



Universidad Nacional Autónoma de México

CAMPUS IZTACALA

400282



61060

Estudio Epidemiológico del Retardo en el Desarrollo.

En la Clínica Universitaria de Salud
Integral (CUSI)

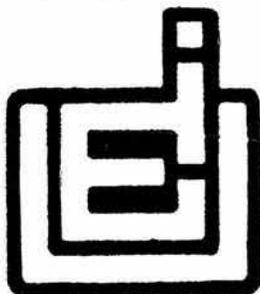
POB20/96
Ej. 3

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N :
MARTHA ELISA PEREZ BUENO
LETICIA TAFOYA RODRIGUEZ

ASESOR: MTRA. LAURA EDNA ARAGON BORJA

IZTACALA, MEXICO

1996





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 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.

**ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DEL RETARDO EN EL
DESARROLLO**

EN LA CLINICA UNIVERSITARIA DE SALUD INTEGRAL (CUSI)

ALUMNAS:

**PEREZ BUENO MARTHA ELISA
NO. CTA. 7934451-9**

**TAFOYA RODRIGUEZ LETICIA
NO. CTA. 8261620-5**

A MI MADRE:

POR SER UNA MUJER QUE NO SE QUEBRANTA
ANTE LAS ADVERSIDADES DE LA VIDA.

A MI PADRE:

POR LA IMPORTANCIA DE SU TRANSMISION EN LA
FORMACION DE MI CARACTER Y SU PECULIAR
SENTIDO DE LA VIDA.

A MIS HERMANOS:

PORQUE ME HAN PERMITIDO LA EXPERIENCIA
DE COMPARTIR LOS AFECTOS Y ATENCIONES DE
ESAS DOS FIGURAS TAN IMPORTANTES Y RETOMAR
DE SUS VIVENCIAS LO MEJOR PARA SEGUIR ADELANTE.

A MIS SOBRINOS:

ALEJANDRO, ARACELI ,LILIA, ELIZABETH, ADAN, RAUL Y TANYA
POR SU COMPAÑIA Y CARIÑO Y A QUIENES EXHORTO
A PROSEGUIR SU PREPARACION.

A ELISA MI AMIGA LEAL:

POR SU MANERA TAN PROPIA DE PERCIBIR EL MUNDO,LA VIDA
Y LA CONDICION DE NOSOTRAS LAS MUJERES Y PORQUE CON ELLA
LA AMISTAD TIENE OTRAS DIMENSIONES QUE NO SE REDUCE A LO APARENTE
POR ESOS MOMENTOS DONDE TODO ES ALEGRE RISA.

A MIS AMIGAS:

SOCORRO, MARIA DE JESUS, PATY., SABRINA, GUADALUPE P., ALEJANDRA, JUANITA A., YOLANDA P., GREGORIA. CON QUIENES LA AMISTAD ES ALGO INCUESTIONABLE. Y PORQUE EL PUENTE DE COMPRENSION Y ARMONIA QUE JUNTAS HEMOS CONSTRUIDO SERA CAPAZ DE SUBSISTIR A TRAVES DE LA DISTANCIA EL TIEMPO Y OTRAS CIRCUNSTANCIAS DE LA VIDA.

A VICKY.

CON QUIEN LAS VIVENCIAS COMPARTIDAS HAN SIDO ALGO EXTRAORDINARIO SIN SIGNO ALGUNO DE LEVEDAD.

A ROSA MARIA

POR LA AMISTAD Y AFINIDAD TAN ESPONTANEAS QUE COMPARTIMOS ALEGREMENTE

A MARGARITA Y MERCEDES GARGOLLO.

POR SU CONFIANZA Y APOYO CONSTANTE DURANTE MI FORMACION PROFESIONAL

LETICIA TAFOYA RODRIGUEZ.

A MI PAPA.

POR LA ADMIRACION A SU DINAMISMO Y CAPACIDAD DE COMPARTIR. ADEMÁS POR EL CARÍO Y APOYO QUE SIEMPRE ME BRINDO Y TODO LO QUE EL ME ENSEÑO PORQUE ES UN SER MEMORABLE, QUE CONMIGO ESTA.

A MI HIJO ERIK

PORQUE SU PRESENCIA EN MI VIDA ES UNA VERDADERA ALEGRIA Y ES EL GRAN MOTIVO DE MI EXISTENCIA.

A FRANCO.

EL HOMBRE QUE TRANSFORMO MI VIDA Y ME HA PROVOCADO UNA DIVERSIDAD DE ANIMOS Y EMOCIONES. POR CREAR JUNTOS CON AMOR A ERIK ROMAN

A KAREN.

