

11226
2ej
119

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1
CULIACAN, SINALOA

"Retraso Mental en Niños en Edad Escolar como causa de
Disfunción Familiar".

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

DRA. ALBA ELENA GONZALEZ VALDES

CULIACAN, SINALOA

ENERO 1984



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.

CONTENIDO.

CAPITULO I:

INTRODUCCION	PAG. 1
ANTECEDENTES	" 4
HIPOTESIS	" 11

CAPITULO II:

OBJETIVOS	PAG. 11
MATERIALES Y METODOS	" 11
RESULTADOS	" 12

CAPITULO III:

COMENTARIO	PAG. 22
CONCLUSIONES	" 24
BIBLIOGRAFIA	" 25

CAPITULO I. INTRODUCCION.

El retraso mental con sus grados diversos y causas varias , ha sido a través de la historia motivo de angustia para la sociedad y particularmente para las familias de las que estas personas forman parte.

Así, en la antigua Grecia los niños que nacían con defectos físicos o mentales eran arrojados a precipicios en su afán de acabar con este problema, que para ellos no significaba otra cosa que la erradicación de lastres sociales.

Esta misma tendencia, en sus diversas modalidades se ha observado en otras culturas antiguas y aún en la era moderna; durante el nazismo estas personas eran sistemáticamente esterilizados y marginados.

Otros esfuerzos mas positivos y con mayor humanismo se han realizado con miras a mejorar su calidad de vida. En 1955 en el Congreso de Organización del Trabajo, se puntualizó por primera ocasión la necesidad de brindar educación especial a los niños con impedimentos.

A partir de esta fecha , se han logrado avances inconstantes en este campo y en años recientes han cobrado nuevo auge gracias al apoyo de organismos internacionales y a los esfuerzos locales en los diferentes países por los organismos oficiales.

Así en la actualidad se cuenta con legislación internacional relativa a sus derechos como individuos acreedores

de educación especial y de esta forma lograr un desarrollo óptimo de su potencial físico y mental y así incorporarlos a la sociedad con las menores desventajas posibles.

Dentro de la familia, las principales dificultades con que se encuentra un niño con retraso mental al buscar se esta rehabilitación, son por un lado, la sobreprotección ejercida por los padres, derivada del sentimiento de culpa por su advenimiento en condiciones tan desfavorables y por el otro lado, el hecho de que el rechazo de este miembro, por parte de la sociedad se traduce en vergüenza de padre y hermanos y consecuentemente en una mayor marginación.

A estos problemas se agrega el hecho de que la carga económica que representa la manutención y el financiamiento de una educación especial en familias de escasos recursos económicos constituye por sí una seria limitante. En resumen, esta dependencia en ocasiones total, alimenta el desinterés y negligencia familiar, agravando la situación, al negárseles la oportunidad de rehabilitación.

Los mismos médicos no escapan a este tipo de prejuicios; lo cual se demostró en dos estudios realizados (7) en los que tanto estudiantes de medicina como médicos tuvieron un cierto condicionamiento en contra de su trabajo con personas incapacitadas.

Con el advenimiento de información cada vez mayor sobre esta materia, se ha observado que el manejo óptimo de

estos pacientes, es posible con la interacción de un equipo de profesionales médicos y no médicos, en los que se incluyen las diversas especialidades médicas, pedagogos, psicólogos, trabajadores sociales y en plano fundamental, la familia misma.

Con el desarrollo de la medicina enfocada a la familia como un todo, ha surgido la inquietud de determinar los diversos factores que pudiesen traducirse en causas de alteración de la dinámica familiar.;

Es pues, nuestra motivación, determinar el grado de disfunción familiar que se presenta con miembro en edad escolar con retraso mental, valorando además las modificaciones derivadas de la participación de un equipo multidisciplinario de apoyo. Es también nuestro propósito, la intensificación de los procesos informativos, posibles a través de las instituciones de salud.

ANTECEDENTES.

