

11226

139

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

2 E.

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
UNIDAD ACADÉMICA
CLÍNICA ORIENTE

T I T U L O

CAUSAS CUADYUVANTES Y PREVISIBLES
DE LA DEFICIENCIA MENTAL
EN LA POBLACIÓN DE UNA
ESCUELA DE EDUCACIÓN ESPECIAL

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA

DR. RAFAEL SANCHEZ MATA.

MÉXICO, D. F., JULIO 1995.

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 está 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.

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PARA OBTENER EL
DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA
FAMILIAR


PRESENTA:

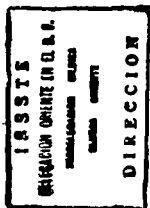
DR. RAFAEL SANCHEZ MATA

T I T U L O

CAUSAS CUADRYUVANTES Y PREVISIBLES
DE LA DEFICIENCIA MENTAL
EN LA POBLACIÓN DE UNA
ESCUELA DE EDUCACIÓN ESPECIAL


DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DEL CURSO DE ESPECIALIDAD EN
MEDICINA FAMILIAR EN LA CLINICA ORIENTE
I.S.S.S.T.E. ASESOR DE TESIS.


DR. HECTOR GABRIEL ARTEAGA ACEVES
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
DE LA JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL
I.S.S.S.T.E.



T I T U L O

CAUSAS CUADRYVANTES Y PREVISIBLES
DE LA DEFICIENCIA MENTAL
EN LA POBLACION DE UNA
ESCUELA DE EDUCACION ESPECIAL

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. RAFAEL SANCHEZ MATA

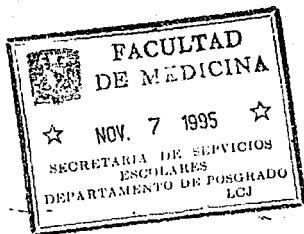
AUTORIZACIONES

~~DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA.
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA DE LA U.N.A.M.~~

~~DR. ARNULFO ESCOBEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACION
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA DE LA U.N.A.M.~~

~~DRA. MA. DEL ROSARIO NORIEGA GARIBAY
COORDINADORA DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
U.N.A.M.~~

FALLA DE ORIGEN



**CAUSAS CUADYUVANTES Y PREVISIBLES
DE LA DEFICIENCIA MENTAL
EN LA POBLACIÓN DE UNA
ESCUELA DE EDUCACIÓN ESPECIAL**

**CAUSAS CUADYUVANTES Y PREVISIBLES
DE LA DEFICIENCIA MENTAL
EN LA POBLACIÓN DE UNA
ESCUELA DE EDUCACIÓN ESPECIAL**

INDICE

1.- TITULO	1
2.- MARCO TEÓRICO	3
A).- ANTECEDENTES	25
B).- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
C).- OBJETIVOS	26
D).- JUSTIFICACIÓN	28
3.- METODOLOGÍA	30
A).- POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO	
B).- MUESTRA	
C).- CRITERIOS DE INCLUSIÓN	
D).- CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	
E).- CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	
F).- INFORMACIÓN A RECOLECTAR	
G).- CEDULA DE RECOLECCIÓN	33
H).- VARIABLES	
I).- RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN....	
J).- PROCEDIMIENTO EMPLEADO	
4.- RESULTADOS	34
5.- ANÁLISIS	69
6.- CONCLUSIONES	74
7.- BIBLIOGRAFÍA	76

MARCO TEÓRICO.

LA DEFICIENCIA MENTAL, DESDE EL PUNTO DE VISTA MÉDICO, A SIDO DEFINIDA COMO LA DETENCIÓN O DESARROLLO INCOMPLETO DEL DESARROLLO MENTAL, PRODUCTO DE ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA ADOLESCENCIA U ORIGINADO POR CAUSAS GENÉTICAS. INCLUYENDO UN GRAN NÚMERO DE DIFERENTE ETIOLOGÍA, MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y LESIONES PATOLÓGICAS. (1)

PARA MAYER-GROSS LA DEFICIENCIA MENTAL ES EL ESTADO DE DESARROLLO MENTAL SUB NORMAL PRESENTE DESDE EL NACIMIENTO, O LA INFANCIA TEMPRANA, Y CARACTERIZADO POR LA LIMITACIÓN DE LA INTELIGENCIA.

EN 1927 LA LEY DE DEFICIENCIA MENTAL INGLESA LA DEFINE COMO EL ESTADO DE DETENCIÓN DEL DESARROLLO, O EL DESARROLLO INCOMPLETO DE LA MENTE, EXISTENTE ANTES DE LOS 8 AÑOS DE EDAD, Y PRODUCIDA POR CAUSAS INNATAS, DE ENFERMEDADES O LESIONES. (1)

DIVERSAS ESCUELAS NORTEAMERICANAS CONSIDERAN A LA DEFICIENCIA MENTAL COMO LA INADECUACIÓN DE LAS FUNCIONES GENERALES INTELLECTUALES, EXISTENTES DESDE EL NACIMIENTO O LA INFANCIA, SIENDO NECESARIO PARA SU DIAGNOSTICO NO TAN SOLO LA VALORACIÓN DE RETRASO MENTAL MEDIANTE TEST, SINO IGUALMENTE LA COMPROBACIÓN DE UN TRASTORNO MANIFIESTO DE LA CONDUCTA ADAPTATIVA.

PEVZNER, REPRESENTATIVO DE LA MEDICINA SOVIÉTICA CONSIDERA LA DEFINICIÓN MENTAL COMO UNA ENTIDAD CLÍNICA QUE ENLOBA DIVERSOS TIPOS DISTINTOS EN SU ETIOLOGÍA, PERO SIMILARES EN SUS MANIFESTACIONES, Y QUE SE CARACTERIZAN POR UN MAL DESARROLLO DE

LAS FORMAS COMPLEJAS DE LAS ACTIVIDADES PSÍQUICAS, ORIGINADO POR UNA LESIÓN ORGÁNICA O FUNCIONAL DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, DENTRO DEL DESARROLLO INTRAUTERINO DEL FETO O EN LOS PRIMEROS PERÍODOS DE LA VIDA DEL NIÑO.

LA TERMINOLOGÍA DE LA DEFICIENCIA MENTAL A SIDO AMPLIA Y EN OCASIONES CONFUSA. LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, SUELE UTILIZAR VOCABLOS TALES COMO: SUBNORMALIDAD MENTAL, DEBILIDAD MENTAL, OLIGOFRENIA Y AMENCIA, SI BIEN ESTE ÚLTIMO CONSTITUYE UN TERMINO PSIQUIÁTRICO DE POCA APLICACIÓN (1).

LA INHIBICIÓN MENTAL O SEUDORRETRAZO CONSTITUYE UN CUADRO PATOGÉNICO DISTINTO, EN EL QUE LA APARENTE DEFICIENCIA O LENTIFICACIÓN DEL DESARROLLO MENTAL SE DEBE A FACTORES PRIMARIOS EMOCIONALES QUE INTRODUCEN DISCREPANCIAS ENTRE EL RENDIMIENTO Y LOS POTENCIALES DE LA ACTIVIDAD MENTAL SUPERIOR. DESDE EL PUNTO DE VISTA EDUCATIVO, LA DEFICIENCIA MENTAL CONSTITUYE UNA CONDICIÓN PERSONAL NO SIEMPRE PATENTE Y QUE NO SE ENGLOBA NECESARIAMENTE DENTRO DE LAS ENFERMEDADES. SU DIAGNOSTICO DEPENDERÁ DE VALORES COMPARATIVOS, EN CUANTO QUE LA ACTIVIDAD MENTAL SUPERIOR DEL SUJETO DETERMINARÁ UN RENDIMIENTO COMPARADO CON EL EXISTENTE COMO PATRÓN MEDIO DE LA COMUNIDAD A LA QUE PERTENEZCA.

ETIOLOGÍA:

LAS CAUSAS ETIOLÓGICAS DE LA DEFICIENCIA MENTAL ACTUALMENTE SON BIEN CONOCIDAS CASI EN SU TOTALIDAD, SON MUY DIVERSAS, ABARCANDO CUADROS MÚLTIPLES PATOLÓGICOS, CARACTERIZADOS TODOS ELLOS POR DETERMINAR UNA ALTERACIÓN IRREVERSIBLE DE LAS FUNCIONES MENTALES SUPERIORES, EN ÉPOCAS PRECOCES DEL DESARROLLO ANULANDO LA POSIBILIDAD DE UNA ULTERIOR MADURACIÓN O COMPENSACIÓN FISIOLÓGICA DE LAS ESTRUCTURAS ENCEFÁLICAS LESIONADAS. POR ELLO, LOS FACTORES PATOGENICOS DEBEN ACTUAR EN LAS PRIMERAS ETAPAS DE LA VIDA DEL NIÑO (INTRAUTERINA O PRIMER AÑO POSPARTUM) CUANDO ESTE TODAVÍA NO A PODIDO DESARROLLAR LOS POTENCIALES HUMANOS MENTALES NECESARIOS PARA EL LOGRO DEL APRENDIZAJE Y UTILIZACIÓN DE LAS EXPERIENCIAS.

LAS DEFICIENCIAS MENTALES POR CAUSAS PATOLÓGICAS EN ÉPOCAS POSTERIORES DE LA VIDA SUELEN SER MUCHO MENOS FRECUENTES, O BIEN PRODUCEN CUADROS ENCEFALOPATICOS CON SINTOMATOLOGIA MÚLTIPLE Y ALTERACIONES NEUROLÓGICAS MÁS COMPLEJAS (1)

CLASIFICACIÓN ETIOLÓGICA.

		INTRAUTERINO.
	INFECCIÓN.	POSNATALES.
		INTRAUTERINO.
CAUSAS EXÓGEMAS	TRAUMATICAS	DURANTE EL PARTO.
		POSNATALES.
	POSNATALES.	
	CAUSAS ENDOCRINAS.	
	FACTORES EMOCIONALES Y	
	SOCIOCULTURALES.	
	CAUSAS INDIFERENCIADAS.	
	FACTORES GENÉTICOS: ALTERACIONES	
CAUSAS ENDOGENAS	METABÓLICAS.	
	HERENCIA.	
	ALTERACIONES CROMOSOMICAS	

TODAS LAS PACIENTES EMBARAZADAS, DEBEN TENER UN DIAGNOSTICO COMPLETO SIN IMPORTAR LA EDAD DE LOS PADECIMIENTOS QUE PUEDAN EN UN MOMENTO DETERMINADO INFLUIR PARA UN DETERIORO DEL PRODUCTO, ASÍ COMO UN ESTUDIO SOCIOECONÓMICO QUE EN FORMA INDIRECTA PUEDA INFLUIR EN EL DESARROLLO DEL PEQUEÑO. (4)

A NIVEL BIOLÓGICO ENCONTRAMOS PROCESOS INFECCIOSOS MATERNOS, QUE PUEDEN PRODUCIR UN PARTO PREMATURO, EJEMPLO DE ELLO SERÁ UNA TB. RENAL, AUNQUE YA NO TAN FRECUENTE, NO DEJA DE SER UN FACTOR DESFAVORABLE EN EL EMBARAZO. SOBRE TODO EN EL ULTIMO TRIMESTRE, YA QUE PUEDEN ACTIVARSE LESIONES TB. QUE ANTES DEL EMBARAZO SE ENCONTRABAN INACTIVAS.

LAS VIROSIS COMO EL SARAMPIÓN, VARICELA, V.COXSACKIE, POR HERPES VIRUS, LAS PAROTIDITIS VIRALES PUEDEN AFECTAR E INCLUSO SUCUMBIR EL PRODUCTO. (3)

EN LO REFERENTE A LAS INFECCIONES POSNATALES, COMO LA MENINGITIS BACTERIANA, COMO LO DEMUESTRA EL ESTUDIO REALIZADO EN E.U UCLA MAYO DE 1993, EN DONDE SE ENCONTRÓ EN UN GRUPO DE NIÑOS ESTUDIADOS EN LA EDAD COMPRENDIDA DE 2 MESES A 19 AÑOS DE EDAD, EN UN TOTAL DE 1602 NIÑOS ESTUDIADOS SE ENCONTRARON LAS SIGUIENTES SECUELAS: SORDERA 10.5%,

SORDERA BILATERAL SEVERA O PROFUNDA 5.1%, RETARDO MENTAL 4.2%, ESPASTICIDAD Y/O PARESIA 3.5%, DESORDEN DE DETECCIÓN 4.2%, SECUELAS NO DETECTABLES 83.6% (5)

EN LA VALORACIÓN NEONATAL DE LA CONDUCTA NEUROLÓGICA, SE USARON 20 PARÁMETROS PARA LA PREDICCIÓN DEL PRONOSTICO DEL RECIÉN NACIDO ASFIXIADO.

DE ENERO DE 1986, A JUNIO DE 1990, 13 DE UNA CIUDAD ESTUDIARON LA APLICACIÓN EN COMÚN, DE 20 PARÁMETROS NEONATALES, PARA LA VALORACIÓN NEUROLÓGICA (NBNA). EN BEBES ASFIXIADOS. DE 145 CASOS, 125 FUERON ESTUDIADOS EN EDADES QUE COMPRENDÍAN DE 1 A 2 AÑOS, MOSTRANDO EN LOS RESULTADOS EL PRONOSTICO, LA SUSCEPTIBILIDAD, LO ESPECIFICADO DE NBNA. EN LA LÍNEA DE SIETE DÍAS DESPUÉS DE NACER FUERON, 84.8% Y 97.4% RESPECTIVAMENTE, ESTE VALOR DEL PRONOSTICO ES SUPERIOR A OTROS PARÁMETROS. CON LA TOMOGRAFÍA COMPUTADA Y EL ULTRA SONIDO. ESTE MÉTODO ES PRACTICO Y ECONÓMICO ASÍ COMO FIDEDIGNO SIENDO ADEMÁS DE VALOR POPULARIZADO.