POR LA AFINIDAD Y SENTIMIENTO QUE NOS UNE. INVITANDOLA A QUE CONTINUE CON PASOS FIRMES EL CAMINO DE SU VIDA.

A MI MAMA, HERMANOS Y SOBRINOS.

PORQUE CADA QUIEN HA APORTADO Y DEJADO ALGO Y POR EL SIGNIFICADO DE SU AFECTO.

A LETY.

POR EL VINCULO DE AMISTAD QUE HEMOS CONSTRUIDO, BASADO EN EL AFECTO, COMPAÑIA, SOLIDARIDAD, IDENTIFICACION DE CONVICCIONES Y EN CADA VIVENCIA COMPARTIDA. POR SER COMO ES.

A MIS AMIGAS.

POR REAFIRMAR JUNTO CON ELLAS, QUE EN LAS MUJERES LA MIRADA ES LA MISMA Y LOS TROPIEZOS PARECIDOS.

ELISA PEREZ BUENO.

AGRADECIMIENTOS.

A LAURA EDNA ARAGON BORJA.

NUESTRA ASESORA Y AMIGA QUIEN SIEMPRE ESTUVO DISPUESTA A APOYARNOS EN LA ELABORACION DE ESTE TRABAJO, Y POR QUIEN SENTIMOS UN GRAN RESPETO Y ADMIRACION.

A LOS ASESORES.

- MTRA. LAURA EDNA ARAGON BORJA
- MTRO. ARTURO SILVA RODRIGUEZ
- MTRO. CARLOS NAVA QUIROZ

PORQUE CON SU EXPERIENCIA, LAS OBSERVACIONES Y SUGERENCIAS HECHAS AL TRABAJO NOS PERMITIERON INDAGAR Y CONOCER MAS DE LA CIENCIA PSICOLOGICA. INTERES QUE COMPARTIMOS CON REGOCIJO.

A TODAS LAS PERSONAS QUE COLABORARON EN EL MECANOGRAFIADO DEL TRABAJO UN SINCERO AGRADECIMIENTO.

MARGARITA MORA, VICKY, LULIS, Y DE UNA MANERA TAN ESPECIAL POR LA PRESENTACION FINAL DEL DOCUMENTO A TERE Y SALVADOR.

A P.A.R. POR LO ACORDADO ENTRE NOSOTROS.

INDICE

PAGINA

RESUMEN

INTRODUCCION.....	1
-------------------	---

CAPITULO I

Retardo en el Desarrollo	4
-1.1. Definición	
-1.2. Tipos de Retardo	
1.3. Etiología	
1.4. Diagnóstico	
1.5. Tratamiento	

CAPITULO II

Epidemiología y Prevención del Retardo.....	22
2.1. Definiciones de Epidemiología	
2.2. Antecedentes Historicos de la Ciencia Epidemiológica	
2.3. Conceptos básicos de Epidemiología	
2.4. Método Epidemiológico	
2.5. Usos, aplicaciones y beneficios de la Epidemiología	
2.6. Prevención y Retardo en el Desarrollo	

CAPITULO III

Salud y Educación Especial	36
3.1. Definición de Salud	
3.2. Salud Pública y su relación con la Medicina Social y Preventiva	
3.3. Educación para la Salud	
3.4. Historia de la Educación Especial en México	

CAPITULO IV

Metodología	51
4.1. Población	
4.2. Muestra	
4.3. Sujetos	
4.4. Escenario	
4.5. Materiales	
4.6. Diseño	
4.7. Procedimiento	

CAPITULO V

Análisis de Resultados	61
------------------------------	----

CAPITULO VI

Conclusiones y Discusión	93
--------------------------------	----

EPILOGO.....	103
BIBLIOGRAFIA.....	111
ANEXOS	

RESUMEN

La conceptualización y abordaje del retardo mental ó deficiencia mental ha tenido su propia evolución pues se ha modificado tanto su definición y clasificación como su diagnóstico y tratamiento, debido a los diferentes parámetros que se han utilizado para ello.

Nosotros retomamos la definición de que el retardo es una desaceleración del desarrollo de un individuo comparado con la norma del grupo al que pertenece; clasificándolo en Retardo Generalizado y Específico de acuerdo al número de áreas que están afectadas. Y debido a que se reconoce que el retardo en el desarrollo es un problema funcional y multicausal en el que intervienen factores biológicos, conductuales y sociales; la presente investigación tuvo como objetivo realizar un estudio epidemiológico del retardo en el desarrollo con el cual se detectará y analizará la relación existente entre las variables que incidieron en la aparición del retardo en la población estudiada.

El estudio se realizó en la Clínica Universitaria de Salud Integral (CUSI), ENEP Iztacala, en el área de Educación Especial y Rehabilitación.

