

20

Una alternativa para la solución social de los problemas del retardo psicológico

GUILLERMO HINOJOSA R., EDGAR GALINDO, MARÍA ISABEL GALGUERA

El trabajo que aquí presentamos es el resultado de la labor de un grupo de psicólogos los cuales se han dedicado durante varios años a estudiar los problemas no sólo teóricos sino prácticos referentes a educación especial.

En el nivel teórico, hemos estudiado las aportaciones de la psicología a la educación especial y la rehabilitación, sobre todo en lo que se refiere a aspectos aplicados, analizando los alcances y las limitaciones de la educación especial, las causas biológicas, sociales y psicológicas de la excepcionalidad o atipicidad, los problemas teóricos y metodológicos que entraña el estudio de la excepcionalidad, y las perspectivas de la rehabilitación, la enseñanza y el entrenamiento de los individuos excepcionales, en términos generales y en particular en nuestro país.

En el nivel práctico, hemos organizado varios centros de atención a la comunidad, en los que han sido atendidos innumerables niños y adolescentes de los llamados excepcionales, asimismo han recibido entrenamiento numerosos padres y familiares para convertirse en terapeutas de sus hijos. En estos centros se confronta la teoría con la práctica, se enseña, se investiga y se generan nuevos conocimientos.

Como investigadores, hemos tenido oportunidad de analizar críticamente el papel de la psicología en el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de la excepcionalidad. Esto nos ha llevado a creer que la psicología tiene algo más que aportar a la educación especial, además de lo que ha aportado históricamente en el terreno de la psicometría, sobre todo. La aportación de la psicología a la educación especial se da en los terrenos teórico y aplicado; en el teórico, se refiere a la comprensión de la excepcionalidad en un marco científico y en un contexto social más preciso, libre de prejuicios y malentendidos; en el aplicado, proporciona técnicas

de enseñanza, procedimientos de rehabilitación y estrategias de intervención, así como sugiere medidas de prevención.

En otros escritos hemos abordado las aportaciones teóricas de la psicología a la educación especial (Galindo, 1981) y las aportaciones en el terreno aplicado, que se refieren específicamente a las técnicas de enseñanza y los procedimientos de rehabilitación (Galindo, Bernal, Galguera, Hinojosa, Taracena y Padilla, 1980); por tanto, no nos extenderemos en esos puntos. Sin embargo, baste señalar que todo nuestro trabajo se basa en las tesis de la psicología conductual, que en lo teórico rechaza conceptos como los de *retardo mental*, *cociente intelectual*, *debilidad mental* e *intelecto deficiente*, por considerar débiles sus fundamentos científicos. De acuerdo con las tesis de la psicología de la conducta, los problemas que nos ocupan en este escrito se entienden como deficiencias del desarrollo psicológico producidas por la interacción de factores orgánicos o ambientales alterados. Las alteraciones orgánicas o ambientales perturban la adquisición de formas de comportamiento por parte del niño, lo cual da lugar a un individuo que sufre de retardo en el desarrollo. De ahí que hablemos de retardo en el desarrollo y no de retardo mental. Ahora bien, este retardo puede ser generalizado, si se perturban todas las áreas del desarrollo psicológico, o específico en algún área, en cuyo caso hablaremos de retardo en áreas específicas. Los retardos en áreas específicas abarcan todos los problemas característicos de los niños que sufren ceguera, sordera, parálisis, etc., por ejemplo, los llamados individuos excepcionales.

Aclarados estos puntos básicos, no queda sino señalar que en esta ocasión vamos a analizar el tema de las aportaciones de la psicología en la elaboración de estrategias de intervención a escala social para el tratamiento y la prevención de los problemas del retardo en el desarrollo.

Por otra parte, no pretendemos afirmar que nuestros procedimientos de educación especial puedan ser adoptados sin modificación alguna, pues han tenido éxito en el contexto docente de nuestros centros de atención a la comunidad, que distan mucho de reproducir las condiciones de los centros de enseñanza comunes; sin embargo, creemos estar en condiciones de hacer sugerencias a los programadores de la educación. Evidentemente, estas sugerencias, al igual que las aportaciones, pueden materializarse sólo si su aplicación corresponde a las condiciones que impone la realidad y que sólo el educador, el maestro o el pedagogo conocen mediante su práctica cotidiana; por lo tanto, son ellos quienes pueden decidir qué plantamientos teóricos o qué hallazgos de la investigación son viables en determinadas condiciones y con qué limitaciones.

Entonces, el objetivo de nuestro trabajo es hacer algunas sugerencias concretas, fundamentadas en nuestras experiencias, para el tratamiento y la prevención de los problemas del retardo en el desarrollo a escala social. Con este fin, expondremos algunos resultados de nuestras observaciones de

investigaciones y realizaremos un breve análisis de la situación de la educación especial en México, la cual nos servirá como ejemplo de un país en desarrollo.

PSICOLOGÍA Y EDUCACIÓN ESPECIAL

En otras publicaciones (Galindo y colaboradores, 1980; Galindo y Taracena, 1980; Danián, Guevara, Rosete y Sánchez, 1981) hemos explicado con detalle cuáles son nuestros objetivos, nuestra organización y el contexto dentro del cual funcionamos. Ahora nos limitaremos a exponer brevemente algunas características de nuestro contexto, con el fin de facilitar al lector la comprensión de este trabajo. Con ese fin, expondremos cómo se lleva a cabo la educación de los niños inválidos y de sus padres en los centros de educación especial y rehabilitación (CEFER) de la ENEP-UNAM, Iztacala, en donde realizan prácticas los estudiantes de la carrera de psicología, bajo la supervisión de los profesores del Área de Educación Especial y Rehabilitación. Las prácticas se realizan durante un semestre del tercer año de la carrera.