EN OTRO ESTUDIO PARA VALORAR DAÑOS CEREBRALES, EN 60 RECIÉN NACIDOS CON ASFIXIA VALORADOS ENTRE LOS 3 Y 12 DÍAS DE NACIDOS, FUERON EXAMINADOS POR TOMOGRAFÍAS COMPUTARIZADOS ENCONTRÁNDOSE MENOR DENSIDAD EN EL CEREBRO, EN 55 RECIÉN NACIDOS (91.75), Y HEMORRAGIAS CEREBRALES EN 34 (56.7%), LA DETECCIÓN MEDIDA POR LA MODIFICACIÓN DEL MÉTODO BALAY FUE DADO EN 54 BEBES, DE LOS CUALES 44 FUERON CON LIMITES NORMALES, 70% CON MENOS INTELIGENCIA FUE ENCONTRADA EN 10 BEBES (16.7% Y 6 (14%) YA MUERTOS NO SE ENCONTRÓ DAÑO CEREBRAL, NI CAMBIOS DE INTELIGENCIA O CAMBIOS DISCRETOS, CON TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA EN 50 BEBES CON CAMBIOS DE SEVERO A MODERADO EXAMINADOS CON TOMOGRAFÍA 16 (32%) MOSTRÓ UN DIAGNOSTICO POBRE, LA SENSIBILIDAD PARA LA TOMOGRAFÍA COMPUTADA Y ULTRASÓNIDO FUE DE 100% Y 22.5% RESPECTIVAMENTE. EL VALOR DE COMPORTAMIENTO NEUROLÓGICO NEONATAL IMPUESTO POR NBNA FUE DE 83.3% A UN 93.2%.

CONCLUYENDO QUE EL DIAGNOSTICO DE MORTALIDAD SON ADECUADOS YA VERIFICAN EL GRADO DE MATERIA BLANCA CEREBRAL DESTRUIDA A LA EXTENSIÓN DE LA HEMORRAGIA CEREBRAL.

EL EXAMEN DE LA TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA ES VALORABLE Y ESTIMADO ESPECIALMENTE RESPECTO AL PRONOSTICO EN COMBINACIÓN CON EL NBNA. (27) UNA DE LAS INFECCIONES QUE OCASIONA DAÑO CEREBRAL, SERIA LA ENCEFALITIS, COMO LO DEMUESTRA UN ESTUDIO REALIZADO EN NIÑOS JAPONESES EN DONDE TUVIERON LAS SECUELAS SIGUIENTES, UN DÉFICIT MOTOR EN UN 45.5% UN RETARDO MENTAL EN UN 21.8%, Y/O CONVULSIONES EN UN 18.2% DESPUÉS DE UN SEGUIMIENTO DE 2 AÑOS, SOLO 14 PACIENTES PRESENTARON (25.4%) UN RETRASO ESCOLAR.

EN LO QUE SE REFIERE A LOS TRAUMATISMOS QUE SE EXPERIMENTAN DURANTE EL PROCESO DE NACIMIENTO, (TRABAJO DE PARTO Y PERÍODO EXPULSIVO) PUEDE SER EVITABLE, O INEVITABLE Y OCURRIR LO MISMO POR AVEZADO Y COMPETENTE QUE SEA LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA, COMO EN UN PARTO DIFÍCIL O MUY PROLONGADO, O EN LAS PRESENTACIONES ANORMALES, LAS LESIONES FETALES POR AMNIOCENTESIS, TRASFUSIONES INTRAUTERINAS, Y POR MUESTRAS DE SANGRE DE LA VENA DEL CUERO CABELLUDO DEL PRODUCTO.

ASÍ COMO EN LOS NEONATOS POR PROCESO DE RESUCITACIÓN, LA MACROSOMIA, LA PREMATURIDAD, DESPROPORCIÓN CEFALOPELVICA, DISTOCIAS NEONATALES TRABAJO DE PARTO PROLONGADO Y PRESENTACIÓN ANORMAL DEL PRODUCTO.

(3)

EN UN TRABAJO REALIZADO EN UN HOSPITAL CHINO, REFERENTE AL

DESARROLLO FÍSICO Y MENTAL, EN PRODUCTOS PEQUEÑOS PARA LA EDAD GESTACIONAL, SE ENCONTRÓ QUE EL PRODUCTO MAS PEQUEÑO PRESENTO TRASTORNOS EN EL DESARROLLO DEL LENGUAJE Y DE PERCEPCIÓN, EN RELACIÓN A PRODUCTOS DE 40 SEMANAS DE GESTACIÓN LO CUAL PUEDE SER PREDECIDO POR LA MEDICIÓN DEL CORDÓN DE INSULINA.

LA RESONANCIA MAGNÉTICA EN LA EVALUACIÓN DE LA MICROCEFALIA SE ENCONTRÓ QUE EN 55 PACIENTES CON MICROCEFALIA (CIRCUNFERENCIA DE LA CABEZA (-250), LOS 55 PACIENTES FUERON DIVIDIDOS EN 2 GRUPOS CONSTANDO EL GRUPO 1 DE 34 CASOS EN LOS CUALES LAS CAUSAS GENÉTICAS, FUERON CONSIDERADAS PRIMARIAS Y EL GRUPO 2 DE 21 CASOS, EN LOS CUALES LAS CAUSAS INTRAUTERINAS Y/O POSNATAL FUERON CONSIDERADOS COMO FACTORES ADQUIRIDOS, CONCEPTOS A SER RESPONSABLES.

LAS ANORMALIDADES EN LA RESONANCIA MAGNÉTICA ESTUVIERON PRESENTES EN EL 80% DE EL TOTAL DE LAS SERIES, EN UN 68 Y 100% DE LOS GRUPOS 1 Y 2 RESPECTIVAMENTE.

EN EL GRUPO 1 LAS ANORMALIDADES DE LA MIGRACIÓN FUERON LOS MAS PROMINENTES, Y EL RETRASO MENTAL, Y LA INFARTACIÓN SECUNDARIA A TRASTORNOS CIRCULATORIOS DEL CEREBRO, FUERON LAS ANORMALIDADES OBSERVADAS MAS FRECUENTEMENTE CON SEVERAS DESVENTAJAS MÚLTIPLES, ASÍ COMO PARÁLISIS CEREBRAL, EPILEPSIA Y RETRASO MENTAL, FUERON VISTOS.

LA RESONANCIA MAGNÉTICA DE LA CABEZA FUE CONSIDERADA INDISPENSABLE EN LA INVESTIGACIÓN DE LAS CAUSAS DE LA MICROCEFALIA, Y DECISIVO EN EL PRONOSTICO NEUROLÓGICO DE LOS PACIENTES AFECTADOS.

(29)

EN LAS CAUSAS ENDOCRINAS TENEMOS PADECIMIENTOS COMO LA DIABETES MELLITUS DE LA MADRE.

ANTES DEL DESCUBRIMIENTO DE LA INSULINA, ERA RARA VEZ ENCONTRADA COMO COMPLICACIÓN DEL EMBARAZO, YA QUE LA MAYORÍA ERAN ESTÉRILES.

LA INMENSA MAYORÍA ERAN AMENORREICAS, Y EN CASI LA TOTALIDAD LAS DEFICIENCIAS NUTRICIONALES CONTRIBUÍAN A LA INFERTILIDAD, Y CUANDO EL EMBARAZO OCURRÍA, LA TASA MATERNA ERA DE AL REDEDOR DE 25% Y EL PORCENTAJE DE PERDIDAS FETALES ERA DE UN 50%.

ENFERMEDADES QUE CONDICIONA EN EL FETO, EN PRIMER INSTANCIA LA ANOXIA, SIENDO EL PRINCIPAL RIESGO EN EL DISTRESS RESPIRATORIO, CON FORMACIÓN DE LA MEMBRANA HIALINA PULMONAR, HABIENDO UNA INCIDENCIA MAYOR DE 4 VECES MAS DE MALFORMACIONES CONGÉNITAS, COMO POR EJEMPLO, EL HIDRAMNIOS, PRODUCTOS MACROSÓMICOS EDEMATOSOS, Y POR LO TANTO MÁS PREDISPUSTOS AL TRAUMA OBSTÉRICO. (3)

EN EL ESTUDIO QUE SE REALIZO PARA DETERMINAR EL DETERIORO MENTAL EN EL NIÑO CON EPILEPSIA, SE INVESTIGO LA INTELIGENCIA DE LOS NIÑOS EPILEPTICOS DIESTROS, CON DOMINANCIA DEL LENGUAJE EN EL HEMISFERIO DERECHO. SOBRE LA PRUEBA DE ATENCIÓN DICOTICA. LOS 13 PACIENTES DIESTRO DE 17 A 20 AÑOS DE EDAD MOSTRARON MENOR DISMINUCIÓN DEL OÍDO, SUGIRIENDO LA DOMINANCIA DEL HEMISFERIO DERECHO DEL LENGUAJE.

ENTRE LOS 13 PACIENTES, 9 MOSTRARON RETARDO MENTAL Y 6 PACIENTES DEMOSTRARON DETERIORO MENTAL DURANTE EL CURSO CLÍNICO DE LA EPILEPSIA, 8 PACIENTES MOSTRARON UN DESCUBRIMIENTO QUE

SUGIERE DAÑO CEREBRAL EN EL HEMISFERIO IZQUIERDO, CUALQUIERA DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, DE LA TOMOGRAFÍA COMPUTADA O TRAZOS DEL ENCEFALOGRAMA, MOSTRARON UNA RELACIÓN ENTRE EL HEMISFERIO DERECHO DEL LENGUAJE Y EL FOCO EPILÉPTICO DEL HEMISFERIO IZQUIERDO.

LA PRUEBA DE ATENCIÓN DICOTICA FUE SUGERIDA EN AMBOS EN LA REVELACIÓN DEL DAÑO CEREBRAL Y LA INVESTIGACIÓN DEL RETARDO MENTAL EN NIÑOS CON EPILEPSIA.

EN OTRO ESTUDIO PARA DEMOSTRAR SI CONTRIBUYE FACTORES EPILÉPTICOS EN LOS DESORDENES INTELECTUALES EN PACIENTES CON EPILEPSIA, SE ENCONTRÓ QUE EN 52 PACIENTES CON EPILEPSIA PRIMARIA TIPO TÓNICO-CRÓNICA, EXAMINADOS POR LA ESCALA DE INTELIGENCIA ADULTA PE. WECHSLER REVISADA (WAIS RC). SE ENCONTRÓ QUE EL COCIENTE INTELECTUAL (FIQ) DE 26 PACIENTES FUE MENOR DE LO NORMAL.

EN UNA VARIACIÓN MÚLTIPLE DEL ANÁLISIS DE VARIACIONES (MANOVA) FUE DADA A ANALIZAR LA INFLUENCIA DE LOS FACTORES DE FIQ, DEMOSTRANDO EL RESULTADO QUE HUBO UNA CORRELACIÓN NEGATIVA ENTRE EL FIQ Y LA FRECUENCIA DEL CURSO EPILÉPTICO.

EN LO QUE SE REFIERE AL USO DE DROGAS EPILÉPTICAS Y FIQ, NO HUBO CORRELACIÓN CON ATAQUE EN LAS DIFERENTES EDADES Y LOS CAMBIOS ELECTROENCEFALOGRAFICOS.

EN OTRO ESTUDIO REFERENTES A PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS CON ENCEFALOPATIA, BUSCÁNDOSE EN LOS ASPECTOS CLÍNICOS Y CONSIDERACIONES NOSOLÓGICAS. ESTE ESTUDIO FUE DESIGNADO POR LA FRECUENCIA DE LA CORRELACIÓN DE LA EPILEPSIA Y EL TIPO DE LA

ENCEFALOPATIA.

DE LOS 1.023 PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS, Y CLASIFICADOS TENTATIVAMENTE CADA UNO DE ACUERDO A LOS PROPÓSITOS DE LA COMISIÓN SOBRE LA CLASIFICACIÓN, Y TERMINOLOGÍA DE LA ASOCIACIÓN INTERNACIONAL EN CONTRA DE LA EPILEPSIA, DE ESTA MUESTRA 332 INDIVIDUOS FUERON DIAGNOSTICADOS CON EPILEPSIA CLASIFICANDOLOS DE ACUERDO A SU SEXO Y EDAD, LA CLASIFICACIÓN DE LOS GRUPOS NO EPILÉPTICOS FUERON SIMILARES. ENCONTRÁNDOSE QUE PRESENTABAN UN OBSTÁCULO MAYOR A LOS PACIENTES QUE PRESENTABAN EPILEPSIA. DE ESTOS INDIVIDUOS EL 32.5% PRESENTO UNA FORMA PARCIAL DE EPILEPSIA, DE LOS 204 PACIENTES CON EPILEPSIA GENERALIZADA(62.5%) TUVIERON UNA FORMA CON CARACTERÍSTICAS ELÉCTRICAS DEL TIPO IDEOPATICO: 57, UNA FORMA SINDROMICA(53 CASOS CON UN SÍNDROME DE LENNOX-GASTAUT): Y 83 SIN FORMA SINDROMICA.

EL GRADO DE OBSTÁCULO Y LA FRECUENCIA DEL PADECIMIENTO FUERON MENORES EN SUJETOS CON EPILEPSIA PARCIAL ASÍ COMO CON AQUELLOS QUE TUVIERON CARACTERÍSTICAS ELÉCTRICAS DEL TIPO IDEOPATICO.

(25)

UN ESTUDIO CON PACIENTES QUE PRESENTABAN HIPOTIROIDISMO NEONATAL REALIZADO EN CHINA SE ENCONTRÓ QUE DE NOVIEMBRE DE 1986 A JUNIO DE 1991 91.683 NEONATOS, FUERON PROTEGIDOS CONTRA HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO POR LA MEDICACIÓN DE LA HORMONA ESTIMULADORA DE LA TIROIDES (TSH).

10284, NEONATOS FUERON PROTEGIDOS CON LUMINO ENSAYOS QUÍMICOS (CLIN) Y 80.399 PROTEGIDOS CON TIEMPO DE FLUOROINMUNOENSAJO

(DEL FIA).

EL VALOR CRITICO DE TSH FUE DE MU/L 20 CASOS FUERON CONFIRMADOS DE SER HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO SIENDO LA INCIDENCIA DE 3;2. ESTOS PACIENTES FUERON TRATADOS CON GLÁNDULAS TIROIDES DESECADA CON UNA DOSIS EQUIVALENTE A L-TIROXINA 5-7.5 MICROGRAMOS DIARIOS. SU CRECIMIENTO FÍSICO Y SU HABILIDADES INTELECTUALES FUERON NORMALES.

EL TRATAMIENTO PUEDE SER INICIADO ANTES DE LOS 3 MESES DE EDAD PARA PREVENIR EL RIESGO DE RETRASO MENTAL.

