

11226
29j
237



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Medicina
División de Estudios Superiores
Unidad de Medicina Familiar No. 21

"DINAMICA FAMILIAR EN EL INFANTE DEFICIENTE MENTAL"

T E S I S

Que para obtener el título de:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P r e s e n t a :

Dr. Francisco Javier Regalado Ruiz



IMSS
SEGURIDAD PARA TODOS

México, D. F.

TESIS COM-1984
FALLA DE ORIGEN



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.

INDICE

1).- INTRODUCCION	(1)
2).- OBJETIVOS GENERALES	(3)
3).- ANTECEDENTES CIENTIFICOS	(4)
4).- ETIOLOGIA	(9)
5).- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	(18)
6).- HIPOTESIS	(20)
7).- PROGRAMA DE TRABAJO	(21)
8).- OBJETIVOS DE LA ENCUESTA MEDICA	(22)
9).- OBJETIVOS DE LA ENCUESTA FAMILIAR	(26)
10).- RESULTADOS DE ENCUESTAS MEDICAS	(30)
11).- RESULTADOS DE LA ENCUESTA FAMILIARES	(31)
12).- GRAFICAS	(32)
13).- CONCLUSIONES	(45)
14).- SUGERENCIAS	(46)
15).- BIBLIOGRAFIA	(47)

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

Los padres somos el factor decisivo en la vida de todo niño, principalmente sí es Deficiente Mental.

En México se está luchando por crear servicios educativos de información y orientación, para que la mayoría de los individuos deficientes mentales, puedan vivir en su hogar y adaptarse a la comunidad.

Los niños y adultos con éste padecimiento pueden ser ayudados en la actualidad, con nuevos y actualizados procedimientos de desarrollo que antes se consideraban imposibles.

Hemos aprendido a evitar, muchos de los factores desencadenantes de éste problema, alentando esperanzas de que la continua investigación y terapéuticas, conduzcan a una mejor profilaxis y comprensión de éste agudo problema.

La Deficiencia Mental puede aparecer en cualquier raza y nacionalidad sin importar el estrato socioeconómico, ya que por lo general es más factible encontrarla en niveles bajos; por lo que toca a nuestro país se puede apreciar no solo en el Distrito Federal sino también en provincia (rancherías, zonas rurales, pequeños poblados y hasta en sus respectivas ciudades capitales).

El grupo de niños con Deficiencia leve y dentro de sus capacidades limitantes tocante a su educación académica pueden mejorar me

dian te técnicas especiales pedagógicas, ya que la mayoría de ellos se ha visto que pueden llegar a bastarse a sí mismos al alcanzar la edad adulta y dejar de ser una carga muchas veces para la sociedad.

Es digno de mencionar que mucha influencia existe en el diagnóstico médico emitido, ya que tendrá una dinámica familiar positiva o negativa respecto al manejo de estos niños.

Ciertos infantes pueden presentar daño cerebral pero sin ser Deficientes Mentales y viceversa, incluso pueden tener un coeficiente intelectual muy elevado y por lo tanto es necesario distinguirlos correctamente previos estudios minuciosos.

O B J E T I V O S E S P E C I F I C O S :

- 1.- IDENTIFICAR LOS FACTORES BIOPSIICOSOCIALES QUE INFLUYEN EN EL MANEJO DEL NIÑO DEFICIENTE MENTAL DENTRO DE SU NUCLEO FAMILIAR.
- 2.- ESTUDIAR AL NIÑO DEFICIENTE MENTAL ASI COMO LA DINAMICA FAMILIAR EXISTENTE EN CADA CASO.
- 3.- APRECIAR EN GENERAL LAS CONDICIONES PSICOSOCIOCULTURALES Y ECONOMICAS DEL SENO FAMILIAR DEL PACIENTE.
- 4.- CONOCER EL MANEJO Y TERAPIA APLICADAS A NIÑOS DEFICIENTES MENTALES POR PARTE DEL MEDICO FAMILIAR EN EL MOMENTO ACTUAL.
- 5.- CONTEMPLAR EL MANEJO ESTABLECIDO EN EL HOGAR POR LOS PADRES DE FAMILIA EN RELACION CON EL HIJO AFECTADO, ANTES DE ACUDIR AL MEDICO.

- - - - -

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS:

Es factible el hecho que desde los inicios de la humanidad, las enfermedades neurológicas cerebrales hayan hecho su aparición junto con el hombre sobre la tierra, representando así un problema para la humanidad, ante la imposibilidad de rehabilitar totalmente a los enfermos afectados hoy en día, la impotencia de manejar y orientar adecuadamente a los familiares para un correcto afrontamiento a éste tipo de hechos, aceptar con resignación y aplomo el trastorno del hijo enfermo y así mismo enfrentarse a la sociedad con dignidad.

Desafortunadamente a través del tiempo no se ha hablado acerca de pioneros en el manejo de estos enfermos, ni de Centros Precurosos en Rehabilitación así como tampoco investigadores y adelantos a través de la historia que pudiesen dar una idea clara de la evolución del problema y no fué sino hasta 1971, el cuál representó un importante paso adelante para los Deficientes Mentales en todo el mundo cuando la Organización de las Naciones Unidas dió su conformidad al interés internacional que solicitaba el reconocimiento de sus derechos como seres humanos y ciudadanos del mundo y de sus países respectivos.

La declaración de Derechos de los Deficientes Mentales, adoptada el 20 de noviembre de 1971 por las Naciones Unidas basándose en una declaración de Derechos Generales y Especiales de los Deficientes Mentales en su cuarto Congreso Mundial, celebrado en 1968 en la ciudad de Jerusalén. (Según informes proporcionados por la Conferencia Mexicana de Asociaciones en Pro del Deficiente Mental).

El doctor en psicología Ramón de la Fuente Muñiz y en su libro "Psicología Médica", expresa lo siguiente: ^{1/}la inteligencia denota la capacidad de la raza humana, superior al resto de los seres

de la escala animal, para utilizar sus conocimientos y experiencias al encontrarse en situaciones nuevas. Esta capacidad es compleja y depende entre otras condiciones, de la facultad de retener lo aprendido y recordarlo en el momento que se necesite.

La inteligencia comprende la capacidad de aprender, razonar, resolver problemas y enfrentarse a situaciones distintas y la de conducirse socialmente en forma adecuada.

Otros autores han expuesto sus puntos de vista, por ejemplo: Torndike (5), distingue tres tipos de inteligencia:

- 1.- Abstracta o verbal (habilidad para usar símbolos).
- 2.- Práctica (habilidad para manipular objetos).
- 3.- Social (habilidad para actuar en relación con otros seres humanos)

Spearman (5), señala que todas las habilidades intelectuales están en función de los factores:

- 1.- GENERAL (que es común a todas las demás habilidades).
- 2.- ESPECÍFICA (que es para cada habilidad).

Esto quiere decir que además de la inteligencia general, hay en cada individuo otro tipo de inteligencia o talento especial que en sí lo caracterizan como singular, ejemplo: ciertas personas tienen habilidades especiales hacia las matemáticas, mecánica, música pictóricas, retóricas, artísticas, etc.

Si bien es cierto que en determinado número de casos de Debilidad Mental son hereditarios, dice mucho del ambiente que pueden en determinado momento favorecer o dificultar el logro de un desarrollo máximo de la inteligencia.

Hasta cierto punto la educación modifica el desarrollo intelectual, pero muchas veces una educación que debe ser impartida a los progenitores de estos enfermos y que deben a su vez ser aplicadas a sus hijos para ver resultados positivos.

Usando el método de Binet y modificado por Tearmann, se con
deró posible establecer las siguientes categorías intelectuales de
acuerdo a la siguiente tabla:

- C.I. de más de 140 = GENIO.
- C.I. de 110 a 140 = SUPERIOR.
- C.I. de 90 a 110 = PROMEDIO.
- C.I. de 70 a 90 = DEBIL MENTAL SUPERFICIAL.
- C.I. de 50 a 70 = DEBIL MENTAL PROFUNDO.
- C.I. de 20 a 50 = IMBECIL.
- C.I. de 0 a 20 = IDIOTA.