Cada uno de los CEFER, que dependen directa o indirectamente del plantel, tiene su propia organización, según las exigencias que han impuesto las condiciones en las que se desenvuelve, pero todos comparten varias características:

1. Los objetivos son: a) poner al estudiante en contacto con la realidad social, al mismo tiempo que realiza su aprendizaje, y b) prestar un servicio a la comunidad, atendiendo a niños con problemas de excepcionalidad.
2. La población atendida se compone de niños de entre 4 y 12 años —aunque en algunos casos, como el entrenamiento vacacional, se aceptan adolescentes—, que sufren de diferentes problemas: retardo generalizado, sordera, ceguera, parálisis cerebral infantil, problemas de aprendizaje y perturbaciones emocionales. Los niños se dividen en dos grupos, según la forma de atención que reciben: a) los internos, que asisten al centro diariamente durante dos horas, y b) los externos, que son atendidos en el hogar por sus padres o familiares, entrenados y asesorados por el personal del centro.
3. La población de terapistas se compone de estudiantes del tercer año de psicología (quinto o sexto semestre), que asisten al centro o al hogar del niño atendido, de lunes a viernes, por lo menos dos horas diarias, para atender cada uno de ellos a uno o varios niños y a uno o varios padres, según las necesidades. Así, las siguientes formas de trabajo pueden coexistir en el mismo centro:

- a) Individual: un estudiante se hace cargo de la rehabilitación de un niño durante todo el semestre.
 - b) De grupo: un estudiante toma a su cargo dos o más casos (un máximo de cinco) que tienen un problema específico similar.
 - c) Consulta externa: un estudiante se hace cargo de varios casos, cada uno de los cuales asiste al centro una vez por semana.
 - d) Mixta: un estudiante se responsabiliza de un caso individual en el centro y otro(s) en consulta externa.
 - e) Comunitaria: un estudiante toma a su cargo varios casos de la comunidad, por medio de visita directa a los hogares.
4. La población docente. Por cada quince estudiantes, aproximadamente, hay un docente que se encarga de: a) dar entrenamiento previo a los estudiantes; b) asesorar el diagnóstico del caso y la elaboración de la estrategia de intervención; c) supervisar la aplicación de los programas de rehabilitación, y d) evaluar los resultados del entrenamiento de los estudiantes, niños y padres.
5. La rutina de trabajo. Todos los niños son enviados al centro, en donde se siguen los siguientes pasos: a) entrevista con los padres para identificar problemas globales; b) realización del diagnóstico conductual para evaluar y definir con precisión las áreas del desarrollo que requieren de un entrenamiento; c) jerarquización de problemas, que consiste en analizar las deficiencias del individuo atendido, dentro de su contexto familiar y social para decidir cuáles son los problemas prioritarios, con el fin de iniciar la intervención donde sea necesario; d) elaboración del programa (o programas) de rehabilitación, consistente en decidir la forma de trabajo, los objetivos, los pasos para llegar a los objetivos, los procedimientos por aplicar y las formas de registro y evaluación de la conducta; e) aplicación del programa, que consta de entrenamiento, registros continuos y sus respectivas evaluaciones, inicial y final, y f) entrenamiento del padre, la madre u otro familiar para que aplique el programa (en algunos casos, como consulta externa, este paso es anterior al e —aplicación del programa—, y es el padre o familiar el que interviene).
6. Los tipos de intervención. Existen cuatro tipos de intervención, de los cuales un centro puede dedicarse sólo a uno o prestar varios; estos tipos son: a) intervención en el centro, en el que el sujeto atendido asiste diariamente a recibir enseñanza; b) consulta externa: tipo A, en la que el familiar del caso atendido recibe entrenamiento en el centro durante determinado tiempo para, posteriormente, asistir al mismo cada semana a exponer sus resultados y recibir consejo o enseñanza adicional, y tipo B, en la que simplemente se brinda al familiar asesoría y consejo; c) intervención en la comunidad, en el que los estu-

diantes hacen visitas domiciliarias a los casos atendidos, por lo menos una vez por semana, y d) asesoría a otros centros, en el que se presta asesoría técnica y administrativa a personas que con sus propios medios, han organizado centros de educación especial.

7. La investigación. En los centros se llevan a cabo investigaciones de tipo aplicado que abarcan los siguientes rubros: a) búsqueda de nuevas técnicas de rehabilitación; b) aplicación de las técnicas de rehabilitación conductual a nuevos casos; c) búsqueda de nuevas formas de intervención, y d) adaptación de procedimientos creados en otros lugares a nuestras condiciones particulares. Ocasionalmente se realizan también investigaciones de tipo experimental, como por ejemplo, en la actualidad se somete a prueba un aparato que permite a los invidentes detectar estímulos luminosos (Flores y Pérez, en preparación).
8. Los procedimientos de rehabilitación. Los procedimientos utilizados son los conocidos de la modificación de conducta. En términos generales todos los programas de rehabilitación constan de: a) objetivos conductuales; b) análisis de tareas; c) descripción de conductas precurrentes; d) especificación de materiales; e) línea base o evaluación previa; f) fase de entrenamiento, con especificación de los procedimientos por utilizar (moldeamiento, modelamiento, reforzamiento positivo, tiempo fuera, costo de respuestas, economía de fichas, sobrecorrección, etc.); g) evaluación final; h) seguimiento, y e) formas de registro y gratificación.

Debido a las necesidades que imponen la docencia y la investigación, la mayoría de nuestros esfuerzos se han concentrado en el tipo de servicio que en forma individual se imparte en el centro. Lo anterior nos ha permitido producir una serie de programas de educación especial destinados a difundirse para ponerlos a disposición de los profesionales o paraprofesionales que los consideren viables y adaptables a sus respectivas circunstancias; algunos de estos programas ya han sido publicados (Galindo y colaboradores, 1980).

Por otro lado, la necesidad de atender un número cada vez mayor de casos, en condiciones muy precarias, nos ha llevado a explorar formas de intervención susceptibles de aplicarse a escala masiva; esta búsqueda se ha apoyado en nuestras investigaciones de tipo bibliográfico sobre la educación especial en México y en el mundo; el papel de la marginalidad social en la producción de los casos de excepcionalidad; la función del psicólogo en el tratamiento y la prevención de la excepcionalidad, y otros temas teóricos.

Ambas vertientes de estudio del desarrollo han dado sus frutos, que se manifiestan en la producción de trabajos teóricos y prácticos, muchos de los cuales han sido publicados o presentados en eventos científicos. De

igual importancia es, en nuestra opinión, la posibilidad de proponer alternativas de intervención terapéutica en la educación especial, tal como pretendemos hacer en este trabajo.

A continuación explicaremos las características particulares de cada uno de nuestros centros y expondremos sus resultados concretos.