DINAMICA FAMILIAR:

Definición: Por dinámica familiar se entiende las mo_ tivaciones que dirigen la conducta, los procesos y los me_ canismos de adaptación que dirigen la conducta , los pro_ cesos y los mecanismos de adaptación que se utilizan para satisfacer las necesidades funcionales a niveles biológi_ cos , familiares y sociales durante la vida (3).

Para lograr un buen estudio de la dinámica familiar, es necesario analizar las funciones de la familia :

Internas: a) Reproducción.

b) Cuidado.

c) Afecto.

Externas: a) Socialización.

b) Status.

La familia funciona como un sistema, el cual se de_ vide en los siguientes subsistemas :

a) Conyugal.

b) Parental.

c) Fraternal.

Relaciones humanas familiares : Para el estudio de las relaciones humanas, es necesario la evaluación de cua_ tro factores importantes :

a) Autoestima.

b) Comunicación.

c) Normas.

d) Enlaces con la sociedad.

Dependiendo de la utilización de estos factores tendremos familias sin conflicto familiar y familias con conflicto familiar.

I. Familias sin conflicto; también llamada "nutridora" o funcional. Tendrá las siguientes características :

- a) Autoestima : alta.
- b) Comunicación : directa, llana, específica.
- c) Normas y reglas : flexibles, Humanas, apropiadas y sujetas a cambio .
- d) Enlace con la sociedad : sincero, abierto.

II. Familias con conflicto ; con conflicto , también llamada conflictiva o disfuncional . Tendrá las siguientes características : (9)

- a) Autoestima : baja.
- b) Comunicación : indirecta, vaga, confusa, no sincera .
- c) Normas y reglas : rígidas, inhumanas, fijas, inmutables .
- d) Enlace con la sociedad : temeroso, aplacante, acusador .

La familia como grupo primario puede ser analizada en tres niveles :

- a) Desde el punto de vista psicológico o psicosocial.
- b) Desde el punto de vista de la dinámica de grupo, o sociodinámica.
- c) Desde el punto de vista institucional familiar .

Estos tres niveles se complementan y están en relación de dependencia recíproca siendo imposible interpretar los datos obtenidos en un nivel sin apelar los datos recogidos en un nivel anterior .

Se puede considerar no como la enfermedad de un sujeto sino como la unidad básica de la estructura familiar.

El enfermo desempeña un rol , es el portavoz emergente de esa situación total .

El estudio de la patología familiar y su abordaje, incluyen cuatro factores de análisis que son : el diagnóstico, el tratamiento y la profilaxis.

ETIOLOGIA Y CLASIFICACION DE RETRASO MENTAL .

Estrictamente hablando, el retraso mental no es una enfermedad sino sólo un síntoma o cuando más la expresión de un bajo nivel del funcionamiento intelectual , por lo que no existe una definición satisfactoria . La Asociación Psiquiátrica Americana , asienta que el término se refiere al funcionamiento intelectual general subnormal que tiene su origen durante el período del desarrollo y está asociado con dificultades de aprendizaje, ajuste social y/o maduración (10).

CLASIFICACION ETIOLOGICA :

I. Prenatales: determinados genéticamente: trastornos del metabolismo de las proteínas, hidratos de carbono y grasas, enfermedades desmielinizantes cerebrales, gorgolis

_mo, anomalías craneales, ectodermosis congénitas, anomalías cromosómicas .

Infecciones maternas y fatales, irradiación fetal, ictericia nuclear, cretinismo, causas prenatales desconocidas e imprecisas que acompañan a anomalías placentarias, toxemia gravídica, prematuridad, intoxicaciones, deficiencias de la nutrición , infecciones o traumatismos .

II. Natales : lesiones en el nacimiento , infecciones , traumatismos cerebrales , hemorragias, anoxia, hipoglucemia.

III. Postnatales: infecciones cerebrales (meningitis, encefalitis, abscesos), traumatismos cerebrales, intoxicaciones, accidentes vasculares, oclusiones, hemorragias cerebrales, encefalopatías postinmunizaciones.

CLASIFICACION DE RETRASO MENTAL SEGUN EL C.I.

Leve: 50 a 75%.

Moderado: 35 a 50%.

Grave: 20 a 35%.

Profundo: 0 a 20%.

