

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE PSICOLOGIA



ALTERACIONES SOCIALES MAS FRECUENTES EN LA
FAMILIA DEL ADOLESCENTE DEFICIENTE MENTAL

T E S I S

Que para obtener el Titulo de
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P r e s e n t a n

Eunice Ochoa Ugalde
Luz Beatríz Rodríguez Ayala

Asesor de Tesis. Lic. Aracely Mendoza Ibarrola

1 9 8 4

M-0023384



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A MI MADRE LUCILA A. VDA. DE RODRIGUEZ.

CON CARIÑO POR SU AYUDA QUE ME BRINDO EN MI

FORMACION PROFESIONAL.

A MI HERMANO JOSE ANTONIO.

TIAS

GERSY Y LEONOR.

T. P. 3245

A MI ASESOR DE TESIS LIC. ARACELI MENDOZA IBARROLA.

AGRADEZCO LAS SUGERENCIAS Y APORTACIONES EN LA

ELABORACION DE MI TESIS.

A TI ELISA

GRAN AMIGA, QUE HAS COMPARTIDO IMPORTANTES

VIVENCIAS DE MI VIDA.

GRACIAS :

DRA. VIRGINIA GONZALEZ.

OLIVIA JESUS

DIOSELINA PACO

MA. ESTHER JUAN MANUEL

I N D I C E

	PAGINA.	
I.	INTRODUCCION	1
	a) Historia de la Educación en México.	
II.-	CONCEPTO DE DEFICIENCIA MENTAL	4
	a) Equipo Multidisciplinario (elementos)	
III.-	DESARROLLO DE LA INFANCIA	9
	a) Desarrollo Evolutivo (Piaget)	
IV.-	CRISIS VITALES EN LA DEFICIENCIA MENTAL.	10
V.-	EL DEFICIENTE MENTAL Y SU FAMILIA.	20
VI.-	ETIOLOGIA	23
	a) Causas de Acción Directa.	24
	b) Causas de Acción por Mecanismos de Orden Cronológico.	27
	c) Manifestaciones Psicósomáticas de la De- ficiencia Mental.	33
	d) Clasificación de Formas Clínicas de la De- ficiencia Mental.	40
	e) Porvenir del Deficiente Mental.	43
	f) Tratamiento Integral.	44
VII.-	METODOLOGIA	46
VIII.-	RESULTADOS	62
IX.-	CONCLUSIONES	68
X.-	ANALISIS DE DATOS	69

	PAGINA.
XI.- LIMITACIONES	71
XII.- SUGERENCIAS	72
XIII.- APENDICE	74
XIV.- BIBLIOGRAFIA.	78

I.- INTRODUCCION.

HISTORIA DE LA EDUCACION ESPECIAL EN MEXICO.

La primera iniciativa para brindar atención a niños con necesidades especiales corresponde a Don Benito Juárez, quien en 1867 fundó la Escuela Nacional de Sordos y en 1870 la Escuela Nacional de Ciegos.

El Doctor José de Jesús González, eminente científico precursor de la Escuela Especial para Deficientes Mentales, comenzó a organizar una escuela para deficientes mentales en León, Guanajuato en el año 1914.

En el período que transcurre entre 1919 y 1927 se fundaron en el Distrito Federal dos escuelas de orientación para varones y mujeres además, comenzaron a funcionar grupos de capacitación y experimentación pedagógica para atención de deficientes en la Universidad Autónoma de México. Así mismo, el profesor Salvador M. Lima fundó una escuela para débiles mentales en la ciudad de Guadalajara.

En 1932, el doctor José de Jesús González inauguró una escuela anexa a la Policlínica No. 2 del Distrito Federal.

En 1935 el doctor Roberto Solís Quiroga, quien fuera un gran promotor de la educación especial en México y América, planteo al entonces Ministro de Educación Pública, Lic. Ignacio García Tellez la necesidad de institucionalizar la educación especial en nuestro país. Como resultado de ésta iniciativa se incluyó la Ley Orgánica de Educación en un apartado referente a la protección de los deficientes mentales.

El mismo año se creó el Instituto Médico Psicopedagógico en Parque Lira, fundado y dirigido por el doctor Solís Quiroga para atender niños deficientes mentales.

Se propuso la creación de una escuela de especialización de maestros en educación especial en el año de 1941. Para lograr este objetivo hacía falta modificar la Ley Orgánica de Educación, y -- ésta Ley fué aprobada el 29 de diciembre por la Cámara de Diputados y el mismo mes por la Cámara de Senadores.

La Ley reformada entró en vigencia el año siguiente, y el 7 de junio de 1943 se inauguró la Escuela de Formación Docente para maestros especialistas en educación especial, agregándose las carreras de maestros especialistas en educación de ciegos y sordos en el año de 1945.

En el año de 1954 se creó la Dirección de Rehabilitación y en 1955 se agregó la Escuela de Especialidad en la carrera del tratamiento del aparato locomotor.

En 1958 se fundó en Oaxaca una Escuela de Educación Especial.

Comenzó a funcionar en 1964 el Centro por Cooperación No. 2, fueron creados para recibir aquellos casos que por sus características no podían ingresar en las Escuelas de Perfeccionamiento.

En 1966 se crearon dos escuelas; una en Santa Cruz Meyehualco y -- la otra en San Sebastián Tecoloxtitlán.

Durante 6 años la Coordinación de Educación Especial logró la apertura de 10 escuelas en el Distrito Federal y 12 en el interior del país : Aguascalientes, Chihuahua, Córdoba, Culiacán, Colima, Pue--bla, Mérida, Hermosillo, San Luis Potosí, Saltillo, Monterrey, --- Tampico.

En 1976 se comenzaron los primeros grupos integrados del Distrito Federal y Monterrey, estos grupos integrados son un servicio anexo a una escuela primaria, destinado a la atención de los problemas de aprendizaje que se presentan en el primer año de enseñanza primaria. Durante este período aparecieron los primeros Centros de Rehabilitación y Educación Especial (CREE).

La última coordinación se realizó en el Estado de Morelos en Septiembre de 1979.

Actualmente en el Distrito Federal existen tres Centros de Capacitación para el Trabajo, cuentan con talleres donde los jóvenes pueden capacitarse en uno o mas oficios, con el fin de que se puedan incorporar a un centro de trabajo, logrando, de este modo realizar una vida más normal.

En el interior de la República se cuentan con tres Centros de Capacitación : Jalisco, Estado de México y Yucatán.

En el Distrito Federal se cuenta con una Industria Protegida lo cual es un Centro de Trabajo cuyo sistema de control y seguridad permite incorporar a la producción (aprovechando las limitaciones adquiridas en los Centros de Capacitación) aquellos jóvenes (adultos) que por sus limitaciones no pueden laborar en condiciones -- regulares.

CONCEPTO DE DEFICIENCIA MENTAL.

El nombre de la Deficiencia Mental lo podemos considerar correctamente castizo, ya que DEFICIENCIA significa defectos o imperfecciones y MENTAL abarca funciones-cerebrales según el Diccionario de la Lengua Castellana.

La Escuela Americana con frecuencia la nombra "MENTAL RETARDATION" (Retardo Mental) y la escuela Francesa "ARRIERATION MENTAL" (Atraso Mental) nombre que podría tomarse como sinónimo.

En cuanto a la definición de la Deficiencia Mental "D. M" la más acertada es la de la "Asociación Americana".

"Se refiere a una baja de funcionamiento intelectual originado durante el período de desarrollo y asociado a una incapacidad para la conducta adaptativa". Y ésta es la que se usará en el presente estudio.

La Deficiencia Mental clasificada desde el punto de vista médico es un síndrome (determinado conjunto de síntomas que a veces presentan cuadros clínicos asociados a enfermedades bien definidas y que obedece a distintas etiologías), el cual presenta las condiciones bio-psico-sociales del sujeto y los problemas propios del Deficiente Mental en torno a su familia y el ambiente en el que vive.

Algunos autores opinan sobre diferentes aspectos de la Deficiencia Mental. Frassr Robert anunció por primera vez en forma clara y precisa una Teoría Genética y general de la inteligencia y Deficiencia Mental, compara la inteligencia con la estatura y señala que en la mayor parte de su escala se presentan variantes patológicas si nos referimos en la talla encontramos; los enanos cretinos. Si miramos a la inteligencia, la variante patológica serán los idiotas y los imbéciles.

Meyer Closs Slater y Roth dicen; "La deficiencia mental no es una enfermedad o una entidad, es un término aplicado a una condición de desarrollo mental subnormal presente en el nacimiento o la infancia temprana caracterizada por una imitación de la inteligencia.

Esquirol refiere; "Se trata no de enfermedad, sino de un estado - en el que no se desarrollan las facultades mentales desde una - - edad temprana".

El incremento de la Deficiencia Mental es altísimo y cada día cobra más víctimas, el profesor Duché, médico especialista en París y el profesor Lafón nos hacen saber que de cada veinte segundos - nace un niño deficiente mental, en alguna parte del mundo.

Las Estadísticas afirman que alrededor de un 10 % de la población mundial, está afectada por diferentes tipos de invalidez.

Este dato estadístico lo obtuvo la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) en el año de 1978 (dato más reciente), los porcentajes son válidos en nuestro país, de acuerdo a investigaciones realizadas.

DISTRIBUCION DE PORCENTAJES DE LOS DISTINTOS
SUJETOS CON NECESIDADES ESPECIALES.

CIEGOS Y DEBILES VISUALES	0.1 %
SORDOS E HIPOACUSICOS	0.6 %
PROBLEMAS DE LENGUAJES	3 a 4 %
PROBLEMAS NEUROMOTORES	0.5 %
DEFICIENCIA MENTAL	2.5 a 2.8 %
PROBLEMAS DE APRENDIZAJE	2 a 4 %

II EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO.

En México al igual que en otros países del mundo, la atención en grado de Deficiencia Mental ha sido abordada por diferentes Instituciones oficiales y privadas.

El panorama actual muestra que el equipo multidisciplinario debe trabajar para el tratamiento y la prevención de la D.M. de pacientes en la adolescencia debido a que si en un adolescente normal es crítica esta etapa de su vida, en un D.M. adolescente se convierte en una barrera infranqueable.

La estructura del equipo multidisciplinario, estará conformado -- por una serie de elementos que deben actuar no solo sobre el D.M. si no también el ambiente que lo rodea.

ELEMENTOS.

Estos elementos pueden ser; Una Unidad Multiprofesional de Especialistas, Las Instituciones Especializadas Correspondientes, Un equipo Técnico Idóneo, El Conjunto de Técnicas y Metodologías propias para su aplicación racional y justa, El Grupo de Padres de Familia cuya colaboración es de esencial necesidad y por último la de los Investigadores cuyas finalidades son la de prevención y promoción de la D.M.

La Unidad Multiprofesional de Especialistas debe tener una gran riqueza en su composición: en el grupo médico intervendrán en primer lugar, el Pediatra, al que debemos considerar como un especialista, exponente de la atención integral y motor principal del equipo multidisciplinario y de todos sus aspectos interdisciplinarios. Con éste colaborarán la enfermera, el dentista, el psiquiatra, el neurólogo, el electroencefalografista, el laboratorista clínico, el otarrinolaringólogo, el oftalmólogo y otros más.

El Trabajo Social es así mismo particularmente importante, por ser la fuente del conocimiento familiar en donde actúa el niño, cuna de la problemática más compleja de la Deficiencia Mental en sus aspectos culturales, psicosociales y socioeconómicos.

La Educación ocupa un lugar de primacía, más aún por ser muy elevado el porcentaje de Deficientes Mentales sobre la "Media y Subnormalidad"; estos niños tienen mayores probabilidades de rehabilitación y, por tanto el maestro especialista es el eje principal de este campo de la unidad profesional auxiliando al maestro, el profesor de educación física, el de reeducación psicomotriz, el foniatra y otros más afines a la ciencia pedagógica contribuyen a su tarea.

Obviamente, el Psicólogo es indispensable para establecer el diagnóstico integral, y es básica su labor en el manejo de la familia y del ambiente, siendo además el enlace interdisciplinario.

Otro grupo auxiliar es el que concurre, el de los Técnicos siguientes : el bioquímico, el genetista, el ginecologista, el sociólogo, el licenciado, el estadígrafo, etc.