El diseño correspondió de acuerdo a la Ciencia Epidemiológica a uno de prevalencia, retrospectivo transversal. Se trabajó con una muestra no probabilística tipo accidental, quedando conformada por 90 niños.

Se elaboró un cuestionario seleccionando indicadores que pudiesen ser factores de riesgo para el problema del retardo en el desarrollo. Se llevó a cabo la aplicación piloto, y se modificó el instrumento para su versión final, aplicándolo a los padres de los 90 niños.

Para el análisis de resultados se agruparon los indicadores de riesgo en áreas de estudio, las cuales fueron: Adicciones de la pareja, Antecedentes familiares, Padecimientos durante el embarazo, Historia Gestacional de la madre, Trastornos durante el parto, Problemas del niño después del nacimiento.

Se les asignaron valores a cada una de las variables atributivas en cada una de las áreas: 1= Factor de riesgo, 0 = No existe factor de riesgo; considerando que dentro de cada área estudiada, las variables seleccionadas eran susceptibles de estar relacionadas con el problema del retardo.

Se efectuó un análisis estadístico para obtener el promedio de las medias de las áreas estudiadas; y el promedio de los indicadores de riesgo de cada una de las áreas.

Uno de los resultados relevantes encontrados en esta población fue el referente al promedio de indicadores de riesgo, jerarquizando las áreas de mayor a menor promedio de la siguiente manera:

- 1) Trastornos durante el parto
- 2) Problemas del niño después del nacimiento
- 3) Antecedentes familiares
- 4) Padecimientos durante el embarazo
- 5) Historia gestacional de la madre
- 6) Adicciones de los padres.

El área de trastornos durante el parto fue la que presentó el promedio más alto de indicadores de riesgo, corroborando así los planteamientos teóricos respecto a la etiología del retardo, por lo que una conclusión importante de este trabajo es de que se debe intensificar las acciones de prevención de estos factores de riesgo, lo que permitirá predecir la aparición del retardo en otros individuos.

INTRODUCCION

La existencia de niños y adultos diferentes al resto de los individuos en cuanto a sus habilidades y capacidades ha sido un fenómeno innegable en las diversas sociedades. El hecho de su presencia ha generado en las ciencias del hombre, como la Psicología, el estudio de ésta problemática al ubicarlos como individuos que demandan una atención especial en Educación, salud y condiciones generales de vida.

Desafortunadamente a las personas con retardo en el desarrollo se les ha marginado al no brindarles la atención adecuada que cubra sus requerimientos debido principalmente, a que no se destinan los recursos económicos necesarios que posibiliten la existencia y creación de nuevas y diversas escuelas e instituciones, así como servicios asistenciales y de salud para ellos; por otra parte, a la fecha en México el número y distribución geográfica de los mismos son insuficientes y no alcanzan a cubrir la demanda de atención.

Examinar los factores etiológicos del retardo en los individuos ha sido una aportación de gran relevancia, principalmente porque su conocimiento nos posibilita derivar acciones concretas encaminadas a prevenir la ocurrencia del retardo en otras personas.

Existen factores de tipo social, económico y político, además otros más específicos, tales como el tipo de vivienda, el nivel educativo y cultural, las condiciones de higiene, la salud materno-infantil, las adicciones de la pareja; y también los considerados en el binomio Madre-Hijo, como son los factores pre, peri y post-natales, los que desgraciadamente no han sido controlados en el caso del retardo.

La literatura médica ha señalado como factores preponderantes causales del retardo, los que se presentan durante el periodo perinatal.

En la presente investigación los hallazgos replican lo antes señalado, ya que el área de trastornos durante el parto fué la que presentó el promedio más alto de indicadores de riesgo, como por ejemplo problemas de Insuficiencia Respiratoria en el niño, Crisis Convulsivas, Sufrimiento fetal, Rompimiento de la Fuente, Parto tardío, Trabajo de Parto anormal, etc.

Por otra parte, en éste trabajo, se retomaron nociones de la ciencia Epidemiológica, rama de la Medicina que estudia "La frecuencia y distribución de los fenómenos que afectan a la población y las condiciones que hacen que se presenten" (Verduzco G. citado en Alvarez A.R. 1991). La Epidemiología es un gran apoyo en el campo de la Psicología, ya que utilizar su método en problemáticas psicológicas nos permite analizar los factores o condiciones biológicas, físicas sociales y ambientales que para el retardo en el desarrollo intentamos esclarecer.

El tipo de estudio aquí empleado corresponde de acuerdo a ésta ciencia al de prevalencia, retrospectivo transversal, ésto es, el estudio de prevalencia intenta determinar generalmente, la forma en que se distribuye un determinado fenómeno en una población y la manera como se relaciona con variables de tiempo, persona y lugar. Las características de retrospectivo transversal es que se desea identificar el comportamiento pasado del fenómeno de interés, en un momento determinado en el tiempo.