Esta clasificación ha caído en desuso por cuestiones de in
dole ético profesional y adaptado a nuevas clasificaciones un tanto
menos agresivas y de mejor aceptación mundial.

En la Deficiencia Mental de un individuo es una condición
relativa que debe valorarse en relación con sus circunstancias. Ha
blar de Deficiencia Mental es referirnos a una falla innata en la po
tencialidad para desarrollarse, ya sea de una detención en el proce
so de dicho desarrollo, de tal manera que para el paciente es imposi
ble lograr una adaptación adecuada y una independencia social. La De
bilidad Mental no es en sí una entidad clínica, sino más bien un sín
toma que se presenta en un gran número de enfermedades de etiología
diversa. Debido a lo anterior, el grupo de deficientes mentales desde
ningún punto de vista, es homogéneo, más bien se caracteriza por gran
des diferencias etiológicas aunque prevaleciendo el factor común el
de la capacidad intelectual.

Los Débiles Mentales demuestran un defecto en la capacidad
para razonar, planear o construir, así como una pobreza en la infor
mación general.

Son sugestionables y al preveer o juzgar las cosas, lo ha
cen defectuosamente, solo tienen capacidad limitada para modificar
su conducta valiendose de la experiencia y de los esfuerzos previos

para resolver sus problemas. Probablemente el término " intelectualmente inadaptado " sería más exacto que términos como " defectuoso mental o retardado mental " ya que mente o mental connota mucho más que facultades cognoscitivas.

Algunas personas intelectualmente defectuosas, son emocionalmente maduras y bien adaptadas, mientras que muchas otras con un intelecto promedio o superior no se han desarrollado emocionalmente.

Se estima que del 1 al 2 % de la población total de débiles mentales y que cerca del 3 % de la población escolar, son deficientes mentales (cualquier ciudad o estado determinados probablemente encontrarían que otro 5 % de la población asistente a escuelas elementales necesita instrucción especial en clases para los que están en el límite de lo subnormal C.I. de 70 a 90).

Hay una variación considerable entre la preponderancia de la debilidad mental en un lugar o en otro y entre un tipo de población y otra. En las áreas en donde existe un alto grado de analfabetismo y de aislamiento respecto a la cultura, es difícil evaluar la Debilidad Mental, ya que la mayoría de las pruebas presupone ciertos niveles comunes de educación y de cultura. Se estima que por cada mil habitantes hay que reservar una cama para un débil mental en una Institución Pública; probablemente las únicas áreas en las que la inteligencia promedio está disminuyendo son ciertas comunidades rurales, en donde ha habido una generación con malas provisiones mentales y emigración rápida de los más capaces. La frecuencia de la Debilidad Mental especialmente al nivel del idiota, lo cuál es claramente más alta en las áreas rurales que en las urbanas.

¿ Qué significa una conducta adaptativa ? - es una manifestación a través de los procesos de maduración, aprendizaje y ajuste social, cada uno de los cuales adquiere mayor importancia durante ciertos períodos de desarrollo. Así la maduración que se refiere al desarrollo de capacidades sensorio motrices como: sentarse, caminar

y hablar es el criterio de conducta adaptativa durante los años pre-escolares. El aprendizaje en su aceptación de habilidad para adquirir conocimientos, alcanza la mayor importancia en el período escolar y finalmente durante la vida adulta, es el ajuste social el proceso que juega el papel principal.

No hay un acuerdo general en cuanto a cuál es el coeficiente intelectual mínimo para considerar a alguien " normal" .

La sola medición del C.I. no basta para clasificar a un niño como deficiente mental y ello obedece a dos razones:

- 1.- Los errores en la medición (se mide realmente algo ?) ya que no existe diferencia esencial entre un niño con 68 de C.I. y otro con 72 y por ello en la práctica vale la pena conceder un margen de 5 puntos hacia arriba y 5 hacia abajo como posible error.
- 2.- No existe de ninguna manera, una concordancia clara entre el C.I. y la conducta social, un niño con un bajo C.I., no se le debe juzgar deficiente a menos que presente concomitantemente un problema de conducta apreciable y en todo caso se debe tener calma y clara conciencia de que Deficiente Mental es un término méramente descriptivo que se refiere tanto al funcionamiento como a la conducta adaptativa.

El criterio común propuesto por la Organización Mundial de la Salud desde el punto de vista clínico psicológico son:

- 1.- La capacidad mental.
- 2.- Ajuste social.
- 3.- Peculiaridades de la estructura psicopatológica.
- 4.- El ritmo del desarrollo del niño (2).

E T I O L O G I A

Las causas de la Debilidad Mental pueden considerarse desde muchos puntos de vista, sin embargo, tal vez sea conveniente en dividir las en:

Causas que actúan antes del nacimiento:

- 1.- INFECCIONES (virosis, parasitosis).
- 2.- Factores químicos.
- 3.- Factores nutricionales.
- 4.- Factores físicos.
- 5.- Factores inmunológicos (incompatibilidad del grupo sanguíneo).
- 6.- Transtornos endócrinos maternos.
- 7.- Alteraciones placentarias.
- 8.- Hipoxia intrauterina.
- 9.- Otros factores.

FACTORES PERINATALES:

- 1.- Asfixia.
- 2.- Lesión en el parto.
- 3.- Prematuridad.

FACTORES POSTNATALES:

- 1.- Infecciosos.
- 2.- Traumáticos (uso de forceps).

- 3.- Factores químicos.
- 4.- Factores nutricionales.
- 5.- Privaciones diversas (paternas, sensoriales, sociales).
- 6.- Otros factores.

En cuanto al desarrollo emocional Webster hizo un estudio concienzudo y sus conclusiones fueron muy claras; (5) incluso los niños deficientes que mostraron mejor desarrollo emocional, no son comparables en esto con los niños normales de su misma edad.

Convengamos en que la primera característica del oligofrénico es que aprende lentamente; pero esto quiere decir que lo que simplemente necesita es repetición y más tiempo para aprender. En realidad requiere comunicación y simplificación y los padres cometen muchos errores al respecto. Existe el error de que los padres no comprenden a su hijo que tiene deficiencia mental no estimulandolos a preguntar, sino que en cambio, los limitan a actuar gratificandose así moralmente ellos mismos y no al niño como debe de ser.

Por lo tanto, los mecanismos de defensa del niño serían:

- 1.- Tendencia al autismo (aislamiento, insociabilidad, psicosis, etc)
- 2.- La regresión y especialmente la identificación (el débil mental es una mala copia de sus padres como de sus profesores).
- 3.- Es lábil al clima emocional en el que vive, casi siempre.
- 4.- Predomina en él la tristeza, vergüenza, ansiedad y rechazo.

No hay un modo válido de medir adaptabilidad social, pero es una indicación más confiable del desenlace eventual del niño como adulto que su C.I.

Muchos niños con coeficientes intelectuales normales funcionan bien como adultos debido a su buen ajuste social, mientras que otros con coeficientes intelectuales elevados terminan en hospitales u otras instituciones debido a su conducta aberrante.

La deficiencia mental ya no se cataloga como la antigua clasificación expuesta anteriormente (5), o sea por su causa, es decir: hereditaria, familiar o secundaria a enfermedad orgánica y los grados de deficiencia ya no se expresan como cretino, imbecil e idiota, sino que ahora se tipifican para fines prácticos y éticos en:

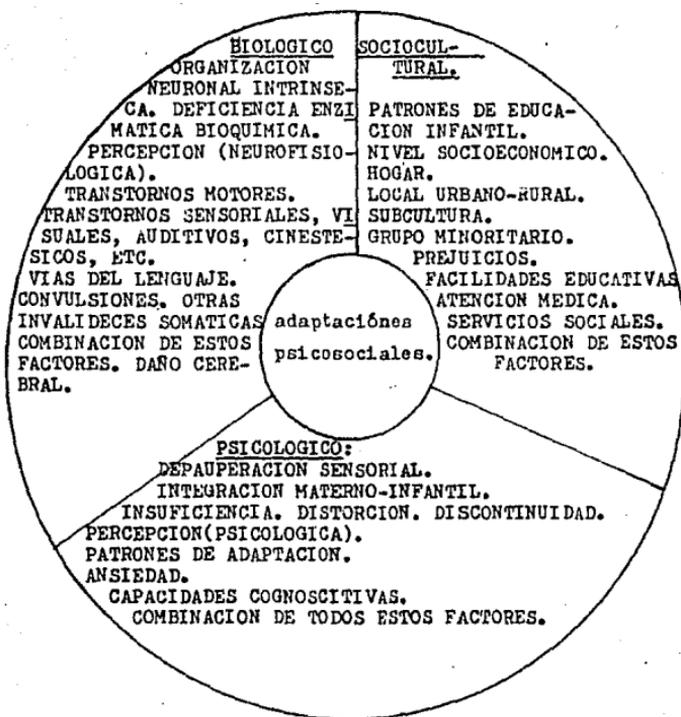
- Deficiente ligero.
- Deficiente moderado.
- Deficiente grave.
- Deficiente profundo.