Las personas con un C.I. entre 50 y 75%, se consideran medianamente retrasadas y educables. Este grupo, comprende del 85 al 90% del total , y pueden desempeñar labores que no requieran un pensamiento abstracto.

Los niños moderadamente retrasados, tienen un C.I. en el rango de 35 a 50%, se les considera "adiestrables" y

algunos alcanzan cierto grado de rendimiento económico en casa o en una ocupación de tipo protegido . Este grupo comprende del 5 al 10% del total. Suelen ser reconocidos en edad preescolar debido a manifestaciones del desarrollo evidentemente retrasadas y muchos de ellos tienen defectos físicos.

Las personas con un C.I. por debajo de 35%, se consideran gravemente retrasadas y, por debajo de 20%, profundamente retrasadas. Ofrecen respuestas mínimas a lo que les rodea, generalmente son consideradas "no adiestrables", y para su cuidado dependen en general de los demás. Constituyen el 5% del grupo retrasado total (6).

REPERCUSIONES DE UN NIÑO CON RETRASO MENTAL EN LA FAMILIA.

Un hijo con retraso mental puede ser una influencia mucho más perturbadora para una familia que aspira a triunfar en lo económico, en el mundo profesional o social, que para otras con objetivos más modestos.

De modo análogo, un niño con retraso mental que se incorpora a una familia inestable, ejercerá una influencia perturbadora mayor que si ingresa a una familia estable. Otro factor, es el número de hijos con que cuenta la pareja, si son 4 o 5, un niño con retraso mental no producirá el mismo impacto que un niño retrasado mental que ingresa a una familia sin hijos o con un sólo hijo.

Otra causa sería el mayor tiempo dedicado por los padres al niño con retraso mental el cual sería propor_

cionado dándoles menos atención al resto de los hijos.

Un problema frecuente es el que se relaciona con el grado de responsabilidad que se impone en los niños mayores en cuanto a la atención del niño con retraso mental, si las exigencias son desmedidas, es probable que los hermanos experimenten resentimiento hacia el niño (5).

En una investigación realizada en familias con niños retrasados mentales, se mencionaron con frecuencia los problemas siguientes (5) :

1. Limitación de las actividades familiares.
2. Vigilancia constante del niño .
3. Gastos adicionales .
4. Agotamiento de la madre .
5. Mayor necesidad de atención nocturna .

MECANISMOS DE DEFENSA :

En la teoría psicoanalítica de Sigmund Freud (5), se considera que los mecanismos de defensa cumplen una función de protegernos contra la ansiedad que deriva de múltiples causas , produciéndose los mecanismos de defensa que a continuación se mencionan : Negación, Represión, Aislamiento, regresión, Proyección, Formación reactiva.

No todos estos mecanismos son igualmente eficaces y no encuentran la misma aceptación por parte de la sociedad y generalmente son recursos temporales .

En ocasiones el nacimiento de un niño con retraso

mental puede servir para estimular el desarrollo y maduración personal de los padres, al exponer por principio sus sentimientos en relación al problema .

PAPEL DE LA FAMILIA EN LA REEDUCACIÓN DEL NIÑO CON RETRASO MENTAL :

La familia debe ser el principal protagonista de la rehabilitación del niño con retraso mental y los padres , los principales rehabilitadores . El papel de las clínicas y centros educacionales , serán complementarias .

PAPEL DEL MEDICO :

Será como primer consejero , encauzando, después del diagnóstico , la habilitación y rehabilitación del niño(2).

Así también deberá puntualizar la importancia del control prenatal, asistencia médica durante el parto y complicaciones posteriores en el niño en cuestión, (v.g. infecciones en el niño con síndrome de Down) .

INCIDENCIA DEL RETRASO MENTAL EN LA NIÑEZ :

Se estima que alrededor del 12% de la población de niños en edad escolar tienen deficiencias de algún tipo, de los cuales , el 3% son niños con retraso mental . La falta de estudios epidemiológicos confiables impide determinar la incidencia real del problema; en algunos países de Latinoamérica se sabe que el 45% de su población corresponde a ni__

ños menores de 15 años. Se puede estimar que México tiene 2.5 millones de personas con necesidad de ayuda especial, de los cuáles la quinta parte sufrirá algún grado de retraso mental.(8).