Para desarrollar sus funciones y aplicar sus técnicas específicas, el equipo multidisciplinario requiere toda una serie de instituciones que deben ajustarse a las condiciones arquitectónicas y ser funcionalmente adecuadas a las anomalías biopsicosociales de los deficientes mentales : Clínicas de Diagnóstico, Colegios de Educación Especial, Externados e Internados, Escuelas Granjas, Talleres Protegidos y Generales, Centros de Recreo, Laboratorios y Gabinetes de alto nivel científico, como para bioquímica, genética, psicofisiología, neuropsicología y neurología experimental.

Del estudio de Deficiente Mental requiere toda una gama de complicados procedimientos cuya metodología y técnica están a cargo de los principales especialistas del equipo tantas veces mencionado:

el pediatra, el psicólogo, trabajadora social y el maestro. Dicho estudio lo hará cada uno desde su punto de vista, pero en coordinación mutua con el fin de formular un diagnóstico integral lo más preciso posible, y orientar el pronóstico hacia un tratamiento igualmente integral : médico, psicosocial y pedagógico.

Según la condiciones carenciales del niño, el tratamiento será -- centralizado de preferencia en algunos de estos tres aspectos, - aunque sin dejar de comprender los otros dos, en beneficio de mejores resultados.

Los resultados logrados en un Deficiente Mental deberán reflejarse en la propia fuente de experiencias cotidianas y sujetarse a - una programación rigurosa en sus más diversos aspectos, tarea indispensable para corroborar teorías o hipótesis y sobre todo, para encontrar nuevas soluciones y contribuir en la búsqueda de la verdad científica.

III DESARROLLO DE LA INFANCIA.

Las etapas por las que atraviesa el niño en su desarrollo biológico desde su nacimiento hasta su etapa de adolescencia, vive se transforma y evoluciona a través de la primera, segunda y tercera infancia, para dar paso a la adolescencia.

Esta clasificación, a pesar de que difiere conforme algunas escuelas en Pediatría, se ajusta más a criterio de las escuelas francesas y alemanas, respaldadas por los maestros Marfán, Nobecour y Terrien.

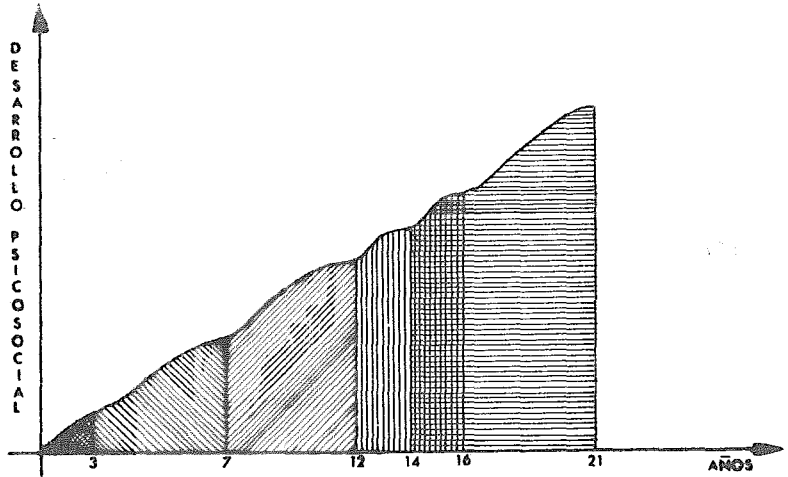
La primera infancia está comprendida entre cero y los tres años de edad; la segunda infancia se sitúa de los tres a los siete años; la tercera infancia de los siete a los doce años; la cuarta infancia llamada pre-pubertad está comprendida entre los doce y los catorce años y dentro de ésta se encuentra la pubertad de los catorce a los dieciseis años; y en la quinta etapa da comienzo la adolescencia a los dieciseis, la cual termina alrededor de los veintiuno.

En relación con la Pedagogía la primera y segunda infancia se le designa con el nombre de edad preescolar, edad escolar a la tercera infancia y a la adolescencia edad pre-profesional .

Desde el punto de vista de su evolución Psicológica estos mismos períodos de la infancia, se dividen en tres etapas :

La de Identificación, la de autodeterminación y la de Estructuración de valores corresponden, respectivamente a la primera y segunda infancia, la tercera a la adolescencia; clasificación preconizada por los autores argentinos Gareyzo y Escardó, y por Marín Bouch de España .

DIVISION DE LA INFANCIA



EDAD PREESCOLAR	EDAD ESCOLAR	EDAD PREPROFESIONAL
fase de identificación	autodeterminación	estructura de valores

-  PRIMERA INFANCIA
-  SEGUNDA INFANCIA
-  TERCERA INFANCIA
-  PRE-PUBERTAD
-  PUBERTAD
-  ADOLESCENCIA

FIGURA UNO

DESARROLLO EVOLUTIVO (PIAGET).

Se presentará un resumen de la evolución del niño normal como parámetro de las anomalías que puede sufrir el deficiente mental durante su desarrollo-- acerca de la teoría, según PIAGET.

El desarrollo es para Piaget, un proceso evolutivo que se manifiesta principalmente sobre las funciones cognitivas mediante una serie de etapas establecidas, según las pautas del comportamiento que van prevaleciendo sobre otras, a través de un desenvolvimiento continuo de tal manera que, cada nueva etapa es el complemento de la anterior, siempre en busca de estabilidad o de lo que Piaget denomina equilibrio, hasta que, con la aparición de otra etapa -- superior se caiga en un desequilibrio como consecuencia de la adquisición de nuevos esquemas de comportamiento que se van incorporando conforme el individuo va actuando sobre el ambiente.

ESTADIO I EJERCICIOS DE LOS ESQUEMAS SENSOMOTORES PREDISPUESITOS (0 - 1 MES)

El primer estadio, el cual se extiende durante el primer mes de vida, carece absolutamente de comportamiento inteligente y, por lo tanto, de imitación; en este momento prima la conducta refleja ante los excitantes externos. Esto se explica como una indiferenciación entre acomodación y asimilación.

El bebé es incapaz de conceptualizar el mundo exterior; experimenta sensaciones pero no distingue las imágenes, debido a su egocentrismo. El niño concebirá la existencia de un objeto como independiente y distinto de sí mismo, cuando aprenda que dicho objeto ocupa, en espacio y tiempo, un lugar propio; esto implica que también reconozca su yo como independiente del objeto en tiempo y -- espacio, lo cual veremos más adelante. Durante éste y el próximo estadios, el bebé no aprende un espacio único, sino un conjunto de espacios concentrados en su actividad.

ESTADIO 2. REACCIONES CIRCULARES PRIMARIAS (1 - 4 MESES)

Comienza a manifestarse una imitación esporádica, debido a que los esquemas reflejos empiezan a "asimilar ciertos elementos exteriores y a ampliarse en función de una experiencia adquirida, bajo la forma de reacciones circulares 'diferenciadas' (Piaget).

La "reacción circular" a la cual se refiere Piaget consiste en la asimilación de nuevos objetos a esquemas anteriores, diferenciando estos últimos. En este período las domina "reacciones circulares primarias", en las cuales se produce una acomodación a los nuevos datos y una asimilación reproductiva de éstos (posibilidad de volverlos a encontrar).

La actividad del infante sigue siendo aún completamente egocéntrica, encontrándose limitada a la aplicación de sus propios esquemas; la diferencia entre la asimilación y la acomodación es mínima, y va a ir aumentando con la imitación de modelos nuevos, lo que desarrollará cada vez más la acomodación :

"el modelo al cual se acomoda el niño es asimilado a un esquema conocido y éste es el que permite a la acomodación prolongarse en imitación" (Piaget).

Es difícil establecer si hasta el momento existe el juego : algunos autores plantean que éste estaría constituido, por ejemplo, por los movimientos de succión en ausencia del seno o el biberón, pero Piaget no comparte esta opinión.

La imitación sistemática de sonidos y movimientos análogos a los conocidos por el infante y visibles en su propio cuerpo (por ejemplo : movimientos de brazos y piernas), comienza durante el tercer estadio, que transcurre aproximadamente entre el cuarto y el octavo mes. Con esto da comienzo el conocimiento del cuerpo.

ESTADIO 3. REACCIONES CIRCULARES SECUNDARIAS (4-8 MESES).

El bebé manipula los objetos mediante las reacciones circulares secundarias, integrándose éstas a las primarias, las cuales continúan limitando a la imitación: no hay coordinación de los esquemas secundarios entre ellos; no existe la acomodación precedente a la asimilación, ya que el niño no tiene la capacidad de imitar los sonidos nuevos diferentes a su esquema.

En este estadio el niño presenta una nueva conducta: la sonrisa, la cual Piaget concibe como una pseudo-imitación o imitación por aprendizaje.

La reacción circular se orienta más hacia el exterior (alocéntrica), lo que se observa en la comprensión del niño acerca de los efectos de sus actos sobre éste, y en su intento de mantener la situación mediante la repetición de dichos actos (asimilación reproductiva); por otra parte, el infante comienza a aprender las relaciones espaciales entre los diferentes objetos.

El reconocimiento de objetos o situaciones por parte del niño da lugar a la contemplación de éstos, lo que Piaget denomina asimilación recognoscitiva. Pero, no obstante, aún el objeto no es visto como una entidad independiente, sino como una prolongación de la acción; esto se extenderá también durante el cuarto estadio, aunque el niño ya podrá encontrar objetos escondidos, siempre y cuando vea cuando se ocultan.

ESTADIO 4. COORDINACION DE LOS ESQUEMAS SECUNDARIOS (8-12 MESES)

Se caracteriza por el comienzo de la imitación inmediata de movimientos no visibles en su propio cuerpo. Esto es posible llevarlo a cabo gracias a una mayor diferenciación entre la acomodación y la asimilación.

La coordinación de los diferentes esquemas (primarios y secundarios) entre sí, permite una mayor movilidad de éstos, y lleva a la construcción de índices, todo lo cual permite, a su vez, asimilar los gestos de otro a los del propio cuerpo.

Debido a esta diferenciación de la acomodación y la coordinación de los esquemas surge la exploración, mediante la cual el infante descubre los cambios de forma y perspectiva de acuerdo a la posición de su cabeza. Comienza la imitación de lo nuevo e interesante para el niño manifestandose una conducta de medios-fines. El infante juega con esos medios, contituyendose el inicio de la "ritualización", la cual consiste en asociar un objeto a una acción determinada aunque no exista relación entre ellos : succionar el dedo al dormir, llevar su muñeco a la cama, etc.; esta situación se acentúa en el quinto estadio.

ESTADIO 5. REACCIONES CIRCULARES TERCIARIAS (12-18 MESES)

El que se caracteriza por una imitación sistemática de modelos nuevos. El niño conoce los nuevos objetos mediante una experimentación activa; y aún más, hay una búsqueda de aquellos que todavía no es asimilable a los sistemas propios, lo que significa que va aumentando la diferenciación entre acomodación y asimilación. El niño es capaz de coordinar un mayor número de esquemas y diferenciarlos entre sí para acomodarlos al objeto; de esta manera -- puede ensayar nuevos medios para la exploración, avanzando la distinción entre la propia acción y los objetos exteriores y adquiriendo mayor interés para el niño las relaciones entre éstos en el espacio.

El juego se va diferenciando más de la adaptación.

ESTADIO 6. INVENCION DE NUEVOS MEDIOS MEDIANTE COMBINACIONES
MENTALES (18 - 24 MESES).

El uso de nuevos medios para el conocimiento del objeto provoca el "titubeo", momento en el cual comienza la imitación representativa.

La coordinación de los esquemas se independiza de la percepción - inmediata, posibilitando la aparición de combinaciones mentales y, por lo tanto, la imitación diferida; o sea, independiente de la acción : se interioriza la acomodación, permitiendo la imitación de modelos no presentes en ese momento (nivel de representación). A partir de aquí el niño está preparado para el empleo de símbolos y atribuye al objeto su carácter de una entidad permanente e independiente.

SUBPERIODO PREOPERACIONAL. (2 - 7 AÑOS)

Con la aparición del lenguaje las conductas afectiva e intelectual del niño van a sufrir modificaciones, ya que constituye el inicio de su socialización. Con la interiorización de la palabra surge el pensamiento propiamente dicho : el niño es capaz de relatar sus acciones pasadas o anticipar las futuras.

El nivel de representación se alcanza en el momento en que surge la capacidad de distinguir el significante del significado, a la cual Piaget denomina "función simbólica". Esta permite aprender los hechos separados de manera simultánea, al contrario de lo que ocurría con la inteligencia sensorio-motora, capaz de ligar solamente los hechos sucesivos. Además el pensamiento representacional ya no está limitado al alcance de las metas de una acción determinada, sino que la importancia de la acción en este momento radica en su aplicación a las cosas.