Entre algunas contribuciones adicionales que se obtienen al utilizar ésta metodología es el hecho de que permite conocer y evaluar las condiciones existentes en los servicios de salud, aspecto que fue retomado para el caso particular de la CUSI.

La trascendencia de éste tipo de trabajos es que están destinados a mejorar las oportunidades educacionales de todos los niños y personas atípicas, situación que por sí misma es ya un derecho.

De esta forma creemos que diagnosticar y evaluar las deficiencias y potencialidades de los individuos con retardo es una tarea idónea para su tratamiento posterior, en lugar de continuar con viejas clasificaciones que interfieren en su rehabilitación y los alejan en muchas ocasiones de la adaptación social que es tan esencial para todos los seres humanos.

Por otro lado, si en algún momento diéramos auge a la solución integral de ésta problemática, los programas de salud pública en su apartado en educación para la salud nos sería de gran ayuda ya que en ellos se establecen los mecanismos necesarios para brindar información adecuada y específica a grandes grupos de población como son las Comunidades Urbanas, Rurales y Marginales.

Finalmente, considerando los planteamientos anteriores el objetivo del presente trabajo fué detectar y analizar la relación que existe entre las variables que inciden en el problema del retardo en el desarrollo a través de un Estudio Epidemiológico.

CAPITULO I

RETARDO EN EL DESARROLLO

DEFINICION Y CLASIFICACION DEL RETARDO EN EL DESARROLLO.

El presente capítulo tiene la finalidad de exponer algunos aspectos generales del retardo en el desarrollo como son su definición, clasificación, diagnóstico y tratamiento.

En la historia de la humanidad han existido un gran número de niños y adultos que se distinguen por sus desventajas a nivel mental, físico, emocional o conductual del resto de la población .

Las actitudes adoptadas en la antigua Roma era que se exterminara a los infantes que presentaran retardo severo; acción que fue repetida durante el Régimen Nazi. En el viejo continente, durante la época medieval los retardados eran tolerados como bufones y considerados abortos de la naturaleza, y en otras circunstancias como criaturas de la maldad en alianza con el demonio, mientras que en China y Persia los líderes Confucio y Zoroastro, estaban en favor de un trato humano y la enseñanza de los mentalmente retardados. (León,A.L. y Vargas V. 1980).

Durante el siglo XIX, después de la revolución francesa se hizo una proclama por la abolición de las injusticias sociales y el fin al trato inhumano dado a los retardados. En este siglo se fundó la primera institución para atender a este tipo de personas en Berna , Suiza en 1839.

Los términos que se utilizaban comúnmente para referirse a estas personas eran los de idiota, imbecil y menso. Los cuales en ocasiones eran encerrados en cárceles y si parecían peligrosos, en hospitales o asilos.

Existe una gran diversidad de autores que han abordado el problema del retardo haciendo sus aportaciones desde el punto de vista de la Historia, la Psicología, la Filosofía, la Sociología, la Medicina y la Política entre otras .

Las primeras definiciones de retardo mental no ofrecieron criterios precisos para determinar si una persona era retardada. Este hecho dificultó evaluar con exactitud el retardo , particularmente cuando el individuo era medianamente retardado. Las primeras definiciones también tendían a enfocarse sobre la conducta del adulto, por ello quienes trabajan con niños tenían dificultad para ajustarse a la definición.

Las definiciones propuestas por Tredgold, Doll y Kanner, han sido consideradas tradicionales. (Blackhurst y Berdini 1981). Tredgold define el problema como; " Un estado de desarrollo mental incompleto de una clase y grado tal que el individuo es incapaz de adaptarse por si mismo al medio ambiente de tal forma que no puede vivir independientemente, necesita supervisión, control de otros".(1937,Cit. en Blackhurst y Berdini 1981).

La definición de Tredgold enfatizo la conducta adaptativa de los adultos y su inhabilidad para independizarse de su medio ambiente. El origen de la incompetencia de las personas se creyó que era una disfunción interna que conducía el bajo desarrollo de habilidades mentales.

Doll (1941. Cit. en Blackhurst y Berdini 1981) desarrolla la Escala De Madurez Social de Vineland como un intento para medir la competencia social; a la vez que ofrece una definición que considera seis criterios esenciales para la conceptualización adecuada del retardo, a diferencia de otros que sólo toman una calificación de un IQ. Estos son:

- 1) Incompetencia social
- 2) Debido a subnormalidad mental
- 3) El que ha sido impedido en el desarrollo
- 4) El avance que se obtiene en la madurez
- 5) De origen constitucional
- 6) Esencialmente incurable

La definición de Doll, no se diferencia mucho de las primeras definiciones tradicionales al hablar de subnormalidad mental e incompetencia social, sin embargo por referirse al desarrollo, origen constitucional e incurabilidad del retardo mental, se aparta del resto de sus contemporáneos.