HIPOTESIS.

La presencia de un niño en edad escolar con retraso mental es causa de alteraciones en la dinámica familiar.

CAPITULO II. OBJETIVOS.

A). Determinar si la presencia de un miembro en la familia en edad escolar, con retraso mental, es causa de disfunción familiar.

B). Identificar cuales son las funciones de la familia que se ven más afectadas por la presencia de un miembro en edad escolar con retraso mental.

C). Verificar el grado de orientación de los padres sobre la educación, cuidado, habilitación y rehabilitación del niño con retraso mental.

MATERIALES Y METODOS.

Se estudiaron 40 familias por el método de encuesta por muestreo, en la Escuela de Educación Especial de la S.E.P. de Culiacán, Sinaloa, investigación de tipo retrospectivo y transversal, tomándose como criterios de inclusión los siguientes: Familias con niños en edades entre 6 y 12 años, de ambos sexos, con retraso mental de cualquier etiología, sin importar el nivel socioeconomi-

co, de tipo nuclear, con aceptación del estudio realizado, que radiquen en la ciudad de Culiacán, Sin.; se excluyeron las familias de tipo no nuclear, aquellas con niños con retraso mental, menores de 6 años y mayores de 12 años, y las que no llenaron los siguientes requisitos: residir en la ciudad de Culiacán, asistir a la Escuela de Educación Especial de la S.E.P., aceptación de colaborar en el estudio, con domicilio localizable o aquellas en las que el niño falleció durante el desarrollo de la investigación.

Se utilizó un control de 25 familias, con niños sin retraso mental, tomadas al azar, del H.G.Z. de Culiacán, Sin. El tiempo del estudio fué de 6 meses: del 1° de Junio al 30 de Noviembre de 1983.

Los cuestionarios aplicados (anexos) fueron: para evaluar Apgar Familiar (Smilkstein), Funciones Familiares (Elías Ramírez), Evaluación del Conocimiento de los Padres sobre retraso mental, elaborado en colaboración con el asesor de la tesis.

Los resultados del grado de disfunción familiar entre el grupo estudiado y el grupo control, fué valorado estadísticamente, mediante la aplicación de χ^2 para comparación de proporciones.

RESULTADOS.

De 40 familias estudiadas, 11 de ellas fueron funcionales (27.5%), 28 moderadamente disfuncionales (70%) y una

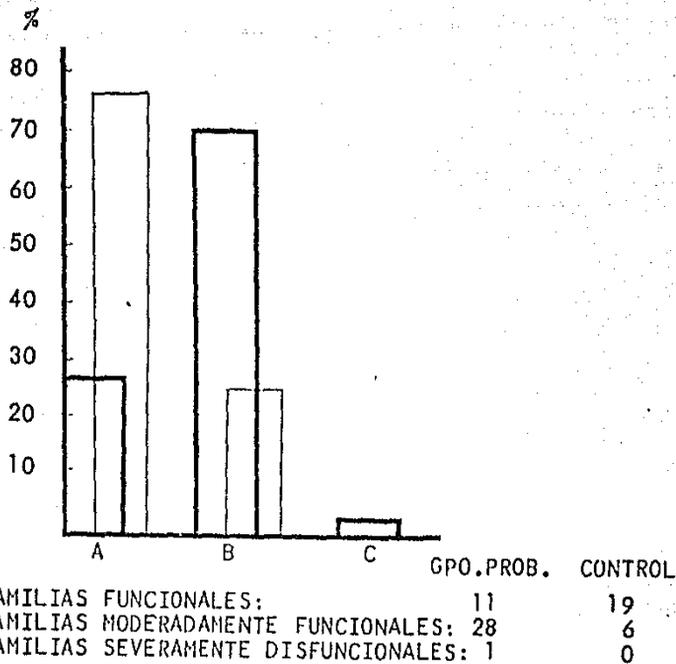
severamente disfuncional (2.5%). En el grupo control (25 familias) 19 de ellas fueron funcionales (76%), y 6 moderadamente disfuncionales (24%). No encontramos disfunción familiar severa en este grupo. (gráfica#1).