Según los resultados de las pruebas psicométricas en la frecuencia de la deficiencia mental diagnosticada en los niños en edad preescolar que en la edad escolar.

EDAD:	% de deficientes en la población:	COMENTARIOS:
0-6 años.	1 %	Por lo general síndromes específicos es decir, Sínd. de Down o un daño mayor al S.N.C.
6-16 años.	3 %	Máximo en la edad de 10 a 14 años debido a fracasos escolares.
16 y más años.	1 %	Funcionalmente retardados como adultos en la sociedad.

fuentes: (1) bibliografía.

FACTORES BIOLÓGICOS, SOCIOCULTURALES Y
PSICOLÓGICOS QUE INFLUYEN EN EL DESARROLLO
INTELLECTUAL.



fuentes: (1) bibliografía.

La mayoría de los deficientes mentales de tipo leve (87 %) se consideran por lo general permanecen en la comunidad.

El restante 13 % son deficientes moderados o profundos. El 4 % restante se encuentra recluido en Inatituciones pero éste porcentaje se cree que disminuirá conforme patrones alternos de atención, sean desarrollados en la comunidad.

CLASIFICACION DEL DEFICIENTE MENTAL
SEGUN LAS DIFERENTES INSTITUCIONES.

ASOCIACION PSIQUIATRICA AMERICANA		O. M. S.		ASOCIACION AMERICANA PARA LA DEFICIENCIA MENTAL:	
C.I.	TERMINOLOGIA:	C.I.	TERMINOLOGIA:	C.I.	TERMINOLOGIA
70-85	DEF. MENT. LEVE.	50-69	DEF. LEVE.	70-84	LIMITROFE
50-70	MODERADA.	20-49	MODERADA.	55-69	LEVE.
0-50	GRAVE.	0-19	GRAVE.	40-54	MODERADA.

fuentes: (1) bibliografía.

De acuerdo a la Dirección General de la población y la acción Social en su circular del 21 de octubre de 1963, un deficiente sigue estando caracterizado por su nivel determinado por la clínica y cifrado por los test:

I.- LOS DEL NIVEL SUPERIOR O DEBILES LIGEROS O SUPERFICIALES:

Características:

a).- Ser educables.

b).- Ser aptos tras haberse beneficiado de una pedagogía para una vida autónoma suficiente y una adaptación satisfactoria al mundo

normal de los demás.

c).- Su C.I. = 65 y 80

II.- LOS DEBILES MEDIOS:

Características:

- a).- Ser semieducables.
- b).- Ser parcialmente entrenables pudiendo llegar a una autonomía parcial y a ocupar un puesto laboral y no ser unos vegetales.
- c).- Su insuficiencia intelectual va acompañada con frecuencia de una insuficiencia motriz, de epilepsia y de otros trastornos que hacen necesaria en la mayoría de los casos un ayuda psicológica.

III.- DEBILES PROFUNDOS:

Características:

- a).- Son también parcialmente educables pudiendo llegar a una determinada productividad.
- b).- Pueden adquirir determinados gestos elementales de la vida cotidiana y adaptarse a una determinada vida colectiva, pero con una actividad improductiva.
- c).- C.I. = 20 a 50
- d).- Su edad fluctúa entre los 3 y 7 años de edad.
- e).- Es capaz de protegerse contra los peligros más comunes como sería el fuego, agua, dificultades de la calle, pero es incapaz de aprender el lenguaje escrito y de ganarse la vida, al menos en algunos casos, aunque hoy en día con los adelantos de rehabilitación se pueden regenerar mayor número de pacientes.
- f).- Necesita una tutela y una vigilancia constante.
- g).- Pueden ser empleados en tareas simples o en rutinas familiares.
- h).- Pueden presentar dismorfias con mucha frecuencia, síndromes neurológicos graves como la epilepsia, hemiplejía, diplejías, etc.
- i).- Puede concebir un perro, un caballo, un cordero, pero no puede concebir la noción de animal como concepto y aún menos el hecho

de considerarlos como cuadrúpedos.

- j).- Su lenguaje oral jamás está desarrollado normalmente, por lo general su lenguaje es restringido, la sintaxis está simplificada y a menudo existen trastornos disfónicos.
- k).- Su lenguaje escrito cuyas bases descansan sobre nociones abstractas, no puede desarrollarse, de modo que Rogues de Fursac, señala como línea de demarcación entre el débil y el imbécil la aptitud para leer y escribir.
- l).- En su personalidad se caracterizan por: ser indiferentes, apáticos, casi vegetativos o bien pueden ser cariñosos, dóciles ligado a los que lo rodean o también pueden sufrir crisis excitables y con reacciones antisociales. Pueden presentar episodios psicopáticos que motivan o proporcionan la ocasión del internamiento (accesos delirantes sobre temas bastante pobres de persecución y de reivindicación, accesos de confusión mental, crisis de excitación o de depresión con ideas de suicidio).
- ll).- A veces sus acciones que ocasionan problemas médico-legales (robos, atentados a la moral, golpes y heridas) son dignos algunas veces de temer a estos sujetos, cuyas impulsiones instintivas no están frenadas por una suficiente integración del control voluntario.

EL DEBIL MUY PROFUNDO (idiocia):

Características:

- a).- Este se considera el grado más grave de deterioro mental.
- b).- No rebasan la edad de 3 años.
- c).- Su C.I. es de -20
- d).- No hablan o su lenguaje es rudimentario.
- e).- Son dependientes totalmente. Necesitan una vigilancia y una asistencia constante.
- f).- Este trastorno se acompaña generalmente de malformaciones que afectan la piel, Sistema Nervioso, órganos de los sentidos y

el esqueleto.

- g).- Son de talla pequeña, craneo pequeño (microcefalia, oxicefalia) cara asimétrica, deformada y parecida a un animal. Los ojos y orejas así como los dientes, también presentan anomalías. El tronco puede estar deformado por las desviaciones de la columna vertebral y a nivel de los miembros pueden presentar sindactilia polidactilia, pie deformado, etc.
- h).- Algunos pueden ejercer la deambulaci3n y otros no; a veces efectuan movimientos de balanceo del tronco o de la cabeza (inesias de juego). Su cara se anima con muecas. Pudiendo estar inertes o m1s raramente agitados o turbulentos y en todos los casos son susceptibles de sufrir impulsos m1s o menos violentos.
- i).- Comen por lo regular suciamente y hay que ayudarlos a comer, presentan incontinencia urinaria y fecal frecuentemente, pronuncian algunas palabras rudimentarias y expresan sus emociones a trav1s de gestos o gritos inarticulados.

Otro de los padecimientos asociados a la Deficiencia Mental serian:

- 1.- La microcefalia.
- 2.- La trisomia 21
- 3.- La esclerosis tuberosa.
- 4.- La fenilcetonuria.
- 5.- La galactosemia cong1nita.
- 6.- Idiocia m1saur3tica familiar.
- 7.- Degeneraci3n hepatolenticular (enfermedad de Wilson).
- 8.- Encefalitis periaxial difusa o enfermedad de Schilder.
- 9.- Hipotiroidismo.
- 10.- Distrofia hipofisiaria.

Con respecto a la trisomía 21 que es uno de los padecimientos que m1s frecuentemente se ven pero su etiologia es motivo de mucha controversia y que est1 asociado a la Deficiencia Mental, su in

cidencia es de 1/1000 nacimientos. Dicha afección fué descrita por Langdon Dawn en 1866 con el nombre de Idiocia Mongólica. En realidad un número bastante reducido de mongólicos, son deficientes mentales profundos, ya que la otra mayoría se encuentran en el plano superficial o medio.