Los primeros significantes, que fueron proporcionados por la "acomodación como imitación", son ahora evocadas como imágenes interiores que permiten anticipar una acción.

El significado es proporcionado por la asimilación del significante al hecho.

Piaget divide dos tipos de significantes : los signos, con un significado socialmente compartido, y los símbolos, con un significado individual.

Hay ciertas características sobresalientes que Piaget toma en cuenta durante esta etapa. Estas son :

- El egocentrismo del niño se manifiesta aquí en relación con las representaciones : es incapaz de tomar el papel de otra persona, o sea, cambiar su punto de vista acerca de las cosas; no justifica sus razonamientos, así como tampoco es capaz de reconstruirlos. Todo esto se superará con su socialización.
- El niño sólo centra su atención en los rasgos del objeto que le interesan, sin tomar en cuenta los demás.
- El pensamiento preoperacional es estático : se concentra en los estados momentáneos en los que se encuentran las cosas, pero no puede ligar las transformaciones que se sufren entre dichos estados.
- El desequilibrio entre acomodación y asimilación durante el pensamiento preoperacional se produce debido a que en una acomodación a lo nuevo, la asimilación se desorganiza : no hay acomodación asimilando lo nuevo a lo viejo de manera coherente.
- El pensamiento preoperacional es irreversible, o sea, el niño

es incapáz de hacer el camino inverso de un razonamiento, volviendo a la premisa inicial inalterada.

- La preconceptualización del niño no es abstracta o esquemática, sino que la constituyen imágenes concretas. No existe causalidad y deducción en su razonamiento.

Paulatinamente hacia el quinto, sexto y séptimo año el niño va dejando atrás el subperíodo preoperacional para entrar en el manejo de operaciones concretas.

Desde el cuarto año es más capaz de responder a tests en experimentos formales y de llevar a cabo una tarea específica.

Las estructuras irreversibles del pensamiento preoperacional se van volviendo más plásticas y reversibles.

SUPERIODO DE LAS OPERACIONES CONCRETAS (7 - 12 AÑOS)

Ha adquirido un importante conjunto de reglas que no poseía un año o dos antes. Cree que tanto la longitud como la masa, el peso y el número, permanecen constantes a pesar de una modificación superficial en su aspecto externo. Es capaz de producir la imagen mental de una serie de acciones y se da cuenta de que los conceptos de relación como los de más oscuros o más pesado no hacen referencia, por fuerza, a cualidades absolutas, sino a una relación entre dos o más objetos. Finalmente puede, razonar acerca del todo y sus partes simultáneamente y puede ordenar objetos a lo largo de una dimensión de cantidad (como la longitud o peso). En pocas palabras, ha aprendido algunas reglas de importancia que lo ayudarán en su adaptación al ambiente.

PERIODO DE LA OPERACIONES FORMALES (12 - 15 AÑOS)

Empieza a pensar en todas las maneras posibles de solución de un

problema particular y en todas las formas de solución comprobán--
dolas.

El egocentrismo resulta de la extensión de su pensamiento al cam-
po de los instrumentos, no sabe "distinguir entre las nuevas e --
imprevisibles capacidades del ego y el universo social", resulta-
rá molesto a sus mayores con toda clase de esquemas idealistas -
diseñadas para poner la realidad de acuerdo con su pensamiento.

Comienza a interesarse por lo hipotético, por lo futuro y remoto.

Piaget cree que esta preocupación por el pensamiento es el compo-
nente principal de la etapa de las operaciones formales.

IV CRISIS VITALES EN LA DEFICIENCIA MENTAL.

Ahora bien, el Deficiente Mental tiene que recorrer todas las etapas de la vida infantil normal y también sufrir el impacto de sus crisis vitales; pero es evidente que sus condiciones biopsicosociales y la debilidad del ambiente familiar son importantes para afrontarlas con éxito.

PRIMERA CRISIS.

Desde el punto de vista biológico el Deficiente Mental es presa de todas las causas genético-metabólicas, prenatales y perinatales y por lo tanto este período es importante por que en su mayoría los conduce a la muerte.

Refiriéndonos al aspecto emocional de las relaciones afectivas madre-hijo es importante los cuidados maternos porque pueden provocar trastornos sobre su desarrollo.

SEGUNDA CRISIS.

Transcurren causas biológicas, sufre ciertas enfermedades erutivas o contagiosas y manifiesta la actividad funcional motora sensitiva.

En cuanto al aspecto psicológico en relación a los cuidados afectivos familiares se observan características como rechazo, agresión o sobreprotección y esto puede resultar más difícil en la etapa de su vida.

TERCERA CRISIS.

En esta etapa el Deficiente Mental en el aspecto biológico pudo haber alcanzado su peso, talla y terminación de su dentición; inclusive podría obtener una alimentación semejante a la del adulto,

pero debido a que su desarrollo neuronal es inmaduro, esta etapa - no podrá desarrollarse adecuadamente.

Psicológicamente debido a sus condiciones inmaduras no podrá independizarse del seno familiar tanto física como psicológicamente - creando un estado emocional conflictivo ante los problemas que se le presenten aún desconocidos para él.

CUARTA CRISIS.

Cuando el niño normal necesita de la integridad de su madurez neurológica, ya que su Sistema Nervioso ha sido mielinizado, el Deficiente Mental está precisamente en su fase de inmadurez y en sus manifestaciones de deterioro neuronal, etapa en la que tampoco ha hecho suyos sus ~~contatos~~ educativos y de conducta, sus impulsos temperamentales son incapaces de romper los lazos familiares y entonces se pone a prueba sus carencias en toda su vida adaptativa.

QUINTA CRISIS.

Durante esta etapa el organismo empieza a tener crecimiento corporal; aparición de signos sexuales y funcionamiento endócrino ovárico-testicular.

Debido a su inmadurez será difícil superar esta etapa ya que sus recursos limitados intelectuales, psicológicos y sociales no podrán estructurar sus valores humanos y menos aún resolver sus problemas tan difíciles en etapa de la adolescencia.

V EL DEFICIENTE MENTAL Y SU FAMILIA.

Ningún padre desea tener un hijo deficiente. Todos desean hijos sanos, hermosos, inteligentes, que hagan un buen papel en la sociedad y de los que se puedan sentir orgullosos. No es raro, por lo tanto, que los padres, durante las últimas semanas del embarazo estén preocupados por cómo será el hijo que va a nacer, y se aflijen sobremanera si la madre da a luz a un niño deficiente mental.

El dolor de los padres suele ser muy intenso. Al principio los sentimientos de culpa, vergüenza, desesperación y autocompasión, puede ser abrumadores, al grado de que predomine el deseo de alejarse de sí la dura experiencia. En algunos casos, el dolor llega al punto de desear la muerte del niño o la muerte propia.

Si la pena de enfrentarse a la situación es intolerable los padres pueden repudiar totalmente al niño, o negarse a aceptar que tenga nada de anormal, o pensar que es hijo de otra persona.

Preguntas torturantes acuden a la mente : "¿ Qué he hecho de malo ?" ¿ Por qué me pasó esto a mi ? ¿ Cual es mi culpa ? "Quizá no soy capaz de dar a luz a un niño normal" "; Como quisiera nunca haber me casado !".

A la tormenta inicial pueden suceder una gran tristeza un sentimiento de desolación y aislamiento, y la nostalgia por el niño normal que se cree haber perdido. Mientras este duelo continúa, y los padres se van conformando poco a poco a la pérdida del niño que esperaban, el hijo real --el hijo deficiente-- está ahí en su lugar, requiriendo un cuidado adecuado.

La manera como los padres se adaptan a esta situación aparentemente desastrosa es crucial para el bienestar futuro, no sólo del

niño deficiente sino de toda la familia.

No es sorprendente que muchos padres tengan sentimientos ambivalentes con respecto a su hijo; es decir, que a ratos sientan amor por él, como si fuera normal, y en otros momentos vuelvan a sentirse aflijidos, angustiados y hasta rechazantes. Esto se debe a que, en realidad, quieren al niño, pero no aceptan sus impedimentos y sufren por ello. Quizá tratan de resolver este problema, yendo a un doctor a otro o de un hospital a otro buscando a alguien que les ofrezca una curación milagrosa. Los padres que sufren hondos sentimientos de culpa pueden tratar de aliviar su pena y compensar el daño hecho al niño inocente, de una de estas dos maneras condenándose a una esclavitud sin descanso en el cuidado del niño o proyectando su culpa hacia los médicos, trabajadores sociales o maestros y acusándolos airadamente de descuidos o equivocaciones.

El primer choque que sufren los padres al enterarse de los impedimentos del niño, se mitigan demasiado si la información se les dá de una manera delicada y comprensiva, por el médico.

Se observan diferentes reacciones en la familia; el padre cuando se encuentra identificado con su esposa no alcanza a pensar con claridad la situación después del parto no se dá cuenta que el niño es anormal y aún algunos se niegan a admitirlo, esto en cierto grado puede ser una reacción de defensa instintiva y la madre se protege de ese daño, teniendo una conducta de auto-estimación y esto hace que el niño crezca sin amor materno.

Por otro lado, si los lazos entre las parejas no son muy fuertes, o si existen tensiones, su conducta será desastrosa. Cada uno de ellos tiende a culpar al otro, aumentando las tensiones y se niegan a tener otro hijo (se ha detectado familias que han tenido hijos deficientes mentales) de esta manera las recriminaciones mutuas llegan a veces a separar y a destruir a la familia.

En otras familias se observa una conducta sobreprotectora para -- compensar la Deficiencia Mental de su hijo; para no proyectar abier-
tamente la agrésión.

Otro problema que se enfrentan los padres, es el no poder comuni-
car a sus parientes, amigos y vecinos la verdad de su situación.
La aceptación social empieza en el grupo familiar, donde el niño
establecerá sus primeras y más importantes relaciones, ya que - -
cuando sea adulto su felicidad dependerá de que sea socialmente -
aceptado.

En las familias del adolescente Deficiente Mental, se presenta --
una sobrecarga en el aspecto económico, requiere atención espe- -
cial y muchas veces no es posible que se satisfaga esta necesidad,
esto motiva frustraciones en los padres y en el resto de la fami-
lia.

VI. ETIOLOGIA.

Teniendo en cuenta los mecanismos de la DEFICIENCIA MENTAL podemos clasificar la etiología en dos grandes grupos :

I.- CAUSAS DE ACCION DIRECTA.

II.- CAUSAS DE ACCION POR MECANISMOS DE ORDEN CRONOLOGICO.

I.- CAUSAS DE ACCION DIRECTA.

1. Factores de origen genético y metabólico.
2. Factores de origen infeccioso y parasitario.
3. Factores de orden tóxico :
 - a) Exógeno
 - b) Endógeno
4. Factores de orden traumático.
5. Factores de orden ambiental.

II.- CAUSAS DE ACCION POR MECANISMOS DE ORDEN CRONOLOGICO.

A.- Causas Preconcepcionales.

B.- Causas Concepcionales

C.- Causas Postconcepcionales :

- a) Causa Prenatal
- b) Causa Perinatal
- c) Causa Posnatal
- d) Causa Ambiental.

I. CAUSAS DE ACCION DIRECTA.

1.- Factores de origen genético y metabólico.

Forma parte de la concepción en el mismo momento que esta se realiza y produce defectos y aberraciones cromosómicas y por otro lado errores en el metabolismo. Como es sabido el ser humano está formado por células anatómicas-funcionales y está constituida por una estructura cuyos componentes son : agua, proteínas, lipoproteínas, aminoácidos y sistemas orgánicos. Los elementos que aportar energía son : los carbohidratos o azúcares, lípidos o grasas, todos estos actúan a través del oxígeno, las enzimas, vitaminas y algunas moléculas inorgánicas.

√2.- Factores de origen infeccioso y parasitario.

Gran número de microorganismos como virus, parásitos, tienen gran influencia sobre el sistema nervioso central, dando lugar a numerosas y graves enfermedades que atacan a este durante la vida intrauterina, produciendo determinado padecimiento congénito durante la gestación. Es bastante frecuente que la futura madre sufra infecciones o parásitos causando lesiones en el sistema nervioso central en el encéfalo del feto.

3.- Factores de orden tóxico.

Numerosas intoxicaciones afectan el sistema nervioso central y en particular en el encéfalo del feto generando una deficiencia mental.

La intoxicación puede ser de origen exógeno y endógeno : entre las primeras se puede señalar el tabaco, alcohol, las drogas energéticas, algunas sales de desecho industrial como las del plomo, el mercurio u el oxido de carbono, algunos medicamentos por prescripciones inadecuadas o por dosis excesivas.

