la transición de la vida infantil a la vida adulta, durante la cual el joven busca las pautas de conducta que respondan al nuevo funcionamiento de su cuerpo, y a los requerimientos socioculturales de ese momento.

La sociedad a través de sus instituciones influye en los individuos para que estos adquieran las actitudes, normas y pautas de conducta que les permitan integrarse como miembros activos en el sistema sociocultural establecido. Este proceso llamado socialización, pasa por una etapa conflictiva durante la adolescencia. El adolescente debe adaptarse a los requerimientos del sistema socioeconómico. La sociedad le exige que sea

responsable, que comience a ser productivo y que se prepare con seriedad a la vida adulta. Sin embargo, no le ofrece reconocimiento, ni un rol definido; por una parte se le sigue tratando como niño y por otra se le demanda que se comporte como adulto; en ocasiones se le pide dependencia, mientras que en otras se le recrimina por falta de autonomía. Casi todas las actividades adultas le son vedadas, no obstante, al mismo tiempo, se espera de él la responsabilidad y el desempeño de una persona mayor.

La posición tan ambivalente de la sociedad con respecto al adolescente, influye en cómo se presentan en él las crisis de identidad. El joven debe contestar las incógnitas de ¿Quién soy? y ¿Qué quiero?, con un número limitado de opciones que la sociedad ofrece para después, en su vida adulta enfrentarse a un sinnúmero de alternativas.

Durante la infancia el niño depende estrechamente de sus padres o tutores, y debido a la necesidad de afecto que tiene se apega a las instrucciones que estos le den. Su desarrollo intelectual no ha estructurado aún los procesos mentales necesarios para cuestionar a sus padres y al mundo en general y, por tanto, una indicación que ellos le den es suficiente para que actúe. Debido a que en el deficiente mental el proceso de desarrollo intelectual es lento y en ocasiones no logra el pensamiento formal, no logra cuestionarse ese mundo ni sus indicaciones, y la dependencia de él hacia sus padres se prolonga.

En la adolescencia, el individuo debe formar una identidad propia; para ello él requiere separarse emocionalmente de sus padres y poner en tela de juicio lo que antes aceptó sin réplica: normas, valores, creencias y modelos familiares.

Quando el adolescente sale del mundo infantil para ubicarse, — consciente o inconscientemente — en la ideología del sistema social se enfrenta con una realidad socioeconómica (que hasta entonces no comprendía); se enfrenta con la opresión social, y con la confusión axiológica actual; se da cuenta entre otras cosas, de que la competencia es necesaria para subsistir en el sistema capitalista.

El, entonces, al igual que todos los jóvenes, busca la autonomía y se rebela a dicha situación, pero se siente atrapado por el sistema social. Inventa por tanto, sistemas y teoría que, desde su punto de vista serán redentores del mundo. Lo anterior da origen a una ideología propia de los adolescentes, la cual condiciona su comportamiento y le da características distintas a las del resto de las personas; por ello es que, se habla de una "subcultura del adolescente". (5)

El rechazo a lo establecido y la falta de sumisión pueden conducir al adolescente hacia dos direcciones: por un lado, a estructurar una personalidad sumisa a las formas sociales y por otra, a convertirlo en agente de cambio sociocultural. En el caso del deficiente mental, lo óptimo es que estructure una personalidad que se someta a las formas de la sociedad, puesto que les es difícil adaptarse, y no conforman una ideología específica ni distintiva, por lo tanto, para que ellos puedan integrarse a una vida de adultos, es conveniente que se adapten a la sociedad.

El objetivo principal que debe de alcanzar el adolescente, es lograr una identidad diferenciada y estable. Necesita romper la fusión e indiferenciación vivida en la infancia, para organizar otro tipo de relación en la que el mundo y el adolescente son distintos, pero están a la vez estrechamente ligados. Se puede decir, que un individuo tiene identidad cuando su personalidad se integra en un todo y le permite diferenciarse de los demás. La identidad podría resumirse en la formulación de Yo-Soy-Yo, para lo cual debe quedar bien definido el No-Yo.

Para salir del estado de indiscriminación infantil hay que lograr el límite real entre el Yo y el No-Yo, aquí se presenta la llamada Crisis de Identidad, en la cual el individuo se pregunta entre otras cosas: quién es, cómo se percibe a sí mismo, cómo se proyecta al mundo, cómo lo percibe el mundo, qué quiere hacer en la vida. Al deficiente mental se le aunan las preguntas, qué puedo hacer, lo podré hacer, qué me permitirán hacer.

La identidad se encuentra en el núcleo del individuo, ligado a la cultura próxima como un conjunto afectivo e internalizado dentro del contexto ético. Dado el concepto de heterocromía, el adolescente con deficiencia mental, internaliza algunos aspectos, pero otros no, sobre todo los que requieren de intelectualización y abstracción.

La identidad se constituye a través de identificaciones sucesivas, esto genera sentimientos de seguridad, elaboración de experiencias y en los ideales. La identidad de uno mismo y la base de la identidad social (del otro), dan la consecuencia de una integración real de la personalidad. La identidad sexual, que es parte de la identidad general, comienza a formarse a temprana edad. (6) Y entra en conflicto cuando el adolescente tiene que abandonar el rol de niño o niña, para adoptar el de varón o mujer. Bleger (7) considera que ésta es el centro de la problemática y que la sexualidad surge como elemento organizador de la identidad en general. El logro de identidad es ante todo identidad sexual, por varios factores, como son:

- En nuestra sociedad predomina la división rígida y estereotipada de roles sexuales.
- El tipo de socialización que se da a los individuos, es diferente según el sexo.
- La adolescencia se inicia con la pubertad, incrementando en forma considerable el impulso sexual, y éste influye de manera considerable en toda la conducta del adolescente.
- En la adolescencia, se adquiere la identidad sexual.

En términos generales, la búsqueda de la identidad, y la crisis de identidad, no se da con la misma fuerza en el adolescente deficiente mental, que en el adolescente "normal". Sin embargo, incide en el adolescente con deficiencia mental. Todos los factores que la sociedad crea, y se da como consecuencia una adolescencia conflictiva, sobre todo por el impulso sexual, que la sociedad no le permite manifestar, y que

nadie le dice cómo manejarla, además de que se les consinera o asexuados o con un impulso incontrolable. En los estudios que hay al respecto, se ha visto que la sexualidad del deficiente es como la del normal (desarrollo biológico), y que no son más "criminales" que el resto, sino que son abuso más frecuente de la comunidad que abusadores.

ADOLESCENCIA Y DEFICIENCIA MENTAL

Los conceptos freudianos no se aplican exclusivamente, a una raza, clase, grupo étnico, por el contrario, ellos consideran a la juventud del mundo bajo un patrón común de crecimiento, compuesto de etapas de desarrollo psicosexual. Cada uno con características individuales, de tal manera que se llega a la sexualidad adulta. De acuerdo con Freud existen cinco etapas psicosexuales hasta llegar a la maduración sexual: oral, anal, fálica, latente, genital. Este desarrollo es inherente a cada uno, ya sea normal, excepcional, disminuido o deficiente.

En términos generales, y dentro de unos amplios límites, el desarrollo de los deficientes mentales sigue la misma pauta que los normales, con la salvedad de que los deficientes mentales requieren de más tiempo para pasar de una etapa a otra. Además, aunado a sus déficits como son menor tolerancia a esfuerzos, su pequeña capacidad de postergar necesidades, su mayor facilidad para entrar en estados de ansiedad, un Yo débil y su baja capacidad para relacionarse con objetos y personas. Esto alarga más cada una de las etapas propuestas por Freud. El deficiente mental difícilmente podrá estar totalmente entonado con la gente, y su responsabilidad hacia el medio que lo rodea no está al nivel de un adolescente normal, pero esto puede ser resultado de experiencias frustrantes del énfasis que el medio hace de sus déficits globales y por su imposibilidad de llevar a cabo el mismo ritmo de desarrollo que sería el esperado.

Parecería ser que tiene omisiones en su desarrollo, y que en algunas áreas no alcanzan los grados usuales de maduración. Pero estas irregularidades no son caprichos del deficiente, ni debidas al azar, sino que obedecen a la eterocronía que Zazzo visualizó en su desarrollo cognitivo, y que Perron utiliza desde el punto de vista social. De esta manera, vemos que existen interferencias, desde el punto de vista biológico, que son atribuibles a anomalías cromosómicas, a errores de metabolismo fetal, a daños de la corteza cerebral, que inciden en su desarrollo psico-social. En el nivel psicológico, se atribuyen interferencias a un Yo insuficiente, a privaciones, a incapacidades ante el cambio de pensamiento y a las dificultades en la discriminación del Yo. Desde el punto de vista social, parecería ser que el medio social no es el adecuado, para que su desarrollo psíquico sea debidamente estructurado.