Se piensa que la trisomía 21 se decide en el paso de la vida embrionaria a la vida fetal, del 5 al 10 % de todos los débiles mentales son mongoloides; clínicamente estos pacientes se caracterizan por ser de estatura pequeña, craneo pequeño y redondo, cabello escaso y grueso, fisuras palpebrales estrechas y oblicuas, con el extremo interno más bajo que el extremo, así como un pliegue cutáneo que comienza en el párpado superior y cubre el ángulo interno del ojo contribuyendo al semblante asiático. La mayoría de los mongoloides tienen un C.I. entre 15 y 40 . (7).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.-

Considerando la gran problemática del niño Deficiente Mental, podemos enfocarlo desde 3 puntos de vista, tomando en consideración que existen casi un millón de personas con Deficiencia Mental aproximadamente pudiendo convertirse en gentes útiles a sí mismos y a la sociedad. (fuente: Confederación Mexicana en Pro del Deficiente Mental): Estos puntos son:

- 1.- Enfoque médico.
- 2.- Dinámica familiar.
- 3.- Imagen frente a la sociedad.

Ante todo, un Deficiente Mental es aquel individuo que desde su infancia se desarrolló en grado inferior al normal en su coeficiente intelectual, experimentando grandes dificultades con relación a su aprendizaje, adaptación social y autosuficiencia (11).

Es de esperar lamentablemente que exista un cierto grado de indiferencia en la captación casual en la consulta externa del médico familiar respecto a estos niños, debido probablemente a un desconocimiento en la etiopatogenia del paciente detectado así como una precaria relación entre instituciones y por ende también, una pobre orientación y capacitación al personal médico, tomando estos enfermos como un caso más en las listas.

También es necesario mencionar que existen pocas relaciones médico-administrativas entre las instituciones del sector salud y la problemática de la Deficiencia Mental, sobre todo con Centros de Rehabilitación dedicados exclusivamente al manejo de estos pacientes, de lo cual en la actualidad son escasos.

Respecto a la dinámica familiar, debe considerarse que el padecimiento es susceptible de padecerlo cualquier persona, sin importar sexo, raza o condición socioeconómica y cultural.

Nadie queda exento a recibir un severo impacto emocional al recibir un diagnóstico de ésta magnitud, repercutiendo como es lógico en su estado emocional de los padres; por lo que siempre será recomendable un curso prematrimonial en donde sería ideal incluir entre otras pláticas orientaciones satisfactorias sobre este agudo problema actualmente intratado.

Es factible pensar por otra parte, que si las relaciones conyugales antes del nacimiento del niño problema, fueron más o menos equilibradas, con el advenimiento de estos hijos, pueden en algún momento acentuar más los vínculos matrimoniales o incluso provocar la disolución del mismo.

Por lo tanto está muy relacionado la forma de emitir un diagnóstico de éste tipo, al padre de familia y la dinámica familiar posterior al mismo.

Niños con deficiencia mental severa pueden aprender a cuidar de sí mismos previo entrenamiento así algunas destrezas básicas, pero sus posibilidades en cuanto a ser autosuficientes son limitadas.

También hay que diferenciar a niños con daño cerebral, de otros con simple deficiencia mental de lo cuál no es lo mismo.

En el tercer punto, la imagen que presentan frente a la sociedad, desafortunadamente la problemática a nivel de las altas autoridades sanitarias no le han dado el enfoque y la importancia requeridas; eliminar el falso concepto despectivo de considerar a estos enfermos candidatos constantes al confinamiento del manicomio.

HIPOTESIS.-

Considerando que la falta de orientación por parte del médico familiar, respecto al trastorno de Deficiencia Mental, produce como es lógico una precaria información a los padres de familia que cuentan con un niño Deficiente Mental, alterando así la relación Cuidado-Afecto y consecuentemente un gran trauma emocional al niño.

PROGRAMA DE TRABAJO .-

Se eligieron dos tipos de encuestas con material humano dentro de la U.M.F.-21, una entre la población médica existente y otra entre la población de derechohabientes y a través de los expedientes investigados previamente con el apoyo del departamento de Trabajo Social, en donde detectaron nacientes infantiles con trastornos de Deficiencia Mental.

En la encuesta de índole médica se pretendió investigar las áreas: cognoscitivas y afectivas, Orientadoras e informativas así como de manejo y terapéutica, dentro la experiencia y conocimiento del tiempo de haber terminado su carrera profesional a la fecha.

En la segunda encuesta se recopilaron a 50 padres de familia de niños enfermos en un lapso de 5 meses, siendo investigados en sus domicilios respectivamente en las áreas: Afectiva-comunicativa, Manejo por parte del núcleo familiar, Socioeconómica, Obstetrica y Actividades laborales.

OBJETIVOS DE LA ENCUESTA MEDICA.-

- 1.- CONOCER EL PUNTO DE VISTA DEL MEDICO FAMILIAR INSTITUCIONAL.
 - 2.- CONOCER EL GRADO DE EXPERIENCIA EN CADA UNO DE LOS MEDICOS ENCUESTADOS.
 - 3.- VALORAR LA ACTITUD DEL MEDICO FAMILIAR EN LA DETECCION DE ES TOS PACIENTES.
 - 4.- CONOCER EL MANEJO Y ORIENTACION BRINDADOS A LOS PADRES DE NIROS DEFICIENTES MENTALES.
-

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 21

S E R I E E V A L U A T I V A

- 1.- Señor doctor en su experiencia clínica desde el término de su carrera profesional a la fecha actual, a logrado detectar pacientes en edades entre los 5 y 12 años de edad aprox. con trastornos de Deficiencia Mental ?

R= (SI) (NO) (ALGUNOS) especifique cuantos: _____ aprox.

- 2.- Cuál es su opinión acerca del trastorno de Deficiencia Mental, explíquelo brevemente :

- 3.- Al detectar a un paciente infantil con éste tipo de deterioro, que orientación daría usted a los padres de familia de ese niño?

- 4.- Cuál considera usted que debe ser la actitud del médico familiar al emitir el diagnóstico a los padres del niño, agresiva y fría, indiferente o paternalista, y porqué?.....explique brevemente:

5.- Conoce usted algún Centro o Instituto Rehabilitatorio dedicado a el manejo de éste tipo de enfermos ?

R= (SI) (NO) y en caso afirmativo explique: _____

6.- En su experiencia clínica ha tenido la oportunidad de manejar a éste tipo de pacientes ?

R= (SI) (NO) y si es afirmativo explique: _____

7.- Considera usted que la gran mayoría de los médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social y en general tienen cierta experiencia y/o conocimiento con respecto al problema de la Deficiencia Mental?

R= _____

8.- Le interesaría conocer más acerca de la Deficiencia Mental ?

R= (SI) (NO) porqué: _____

9.- Considera usted benéfico el intercambio de experiencias entre gente especializada en este tema y el ámbito médico ?

R= (SI) (NO) porqué: _____

10.- Considera usted adecuado el hecho de que se impartan cursos ó sesiones acerca de ésta problemática ?

R= (SI) (NO) porqué: _____

11.- Considera usted que al detectar a estos pacientes deben ser con
siderados como totalmente dependientes e incurables y que prove
cho se podría obtener de ellos ?:

R= (SI) (NO) explique: _____

12.- Que sugerencias o aportaciones daría usted respecto a éste pro
blema de los Deficientes Mentales ?

OBJETIVOS DE LA ENCUESTA FAMILIAR.-

- 1.- VERIFICAR SI SE ENTRELAZARON LOS VINCULOS CONYUGALES O SE DISOLVIERON CON EL ADVENIMIENTO DEL NIÑO PROBLEMA.
 - 2.- COMPROBAR SI RECIBIERON APOYO Y ORIENTACION MEDICA O PSICOLOGICA RESPECTO AL MANEJO DEL NIÑO.
 - 3.- DARSE CUENTA DEL MANEJO EN EL HOGAR DE LOS PADRES CON EL HIJO (CONVIVENCIA, COMUNICACION Y CUIDADOS).
 - 4.- CONSTATAR SI HAN BUSCADO ALGUNA ESCUELA DE EDUCACION ESPECIAL.
-

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA.
(PADECIMIENTOS MENTALES EN LA INFANCIA).