En cuanto a la intoxicación endógena puede ser por Diabetes, una intoxicación alimenticia cuando se trata de lactantes, productos tóxicos que pueden producir una cólera infantil o un desequilibrio electrolítico lo cual puede provocar una lesión en el encéfalo, y por último podemos mencionar la intoxicación del medio ambiente.

4.- Factores de orden traumático.

El cerebro está expuesto durante la vida a ser trummatizado por -- agentes externos y por agentes de orden psicológico.

Los primeros actúan con mayor frecuencia durante el nacimiento, - (utilización de forcéps, anestesia general de la madre durante el parto, aneroxia, etc.) y en los primeros años de la infancia (accidentes traumáticos). Los segundos cuando el niño se encuentra en el claustro materno.

Con respecto a los traumatismos de orden psicológico, durante los tres primeros meses del embarazo la futura madre puede ser presa de un truma psíquico intenso, con transtornos psicossomáticos graves, entre ellos una baja o intensa presión arterial y es posible que pueda influir negativamente en la psicopatología del feto, -- dañando su cerebro. Durante los primeros años de vida del niño, los patrones culturales, condiciones sociales, situaciones económicas pueden provocar perturbaciones en las relaciones de su ambiente impidiendo beneficiarse con las características cognocitivas y afectivas de él mismo.

5.- Factores de orden Ambiental.

Es un hecho indiscutible el papel preponderante que juegan los patrones culturales familiares, los factores sociales y socioeconómicos en la construcción del ambiente, el cual actúa positiva o negativamente sobre el niño para integrar su personalidad.

Es lógico suponer que la personalidad deformada de su deficiencia es presa de los impactos de su ambiente; además de los problemas psicopatológicos de la familia, la promiscuidad, privaciones y -- carencias económicas, gestan y promueven directa o indirectamente ésta situación.

II.- CAUSAS DE ACCION POR MECANISMO DE ORDEN CRONOLOGICO.

A.- Causas Preconcepcionales.

Como su nombre lo indica, estas se presentan antes de la concepción humana y la deficiencia mental es el resultado de las modificaciones y transformaciones que anormalmente sufre el material genético, o de los desórdenes metabólicos de la proteínas, glúcidos, lípidos.

Se ha observado que el LSD ingerido por los padres antes de la concepción produce anomalías cromosómicas, lo cual podría explicar aberraciones durante la descendencia; así lo afirman los investigadores H. Strauss y Hurschorn (Journal American Medical Association Num. 6 Pag. 987, 1970).

En este mismo grupo etiológico, como el cretinismo, algunas formas de obesidad como el síndrome de Prader Willi (obesidad, corta estatura, anomalías morfológicas y deficiencia mental, trastornos glandulares y anomalías de los genes sexuales) así como la sífilis y el alcoholismo como agentes agresores de los genes. La sífilis congénita pudiera originar una deficiencia mental de tipo neuronal.

En relación con la patología, Van Bogaert y Comby señalan cierta fragilidad posible del cerebro, según la cual puede ser una causa fetal, neonatal, infecciosa o traumática, no deje secuela alguna o si acaso una muy ligera, pero un ataque posterior inofensivo puede desencadenar una lesión cerebral con deficiencia mental.

Esta fragilidad puede ser de origen familiar --afirman los autores-- y cita numerosas familias en las que algunos de sus miembros han sufrido un ataque encefálico que sería inofensivo en otros niños.

Con respecto a la negatividad del ambiente en la génesis de la deficiencia mental durante éste período preconcepcional se ha dis--cutido demasiado y se ha dicho que la ecología pudiera a la larga modificar a veces algunas situaciones genéticas. Se cita que las carencias nutricionales familiares y ancestrales han modificado - las estructuras genéticas. Rutters afirma que los factores am- -bientales pueden modificar la influencia puramente genética.

El Dr. Reiss hace hincapié acerca de la correlación entre la he-
rencia y el ambiente relacionándolas con las funciones endócrinas de la deficiencia mental. Este autor supone que aunque no se ha establecido todavía de que manera la forma cromosómica pudiera tener una influencia preponderante sobre el funcionamiento cerebral, la incidencia elevada de las desviaciones cromosómicas observadas en el embrión abortado permite suponer que una cierta influencia en el funcionamiento placentario podría ser el origen de dicha --desviación cromosómica; y que tales deficiencias placentarias pueden ser consideradas durante el curso de la gestación o durante - el período prenatal, por el mal funcioamiento endócrino de los --ovarios (edad avanzada o menstruaciones irregulares) debido a --causas infecciosas, de inadecuada alimentación o a diversas condiciones sociales.

B.- Causas Concepcionales.

Estas actúan en el momento de la concepción y es fácil comprender que para la normal realización de ésta, es necesaria la integri--dad de la salud física y mental de los progenitores en tales mo--mentos; cualquier trastorno psicossomático, sea una malformación o alteración genital del hombre, y muy particularmente de la mujer, o la acción de diversos factores morbosos, pueden modificar la --constitución biopsíquica de los gametos y hasta los procesos func--cionales del material genético durante la meiosis dando origen a una deficiencia mental.

Se ha hecho notar también que las alteraciones de las células germinales de los padres, por anomalías del testículo o del ovario - debido a carencias alimenticias --nutrientes proteícos, vitamínicos o minerales-- puede dar lugar a una D.M.

También podemos observar las condiciones de inmadurez y envejecimiento de los ovarios como uno de los factores causales en la deficiencia mental.

C.- Causas Postconcepcionales.

Estas las podemos subdividir en cuatro subgrupos que son las siguientes :

a) Causas prenatales.

Los elementos etiológicos de la deficiencia mental que obran durante la vida intrauterina o "in útero" afectan tanto a la madre como al producto obedeciendo a los factores generales que intervienen en la génesis de la deficiencia mental, en la siguiente forma :

- 1.- Por infecciones o parasitosis: durante los tres primeros meses del embarazo principalmente, algunas enfermedades virales se presentan; rubeola, sarampión, etc.

En la actualidad se ha olvidado que la sífilis es un factor frecuente, por el traspaso de la barrera placentaria, alrededor de los cuatro meses.

- 2.- Por acción tóxica : puede tratarse de una intoxicación endógena o exógena, es decir, por una uremia o diabétes en el primer caso y por óxido de carbono, plomo o mercurio.

El alcoholismo materno puede ser una causa para provocar deficiencia mental así como la quinina usada erróneamente para abortar. También se afirma que la radioterapia y la radiumterapia pélvica son responsables de daño cerebral. Cualquier uso inmoderado de medicamentos o drogas, sobre los primeros tres meses de la gestación son muy perjudiciales. La ingestión de anticonceptivos al principio del embarazo, puede presentar un riesgo para tener un deficiente mental.

3. Por acción Traumática : los traumatismos intenso sobre el útero en general y como consecuencia de los traumatismos por tentativas de aborto provocadas por instrumentos.
4. Por incompatibilidad sanguínea : generalmente se produce por la formación de anticuerpos maternos o también de aglutininas.
5. Por otras condiciones patógenas : trastornos metabólicos y endócrinos, la edad de la madre.

En esta etapa de la prenatalidad interviene el grado de desnutrición de la madre, se ha demostrado que el retardo del nacimiento prenatal de la mayoría de los prematuros es debido a una inadecuada nutrición fetal.

b) Causas perinatales.

Es importante en el momento de parto, se presenta un traumatismo obstétrico debido al conjunto de circunstancias adversas que se presentan en el momento del nacimiento y que frecuentemente presentan lesión encefálica con destrucción neuronal de trastornos funcionales vegetativos o de anomalías eléctricas, cuya existencia daña la integridad cerebral.

Durante el trabajo de parto, muchas causas entorpecen el aporte - de oxígeno al feto según los mecanismos indicados tales como : - las drogas administradas a la madre en forma irracional (analgésicos, anestésicos) anomalías de cordón, degeneraciones de la placenta, hemorragias y desprendimiento prematuro de la placenta.

c) Causas postnatales.

Estas se hacen presentes durante la primera y la segunda infancia o sea, desde los primeros días del recién nacido hasta alrededor de los siete años de vida y pueden ser infecciosas, tóxicas, traumáticas o ambientales. Entre las primeras la meningitis, encefalitis y meningo-encefalitis aguda de origen viral, algunas complicaciones neumónicas y sobre todo si se trata de una neumonía crónica tuberculosa y como consecuencia por alguna fiebre eruptiva.

Los traumatismos craneanos que sufre el niño con gran impacto sobre la masa encefálica frecuentemente con fractura de la bóveda - o la base del craneo.

d) Causas ambientales.

El medio ambiente está presente durante el desarrollo genético durante los procesos de la formación del ser humano en el vientre - materno y cuando el niño inicia sus primeras experiencias ante el mundo y el medio familiar.

El Dr. Heinas H. Berendes ha comprobado que las complicaciones -- del parto son manifestaciones de la baja calidad de los patrones culturales familiares, muy especial los de la madre, ella tiene - gran influencia positiva o negativa en todas las complicaciones - obstétricas y por consiguiente es un factor fundamental en la etiología de la deficiencia mental.

Es importante que los patrones culturales familiares en la deficiencia mental, cubran la vida del niño durante su vulnerabilidad y en los hábitos y cultura a las costumbres y modo de ser de los padres.

MANIFESTACIONES PSICOSOMATICAS
DE LA DEFICIENCIA MENTAL.

La sintomatología de la deficiencia mental es de una riqueza extraordinaria, y sus manifestaciones clínicas las hemos clasificado en la siguiente forma :

1. TRASTORNOS DE LA INTELIGENCIA.
2. TRASTORNOS SOMATOPSIQUICOS.
3. TRASTORNOS DE LA COMUNICACION HUMANA
4. TRASTORNOS EMOCIONALES.
5. TRASTORNOS PSICOSOCIALES.

Según sea el grado de la deficiencia mental, así sera el menor o mayor relieve que cobran estos diversos trastornos en sus cuadros clínicos, en los estados profundos predomina la sintomatología de los tres primeros grupos, con graves perturbaciones de la personalidad y deformaciones orgánicas. En los casos de mediana intensidad, la sintomatología aparentemente respeta la integridad somática del individuo, aunque predominan otros trastornos más o menos discretos.

En el primer grupo de esta clasificación englobamos los trastornos propiamente intelectuales; en el segundo las anomalías orgánicas junto a sus trastornos fisiológicos y psicológicos; en el tercero a toda la patología de la comunicación humana que gira alrededor del lenguaje; en el cuarto todo lo referente al temperamento (afectividad, emotividad, agresión e inhibición) y el quinto; los trastornos de la personalidad en relación con los factores ambientales.

1.- TRASTORNOS DE LA INTELIGENCIA.

Siendo una de las características primordiales de la deficiencia mental la inteligencia, sufre ésta diversas perturbaciones no solo cuantitativamente sino cualitativamente y aunque conceptuamos a la inteligencia como resultado integral del funcionamiento cerebral nos referimos; a la atención, concentración, memoria, y por otra a la imaginación, el juicio y razonamiento, el cálculo y la elaboración mental pueden ser medibles en su nivel mental llamado Cociente Intelectual (C.I.) y se cuantifica con una serie de baterías de pruebas psicológicas que se usan comunmente en las Instituciones y Escuela de Educación Especial :

- a) Test de Terman-Merrill, según la Escala de Stanford-Binet en su forma LM, con la que se evalúa al aspecto verbal, - la coordinación psicomotriz, la imagen corporal, obteniendo con ello el Cociente Intelectual (C.I.)
- b) El Test de Goodenought para completar la dinámica del concepto corporal.
- c) El Test de Bender Gestalt proporciona el conocimiento del área visomotora, desde el punto de vista neuronal.
- c) Test de Desarrollo Evolutivo de Gessell, permite observar el desarrollo evolutivo en el Area Motriz, Area Adaptativa, Area de Lenguaje y Area Personal Social.
- e) La Escala de Inteligencia de Wechler (Wisc), se divide en verbal y ejecución. La verbal califica: imaginación, comprensión, aritmética, analogías, vocabulario y retención de dígitos. Y la de ejecución: figuras incompletas, ordenación de dibujos, diseño de bloques, composición de objetos, claves y laberintos.

Según la Octava Revisión de la International Classification of ---
Deses de las Naciones Unidas se puede apreciar en menor y mayor -
grado el nivel intelectual, de acuerdo a una escala de parámetros
normales se ha establecido medir la inteligencia como base a su -
vez de la Clasificación de la Deficiencia Mental.

C L A S I F I C A C I O N .