En el desarrollo del Yo pueden ocurrir crisis en cualquier época o momento de la vida del niño. Todo cambio, toda nueva etapa de maduración, involucra y expone la energía y la fuerza del Yo, de tal manera que el Yo requiere aprender constantemente nuevas formas de control. Durante la temprana edad del niño, tanto deficiente como normal, tiene que aprender a reconocer su propia individualidad, aceptar el mundo de afuera y su propia vulnerabilidad, y comprender e integrar el significado de las gratificaciones y las frustraciones. A medida que va creciendo, él tiene que adquirir habilidades motoras y perceptuales, de manera que vaya teniendo las actividades necesarias para lograr independencia en su vida. Pero las limitaciones en las capacidades del deficiente mental, prolongan su dependencia y esto dificulta la posterior necesidad de separación emocional de los padres.

Sus tempranas experiencias, generalmente frustrantes, le presentan a la vista de su futuro un mundo terrorífico o un lugar aislado como un ostión. Esta manera de ver el mundo, prevalece a lo largo de su vida, ya que sus déficits son enfatizados debido a privaciones y frustraciones constantes.

El período de latencia agrega experiencias traumáticas que tienden a debilitar cada vez más el Yo. El niño, durante este período encuentra que su lugar ya no es sólo dentro de su familia, sino que se amplía hacia la escuela y la comunidad. El tiene que aprender nuevos conceptos, nuevos estilos de comportamiento y, en el caso del deficiente mental estas demandas del medio pueden bajar sus capacidades. Necesitan prestar atención a nuevas ideas y deseos, a manejarlos estos, además de variadas formas y curiosidades relativas a la sexualidad. El impulso sexual en este período es relativamente bajo, que se irá incrementando paulatinamente de tal manera que en la etapa de la adolescencia, el interés por el sexo opuesto será una de las características más relevantes. El individuo con deficiencia mental tiene menos oportunidades de ir adquiriendo experiencias que le vayan alimentando, conformando y aclarando sus curiosidades al respecto. Sus oportunidades son menores o casi nulas con respecto a asistir a fiestas, entablar amistades o pláticas con sus iguales, y ya el hecho de tener citas con alguna persona del sexo opuesto es algo que está fuera de su alcance. De ahí que, el desarrollo psicosexual no puede ser desligado de las experiencias sociales, que en la población normal tendemos a ignorar considerándolas como parte inherente de esa etapa.

Durante la adolescencia, el desarrollo en el deficiente es muy parecida a la del joven normal, ya que la búsqueda de identidad, el asumir un rol sexual y el lograr una independencia emocional y afectiva son necesidades que se presentan por igual. Durante este período, los padres del deficiente mental, así como sus maestros entran en crisis con mayor frecuencia, que cuando se relacionan con un adolescente normal. Los padres tienden a sentirse sobrepresionados ante las manifestaciones de sus hijos, tanto físicas, psíquicas y de madurez sexual. Las fallas que tienen los individuos con deficiencia mental, con respecto a dejar de depender de sus padres, son un resultado de sus problemas de adaptación y relaciones sociales. Por otro lado, los padres en ocasiones apresuran al hijo o hija a crecer, y ante esta demanda adquieren una falsa maduración. Al mismo tiempo, tienden a impedir la independencia del hijo deficiente mental a través de acciones basadas en sentimientos.

conflictivos sobre el hijo, la excesiva preocupación acerca de la capacidad y la habilidad para estar solo en un futuro en que dejen de existir o sean muy viejos como para cuidar de él.

En la adolescencia, el deficiente mental por sí mismo comienza a luchar por una identificación como sus iguales normales. Él quiere vestirse, verse, lucir y escucharse como los demás; él quiere incorporar lo que ve y escucha acerca de la gente joven y hacer lo propio; él desea ir a fiestas, parecer y actuar como el muchacho o muchacha vecino, desea tener citas y novios, etc. Para mantener la ilusión de ser como los demás, el deficiente mental inventa citas, romances, como cualquier otro normal. Esto hace que se sienta frecuentemente como un payaso, ya que tiene que competir con sus iguales en actividades en las cuales de antemano se siente incapacitado.

De ahí que adoptan estereotipos de roles de hombre o mujer muy rígidos, tomando en cuenta y como base las funciones y actividades que observan en los papeles del adulto. A medida que van creciendo, llegan a ser un poco más selectivos y se identifican con hombres o mujeres que son considerados más prestigiosos.

En los deficientes mentales, debido quizás a su prolongada dependencia y a la necesidad de satisfacer sus deseos a través de la familia, los inclina menos a buscar un rompimiento con los valores y normas de la misma familia; ellos buscan adoptar roles que satisfagan sus necesidades, que estén de acuerdo con las expectativas parentales y, de esta manera, estar cerca del grupo familiar.

En nuestro medio, todo el entrenamiento de que son objeto es tendiente hacia la especialización manual, para que lleguen a ser elementos productivos; nos hace pensar, que no se les permite un desarrollo psicosexual adecuado, ya que la etapa adolescente no es enriquecida por todas las experiencias sociales de que gozan los normales, ya que se considera que ellos no pasan de ser niños y que lo único que les queda es encontrar un oficio y dejar de ser una carga económica, pero disociado de todas las ventajas que el proceso de la adolescencia aporta al individuo.

Con todo lo anterior, vemos que el muchacho o la muchacha con deficiencia mental requieren de un tiempo más prolongado, para que la adolescencia culmine con el logro de una identidad propia, del establecimiento de un rol sexual, así como de una estabilidad emocional, frutos todos ellos de la vivencia respetada en los normales.

L A F A M I L I A

El tema de la familia es amplio, complejo y dispar. Diversas disciplinas la han estudiado. La antropología estudia los problemas étnicos, sus orígenes y el sistema de parentesco. El sociólogo la verá como una institución y sus funciones en la sociedad; el político será atraído por su poder ideológico en la constitución de clases; el psicólogo estudiará en ella la base de los fenómenos intrapsíquicos. A través de todos los enfoques, podemos comprender más ampliamente a este grupo tan importante de nuestro sistema.

Sin embargo, la familia nuclear, padre, madre e hijos, no ha sido la única forma de asociación familiar. Engels nos habla de la familia sindiásmica; la familia es un elemento activo y los sistemas de parentesco son pasivos. Morgan llegó a la conclusión de que primeramente hubo promiscuidad sexual completa y se le llamó la Horda. Zacher habla de matrimonios en grupos, y se establece la herencia por vía materna. Surge también la teoría de la familia consanguínea, en donde todos tienen intercambio sexual con todos. La exclusión de los hermanos (vía materna), es la familia punalúa.

Entre el matriarcado, o sea la familia por derecho materno, y la familia monogámica, existió la comunidad familiar patriarcal, cuya característica era la posesión y el cultivo del suelo común.

La familia monogámica nace de la familia sindiásmica, cuyos objetivos son: la preponderancia del hombre en la familia, la procreación de los hijos que solo pudieran ser de el varón y destinados a heredar las riquezas del padre. La monogamia aparece así como una necesidad de legitimar el surgimiento de la propiedad privada, el modo de producción sedentario, la división sexual del trabajo. Surge el sometimiento de un sexo por el otro.

Después de esta breve reseña histórica, es importante analizar a la familia nuclear actual. Para empezar, es un sistema donde las conductas de sus miembros afectan a todos por igual, de esta manera se ve como un sistema total. A pesar de las diferencias de sus miembros, la familia funciona en base al equilibrio que como todo sistema, busca la homeóstasis y la cohesión.

La familia cumple funciones a tres niveles: los primeros son de nivel práctico, como la protección, ayuda, seguridad, subsistencia y asistencia para todos los miembros. Es el medio donde se reproduce la fuerza de trabajo. El segundo nivel es simbólico; como encuadramiento o marco de referencia y de expresión del grupo, es el nivel de las creencias, valores, ideas, costumbres y normas.

El tercer nivel se refiere a los fines reproductivos; la familia constituye, dentro de la cultura y de las concepciones de la sociedad mexicana, el marco legitimador socialmente aceptable para la conducta reproductiva. Además de su funcionabilidad, la familia tiene la peculiaridad de ser flexible.

Por otra parte, la familia es el agente socializante por excelencia. Da la dirección e inducción hacia la cultura en que está inmersa. Presenta los primeros roles de identificación sexual y, en la familia deben darse los medios necesarios para el libre desarrollo de todos sus miembros. Pero, en la realidad, se sabe que también presenta los primeros medios de represión al individuo.