EN LAS DIFERENCIAS METABÓLICAS, TANTO DE LA MADRE COMO EN EL PRODUCTO, COMO ES EL CASO DE LOS PACIENTES FEMENINOS, QUIENES PADECEN FENILCETONURIA, QUIENES CONSIGUEN EMBARAZARSE SIN TOMAR LA PRECAUCIÓN DE SEGUIR UNA DIETA FORMULADA DE NIVELES NORMALES, DE FENILANINA DE 2 A 5 MG. EN 100 ML DE SANGRE, DAN AL NACER EL NIÑO, SEVEROS DAÑOS EMBRIOFETALES, COMO SON: RETARDO DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO, MICROCEFALIA, RETARDO MENTAL, ASÍ COMO VARIAS MALFORMACIONES. EL RETARDO INEXPLICABLE DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO O MICROCEFALIA, SE DEBE PRACTICAR UNA PRUEBA DE GUTHRIE SOBRE LA MUJER, PARA UN DIAGNOSTICO POSNATAL. (9)

EN LO QUE SE REFIERE A LAS CAUSAS GENÉTICAS, Y CLÍNICAS DETALLADAS PARA EL SÍNDROME DE FRAGILIDAD. FUE EMPRENDIDA SOBRE 201 PACIENTES MASCULINOS INSTITUCIONALIZADOS CON RETARDO MENTAL, NO RECONOCIENDO PREVIAMENTE LA CAUSA DE RETARDO MENTAL. SE REUNIERON UN TOTAL DE 595 PACIENTES MASCULINOS INSTITUCIONALIZADOS, DESPUÉS DE SU REPASO EN UN RÉCORD MÉDICO,

INCLUYENDO EL DATO CITOGENETICO Y CLÍNICO.

ENTRE LOS 201 PACIENTES MASCULINOS EXAMINADOS CITOGENETICAMENTE ASÍ COMO CLINICAMENTE, 5 TUVIERON CROMOSOMA ANORMAL(2.5%) ENCONTRÁNDOSE CON CUATRO(2%) QUE TENÍAN EL SÍNDROME DE FRAGILIDAD.

DOCE DE LOS MASCULINOS(6%), FUERON DIAGNOSTICADOS CON UN SÍNDROME DE SIMPLE GEN DE DESORDEN.

EN EL PRESENTE ESTUDIO EL RETARDO MENTAL FUE CLASIFICADO COMO POSIBLE DEBIDO A LAS CAUSAS MULTIFACTORIALES, EN 64 PACIENTES(10.8%), UN INSULTO AMBIENTAL FUE NOTADO EN 170 PACIENTES(28.6%), DEFECTOS DE NACIMIENTO INEXPLICABLES EN 17 PACIENTES(2.4%), UNA CONDICIÓN CON DIAGNOSTICO ESPECIFICO, PERO DE CAUSAS DESCONOCIDAS EN 27 PACIENTES(4.5%), NO HUBO DIAGNOSTICO EN 253 PACIENTES(42.5%), LA PANTALLA CITOGENETICA Y CLÍNICA DE PACIENTES MENTALMENTE RETARDADOS POR EL SÍNDROME DE FRAGILIDAD Y OTRAS CAUSAS DE RETARDO MENTAL, ES PROVECHOSO LA IDENTIFICACIÓN INDIVIDUAL YA QUE SUS FAMILIARES PUEDEN VERSE BENEFICIADOS EN LOS SERVICIOS GENÉTICOS, ASÍ COMO EN SU TRATAMIENTO.

(10)

EL SÍNDROME DE FRAGILIDAD ES LA CAUSA MAS COMÚN EN EL RETRASO MENTAL HEREDADO, LOS SIGNOS CLÍNICOS NO SON ESPECÍFICOS PARA EL SÍNDROME NI SON CONSTANTES, POR HABERSE OBTENIDO APARENTEMENTE TARDE, EN LA NIÑEZ O EN LA PUBERTAD, SIENDO EL DIAGNOSTICO TEMPRANO DIFÍCIL SOLO CUANDO SE UTILIZAN SOLO LAS BASES CLÍNICAS. LA HERENCIA DEL SÍNDROME ES PECULIAR POR UNA

ENFERMEDAD DE ENLACE. UNA GRAN PROPORCIÓN DE PACIENTES FEMENINOS PORTADORES MUESTRAN UN CIERTO GRADO DE RETRASO MENTAL, Y "MASCULINOS NORMALMENTE TRANSMISORES" LA HACEN EXISTIR, LOS MASCULINOS AFECTADOS PUEDEN SER DIAGNOSTICADOS POR UNA DEMOSTRACIÓN CITOGENÉTICA DEL SITIO, TÍPICO DE FRAGILIDAD, PERO SOLO UNA MINORÍA DE LOS FEMENINOS PORTADORES PUEDEN SER IDENTIFICADOS. ESTO HACE DIFÍCIL LA PREVENCIÓN GENÉTICA. EN 1991 LA SECUENCIA DEL SITIO U OBJETIVO DE LA MUTACIÓN, MARCO UN IMPORTANTE PASO HACIA ADELANTE.

EL ENTENDIMIENTO DE LAS PECULIARIDADES DE HERENCIA EN EL SÍNDROME DE FRAGILIDAD. UN NUEVO TIPO DE MUTACIÓN HA SIDO REVELADO, UN PASO MÚLTIPLE "EXPANSIÓN" DE UNA PEQUEÑA PARTE DE UN GEN QUE TIENE LUGAR EN ALGUNAS GENERACIONES.

UN DIAGNÓSTICO TÉCNICO PARA ANÁLISIS GENOTÍPICO DIRECTO, HA SIDO DESARROLLADO CON GRAN SENSIBILIDAD ESPECIFICIDAD, ESTE ANÁLISIS DETECTA AL INDIVIDUO AFECTADO CON UNA "MUTACIÓN COMPLETA" (UNA LARGA "EXPANSIÓN" ASOCIADA CON UNA METILACIÓN ANORMAL DE LA EXPANSIÓN) QUIEN NO MOSTRÓ RETARDO MENTAL, PERO TIENE EL RIESGO DE TENER HIJOS O NIETOS AFECTADOS. CON EL ANÁLISIS DIRECTO DE DNA SE DETECTA EL PUNTO DE FRAGILIDAD. SIENDO ESTE DIAGNOSTICADO ACTUALMENTE CON FACILIDAD, LO QUE PERMITE DETECTAR A ESTOS NIÑOS AFECTADOS CON EL SÍNDROME DE FRAGILIDAD Y OFRECER UNA ADECUADA PREVENCIÓN GENÉTICA, Y UN DIAGNÓSTICO PRENATAL A MUJERES PORTADORAS EN FAMILIAS AFECTADAS. (11)

EN UN ESTUDIO EN EL DEPARTAMENTO DE NEUROLOGÍA DE LA

UNIVERSIDAD DE ROMA EN OCTUBRE DE 1992, DESTACAN LA IMPORTANCIA DEL CROMOSOMA DE FRAGILIDAD EN EL RETARDO MENTAL. ENCONTRANDO QUE:

DOS PACIENTES FEMENINOS CON UN IQ LENTO FUERON ESTUDIADOS, ENCONTRÁNDOSE QUE ELLOS TUVIERON SUS HERMANOS Y MADRE CON RETRASO MENTAL CITOGENETICAMENTE POR FRAGILIDAD POSITIVA.

(12) EL COMPORTAMIENTO ADAPTATIVO EN MASCULINOS CON SÍNDROME DE FRAGILIDAD, FUE EXAMINADO LONGITUDINALMENTE EN 17 SUJETOS DE EDADES COMPRENDIDAS DE 1 A 17 AÑOS, LOS SUJETOS RECIBIERON EVALUACIONES DE COMPORTAMIENTO ADAPTATIVOS, EN DOS OCASIONES DENTRO DE LOS TRES PERÍODOS DE EDAD.

TODAS LAS ESCALAS DE COMPORTAMIENTO DE VINELAND, SE INCREMENTARON DESDE LOS DE MENOR EDAD A LOS DE MAYOR EDAD, AUN LOS MAS VIEJOS (EDADES DE 1 A 17 AÑOS), MOSTRARON UNA DISMINUCIÓN SIGNIFICATIVA EN SU LÍNEA DE COMPORTAMIENTO ADAPTATIVO DEL 1° AL 2° ENSAYO.

UNA FUERZA RELATIVA EN LA VIDA DE DESTREZA COTIDIANA, Y LA DEBILIDAD EN LA SOCIALIZACIÓN APARECIDA SOLO ENTRE EL SUJETO MAYOR, HAY UNA RELACIÓN SIGNIFICATIVA ENTRE EL COMPORTAMIENTO ADAPTATIVO Y LA LÍNEA DE LA EDAD MENTAL EN TODOS LOS SUJETOS. LA DISCUSIÓN ENFATIZO LOS PARALELOS ENTRE LA DISMINUCIÓN DE EL IQ Y EL COMPORTAMIENTO ADAPTATIVO, ASÍ COMO LA NECESIDAD PARA UNA INVESTIGACIÓN MAS HALLA DE LA HABILIDAD ADAPTATIVA EN ADULTOS JÓVENES CON SÍNDROME DE FRAGILIDAD.

EL SÍNDROME DE FRAGILIDAD ES REPORTADO POR SER LA CAUSA HEREDITARIA MAS COMÚN DE RETRASO MENTAL CONOCIDA, PERO LA

MAYORÍA DE LOS INDIVIDUOS AFECTADOS, NO SE HAN DIAGNOSTICADO TODAVÍA. EL PROYECTO EN ESTE ESTUDIO FUE DESARROLLADO PARA INCREMENTAR EL CONOCIMIENTO PÚBLICO Y PROFESIONAL DEL SÍNDROME DE FRAGILIDAD CAPILAR EN EL ESTADO DE NEW JERSEY. COMO RESULTADO FUERON INCREMENTADOS LOS DIAGNÓSTICOS.

ESTE PROGRAMA EDUCACIONAL FUE PRUBADO PARA SER DE UN COSTO RELATIVO, PARA INCREMENTAR EL CONOCIMIENTO COMUNITARIO DE UNA ENFERMEDAD GENÉTICA SOBRE UN NIVEL DE CONDICIÓN AMPLIA. (14)

OTROS PADECIMIENTOS POSNATALES QUE PUEDEN LLEVAR A UN RETRASO MENTAL. ENTRE ESTOS SE TIENEN ESTUDIOS REALIZADOS, COMO EL DE UN ESQUEMA PREVENTIVO COMBINADO, QUE FUE SEGUIDO EN CUATRO HOSPITALES EN GUAN GZHOU DE LA RELACIÓN QUE TIENE EL KERNICTERUS Y RETRASO MENTAL CAUSADO POR LA ICTERICIA NEONATAL, DEBIDA A LA FALTA DE GLUCOSA 6 FOSFATO-DESHIDROGENASA (GGPD). LA OBSERVACIÓN FUE ENFOCADA SOBRE 330 INFANTES CON FALTA DE GGPD, Y LOS EFECTOS FUERON MEDIDOS DE ACUERDO A LA INCIDENCIA DE HIPERBILIRRUBINEMIA Y KERNICTERUS. LOS RESULTADOS SON COMPARADOS A LOS DEL ESTUDIO RETROSPECTIVO, Y MOSTRARON QUE LA INCIDENCIA DE HIPERBILIRRUBINEMIA FUE SIGNIFICATIVAMENTE DISMINUIDA (51.4% A 21.2%), Y NI EL KERNICTERUS NI EL RETARDO MENTAL DEL INFANTE FUE ENCONTRADO EN ESTA SERIE (12.5% EN EL GRUPO DE CONTROL). LOS AUTORES CONCLUYEN QUE ESTE ESQUEMA COMBINADO ES ESTREMADAMENTE EFECTIVO Y PUEDE SER USADO EN ALGUNAS ÁREAS LARGAS DE POBLACIÓN, EN LAS CUALES HAY UNA GRAN FRECUENCIA DEL GEN CAUSANTE DE LA FALTA DEL GGPD. (28)

EN LO REFERENTE A OTRAS ALTERACIONES CROMOSOMICAS, SE TIENE EL

ESTUDIO QUE SE HIZO CON EL PROPÓSITO DE VER SI MEJORANDO EL CUIDADO PRENATAL Y PERINATAL DISMINUIRÍA EL DESCENSO EN LA FRECUENCIA DE UN RETARDO MENTAL SEVERO, Y/O EN EL SÍNDROME DE DOWN, LA ANORMALIDAD EN LOS NIÑOS NACIDOS EN 1992, 1976 Y 1981, Y CON RESIDENCIA EN 14 DEPARTAMENTOS DE FRANCIA, FUERON REGISTRADOS SISTEMÁTICAMENTE EN 1985, 1986 Y 1989, EN COLABORACIÓN DE LAS COMISIONES DEPARTAMENTALES DE EDUCACIÓN ESPECIAL(COES), EL CUAL CENTRALIZA LOS REQUISITOS PARA LOS SERVICIOS DE ESPECIALIDAD. LOS DESCUBRIMIENTOS MOSTRARON PROPORCIONES ESTABLES DE SÍNDROME DE DOWN(0.9 P 1000 EN 1972, 0.8 P 1000 EN 1976 Y 0.9 P 1000 EN 1981) Y DE RETRASO SEVERO MENTAL (1.6 P EN 1000 EN 1972, 1.5 P EN 1976 Y 1.6 P EN 1000 EN 1981), EN LAS TRES GENERACIONES ENTRE NIÑOS DE NUEVE AÑOS DE EDAD, EL EXAMEN MOSTRÓ QUE LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE SALUD Y CUIDADO PERINATAL EMPEZADOS EN 1970, NO HAN SIDO SEGUIDOS POR UN DESCENSO DE RETARDO MENTAL SEVERO Y LA FRECUENCIA DEL SÍNDROME DE DOWN AL REDEDOR DE LAS TRES GENERACIONES 1972, 1976 Y 1981 (29 REFERENCIAS). (15)