<u>DEFICIENCIA MENTAL</u>	<u>COEFICIENTE INTELECTUAL</u>
<u>LIMITROFE</u>	<u>CI - 85 - 68</u>
<u>LEVE</u>	<u>CI - 67 - 52</u>
<u>MODERADA</u>	<u>CI - 51 - 36</u>
<u>SEVERA</u>	<u>CI - 35 - 20</u>
<u>PROFUNDA</u>	<u>CI - 20 - 0</u>

2.- TRASTORNOS SOMATOPSIQUICOS.

Entre las anomalías orgánicas se encuentran las que repercuten en el daño cerebral sobre todo en los casos de deficiencia mental -- profunda, se presentan deformaciones óseas del cráneo (macro y mi crocefalia, asimetría craneofaciales) del tórax de la cadera de - los miembros superiores e inferiores.

Como trastornos psicicos del sistema digestivo, observamos ane-- roxia, nauseas o vomitos, diarreas o constipación y dolores abdo-- minales.

Sobre el sistema cardiopulmonar, alteraciones de la respiración o del puso. Sobre el sistema urogenital se encuentran la inconti-- nencia de orina, eneuresis y anomalías de los órganos sexuales, - masturbaciones exageradas, homosexualismo y otras aberraciones se^uales.

Entre las alteraciones de la psicomotricidad se registran movimien^{to}s anormales; tics, temblores y convulsiones, así como parálisis, falta de movimiento, letras irregulares, trastornos de equilibrio, estación, marcha, fuerza y graves percepciones del espacio corpo^{ra}l.

3.- TRASTORNOS DE LA COMUNICACION HUMANA.

Comunicar significa hacer saber a los demás lo que uno expresa, - nos comunicamos con nuestros semejantes por medio del lenguaje y a través de este con sus propios signos y símbolos.

Al referirnos en particular los trastornos del lenguaje que por - lo general se presentan en la deficiencia mental citaremos los - siguiente :

Anomalías sensoriales, hipoacusia, afasia (alteraciones del lenguaje) disartria (defectos de la articulación de origen funcional o neurológico), dixlexia (dificultad de adquirir el lenguaje lecto-escritura por una perturbación cognositiva, perceptiva) --- disfocía (defectos de la voz por una perturbación del aparato de la fonación), dislalia (dificultad de la palabra debido a una -- malformación o a una lesión de los órganos expuestos de la fonación, laringe, lengua, etc.), tartamudeo (desorden de la comunicación) disgrafía (incapacidad de escribir la palabra escrita).

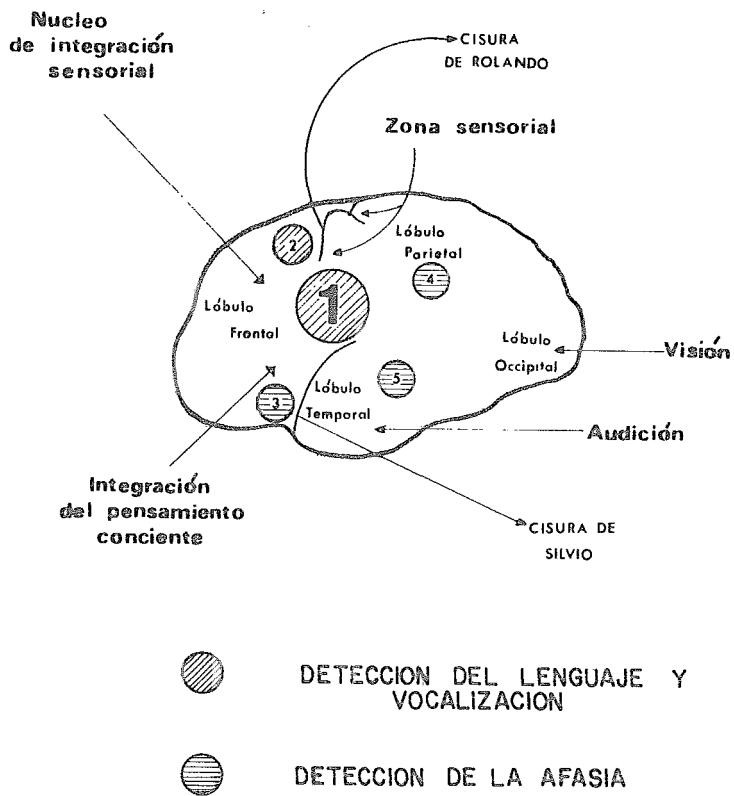


FIGURA DOS

4.- TRASTORNOS EMOCIONALES.

Estos se presentan en todas las categorías de la D.M., correspondiendo a alteraciones cerebrales del sueño y vigilia, afectividad y emotividad, agresividad e inhibición, todas ellas actúan en relación de la conducta.

5.- TRASTORNOS PSICOSOCIALES.

Por sus carencias personales y condiciones ambientales inadecuadas para el D.M., se angustia sufre y vive en un mundo incomprendible, es difícil descubrir su pensamiento y conducta.

Su conducta es insegura irregular y agresiva, hay explosiones de cólera y de violencia, en ocasiones temores o miedos principalmente a la obscuridad, en otras se presenta estados de fuga del hogar y de la escuela y a veces se refugian en su mutismo y soledad, en prácticas masturbatorias, estas más frecuentes en los D.M. profundos, en tanto que los D.M. leves se presenta otras aberraciones sexuales como el homosexualismo. Todas estas sintomatologías a veces cae en francas manifestaciones neuróticas.

CLASIFICACION DE FORMAS CLINICAS DE LA DEFICIENCIA MENTAL.

Clasificaremos la deficiencia mental en cinco grupos, tomando en cuenta su forma Clínica, Coeficiente Intelectual y Sintomatología.

DEFICIENCIA MENTAL LIMITROFE CI 85-68 (EDUCABLES)

(Primacía del psicólogo en el equipo multidisciplinario).

P R E S E N T A :

- a) Daño Cerebral Mínimo.
- b) Ausencia de sintomatología somática.
- c) Dificultad de movimientos finos.
- d) Perturbaciones para la idea, conceptualización y el juicio.
- e) Dificultad para la lecto-escritura y el cálculo.
- f) Hiperquinesia (movimientos estereotipados)
- g) Inadaptación social discreta.
- h) Con tratamiento adecuado, aparente normalidad.
- i) Puede realizar alguna carrera superior, pero con fracaso profesional

DEFICIENCIA MENTAL LEVE CI 67-52 (EDUCABLES)

(Primacía del psicólogo en el equipo multidisciplinario)

PRESENTA :

- a) Daño Cerebral Leve.
- b) Ausencia de sintomatología somática
- c) Hipoevolución discreta de la psicomotricidad y del lenguaje.
- d) Dificultad de movimientos finos.
- e) Perturbaciones para la idealización, la conceptualización, el juicio y la memoria.
- f) Mayores dificultades para el aprendizaje en general.
- g) Mayor dificultad para el cálculo.
- h) Perceptibles pero discretos trastornos de la comunicación humana.
- i) Problemas de conducta o hiperquinesis y a veces con agresividad.

DEFICIENCIA MENTAL MODERADA CI 51-36 (ENTRENABLES)

(Primacía del médico, psicólogo y maestro).

PRESENTA :

- a) Daño cerebral acentuado, focal o generalizado (E.E.G.)
- b) Trastornos somáticos más notables que en el grupo anterior.
- c) Trastornos notables de la comunicación humana.
- d) Trastornos emocionales variados y a veces serios.
- e) Trastornos psico-sociales acentuados y rebeldes.
- f) Complicaciones múltiples diversas (epilepsia).
- g) Dificultades para su incorporación social.

DEFICIENCIA MENTAL SEVERA CI 35-20 (ENTRENABLES)

(Primacía del médico, psicólogo y maestro)

PRESENTA :

- a) Daño Cerebral grave.
- b) Sintomatología más acentuada que el grupo anterior.
- c) Mayores problemas de la comunicación humana.
- d) Serios problemas de aprendizaje.
- e) Puede cubrir sus necesidades primarias.

- f) Dificultad para bastarse a sí mismo.
- g) Dificil incorporación social, pero pueden desempeñar trabajos en talleres protegidos.

DEFICIENCIA MENTAL PROFUNDA CI 20-CERO (DE CUSTODIA)

(Primacía del médico en el equipo multidisciplinario).

PRESENTA :

- a) Graves y generalizadas lesiones cerebrales.
- b) Serios y graves problemas somáticos (deformaciones óseas, musculares y sensoriales, etc.)
- c) Graves trastornos de la comunicación con ausencia a veces del lenguaje.
- d) No puede satisfacer necesidades primarias.
- e) Incapacidad para bastarse por si mismo.
- f) Insignificantes posibilidades de adaptación social.

PORVENIR DEL DEFICIENTE MENTAL.

El pronóstico cuya importancia es indiscutible en cualquier caso médico, en el Deficiente Mental cobra mayor interés por lo incierto de su futuro.

Este pronóstico comprende tres partes :

- a) Pronóstico de capacidad.
- b) Pronóstico de prevención.
- c) Pronóstico de evolución.

El primero consiste en determinar en lo posible, las condiciones biológicas y humanas en que se encuentra el Deficiente Mental, -- según sus carencias o posibilidades, haciendo un resúmen de cada una de sus condiciones positivas, para conocer su estado físico, - psicológico y saber con que recursos cuenta para enfrentarse a la vida.

El pronóstico de prevención consistirá en conocer cuales serán -- aquellas carencias que puedan fallar más en el desarrollo de ta-- les capacidades limitadas con los que cuenta a fin de tomar las - medidas pertinentes para tratar de evitarlas.

Su pronóstico de evolución tratará de vislumbrar a largo plazo su futuro, dadas esas carencias y limitaciones; y sus escasas capacidades y potencialidades, para lograr la incorporación a la sociedad.

TRATAMIENTO INTEGRAL.

Hemos expuesto bajo el análisis de las delicadas y finas estructuras del organismo humano y se ha observado como los trastornos -- estructurales --heredados o adquiridos-- y sus niveles biológicos y químicos a estratos macroscópicos generan diversos grados del - deficiente mental, a la vez como las tensiones ambientales que involucran elementos físicos o psicológicos que producen efectos sobre las estructuras y funcionamientos cerebrales.

Con la intervención del grupo profesional y del equipo multidisciplinario, se hará una síntesis de los aspectos médico-psicológico y pedagógico y se formulará :

- 1.- La valoración cuantitativa de todas las posibilidades del D.M.
- 2.- Se aplicarán debida y oportunamente las medidas terapéuticas en su conjunto capitalizando al máximo sus capacidades a través de toda su evolución.
- 3.- Se aprovechará sucesivamente los patrones favorables, familiares y socio-económico-culturales en la mejor forma - posible.
- 4.- Con todos estos elementos coordinados metodológicamente, se le preparará para la lucha por la vida, integrándolo a la sociedad.

VII METODOLOGIA.

HIPOTESIS.

De lo anterior expuesto se plantearon una serie de cuestiones - - que fungirán como hipótesis en esta investigación.

H_1 Se encontraron actitudes negativas en la mayoría de las - familias ante hijos D.M. adolescentes.

H_0 Se encontraron actitudes positivas de la familia ante hijos D.M. adolescentes.

1.- Entendemos como actitudes negativas las de "RECHAZO Y - - SOBREPOTECCION".

a) RECHAZO.- La no aceptación de la familia al tener un hijo D.M.

b) SOBREPOTECCION.- Cuidado exagerado de la familia hacia el D.M.

2.- Y como actitudes positivas las de "ACEPTACION FAMILIAR".

a) ACEPTACION FAMILIAR.- La familia está consciente de la deficiencia que padece su - hijo, por lo tanto no existe - conflicto.

Para poder clasificar en nuestra muestra el tipo de familia a la que pertenece el D.M. adolescente en cuanto al aspecto psicosocial se tomó la clasificación usada por el Departamento de Trabajo Social del Instituto de Medicina de Rehabilitación (S.S.A.) y del Centro de Capacitación para el Trabajo Mixto (S.E.P.). Ambas instituciones coincidieron en la misma clasificación que ha sido ob-

tenida por medio de un estudio socioeconómico y adaptada en la mayoría de las Instituciones.

CLASIFICACION DEL TIPO DE FAMILIA.

A.- FAMILIA INTEGRADA.

Cuando se compone por la madre, el padre y los hijos.

B.- FAMILIA FUNCIONAL.

Cuando no existe problemática familiar importante, ni ----
déficit económico.

C.- FAMILIA INTEGRADA Y ORGANIZADA.