Entre las funciones familiares mas afectadas, la Reproducción y Status, ocuparon el primer sitio, con 8 casos (20%) en el grupo problema; en comparación con el grupo control, las funciones mas afectadas fueron la Reproducción, en 3 casos (12%), y en segundo lugar, el Status con 2 casos (8%).

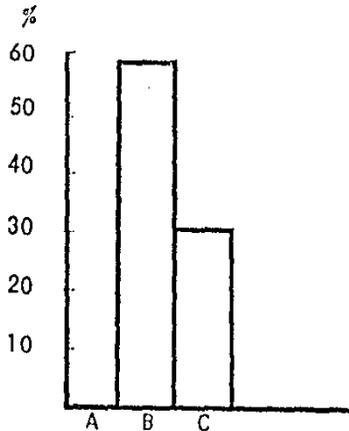
Del grupo en estudio, se encontraron 24 familias, (60%), con una función familiar alterada, y 16 familias (40%), con 2 o más funciones alteradas, resumidas en el cuadro #1.

Las fuentes de información que influyeron en la correcta canalización del niño con retraso mental, hacia los servicios especiales disponibles para su habilitación y rehabilitación, ocupó el primer lugar la información obtenida por amigos y familiares, haciendo un total de 15 casos (37.5%); seguido por la asesoría médica en 12 casos (30%). Los resultados totales, se resumen en el cuadro #2.

La evaluación del conocimiento de los padres en relación a retraso mental, educación, cuidado, habilitación y rehabilitación del niño, fué buena en 0 casos, suficiente en 24 casos (60%), e insuficiente en 16 casos (40%), (gráfica#2).



Gráfica#1. Evaluación de las funciones familiares en 40 familias con un miembro con retraso mental y grupo control de 25 familias (línea delgada).



A. BUENA: 0 CASOS.
 B. SUFICIENTE: 24 CASOS.
 C. INSUFICIENTE: 16 CASOS.

Gráfica#2. Evaluación del conocimiento de los padres en relación a retraso mental, educación, cuidado, habilitación y rehabilitación en 40 familias afectadas.

	#	%
REPRODUCCION Y AFECTO	5	12.5
REPRODUCCION Y CUIDADO	2	5
REPRODUCCION, AFECTO Y STATUS	2	5

6 FAMILIAS PRESENTARON OTRAS COMBINACIONES DE FUNCIONES AL_
TERADAS, TOTALIZANDO UN 15%.

Cuadro#1. Combinaciones de funciones familiares afectadas ob_
servadas.

MEDICO	5
TRABAJADOR SOCIAL	7
PSICOLOGO	5
AMIGOS Y FAMILIARES	10
INICIATIVA PROPIA	7
MEDICO Y TRABAJADOR SOCIAL	1
MEDICO Y PSICOLOGO	1

Cuadro#2. Medios de información que influyeron en la canali_
zación del niño con retraso mental para la utiliza_
ción de los servicios de educación especial.

**La combinación médico-amigos-familiares se observó
en 4 casos.

CUESTIONARIO DEL APGAR FAMILIAR.

	casi siempre	algunas ocasiones	difficil_ mente
Me siento satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún trastorno.	_____	_____	_____
Estoy satisfecho con la manera en que mi familia discute de igual acuerdo e interés y participa en la resolución de problemas conmigo.	_____	_____	_____
Encuentro que mi familia acepta mis deseos de tomar nuevas actitudes o hacer cambios en mi estilo de vida.	_____	_____	_____
Estoy satisfecho con la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos tales como ira, aflicción y amor.	_____	_____	_____
Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo pasamos juntos.	_____	_____	_____

Este cuestionario fué aplicado a ambos padres del grupo en estudio y grupo control.

Resultados: Casi siempre: 2 puntos.
algunas
ocasiones : 1 punto.
difficil_
mente : 0 puntos.