062301

"Al tratar a los deficientes mentales, se encuentra que, como en otros casos donde existen problemas, como enfermos crónicos, la familia se ha moldeado ante la presencia del problema. En los casos de enfermedades agudas, las familias no tienen ocasión de responder en forma típica, ya que se crea un "estado de alarma", y todas las fuerzas psicológicas se unen en un esfuerzo común ante la emergencia, como la amenaza desaparece antes que la modificación psicológica se haga permanente, el individuo y la familia regresan a su antigua forma de comportamiento y pensamiento. En los casos de enfermedades crónicas, en un principio, se presenta el estado de alarma, pero como el padecimiento no evoluciona con rapidez, ya sea hacia la curación o la muerte, los diferentes miembros de la familia van siendo amoldados poco a poco, y van modificando su forma de vida y pensamiento, de acuerdo con su especial punto de vista ante la enfermedad". (1) Este autor que tiene mucha autoridad en Educación Especial, sobre todo en la Normal de Especialización, enfatiza el papel de una "enfermedad crónica", en la manera de vida y pensamiento de la familia.

Abel dice que el deficiente mental es la persona que es tratada con más desprecio por los padres, maestros y comunidad del mundo con la excepción del leproso. (2)

La presencia de un hijo deficiente mental, es una prueba de fuego para un matrimonio, según el doctor Mario Ramos Palacios, el 16% se divorcian y un 13% se separan. Consideramos que estas cifras no dicen gran cosa al respecto, puesto que en matrimonios sin estos problemas, el índice de separación y divorcio consideramos que debe estar casi al parejo.

Según este autor, "las fuerzas contrarias trabajan al máximo porque en el caso de los deficientes, tenemos las siguientes condiciones:

- Se trata de un trastorno crónico, sin posibilidad de curación, ni de muerte;
- El cariño de los padres que sienten hacia los hijos, les impiden actuar libremente", y añade que en un estudio de 124 familias con deficientes mentales llegaron a las siguientes conclusiones:

"La lucha entre el amor que normalmente existe en todo padre por sus hijos como una dotación instintiva y el sentimiento de rechazo ante el problema del hijo (no ante el hijo como persona), por lo que esto significa de molestia, de frustración ante su incapacidad de padre de negación ante las esperanzas futuras, crea un binomio inestable:

"AMOR — RECHAZO"

"Esta lucha puede derivarse en un sentido positivo o constructivo a la personalidad, tendremos entonces, la etapa de una personalidad deformada, normal aunque con ciertas áreas demasiado sensibles y algunas actitudes raras. La normalidad se obtiene cuando el problema del hijo anormal ha sido aceptado y se tiene una actitud realista frente al mismo, es decir, cuando después del estado de alarma ha sido posible la coexistencia con el trastorno del niño". (3)

"El predominio de los sentimientos rechazantes, conducen al abandono, manifiesto o latente (inconsciente), falta de interés por el estado del niño, la indiferencia, o la negación del padecimiento del niño... Cuando el binomio amor-rechazo, no es resuelto, pueden existir varias situaciones: dependencia y sobreprotección y una imposibilidad neurótica de separarse y dejar crecer al niño anormal, el padre y la madre, hacen que su vida gire alrededor del niño, sin realmente tratar de ayudarlo y educarlo... los sentimientos de culpa conducen al divorcio, ya que su vida gira alrededor del niño, sin realmente tratar de ayudarlo y educarlo... los sentimientos de culpa conducen al divorcio, ya que pueden proyectarse fácilmente... los trastornos psicósomáticos sólo demuestran la tensión emotiva a la que los padres están sujetos... la neurosis se presenta cuando la personalidad previa no tiene la suficiente resistencia para soportar la condición anormal del chico... en la psicosis, pensamos que existe una condición patológica anterior, y que el niño anormal sólo fue la causa desencadenante de una condición preestablecida... el fenómeno homicidio-suicidio se

trata del mismo hecho agresivo, ya sea hacia la propia persona, la pareja o el niño, como una explosión de los sentimientos de culpa, llevados al extremo". (4)

Todo lo anterior, nos marca una importancia, puesto que el estudio se realizó en México, y la interpretación, aunque hacen recaer muchos problemas causados por el deficiente mental, nos arroja al menos, que estas familias tienden a sufrir de perturbaciones en su dinámica. Y que exige mucha madurez en la pareja, para que ante el hecho de tener un hijo deficiente mental sea aceptado.

Otros estudios (Erickson, 1972), nos hablan de los pasos por los que los padres pasan: negación del problema, reconocimiento de que algo pasa, búsqueda de ayuda, aceptación y solución del problema. Lo importante, es que muchos padres no pasan de la negación, sino cuando las alternativas de rehabilitación al niño son menores. Y que la búsqueda de ayuda, en ocasiones se convierte en una "vía crucis", que son fácilmente inducidos a aceptar tratamientos por demás mágicos. La solución del problema debe ser dada por la comunidad misma, como por escuelas con educación especial, centros de diagnóstico clínicos, etc. ... Y sobre todo, en una actitud comprensiva hacia el deficiente mental, así como hacia su familia.

Perron habla de la actitud de la comunidad hacia las familias, y es importante el hecho que él resalta, acerca de cómo la comunidad relega a las familias que tienen un miembro con deficiencia mental; además, que se les achacan una serie de mitos, de culpa y castigo, que por "alguna cosa se merecen". Suelen ver con desconfianza a todos los miembros de esa familia y, en ocasiones como un grupo enfermo, y que puede transgredir reglas sociales fácilmente. (5)

A N T E C E D E N T E S

A. HISTORIA DE LA EDUCACION ESPECIAL EN MEXICO.

En 1867, Benito Juárez fundó la Escuela Nacional de Sordo, y en 1879 la Escuela Nacional de Ciegos. Estas dos instituciones fueron las primeras iniciativas en México de Educación Especial a Subnormales.

En 1914, el Dr. José de Jesús González, organizó en León, Gto. una escuela para Deficientes Mentales. Y, en 1932, inauguró una escuela modelo en la Ciudad de México.

En el Distrito Federal, en el período de 1919 a 1927, se fundaron dos escuelas de orientación para varones y mujeres. Empezaron a funcionar grupos de capacitación y experimentación pedagógica para atención de deficientes mentales, en la Universidad Nacional Autónoma de México. Al mismo tiempo, el Prof. Salvador Luna, fundó en Guadalajara, una escuela para Deficientes Mentales.

Por este período, se reorganizó la sección de Higiene Escolar, dependiente de Educación Pública y, quedó como Departamento de Psicopedagogía e Higiene Escolar. Este departamento inició las primeras investigaciones sobre el desarrollo físico y mental de niños

mexicanos. La conclusión fue que una parte importante de alumnos de escuelas primarias en el D. F. sufrían desnutrición, y esto influyó en el aprendizaje escolar, y ante la necesidad de seguir investigando, se creó la Escuela de Recuperación Física.

En 1935, se incluyó en la Ley Orgánica de Educación un apartado referente a la protección de los deficientes mentales, por parte del Estado. Y, en ese mismo año, se fundó la Clínica de la Conducta y de Ortolalia.

En 1942 se logró modificar la Ley Orgánica de Educación, con el fin de crear una escuela de especialización de maestros en educación especial. En 1943, la Escuela de Formación Docente, inició las carreras de Especialistas en Educación de Deficientes Mentales y de Menores Infractores.

Y, en 1945, se agregaron las especialidades para maestros de educación de Ciegos y Sordomudos. En 1955, se agregó la especialización en el tratamiento de lesionados del aparato locomotor.

En 1970, se crea por decreto la Dirección General de Educación Especial, que organiza, dirige y administra el sistema federal de educación de niños atípicos y la formación de maestros especialistas. A partir de esta fecha, aparecen los primeros Centros de Rehabilitación y Educación Especial, grupos integrados en el D.F. y Monterrey. Se aumentaron los Centros de Capacitación para el Trabajo y las Escuelas Básicas.

Los servicios de Educación Especial, se clasifican en dos grandes grupos, según el tipo de atención, el primero abarca aquellos sujetos cuya educación especial es fundamental para su integración y normalización. Las áreas son: deficiencia mental, trastornos visuales y auditivos e impedimentos neuromotores. El segundo grupo incluye aquellos que necesitan de atención transitoria y complementaria; se encuentran áreas de problemas de aprendizaje y lenguaje, así como de trastornos de la conducta. (1)

Los servicios de Educación Especial se clasifican en dos:

Area de Deficiencia Mental:

La Dirección General de Educación Especial tiene la siguiente definición:

"Un sujeto se considera con deficiencia mental, cuando presenta una disminución significativa y permanente en el proceso cognoscitivo, acompañada de alteraciones de la conducta adaptativa". (2)

Se ha adoptado, también, la siguiente clasificación con respecto al CI:

Leve	50 - 70
Moderado	35 - 50
Severo	20 - 35
Profundo	0 - 20

Para el diagnóstico, se toman en consideración las alteraciones orgánicas que determinan los componentes del cociente intelectual.