SERIE EVALUATIVA

1).- SENORA (OR), PRIMARAMENTE A QUE LE ATRIBUIRIA USTED LA ENFERME
DAD MENTAL DE SU HIJO ?

2).- LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO SE ENCUENTRA DENTRO DE LA CASA EL NI
NO ?

(SI)

(NO)

(ALGUNAS VECES)

3).- A QUE SE DEDICA USTED ?

R =

4).- A QUE SE DEDICA SU ESPOSO ?

R =

5).- CUANTAS PERSONAS CONVIVEN CON EL NIÑO(A) ?

R =

6).- TUVO USTED PROBLEMAS DUARANTE EL PARTO ?

(SI)

(NO)

si es afirmativo, explique de que tipo: _____

7).- SABE USTED SI TARDO EN LLORAR Y RESPIRAR AL NACER SU HIJO ?

(SI)

(NO)

(DESCONOCE)

8).- EL ADVENIMIENTO DE SU HIJO ENFERMO, MOTIVO UN MEJOR ACERCAMIENTO MORAL DE PARTE DE SU ESPOSO O UN ALEJAMIENTO ?

9).- QUE LE COMENTO SU ESPOSO AL SABER LA NOTICIA DE LA ENFERMEDAD DE SU HIJO ?

10).- A QUE EDAD SE DIO USTED CUENTA DE LA ENFERMEDAD DE SU HIJO ?

R =

11).- QUIEN CUIDA DEL NIÑO(A) LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO ?

R =

12).- SIENTE USTED QUE SE ENTIENDE BIEN CON SU HIJO ?

R =

13).- COMO HACE USTED PARA DARSE A ENTENDER CON SU HIJO(A) ?

14).- LLEVAN AL NIÑO A JUGAR ?

(SI)

(NO)

(ALGUNAS VECES)

15).- JUEGA CONSTANTEMENTE CON SUS DEMAS HERMANOS ?

(SI)

(NO)

(ALGUNAS VECES)

16).- PIERDE USTED CON FACILIDAD LA PACIENCIA EN EL MANEJO DE SU HIJO ?

(SI)

(NO)

(ALGUNAS VECES)

17).- LE HA COMENTADO ALGUN FAMILIAR, VECINO O AMISTAD CERCANA EL HECHO DE BUSCAR UNA ESCUELA DE EDUCACION ESPECIAL PARA SU HIJO?

R =

18).- CONVIVE CON EL NIÑO(A) CON OTROS AMIGUITOS ?

(SI)

(NO)

19).- ASI MISMO LE HAN RECOMENDADO LA BUSQUEDA Y LA ORIENTACION DE ALGUN MEDICO O PSICOLOGO RESPECTO AL MANEJO DE SU HIJO ?

(SI)

(NO)

20).- PENSANDO QUE USTED NO VA A SER SIEMPRE JOVEN NI VIVIR ETERNAMENTE, QUE PLANES TIENE PARA SU HIJO(A) EN EL FUTURO ?

21).- FINALMENTE DARIA USTED ALGUNA RECOMENDACION O CONSEJO EN ESPECIAL A OTROS PADRES DE NIÑOS CON EL MISMO PROBLEMA QUE EL SUYO ?

RESULTADOS DE LA ENCUESTA MEDICA.-

En uno de los cuadros concernientes al grado de interés médico por actualizarse más acerca del tema en cuestión, fué del 100 % o sea que de los 60 médicos encuestados, todos mostraron un interés común en la actualización del tema:

Sus argumentos fueron de diversa índole:

- 1.- Ampliar más su acervo cultural-científico para posteriormente ser aplicado en un mejor manejo de los pacientes.
- 2.- Efectuar una detección precoz de los mismos, para así poder brindar una correcta recanalización al servicio u hospital correspondiente.

Además es digno de mencionar que existió cierto desinterés por parte de los médicos de la unidad en el sentido de emitir sus opiniones y experiencias, a través de las encuestas, ya que probablemente fuese a causa de su poco o nulo conocimiento acerca de éste padecimiento. Y dentro de las sugerencias que emitieron, fueron las siguientes:

- 1.- Cuidados y prevenciones del embarazo.
- 2.- Favorable orientación a los padres de familia así como una debida capacitación al cuerpo médico de las unidades de medicina familiar no solo del Distrito Federal, sino también en la República.
- 3.- Legislar elásticamente el derecho del Deficiente Mental en el sentido de ser reconocido como cualquier ciudadano normal, dentro de sus limitaciones, de acuerdo a la educación de nuestro pueblo siempre en beneficio del mismo.
- 4.- La creación de Centros rehabilitatorios especializados por parte del Instituto así como de personal debidamente capacitado.
- 5.- Analizar las bases clínicas y de manejo a través de sesiones médicas con personal especializado así como de padres de familia con hijos problema.

RESULTADOS DE LA ENCUESTA FAMILIAR:

La serie de encuestas realizadas a los padres de familia de niños problema, como lo demuestran los objetivos previos ya citados en paginas anteriores, así como del cuestionario anexo, declara el hecho de que el promedio de familias detectadas en los alrededores de la U.M.F. - 21 es del nivel socioeconómico medio-bajo, no esperando desde luego un nivel óptimo de vida ni manejo para niños con éste padecimiento.

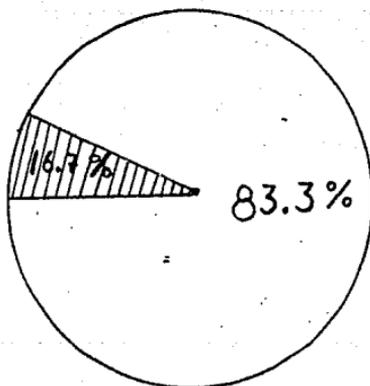
Es factible más bien esperar condiciones de higiene muy defectuosas, con hacinamiento muy marcados y de hecho eso fué lo que se encontró, familias muy promiscuas, convivencia con animales dentro del mismo domicilio, incluso existen casas la obra negra nada mas sin techos de loze, etc. La apreciación objetiva que se ve en la consulta se verificó ya en los domicilios. Lamentablemente el grado de ignorancia a que está sometido nuestro pueblo, y la casi nula publicidad e información respecto a ésta enfermedad y la gran renuencia tan acentuada de nuestra gente muchas veces hacen que la gran mayoría de los pacientes que llegan a la consulta, se presentan con un padecimiento y una edad de ésta índole, ya muy avanzados y que si en un principio pudo haber tenido solución en el sentido rehabilitatorio, por lo general es casi nula la ayuda que se les puede brindar.

La gente desconoce totalmente información al respecto y si en cambio desearían que se les diera más información detallada dentro de las mismas unidades de consulta externa.

CUADRO Y GRAFICA DEL GRADO DE
EXPERIENCIA MEDICA EN LA DETEC
CION PRECOZ DE PACIENTES DEFI-
CIENTES MENTALES.

M E D I C O S E N C U E S T A D O S		
ADECUADA :	50	83.3 %
EN ORIENTACION E INFORMACION.		
INADECUADA EN ORIENTACION E INFORMACION:	10	16.7 %
T O T A L :	60	100.0 %

fuentes: datos obtenidos de las encuestas.



fuentes: porcentajes obteni
dos del cuadro.
total al 100 %

CUADRO Y GRAFICA DE CONCEPTOS MEDICOS
ACERCA DE DEFICIENCIA MENTAL:

La presente evaluación de porcentajes se hizo en base a la reco-
pilación de las encuestas y conceptos emitidos por cada médico.

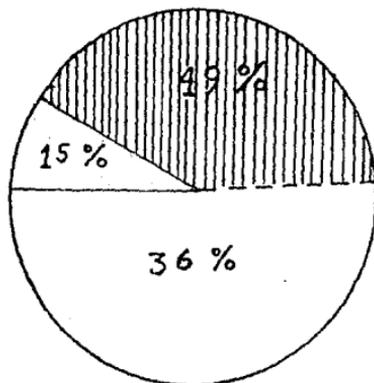
BUENO:	9	15.0 %
REGULAR:	22	36.7 %
MALA:	29	48.3 %
TOTAL:	60	100.0 %

Buena: en el sentido de emi-
tir un conocimiento satis-
factorio y completo de
acuerdo a experiencia medi-
ca.