CUESTIONARIO PARA MEDIR FUNCIONES FAMILIARES:

1. Familia:
2. Domicilio:
3. Integrantes:
4. Edad de (los) sujetos problema:
5. Funciones de la familia.

I. REPRODUCCION:

- 1.-Sus relaciones sexuales son satisfactorias.
Siempre _____ Casi siempre _____ Nunca _____
- 2.-Se bañan los niños y adultos juntos.
Siempre _____ Casi siempre _____ Nunca _____
- 3.-El tiempo transcurrido entre un parto y otro es de dos años como mínimo.
Siempre _____ Casi siempre _____ Nunca _____
- 4.-El número actual de hijos con respecto al planeado.
Es adecuado _____ Insuficiente _____ Sobrepoblado _____
- 5.-Ha planeado la pareja la necesidad de planificar la familia.
Ambos _____ Sólo la esposa _____ Sólo el esposo _____

II. CUIDADO:

- 1.-Ha habido control prenatal durante los embarazos.
Siempre _____ Casi siempre _____ Nunca _____
- 2.-Los esquemas de inmunización en los niños están completos.
En todos _____ Casi todos _____ Ninguno _____
- 3.-La ropa y el atuendo personal está disponible y a tiempo para todos los miembros de la familia.
Siempre _____ Casi siempre _____ Nunca _____
- 4.-Las enfermedades parasitarias e infecciosas y sus secuelas están presentes en los miembros de la familia.
Ninguno _____ Sólo uno _____ Varios _____
- 5.-Existe desnutrición en los miembros de la familia.
Ninguno _____ Sólo uno _____ Varios _____

III. AFECTO:

- 1.-El trato de los padres hacia el resto de la familia es adecuado.
Por ambos _____ Sólo la madre _____ Sólo el padre _____
- 2.-Existen problemas con el carácter (conducta) en los miembros de la familia.
Ninguno _____ Sólo uno _____ Varios _____

- 3.-El rol de la esposa en la familia es de.
Esposa-madre _____ Esposa-colaboradora _____ Esposa-compañero _____
- 4.-Lleva a los niños a centros de recreo por lo menos una vez a la semana.
Todos _____ Sólo algunos _____ Ninguno _____
- 5.-Ayuda el padre a la madre en las labores del hogar.
Siempre _____ Casi siempre _____ Nunca _____

IV. SOCIALIZACION:

- 1.-Utilizan palabras malsonantes o socialmente no aceptadas, en su lenguaje los miembros de la familia.
Ninguno _____ Sólo los padres _____ Todos _____
- 2.-La escolaridad de los niños está de acuerdo a su edad.
En todos _____ Sólo algunos _____ Ninguno _____
- 3.-Existe alcoholismo o drogadicción en los miembros de la familia.
Ninguno _____ Alguno _____ Varios _____
- 4.-Existe interés en los miembros de la familia para recibir atención médica.
En todos _____ Los padres _____ Ninguno _____
- 5.-Existen expulsiones o castigos a los niños en la escuela.
Ninguno _____ Sólo algunos _____ Sólo uno _____

V. STATUS:

- 1.-Reconocen y aceptan los miembros de la familia los límites jerárquicos de autoridad.
Todos _____ Sólo algunos _____ Ninguno _____
- 2.-Existen cambios de trabajo en el padre.
Nunca _____ Ocasionalmente _____ Frecuentemente _____
- 3.-El nombre del padre se repite en los hijos.
En el primogénito _____ En alguno de ellos _____ Ninguno _____
- 4.-El puesto que ocupa el padre en su trabajo es.
Directivo _____ Empleado no calificado _____ Empleado calificado _____
- 5.-Cuentan los padres con unidad móvil para transporte.
Ambos _____ Sólo uno _____ Ninguno _____

Cuestionario aplicado a ambos padres del grupo en estudio y grupo control.

Calificación: Primera opción: 2 puntos.
Segunda opción: 1 puntos.
Tercera opción: 0 puntos.