Cuando cuenta con todos los integrantes de la familia y no
existe problemática familiar y económica.

D. FAMILIA INTEGRADA Y MAL ORGANIZADA.

Cuando cuenta con todos los integrantes de la familia, pe-
ro existe problemática familiar y económica.

E. FAMILIA DESINTEGRADA Y ORGANIZADA.

Cuando falta algún integrante de la familia ya sea el pa--
dre, la madre o alguno de los hijos (siempre y cuando sea
soltero) pero se encuentra la familia sin problema econó--
mico y familiar significando que a pesar de faltar algún -
integrante de la familia ésta se encuentra organizada por
los miembros que la integran actualmente.

F. FAMILIA DESINTEGRADA Y DESORGANIZADA.

Cuando falta algún integrante de la familia y las personas
que la integran en este momento cuenta con problema fami--
liar y económico.

NOTA : Cuando existen hijos casados en la familia esta no se clasifica como desintegrada, a pesar de que éstos no vivan en la misma casa ya que por estar casados no desintegran la familia.

SELECCION DE LA MUESTRA.

El tipo de nuestra muestra totalmente selectiva de la población en estudio fué tomada en acuerdo del diagnóstico médico descartando causas de : Parálisis Cerebral, Síndrome de Down, Meningo-Encefalitis, Epilepsia, Deficiencia Mental con Síndrome Esquizofrénico, etc. Obteniendo del archivo de Trabajo Social 25 casos de cada Institución.

Respecto a la edad de los adolescentes D.M. fué de 13 a 20 años de sexo masculino y femenino.

El 22 % de la población fué de una edad de 19 años a 19 11/12 contando con 11 sujetos masculinos y sin sujetos femeninos : un 32 % de 16 años a 17 11/12 teniendo 15 sujetos masculinos y un sujeto femenino; 20 % de 14 años a 15 11/12 con 6 sujetos masculinos y 4 sujetos femeninos; 12 % de 20 años a 20 11/12 con solo 6 sujetos masculinos; 8 % de 18 años a 18 11/12 contando también con solo 4 sujetos masculinos; y 6 % de 13 años a 13 11/12 con 2 sujetos masculinos y un femenino. Teniendo un total de 44 sujetos masculinos y 6 sujetos femeninos (ver cuadro 1).

C U A D R O " I "

EDAD	F	Fr	DISTRIBUCION		POR SEXO	
			MASCULINO	Fr	FEMENINO	Fr
13 años 11/12	3	6	2	4	1	2
14 años 11/12	5	10	4	8	1	2
15 años 11/12	5	10	2	4	3	6
16 años 11/12	9	18	8	16	1	2
17 años 11/12	7	14	6	14	0	0
18 años 11/12	4	8	4	8	0	0
19 años 11/12	11	22	11	22	0	0
20 años 11/12	6	12	6	12	0	0
T O T A L	50	100		88		12

Con respecto al tipo de escuela a la que asiste el D.M.; en el -- Instituto de Medicina de Rehabilitación (S.A.A.) en base a la en--
trevista realizada se encontraron casos de adolescentes D.M. que --
no asisten a ningun tipo de escuela; solo acuden para que se le --
administre medicamentos o ejercicios de rehabilitación, para su --
coordinación motora, ya que corresponde su C.I. a D.M. Moderado.

También encontramos en el Instituto de adolescentes que asisten a la escuela de grupos integrados que pertenecen a la (S.E.P.). Estos grupos integrados están formados por alumnos que tienen di--
ficultades visomotoras, por lo regular su C.I. corresponde al ras--
go Limítrofe, reciben en forma espontanea atención médica y psicoló--
gica en este Instituto. Los que asisten al Centro de Capacitación por lo general tienen atención médica y psicológica dentro de esta escuela. Algunos padres manifestaron tener consulta a nivel parti--
cular, correspondiendo su C.I. en su mayoría al rango de Leve y en algunos casos con un C.I. Limítrofe.

E S C E N A R I O .

Este estudio se llevó a cabo en el Centro de Capacitación para el Trabajo "Mixto" de la Secretaría de Educación Pública (S.E.P.) --
ubicado en Av. Primero de Mayo No. 29, Col. San Pedro de los Pinos y en el Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación de la Se--
cretaría de Salubridad y Asistencia (S.S.A.) ubicado en la calle --
de Mariano Escobedo No. 150, Col Anáhuac en la Ciudad de México.

El lugar donde se llevo a cabo la entrevista fué en el mismo Insti--
tuto Nacional de Medicina de Rehabilitación proporcionándonos un --
cubículo adecuado para la realización de nuestro estudio. En el --
Centro de Capacitación para el Trabajo "Mixto", la entrevista fué en un salón de clases y en el domicilio de las familias.

Agradecemos a ambas Instituciones las facilidades otorgadas para la realización de este estudio.

PROCEDIMIENTO.

Se tomó una muestra de 50 familias de los cuales 25 pertenecen al Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación y los otros 25 -- al Centro de Capacitación para el Trabajo "Mixto".

Nuestra muestra de población fué limitada debido a que en el Instituto de Medicina de Rehabilitación, asisten a consulta cada 2 ó 3 meses. Con referencia a los que pertenecen al Centro de Capacitación para el Trabajo "Mixto" fué difícil entrevistar a los padres de familia por la razón que algunos no asisten a la escuela con -- frecuencia, ya que algunos Deficientes Mentales de este centro tienen la capacidad de desarrollar sus propias capacidades tales como; dirigirse en forma independiente a su domicilio, por lo tanto hay poco contacto de la familia con la escuela, solo asisten a ésta ya sea por juntas o si algún maestro le pide que se presente.

Nuestra encuesta tiene una duración mínima de 1 a 2 horas por familia tanto del Instituto de Medicina de Rehabilitación como del Centro de Capacitación para el Trabajo "Mixto". Esto provocó ver a -- un grupo de familias en su domicilio, se elaboró un buen Rapport porque las familias mostraron demasiada resistencia, ansiedad y -- desconfianza al realizar la encuesta.

INSTRUMENTOS.

Los instrumentos fueron la entrevista clínica psicológica y complementada con nuestra encuesta especialmente para la obtención de --

los datos específicos planteados de nuestra hipótesis de trabajo.

En relación a nuestra clasificación del "Tipo de Familia" a la --- que pertenece el D.M. adolescente encontramos : el 56 % de los casos proviene de "Familias Desintegradas y Desorganizadas (F)"; 16 % son de "Familias Desintegradas y Mal Organizadas (D)"; 12 % -- pertenece a "Familias Integradas (A)"; el 8 % "Familias Desintegrad_udas y Organizadas (E)"; y el 8 % existe entre las familias funcionales (B) y Organizada e Integrada (C). (Ver cuadro 2)

C U A D R O " 2 "

TIPO DE FAMILIAS

	F	Fr
INTEGRADA "A"	6	12
FUNCIONAL "B"	2	4
ORGANIZADA E INTEGRADA "C"	2	4
INTEGRADA Y MAL ORGANIZADA "D"	8	16
DESINTEGRADA Y ORGANIZADA "E"	4	8
DESINTEGRADA Y DESORGANIZADA "F"	28	56
T O T A L	50	100

En cuanto a la escolaridad de cada familia del D.M., se encontró - que el 2 % son analfabetas perteneciendo a "Familias Desintegradas y Desorganizadas (F). Con respecto al grado de estudios completos a nivel primaria existe el 16 % perteneciendo a "Familias Desintegradas y Organizadas (E); secundaria el 16 % siendo "Familias Integradas y Mal Organizadas (D); preparatoria 16 % "Familias Organizadas e Integradas (C); y el 4 % profesional existiendo en el grupo de "Familias Integradas (A)".

Hacemos notar que el tipo de familia que pertenece cada nivel educativo, es el mismo que se citó anteriormente para el nivel de estudios incompletos: primaria 16 %; secundaria 12 %; preparatoria - 10 %; profesional 8 %. (Ver cuadro "3").

C U A D R O "3"

DISTRIBUCION DE ESCOLARIDAD DE LAS FAMILIAS DE LOS D.M.

E S C O L A R I D A D		F	Fr	PROMEDIO GLOBAL
ANALFABETA		1	2	2 %
PRIMARIA	completa	8	16	32 %
	incompleta	8	16	
SECUNDARIA	completa	8	16	28 %
	incompleta	6	12	
PREPARATORIA	completa	8	16	26 %
	incompleta	5	10	
PROFESIONAL	completa	4	8	12 %
	incompleta	2	4	
T O T A L		50	100	100 %

ESTADISTICA.

Se realizó una encuesta a los padres de familia (ver apéndice 1) y ésta se sometió a un grupo de jueces psicólogos de la Facultad de Psicología, para verificar si las preguntas estaban de acuerdo a la que queríamos investigar respecto a nuestro estudio en Tesis.

Para medir la confiabilidad se tomaron las siguientes variables.

- 1.- Rapport. (es la confianza y seguridad que se le brinda a una persona).
- 2.- Escolaridad de la Familia de los Deficientes Mentales y - Conocimiento del Padecimiento de la D.M. (asimilación - - de la información que se les han impartido a las familias por el grupo multidisciplinario en donde asisten los Deficientes Mentales).
- 3.- Tiempo (período utilizado en realizar la encuesta).
- 4.- Lugar (especificación donde se realizó la encuesta).

1.- R A P P O R T .

Para obtener la confiabilidad del Rapport se presentan los siguientes datos estadísticos.

f	función de densidad binomial.
(x)	numeración de la encuesta
n	número de familias
P	éxito en el Rapport
(1-P)	fracaso en el Rapport.

$$f(x) = \binom{n}{x} p^x (1-p)^{n-x}$$

$$f(x) = \binom{50}{x} (0.8)^x (1-0.8)^{50-x}$$

$$f(x) = \binom{50}{x} (0.8)^x (0.2)^{50-x}$$

"Esperanza" (dato estadístico) nos va a explicar dónde se encuentran situadas las personas en cuanto al comportamiento de Rapport.

La "Esperanza" de la función binomial es :

$$E(x) = np \quad \text{donde } n = 50 \quad p = 0.8$$

$$E(x) = 50 (0.8) = 40$$

Por lo tanto 40 (número de personas) nos indica el éxito de Rapport.

Ω Nuestro espacio muestral fué de 50 familias

- x Variable aleatoria (función estadística) - que demostrará el comportamiento de las familias (resistencia, angustia, sensibilidad). La función de este comportamiento - se asemeja a la función de densidad Binomial en cuanto a la variable del Rapport. Los parámetros son 50.80 (50,08) donde 50 es el número de familia, 0.8 el 80 % del Rapport, las encuestas fueron numeradas -- describiendo la observación de las conductas de cada persona para obtener el porcentaje antes mencionado.

Utilizaremos la "varianza para abarcar el esparcimiento de las -
personas :

$$\begin{aligned} \text{Varianza} &= np (1 - p) \\ (50) (0.8) (1 - P) &= (50) (8.0) x (0.2) = 8 \text{ (varianza)} \end{aligned}$$

Nuestra Rapport por el resultado de la varianza fué favorable por lo tanto el resultado es favorable.

2.- ESCOLARIDAD Y CONOCIMIENTO DE LA D.M.

a) ESCOLARIDAD.- Observar Cuadro " 3 " de la página

b) CONOCIMIENTO DE LA D.M.- cuando se elaboró el Rapport a las familias se les preguntó antes de la entrevista si se les proporcionó información acerca de la D.M. y se observó lo siguiente :

Un 80 % tiene información acerca del conocimiento de la D.M. en base a conferencias que les ha proporcionado el grupo multidisciplinario. Se obtiene un promedio de la escolaridad 50 % y del conocimiento de la D.M. para obtener el resultado si las familias concen el padecimiento :

$$50 \% + 80 \% = \frac{130}{2} = 65 \%$$

Este porcentaje que se obtuvo se comporta como una función de distribución POISSON (dato estadístico por lo tanto :

$K = 50$ (número de familia) y λ (Lambda promedio) 65 %
 $x \Omega 50 \{ \text{(familias)} \} \xrightarrow{\text{función}} 1, 2, 3, \dots, 50$ número de preguntas.

Ahora queremos saber que número de preguntas contestaron sin titubear o más o menos espontáneamente cada familia.