Regular: en el sentido de
emitir un conocimiento y ex-
periencias poco satisfacto-
rias.

Mala: en el sentido de emitir
un conocimiento nulo en este
tipo de problema.

fuentes: datos obtenidos de las
encuestas.



fuentes: porcentajes obteni-
dos del cuadro.
total al 100 %

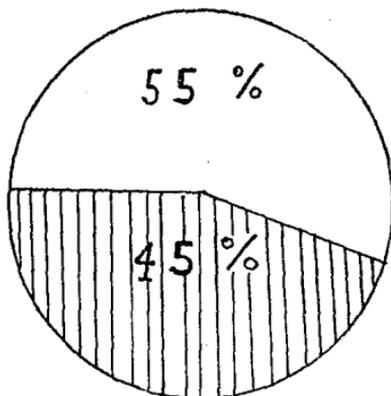
CUADRO Y GRAFICA DE ORIENTACION BRINDADA
 POR PARTE DEL MEDICO FAMILIAR AL PADRE
 DE FAMILIA DEL NIÑO AFECTADO.

B U E N A :	38	63.3 %
M A L A :	22	36.6 %
T O T A L :	60	100.0 %

INTERPRETACION: Buena porque se dió una amplia información al padre de familia.

Mala: porque no se dió ningún tipo de información de ninguna índole para satisfacción del padre.

fuentes: datos obtenidos de las encuestas.



fuentes: porcentajes obtenidos del cuadro.
 total al 100 %

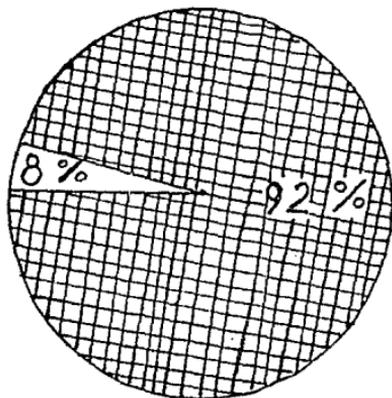
CUADRO Y GRAFICA DE LA ACTITUD DEL MEDICO
FAMILIAR EN LA EMISION DEL DIAGNOSTICO DEL
NIÑO DEFICIENTE MENTAL:

B U E N A :	52	86.7 %
M A L A :	8	13.3 %
T O T A L :	60	100.0 %

INTERPRETACION: Buena porque se le explicó debidamente al padre de familia en forma veráz y oportuna respecto al problema de su hijo.

Mala: porque la información emitida acerca del diagnóstico, fué casi nula y poco satisfactoria.

fuentes: datos obtenidos de las encuestas.



fuentes: porcentajes obtenidos
del cuadro.
total al 100 %

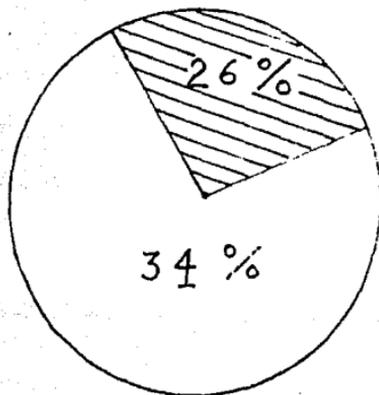
CUADRO Y GRAFICA DEL GRADO DE EXPERIENCIA
OBTENIDA DE NECESOS FAMILIARES EN EL MANE
JO DE NIÑOS DEFICIENTES MENTALES:

SUFICIENTE :	16	26.7 %
NULLA :	44	73.3 %
TOTAL :	60	100.0 %

INTERPRETACION: Suficiente porque el acúmulo de conocimientos reportados en las encuestas, son convincentes y ordenadas.

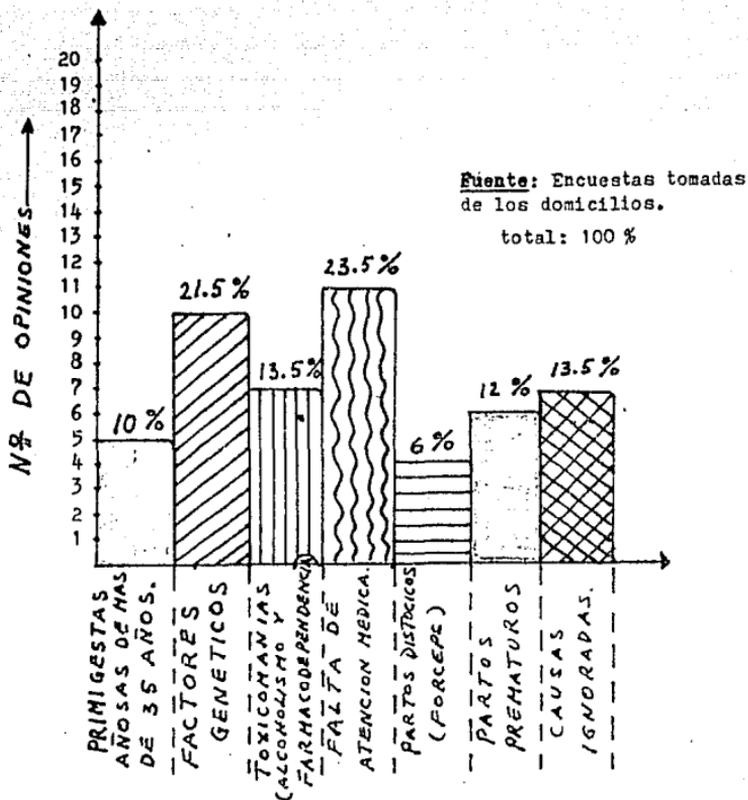
Nulla: porque muchos de los reportes médicos emitidos carecieron de fundamento científico.

fuelle: resultados obtenidos de las encuestas.

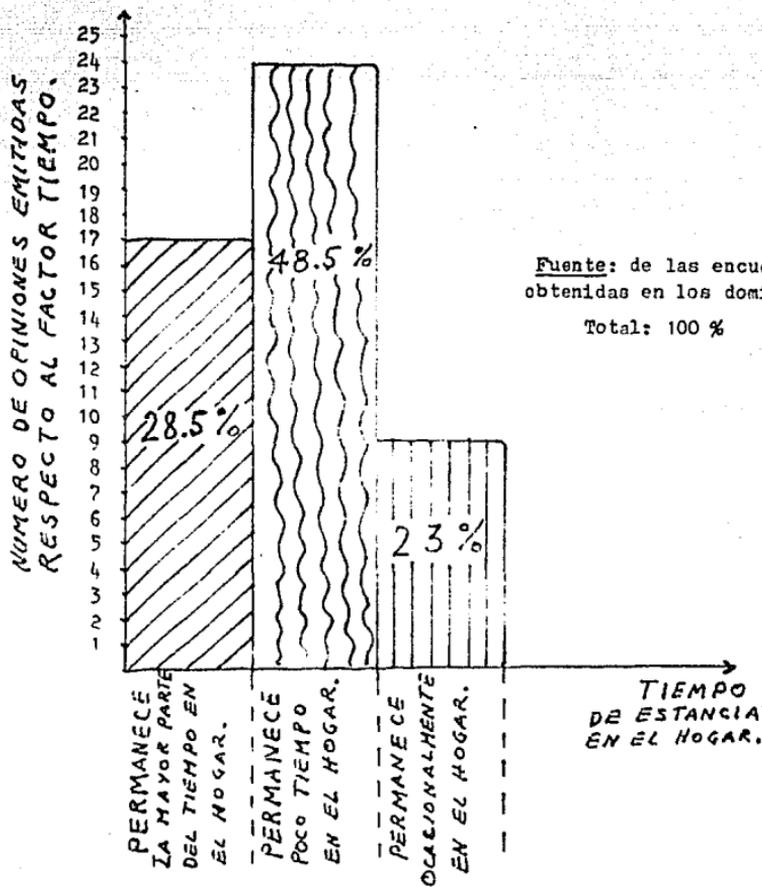


fuelle: porcentajes del cuadro
de datos.
total al 100 %

CREENCIAS MAS FRECUENTES DE LOS
PADRES DE FAMILIA ACERCA DE LA
ENFERMEDAD DE SUS HIJOS, ESTIMADO
EN PORCENTAJES Y GRAFICAS.