*Elías Ramírez. Aplicación de la Psicoterapia en la Consulta Externa de Medicina Fam. X Simposium de M.F. Durango, Dgo.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

GRADO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR

$\% A.F. + \% F.F. = \% \text{ de Funcionalidad.}$

(A.F.) Apgar Familiar.

(F.F.) Funciones Familiares.

Grado: 1º 100-80 % Funcional.

2º 79-50 % Moderadamente disfuncional.

3º 49- 0 % Severamente disfuncional.

*Elías Ramírez. Aplicación de la Psicoterapia en la Consulta Externa de Medicina Familiar. X Simposium de M.F. Durango, Dgo.

CUESTIONARIO PARA EVALUAR EL CONOCIMIENTO DE LOS PADRES EN
RETRASO MENTAL Y EL APOYO DEL MEDICO EN LOS SERVICIOS COMU
NITARIOS.

- 1.-Usted piensa que la enfermedad de su hijo es debida a:
 - A) Herencia de los padres
 - B) El tipo de sangre de la madre y el niño son diferentes.
 - C) Rubeola.
 - D) Radiaciones durante el embarazo.
 - E) Eclipses o mal de ojo.
- 2.-La enfermedad de su hijo puede ser debido además a:
 - A) Que se puso morado al nacer.
 - B) Que tardó tiempo en nacer.
 - C) Le pegó "alferesia".
 - D) Al vacunar a su niño presentó alguna enfermedad o duro inconciente por varios días.
 - E) La alimentación del niño no ha sido adecuada.
- 3.-Se dió cuenta del problema de su hijo a la edad de:
 - A) 0-6 meses.
 - B) 7-12 meses.
 - C) 12-18 meses.
 - D) 18-24 meses.
 - E) 2 años en adelante.
- 4.-Ha recibido tratamiento su hijo para:
 - A) Los ataques.
 - B) Lo inquieto.
 - C) Mejorar el habla.
 - D) Mejorar los movimientos.
 - E) Ninguno de los anteriores.
- 5.-Le dió tratamiento el:
 - A) Neurólogo.
 - B) Psicólogo.
 - C) Homeópata.
 - D) Curandero.
 - E) Ninguno.
- 6.-Su niño ingresó a la Escuela de Educación Especial a la edad de:
 - A) 4-6 años.
 - B) 6-8 años.
 - C) 8-10 años.
 - D) 10-12 años.
 - E) 12 años en adelante.
- 7.-La persona que le orientó para inscribirlo en la Escuela de Educación Especial fué:
 - A) Médico.
 - B) Trabajadora social.
 - C) Psicólogo.
 - D) Amigos o familiares.
 - E) Iniciativa propia.
- 8.-Asiste usted cuando lo citan a la escuela de su hijo.
 - A) Siempre.
 - B) Casi siempre.
 - C) Ocasionalmente.
 - D) Nunca.
- 9.-Participan en el arreglo personal y el tratamiento psicológico y/o médico de apoyo para el niño en la familia.
 - A) Sólo la madre.

- B) Sólo el padre.
 - C) Ambos padres.
 - D) El hermano (a) mayor.
 - E) Cualquiera de los hermanos.
 - F) Ninguno de los hermanos.
- 10.- Si el niño muestra interés por realizar algún tipo de actividad
- A) Lo supervisa personalmente.
 - B) A través de un familiar o amigo.
 - C) Le permite hacerlo con quién él decida.
 - D) Le permite hacerlo sólo.
 - E) Le es igual.

- *Calificación máxima: 9.9
- **Valor máximo por pregunta: 1.1
- ***Pregunta #7 sólo para valoración del apoyo médico en los servicios comunitarios.

Cuestionario aplicado a ambos padres del grupo en estudio.

CAPITULO III. COMENTARIO.

La funcionalidad familiar dentro del grupo estudiado se encontró significativamente mas alterada que la observada en el grupo control ($p < .001$), a pesar de que las condiciones socioeconómicas en ambos grupos fueron similares.

La función familiar mas afectada en los dos grupos fué la Reproducción; por lo tanto no es atribuible directamente a la presencia del niño con retraso mental en la familia. Sin embargo si puede ser atribuible a la falta de educación sexual entre la población en general.