LA PREVENCIÓN DE LA INCAPACIDAD INFANTIL EN LA REPÚBLICA CHINA CON UN DRAMÁTICO DESCENSO DE LA MORTALIDAD INFANTIL, UN RETO SURGIDO DE CARA A LA MEDICINA MODERNA DE CHINA ES CRÓNICO. EN INFANTES Y NIÑOS JÓVENES. DE ACUERDO A LOS RESULTADOS DEL MUESTREO NACIONAL INSPECCIONADO EN 1987, ESTE SE ESTIMO QUE HAY MAS DE 51 MILLONES DE GENTE DE TODAS LAS EDADES CON INCAPACIDAD, LAS CUALES CUENTAN CON EL 4.1% DEL TOTAL DE LA POBLACIÓN. UNO DE CADA 5 FAMILIARES EN CHINA TIENEN UN MIEMBRO

QUE ES INCAPACITADO. PARA LOS NIÑOS QUE TIENEN MENOS DE 14 AÑOS DE EDAD, EL TOTAL DE LA FRECUENCIA DE LA RELACIÓN DE INCAPACIDAD ES DE 2.66% DE TODOS LOS NIÑOS INCAPACITADOS. EL RETARDO MENTAL, ES LA INCAPACIDAD MAS FRECUENTE EN LA NIÑEZ. LA INVESTIGACIÓN SOBRE LOS FACTORES CONTRIBUYENTES A LA INCAPACIDAD INDICAN LA COMPLEJIDAD DEL PROBLEMA. LA ETIOLOGÍA DEL 47% DE LOS CASOS ES DESCONOCIDA, EL 21% DE LOS CASOS RESUELTOS DE DAÑO PRENATAL, EL 3% SON DEBIDO A FACTORES PERINATALES Y EL 29% SON ADQUIRIDOS DURANTE LA INFANCIA Y LA NIÑEZ, LOS ESFUERZOS PARA PREVENIR EL DESARROLLO DE LA INCAPACIDAD ENTRE LOS NIÑOS PUEDE SER CLASIFICADO EN TÉRMINOS DE PRIMARIO, SECUNDARIO Y ACTIVIDADES TERCARIAS, LAS MAS IMPORTANTES EN LA PREVENCIÓN DE ACTIVIDADES PRIMARIAS QUE CONSISTEN EN PREVENCIÓN GENÉTICA, PROGRAMAS DE INMUNIZACIÓN, MEJORAMIENTO PRENATAL Y PERINATAL ASÍ COMO CUIDADOS DE LA SALUD POSNATAL Y LA LEGISLACIÓN SOBRE LA PREVENCIÓN DEL NIVEL SECUNDARIO.

EL FOCO ES PRIMERAMENTE SOBRE EL DIAGNOSTICO PRENATAL Y LA PANTALLA DEL RECIÉN NACIDO. LOS ESFUERZOS PARA PREVENIR EL TERCARIO INCLUYE UNA EDUCACIÓN ESPECIAL Y SERVICIOS DE REHABILITACIÓN.

MIENTRAS ESTOS ESFUERZOS DE PREVENCIÓN HAN SIDO ESTABLECIDOS, ELLO ES INSUFICIENTE PARA ENFRENTAR LAS NECESIDADES DE LOS NIÑOS INCAPACITADOS, Y DE SUS FAMILIARES EN CONTEXTO DE UN NIÑO POR FAMILIA, LA POLÍTICA CHINA ESTA MAS NECESITADA Y MUCHO MAS PUEDE SER HECHO PARA REDUCIR LA INCAPACIDAD EN RELACIÓN AL

FORTALECIMIENTO DE LOS ESFUERZOS PARA LA PREVENCIÓN DE LOS TRES NIVELES. SE DEBEN COLOCAR EN UN ÉNFASIS ESPECIAL.

- A).- LA INTEGRACIÓN DEL SISTEMA DE CUIDADO DE SALUD PRIMARIA CON LA INTERACCIÓN DE LA EXISTENCIA DE PROGRAMAS.
- B).- EDUCACIÓN PÚBLICA E INFORMACIÓN.
- C).- PREPARACIÓN PERSONAL.
- D).- INVESTIGACIÓN Y EVALUACIÓN.

LOS ESFUERZOS DE PREVENCIÓN DEL RETARDO MENTAL SE PUEDEN REFLEJAR TAMBIÉN EN UNA FORMA RACIONAL, EN LA CUAL LOS FOCOS SOBRE LA INTERACCIÓN ENTRE INDIVIDUO Y AMBIENTE. EN ESTE PAPEL LA PLATAFORMA FUE COLOCADA PARA LA ADOPCIÓN DE UNA NUEVA VISIÓN DE PREVENCIÓN QUE INCORPORA UNA APROXIMACIÓN ECOLÓGICA DEL ENTENDIMIENTO DE CAUSALIDAD DEL RETARDO MENTAL. EL ARTICULO DE ESTE SINPOSIUM FUE REVELADO E INTEGRADO A PROGRAMAS DE PREVENCIÓN, ESTA NECESIDAD QUE INCLUYE UNA NUEVA ESTRATEGIA DESTINADA A LA VARIEDAD PERSONAL SOCIAL Y FACTORES DE RIESGO AMBIENTAL, SOBRE LA INTERACCIÓN ENTRE ESTOS. (17)

EL DESCUBRIMIENTO POSITIVO RECIENTE DE LOS TRES PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN EDUCACIONAL TEMPRANA, DESIGNADOS PARA PREVENIR EL RETARDO MENTAL, ASÍ COMO PARA IMPROVISAR LA DISPONIBILIDAD DE LA ESCUELA Y EL PROGRESO EDUCACIONAL, FUERON RESUMIDOS. LA EVIDENCIA FUE PRESENTADA PARA MOSTRAR QUE SIN UNA INTERVENCIÓN TEMPRANA, LOS NIÑOS DE MADRES DE BAJC IQ SON PARTICULARMENTE UN RIESGO PARA UN RESULTADO INTELECTUAL POBRE, Y ASÍ COMO LOS

NIÑOS RESPONDIERON MUY FAVORABLEMENTE E INTENSIVAMENTE, CON UNA INTERVENCIÓN SISTEMATIZADA TEMPRANA EN ADICIÓN A LOS NUEVOS DESCUBRIMIENTOS INDICAN UNA FUERTE RELACIÓN ENTRE LA INTENSIDAD DE LA INTERVENCIÓN DE LA EDUCACIÓN TEMPRANA, Y LA CANTIDAD DE BENEFICIOS REALIZADA PARA LOS NIÑOS INDIVIDUALMENTE, HAY NUEVAS EVIDENCIAS QUE INDICAN QUE LOS BENEFICIOS DE LA INTERVENCIÓN EDUCACIONAL, CONTINÚAN POR ENCIMA DE LOS 5 AÑOS DE VIDA O MENOS ASTA LA ADOLESCENCIA TEMPRANA. SE IDENTIFICARON SEIS TIPOS ESENCIALES DE EXPERIENCIAS QUE SE PIENSAN CUENTA PARA LOS RESULTADOS POSITIVOS Y QUE NECESITAN SER SISTEMÁTICAMENTE INCLUIDOS A EL NIVEL MÁXIMO FACTIBLE DE PROGRAMAS FUTUROS DE INTERVENCIÓN TEMPRANA. (18)

LOS PROYECTOS DE LA COMUNIDAD, SON UNA CARACTERÍSTICA DE LA COMUNIDAD CENTRAL, DE LOS CENTROS PARA EL CONTROL DE LA ENFERMEDAD (CACS). ESTE PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LOS INHABILITADOS, SE ENCUENTRA YA EN 28 ESTADOS ELLOS USAN LOS PROYECTOS DE LA COMUNIDAD PARA ESTIMULO.

EL COMPROMISO LOCAL EN LA PREVENCIÓN DE INCAPACITADOS, ASÍ COMO LA COLOCACIÓN DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS NECESARIAS ASÍ COMO LA INTERVENCIÓN PREVENTIVA. (19)

A PESAR DEL MEJORAMIENTO EN ALGUNOS INDICADORES DE SALUD DEL NIÑO, ALGUNOS IMPORTANTE PARA ELLOS, INCLUYENDO LA DISPARIDAD RACIAL EN LA MORTALIDAD DE LOS INFANTES, NO SE A IMPROVISADO EN AÑOS RECIENTES UN FOCO SOBRE EL DRAMÁTICO PERO RAROS FACTORES DE RIESGO QUE HAN CONTRIBUIDO A LA DISTRACCIÓN DE LA ATENCIÓN DE LOS DETERMINANTES PRIMARIOS DE ESTOS INDICADORES. UN MODELO

ANALÍTICO PARA VALORAR ESTOS INDICADORES E IDENTIFICAR LAS TRES INTERACCIONES DETERMINADAS.

A) .- BIENESTAR SOCIAL.

B) .- MUESTRA DE CAPACIDAD TÉCNICA PARA REDUCIR EL RIESGO QUE EL BAJO STATUS SOCIAL CONLLEVA.

C) .- NUESTRA REALIZACIÓN EN ACCESOS PREVISTOS PARA LA CAPACIDAD TÉCNICA.

ESTOS TRES DETERMINANTES PUEDEN MOVERSE INDEPENDIEMENTE, Y PUEDEN POR LO TANTO DETERMINAR LA TENDENCIA IMPORTANTE DEL STATUS SOCIAL Y LOS IMPACTOS DE LOS PROGRAMAS POLÍTICOS. (20) SE ENCUENTRA UNA GRAN PREOCUPACIÓN EN LOS DIVERSOS PAÍSES DEL MUNDO, TRATANDO DE IDENTIFICAR, ASÍ COMO DE EVITAR SITUACIONES QUE LLEVEN AL PEQUEÑO A UNA SITUACIÓN DISCAPACITANTE (RETARDO MENTAL).

TRATANDO DE ENCONTRAR LOS FACTORES MAS SOBRESALIENTES QUE ESTÉN IMPLÍCITOS EN DICHAS ANOMALÍAS Y LLEVANDO A CABO PROGRAMAS PARA EVITAR EL RIESGO, PARA OBTENER UNA DETECCIÓN TEMPRANA, ASÍ COMO PARA LA REHABILITACIÓN (16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23,)

UN ESQUEMA PARA LA MEDICIÓN DE LOS EFECTOS DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN EN EL RETARDO MENTAL, FUE PRESENTADO USANDO LOS ARTÍCULOS CONSIDERADOS COMO MAS CONFIABLES, ACCESIBLES Y PERTINENTES.

PARA MEDIR LOS RESULTADOS. SE DEBE INVESTIGAR LA INTERVENCIÓN EN EL PERÍODO PRENATAL, PERINATAL Y PERÍODO DE LA NIÑEZ, REFLEJÁNDOSE EN ELLO LOS MEJORAMIENTOS DEL SISTEMA DE INVESTIGACIÓN.

LOS ARTÍCULOS FUERON CLASIFICADOS COMO INDICADORES DE SERVICIO, INDICADORES DE RIESGO Y DE PREVALENCIA/INCIDENCIA. CUANDO LA INFORMACIÓN FUE ENCONTRADA YA LISTA FUE LLAMADA COMO LOS "43 DECISIVOS" LO QUE HA FORMADO UNA INTENSA ALIANZA PARA EL BIENESTAR DE LOS NIÑOS DE AHORA Y DEL FUTURO, SIENDO PROPUESTO ESTE PROGRAMA PARA SER USADO EN BIEN DE LA INFANCIA. (23)

ANTECEDENTES.

ES IMPORTANTE LA DIVULGACIÓN DE LAS ATROGENIAS CAUSADAS CON O EN CONTRA DE LA VOLUNTAD DEL MÉDICO, YA QUE CUANDO SE ENCUENTRA ESTE TIPO DE NIÑOS, GENERALMENTE ENCONTRADOS EN LA ETAPA ESCOLAR, Y RARAMENTE EN LA PREESCOLAR, CON UNA DEFICIENCIA MENTAL DETECTADA TARDIAMENTE, SEDA UNO CUENTA DE LA MAGNITUD QUE IMPLICA NO DAR LA IMPORTANCIA DEBIDA A LA ATENCIÓN DEL PRIMER PARTO, ASÍ COMO A LA FALTA DE INDICACIONES PERTINENTES A LA MADRE, EN RELACIÓN AL CUIDADO QUE DURANTE EL EMBARAZO, Y DURANTE LOS PRIMEROS AÑOS DE VIDA SE LE DEBE TENER, ESTO DESDE EL PUNTO DE VISTA PREVENTIVO, PERO TAMBIÉN ES SUMAMENTE IMPORTANTE LA DETECCIÓN TEMPRANA EN ESTOS PEQUEÑOS, YA QUE NO SOLO ES LA DEFICIENCIA MENTAL EN SI, SINO QUE VIENE APAREJADA A OTROS PROBLEMAS, YA SEA CONDUCTUALES, MOTORES, VISUALES, DE MEMORIA, ETC.

CONOCIENDO LOS ANTECEDENTES SE OBSERVA LA IMPORTANCIA QUE JUEGA EL MÉDICO FAMILIAR EN LA PREVENCIÓN O REHABILITACIÓN DE ESTE TIPO DE PACIENTES, IMPORTANTE ES SIN LUGAR A DUDA TANTO PARA LA FAMILIA COMO PARA LA SOCIEDAD EN QUE VIVIMOS, QUE ESTOS PACIENTES NO SE CONVIERTAN EN UNA CARGA NI PARA SU FAMILIA NI PARA LA SOCIEDAD EN QUE VIVEN.

OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES:

- 1.- DETERMINAR LAS CAUSAS COADYUVANTES EN LA DEFICIENCIA MENTAL.
- 2.- CONOCER CUALES CAUSAS SE PUEDEN PREVENIR.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1.- DETERMINAR LAS CAUSAS PSICOLÓGICAS DETERMINANTES EN LA DEFICIENCIA MENTAL.
- 2.- ESTABLECER LAS CAUSAS SOCIALES DETERMINANTES EN LA DEFICIENCIA MENTAL.
- 3.- IDENTIFICAR CAUSAS MATERNAS PREVISIBLES DE DEFICIENCIA MENTAL.
- 4.- CONOCER LAS POSIBLES CAUSAS ATRIBUIBLES A LA ATENCIÓN DEL PARTO EN EL DEFICIENTE MENTAL.
- 5.- HALLAR LA RELACIÓN EXISTENTE ENTRE EL NÚMERO DE GESTACIONES EN EL DEFICIENTE MENTAL.
- 6.- BUSCAR EL PREDOMINIO DEL SEXO DEL PACIENTE CON EFICIENCIA MENTAL.
- 7.- OBSERVAR LOS ANTECEDENTES DE LOS TRAUMATISMOS COMO CAUSA DE DEFICIENCIA MENTAL ANTES Y DESPUÉS DE LOS 4 AÑOS DE EDAD.
- 8.- IDENTIFICAR LOS SÍNDROMES COEXISTENTES CON LA DEFICIENCIA MENTAL.