La siguiente función es la que nos muestra la distribución de las preguntas, utilizando como ejemplo 3 preguntas diferentes :

(x) = 1,2,3..... 50 No. de preguntas

$$f(x) = \lambda^x \frac{e^{-\lambda}}{x!}$$

e = 2.7182818 (dato específico de la fórmula)

x = factorial de un número.

$$f(x) = .65^x \frac{e^{-65}}{x!}$$

$$f(x) = .65^x \frac{(2.7182818)^{-65}}{x!}$$

$$f(1) = .65^1 \frac{(2.7)^{-65}}{1!} = .33$$

$$f(2) = .65^2 \frac{(2.7)^{-65}}{2!} = .11$$

$$f(3) = .65^3 \frac{(2.7)^{-65}}{3!} = .02$$

Los resultados obtenidos (.33, .11, .02) nos indica el número de personas que contestaron erróneamente las preguntas.

Obtuvimos "Esperanza" .65 u "Varianza" .65, esto nos demuestra que el 65 % de preguntas de la encuesta son confiables.

3.- TIEMPO.

La duración de la encuesta fué de 2 horas aproximadamente, se obtuvo un promedio en minutos equivalente a la duración de la encuesta que fué de 90 minutos.

Para calcular el tiempo que se otorgó a cada pregunta se obtuvieron los siguientes datos :

$$\frac{90 \text{ tiempo}}{50 \text{ preguntas}} = 1.8 \text{ (casi 2 minutos por pregunta)}$$

Tomando en cuenta que en algunas preguntas la duración del tiempo fué menor dando un buen intervalo para cada pregunta.

4.- L U G A R.

El 40 % se realizó en el domicilio de las familias, ya que algunas familias al ser entrevistadas en el Instituto o en la Escuela, las percibimos indispuestas al realizar la encuesta, y en su domicilio en base al Rapport se mostraron más tranquilas quizá por que se encontraban en su hogar o su medio ambiente.

El 35 % se realizó en un cubículo del Instituto y se encontraron indispuestas, ya que ese día que las entrevistamos estaban citadas para consulta.

El 25 % fueron entrevistadas en el salón de clases de la Escuela porque algunas madres trabajan y es difícil localizarlas en su domicilio, se mostraron precipitadas al contestar la encuesta, pero indispuestas.

CONCLUSIONES.

Tomando en cuenta estas variables expuestas anteriormente (bajo -- el análisis estadístico) reflejan un comportamiento adecuado y una eficiencia en la encuesta a la hora de captar la información; ya -- que nuestro Rapport, la Escolaridad de la familia, conocimiento de padecimiento de la D.M., tiempo, lugar, favorecieron nuestra en- -- cuesta.

Tomamos como parámetros de la entrevista, los siguientes puntos :

- A.- CONOCIMIENTO DEL PADECIMIENTO DE LA DEFICIENCIA MENTAL.
- B.- EDAD DE DETECCION DE LA D.M.
- C.- ACTITUDES FAMILIARES ANTE EL HIJO D.M.
- D.- ACEPTACION SOCIAL ANTE EL D.M. ADOLESCENTE.
- E.- ACTIVIDADES DE CUIDADO PERSONAL DEL D.M. ADOLESCENTE
- F.- TIPO DE ESCUELA DEL D.M.

A continuación explicaremos el motivo por el cual tomamos como pará metros los puntos citados y que preguntas de la entrevista están re lacionados.

- A.- CONOCIMIENTO DEL PADECIMIENTO DE LA D.M.

Va a señalar el grado de concientización que tiene la fa-
milia acerca de la D.M.

PREGUNTAS : 1, 6, 10, 23, 24, 31, 35, 39, 45

B.- EDAD DE DETECCION DE LA D.M.

Es importante para observar el desarrollo psicomotor e intelectual en el cual va evolucionar su hijo D.M.

PREGUNTAS : 2, 7, 15, 22, 30

C.- ACTITUDES FAMILIARES ANTE EL HIJO D.M.

Como se maneja la dinámica familiar ante un hijo del D.M.

PREGUNTAS : 2, 6, 8, 14, 21, 26, 29, 34, 38, 46

D.- ACEPTACION SOCIAL ANTE EL D.M. ADOLESCENTE.

El conocimiento que tiene la sociedad acerca de que estos Deficientes Mentales pueden desarrollar actividades dentro de sus límite y como se encuentran marginados por su deficiencia.

PREGUNTAS : 4, 12, 19, 25, 44, 47, 48, 49, 50

E.- ACTIVIDADES DE CUIDADO PERSONAL DEL D.M. ADOLESCENTE.

Capacidades que pueden desarrollar para ser independientes.

PREGUNTAS : 5, 11, 20, 27, 32, 36, 37, 41, 42, 43

F.- TIPO DE ESCUELA DEL D.M.

Tener información del nivel educativo en el que se desenvuelve para que en el futuro puedan estar aptos para el - trabajo.

PREGUNTAS : 9, 13, 18, 28, 33, 40

VIII RESULTADOS.

EL CONOCIMIENTO DEL PADECIMIENTO DE LA D.M. lo encontramos en un - 66 % ya que estas familias dijeron tener información por el grupo multidisciplinario de trabajo de ambas Instituciones el 24 % tiene información limitada y el 10 % no tiene información porque no tienen interés por el padecimiento de su hijo y su nivel de escolaridad es muy bajo (ver cuadro "A").

C U A D R O " A "

CONOCIMIENTO DEL PADECIMIENTO DE LA D. M.

CONOCIMIENTO	F	Fr
INFORMACION DE LA D.M.	33	66
INFORMACION LIMITADA DE LA D.M.	12	24
NO HAY INFORMACION DE LA D.M.	5	10
T O T A L	50	100

En cuanto a la EDAD DE DETECCION DE LA D.M. solo el 44 % se dieron cuenta después del año de edad, al acentuarse más las deficiencias motoras del niño y agregando un factor muy importante como es la - incapacidad de aprendizaje, en las áreas del lenguaje, marcha y - control de esfínteres; el 40 % de estas familias se dieron cuenta del padecimiento en los primeros meses de edad hasta antes del año de edad, mencionando las madres que el comparar a este niño D.M. - con los otros hermanos ya que no respondía su hijo a los estímulos de igual forma motivo por el cual acudieron inmediatamente al médico; finalmente el 16 % de las madres no recordaron la fecha o edad cuando empezó a estar "enfermo su hijo" (ver cuadro "B").

C U A D R O " B "

EDAD DE DETECCION DE LA D.M.

EDAD	F	Fr.
NACIMIENTO 3/12	3	6
4/12 hasta 12/12	17	34
DESPUES DEL AÑO	22	44
NO LO RECUERDA	6	16
T O T A L	50	100

LA ACTITUD DE LA FAMILIA ANTE UN HIJO D.M. en cuanto al rechazo - lo detectamos por medio de la entrevista clínica (preguntas : 3, 7, 8, 17, 34, 38, 26, 46), el 64 % ha sido motivo de conflictos -- familiares siendo en ocasiones el pretexto para que uno de los cónyuges abandonen el hogar, siendo por lo regular el padre. Con respecto a la aceptación (preguntas 14, 29, 37) para con su hijo D.M. se mostró que el 36 % manifiesta no tener problemática familiar, - aceptando a su hijo D.M. Cabe señalar dentro estas actitudes la - sobreprotección (preguntas 21, 27, 32, 43) ya que la mayoría de - las madres tiene esta actitud y no dejan que sus hijos sean inde--pendientes (ver cuadro "C").

C U A D R O "C"

ACTITUDES FAMILIARES ANTE UN HIJO D.M.

ACTITUDES	F	Fr.
RECHAZO	22	64
ACEPTACION	18	36
T O T A L	50	100

LA ACEPTACION SOCIAL en cuanto al rechazo o aceptación del D.M. -- fué la siguiente : el 84 % es rechazado (preguntas : 12, 19, 25, - 47, 48, 49) manifestando las familias de los D.M. que la sociedad los rechaza por que la enfermedad es "contagiosa" y sus hijos normales pueden adquirir malos hábitos del D.M., el 16 % de los casos es aceptado el D.M. en la sociedad (preguntas 44, 50) (ver cuadro "D").

C U A D R O "D"

ACEPTACION SOCIAL.

	F	Fr
ACEPTACION	8	16
RECHAZO	42	84
T O T A L	50	100

En relación a las ACTIVIDADES DE CUIDADO PERSONAL en forma independiente con respecto a la manera de comportamiento adecuado durante los alimentos (no ensuciarse, tirar la comida, molestar a los demás con los mismos alimentos) manifestaron un 32 % con las actividades que se refieren a las de higiene personal tales como : lavarse, -- peinarse, bañarse, etc., el 30 % en cuanto a las habilidades para vestirse correctamente el 20 % de los casos.

Ahora hablaremos de las actividades de cuidado personal en forma dependiente : vestirse 8 %; alimentación 6 %; higiene 4 %; (ver - cuadro "E")

C U A D R O " E "

ACTIVIDADES DE CUIDADO PERSONAL.

ACTIVIDADES		F	Fr
VESTIDO	INDEPENDIENTE	10	20
	DEPENDIENTE	4	8
ALIMENTACION	INDEPENDIENTE	16	32
	DEPENDIENTE	3	6
HIGIENE	INDEPENDIENTE	15	30
	DEPENDIENTE	2	4
T O T A L		50	100

Respecto a la ESCOLARIDAD DEL D.M. el 76 % se encuentra en Escuela de Educación Especial (Centro de Capacitación para el Trabajo) en los cuales son adiestrados los D.M. en talleres: carpintería, plásticos, cocina, bordados y tejidos, decoración, etc.; el 18 % se encuentra en Escuela Regular de Grupos Integrados donde además de -- cumplir con sus materias escolares prácticas oficios sencillos; -- técnicos en radio, mecánico-automotriz, peluquería, bordados, tejidos, cocina, decoración, estos adolescentes asisten al Instituto de Rehabilitación para atención de terapia física, ya que algunos padecen trastornos psicomotores, pero a base del tratamiento rehabilitatorio están superándose, siendo su Coeficiente Intelectual - Límitrofe lo cual nos indica que tienen capacidades para realizar actividades dentro de esta escuela; por último el 8 % de estos adolescentes no asisten a ninguna escuela perteneciendo a familias -- Desintegradas y Desorganizadas (F) (ver cuadro "F").

C U A D R O " E "

TIPO DE ESCUELAS A LA QUE ASISTE EL D.M.

ESCUELA	F	Fr
NO ASISTEN A LA ESCUELA	4	8
EDUCACION REGULAR	8	16
EDUCACION ESPECIAL	37	76
T O T A L	50	100

IX. CONCLUSIONES.

A través de los Resultados en cada uno de los tabuladores elaborados se pudo corroborar que nuestra hipótesis de trabajo es "Aceptada".

H₁.-- Se encontraron actitudes negativas de la mayoría de las familias ante hijos Deficientes Mentales Adolescentes.

Al analizar los Cuadros podemos observar lo siguiente :

- Que la mayoría de las familias estudiadas pertenecen a la "Desintegradas y Desorganizadas", teniendo una problemática familiar y económica.
- La mucha o poca "información adecuada" que tiene la familia del Deficiente Mental les ha sido proporcionada por parte - del equipo multidisciplinario de trabajo de las Instituciones.
- La detección de la D.M. en nuestra muestra ha sido hasta "Después del Año" por diversos motivos como son : atención inadecuada del parto, falta de conocimiento por parte de la familia sobre el nacimiento del D.M.
- En cuanto a la actitud de la familia existe "Rechazo" para con su hijo D.M. ya que este ha sido causa y motivo de conflictos familiares, usándolos como pretexto para que alguno de los cónyuges abandone el hogar.
- El adolescente D.M. tiene demasiadas limitaciones en la sociedad, esta lo "Rechaza por su aspecto físico que a su vez causa repulsión, la poca importancia que se le da a su educación y la burla constante de que es objeto.

X ANALISIS DE DATOS.

Referente al tipo de familia de acuerdo a nuestra clasificación, - el mayor porcentaje correspondió a la "FAMILIAS DESINTEGRADAS Y - DESORGANIZADAS" (F) 56 %, en las cuales existe problemática familiar y económica, estas situaciones son dadas debido a un bajo índice - cultural, existiendo conflicto entre las parejas que por lo general presentan conductas culpígenas o de abandono del hogar por parte -- de uno de los cónyuges, casi siempre el padre. Debido a la falta - de figura paterna se encuentran problemas de tipo económico, ya -- que la mayoría de las madres dependen económicamente de éste (Cua-- dro "2").

En cuanto a la escolaridad de las familias del adolescente D.M. se encontró que el mayor porcentaje de personas 35 % tienen un nivel de educación primaria incompleta. Tomando en cuenta que nuestra - muestra fué aleatoria esto nos refleja un índice alto de población que no tiene las capacidades necesarias y suficientes para el ade-- cuado manejo del hijo D.M. (cuadro "3").