Antecedentes

El primer Centro de Educación Especial y Rehabilitación (CEEER) fue fundado a fines de 1976 en las instalaciones proporcionadas por la Dirección General de Educación Especial de la Secretaría de Educación Pública. Este primer centro llamado CEEER Juanacatlán, dejó de funcionar a mediados de 1979 debido a problemas de tipo administrativo.

El segundo centro, CEEER Naucalpan, inició sus labores a mediados de 1977; durante dos años funcionó con tres turnos de servicio a la comunidad; actualmente funciona en condiciones diferentes, con un solo turno, en colaboración con el programa para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF).

Estos dos primeros centros funcionaron prestando servicio únicamente en el local, con atención de tipo individual y de grupo. Fueron atendidos fundamentalmente casos de retardo generalizado, pero también numerosos problemas de lenguaje, sordera, autismo y algunos de parálisis cerebral infantil. En estos centros se aplicaron por primera vez los programas de entrenamiento a los padres y se hizo evidente la necesidad de incluir programas de enseñanza especiales para niños sordos, ciegos y con parálisis cerebral infantil.

Los centros que existen actualmente se basaron en las experiencias acumuladas durante el trabajo desarrollado en estos primeros centros.

CEEER-CUSI

Este centro inició sus labores a principios de 1978, en la clínica situada en el campus universitario. Dicha clínica ofrece servicios médicos y psicológicos a la comunidad; en ella se encuentra un centro de psicología clínica y hay una zona destinada al área de Educación Especial y Rehabilitación.

Este centro-clínica es el lugar en donde se concentran los recursos del área, pues todos los demás centros dependen de una manera u otra, de él; por ejemplo, todos los niños que requieren de un tratamiento médico son enviados a éste.

La zona de Educación Especial y Rehabilitación cuenta con diez cubículos, dos salas de trabajo, dos salas de observación, un patio de juegos

y cuatro salones de clase. En estas instalaciones funcionan cinco turnos de trabajo cada uno de dos horas, de las 8 a.m. a las 7 p.m. La población atendida y los programas aplicados se distribuyen de la manera siguiente:

Turno	Casos	Programas
8-10 horas	Retardo generalizado	Repertorios básicos, socialización, lenguaje, cuidado personal y motricidad.
10-12 horas	Problemas de lenguaje Problemas de aprendizaje	Lectura, escritura y aritmética.
12-14 horas	Retardo generalizado	Articulación, fluidez y eliminación de mutismo.
15-17 horas	Retardo generalizado	Entrenamiento laboral.
17-19 horas	Parálisis cerebral infantil Ceguera	Programas de motricidad fina y gruesa, cuidado personal y lenguaje.
	Sordera	Repertorios básicos, socialización, lenguaje, cuidado personal, motricidad y académicos.
	Retardo generalizado	Autosuficiencia básica, movilidad, orientación, socialización y académicos.
	Problemas de lenguaje	Repertorios básicos, socialización, lenguaje, cuidado personal, motricidad y académicos.
	Autismo	Lenguaje y formación de conceptos.
		Repertorios básicos, socialización, lenguaje, cuidado personal, motricidad y académicos.
		Articulación y fluidez.
		Socialización y lenguaje.

En este centro coexisten todas las formas de trabajo antes enumeradas: individual, de grupo, de consulta externa y mixta, con excepción de la comunitaria; por lo tanto, los niños son internos o externos, según la forma del tratamiento que se les aplique.

La mayoría de los casos son entrenados en el centro, pero también existen los servicios de consulta externa tipos A y B, que alcanzan a un gran número de casos, por lo general de retardo mental, autismo y problemas de lenguaje, mismos que abarcan todos los programas mencionados para dichos casos.

CEER "Progreso y Desarrollo"

Este centro inició sus actividades a principios de 1980, con el personal y los casos del antiguo CEER Naucalpan, antes mencionado. La característica principal de este centro es que es autónomo; es decir, administrado por los padres de los niños atendidos, los cuales han sido entrenados y asesorados para tal efecto por el área de Educación Especial y Rehabilitación. Aunque actualmente las tareas de rehabilitación son realizadas por el personal del área, se prevé que los padres se hagan cargo de ellas en un futuro próximo. En la actualidad las instalaciones se encuentran en un local alquilado, que consta de seis cuartos, un patio y un jardín. Funcionan dos turnos de trabajo, uno matutino y otro al medio día. La población atendida se compone principalmente de casos de retardo generalizado, pero hay algunos de autismo y un grupo de niños sordos. Se aplican programas de repertorios básicos, socialización, lenguaje, cuidado personal, motricidad y académicos, a los niños con retardo; programas de lenguaje y formación de conceptos a los sordos; programas de socialización a los autistas, y también hay un grupo de adolescentes retardados que reciben entrenamiento vocacional. Las formas de trabajo son la individual y la de grupo. Los padres han formado una asociación civil para responder a los requerimientos de la tarea que han emprendido; todos ellos son personas de escasos recursos económicos con una escolaridad media de cinco años y han llegado de la provincia para establecerse en los barrios marginados de la ciudad.

CEER Chalma

Este centro fue fundado a principios de 1980 a instancias de un grupo de vecinos de una comunidad de bajos recursos económicos, que solicitó el auxilio de los psicólogos debido al gran número de casos de retardo existentes en el lugar y a la ausencia de servicios educativos de ese tipo. No se trata en realidad de un CEER en sentido estricto, puesto que cuenta sólo con un salón bastante amplio y un patio, que pertenecen a un vecino de la localidad. Los pocos muebles y enseres existentes han sido donados por la comunidad.

El objetivo del trabajo actualmente desarrollado es entrenar a los padres de los niños para que en un futuro próximo se hagan cargo no sólo de organizar y administrar su centro, sino también de aplicar los programas de entrenamiento y rehabilitación, asesorados por nuestro personal. Los casos atendidos son de retardo generalizado y problemas de aprendizaje. Se aplican programas de socialización, cuidado personal, lenguaje, académicos y preacadémicos; se sigue la forma de trabajo de grupo, y en algunos casos, hay consulta externa tipo B. El programa más importante

es el de entrenamiento de padres, debido a lo cual actualmente se ha logrado la proporción de cinco niños atendidos por un estudiante-asesor. Aunque éste es un centro pequeño, la experiencia por él acumulada puede ser muy importante para la aplicación de formas de intervención basadas en los padres.