El tratamiento pedagógico integra técnicas socializadoras:

- a) Independencia personal y protección de la salud;
- b) Comunicación;
- c) Socialización e información del entorno físico y social;
- d) Ocupación y hábitos de trabajo.

El proceso escolar es de cuatro etapas. Las tres primeras tienen una duración máxima de dos años y la cuarta hasta tres años (sólo en los casos que así lo requieren). La primera corresponde a nivel preescolar y las restantes, a los grados de primero a sexto del nivel básico. Las dos primeras etapas, son comunes a todos los alumnos. Pasan a la tercera etapa, aquello que por sus capacidades puede acceder a aprendizajes más complejos. Las otras pasarán directamente a la cuarta etapa, para intensificar su entrenamiento prelaboral, complementando esta actividad con lecto-escritura y aritmética a nivel socioutilitario.

Cumpliendo este proceso escolar, los alumnos son canalizados a los Centros de Capacitación para el Trabajo o a las Industrias Protegidas.

Los Centros de Capacitación del Trabajo, cuentan con talleres donde los jóvenes pueden capacitarse en uno o más oficios, con el fin de que se puedan incorporar a un centro de trabajo, logrando de ese modo independencia económica, y una vida lo más normal posible.

Las Industrias Protegidas, son centros de trabajo cuyo sistema de control y seguridad permite incorporar a la producción, aprovechando las habilidades adquiridas en los centros, a aquellos jóvenes y adultos que por sus limitaciones pueden laborar en condiciones regulares.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La deficiencia mental ha sido objeto de estudio por parte de variadas disciplinas, como la Medicina, la Psiquiatría, la Psicología, etc. La Psicología clínica y la Psicometría han ayudado en la búsqueda de nuevas formas de conocimiento para comprender las características del deficiente mental. Estos estudios se han avocado principalmente con la población infantil.

Por lo tanto, el adolescente con deficiencia mental es una población poco estudiada y por lo tanto poco conocida. Nosotras consideramos que la Psicología Social aportará conocimientos acerca de las características de los adolescentes con deficiencia mental, debido a que estos han tenido una socialización a lo largo de su vida, independientemente del nivel de su CI, y han estado relacionados afectivamente con su ámbito familiar. Y, en este sentido el paso de la niñez a la vida adulta en nuestra sociedad se ve como una de las etapas cruciales en la vida de todo ser humano. De ahí que queremos conocer si esta etapa se da igual en el deficiente mental que en el sujeto normal.

Por lo tanto, al ver a la familia como una institución socializadora dentro de nuestra sociedad y a la vez como un sistema de agrupamiento social y humano, nos interesa conocer las expectativas que tiene la pareja con respecto al hijo adolescente con deficiencia mental y no deficiente mental.

Esto nos lleva a preguntarnos:

¿Acaso existe diferencia en las relaciones afectivas que tienen los padres con respecto al hijo adolescente deficiente mental y no deficiente mental?

Para efectos de nuestro estudio, llamaremos relaciones afectivas a una de las áreas más importantes del vínculo que existe entre los padres y los hijos. En este caso, nosotros nos referiremos a aquellos sentimientos que pueden acercar o distanciar a los mismos.

O B J E T I V O S

Objetivo General:

Conocer las expectativas de los padres a través de las relaciones afectivas que se establecen de estos con sus hijos adolescentes con o sin deficiencia mental.

Objetivos Específicos:

- Analizar el rechazo de los padres hacia los hijos con o sin deficiencia mental. Visto el rechazo como un sentimiento de no aceptación de los padres hacia los hijos.
- Analizar el amor de los padres hacia los hijos con o sin deficiencia mental. Considerando el amor como un sentimiento de aceptación, respeto y confianza.
- Analizar la agresión de los padres hacia los hijos con o sin deficiencia mental. Llamamos agresión a aquellas acciones que tienden a herir física y/o mentalmente a otro.
- Analizar la sobreprotección de los padres hacia los hijos con o sin deficiencia mental. la excesiva preocupación, el favorecer una dependencia prolongada, que impide a otro una libre decisión de los actos de responsabilizarse de ellos.

V A R I A B L E S

Variable Dependiente:

El adolescente con deficiencia mental.

Variables Independientes:

- a) Rechazo;
- b) Amor;
- c) Agresión;
- d) Sobreprotección.

PREGUNTAS A RESPONDER

Dada la técnica que utilizamos, nos permitió profundizar en la información que nos daba el grupo además de que el mismo elaboró y conscientizó su problemática encontrando soluciones factibles y clarificando posibilidades de acción. De aquí que sacrificamos la validez cuantitativa, por la validez cualitativa, (nos referimos a la opinión de que el grupo dió y calificó en base a las actuaciones y observaciones en los Sociodramas), ya que el producto de nuestra investigación fue a su vez una retroalimentación más justa ante un grupo, que de una manera u otra "ha sido agredido", por un sinnúmero de entrevistas, cuestionarios, estudios, visitas en instituciones de salud, etc. ... que les ha creado angustia y no una solución real a sus necesidades actuales.

Esto surgió, ya que consideramos que no íbamos a obtener la suficiente información a través de alguno de los instrumentos de medición, que además nos permitirá conocer cualitativamente esa realidad afectiva, ya que las variables que estamos manejando no son medibles, sino que son comprensibles a través de un análisis cualitativo.

Estamos utilizando en nuestro diseño, preguntas que trataremos de contestar a través del análisis de sociodramas. De ahí que nosotros

no utilizamos conjeturas o proposiciones tentativas acerca de la relación entre dos variables.

Por lo tanto, nuestra investigación nos lleva a proponer las siguientes preguntas:

¿Cuáles son las expectativas que tienen los padres con respecto a sus hijos?

¿Varían estas expectativas dependiendo del rol sexual?

¿Varían estas expectativas dependiendo de la situación afectiva?

DISEÑO DE INVESTIGACION

M U E S T R A

la muestra estará compuesta por 60 parejas, padres de un hijo adolescente deficiente mental que tenga un hermano de su mismo sexo y con un año o menos de edad que el deficiente mental. Esto se debió a la necesidad de comparar el comportamiento de los padres en el área afectiva, con dos hijos que les presentan demandas similares, debido a que la edad cronológica es parecida, así como el sexo es el mismo, por lo tanto nosotras consideramos que el trato no debería ser diferente.

Se obtendrá la muestra del Centro de Educación Especial de Capacitación para el Trabajo número 4, que se encuentra en el ejido de Santa Isabel Tola.

El nivel socioeconómico es medibaja, baja.

Es una población cautiva y, además, que los alumnos son "etiquetados" como deficientes mentales, por lo que nosotros no entraremos en los términos de clasificar con otros estudios, si son o no deficientes mentales.

I N S T R U M E N T O S

Escala de Actitudes de Lickert.

Esta estuvo dividida en cinco áreas: afectiva, comunicación, dependencia, escolaridad y social. Se pilotó con quince madres de familia, y se tuvo que abandonar esta técnica por las siguientes razones:

- a) El lenguaje no fue comprensible, el nivel fue elevado para esta pequeña muestra.
- b) De las quince señoras, seis no sabían ni leer ni escribir, esto provocó ansiedad al tener ellas que reconocer públicamente este hecho y, esto provocó que las respuestas se las comunicaran entre sí; además, de que el clima era de tensión y originó que buscaran contestaciones "buenas" o "correctas", como si fuera un examen; por lo tanto, perdió su validez esta escala.
- c) A raíz de todo esto, las señoras nos pedían que les explicáramos el significado de algunas preguntas, y notamos la angustia en varias de ellas.

- d) Finalizando el cuestionario, varias señoras empezaron a llorar, y la explicación que dieron, en términos generales, fue que las preguntas las habían sensibilizado tanto que no pudieron controlar sus emociones.
- e) Con todo lo anterior, el grupo comenzó a pedir explícitamente que platicáramos con ellas acerca de todo lo que contenía la escala de actitudes. La demanda grupal era encontrar soluciones a muchos problemas que tenían en la educación de sus hijos.

Por todo lo anterior, decidimos que la escala de actitudes no era el instrumento idóneo para nuestra investigación, y el grupo nos ayudó a encontrar otras alternativas de trabajo, mismas que no agredieran a los investigados y que nos aportaran información confiable.

Ante el compromiso de trabajo con el grupo, nos vimos en la necesidad de elaborar un modelo de investigación-acción. Ha sido nuestro marco de trabajo, debido a que no existe un investigador aislado del grupo investigado, sino como lo conceptualizaron Orlando Falls Borda y Gómezjara, la investigación es un proceso de conocimiento de la realidad y de transformación de la misma, en la cual todos son los actores e investigadores al mismo tiempo y el cambio social enmana del grupo mismo y no del investigador. En el presente trabajo no deseábamos conservar una información aislada de la realidad, sino que a medida que nos adentrábamos en la misma el grupo la retomaba para su propio beneficio, que en última instancia debe ser el objeto final de toda investigación.