En el conocimiento del padecimiento de la D.M. el 66 % de los pa-- dres de familia tienen la información adecuada (casi siempre pro-- porcionada por el equipo multidisciplinario) de la Institución a - donde asisten sus hijos. Es importante proporcionar a estos adole-- scentes un tratamiento integral de acuerdo a sus limitaciones psi-- cofísicas, proporcionando a la vez información y orientación a la familia para facilitar la integración de sus hijos a la vida futura (Cuadro "A").

La edad de detección de la D.M. en los hijos de las familias estu-- diadas encontramos que se presenta después del año en un 44 %

Todo tratamiento del niño D.M. debe ser iniciado lo más temprano - posible para aprovechar los primeros años de vida en donde hay mayor plasticidad y capacidad de aprendizaje del niño, esto es posible si el equipo multidisciplinario tiene la posibilidad de observación y seguimientos biológicos, psiquiátricos y sociales del Deficiente Mental para poder aprovechar al máximo su rehabilitación y tenga mayor éxito (Cuadro "B").

La actitud familiar ante el adolescente D.M. fué en un 64 % de rechazo, esto ha sido motivo de conflictos familiares, ya que se encuentran carencias materiales y desajustes emocionales existiendo un ambiente patológico, estas actitudes y reacciones de los padres son de primordial importancia para el adecuado desarrollo del D.M. (Cuadro "C").

En nuestro estudio encontramos que la sociedad rechaza en un 84 % al D.M. por lo que es importante interesar a la comunidad de las limitaciones que requiere el D.M. concientizando a las autoridades e industrias para dar una seguridad social y económica al Deficiente Mental que hasta ahora ha negado. Los Deficientes Mentales son capaces de realizar trabajos sencillos bajo supervisión, esto sería en beneficio de ellos ya que podrían ganar dinero y no siempre depender de la familia (Cuadro "D")

XI LIMITACIONES.

- 1.- Este es un estudio piloto que anteriormente no había sido motivo de estudio.
- 2.- Nuestra muestra necesita afirmarse más y validarse con un mayor número de casos para poder hacer generalizaciones.
- 3.- La generalización que se hace es solo respecto a nuestra muestra.
- 4.- Por tiempo, economía y disponibilidad las familias de nuestra muestra son solo 50 casos.
- 5.- Solo se hizo en dos Instituciones en donde : acuden irregularmente al Instituto de Medicina de Rehabilitación - (S.S.A.) y regularmente al Centro de Capacitación para adolescentes "Mixto" (S.E.P.)
- 6.- No se aplicó la encuesta a más familias, no ha sido detectados por diversos motivos las D.M.; capacitación particular, ocultamiento por parte de las familias del hijo deficiente mental .

XII SUGERENCIAS.

Analizando lo anterior, es importante puntualizar que para una --- mejor solución al problema de la Deficiencia Mental en los adole-- scentes, sería conveniente tomar en consideración las siguientes - sugerencias :

- I.- Orientar e informar a la familia respecto a la deficiencia mental, para lograr una mayor comprensión del problema y proyectar a corto y largo plazo un programa específico, que esté de acuerdo con las necesidades y capacidades del adolescente deficiente mental. Esta orientación debe ser informada por médicos, psicólogos y pedagogos.
- II.- Crear centros situados en lugares estratégicos del país, para el manejo integral en la familia con respecto a su hijo deficiente mental.
- III.- Capacitar personal para un mejor estudio y manejo del de deficiente mental.
- IV.- La integración real y a corto plazo de los Centros de Re habilitación y Educación Especial (Centros de Capacita-- ción para el Trabajo) existentes en el país.
- V.- Que la finalidad de las acciones de los profesionales que integran el grupo interdisciplinario de rehabilitación - sea ejecutada con la misma mística en todos los niveles de salud.
- A.- Casas de Salud y Centros de Salud Rurales, en donde se - inicie el tratamiento rehabilitatorio del D.M.

- B.- En la comunidad, para una detección precoz de la D.M.
- C.- En la escuela de Educación Especial, donde la rehabilitación sea completa, para que se valga por sí mismo el D.M. hasta donde sea posible.
- D.- Por último Centros que cuenten con el equipo interdisciplinario completo para elaborar programas de investigación, tratamiento, formación de personal y así poder ejercer acciones más directas y de retroalimentación al resto de los niveles, mejorando la rehabilitación del D.M.

Es importante interesar a los industriales directivos de empresas de toda índole hasta llegar a las altas autoridades de la Secretaría de Trabajo y organismos oficiales del gobierno para obtener -- contratos de trabajos (especialmente máquina fácil de manejar) establecer un ritmo adecuado de trabajo para el D.M.

Consideramos que la correcta aplicación de estos lineamientos, redundará en un beneficio único y exclusivo de quienes más lo necesitan en este caso los D.M. ya que también tienen derecho a disfrutar de mejor tipo de vida dentro de nuestra sociedad.

XIII APENDICE

NOMBRE _____

EDAD _____ SEXO _____

COEFICIENTE INTELECTUAL _____

LUGAR DONDE SE REALIZO LA ENTREVISTA _____

FECHA _____

OBSERVACIONES _____

- 1.- ¿ Que enfermedad tiene su hijo ?
- 2.- ¿ Cuando se dió cuenta de que estaba enfermo su hijo ?
- 3.- ¿ Ha provocado conflictos familiares la presencia de tener un hijo D.M. ?
- 4.- ¿ Cuando las personas se dan cuenta del problema de su hijo ? ¿ Como se comportan ?
- 5.- ¿ Cuáles son los problemas más importantes que ha observado de su hijo ?
- 6.- ¿ La manera de comportarse de su hijo ha sido motivo para que la familia lo acepte o lo rechace ?
- 7.- ¿ Que edad tenía su hijo cuando se dió cuenta del problema ?
- 8.- ¿ Fué hijo deseado al momento de enterarse de que estaba embarazada ?
- 9.- ¿ Con que frecuencia tiene atención psicológica su hijo ?

- 10.- ¿ Que haría usted al saber que pudiera tener un hijo D.M. ?
- 11.- ¿ Cuando se sienta a la mesa su hijo que tipo de problemas ocasiona ?
- 12.- ¿ Se integra su hijo a reuniones familiares o sociales ?
- 13.- ¿ A que tipo de escuela asiste su hijo ?
- 14.- ¿ Cuando hace travesuras su hijo como lo reprende ?
- 15.- ¿ Considera que es importante observar en la edad que - - empiezan a sentarse, hablar, caminar, control de esfín teres ?
- 16.- ¿ Cree usted que su hijo es un inválido ?
- 17.- ¿ Los problemas que su hijo presenta, han representado con flictos familiares ?
- 18.- ¿ Tiene actualmente problemas para la educación de su hijo y cuáles son ?
- 19.- ¿ Sus vecinos le permiten jugar a sus hijos con el suyo ?
- 20.- ¿ Hace solo las actividades de cuidado personal su hijo - (bañarse, vestirse, comer, etc.) ?
- 21.- ¿ Quien escoge los amigos de su hijo ?
- 22.- ¿ Se dió cuenta que el desarrollo de su hijo no era nor-- mal con relación a sus otros hijos o con otros niños ?
- 23.- ¿ Cree que el desarrollo físico pueda tener algo con la - D.M. ?
- 24.- ¿ Podría decirme que entiende sobre la D.M. ?
- 25.- ¿ Tiene usted amistades ?
- 26.- Su familia (primos, tíos, etc.) aceptan a su hijo

- 27.- ¿ Se comporta igual cuando sale a comer fuera que cuando lo hace en su casa ?
- 28.- ¿ Tiene atención psicológica su hijo ?
- 29.- ¿ Qué medidas ha tomado la familia para asegurar el futuro de su hijo ?
- 30.- ¿ A que edad empezó a caminar, sentarse, lenguaje y control de esfínteres ?
- 31.- ¿ Le han proporcionado información de la D.M. y quién ?
- 32.- ¿ Su hijo tiene la capacidad de comportarse, sólo cuando usted sale ?
- 33.- ¿ Asiste a la escuela su hijo ?
- 34.- ¿ Su familia está integrada por el padre e hijos ?
- 35.- ¿ Qué piensa sobre lo que su hijo tiene ?
- 36.- ¿ Puede asistir a reuniones sociales solo su hijo ?
- 37.- ¿ Considera que su hijo puede valerse por sí mismo ?
- 38.- ¿ Por lo regular como es el estado de ánimo de usted y de la familia ?
- 39.- ¿ Cree usted que la Deficiencia Mental de su hijo es permanente ?
- 40.- ¿ Que actividades le agradan a su hijo desempeñar ?
- 41.- ¿ Su hijo la obedece ?
- 42.- ¿ Va a mandados su hijo ?
- 43.- ¿ Su hijo tiene actividades dentro de la casa ?
- 44.- ¿ Los amigos de sus otros hijos aceptan a su hijo D.M. ?
- 45.- ¿ Cree usted que su hijo se va a curar ?

- 46.- ¿ Se apena ante las personas de tener un hijo D.M. ?
- 47.- Ha notado que las personas se burlan o lo miran "con malos ojos"
- 48.- Siente usted que son rechazados o aceptados por las personas al tener un hijo D.M.
- 49.- Lo invitan sus vecinos a reuniones.
- 50.- Tiene amistades con padres que tienen hijos D.M.

XIV BIBLIOGRAFIA.

- 1.- AMERICAN JOURNAL OF MENTAL DEFICIENCY
ADAPTATION AND MALADAPTIVE BEHAVIOR OF IDIOTS SAVANTS
1979 BOL. 82 No. 3 PAG. 308-311
- 2.- AMERICAN JOURNAL OF MENTAL DEFICIENCY
RELATIONSHIP BETWEEN DIMENSIONS OF ADAPTIVE BEHAVIOR AND
SHELTERED WORKSHOP PRODUCTIVITY.
- 3.- ARNOLD GESSEL
DIAGNOSTICO DEL DESARROLLO
2a. EDICION EN ESPAÑOL.
EDITORIAL PAIDOS BUENOS AIRES 1976.
- 4.- CORONADO GUILLERMO DR.
TRATADO SOBRE CLINICA DE LA DEFICIENCIA MENTAL.
EDITORIAL CONTINENTAL.
- 5.- CORONADO GUILLERMO DR.
PROBLEMAS DE DESNUTRICION Y DEFICIENCIA MENTAL.
VOL. XII 1970
- 6.- DEL TORO GUSTAVO DR.
PROBLEMATICA DE LA REHABILITACION INTEGRAL EN NUESTRO MEDIO
Y POSIBLES SOLUCIONES.
PRIMER SIMPOSION NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL EN REHABILITA-
CION.
NOVIEMBRE 1976 MEX.

- 7.- HUGHES J.G.
PROBLEMAS COMUNES DE CONDUCTA
MEMPHIS TEM U.S.A.
- 8.- JOHN L. PRHILLIP.
LOS ORIGENES DEL INTELECTO SEGUN PIAGET
EDITORIAL FONTANELLA
- 9.- J. DE AJURIAGUERRA
MANUAL DE PSIQUIATRIA INFANTIL
EDITORIAL TORAY-MASSON
- 10.- J. EHRENWALD
NEUROSIS EN LA FAMILIA
- 11.- LEVIS MEHIN
DESARROLLO PSICOLOGICO DEL NIÑO
EDITORIAL INTERAMERICANA
- 12.- LHERMITTE
LOS MECANISMOS CEREBRALES
EDITORIAL LOZADA BUENOS AIRES
- 13.- MIRA Y LOPEZ
PSICOLOGIA EVOLUTIVA DE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA.
9a. EDICION BUENOS AIRES.
- 14.- MONTERO MARITZA
CARACTER Y AMBIENTE
EDITORIAL GRIJALVO.
15. MORAGAS J
PSICOLOGIA, NIÑO, ADOLESCENTE
EDITORIAL LOBOR ESPAÑA



- 16.- MUSSEN, CONGER, KAGAN
DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD DEL NIÑO
EDITORIAL TRILLAS
- 17.- MANUAL DE INFORMACION DE LA DEFICIENCIA MENTAL EN MEXICO
S.E.P.
- 18.- NOBREGA F.J.
DEFICIENCIA MENTAL Y ERRORES DE METABOLISMO
ALHENEA S.A. 1969 SAO PAULO BRASIL
- 19.- TOMANASI A. ENRIQUE DR.
PATERNIDAD Y RESPONSABILIDAD.
-