9.- SEÑALAR LA IMPORTANCIA DEL E.E.G. EN EL DIAGNOSTICO DE DAÑO CEREBRAL.

10.-OBSERVAR LA RELACIÓN DEL HIJO DESEADO Y EL NO DESEADO EN EL DEFICIENTE MENTAL.

11.-OBSERVAR LA IMPORTANCIA DE LA EDAD DE LOS PADRES AL MOMENTO DE ENGENDRAR UN HIJO CON DEFICIENCIA MENTAL.

JUSTIFICACIÓN:

EN LAS ULTIMAD DÉCADAS HA HABIDO UN DECREMENTO EN LA MORTALIDAD EN EL BINOMIO MADRE E HIJO POR LO QUE SE CONSIDERA, QUE NO SOLO ES IMPORTANTE SALVAR AL HIJO DE LA MUERTE SIN BRINDAR UNA VIDA DE CALIDAD.

DESDE 1861 EL DR.LITTLE EXPRESA EN SU TEORÍA DE LA POSIBLE RELACIÓN ENTRE EL SUPRIMIENTO FETAL DURANTE EL PARTO Y LA APARICIÓN DE POSTERIORES ANORMALIDADES FÍSICAS E INTELECTUALES, TEORÍA QUE SE A CONFIRMADO POR TODOS LOS ESTUDIOS QUE SE HAN HECHO EN ESTE CAMPO HOY SE SABE QUE EL 40% DE LOS NIÑOS DISMINUIDOS INTELECTUALMENTE SON DEBIDO A LESIONES ADQUIRIDAS DURANTE LA ETAPX PERINATAL, POR LO QUE CONOCIENDO LO ANTERIOR SE LES PUEDE BRINDAR AL RECIÉN NACIDO UN NACIMIENTO MENOS TRAUMATICO LO QUE REDITUARÍA EN UNA BAJA EN LA DEFICIENCIA MENTAL DE CAUSA TRAUMATICA COSA FACTIBLE GRACIAS A LA TECNOLOGÍA AVANZADA CON LA QUE SE CUENTA EN LA ACTUALIDAD. CONSIDERANDO QUE DICHA RESPONSABILIDAD RECAE EN EL MÉDICO FAMILIAR CONTACTO PRIMARIO EN LA FAMILIA. (1)

ESTE TIPO DE ESTUDIO LLAMO LA ATENCIÓN POR QUE DESPUÉS DE HACER HISTORIAS CLÍNICAS DE NIÑOS CON DEFICIENCIA MENTAL SE A OBSERVADO QUE EN LA INMENZA MAYORÍA PODÍA HABER SIDO EVITADO EL SUFRIMIENTO FETAL O CUANDO MENOS MANTENERSE A LA EXPECTATIVA DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIDA, VIGILANDO SU DESARROLLO PSICOMOTOR PARA PODER INDICAR UN TRATAMIENTO PRECOZ Y EVITAR UN DETERIORO MAYOR LO QUE A LA LARGA EVITARÍA QUE DICHAS PERSONAS

JUSTIFICACIÓN:

EN LAS ULTIMAD DÉCADAS HA HABIDO UN DECREMENTO EN LA MORTALIDAD EN EL BINOMIO MADRE E HIJO POR LO QUE SE CONSIDERA, QUE NO SOLO ES IMPORTANTE SALVAR AL HIJO DE LA MUERTE SIN BRINDAR UNA VIDA DE CALIDAD.

DESDE 1861 EL DR. LITTLE EXPRESA EN SU TEORÍA DE LA POSIBLE RELACIÓN ENTRE EL SUFRIMIENTO FETAL DURANTE EL PARTO Y LA APARICIÓN DE POSTERIORES ANORMALIDADES FÍSICAS E INTELLECTUALES, TEORÍA QUE SE A CONFIRMADO POR TODOS LOS ESTUDIOS QUE SE HAN HECHO EN ESTE CAMPO HOY SE SABE QUE EL 40% DE LOS NIÑOS DISMINUIDOS INTELLECTUALMENTE SON DEBIDO A LESIONES ADQUIRIDAS DURANTE LA ETAPA PERINATAL, POR LO QUE CONOCIENDO LO ANTERIOR SE LES PUEDE BRINDAR AL RECIÉN NACIDO UN NACIMIENTO MENOS TRAUMÁTICO LO QUE REDITUARÍA EN UNA BAJA EN LA DEFICIENCIA MENTAL DE CAUSA TRAUMÁTICA COSA FACTIBLE GRACIAS A LA TECNOLOGÍA AVANZADA CON LA QUE SE CUENTA EN LA ACTUALIDAD. CONSIDERANDO QUE DICHA RESPONSABILIDAD RECAE EN EL MÉDICO FAMILIAR CONTACTO PRIMARIO EN LA FAMILIA. (1)

ESTE TIPO DE ESTUDIO LLAMO LA ATENCIÓN POR QUE DESPUÉS DE HACER HISTORIAS CLÍNICAS DE NIÑOS CON DEFICIENCIA MENTAL SE A OBSERVADO QUE EN LA INMENSA MAYORÍA PODÍA HABER SIDO EVITADO EL SUFRIMIENTO FETAL O CUANDO MENOS MANTENERSE A LA EXPECTATIVA DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIDA, VIGILANDO SU DESARROLLO PSICOMOTOR PARA PODER INDICAR UN TRATAMIENTO PRECOZ Y EVITAR UN DETERIORO MAYOR LO QUE A LA LARGA EVITARÍA QUE DICHAS PERSONAS

SE CONVIRTIERAN EN UNA CARGA PARA LA SOCIEDAD Y PARA SU FAMILIA.

EN LO QUE RESPECTA A LA ESFERA MÉDICA, SE DEBE HACER HINCAPIÉ EN QUE ES IMPORTANTE EVITAR LESIONES QUE CONDICIONEN A UN DAÑO CEREBRAL, O EN SU DEFECTO DETECTAR A TIEMPO Y PRACTICAR UNA REHABILITACIÓN PRECOZ, YA QUE LA GRAN MAYORÍA DE ESTOS NIÑOS SE DETECTA SOLO CUANDO VAN A LA ESCUELA.

ES POSIBLE QUE REALIZANDO PROGRAMAS DE ORIENTACIÓN A LAS MADRES ACERCA DE LOS FACTORES QUE PUEDEN CONTRIBUIR A TENER UN HIJO CON DEFICIENCIA MENTAL, ELLAS SERÍAN NUESTRO PRINCIPAL MEDIO PARA LLEGAR A UN DIAGNOSTICO PRECOZ Y POR ENDE A UN TRATAMIENTO OPORTUNO.

METODOLOGÍA.

TIPO DE ESTUDIO.

- A. - OBSERVACIONAL.
- B. - DESCRIPTIVO.
- C. - TRANSVERSAL.
- D. - RETROSPECTIVO.

POBLACIÓN

INTEGRADA POR LOS EXPEDIENTES DE LOS ALUMNOS QUE SE ENCUENTRAN INSCRITOS EN DICHA ESCUELA.

LUGAR

EL ESTUDIO SE REALIZO EN LA ESCUELA DE EDUCACIÓN ESPECIAL N° 9 DE LA S.E.P. UBICADA ENTRE LAS CALLES SAMUEL GOMPERS Y AVENIDA 39 DE LA UNIDAD STA. CRUZ MEYEHUALCO DE LA DELEGACIÓN IZTAPALAPA.

PERÍODO DE ESTUDIO

DE JUNIO DE 1994 A DICIEMBRE DE 1994.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

SERÁN EXCLUIDOS DEL ESTUDIO LOS EXPEDIENTES INCOMPLETOS.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

AQUELLOS EXPEDIENTES QUE EN EL TRANSCURSO DE LA RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN MUESTREN DATOS POCO CREÍBLES, DISCREPANTES O DE INFORMACIÓN INCOMPLETA.

MUESTRA

EL UNIVERSO DE TRABAJO CONSTA DE 120 EXPEDIENTES QUE ES EL TOTAL DE ALUMNOS DEL TURNO VESPERTINO Y SE ESTUDIARA AL TOTAL DE ELLOS.

PLANES PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN A RECOLECTAR:

- 1.- NOMBRE.
- 2.- EDAD DEL PEQUEÑO.
- 3.- FECHA DE NACIMIENTO.
- 4.- LUGAR DE NACIMIENTO.
- 5.- DERECHO A ALGÚN SERVICIO MÉDICO.
- 6.- NÚMERO Y SEXO DE LOS HERMANOS.
- 7.- NÚMERO QUE OCUPA EN LA GESTACIÓN.
- 8.- SEXO DEL PACIENTE.
- 9.- EMBARAZO:
 - A) .- DESEADO.
 - B) .- NO DESEADO.
 - C) .- SE IGNORA.
- 10.- TIPO DE TRABAJO DE LOS PADRES.
 - A) .- MASCULINO.
 - B) .- FEMENINO.
- 11.- PESO:
 - A) .- MASCULINO.
 - B) .- FEMENINO.
- 12.- ELECTROENCEFALOGRAMA:
 - A) .- NORMALES.
 - B) .- ANORMALES.
 - C) .- NO SE REPORTARON.
- 13.- DIAGNÓSTICOS FINALES.

- A).- DAÑO CEREBRAL.
 - B).- DEPRIVACIÓN PSICOSOCIAL.
 - C).- SÍNDROMES.
 - D).- MICROCEFALIA.
 - E).- MENINGITIS.
 - F).- OTROS.
- 14.- EDAD DE LOS PADRES AL MOMENTO DE NACER EL NIÑO CON DEFICIENCIA MENTAL.
- A).- FEMENINO.
 - B).- MASCULINO.
- 15.- CAUSAS COADYUVANTES EN LA DEFICIENCIA MENTAL.

PLANES PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

UNA VEZ QUE TENÍA EN EL PAPEL LOS DATOS A RECOLECTAR, SE PRECEDIÓ A SACAR FOTOCOPIAS EN UN NUMERO DE 140 FORMATOS FOLEADO CADA UNO PARA UN MEJOR CONTROL.

POSTERIORMENTE ME ENTREVISTE CON LA DIRECTORA DEL TURNO VESPERTINO DE LA ESCUELA DE EDUCACIÓN ESPECIAL NUMERO 9 A LA CUAL EXPLIQUE EL MOTIVO DE MI ENTREVISTA PIDIENDO SU COLABORACIÓN PARA LA ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN. FACILITÁNDOME ASÍ EL ACCESO A LOS EXPEDIENTES OBJETO DEL ESTUDIO LOS CUALES FUERON 120 EN TOTAL QUE COMPRENDIERON DE 1° A 6° ASÍ COMO DE HOMBRES Y MUJERES.

SE PRECEDIÓ A LLENAR EL FORMATO REVISANDO C/EXPEDIENTE DE LA PRIMERA A LA ULTIMA HOJA Y ANOTANDO CADA DEL FORMATO LO MAS EXACTO POSIBLE. TRABAJO QUE SE LLEVO APROXIMADAMENTE MES Y MEDIO CUANDO SE TERMINO DE LLENAR CADA FORMATO SE PRECEDIÓ A SEPARAR CADA UNO DE LOS DATOS QUE INTERESABAN AL TERMINAR SE VOLVIÓ A HACER UNA SEPARACIÓN PERO ESTA VEZ POR EDAD, SEXO O ENTIDAD NOSOLÓGICA DE ACORDE ESTO A LO QUE SE BUSCABA YA CONCLUIDO TODO ESTO SE PRECEDIÓ A GRAFICAR LOS DATOS POR SEPARADO.

RESULTADOS DEL CUADRO NÚMERO 1

1.- DE LOS PACIENTES EN ESTUDIO LA PRIMER GESTACIÓN OCUPA UN PORCENTAJE IMPORTANTE UN 32%.

2.- LOS CUATRO PRIMEROS LUGARES EQUIVALEN A UN 78% ES DECIR EL 78% DE LOS PACIENTES EN ESTUDIO FUERON DE UNA PRIMERA GESTACIÓN.

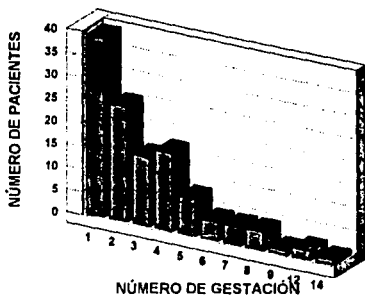
3.- DEL 5° LUGAR AL 14° LUGAR EQUIVALEN SOLO A UN PORCENTAJE QUE CORRESPONDE AL 18%. COMO SE OBSERVA EN EL CUADRO 1.

NÚMERO QUE OCUPAN EN LA GESTACIÓN LOS 120 PACIENTES ESTUDIADOS.

Nº DE GESTACION	Nº DE PACIENTES	PORCENTAJE
1	39	32
2	25	20
3	15	12
4	17	14
5	8	6
6	4	3
7	4	3
8	4	3
9	1	.8
10	0	0
11	0	0
12	2	1.6
13	0	0
14	1	.8

CUADRO NÚMERO I

NÚMERO QUE OCUPA EN LA GESTACIÓN LOS 120 PACIENTES ESTUDIADOS



GRÁFICA NÚMERO 1

RESULTADOS DEL CUADRO NÚMERO 2.

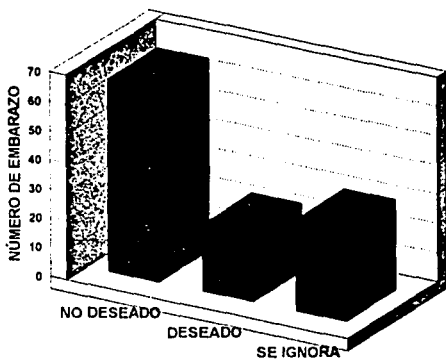
1.- EN RELACIÓN SI EL PRODUCTO DEL EMBARAZO FUE DESEADO O NO, EN EL CUADRO N° 2 SE PUEDE OBSERVAR QUE EL 55% DEL GRUPO ESTUDIADO NO FUE DESEADO.