Servicio comunitario

Este no es en realidad un centro, sino un programa de intervención no institucional que se inició a mediados de 1980 para experimentar la posibilidad de tratar los casos de retardo dentro de los propios hogares. El programa se fundamentó en los siguientes planteamientos teóricos y prácticos:

- a) Las formas de tratamiento institucional no parecen ser capaces de resolver el problema a escala social.
- b) El hogar representa una instancia clave para atender y combatir la invalidez.
- c) Está demostrado que los padres pueden ser entrenados para fungir con éxito como terapeutas de sus hijos.
- d) No es necesaria una institución para entrenar a los padres.

El programa consiste en entrenar a los padres para convertirlos en terapeutas de sus hijos; el entrenamiento se realiza en el hogar del retardado. La función del estudiante es visitar cada uno de los casos de la comunidad, primero para dar entrenamiento y después para brindar asesoría a los respectivos padres (o familiares) que estén aplicando los programas de rehabilitación. Los casos son visitados diariamente o cada dos días. En estas condiciones han sido atendidos casos de retardo generalizado, problemas específicos de aprendizaje, problemas de lenguaje y parálisis cerebral infantil, hasta lograr una proporción de cuatro niños atendidos por un estudiante. Desgraciadamente hemos tenido que suspender por el momento este servicio debido a problemas administrativos.

Centros satélites

Basados en la experiencia de los CEER "Progreso y Desarrollo" y Chalma, así como en los resultados alentadores de un trabajo desarrollado por dos de nuestros pasantes en psicología, McDonald y Durbán, en un centro que empezó sus actividades en 1980, logrando mantenerse en funcionamiento durante un año. En este centro, en el que los padres funcionan como administradores y terapeutas, bajo la asesoría de sólo dos psicólogos, hemos iniciado un nuevo proyecto que se encuentra actualmente en sus

primeras fases. Dicho proyecto consiste en organizar varios centros satélites, en los que se pretende que los padres sean al mismo tiempo los administradores y terapeutas. Estos centros dependerán del área de Educación Especial y Rehabilitación sólo en los siguientes aspectos: a) entrenamiento de los padres como terapeutas y administradores; b) asesoría técnica continua, y c) reclutamiento de personal.

Uno de esos centros ya existe, gracias al trabajo de los pasantes, y depende del área en lo referente a los aspectos b y c antes enunciados. Asimismo, los CEER "Progreso y Desarrollo" y Chalna pueden convertirse en satélites de un momento a otro, debido a que los padres de los retardados ya han sido entrenados, en un caso como administradores y en el otro como terapeutas. Por otra parte, a instancias de un grupo de padres, están por crearse otros dos centros; en estos casos será necesario cubrir todas las etapas desde el principio.

Las etapas para organizar los nuevos centros, los cuales pensamos cubrir el próximo año, deben ser las siguientes:

1. Entrenamiento de los padres en lo terapéutico y administrativo; este entrenamiento se realizará en el CEER-CUSI.
2. Organización de los padres en asociación, sociedad civil o patronato.
3. Acondicionamiento del nuevo centro, con las características físicas pertinentes.
4. Trabajo de los padres como terapeutas, bajo la supervisión de un grupo de estudiantes. Los aspectos administrativos dependen de los padres.
5. Retiro gradual del grupo de estudiantes.
6. Recomendación de un psicólogo entrenado por el área para que asuma la responsabilidad del centro.
7. Asesoría técnica a través de visitas del personal del área al centro o de los padres al CEER-CUSI.

En resumen, el desarrollo del trabajo aplicado en el área nos ha llevado a buscar nuevas estrategias de intervención con el fin de mejorar los resultados del tratamiento y abarcar un número cada vez mayor de casos por tratar. Respecto a estos fines, se han desarrollado cinco modalidades de servicio, que explicamos a continuación:

1. *Centro institucional.* Se encuentra inserto dentro de una institución mayor, por lo tanto, cuenta con mayores posibilidades de acciones técnicas (aparatos o especialistas) y operativas. Un ejemplo de centro institucional es el CEER-CUSI, que se caracteriza por ser el centro de operaciones del área al cual confluyen el personal docente, los niños atendidos y los padres, de los demás centros, para recibir información, entrenamiento o tratamientos adicionales. Otra característica de este

centro es la importancia que da al tratamiento de tipo individual aplicado a niños internos, aunque de hecho existen casi todos los tipos de intervención.

2. *Centro autónomo.* Se caracteriza por el hecho de que los padres se hacen cargo de los aspectos administrativos y económicos, con el fin de hacerse cargo también del aspecto terapéutico en un futuro próximo. Son centros autónomos los CEER "Progreso y Desarrollo" y Chalna.

3. *Consulta externa.* Existen dos tipos de consulta externa, que hemos llamado anteriormente tipo A y tipo B. La tipo A se caracteriza por que los padres son agrupados en el centro durante algunas semanas, recibiendo un entrenamiento teórico y práctico específico, para luego aplicar los resultados en su respectivo hogar. Una vez por terminado el entrenamiento, los padres asisten dos veces por semana al centro para exponer sus resultados o problemas y discutirlos con el asesor; para aprender nuevos programas, cada padre recibe dos horas semanales de asesoría. La consulta externa tipo B consiste simplemente en que los padres, cuyos hijos con problemas leves no alcanzaron lugar en el CEER, reciben asesoría y consejos para tratar el problema en el hogar; cada padre recibe media hora semanal de atención.

4. *Servicio comunitario.* Este servicio ha sido explicado anteriormente; no requiere de un centro de operaciones, ya que el asesor es itinerante, o sea, se dedica a visitar, por lo menos una vez por semana, cada uno de los casos de la comunidad que le corresponde atender. Este servicio estuvo en una etapa de prueba, pues se aplicó con ciertas dificultades en una comunidad y con éxito en otra; sin embargo, fue suspendido por problemas administrativos.
5. *Centros satélites.* También este servicio ha sido explicado: depende en lo administrativo y en lo terapéutico de los padres y familiares, y recibe asesoría técnica intermitente del área.

Hemos explicado los objetivos de nuestro trabajo, las características concretas que ha asumido hasta la fecha y algunas de sus tendencias hacia el futuro. Los datos que presentamos a continuación muestran los resultados globales de esta labor, en los aspectos que consideramos pertinentes para fundamentar nuestras proposiciones.