Además, el papel del investigador pierde su etiqueta agresiva y manipuladora, puesto que el grupo es el que maneja toda la información para sus necesidades. Por otro lado, el grupo no se siente objeto de estudio y las opiniones, actitudes, sentimientos emergen espontáneamente y la realidad se hace evidente de tal manera que además de investigar se conscientiza a la población estudiada. De ahí que el aspecto cualitativo sea preponderante, y los alcances para la generalización se vean limitados y no se pueda generalizar; puesto que cada grupo que

se estudie, aunque sea el mismo tema y reúna características similares, sus circunstancias históricas, económicas, políticas y sociales serán diferentes. Pero la esencia, lo abstracto de la problemática se rescata para una mejor comprensión del mismo, y los logros de este trabajo servirán de referencia para futuras investigaciones. Con estos aportes encontramos alternativas de investigación que fueran fáciles de manejar, dado que nuestra investigación se fue convirtiendo en trabajo de campo, además, la investigación era del tipo de Ex post facto. Nuestro objetivo, que ha sido cultivado a través de toda la formación académica universitaria, es conocer la realidad psicosocial de una manera productiva, por lo tanto, conjugamos investigación con trabajo de campo (después de los hechos, debido a que hicimos un corte para investigar la adolescencia con deficiencia mental, sin tener en cuenta los hechos previos). Queremos estar abiertas a las demandas grupales. En base a todo esto, el presente se fue convirtiendo en una investigación militante.

Por esto, nuestro instrumento de trabajo fue Análisis de Casos, a través de Sociodramas. Este surgió como una necesidad de conocer la realidad a través de la actuación, J. L. Moreno lo instituyó como instrumento, investigación. Consiste en una situación hipotética en la que se representa un papel distinto al papel de la vida real de las personas, a través de esta simulación se evita que la gente se sienta agredida, puesto que el caso es reflejo de su vida, pero no es su vivencia personal. Tiene dos elementos sustanciales para nuestro trabajo, por un lado, se conocen aspectos individuales y grupales, y por el otro, se ahonda en aspectos emotivos afectivos, que son difíciles de medir y mucho más de comprender. Sin embargo, dada la espontaneidad surge de una manera libre.

DESCRIPCION DE LA INSTITUCION

La muestra para la investigación, se ha tomado de este centro, puesto que reúne aquellos requisitos que necesitamos para llevar a cabo la presente.

Este Centro de Capacitación para el trabajo, pertenece a la Dirección General de Educación Especial. Cuenta con once talleres: Tejidos, Cocina, Cerámica, Estructuras Metálicas, Carpintería, Belleza, Corte y Confección, Artesanías, Tapicería, Electricidad, Jardinería. Los alumnos son adolescentes con deficiencia mental (las edades fluctúan de los 12 a los 18 años). Deben cumplir con tres años de capacitación en un taller, para que se les dé una constancia de estudios. Sin embargo, algunos alumnos empiezan a trabajar al año o dos de estudios.

El horario de actividades es de 8 de la mañana a 4 de la tarde, exceptuando a los talleres de Carpintería, Estructuras Metálicas y Tejidos (debido a que no les han dado las plazas que cubran ese tiempo de trabajo).

El personal que labora en este Centro está compuesto por: maestros de talleres, una trabajadora social, dos psicólogas y la Directora.

P R O C E D I M I E N T O

Se seleccionó la muestra a raíz de que una de las investigadoras trabaja en dicho Centro de Capacitación y, a lo largo de su labor, fue teniendo una inquietud sobre la relación padres-hijos, considerándola como un área importante de la que se conoce poco. La otra investigadora, se hizo partícipe de esa inquietud de conocer sobre ese campo, poco explorado por ella.

En la búsqueda de un nuevo modelo de trabajo, se dió el enriquecimiento de las investigadoras, pero también se buscaba que la población investigada encontrara nuevos caminos y que la investigación diera frutos positivos para ambas partes.

La investigación se podría dividir en dos etapas: la primera consistió en el piloteo de la escala de actitudes que se llevó a cabo en el mes de noviembre de 1981, cuyos resultados se han mencionado anteriormente. La segunda etapa, se inició el sábado 23 de enero y finalizó el sábado 20 de marzo. Las actividades se suspendieron en el mes de diciembre, ya que fue período de vacaciones y nuestra tarea se reanudó en Enero.

Dadas las características de la muestra de padres de familia y sus demandas, las sesiones se acordaron en sábado, puesto que no podían ausentarse de sus labores entre semana.

Se tuvieron varias maneras de recolección de datos. Una de ellas fue un buzón en el que ponían sus demandas y nos orientaban sobre la tarea a realizar, y por el otro lado, nos daban el material para elaborar el Sociodrama.

La técnica del Sociodrama a seguir en las ocho primeras sesiones, fueron las siguientes:

- a) Se invitaba al grupo de tal manera que la participación fuera voluntaria.
- b) Ya teniendo a los actores, una de las investigadoras asignaba los roles a los mismos; la otra investigadora, simultáneamente relataba el caso a los observadores, asignando observación dirigida, la cual consistía en repartir el auditorio de manera equitativa, pidiéndoles que observaran las actitudes, los mensajes verbales y no verbales, valores, normas que emitía cada persona.

En cada una de las sesiones siguientes, se repetía esta técnica. Cabe aclarar que las sesiones 1, 2 y 3 fueron con padres de varones adolescentes deficientes y no deficientes; las sesiones 4, 5 y 6, fueron con padres de adolescentes mujeres deficientes y no deficientes; en la sesión 7 no se logró este control, debido a que los padres pidieron integrarse y trabajar juntos, entonces se eligió aquel caso en que se contemplaba una problemática de ambos sexos; la sesión 8 consistió en un Sociograma escenificado por los adolescentes deficientes mentales, y los padres fueron los observadores, terminó con un panel, esto es que cada grupo designó representantes que manifestaran sus conclusiones de todo el trabajo.

- c) Al término del Sociodrama se hacían subgrupos con aquellas personas que les había tocado observar al mismo personaje; además, cada autor se incluía en cada subgrupo. Se les daba para este fin 20 minutos de discusión.

d) Más tarde, se procedía a la exposición de cada subgrupo, acerca de las observaciones realizadas, en una posible solución al caso representado.

Una vez expuesto todo, se llegaba a una conclusión grupal, y la labor de las investigadoras era integrar y tratar de concluir de acuerdo al grupo.

DESCRIPCION DE LAS SESIONES

SESION I

CASO: Un adolescente varón no deficiente mental de 14 años, pide permiso para ir a una fiesta. El hermano con deficiencia mental de 15 años, quiere ir también a la fiesta: los padres no saben qué hacer.

Subgrupo que observó al padre: dijeron que el padre había sido autoritario, indiferente, así como la responsabilidad la delegó exclusivamente en el hijo no deficiente mental.

En la madre observaron que trataba siempre de conciliar los deseos del padre, con los deseos de los dos hijos, pero sometiéndose a la autoridad del esposo, se vió sobreprotectora con el hijo deficiente mental (manifestó en todo momento miedo por la seguridad de ese hijo).

En el joven no deficiente mental, observaron poca comprensión hacia el hermano, temor ante el ridículo y la burla de sus amigos, y que trataba de evadir la responsabilidad de cuidar a su hermano.

El joven deficiente mental de 15 años, se observó caprichudo, casi no le dejaron expresarse; también se manifestó en éste la inquietud de poder llevar una vida igual que el hermano; se dijo que no estaba consciente de su problema.

SOLUCION GRUPAL: El deficiente mental debería ir a la fiesta con el hermano y que esto se facilitaría si previamente se le enseñaba a comportarse socialmente, a lo cual se añadió que si se le incluía desde niño en estas actividades "quizás" las aprendería.

En la discusión general comentaron que no sólo el deficiente mental era señalado, sino que también la familia y la escuela era objeto de rechazo por parte de la sociedad.

Quando se profundizó más en el personaje del deficiente mental, notaron que estaba actuando muy exagerado; que así no eran sus hijos y que al personaje sólo le faltaba "babear".

SESION II

CASO: Un joven de 19 años deficiente mental, pretende a una chica de 18 años no deficiente mental, y la madre de la muchacha no está de acuerdo.

Subgrupo que observó a la madre: dijeron que no comprendían al muchacho, pero que era lógico que no quisiera a un "muchacho" así para su hija, y las razones que le daba a la hija estaban bien. Lo único, que no fuera agresiva con el joven. Debería de llamarle la atención a su hija y no al joven.