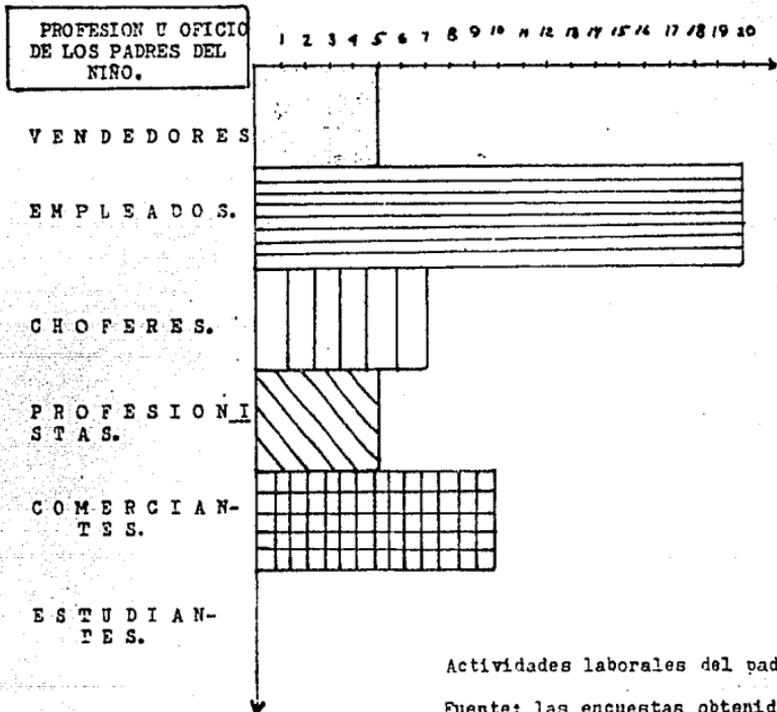
INDICE DE PERMANENCIA EN SUS
DOMICILIOS DEL NIÑO, ESTIMADO EN
GRAFICAS Y PORCENTAJES.



Fuente: de las encuestas
obtenidas en los domicilios.

Total: 100 %

ENCUESTAS DE ACTIVIDADES LABORALES
DE AMBOS PADRES DEL NIÑO DEFICIENTE
MENTAL ESTIMADO GRAFICAMENTE.

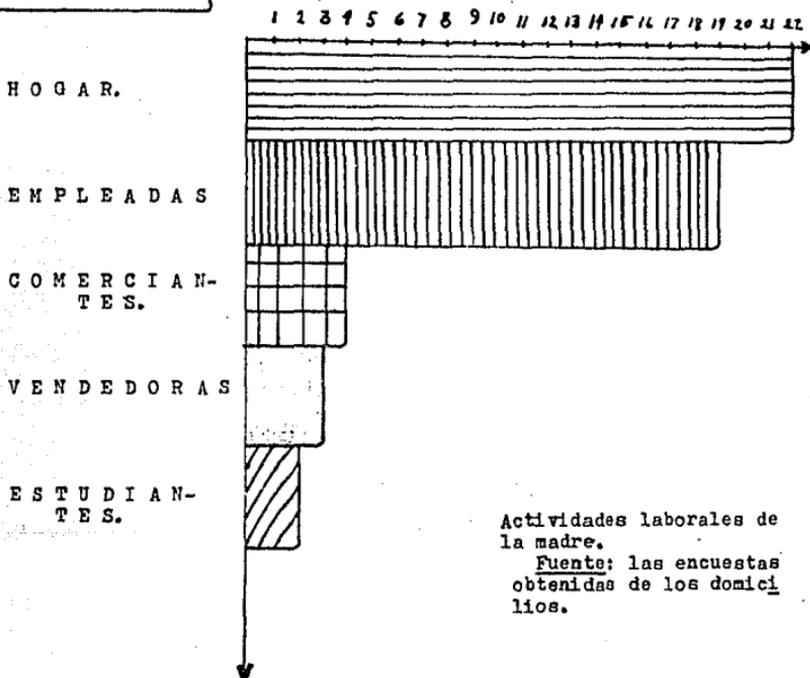


Actividades laborales del padre.

Fuente: las encuestas obtenidas de los domicilios.

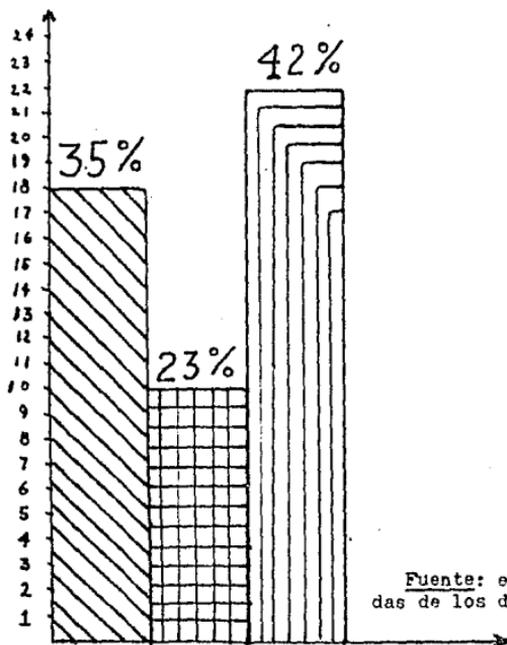
ENCUESTAS DE ACTIVIDADES LABORALES
DE AMBOS PADRES DEL NIÑO DEFICIENTE
MENTAL ESTIMADO GRAFICAMENTE.

PROFESION U OFICIO
DE LOS PADRES DEL
NIÑO.



GRAFICA Y PORCENTAJES DE NIÑOS
DEFICIENTES MENTALES CON TRANSTORNOS
NEONATALES DE LLANTO Y RESPIRACION.

Madres que aseveran la presencia del llanto y respiración al nacimiento:	18
Madres que no aseguran la presencia del llanto y respiración al nacimiento:	10
Madres que desconocen por completo la presencia del llanto y respiración al nacimiento:	22
TOTAL:	50



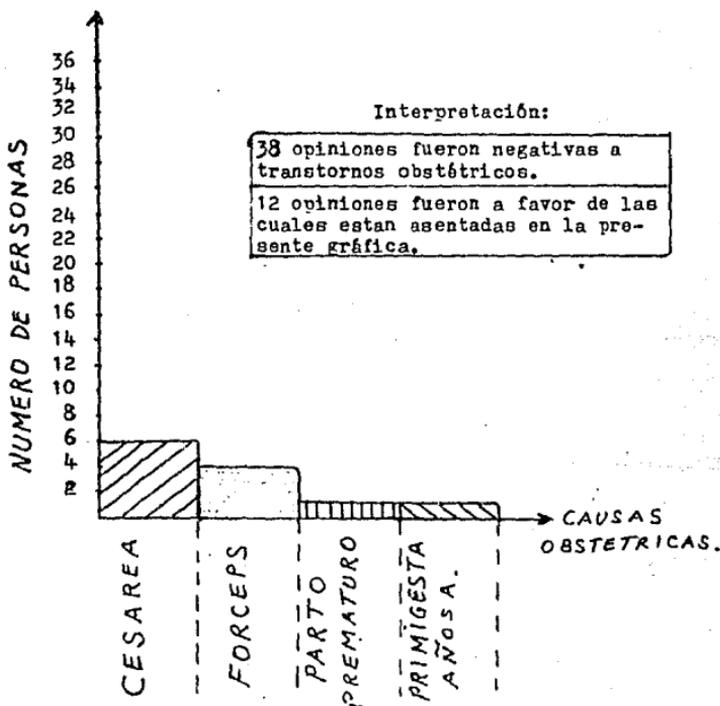
Fuente: encuestas obtenidas de los domicilios.