Para Kanner (1948,Cit. en Blackhurst y Berdini 1981) existen tres tipos de retardo mental:

- 1) " El Absoluto ", cuyos individuos son marcadamente deficientes sus potencialidades innatas, tanto congoscitivas como emocionales, que sobesaldrian como anormales en cualquier cultura existente. Una persona clasificada dentro de este grupo, seria igualmente invalida y mal adaptada en cualquier sociedad. Ellos no solamente son deficientes intelectualmente, sino que presentan deficiencias en diferentes esferas mentales .

2) " El Tipo Relativo ", personas cuyas limitaciones definitivamente están relacionadas a las normas particulares de la cultura que los rodea. En las sociedades menos complejas, con menos orientación intelectual, no tendrían problema alguno en conseguir y mantener una igualdad de ambiciones realizables. Algunos hasta podrían ser capaces de alcanzar la superioridad en virtud de otras ventajas distintas a las que mide la prueba de inteligencia. Harían un papel exitoso como pescadores, granjeros, etc., sin embargo en los empleos más complejos en los cuales es necesario utilizar un lenguaje más amplio, conocer de historia, geografía, etc., no podrían. Es más apropiado hablar de dicha gente como intelectualmente inadecuada que como deficiente mental.

3) "Aparente Inteligencia Subnormal ", en la cual existen potencialidades para la adquisición o reproducción de información previamente ensayada que no ha sido realizada completamente por la falta de oportunidad o por impedimentos físicos o bien por inhabilidades específicas curables, bloqueo educacional temporal o inadecuación de la persona que administra la prueba.

Por otro lado la definición dada por la " Asociación Americana de Deficiencia Mental " plantea que el retardo mental consiste en un funcionamiento intelectual significativamente inferior al termino medio que se origina en el periodo de desarrollo y esta asociado con deficiencias en la conducta adaptativa (1977).

Esta definición ha tenido una amplia aceptación, sin embargo no es aceptada universalmente. La definición se ha revisado frecuentemente sobre todo en las dos décadas pasadas (Grossman 1973, 1977, Herber 1959, 1961).

Los términos principales en esta definición son:

-Funcionamiento intelectual general: Se refiere a los resultados obtenidos en la administración individual de una prueba de inteligencia.

-Subpromedio significativo: El puntaje es mas de dos desviaciones estandar por debajo de la media de una prueba individual de inteligencia.

-Conducta adaptativa: Es la efectividad con la cual un individuo logra la independencia personal estandar y las responsabilidades esperadas de acuerdo a su edad y grupo cultural.

-Periodo de desarrollo: Es el periodo entre el nacimiento y el décimo año del niño. (Grossman, 1977).

Al revisar estos puntos de vista se observa que hacen referencia al concepto de retardo mental, el cual actualmente sigue vigente en el caso de los médicos; sin que con ello se aclare que es lo que esta pasando en el individuo.

Aunado a lo anterior se puede mencionar que estos planteamientos trabajan bajo constructos hipotéticos como " mente ", " inteligencia ", " cerebro ", " memoria ", etc., para la explicación del retardo, además de que se presentan incompletas, debido a que no retoman la importancia que tiene el desarrollo psicológico ni explican los factores que actúan en el mismo; de igual forma no toman en cuenta el medio ambiente del individuo que es de suma importancia por los porcentajes de sujetos que no tienen problema biológico determinado, y que por consiguiente los problemas de retardo son debidos a las interacciones con su medio.

Autores como Bijou (1975) y Ribes (1976) mencionan que el desarrollo psicológico debe ser entendido como la adquisición sucesiva de nuevos repertorios conductuales o formas de conducta cada vez más complejas cualitativa y cuantitativamente, por parte del individuo, en función de factores orgánicos, físicos y sociales. A partir de esto Bijou sugiere el concepto de retardo en el desarrollo para sustituir al de retardo mental de la psicología tradicional, y para explicar las deficiencias de la conducta infantil. Así mismo también plantea que el retardo debe conceptualizarse como un problema funcional.

Kantor (1959, en Bijou y Baer 1979) plantea que un individuo retardado es aquel que tiene un repertorio conductual limitado el cual se deriva de interacciones del individuo con sus contactos con el medio, lo que constituye su historia.