Subgrupo que observó a la muchacha: se interpretó su actuación de dos maneras: 1) Se aprovechaba de la situación (regalos, atenciones) o lo hacía por compasión, pero que esa relación no iba a durar.

Subgrupo que observó al muchacho: que no estaba consciente de su problema, iba a sufrir una desilusión amorosa y que eso no era "justo".

SOLUCION GRUPAL: Que no debería darse ese tipo de fracasos para ellos, pero tomaron consciencia de que lo sobreprotegen de esa actitud, para evitar que tuviera decepciones. Aunque no consideraban que los jóvenes tuvieran tolerancia a los fracasos.

SESION III

CASO: Fue un Psicojuicio, el grupo se divide en dos partes iguales. Un grupo debería de sostener con razones porque dejarían casar a un joven con deficiencia mental. El otro grupo debería sostener con razones porque no dejarían casar a un joven con deficiencia mental.

El subgrupo a favor: Argumentó que debería de tener las mismas oportunidades de ser feliz como un normal, además, tenía derecho a formar una familia, tener un amor. Que al terminar la capacitación podría tener un trabajo y entonces sería posible que se casara.

Subgrupo en contra: Sí tendría derecho a ser feliz, pero no de esa manera, ya que las posibilidades de mantener a una familia son escasas (no ganaría el suficiente dinero). Además, por su "problema" no iba a poder sostener una relación de pareja, ni podría educar a un hijo.

Solución grupal: Se dió una polemica de tal manera que no se pudo concluir, ya que algunos padres eran partidarios del casamiento, otros propusieron el amasiato, y otros comentaron que no era necesario que ellos se casaran, puesto que eso no les inquietaba. Surgió también la posibilidad de la esterilización como solución. Se comentó que la masturbación podría sustituir a la pareja.

SESION IV

CASO: Una hija no deficiente mental de 14 años pide permiso para ir a una fiesta de su escuela, la hermana deficiente mental de 15 años quiere ir a la fiesta también. Los padres no saben que hacer.

Subgrupo que observó al padre: Autoritaria, pero preocupado porque no estaba de acuerdo para dejar ir a la fiesta a ninguna de las dos, cedió imponiendo un horario restringido (de 7 a 10 pm.). Comentó que solo eran vagos (los amigos) que no le gustaban esas amistades.

Subgrupo que observó a la madre: Sumisa y sobreprotectora, no era "propio para la niña", miedo a que se burlaran de la hija deficiente mental.

Subgrupo que observó a la joven de 14 años: Asumió la responsabilidad de cuidar a la hermana, aunque pensaba que no se iba a divertir, aceptó llevarla ya que fue la condición para poder ir a la fiesta.

Subgrupo que observó a la joven de 15 años: Añorada, pero "viva viva", ya que deseaba tener novio y divertirse, se aprovechó de la situación y logró el permiso para la fiesta.

SOLUCION GRUPAL: Es que todas las hijas son "iguales" y "deben tener las mismas oportunidades de diversión". Comentaron que debería de ir a las fiestas siempre y cuando fueran acompañadas por alguien de la familia.

SESION V

CASO: La joven deficiente mental de 17 años está platicando con un muchacho de unos 20 años de edad, y aparece de repente le mamá de la joven y su reacción es agresiva.

Subgrupo que observó a la madre: Miedo ante el hecho de que el muchacho quiera abusar de la hija (debido a su problema). No consideran que la hija pueda sostener una relación afectiva estable. Ansiosa y conservadora.

Subgrupo que observó a la hija: Niega ante la mamá toda relación con el joven, niega que le guste, pese a estar pendiente de ver al muchacho. Temerosa e insegura, y además sumisa.

Subgrupo que observó al muchacho: No podía confiar en sus intenciones, quizás buscaba algo más que una amistad. Demostró que la muchacha le gustaba, pero ¿Qué le entretenía de ella?

SOLUCION GRUPAL: La madre debería aceptar que el muchacho la visitara en la casa y que le manifestara que era bueno tener novio para que ella pueda clarificar sus sentimientos y no niegue que le gusta el muchacho. Otros comentaron que no sabía la joven cómo mantener esa relación de noviasgo "qué sí y qué no" en el trato.

El sí consiste en las caricias y besos, que no se sobrepasen de los límites, no fuera a salir embarazada. En este momento se dividieron las opiniones; algunos estaban de acuerdo con la esterilización, otros opinaron que no era la solución.

SESION VI

CASO: Psicojuicio: El grupo se dividió en dos partes iguales. El caso era una joven deficiente mental que desea casarse con un joven no deficiente mental.

Subgrupo a favor de que se case: manifestaron que tiene las mismas necesidades de amor, de ser feliz, de formar un hogar como una normal. Con la ayuda del esposo iría solucionando los problemas.

Subgrupo en contra de que se case: no sabría resolver los problemas de una familia, no se puede responsabilizar de tener unos hijos. Además, podría tener hijos con deficiencia mental.

SOLUCION GRUPAL: Que se case, pero que no tenga hijos, lo mejor es la esterilización porque así se le protege de un embarazo que la llevaría a tener hijos que no podría educar bien, y entonces toda la carga sería para el esposo. Una madre comentó que ella se haría cargo de los nietos. También surgió el comentario sobre el riesgo de una violación y que ésta podría evitarse así como el embarazo, con la esterilización, sobre este aspecto, no se habló más.

SESION VII

CASO: Psicojuicio: Recordamos que en esta sesión se unieron los grupos de padres y al momento de la separación para estar en contra y a favor, se mezclaron. El caso es una pareja de deficientes mentales que desean casarse.

Subgrupo en contra: Sería una carga económica para ambas familias, necesitarían estarlos cuidando siempre, los hijos serían seguramente "como ellos", no podrían responsabilizarse de formar y mantener un hogar.

Subgrupo a favor: Consideraron que entre ellos habría mayor afinidad, amor, comprensión y fidelidad.

SOLUCION GRUPAL: Si se dá el matrimonio, sería con la esterilización de ambos, puesto que se les tendría que estar apoyando constantemente, y para esto las dos familias deberían de estar de común acuerdo. Alguna minoría comentó que lo mejor sería la unión libre, pero no algo formal. Algunas mamás comentaron que ellas se harían cargo de los nietos.

La participación en la decisión de la esterilización de los deficientes mentales se incluye la opinión del médico, del psiquiatra, del psicólogo, de la trabajadora social, del ginecólogo, del genetista y de los padres; pero, la opinión del mismo individuo con deficiencia mental, no se contempla como posible ni necesaria.

SESION VIII

CASO: En esta ocasión recordamos que se hizo un Sociograma en el que actuaron un grupo de adolescentes con deficiencia mental. El caso es una pareja de deficientes mentales deciden casarse, van con el "casero" (el que renta la vivienda), van con el gerente de una fábrica, para conseguir trabajo, y por último acuden a comunicárselo a la mamá de la joven.

Subgrupo, la parte, que observó al casero: Intransigente, agresivo y cobra mucho dinero.

Subgrupo que observó al gerente: Agresivo, terco y rechazante, no valoró las capacidades de los jóvenes (pedía "papeles", certificados de estudios. Se refirió a la escuela "esa escuela es de locos").

Subgrupo que observó a la madre: sobreprotectora, posesiva, manipuladora (lloró) y muy miedosa.

Subgrupo que observó al joven: se veía angustiado e inseguro; la sociedad no lo deja sentirse como normal.

Subgrupo que observó a la joven: Dependiente, sumisa, y triste porque no se puede casar con el novio.

SOLUCION GRUPAL: Se recordará que se hizo a manera de panel. Los padres comentaron como aspectos relevantes la falta de reconocimiento oficial a los estudios de las escuelas de Educación Especial. La sociedad en general relega y rechaza a los deficientes mentales. Manejaron la esterilización como lo mejor siempre y cuando se vea en cada caso.

Comentaron también que había que fomentar la autonomía de ambos jóvenes.

Los adolescentes expusieron: son jóvenes y no niños, necesitan que los respeten y ellos aprenderán así a respetar a los demás, deben de ser tomados en cuenta en las decisiones que se tomen sobre ellos, libertad para elegir novio y poder casarse más adelante.

R E S U L T A D O S

GRUPO DE
PADRES
VARONES

PAPA	Autoritario, indiferente, delega sus responsabilidades en la esposa o en los hijos, rígido y dominante; en general no se comprometa.
MAMA	Sumisa, dependiente, manipuladora, sobreprotectora, tratando de conciliar entre los hijos y el padre.
HIJO SI DEFICIENTE	No está consciente de su problema. Tiene un rol estereotipado, con la representación social del deficiente mental. Caprichoso, inquieto, inseguro; deseo de sobresalir y de ser reconocido. Deseoso de igualdad.
HIJO NO DEFICIENTE	Loco comprensivo con el hermano, por temor al ridículo. Evasivo ante la responsabilidad que el padre le imponía.
CONSENSO GRUPAL	Habría que enseñar al hijo deficiente a comportarse ante la sociedad de una manera adecuada. Tratar de evitarle siempre fracasos, ya que la gente se puede burlar de los sentimientos del hijo. No se le puede dejar en libertad puesto que él no es capaz de responsabilizarse. Los problemas con los hermanos, los padres son los que deben remediarlos, comentando desde niños esa fraternidad.