En cuanto al número de personas que conviven con el niño en fermo aparte de él, varía desde una persona hasta diez, de lo cual nos da una idea que aparentemente no se encuentra totalmente solo en su domicilio.

Por supuesto varía notablemente el manejo de una familia a otra ya que se considera casi nulo el de aquellos que solo cuentan con una sola persona a su cuidado, en comparación de otros que cuentan con un número mayor de familiares.

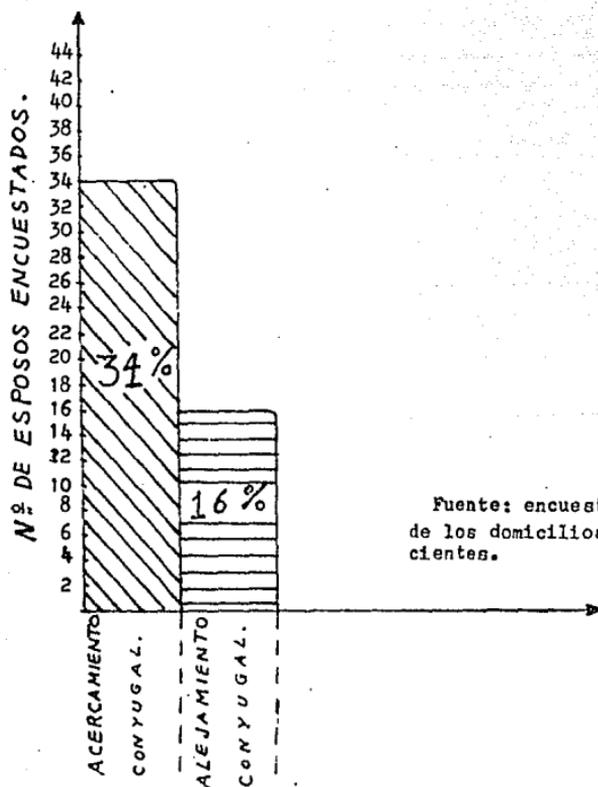
Aunque varían también del grado de atención que le presten al mismo.

GRAFICA DE INCIDENCIA REFERIDA DE
PARTOS DISTOCICOS Y SECUNDARIAMENTE
TRANSTORNOS DE DEFICIENCIA MENTAL.



GRAFICAS Y PORCENTAJES DE REACCIONES
EMOCIONALES POR PARTE DEL ESPOSO AL SABER EL
DIAGNOSTICO DEL NIÑO ENFERMO DE D.M. :

Acercamiento conyugal:	34	68 %
Alejamiento conyugal :	16	32 %
TOTAL	50	100 %



Fuente: encuestas obtenidas
de los domicilios de los pa-
cientes.

RESUMEN

De acuerdo a lo realizado y al concepto que se tenía previamente de la problemática, la dinámica familiar y el manejo médico actual aceca de los niños Deficientes Mentales, en realidad se da una cuenta que los estudios y avances en el campo científico rehabilitatorio no han sido muy halagadores, ya que predomina hasta la fecha actual un velo de tabú en el conocimiento a fondo de esta enfermedad, los lugares en donde se rehabilita y la gente entrenada para estos enfermos.

Y en los padres prosigue ese miedo, angustia, insertidumbre e ignorancia respecto al padecimiento, concretándose tan solo a que pase el tiempo y esperar o que suceda un milagro o se produzca la defunción del enfermo, sin que se les dé una orientación y canalización correcta por parte del médico familiar.

CONCLUSIONES

De acuerdo a lo estudiado e investigado se obtienen resultados de estudios y experimentos realizados en otros países más avanzados de lo que lamentablemente aquí en nuestro país está poco impulsado y difundido hasta últimamente a través de raquílicas campañas publicitarias de sanidad pública se le ha dado el enfoque en una leve proporción de lo que en realidad merece. Es de hacerse notar que se han hecho pocos estudios actualizados al respecto del tema.

Lamentablemente los recursos financieros con que cuenta el país son muy pocos y no dan el impulso necesario que requieren para la investigación, información y estímulos para lograr una buena detección oportuna así como la creación de nuevos Centros Rehabilitatorios de estos pacientes y principalmente dentro del contexto del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Prevalece una escasa comunicación a los padres de los niños afectados, considerando que sería una buena táctica el hecho de incluir a los maestros en general en éste problema, para que a la detección de un alumno con estas características, sea canalizado con el médico para su pronto manejo y rehabilitación.

La creación de centros de orientación especializados por gente especializada y calificada para dirigir y guiar a los padres de estos niños enfermos y no contemplar el problema en la mayor indiferencia como hasta ahora se ha hecho en mayor o en menor proporción, ya que el beneficio es para ese grupo de seres humanos teniendo todo el derecho del mundo a integrarse a la sociedad con dignidad.

SUGERENCIAS

- 1).- QUE EXISTA UNA ADECUADA INFORMACION ACTUALIZADA Y PERMANENTE DIRIGIDA AL MEDICO FAMILIAR SOBRE EL TEMA DE DEFICIENCIA MENTAL.
- 2).- SE FOMENTE EL INTERCAMBIO ENTRE PERSONAL ENTRENADO EN ESTA AREA Y EL PERSONAL MEDICO FAMILIAR PARA EL BENEFICIO DE LOS DERECHO HABIENTES.
- 3).- INTENSIFICAR EXHAUSTIVAMENTE LAS CAMPAÑAS DE DETECCION DE ESTE TIPO DE PACIENTES ASI COMO INSTRUIR DEBIDAMENTE A LOS PADRES DE FAMILIA SOBRE EL PROBLEMA.
- 4).- PROPORCIONARLE AL MEDICO FAMILIAR INFORMACION SOBRE LA EXISTENCIA O CREACION DE CENTROS REHABILITATORIOS PARA ESTE TIPO DE ENFERMOS.
- 5).- INVITAR A LOS MEDICOS FAMILIARES PERIODICAMENTE A SESIONES Y APRECIACION OBJETIVA SOBRE LA DINAMICA Y MANEJO A ESTE TIPO DE PACIENTES EN LOS CENTROS REHABILITATORIOS RESPECTIVOS.
- 6).- FOMENTAR PLATICAS DEL TEMA A LA JEFATURA DE TRABAJO MEDICO SOCIAL, PARA QUE ELLOS A SU VEZ LAS DIFUNDAN CONSTANTEMENTE A LOS PADRES DEL HIJO CON ESTE PROBLEMA.
- 7).- CONTAR CON LA COOPERACION EFECTIVA Y OPORTUNA DE LOS MAESTROS HIGIENE ESCOLAR EDUCACION ESPECIAL Y OTRAS DEPENDENCIAS, COMO LA DIRECCION DE SALUD MENTAL DE LA S.S.A. EN RELACION CON LA DETECCION, VALORACION Y MANEJO DE NIROS CON ESTE PADECIMIENTO.

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

- 1).- Audrey J. Yates: Deficiencia Mental. Trillas; 370-388; 1977.
- 2).- Arthur P. Noyes; Debilidad Mental. La Prensa Mexicana: 353-370; 1961.
- 3).- Henri Ey P. Bernard. : Mental Health. Toray-Masson; 8a. Edic.; 562-593; 1978.
- 4).- Robert P. Ingalls; Retraso Mental la Nueva Perspectiva; El Manual Moderno. 596-597; 1980.
- 5).- Ramón de la Fuente M.: Debilidad Mental. Fondo de Cultura Económica; 262-273; 1981.
- 6).- Banda, C.E.: "Ten years of Research in Mental Deficiency; A study based on 200 autopsies" , American Journal of Mental Deficiency, núm. 101; 1946; p. 170.
- 7).- Irwin G. Sarason.; Psicología Anormal. Trillas; 328-339; 1978.
- 8).- Philip Solomon y Vernon.: Deficiencia Mental. Edit. El manual moderno; 337-350; 1976.
- 9).- Astrop C. Sersen, E.A. y Wortis, J. Conditional reflex studies in mental retardation: a review. American Journal of mental Deficiency. 513-530; 71; 1967.
- 10).- Banda C.E.: Mongolism and Cretism. Grun & Stratton, New York, 1949.
- 11).- Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas; 10a. Edic.; Salvat Edts.: 1968.