ALGUNOS RESULTADOS

Un programa como el descrito en el presente trabajo arroja resultados principalmente en dos niveles, cada uno con diversas subdivisiones. En un primer nivel, se obtienen los resultados del procedimiento específico de

entrenamiento o educación a los sujetos que responden a la pregunta: ¿qué tanto aprendió el niño x con el programa educativo n que se le aplicó? Estos resultados son de interés primordial para el científico que investiga métodos de enseñanza y para el educador que selecciona las técnicas por emplear con sus alumnos. En un segundo nivel, se obtienen los resultados del sistema educativo general, de interés primordial para los administradores y programadores de la educación. Estos resultados responden a preguntas tales como: ¿cuántos sujetos pueden ser enseñados de determinada manera?, ¿cuál es el esfuerzo requerido para instruir a una población grande de pacientes?, ¿cuál es la mejor manera de iniciar un programa educativo?, etc.

En este trabajo hemos elegido presentar los resultados del segundo tipo por diversas razones: *a*) se trata de exponer una estrategia educativa general y no una técnica específica de entrenamiento; *b*) el tipo de datos presentado rara vez se publica en boletines o informes de instituciones públicas o privadas relacionadas con la educación; *c*) los resultados de nuestros métodos y programas específicos constituyen un criterio válido para evaluar otros esfuerzos educativos, y *d*) estos resultados han sido y son publicados continuamente, acompañados de descripciones precisas de los procedimientos respectivos.

Resultados de los niños en los programas de rehabilitación

La mayoría de los niños y jóvenes atendidos provienen de los más bajos estratos socioeconómicos de la ciudad de México; por lo general, de asentamientos irregulares en los municipios de Naucalpan y Tlahuepanhla. Regularmente uno o ambos padres son analfabetos, el padre es obrero o subempleado y la madre se encarga de atender a la familia que consta de seis a ocho miembros.

La figura 22.1 muestra la distribución porcentual de los sujetos atendidos en todos los centros durante el semestre de marzo a octubre de 1981; porcentaje que puede considerarse representativo de la población atendida en los semestres anteriores. El 57% de la población está constituida por niños con *retardo generalizado*; es decir, en los que prácticamente todas las áreas de desarrollo se encuentran afectadas. La categoría de retardo generalizado se encuentra subdividida en profundo, intermedio y superficial, cuyos respectivos porcentajes están indicados en la gráfica. Con excepción del "síndrome de Down", y el "autismo", las demás categorías incluidas se pueden considerar como de *retardo específico*; esto significa que el retardo del niño se produce en un área específica de desarrollo, mientras que su desarrollo en las demás áreas puede ser normal, aunque no siempre sucede así.

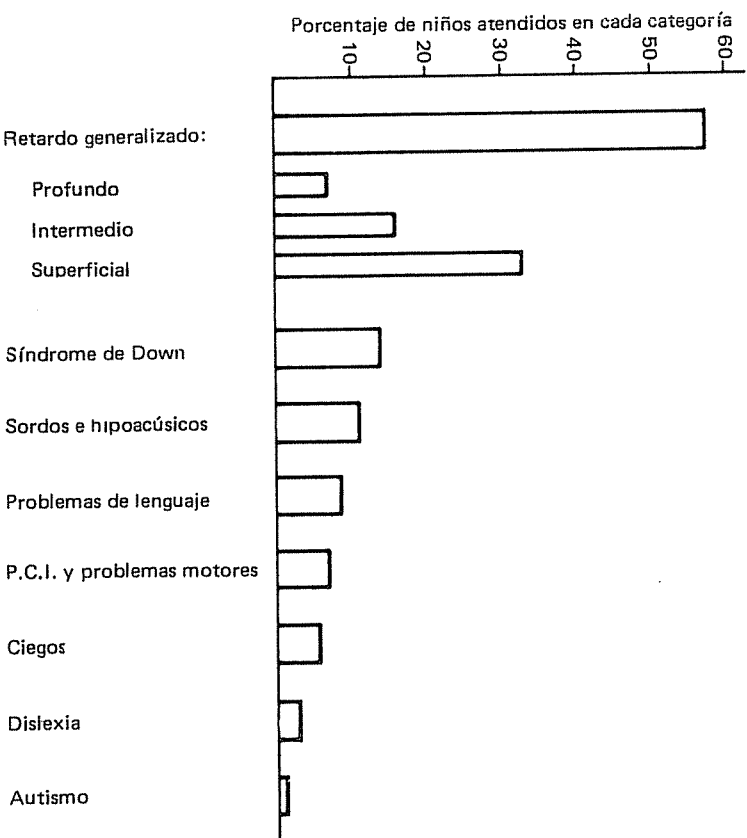


Figura 22.1. Distribución de los niños atendidos según su problema principal. Semestre de marzo a octubre de 1981.

El hecho de que la gran mayoría de los sujetos atendidos correspondan a la categoría de retardo generalizado, no puede explicarse sólo por el mayor predominio nacional y mundial de esta categoría entre los sujetos de educación especial. Más bien, este alto porcentaje es atribuible a las características culturales, sociales y económicas de las comunidades de las que proceden. Por ejemplo, no es raro encontrar familias con más de un hijo retardado, en el que difícilmente se encuentra un factor orgánico asociado con el retardo. Con toda justicia esta categoría es a veces llamada *retardo sociocultural*.

En la misma figura 22.1 se puede apreciar la gran variedad de sujetos atendidos, para los que se han creado programas específicos de entrenamiento. En este aspecto es necesario aclarar que aunque pretendemos crear programas estándar, generalmente es necesario hacer adaptaciones para cada sujeto. La tabla 22.1 muestra en términos generales los programas de entrenamiento que se aplican actualmente. Varios programas específicos han sido agrupados dentro de cada renglón de la tabla; por

ejemplo, en programas académicos quedan incluidos programas de lectura, escritura y aritmética, los cuales, a su vez, tienen diferentes niveles.

Tabla 22.1. Programas de rehabilitación que se enseñan actualmente.