Para Bijou (1975) el retardo está considerado como una desviación en el desarrollo psicológico y las diferencias entre el desarrollo normal y el retardado radican en la naturaleza de las condiciones y las interacciones del desarrollo pasado y presente. El desarrollo normal, cambios progresivos en las interacciones entre el individuo y el medio, se da a través de la acción de condiciones biológicas, sociales y físicas que se desvían de lo normal en grados extremos; mientras más extremas sean las desviaciones, más retardado será el desarrollo.

Ribes (1975) define el retardo como una desaceleración del desarrollo de un individuo comparado con la norma del grupo al que pertenece. El grado de retardo nos indica únicamente la diferencia en desarrollo y probablemente la generalidad de los comportamientos afectados. Comúnmente en el caso de individuos con retardo marcado es evidente la existencia de una lesión o disfunción biológica, aun cuando no exista una relación causal directa en las esferas conductuales afectadas.

Para Galindo (1981) el retardado se define recurriendo a la conducta, apelando a relaciones entre eventos observables y definiendo funcionalmente relaciones.

La conducta del retardado como cualquier otra conducta es función de su historia genética y adaptativa y se caracteriza por ser inadecuada desde el punto de vista adaptativo.

Para el concepto de retardo en el desarrollo se considera que la llamada "conducta desviada" obedece a las mismas leyes que la conducta normal o el desarrollo normal, por lo que la diferencia entre una y otra esta en función de que la primera se aparta de la que ha sido establecida por un grupo social dado (Galindo , 1981).

Al presentarse una deficiencia en el equipo orgánico del individuo, la relación con el ambiente físico y social se ve radicalmente alterada y esta alteración provocara una desviación en el desarrollo. Mientras mayores sean las deficiencias orgánicas, mayor será la desviación. Se consideran deficiencias orgánicas a las lesiones y disfunciones, enfermedades, desnutrición y secuelas entre otras, así también cuando un sujeto vive en contacto con condiciones físicas y sociales indeseables como miseria y marginalidad. Se presentara la desviación en el desarrollo.

Conforme transcurre el tiempo y se realizan investigaciones en el área de retardo, han sido usados diversos sistemas para clasificar a los niños retardados; al realizar las mismas se debe pensar en la utilidad que tengan como señalan Blackhurst y Berdini (1981): "La clasificación debe permitir el desarrollo de un programa educacional que cubra las necesidades del niño".

Gelof (1963, Cit: En Blackurst 1981) reportó que en los países de habla inglesa estaban siendo utilizados 23 sistemas de clasificación.

Por tanto la definición y la clasificación son importantes ya que los retardados forman parte de grupos heterogéneos; y el colocarlos de acuerdo a características comunes, favorece la comunicación entre profesionales, guía el tratamiento adecuado y los programas educacionales apropiados.

Blackhurst y Berdini (1981) mencionan que han existido tres sistemas de clasificación de acuerdo a: a) La etiología, b) El tipo clínico y c) La severidad de los síntomas; así también señalan que anteriormente dentro de los sistemas de clasificación se hacia referencia a retardo leve, moderado, severo; profundo-absoluto, relativo, los cuales fueron usados para categorías diagnósticas.

El retardo mental puede clasificarse según el C.I., las características del desarrollo, el potencial para la educación o la educación social y vocacional.

No existe un método valido para medir la adaptabilidad social, pero es una indicación mas confiable del desenlace eventual del niño como adulto que su C.I. (Salomón, P. y Patch V. 1972).

Ribes (1975) clasifica al retardado en dos grandes grupos, retardo generalizado y retardo específico; en el primer grupo tendríamos a las formas de conducta de naturaleza diversa en forma general y cualitativamente compleja; aquí se ubicarían los casos comúnmente llamados de " Retardo profundo ", para el segundo grupo son los casos en donde sólo se detecta una o algunas áreas del desarrollo del individuo que esta afectada. Por ejemplo conducta verbal, conducta académica, conductas motoras etc. (Galindo, 1981).

Para un criterio funcional el retardo se clasificaría de acuerdo a los repertorios conductuales afectados, ya sea en forma de excesos o de un inadecuado control de estímulos por su carencia o deficiencia. Las cuestiones de educabilidad, entrenabilidad o custodiabilidad, profundidad o superficialidad serán consecuencia de la amplitud y el tipo de repertorios afectados por la condición de retardo, así como de la responsabilidad de arreglar las condiciones ambientales para su rehabilitación (Ribes, 1975).

Por otra parte es importante distinguir entre estas clasificaciones a los individuos que de acuerdo a Blackhurst y Berdini (1981); presentan características físicas, mentales, conductuales o sensoriales diferentes a los de la mayoría y que requieren de educación especial para desarrollar sus capacidades.

Estos niños son considerados excepcionales, los cuales incluyen a los problemas de comunicación (lenguaje), audición (sordera), daños visuales (ceguera), inhabilidad o incapacidad física, problemas de aprendizaje, desórdenes conductuales, impedimentos múltiples, alta inteligencia y talentos únicos.