RELACIÓN DE EMBARAZOS DESEADOS Y NO DESEADOS.

TIPO DE EMBARAZOS	N° DE PACIENTES	%
SI DESEADOS	83	19
NO DESEADOS	66	55
SE IGNORA	31	25
TOTAL	120	100

CUADRO NÚMERO 2

**No. DE EMBARAZOS DESEADOS EN LOS 120
PACIENTES DEFICIENTES MENTALES**



GRAFICA NUMERO 2

RESULTADO DEL CUADRO NÚMERO 3

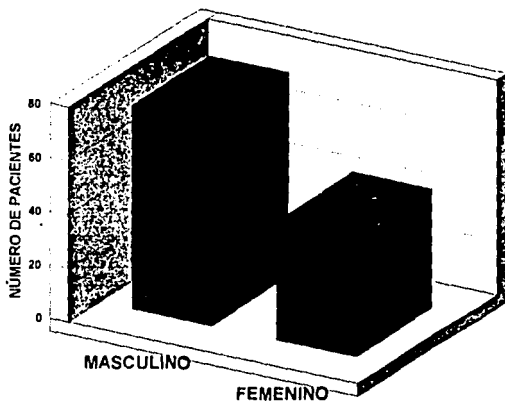
1.- PRIMERO SE ENCONTRÓ QUE EN EL CUADRO NUMERO 3 QUE UN PORCENTAJE EQUIVALENTE A UN 63.3% DE LOS PACIENTES EN ESTUDIO. CORRESPONDÍAN A EL SEXO MASCULINO EN RELACIÓN AL FEMENINO QUE EQUIVALE A UN 36.6%.

**SEXO PREDOMINANTE EN LOS 120 PACIENTES
CON DEFICIENCIA MENTAL ESTUDIADOS**

SEXO	Nº DE PACIENTES	%
MASCULINO	76	63.3
FEMENINO	44	36.6
TOTAL	120	100

CUADRO NÚMERO 3

SEXO PREDOMINANTE EN LOS 120 PACIENTES CON DEFICIENCIA MENTAL



GRAFICA NUMERO 3

RESULTADOS DEL CUADRO NÚMERO 4.

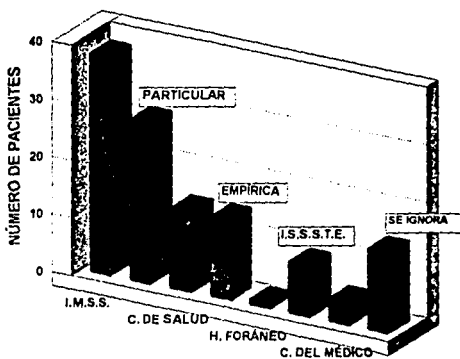
1.- EN ESTE CUADRO SE ENCONTRÓ QUE UN PORCENTAJE DE 77.36% EN CONTRA DE UN 22.4 FUE ATENDIDO POR MÉDICO O PERSONAL CAPACITADO Y EN MEDIO HOSPITALARIO.

**SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO EN LOS
PACIENTES ESTUDIADOS**

SITIO	N° DE PACIENTES	%
I.M.S.S.	38	31.6
PARTICULAR	28	23.3
C.SALUD	13	10.8
EMPIRICA	13	10.8
HOSPITAL FORANEO	1	.93
I.S.S.S.T.E.	9	7.5
CASA MEDICO	4	3.33
SE IGNORA	14	11.6
TOTAL	120	100

CUADRO NÚMERO 4

SITIO DE LA ATENCIÓN DEL PARTO EN LOS PACIENTES ESTUDIADOS



GRÁFICA NÚMERO 4

RESULTADO DEL CUADRO NÚMERO 5.

1. - SE ENCUENTRAN 2 PUNTOS QUE DESTACAN:

A) - QUE UN 39.58% NO TRABAJAN.

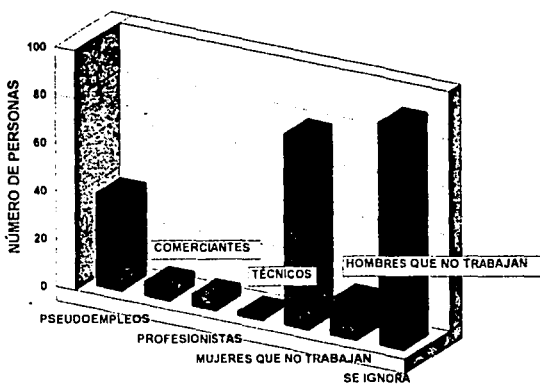
B) - UN 2.91% TIENEN UN TRABAJO EN DONDE SE REQUIERE UN GRADO DE ESTUDIO Y/O CAPACITACIÓN.

TIPO DE EMPLEO DE LOS PADRES DEL GRUPO EN ESTUDIO

TIPO DE EMPLEO	NUMERO	%
PSEUDO EMPLEOS	39	16.25
COMERCIANTES	6	2.5
PROFESIONISTAS	5	2.08
TÉCNICOS	2	.83
MUJERES QUE NO TRABAJAN	80	33.33
HOMBRES QUE NO TRABAJAN	15	6.25
SE IGNORA	93	38.75
TOTAL	240	100

CUADRO NÚMERO 5

TIPO DE EMPLEO DE LOS PADRES DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS



GRÁFICA NÚMERO 5

RESULTADO DEL CUADRO NÚMERO 6.

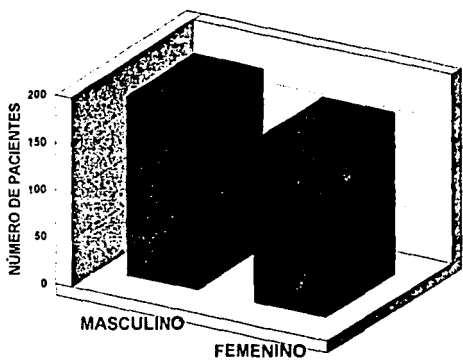
1.- SE ENCONTRÓ EN EL CUADRO NUMERO 6 QUE EN UN 53 FUE MAYOR EL SEXO MASCULINO EN RELACIÓN AL FEMENINO DE UN TOTAL DE 360 HERMANOS.

PREDOMINIO DEL SEXO EN LOS HERMANOS DEL GRUPO EN ESTUDIO

SEXO	NÚMERO	%
FEMENINO	171	47.5
MASCULINO	189	52.5
TOTAL	360	100

CUADRO NÚMERO 6

**PREDOMINANCIA DE SEXOS EN LOS HERMANOS
DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS**



GRÁFICA NÚMERO 6

RESULTADO DEL CUADRO NÚMERO 7.

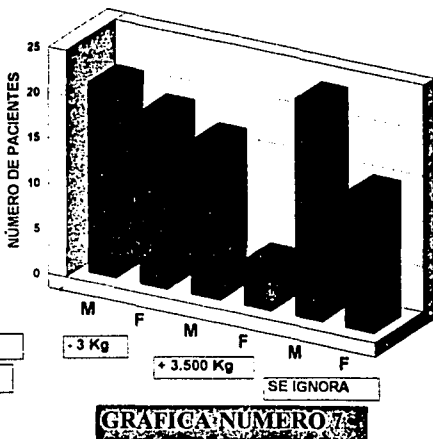
SE ENCONTRÓ QUE LOS PACIENTES DE MENOS DE 3 KG CORRESPONDIERÓN AL SEXO MASCULINO EN RELACIÓN AL FEMENINO EN UN 17% A UN 15.83% EN LO QUE RESPECTA A PESO MAYOR DE 3.500 KG. FUE MAYOR EN EL SEXO MASCULINO EN RELACIÓN AL 20% EN CONTRA DE UN 12.5% QUE CORRESPONDE AL FEMENINO.

PESO AL NACER DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS

PESO	MASCULINO		FEMENINO	
	Nº	%	Nº	%
-3 kg	21	17.5	19	15.83
3 a 3.499 kg	17	14.16	5	4.16
+3.500 kg	14	11.66	5	4.16
SE IGNORA	24	20	15	12.5
TOTAL	76	63.33	44	36.65

CUADRO NÚMERO 7

CARACTERÍSTICAS DEL PESO DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS



RESULTADO DEL CUADRO NÚMERO 8.

EN EL CUADRO NUMERO OCHO SE ENCONTRÓ QUE UN PORCENTAJE DE 60%
NO SE REPORTARON, UN 34.16% FUERON ANORMALES Y SOLO UN 5.8% DE
LOS PACIENTES FUE NORMAL.

**REPORTE DE LOS ELECTROENCEFALOGRAMAS TOMADOS A
LOS PACIENTES PARA DETERMINAR LESIONES CEREBRALES**

ELECTROENCEFALOGRAMA	NÚMERO	%
NORMALES	7	5.8
ANORMALES	41	34.16
NO SE REPORTARON	72	60
TOTAL	120	100

CUADRO NÚMERO 8

**ELECTROENCEFALOGRAMAS TOMADOS DE LOS
PACIENTES PARA DETERMINAR DISFUNCIÓN
CEREBRAL POR DAÑO CEREBRAL**

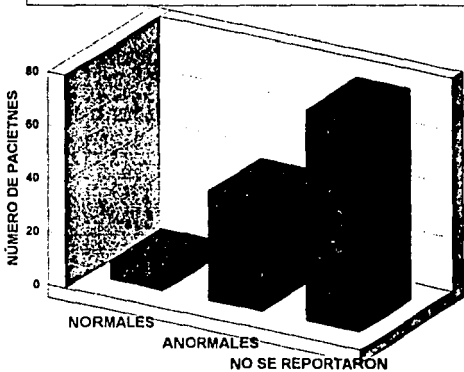


GRÁFICO NÚMERO 3

RESULTADO DEL CUADRO NÚMERO 9.

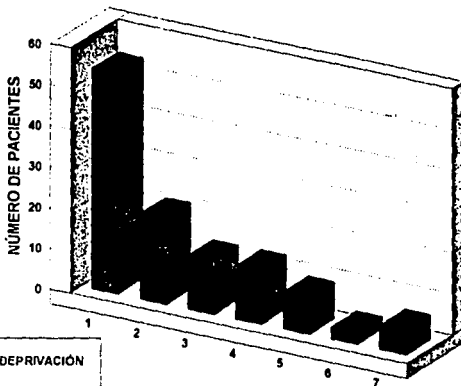
EN ESTE CUADRO SE ENCUENTRA QUE UN 73.33% CORRESPONDE A DAÑOS CEREBRALES ASÍ COMO DEPRIVACIÓN PSICOSOCIAL. QUE UN 7.5% SE DEBIÓ A MENINGITIS. Y UN 10.83% FUE POR DIVERSOS SÍNDROMES.

**DIAGNOSTICOS FINALES DE LAS CAUSAS DE
DEFICIENCIA MENTAL.**

CAUSAS	NUMERO	%
DAÑO CEREBRAL	54	45
DAÑO CEREBRAL MÁS DEPRIVACIÓN PSICOSOCIAL	21	17.5
DEPRIVACIÓN PSICOSOCIAL	13	10.83
SINDROMES DIVERSOS	13	10.83
MICROCEFALIA	9	7.5
MENINGITIS	3	0.025
SE IGNORA	6	5
TOTAL	120	100

CUADRO NÚMERO 9

DIAGNOSTICOS FINALES DE LAS CAUSAS DE DEFICIENCIA MENTAL EN LOS PACIENTES



- 1 DAÑO CEREBRAL
- 2 DAÑO CEREBRAL + DEPRIVACIÓN PSICOSOCIAL
- 3 DEPRIVACIÓN PSICOSOCIAL
- 4 SÍNDROMES DIVERSOS
- 5 MICROCEFALIA
- 6 MENINGITIS
- 7 SE IGNORA

GRÁFICA NÚMERO 9

RESULTADO DEL CUADRO NÚMERO 10.

1.- SE ENCONTRÓ QUE DE LOS 16 AÑOS A LOS 35 AÑOS DE EDAD FUE EN DONDE SE PRESENTARON UN NUMERO MAYOR DE EMBARAZO EN LAS MADRES DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS.

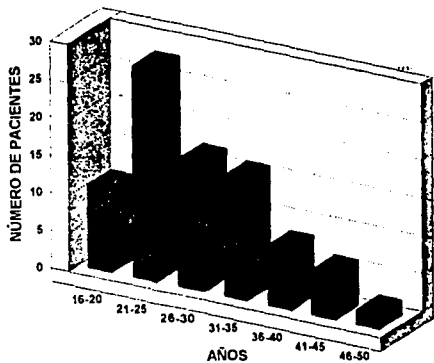
2.- QUE LOS HOMBRES SIEMPRE FUERON MAYORES QUE LAS MUJERES EN EL MOMENTO DE CASARSE.

**EDADES DE LOS PADRES AL MOMENTO DE ENGENDRAR AL
HIJO CON DEFICIENCIA MENTAL.**

EDAD	MADRES	%	PADRES	%
10-15 AÑOS	5	4.16	0	0
16-20 AÑOS	24	20	11	9.16
21-25 AÑOS	31	25.83	28	23.33
26-30 AÑOS	21	17.5	17	14.16
31-35 AÑOS	10	8.33	16	13.33
36-40 AÑOS	5	4.16	8	6.66
41-45 AÑOS	3	2.5	6	5
46-50 AÑOS	0	0	2	1.66
TOTALES	120		120	

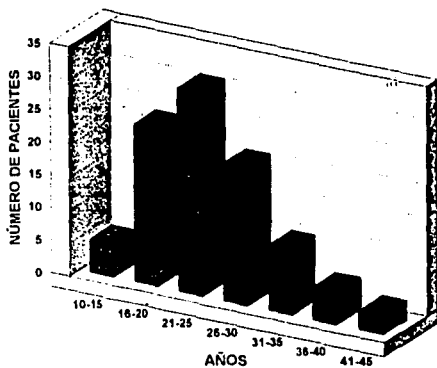
CUADRO NÚMERO 10

EDAD DE LOS PADRES AL ENGENDRAR AL HIJO CON DEFICIENCIA MENTAL



GRAFICA NUMERO 104B

EDAD DE LAS MADRES AL ENGENDRAR AL HIJO CON DEFICIENCIA MENTAL



GRÁFICA NÚMERO 10-A

RESULTADO DEL CUADRO NÚMERO 11.