En ambos grupos, sólo se observó disfunción familiar severa en un caso (grupo en estudio), por lo que este dato aislado carece de valor estadístico.

La canalización de estos casos a los medios disponibles para su reeducación, asesoría que debiera corresponder fundamentalmente a los profesionales de las ramas médicas y paramédicas, aún es deficiente, como se observó en nuestro estudio, donde la mayoría de las veces se proporcionó por amigos y familiares, quienes, como es comprensible, detectan el problema cuando es muy aparente, retrasando así la rehabilitación del niño.

Es el médico pues, quien tiene un contacto mas temprano con estos niños la mayoría de las ocasiones y debería reconocer y promover dicha reeducación. Es un hecho bien conocido que esta última es más adecuada tanto más temprana se ofrece (1,7).

Con este propósito, debieran establecerse programas para que los casos detectables desde el nacimiento, o los desarrollados en etapas ulteriores que se saben se acompañan de retraso mental, sean seguidos longitudinalmente en la consulta pediátrica o de medicina familiar, decidiendo así oportunamente el momento de esa educación. Brindando además asesoría y apoyo a la familia en conjunto, auxiliándose del citado equipo multidisciplinario (psicólogos, trabajadores sociales, psiquiatras, etc.).

Por otro lado, deberá proporcionarse información a la población en general, mediante en pláticas impartidas en clínicas, centros de salud o utilizando los medios de comunicación en general (periódicos, folletos, radio, televisión), acerca del niño con retraso mental, para que las familias interesadas, tuvieran acceso a un conocimiento más completo sobre el tema.

En el grupo tomado de la Escuela de Educación Especial, en donde se realizó el estudio, se observó que esta información es insuficiente; es de suponerse, que esta deficiencia es aún mayor en familias afectadas o no, que no tienen accesos a estos centros.

Otro punto importante sería el asesorar la planificación familiar en las parejas con casos de retraso mental en alguno de sus consanguíneos en relación a entidades previsible, con la finalidad de disminuir la presentación de nuevos casos.

CONCLUSIONES.

1. El retraso mental en un niño en edad escolar si es causa de disfunción familiar.
2. La función familiar con mayor afectación fué la Reproducción seguida de Status, sin considerar se al retraso mental como causa directa.
3. La información entre los padres de niños con retraso mental es deficiente a pesar de la orientación recibida por parte del equipo multidisciplinario de los centros de educación especial.
4. Es necesario una mayor participación del equipo médico en la orientación y asesoría de las familias afectadas en relación a retraso mental y en la derivación correcta de los casos detectados a la edad más tempranamente posible.

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

1. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Decla_ ración Programática sobre Deficiencia Mental. 39 (1). México, 1982. p. 57-60.
2. Brauner, A., Brauner, F. La Educación de un niño de_ ficiente mental. Edit. Aguilar. España 1a. Ed. 1982. p. 11-15.
3. Conn, H.F., Rakel, R.R., Johnson, T.W. Medicina Fa_ miliar. Edit. Interamericana. México, 1ª ed. 1974. p.17-23, 101-102.
4. Carrillo, M.F. Curso Monográfico de Dinámica Familiar para Médicos Familiares. Hermosillo, Son. 1981.
5. Isaacson. El niño retardado mental. Edit. Paider. Argentina , 1ª ed. 1981. p.9-10, 18-20, 28-29, 35-36, 39-49.
6. Nelson, M.D., Vaughan, V., McKay, R. Tratado de Pediatría. (1). Edit. Salvat. México, 6a ed. 1977. p.112-113.
7. Primer Congreso Nacional sobre Deficiencia Mental. S.E.P. México. 1977. p.14-24, 273.
8. Solomon, P., Patch, V.D., Manual de Psiquiatría. Edit. El Manual Moderno. México, 2a ed. 1976. p.339.
9. Satir, V. Relaciones humanas en el núcleo familiar. Edit. Pax. México, 1980. p.1-18, 20-94.
10. Valenzuela, Luengas, Márquez. Manual de Pediatría. Edit. Interamericana. México, 10a. ed. 1980. p.72-73.