A manera de resumen se puede señalar que los planteamientos presentados aquí conciben la conducta retardada en función de condiciones biológicas, físicas y sociales consideradas como variables independientes, (Aún cuando tradicionalmente la conducta retardada tenga como causas variables hipotéticas o biológicas que a su vez, son determinadas por la herencia), pero capaz de ser modificadas, dentro de ciertos límites, por eventos ambientales físicos y sociales (Bijou y Baer, 1979). Y que el término de retardo debe considerarse únicamente como un concepto descriptivo más no explicativo (Ribes, 1975).

Por lo que es evidente que el concepto de retardo en el desarrollo tiene importantes implicaciones para el diagnóstico y el tratamiento del retardo (Galindo, 1981).

ETIOLOGÍA .

El problema del retardo debe considerarse multicausal ya que inciden en él factores de tipo biológico, conductual y social .

Estos factores se clasifican en pre-natales, peri-natales y post-natales, de acuerdo al momento en que hayan afectado al sujeto.

A continuación se mencionaran cuales son y en que consisten cada uno de ellos:

Factores pre-natales:

Dentro de estos factores se encuentran las infecciones que ocupan el primer lugar en frecuencia como grupo capaces de producir daño neurológico en la etapa prenatal. En el primer trimestre del embarazo pueden producir lesiones más generalizadas y severas , ya que es la etapa de la organogénesis (etapa en que los diversos órganos y sistemas están en formación).

Los recién nacidos que han adquirido una infección in útero presentan una serie de manifestaciones clínicas comunes como; hepatomegalía (crecimiento del hígado), esplenomegalía (crecimiento del bazo), ictericia (coloración amarilla de la piel y mucosas), alteraciones neurológicas, manifestadas por reflejos anormales, mala respuesta a estímulos externos, convulsiones, hipoactividad, rechazo a los alimentos, alteraciones en el peso, hipotermia, etc.

La sífilis como enfermedad en la mujer embarazada provoca una variedad de cambios neuropatológicos en su prole; para lo cual existe tratamiento efectivo si se detecta oportunamente y se recibe el tratamiento antes de la semana 18 de gestación.

La toxoplasmosis es una de las parasitosis más difundida en el mundo, producida por la presencia del parásito " *Toxoplasma Gondii* "; la mujer embarazada al desarrollar parasitemia (paso de los parásitos al torrente sanguíneo) tiene afectaciones en la placenta y después en el producto. Si se detecta en el embarazo o al nacer el niño y se le brinda oportunamente tratamiento, es posible limitar daños mayores pero no así la eliminación de las lesiones ya establecidas.

En el síndrome de Torch se incluyen las infecciones de tipo viral como rubéola, hepatitis, herpes; hasta la fecha no existen tratamientos específicos, de todas ellas la más estudiada ha sido la rubéola que ha sustituido a la sífilis como la de mayor causa en malformaciones congénitas y retardo mental. Los niños de las

madres afectadas pueden presentar anomalías, incluyendo enfermedad cardíaca congénita, cataratas, sordera, microcefalia y otras .

Así también, el momento en el cual ocurre la rubéola durante el embarazo es crucial ya que la extensión y frecuencia de las complicaciones están en proporción inversa a la duración tenida del embarazo en el momento de la infección materna. Cuando las madres son infectadas en el primer trimestre del embarazo del 10% al 15% de los niños podrían ser afectados y la incidencia crece a un 50% cuando la infección ocurre en el primer mes de embarazo.

Como prevención de esto se sugiere vacunar a las mujeres en edad productiva que no hayan padecido previamente la enfermedad y por tanto estén expuestas a contraerla.

En cuanto al uso de fármacos, estos también pueden afectar el producto. El uso de talidomida da origen a niños anormales. Existen algunos otros que son probadamente dañinos, como son los agentes quimioterápicos contra el cáncer, hormonas (tanto femeninas como masculinas), corticoesteroides, sedantes, antibióticos (tetraciclinas), vitamina D, algunos derivados de sulfas, cloranfenicol, morfina, estreptomina, barbitúricos y otros como el L.S.D.; todos los cuales pueden producir cambios metabólicos con secuelas de daño anatómico y funcional.

El tabaquismo y alcoholismo pueden también influir negativamente en el producto, produciendo bajo peso al nacimiento, repercusiones en el sistema nervioso central, lo cual puede generar la posibilidad de daño y producción posterior de retardo que frecuentemente ira asociado a malformaciones o anomalías en otros sistemas.

La alimentación de la madre es otro factor importante que afecta al producto cuando existe una deficiente alimentación con carencias graves en especial de vitaminas y minerales.