EN ESTE CUADRO SE ENCONTRÓ QUE UN PORCENTAJE DE 45.83%
CORRESPONDIÓ A HIPOXIA NEONATAL.

UN 31.66% A EPILEPSIA.

UN 30% A ALCOHOLISMO PATERNO.

UN 22.5% A CESAREA.

A ANESTESIA GENERAL CORRESPONDIÓ UN 21.66%.

Y POR ULTIMO A LOS TRAUMATISMOS CRANEOENCEFÁLICOS LES
CORRESPONDE UN 13.33% LOS QUE FUERON LAS CAUSAS MAS
SOBRESALIENTES.

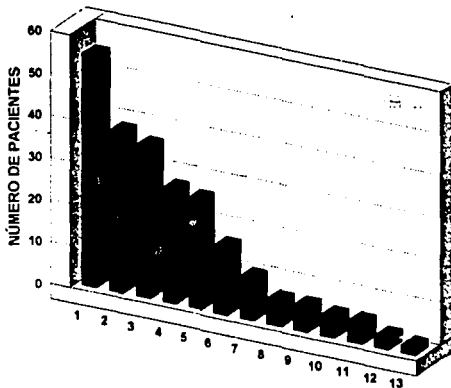
CAUSAS COADYUVANTES DE DEFICIENCIA MENTAL EN EL GRUPO ESTUDIADO.

CAUSAS	NÚMERO	%
HIPOXIA NEONATAL	55	45.83
EPILEPSIA	38	31.66
ALCOHOLISMO PATERNO	36	30
CESAREAS	27	22.5
ANESTESIA GENERAL	26	21.66
TRAUMATISMO CRÁNEO ENCEFÁLICO EN + 4 AÑOS C/ PERDIDA CONOCIMIENTO	16	13.33
FORCEPS	10	8.33
DOBLE CIRCULAR CORDON	6	5
ALCOHOLISMO MATERNO	6	5
TOXICOMANIAS PADRE	5	4.16
TRAUMATISMO CRÁNEO ENCEFÁLICO EN + 4 AÑOS C/ PERDIDA CONOCIMIENTO	5	4.16
ESPASMO DEL SOLLOZO	3	2.5
TOXICOMANIAS DE LA MADRE	2	1.66

CUADRO NÚMERO 11

CAUSAS COADYUVANTES DE DEFICIENCIA MENTAL EN EL GRUPO ESTUDIADO

- | | |
|----|---|
| 1 | HIPOXIA NEONATAL |
| 2 | EPILEPSIA |
| 3 | ALCOHOLISMO PATERNO |
| 4 | CESAREAS |
| 5 | ANESTESIA GENERAL |
| 6 | TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO CON PÉRDIDA DE LA CONCIENCIA EN MENORES DE CUATRO AÑOS |
| 7 | FORCEPS |
| 8 | DOBLE CIRCULACIÓN DEL CORDÓN |
| 9 | ALCOHOLISMO MATERNO |
| 10 | TOXICOMANIAS PADRE |
| 11 | TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO CON PÉRDIDA DE LA CONCIENCIA EN MAYORES DE 4 AÑOS |
| 12 | ESPASMO DEL SOLLOZO |
| 13 | TOXICOMANIAS DE LA MADRE |



GRÁFICA NÚMERO 11

CEDULA PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

- 1.- NOMBRE.
- 2.- EDAD DEL PEQUEÑO.
- 3.- FECHA DE NACIMIENTO.
- 4.- LUGAR DE NACIMIENTO.
- 5.- DERECHO A ALGÚN SERVICIO MÉDICO.
- 6.- NUMERO Y SEXO DE LOS HERMANOS.
- 7.- NUMERO QUE OCUPA EN LA GESTACIÓN.
- 8.- SEXO DEL PACIENTE.
- 9.- EMBARAZO:
 - A).- DESEADO.
 - B).- NO DESEADO.
 - C).- SE IGNORA.
- 10.- TIPO DE TRABAJO DE LOS PADRES.
 - A).- MASCULINO.
 - B).- FEMENINO.
- 11.- PESO:
 - A).- MASCULINO.
 - B).- FEMENINO.
- 12.- ELECTROENCEFALOGRAMA:
 - A).- NORMALES.
 - B).- ANORMALES.
 - C).- NO SE REPORTARON.
- 13.- DIAGNÓSTICOS FINALES.

A) .- DAÑO CEREBRAL.

B) .- DEPRIVACIÓN PSICOSOCIAL.

C) .- SÍNDROMES.

D) .- MICROCEFALIA.

E) .- MENINGITIS.

F) .- OTROS.

14.- EDAD DE LOS PADRES AL MOMENTO DE NACER EL NIÑO CON DEFICIENCIA MENTAL.

A) .- FEMENINO.

B) .- MASCULINO.

15.- CAUSAS COADYUVANTES EN LA DEFICIENCIA MENTAL.

ANÁLISIS.

ES IMPORTANTE UN BUEN ESTUDIO DE LOS ASPECTOS ECONÓMICOS Y FÍSICOS DE LA MUJER EMBARAZADA, SOBRETUDO CUANDO ES LA PRIMERA GESTACIÓN, YA QUE SE PUDE DETECTAR UN GRAN NUMERO DE ALTERACIONES, QUE SI SE CORRIGEN O EVITAN SE LE PUDE PREPARAR AL NUEVO SER UN CAMINO ADECUADO, UN CAMINO LIBRE DE OBSTÁCULOS PARA EVITAR CUALQUIER DEFICIENCIA MENTAL. CUANDO SE ESPERA A UN NIÑO DESEADO, SE LE TRATA DE BRINDAR TANTO ECONÓMICAMENTE, COMO EN EL ASPECTO PSICOSOCIAL, LO ADECUADO PARA QUE LLEGUE A SER UN INDIVIDUO NORMAL, YA QUE LO QUE IMPLICAN ESTOS DOS FACTORES PUEDEN SER DETERMINANTES PARA OCASIONAR UNA DEFICIENCIA MENTAL.. EN EL PREDOMINIO DEL SEXO EN LOS PACIENTES ESTUDIADOS SE ENCONTRÓ QUE HABÍA UNA GRAN PREDOMINANCIA DEL SEXO MASCULINO EN RELACIÓN AL FEMENINO DE 76 CONTRA 44, LO QUE IMPLICARÍA ALGÚN FACTOR DETERMINANTE RESPECTO AL SEXO, PERO CUANDO SE DETERMINO EL PESO DE LOS PACIENTES EN ESTUDIO SE ENCONTRÓ QUE EL MAYOR PESO CORRESPONDÍA A EL PRIMER PARTO, Y COMO AVANZABA LA PARIDAD EN LA MUJER DESCENDÍA EL NUMERO DE PRODUCTOS CON DEFICIENCIA MENTAL.

POR LO ANTERIOR SE CONCLUYO QUE EL PESO DEL SEXO MASCULINO FUE DETERMINANTE DE UN MAYOR RIESGO DE TRAUMATISMO EN EL MOMENTO DEL PARTO, LO QUE SE TRADUCIRÍA COMO UN FACTOR DE RIESGO IMPORTANTE DE DEFICIENCIA MENTAL.

EN LA BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA SE VIO QUE ES IMPORTANTE LA ATENCIÓN EN FORMA INTEGRAL DE LA MUJER EMBARAZADA, PARA

PREVENIR TODOS LOS PADECIMIENTOS, QUE EN UN MOMENTO DADO PUEDAN INFLUIR EN UN DETERIORO DEL PRODUCTO. (4)

EN EL PREDOMINIO DEL SEXO EN EL GRUPO EN ESTUDIO, EL MASCULINO FUE EL QUE PRESENTABA UN MAYOR NUMERO DE DEFICIENCIA MENTAL, EN RELACION AL FEMENINO, LOS AUTORES ESTUDIADOS, EN LO QUE SE REFIERE AL SEXO, MARCAN UN PREDOMINIO EN EL SEXO FEMENINO EN LA ENTIDAD CONOCIDA COMO SÍNDROME DE FRAGILIDAD, EN DONDE EL SEXO AFECTADO ES EL FEMENINO, SIENDO EL MASCULINO SOLO EL TRANSMISOR, MAS NO SE ENCONTRO, NINGUN INDICADOR QUE EL SEXO MASCULINO FUESE EL MAS AFECTADO EN LA DEFICIENCIA MENTAL. (10)

LA RELACION ENTRE EL EMBARAZO DESEADO Y EL NO DESEADO EN EL GRUPO EN ESTUDIO, SE DETERMINO QUE EN UN PORCENTAJE DE MAS DE LA MITAD CORRESPONDIA A EMBARAZOS NO DESEADOS, VARIOS AUTORES MENCIONAN QUE ES IMPORTANTE QUE LA PAREJA QUE DESEA UN HIJO SE LE PRACTIQUE UN ESTUDIO SOCIOECONOMICO, YA QUE ESTO PUEDE TRAER IMPLICITO VARIOS FACTORES, QUE PUEDEN SER DETERMINANTES PARA UN DESARROLLO ADECUADO DEL PEQUEÑO, DESPUES SU GESTACION HASTA EL PRIMER AÑO DE VIDA. (20)

ASI TAMBIEN SE CONSTATO QUE HAY UNA INTERACCION ENTRE EL INDIVIDUO Y EL AMBIENTE QUE RODEA AL PEQUEÑO. (4,8)

LA INFLUENCIA QUE PRESENTO, EL SITIO DE LA ATENCION DEL PARTO, LLAMO LA ATENCION DE UN PORCENTAJE ALTO (77.36%) FUE ATENDIDO POR MEDICO O PERSONAL CAPACITADO. SE MENCIONA EN LO QUE SE REFIERE A LOS TRAUMATISMOS QUE SE EXPERIMENTAN, DURANTE EL PROCESO DEL NACIMIENTO, (TRABAJO DE PARTO Y PERIODO EXPULSIVO). PUEDE SER EVITABLES, O OCURRIR LO MISMO POR MUY AVEZADO Y

COMPETENTE QUE SEA LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA, COMO EN UN PARTO DIFÍCIL, O MUY PROLONGADO, O EN LAS PRESENTACIONES ANORMALES, LAS LESIONES FETALES POR AMNIOCENTESIS, TRASFUSIONES INTRAUTERINAS, Y POR MUESTRA DE SANGRE DE LA VENA DEL CUERO CABELLUDO DEL PRODUCTO, ASÍ COMO LOS PROCESOS DE RESUCITACIÓN, LA MACROSOMIA, LA PREMATURIDAD, LA DESPROPORCIÓN CEFALOPÉLVICA, DISTOCIAS NEONATALES, TRABAJO DE PARTO PROLONGADO Y PRESENTACIÓN ANORMAL DE LOS MISMOS. (3)

SE MENCIONA TAMBIÉN CAUSAS ETIOLÓGICAS MULTIFACTORIALES, CARACTERIZADAS TODAS ELLAS POR ALTERACIONES IRREVERSIBLES DE LAS FUNCIONES MENTALES SUPERIORES EN EPOCAS PRECOCES DEL DESARROLLO, POR LO QUE LOS FACTORES PATOGENICOS DEBEN ATACARSE TEMPRANAMENTE. (10)

EN LO QUE SE REFIERE AL TIPO DE EMPLEO DE LOS PADRES, EN EL GRUPO EN ESTUDIO, UN GRAN PORCENTAJE, O NO TRABAJA O TIENE EMPLEO POCO REDITUABLE ECONÓMICAMENTE, LO QUE SE TRADUCE EN UN INGRESO MUY BAJO PARA SOLVENTAR SUS NECESIDADES MAS APREMIAENTES, LO QUE DEMUESTRA LA INFLUENCIA SOCIOECONÓMICA, COMO FACTOR FUNDAMENTAL EN LA DEFICIENCIA MENTAL. (19)

EN LO QUE SE REFIERE A LOS EXÁMENES PARA LA CONFIRMACIÓN DEL DIAGNOSTICO, DE LA DEFICIENCIA MENTAL, SE ENCONTRÓ QUE EN RELACIÓN A LOS DEMÁS PAÍSES, PARA DETERMINAR EL DAÑO CEREBRAL UTILIZAN MÉTODOS MAS SOFISTICADOS COMO SON LA TOMOGRAFÍA COMPUTADA, LA RESONANCIA MAGNÉTICA, MÉTODOS DE MUY ALTA ESPEFICIDAD, ASÍ COMO DE MUY ALTO COSTO. LOS PRACTICADOS EN NUESTRA POBLACIÓN QUIZÁS UN POCO OBSOLETOS, PERO BAJOS

ECONÓMICAMENTE, Y SUFICIENTES PARA LLEGAR AL DIAGNOSTICO SOBRE TODO CUANDO SE ASOCIAN ESTUDIOS PSICOLÓGICOS.

(27) EN LOS DIAGNÓSTICOS FINALES, SE ENCONTRÓ EN LA REALIZACIÓN DE ESTE ESTUDIO, QUE LAS TRES PRIMERAS CAUSAS CORRESPONDÍAN A: 1° DAÑO CEREBRAL, 2° COMBINACIÓN DE DAÑO CEREBRAL MAS DEPRIVACIÓN PSICOSOCIAL Y 3°-- DEPRIVACIÓN PSICOSOCIAL.

A TRAVÉS DE LA BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA SE OBSERVA QUE LA CAUSA DE DAÑO CEREBRAL ES MULTIFACTORIAL, EN LAS QUE SE MENCIONAN CAUSAS COMO:

DIVERSAS VIROSIS (4), TRAUMA OBSTÉTRICO DE ETIOLOGÍA DIVERSA (18), INFECCIONES POSNATALES BACTERIANAS, COMO LA MENINGITIS (5).

LA ASFIXIA EN EL RECIÉN NACIDO (27), BAJO PESO AL NACER -(6), MICROCEFALIA (29), FORMACIÓN DE MEMBRANA HIALINA, HIDRAMNIOS, PRODUCTOS MACROSÓMICOS (18), TRASTORNOS DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIDA, COMO LA EPILEPSIA (23,24,25), ENFERMEDADES METABÓLICAS (2,7,8), CAUSAS MULTIFACTORIALES (9,15), CAUSAS GENÉTICAS (9,10,11,13).