Motricidad gruesa
Motricidad fina
Articulación
Lenguaje expresivo
Lenguaje receptivo
Preacadémicos
Académicos
Conductas básicas
Autocuidado
Socialización
Taller vocacional
Trabajo del hogar
Artística
Movilidad y orientación (para ciegos)
Autosuficiencia (para ciegos)
Educación sexual
Lectura (para sordos)
Formación de conceptos (para sordos)

La figura 22.2 muestra el número de niños atendidos en cada uno de los diez semestres en que se ha ofrecido el servicio (el primer semestre fue de octubre de 1976 a marzo de 1977; el décimo, de marzo a octubre de 1981). El número de niños atendidos en un semestre determinado depen-

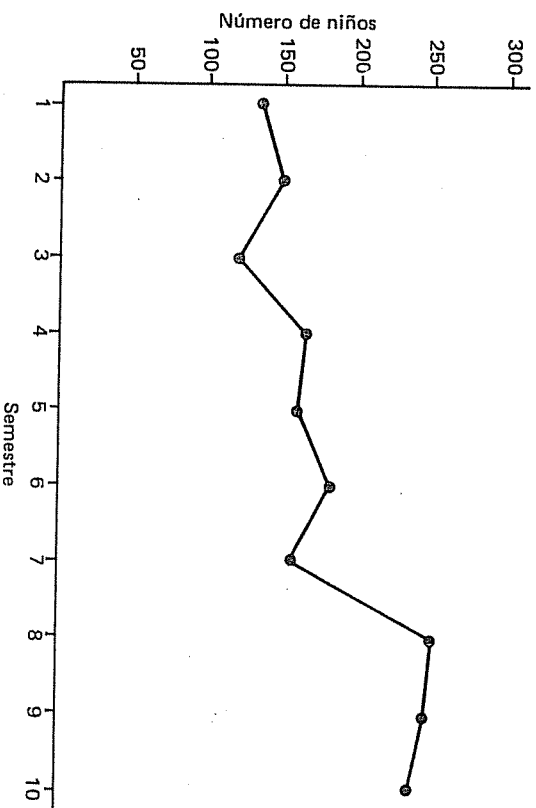


Figura 22.2. Muestra del número de niños entrenados cada semestre.

de primordialmente del número de estudiantes que cursarán la práctica, y de la experiencia adquirida por los instructores para supervisar al niño y al estudiante.

El efecto de esta experiencia se observa en la figura 22.3, que muestra en promedio la cantidad de niños atendidos por diez estudiantes. El valor del primer semestre (7) indica que se requirieron diez estudiantes para atender a siete niños. El valor del último semestre (17) indica que diez estudiantes atienden a 17 niños.

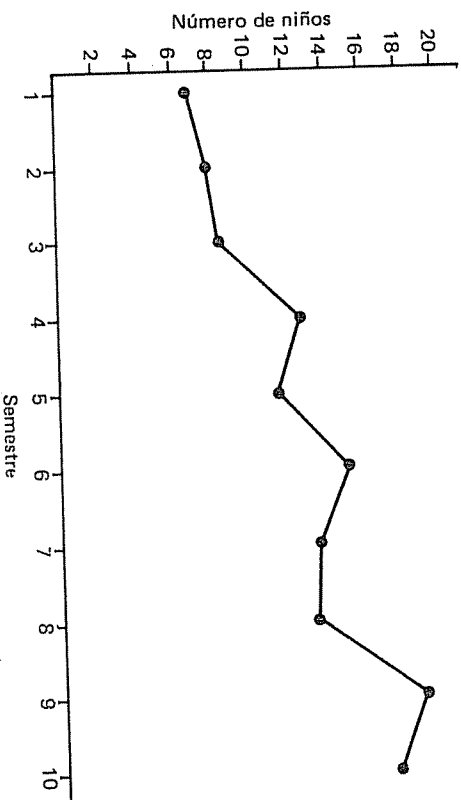


Figura 22.3. Niños atendidos por diez estudiantes (valor promediado de todos los centros).

Otro factor que debe considerarse es el aforo de las instalaciones con las que se cuenta. En nuestro caso particular, esto no parece haber sido un determinante importante, ya que no todas las instalaciones con las que contamos están siendo usadas a su máxima capacidad.

Resultados del entrenamiento para los padres de los niños

Enseñar al padre a trabajar en la rehabilitación de su hijo es tan importante como entrenar al niño mismo. Un padre que es entrenado y realiza el trabajo con el mínimo de supervisión, tiene la posibilidad de corregir problemas en otros de sus hijos. Además, al hacerlo permite que otro niño ocupe el lugar de su hijo en el CEFER, multiplicándose, así, la eficiencia de éste, aunque no sólo por motivos de eficiencia consideramos deseable e importante entrenar a los padres. Otra razón es hacer llegar el conocimiento científico, por la vía más corta, a quien ha de ser su principal beneficiario.

La tabla 22.2 enlistra los temas de los programas de entrenamiento para los padres de los niños atendidos. Al igual que en el caso de la tabla 22.1, dentro de cada renglón están incluidos varios programas específicos. Se puede apreciar que los contenidos del entrenamiento no se refieren sólo a la teoría del aprendizaje o técnicas psicológicas, también se han incluido programas de cultura general como "educación sexual" y programas tendientes a un mayor bienestar como "hábitos alimenticios" y "salud e higiene".

Tabla 22.2. Programas en los que se entrenó a los padres.

Planeación de actividades de rehabilitación
Teoría de modificación de conducta
Registro de conductas
Manejo de contingencias
Técnicas de instigación
Análisis de tareas
Mantenimiento de conductas
Redacción de objetivos
Conceptos acerca del retardo
Programa específico del hijo
Educación sexual
Hábitos alimenticios
Salud e higiene

Para instruir y entrenar a los padres hemos utilizado diversas técnicas como conferencias teóricas, representaciones teatrales, proyecciones audiovisuales, etc. En este punto conviene recordar que la mayoría de los padres entrenados son iletrados o funcionalmente analfabetas, por lo que no se les puede pedir que estudien un texto ni que examinen una gráfica. La tabla 22.3 muestra las técnicas de entrenamiento para padres que produjeron resultados satisfactorios e inconvenientes.

De esta tabla puede obtenerse una conclusión inmediata: probablemente la manera más satisfactoria de enseñar a adultos iletrados consiste en

Tabla 22.3. Técnicas de entrenamiento para padres.