GRUPO DE
PADRES
MUJERES

PAPA	Autoritario, posesivo, celoso, más dominante que con los hijos, impositivo y rígido. Con ambas hijas fue similar, sin embargo, a la hija no deficiente sí le permitía más libertades.
MAMA	Sumisa, sobreprotectora, manipuladora, amorosa y rechazante a la vez, tratando de ser comprensiva y conciliante.
HIJA SI DEFICIENTE	Repite el rol estereotipado de mujer. Busca igualdad, pero es irresponsable, ignorante y muy añorada. Fantasea demaciado.

HIJA NO
DEFICIENTE

No ve como igual a su hermana, puesto que acepta la responsabilidad de cuidarla, también tiene miedo al rechazo de su grupo social, puesto que teme que se burlen de la hermana; asumió un rol que no le corresponde.

CONSENSO
GRUPAL

Habría que fomentar igualdad. A ella sí hay que sobreprotegerla de sus propios deseos y del medio ambiente que pueda agresirla, puesto que ella es más débil e indefensa que una chica normal. No puede discriminar a quién darle afecto y a quién no, por lo tanto hay que cuidarla.

RESULTADOS GENERALES DE LAS SECCIONES:

- Hay que darle igualdad, con respecto a sus hermanos normales, pero tiene pocas posibilidades para obtener dicha igualdad.
- No se niega que tenga necesidades primarias ni secundarias, pero ellos mismos no lo saben.
- La representación social del deficiente mental la tienen los padres, pese a que conviven con ellos y que deberían de conocerlos mejor.
- El estigma social abarca al deficiente a su familia y a su escuela.
- La comunidad no solo es rechazante, sino que explota y abusa de los deficientes mentales.

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Para el presente estudio, utilizaremos el esquema conceptual de Erickson y Blos, descrito en el marco teórico, en los Capítulos II y III.

Los aspectos más importantes que comparten los padres con respecto al hijo y a la hija deficiente mental, son: cuando se inicia la pubertad, los padres se inquietan profundamente ante las manifestaciones del impulso sexual que en esa etapa normalmente se incrementa. A los hijos los ven como seres asexuados, y cuando el impulso se manifiesta lo ven como algo incontrolable y exacerbado.

Además del impulso sexual que no saben cómo canalizarlo, aparece la posibilidad de la reproducción y este aspecto es quizás el que mayores angustias les provoca. Ante esta posibilidad, se presentan varias amenazas: a) la explotación por parte de las personas de la comunidad hacia los adolescentes deficientes mentales. b) la violación de que pueden ser objetos. c) Que incurran en prácticas homosexuales y además son sobreetiquetados por esto último. Y por último, un embarazo no deseado ante el que no pueden responder los deficientes mentales.

Entre los aspectos que ellos marcan como causantes de todo lo anterior, los atribuyen exclusivamente a las características de la deficiencia mental; como son, su poca madurez emocional, la gran dependencia a la familia, la poca anticipación de sus actos, su incapacidad de discriminar entre lo verdadero y lo falso, y el que otorguen su afecto indiscriminadamente. Aunado a todo esto, está el rechazo que atribuyen a la comunidad en general, sienten que se burlan de ellos, y es una de las armas que utilizan para justificar el que los mantengan ocultos y sobreprotegidos.

Ante las preguntas que propusimos, nos abocamos a responderlas:

1. ¿Cuáles son las expectativas que tienen los padres respecto a sus hijos?

R - Se llegaron a conocer las expectativas de los padres, con respecto a sus hijos, ya que ellos espontáneamente visualizaron su propio comportamiento a lo largo de las sesiones, en lo cual se encontró lo siguiente:

- a) Están rotas sus expectativas, y de ahí que sean tan confusas para ellos mismos. Existe una ambivalencia en sus sentimientos, ya que los aman y a la vez los rechazan, debido fundamentalmente a que las expectativas no son satisfechas por los hijos. Esto nos muestra cómo los padres ven en el hijo una continuación de sí

mismos y como los encargados de hacer y lograr todo lo que ellos no han logrado. Ante la incapacidad de sus hijos esperan: que sean aceptados socialmente, que trabajen, que no se desliguen emocionalmente y se sigan sometiendo a la autoridad parental y sobre todo, que no manifiesten su sexualidad (los ven como niños en cuerpo de adultos).

Manejan un doble vínculo en relación a la independencia; fomentan la independencia económica, pero limitan la independencia afectiva. La explicación más adecuada es el desasosiego ante las capacidades y lo que es peor, ante la posibilidad de que sus hijos se manejen.

Los padres piensan que algún día van a sanar o a mejorar, y que llegarán a ser iguales que los normales. Todo esto, gracias a la capacitación que se les da en la escuela. Son más concretos y tajantes en lo que "debe de ser" y "lo que es correcto y beneficioso para ellos".

Sin embargo, Erickson ante su concepto de normalidad, vista como un proceso dialéctico de anormalidad-normalidad-anormalidad-normalidad, logrando así pasar por los estadios de desarrollo de la personalidad. La deficiencia mental, se puede comprender como un estado de funcionamiento que está en proceso de normalización.

2. ¿Varían estas expectativas, dependiendo del rol sexual?

R - Sí varían estas expectativas en cuanto que visualizan la imposibilidad de una habilidad productiva económicamente hablando, con respecto al rol masculino, no lo creen capaz de responsabilizarse como proveedor de una familia, ni de mantener una estabilidad emocional con su pareja.

Con respecto a la mujer, se le considera inestable de responsabilizarse del cuidado y educación de los hijos. Lo mismo que al varón se le considera inestable para una relación de pareja; además, la visualizan como un ser débil y desprotegido.

Algo sobresaliente que marcaron los padres, fue su fantaseo constante como a manera de identificación del adolescente, por lo que se demostró desconocimiento del proceso y de las características inherentes a la adolescencia. Ante el fantaseo tienden a ridiculizarlos y a tratarlos como niños y agudizan una crisis de identidad, creándose un círculo vicioso en la relación afectiva.

Al respecto, los puntos comunes en que los padres tienen rotas sus expectativas es que sus parámetros son los roles estereotipados culturalmente y el déficit lo prolongan abarcando globalmente al hijo.

El grupo de padres sienten que el matrimonio es una forma de vida difícil con problemas constantes que a ellos les ha costado trabajo solucionar, por lo tanto, los hijos tienen menos posibilidades de éxito.

En este sentido, lo que los padres emiten es la proyección de su ansiedad de ellos mismos, al no poder solucionar sus propios problemas. Asimismo, se denota que la pareja no ha tenido una adecuada cohesión marital y esta deficiencia es debido a un desarrollo psicosexual incompleto.

3. ¿Varían estas expectativas, dependiendo de la situación afectiva?

R - Si varían estas expectativas, ya que los padres que

han logrado resolver satisfactoriamente con hijos, son aquellos que llevan una relación afectiva más adecuada, no sólo con ellos, sino con toda la familia. Cabe aclarar que el ambiente familiar no fue estudiado, ya que no fue objeto de investigación.

Estos padres retroalimentaron al grupo de padres que tenían relaciones afectivas difíciles, o sea, *permanencia con sobreprotección, rechazo*.

Un temor constante y claro que se observó a lo largo de las sesiones, fue el hecho de que plantearon la posibilidad de la esterilización para así proteger a sus hijos de abusos de la comunidad.

Ante esta preocupación la manifestación latente es el no querer nietos deficientes mentales, y que su culpa y vergüenza se siga prolongando en la familia.

Un elemento distorsionador de las relaciones afectivas, son los sentimientos de culpa y de rebelión ante un hijo deficiente mental, que inconscientemente subyacen y se manifiesta como agresión, rechazo y sobreprotección, pero como a la vez los aman buscan orientación y están abiertos a otras alternativas que solucionen y mejoren sus relaciones afectivas.

Con respecto a si hay diferencia entre el adolescente deficiente mental y no deficiente mental, se concluye que sí hay bastante diferencia significativa, ya que en el adolescente no deficiente mental se le da una orientación positiva para que se desenvuelva en el ambiente externo sin mayores contratiempos, esto se puede observar a través de qué le dejen en libertad de sus actos. A éste sin embargo, se le añade una responsabilidad que es el de cuidar de su hermano deficiente mental.