EN LA INFLUENCIA QUE TIENE LA EDAD DE LA MADRE AL MOMENTO DE PROCREAR A SU HIJO, NO SE ENCONTRÓ NADA REFERENTE A LA EDAD DE LA MADRE, COMO FACTOR IMPORTANTE DE LA DEFICIENCIA MENTAL, PERO EN EL ESTUDIO REALIZADO SE ENCONTRÓ QUE UN GRAN PORCENTAJE CORRESPONDÍA A MADRES JÓVENES, LO QUE PODRÍA SER FACTOR CONTRIBUYENTE DE DEFICIENCIA MENTAL, POR LAS CAUSAS QUE LLEVA IMPLÍCITAS LA EDAD. ADEMÁS SE OBSERVO QUE LOS HOMBRES SIEMPRE

FUERON MAYORES QUE LAS MUJERES EN EL MOMENTO DE ENGENDRAR. DENTRO DE LAS CAUSAS COADYUVANTES EN LA DEFICIENCIA MENTAL DEL GRUPO EN ESTUDIO, SE ENCONTRÓ QUE UN PORCENTAJE MAS ELEVADO FUE DE HIPOXIA NEONATAL, EPILEPSIA, ALCOHOLISMO PATERNO, CESAREA, ANESTESIA GENERAL, TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO, APLICACIÓN DE FÓRCEPS, COMO YA SE HA MENCIONADO SE ENCONTRÓ QUE LAS CAUSAS SON MULTIFACTORIALES, Y QUE GENERALMENTE VIENEN APAREJADAS VARIAS A LA VEZ, CONTRIBUYENDO A ACENTUAR AUN MAS EL DAÑO CEREBRAL, NO ENCONTRÁNDOSE COMO CAUSAS COADYUVANTES, PERO SI SE MENCIONA LA HIPOXIA NEONATAL (27), EPILEPSIA (23, 24, 25), TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO (18).

CONCLUSIONES

LOS OBJETIVOS DE ESTE TRABAJO FUERON LOGRADOS EN UN 100%. ENCONTRANDO QUE LOS FACTORES PRINCIPALES DE DEFICIENCIA MENTAL SON EL NO DAR LA IMPORTANCIA QUE MERECE, LA ATENCIÓN DE UN PARTO, LA IGNORANCIA DE LA MADRE, DE LOS RIESGOS QUE IMPLICA UN EMBARAZO, SIN EL CONTROL MÉDICO ADECUADO, ASÍ COMO UNA PREPARACIÓN ADECUADA EN LO QUE SIGNIFICA LA PATERNIDAD RESPONSABLE, LO QUE CONLLEVA EL NO BRINDAR UNA ATENCIÓN ADECUADA EN LOS ASPECTOS FÍSICOS Y PSICOLÓGICOS AL NUEVO SER, PARA SER DE ESTE UN SER NORMAL EN TODOS LOS ASPECTOS Y POR ENDE UN SER TRIUNFADOR.

ENCONTRÁNDOSE QUE LAS PRIMERAS CINCO CAUSAS DE DEFICIENCIA MENTAL EN EL GRUPO EN ESTUDIO FUERON:

- 1.- DAÑO CEREBRAL.
- 2.- DAÑO CEREBRAL MAS DEPRIVACIÓN PSICOSOCIAL.
- 3.- DEPRIVACIÓN PSICOSOCIAL.
- 4.- SÍNDROMES DIVERSOS.
- 5.- MICROCEFALIA.

CONSIDERANDO QUE SON CAUSAS PREVENIBLES, DANDO UNA ADECUADA ORIENTACIÓN A LOS JÓVENES QUE ESTÁN POR FORMAR UNA PAREJA, RECORDANDO AL MÉDICO FAMILIAR EL PAPEL IMPORTANTE QUE JUEGA EN EL CONTROL ADECUADO DE UN EMBARAZO, LA DETECCIÓN OPORTUNA DE LAS ANOMALÍAS PRESENTES EN LOS PRODUCTOS RECIÉN NACIDOS, ASÍ COMO UNA REHABILITACIÓN OPORTUNA EN ESTOS PACIENTES CUANDO ASÍ SE REQUIERE. POR LO QUE SE CONCLUYE QUE EL PAPEL DEL MÉDICO FAMILIAR ES FUNDAMENTAL, SI BIEN ES CIERTO QUE LAS CAUSAS DE

DEFICIENCIA MENTAL SON MULTIFACTORIALES, EL DEBER DEL MÉDICO FAMILIAR ES PENSAR EN CADA UNA DE ELLAS, BUSCANDO LA MANERA DE PREVENIR Y/O INICIAR UNA REHABILITACIÓN TEMPRANA.

A LA INSTITUCIÓN SE LE RECOMENDARÍA PROGRAMAS DE ORIENTACIÓN A LOS ADOLESCENTES, EN DONDE SE LES MANEJARA LA IMPORTANCIA QUE TIENE UN EMBARAZO, Y EL PAPEL QUE ELLOS JUEGAN COMO PADRES DE UN NUEVO SER, ADEMÁS DE BRINDAR AL MÉDICO LOS MÉTODOS ADECUADOS TANTO DE LABORATORIO COMO DE GABINETE QUE SE REQUIERAN PARA UN ADECUADO CONTROL DE LA EMBARAZADA.

AL MÉDICO SE LE RECORDARÍA COMO YA SE HIZO DURANTE EL DESARROLLO DE ESTE ESTUDIO, QUE SI NO SE PIENSA, NO SE BUSCA, Y SI NO SE BUSCA NO SE ENCUENTRA.

A LA PACIENTE SE LE INSISTIRÍA QUE COMO PARTE MEDULAR DEL PROBLEMA EL PAPEL QUE ELLA DESEMPEÑA ES PRIMORDIAL, YA QUE ELLA VA A SER LA ENCARGADA DE COMUNICAR AL MÉDICO, TODAS SUS DUDAS O PROBLEMAS QUE SE PRESENTEN, ANTES O DURANTE EL EMBARAZO, ASÍ COMO EN LOS PRIMEROS AÑOS DE VIDA DEL PEQUEÑO.

RESPECTO A QUE SI OTRO INVESTIGADOR QUE DESEE ABORDAR ESTE TEMA, ME ATREVERÍA A DECIR QUE ES UN CAMPO QUE SE ENCUENTRA CON MUCHOS PARÁMETROS A INVESTIGAR.

BIBLIOGRAFÍA.

- 1.- DR. R. GONZÁLEZ MAS, Concepto.-Etimología.- Frecuencia.
REHABILITACIÓN DEL DEFICIENTE MENTAL, EDITORIAL CIENTÍFICO
MÉDICA 1970, PAG.61 A 70.
- 2.- DR. RICHARD E. BEHRMAN, El lactante de alto riesgo,
TRATADO DE NEONATOLOGIA, EDITORIAL MEDICA PARAMERICANA
1976. PAG 11 a 55.
- 3.- DAVID N. DANFOETH, Parto anormal y Puerperio.
TRATADO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA. EDITORIAL
INTERAMERICANA.
1987. PAG 667 a 749.
- 4.- should all pregnant patients be offered prenatal diagnosis
regardless of age.
St. Amant M; Elkins Te; Brown D; Pastorek Jg 2d.
Obstet Gynecol (UNITED STATES) Aug 1993 82 (2) p315-6.
- 5.- Outcomes of bacterial meningitis in children: a meta-
analysis.
Baraff LJ; Lee SI; Schriger DL
Pediatr Infect Dis J (UNITED STATES) May 1993 12 (5) p389-94

- 6.- Clinical sequelae of japanese encephalitis in children.
Kumar R; Mathur A; Singh KB; Sitholey P; Prasad M; Shukla R;
Agarwl SP; Arockiasamy J.
Departament of paediatrics, King Georges Medical College,
Lucknow Indian J Med Res (INDIA) Jan 1993 97 p 9-13.
- 7.- (Follow-up study on physical and mental development in
smallfor-gestational age infants)
Naval General Hospital of PLA, Beijing.
Chung Hua Fu Chan Ko Tsa Chin (CHINA) feb:1993 28 (2) p 70-
2:121.
- 8.- Experience in neonatal screening for congenital
hypothyroidism.
Zhang YO; Coa OX.
Neonatal Screening Center, Shanghai Children's Hospital.
Chin Med J (Engl) (CHINA) Mar 1993 1069 (3) p 216-9.
- 9.- L'embryofoetopathie du nouveau-ne de mere -
phenylcetonirique. Un diagnostic a ne pas manquer.
Farriaux JP; Dhondh JI; Largilliere C; Lacombe A ; Valat S
Puech F
Centre Regional Nord-Pas-de calais de Depistage Neonatal,
CHRU de Lille.
J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) (FRANCE) 1993 22 (1) p
49-52

- 10.- Clinical and cytogenetic survey of institutionalized mentally retarded patients with emphasis on the fragile-x syndrome.

Butler Mg; Singh DN

Department of pediatrics, Vanderbilt University School of Medicine, Nashville, TN.

J Intellect Disabil Res (ENGLAND) apr 1993 37 (pt 2)
p 131-42.

- 11.- Le diagnostic du syndrome de retard mental avec X fragile revolutionne par la gesticque moleculaire.

Lemire M; Rousseau F.

Unite de recherche en genetique humaine et moleculaire, hospital Sainte-francois d'Assise, Quebec.

Union Med Can (CANADA) jan-feb 1993 122 (1) p23-9.

- 12.- Il cromosoma X fragile e psichiatria.

Gherardi D; Garzia P; Fabrizio E; Chirillo S

Dipartimento de Scienze Neurologiche, Universita degli studi di Roma la Sapienza, Roma.

Minerva Psichiatr (ITALIA) oct-dec 1992 33 (4) p 285-8

- 13.- Trajectory of adaptive in males with fragile X syndrome.

Dykens EM; Hodapp RM; Ort SI; Leckman JF.

Yale University School of Medicine, New Haven, Connecticut.

J Autism Dev Disord (UNITED STATES) mar 1993 23(1) p135-45

- 14.- A statewide public and professional education program on fragile X syndrome. Keenan J; Kastner T ; Nathanson R; Richardson N; Hinton J; Cress DA

Developmental Disabilities Center, Morristown Memorial Hospital Ment Retard (UNITED STATES) Dec 1992 30 (6) 9 355-61.

- 15.- Prevalence des retards intellectuels severes et des trisomies 21 dans 3 generations: 1972, 1976, et 1981.

Mlika A; du Mazaubrun C; Rumeau-Rouquette C.
INSERM Unite 149, Paris France.

Rev Epidemiol Sante Publique (FRANCE) 1993 41 (1) P44-52

- 16.- Prevention of childhood disability in the people's Republic of China.

Chen J; Simeonss RJ.

Frank Porter Graham Child Development Center, University of North Carolina.

Child Care Health Dev (ENGLAND) Mar-Apr 1993 19 (2) p 71-88.

- 17.- An ecology of prevention for the future.

Couter D1

Boston University School of Medicine, division of Pediatric Neurology, Boston City Hospital, MA 02118.

ESTA TESTA NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Ment Retard (UNITED STATES) Dec 1992 30 (6) p 363-9.

18.- Effective early intervention.

Ramey Ct; Ramey SL

University of Alabama, Civitan International Research
Center, Birmingham.

Ment Retard (UNITED STATES) Dec 1992 30 (6) p 337-45

19.- Community-Based projects for the prevention of
developmental disabilities.

Adams MJ; Hollowell JG.

Developmental Disabilities Branch, Centers for Disease
Control, Atlanta.

Ment Retard (UNITED STATES) Dec 1992 30 (6) p 331-6

20.- Noise or fugue: seeking the logic of child health
indicators.

Wise PH; Lowe JA

Harvard Institute of Reproductive and Child Health, Boston

Ment Retard (UNITED STATES) Dec 1992 30 (6) p 323-9

21.- Reflections on the use of the fateful forty-three in
Virginia Whitley EB.

Virginia Institute for Developmental Disabilities,
Richmond

Ment Retard (UNITED STATES) Dec 1992 30 (6) p 320-1

- 22.- Utilization of the fateful forty-three in New Jersey Cohen
DE
Office for Prevention of mental Retardation and
Developmental Disabilities, Department of Humanan-
Services, Trenton, NJ
Ment Retar (UNITED STATES) Dec 1992 30 (6) p 319-20
- 23.- Data collection for the evaluation of mental retardation
prevention activities: the fateful forty-three Crocker AC
Developmental Evaluation Center, Childre's Hospital, Boston
Ment Retar (UNITED STATES) Dec 1992 30 (6) p 303-17
- 24.- (Mental deterioration in childhood epilepsy. II --
Investigation of intelligence of right-handed epileptic
children with right-hemispheric dominance of language).
Ichiba N; Takigawa h
Department of Pediatrics, Okayama Municipal Hospital.
No To Hattatsu (JAPAN) Jul 1993 25 (4) p 322-7
- 25.- Epilepsy in institutionalized patients with encephalopathy:
clinical aspects and nosological considerations.
Mariani E; Ferini-Strambi L; Sala M; Erminio C; Smirne S
Istituto Sacra Famiglia (MILANO) 1993 98 Suppl p 27-33
- 26.- 20-item neonatal behavioral neurological assessment used
in predicting prognosis of asphyxiated newborn.

Bao XL; Yu RJ; Li ZS.

Department of Pediatrics, Peking Union Medical College
Hospital Beijing.

Chin Med J (ENGL) (CHINA) Mar 1993 106 (3) p 211-5

27.- (CT in hypoxia brain damage in asphyxia-pragnostic
estimation) Yu RJ

Jiu Xian Qiao Hospital, Beijing.

Chung Hua I Hsueh Tsa Chih (CHINA) Feb 1993 73 (2) p 101-3

28.- (Clinical study on the prevention of Kernicterus caused
by hereditary glucose-6-phosphate dehydrogenase
deficiency)

Du CS

Department of Medical Genetics, Sun Yat-sen University of
Medical Sciences, Guangzhou.

Chug Hua I Hsueh Tsa Chih (CHINA) Jun 1992 72 (6) p 348-
50, 382.

29.- MRI of the head in the evaluation of microcephaly.

Sugimoto T; Yasuhara A; Nishida N; Murakami K; Woo M;
Kobayashi y Department of pediatrics, kansai medical
University Otokoyama Hospital Kyoto, Japan.

Neuropediatrics (GERMANY) Feb 1993 24 (1) p 4-7.