<i>Satisfactorias</i>	<i>Inconvenientes</i>
Modelamiento	
Instrucción más trabajo directo con su hijo	Conferencias teóricas
Retroalimentación inmediata	

una combinación de instrucciones verbales, incluyendo modelamiento, en el cual el instructor muestra lo que hay que hacer; trabajo directo, en el cual el padre practica lo que le acaban de enseñar y, por último, el instructor retroalimenta al entrenado basándose en la ejecución. Con estos mismos padres, el método más inconveniente es dictarles conferencias.

La tabla 22.4 muestra el número de padres que fueron entrenados para trabajar con sus hijos, y el número de estos padres que trabajaron por lo menos un mes (esta última cifra es una estimación, ya que no se tienen registros precisos de cuánto tiempo trabajó cada padre). Asimismo, la tabla muestra que con el paso del tiempo hay un número creciente de padres entrenados y también un mayor porcentaje de éstos que trabajan en la rehabilitación de sus hijos. Compárense los datos de los tres primeros semestres con los datos de los tres últimos.

Tabla 22.4. Número de padres entrenados y que trabajaron con sus hijos en cada semestre.

<i>Semestre</i>	<i>Número de padres entrenados</i>	<i>Número de padres que trabajaron un mes o más</i>
1	0	0
2	26	8
3	22	0
4	35	19
5	49	35
6	48	36
7	66	52
8	150	129
9	181	135
10	104	82*

* Cifra estimada al término del décimo semestre (septiembre de 1981).

La figura 22.4 presenta el porcentaje de padres que trabajaron un mes o más en la rehabilitación de sus hijos; se considera dicho porcentaje a partir del total de padres cuyos hijos estuvieron inscritos, no del total de padres que fueron entrenados. De esta figura resulta válida la siguiente observación: aun con un decremento en el último semestre, la tendencia general es ascendente.

Costos de iniciación y sostenimiento de los CEER

En la tabla 22.5 presentamos una estimación de lo que cuesta iniciar y sostener un centro de educación especial y rehabilitación, así como el

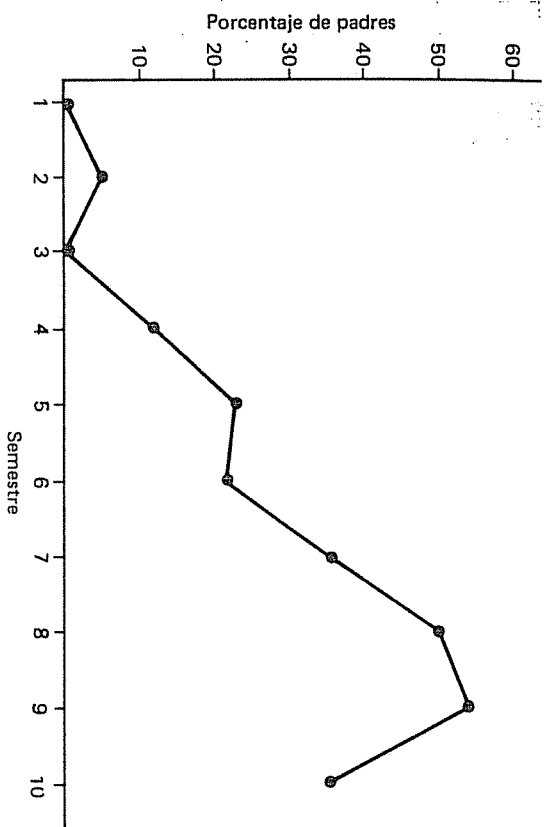


Figura 22.4. Porcentaje de padres que trabajaron en la rehabilitación de sus hijos por lo menos un mes; el porcentaje correspondiente a los padres con hijos inscritos en alguno de los centros.

costo de la atención a cada niño. Es necesario aclarar que se trata de un cálculo y no de una cantidad exacta, ya que hay ciertos gastos que no es fácil ponderar, como veremos a continuación.

Tabla 22.5. Costos de iniciación y sostenimiento mensual de varios tipos de centros.

	Aportación inicial	Sostenimiento mensual	Costo mensual por niño atendido
Centro institucional (CUSI)	—	\$139 136.00	\$900.00
Centro autónomo "Progreso y desarrollo"	\$15 000.00	\$ 33 456.00	\$840.00
Centro autónomo Chalma	\$ 5 000.00	\$ 10 362.00	\$700.00
Consulta externa (CUSI)	—	\$ 19 800.00	\$520.00
Servicio Comunitario	—	\$ 9 912.00	\$660.00

Las cantidades anotadas en la primera columna se refieren a la inversión que se requirió para que el centro comenzara a funcionar. La co-

luna de "sostenimiento mensual" indica la suma de las cantidades que ingresan al centro mensualmente para su funcionamiento; esta suma comprende los pagos por las horas de trabajo a los profesores y ayudantes; aportados por la universidad (\$826.00 hora-semana-mes), las cuotas que pagan los padres e ingresos adicionales como donaciones, dinero producto de kermesses, etc. Por último, el "costo mensual por niño atendido" se calculó dividiendo la cantidad anterior entre el número de niños atendidos en cada CEER; esta cantidad es muy variable, pues los mismos maestros pueden, dentro de ciertos límites, atender a más o menos niños.

El centro institucional CEER-CUSI funciona en instalaciones de la Universidad, por lo que los costos de iniciación no se pueden calcular ya que son aportados por la institución que funda el centro; éstos comprenderían: construcción, compra o renta de un local, y compra de mobiliario y material didáctico. En los gastos de sostenimiento mensual no están incluidos: mantenimiento, pago de servicios ni sueldos al personal de intendencia; sin embargo, las erogaciones por estos conceptos son reales y deben sumarse al total.

El caso anterior es semejante al del servicio de consulta externa que funciona en el CUSI. Sin embargo, en este caso sólo se requiere uno o dos consultorios que son aportados por la institución, lo que causa respectivos gastos de mantenimiento e intendencia.

El centro autónomo "Progreso y Desarrollo" funciona en un local cuya renta y mantenimiento son pagadas íntegramente con las cuotas de los padres. En los costos de iniciación se incluyen la firma de contratos, la formación de la sociedad de padres y la adaptación del local. El mobiliario con el que este centro empezó a funcionar fue donado por los propios padres, debido a lo cual su costo no se incluyó. De los gastos de sostenimiento mensual, la renta, los servicios y el mantenimiento son pagados por las cuotas; los padres aportan trabajo manual, aseó, confección de material, modificaciones al local, etc. El costo de este trabajo debería sumarse al total, pero es difícil de calcular.