En lo que se refiere al adolescente deficiente mental, se le coarta de todo tipo de libertad de que pueda hacer uso de sus actos, ya que lo consideran como una persona incapaz de sobresalir debido a su "problema", ya que requiere de que siempre se le proteja.

Con respecto a nuestras variables, ellos mismos se calificaron como sobreprotectores, manipuladores, a veces poco amorosos hasta llegar al rechazo; sin embargo, la agresión siempre fue depositada en la comunidad, puesto que ellos sentían que se extiende al grupo familiar.

Analizando los sociodramas, la figura más sobreprotectora fue la de la madre, la figura más rechazante, fue la del padre. El hermano o hermana adolescente normal fue vista como rechazante con cierto grado de agresión. En este sentido, los padres se hicieron responsables de la actitud de los hermanos, ya que ellos consideraron que no han socializado debidamente en la sensibilización hacia el hermano deficiente mental.

En ocasiones los padres reconocieron las diferencias de trato con los hijos, y que principalmente se debe a temores, miedo y preocupación ante el futuro del hijo, que lo sienten débil ante las exigencias de la sociedad, y que en lugar de darle más herramientas, lo han sobreprotegido. Les da miedo una mente de niño, en un cuerpo de adolescente. De ahí que sus mensajes sean confusos. Otra causa que manifestaron, es la falta de guía y la desorientación de que han sido objeto por parte de diversos profesionales; como ejemplo, está el caso de la esterilización, que en términos generales profesionales de la salud les han recomendado

como única alternativa, ante sus temores. Solución que dado el grado de involucración afectiva, no la sienten como acertada. Tomaron consciencia de que nunca han ejercitado su capacidad de responsabilidad, puesto que su déficit cognoscitivo sienten que abarcan el funcionamiento global de sus hijos.

Tomando como base nuestro diseño de investigación-acción, la presente ha sido gratificante, ya que los beneficios fueron mutuos y este modelo puede ofrecer alternativas para la investigación psicosocial, en el área de la comunicación social, del trabajo comunitario y de grupos.

Proponemos nuevas posibilidades de investigación en el área de la deficiencia mental, que durante mucho tiempo se ha visualizado como campo exclusivo de la Clínica, sin embargo la Psicología Social tiene enfrente posibilidades de conocimiento nuevo.

Como propuesta de investigación serían: hasta qué punto el adolescente con deficiencia mental introyecta normas, qué tanta capacidad de responsabilizarse de sus actos puede tener. La búsqueda de identidad, parte medular del proceso de la adolescencia, parece ser similar al normal; sin embargo, una investigación a fondo nos ayudaría a comprender mejor a una porción cada vez más numerosa de nuestra población Mexicana.

Otra investigación sería encontrar si existen diferencias entre la dinámica familiar, con un deficiente mental que con no deficientes mentales.

Como continuación inmediata de nuestro presente trabajo es analizar las relaciones afectivas entre los hermanos con y sin deficiencia mental.

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

Uno de los logros inmediatos que se manifestaron en la última sesión, fue que los padres descubrieron que el adolescente con deficiencia mental piensa, y que debe ser incluido en las decisiones familiares, sobre todo en aquellas que se tomen sobre su cuerpo y sobre su vida.

Otro factor que queremos destacar es cómo fueron los padres sensibilizándose hasta tomar consciencia de sus pautas de comportamiento, que los habían llevado a actuar y a tomar decisiones que reconocieron como erróneas en sus relaciones afectivas con sus hijos.

Relatar nuestra experiencia como investigadoras, nos lleva a reflexionar sobre dos aspectos: 1) El proceso de acercamiento con el grupo que nos dió una motivación constante, además de satisfacciones personales, y a través de esto comprobamos que la labor del investigador psicosocial no es estéril ni fría. 2) Por otro lado, el proceso de la investigación es una praxis, puesto que nos permitió buscar un camino que conlleva la transformación de la realidad y del investigador mismo.

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

- CASTELLS, Paulino, Los Sub-Normales, ADESA, Barcelona, 1977.
- CHIVA, Matty, Débiles Patológicos y Débiles Exógenos, PAIDOS, Buenos Aires, 1973.
- ERICKSON, Marión, Cómo es el Niño Retardado y Cómo Enseñarle, PAIDOS, Buenos Aires, 1974.
- KARLINGER, Investigación del Comportamiento, IMPERAMERICANA, 1975.
- LURIA, Niño Neurológico, PAIDOS, Buenos Aires, 1978.
- CRUINSHACK, Niño Cerebral, TRILLAS, México, 1978.
- MAYER, Gross, et al, El Niño Deficiente Mental, PAIDOS, Buenos Aires, 1976.
- MISES, Roger, El Niño Deficiente Mental, AMORRORTU, Buenos Aires, 1975.
- RAMOS, Palacios Mario, Deficiencia Mental, B.M. EDITORIAL, México, 1968.
- GAZZO, H., Débiles Mentales, FONTANELLA, Buenos Aires, 1979.

NOTAS BIBLIOGRAFICAS.

- (1) CASTELLS, Paulino Curiart, Los Subnormales, Poposa, Barcelona
p. p. 88
- (2) Op. cit., p. 89.
- (3) Ibidem, p. 90
- (4) CHIVA, H., Debiles patológicos y Debiles exógenos, Paidós, p. 34
- (5) CASTELLS, Los Subnormales, p. 93
- (6) Op. cit. p. 91
- (7) Op. cit. p. 91
- (8) Op. Cit. p. 92
- (9) Ibidem
- (10) Op. cit., p. 95
- (11) CHIVA, Debiles patológicos y Debiles exógenos, Paidós, p. 36.
- (12) Op. cit., p. 38
- (13) Ibidem.
- (14) ZAZZO, R., Debiles Lentales, Logos Contemporaneo, México, p. 16
- (15) Op. cit., p. 96.
- (16) ERICKSON, H., Como es el niño retardado mental y como enseñarle
Paidós, p. 9.
- (17) Op. cit. p. 11
- (18) Op. cit., p. 12
- (19) ZAPPELLA, Aspectos Clínicos del Retardo, Labor, Buenos Aires,
p. 62
- (20) Ibidem
- (21) Ibidem
- (22) Op. cit., p. 63
- (23) CASTELLS, Los subnormales, p. 31
- (24) Op. cit., p. 32
- (25) Ibidem.
- (26) CRITCHFIELD, Los niños con daño cerebral, Trillas, p. 19.
- (27) Op. cit. p. 23
- (28) CASTELLS, Los Subnormales, p. 35
- (29) ERICKSON, Como es el niño retardado mental y como enseñarle,
p. 27.

- (30) Op.cit., p. 29
- (31) ibidem.
- (32) Ibidem.
- (33) Zazzo, Debiles mentales, p. 17
- (34) Erickson, p. 15
- (36) CRUISHANCK, p. 24
- (37) Erickson, p. 17
- (38) Ibidem.
- (40) CASTELLS, OP. cit., p. 93
- (41) Op. cit., p. 93
- (42) Op. cit., p. 95
- (43) Ibidem.
- (44) Ibidem.
- (45) Op. cit., p. 96 -
- (46) Op. cit. p. 98
- (47) OP. cit. p. 97
- (48) Ibidem.
- (49) Op. cit., p. 99
- (50) CHIVA? Op. cit., p. 29
- (51) CASTELLS, Op. Cit., p. 100
- (52) OP. cit., p. 101

Adolescencia.

- (1) Diccionario etimológico de la lengua española, Corominas
- (2) Varios Autores, "Enciclopedia de la sexualidad, Ed. Fundamentos, Madrid, 1975, p. 353.
- (3) BLOS, P., Psicoanálisis de la Adolescencia, Cortiz, México, 1971, p. 29
- (4) Varios Autores, Enciclopedia de la Sexualidad, Op. cit. p. 353
- (5) BRUKNER, Peter, Psicología Social del autoritarismo, Siglo XXI México, p. 55"
- (6) ERICKSON, Infancia y Sociedad, p. 35
- (7) BLEGER, J. La identidad en el adolescente, p. 35
- (

FAMILIA

- (1) Apuntes de clases en la UAM, Trimestre de la FAMILIA.
- (2) RAMOS, Palacios Mario, Deficiencia Mental, BM Editores, México, p. 155
- (2) ABEL, Dificultades y Resistencia de los retrasados mentales en la psicoterapia, Journal of Clinical Psychology, 1963, Vol. 9 p. 107-109.
- (3) RAMOS, Op. cit., p. 156
- (4) Op. cit., p. 157.
- (5) Zazzo, Op. cit., p.135

Qué aconsejaría Ud. a una
madre de una joven
Deficiente Mental que desea
ir a una fiesta con su
hermana mayor?

Qué haría usted si su
hija Deficiente Mental acepta
de novia a un joven no
deficiente mental?