El centro autónomo Chalma funciona en un local propiedad de uno de los padres, por lo que no paga renta. Actualmente no se ha constituido una sociedad de padres, pero se tiene la intención de formarla. Los gastos de iniciación son principalmente por adaptación del local y compra de material didáctico. El mobiliario inicial fue también donado por los padres. Los gastos de sostenimiento mensual están constituidos por el pago al profesor, más una cuota mínima de \$30.00 por cada niño. También habría que tomar en cuenta el trabajo manual de los padres.

El servicio comunitario consiste en que el estudiante asiste a la casa del niño para realizar el trabajo de rehabilitación. En este tipo de servicio no hay gastos de iniciación y el único gasto mensual es el pago al profesor que supervisa a los estudiantes. En este caso, consideramos que el

costo mensual por niño atendido está cerca del mínimo absoluto alcanzable, proporcionando diariamente atención directa a cada niño. Si la rehabilitación del niño es hecha por sus propios padres, asesores por un estudiante una vez a la semana, el costo mínimo absoluto debe variar entre \$200.00 y \$300.00 mensuales.

PROBLEMAS DE LA EDUCACIÓN ESPECIAL EN LOS PAÍSES EN DESARROLLO. EL CASO DE MÉXICO

Para cualquiera que se ocupe de los problemas de la educación especial y de la rehabilitación de los individuos excepcionales, es evidente que la problemática de la excepcionalidad no es un fenómeno aislado, sino que está estrechamente vinculado a aspectos sociales, culturales y económicos.

Las dificultades del desarrollo se manifiestan cuando el individuo padece deficiencias orgánicas, cuando se cria en ambientes físicos y sociales privados de lo más esencial o cuando suceden ambas cosas. Es evidente, por tanto, que la ausencia de condiciones mínimas de higiene, educación y vivienda es la causa de la existencia de los problemas que nos ocupan. Aunque no contamos con datos precisos acerca de la incidencia de los casos de excepcionalidad en los países en desarrollo, creemos que hay suficientes razones para suponer que su número excede con mucho a los porcentajes aceptados por la UNESCO: "El consenso de la opinión de los expertos... es que de un 10 a un 15% de niños están considerados como incapacitados y necesitan una intervención activa... Las condiciones de pobreza, enfermedad, etc... pueden afectar en mayor proporción a los niños deficientes, que necesitarán la intervención de una educación especial" (UNESCO, 1979; pág. 4).

No es necesario profundizar sobre el significado económico de este estado de cosas para un país en desarrollo, baste decir que, aunque desconocemos cifras exactas, existen cálculos de que aproximadamente el 26.8% de la población que requiere educación especial se encuentra en edad productiva, lo cual indudablemente afecta la deficiente economía de esos países, un elemento más en los aspectos humanos de la problemática de la excepcionalidad (Ibarra, Del Toro y Rosales, 1973).

Es obvio que la solución del problema es social; no obstante, no debemos olvidar que también es necesario abordar el aspecto estrictamente educativo, en lo que se refiere a las estrategias necesarias para prevenir la presencia de estos problemas o al menos para impedir la agudización de los ya existentes. Es en este último punto en el que como psicólogos podemos hacer una aportación al respecto; ése es nuestro objetivo.

En lo que se refiere al estado actual de la educación especial en los países en desarrollo, no es difícil comprobar que su organización y cobertura son insuficientes para la población que requiere esos servicios; analicemos, como ejemplo, el caso de México.

En México existen un sistema de educación especial dependiente del estado y, paralelamente, un sistema privado, poco significativo. El sistema estatal depende de la Dirección General de Educación Especial, dependiente a su vez de la Secretaría de Educación Pública; el objetivo de dicha dirección, creada en 1970, es "organizar, dirigir, desarrollar, administrar y vigilar el sistema federal de educación de niños atípicos y la formación de maestros especialistas" (*La Educación Especial en México*, 1981). Veamos algunos aspectos del sistema estatal. Los servicios de educación especial, con los que se cuenta hasta el momento a nivel nacional, se clasifican en escolares, clínicos y de capacitación para el trabajo; a su vez, los servicios escolares se clasifican según las atipicidades y edad del educando. En general, las modalidades de atención son:

- Guarderías especializadas (de los tres meses a tres años).
- Jardines de niños especializados (niños en edad preescolar).
- Escuelas de educación especial.
- Centros de educación especial por cooperación.
- Centros de educación especial de capacitación para el trabajo.
- Industrias protegidas.
- Grupos integrados a los centros escolares regulares.
- Clínicas psicopedagógicas para problemas de aprendizaje.
- Clínicas de ortofalia.
- Escuelas normales de especialización.
- Centros de Educación Especial y Rehabilitación (CEER).

En términos generales, actualmente existen 634 centros de servicio distribuidos de la manera indicada en la tabla 22.6.

Tabla 22.6. Servicios de educación especial y alumnos atendidos, 1980-1981.*

<i>Servicios de educación especial</i>	<i>Escuelas</i>	<i>Alumnos</i>
Escuelas	360	24 435
CEER	13	2 091
Centros psicopedagógicos	57	10 601
Clínicas	12	1 511
Centros de capacitación para el trabajo e industrias protegidas	15	1 511
Unidades de grupos integrados	177	24 055
Total	634	68 490

* Tomado de *La educación especial en México*, Dirección General de Educación Especial, SEP, México, 1981.

Tabla 22.7. Estimación para 1981-1982. Datos proporcionados por la Normal de Especialización. Los datos de la última columna los hemos obtenido a partir de las cifras de la tabla.

<i>Problema</i>	<i>Demanda real</i>	<i>Menores por atender</i>	<i>Porcentaje de atención de la demanda</i>	<i>Número de maestros que se requieren para la atención de la demanda</i>	<i>Cálculo del número de maestros existentes en 1981</i>
Aprendizaje	393 922	30 516	7.75	13 131	1 000
Deficientes mentales	581 644	20 159	2.96	30 082	1 000
Ciegos y débiles visuales	98 838	780	0.79	9 883	78
Audición y lenguaje	340 822	4 454	1.31	34 082	445
Lisiados del aparato locomotor	204 493	1 642	0.82	9 942	82
Inadaptados e infractores	298 281	2 665	0.89	942	75
Total	2 218 000	60 216	2.71	111 062	2 680