En las alteraciones endócrinas, la alteración más común es el " hipotiroidismo " en donde no existe producción adecuada de hormonas tiroideas que garanticen el crecimiento y desarrollo normal del niño. El hipotiroidismo congénito (cretinismo) es causado por la ausencia de la glándula tiroidea o por localizaciones anormales de la misma, con tejido funcionalmente inadecuado; los síntomas se manifiestan a la edad de 3 a 4 meses por la presencia de somnolencia frecuente, hipoactividad motora, piel seca, constipación, dificultad en la alimentación, hernia umbilical, si se establece el tratamiento temprano, el paciente evoluciona normalmente, en tanto que si pasa un tiempo mayor se establece daño cerebral irreversible.

En los desórdenes metabólicos se incluyen las alteraciones metabólicas de lípidos, carbohidratos, proteínas y deficiencias en la nutrición, algunas provocan degeneraciones cerebromaculares progresivas y malformaciones corporales, estas pueden ser: la fenilcetonuria, hipoglucemia, enfermedad de Gaucher.

Los desórdenes cromosómicos generan un tipo de retardo. En el ser humano existen dos tipos de cromosomas: los sexuales X y Y determinantes del sexo femenino y masculino respectivamente y los autosomas.

La formula cromosómica normal es 46XX para la mujer (44 autosomas y 2 cromosomas sexuales X) Y 46XY para el hombre (44 autosomas , 1 cromosoma X y 1Y). Cuando ocurre la fecundación y en el momento en que se inician las divisiones celulares en el huevo, existe la posibilidad de que se presente alguna alteración en el número o morfología de los cromosomas sexuales o en los autosomas dando origen por ejemplo en los cromosomas sexuales a síndromes de Turner y Klinefelter y en autosomas a síndromes de Down y Cri Du Chat.

Existen algunos factores que predisponen la ocurrencia de estos desórdenes; entre ellos la edad avanzada de los padres al momento de la concepción y la exposición a rayos X.

Con respecto a las malformaciones congénitas que pueden originarse desde el inicio y durante la gestación están: la anancefalia, hidrocefalia, microcefalia y macrocefalia.

De la anancefalia su causa es desconocida y es de las más comunes malformaciones congénitas del cerebro. El feto anancefálico muere después del parto, en ellos se observa la ausencia de bóveda craneana y la mayoría del S.N.C. o a lo menos la ausencia de ambos hemisferios cerebrales.

La hidrocefalia, también es de causa desconocida y se caracteriza por la ausencia de la corteza cerebral con las meninges y el cráneo intacto, este último relleno de un fluido claro. El niño puede vivir pocas semanas y al principio parece un nacimiento normal, después desarrolla espasticidad, convulsiones y rigidez de las extremidades y la cabeza se dilata rápidamente.

En la microcefalia se incluye una variedad de desórdenes cuyo principal distintivo clínico es una cabeza pequeña y retardo mental, la causa puede ir desde radiación durante el embarazo, rubéola materna toxoplasmosis, diabetes materna, entre otras; también existen factores peri y post-natales que provocan la microcefalia como la anemia fetal episodios de detención cardiaca, o accesos no controlados; el cerebro en todos los casos de microcefalia es muy pequeño y presenta un mal desarrollo generalizado de circunvoluciones cerebrales y desorganización de la

estructura cortical de grados variables, algunos casos muestran calcificaciones intracraneales y atrofia cortical.

En la microcefalia el tamaño del cerebro es debido principalmente a la proliferación de tejido Glial en la materia blanca de los hemisferios; los distintivos clínicos incluyen epilepsia, problemas en la visión y retardo.

La hidrocefalia ocurre por un incremento en el fluido cerebroespinal, dando como resultado un alargamiento de la cabeza o los ventrículos. La anomalía rara vez es detectada al nacimiento, la cabeza se alarga en todas direcciones, los síntomas de presión intracraneal incrementan, tales como el vómito, rigidez, decaimiento rápido. La hidrocefalia progresiva conduce a la dilatación de los ventrículos laterales atrofia cortical y muchos síntomas neurológicos severos; esta frecuentemente termina en deterioro físico y mental completo.

Factores peri-natales:

La patología peri-natal, junto con las infecciones constituyen los principales productores de daño cerebral.

Dentro de estos factores se encuentra el traumatismo obstétrico que puede ser ocasionado por maniobras obstétricas (para acomodar el producto antes y durante el parto); la aplicación inadecuada de fórceps, la producción de fracturas de cráneo y hemorragias del S.N.C. ;Se incluyen también el uso de anestésicos en la madre, los que al pasar al producto pueden producir depresión de centro respiratorio y posibilidad de alteraciones con hipoxia (déficit de oxigenación, que puede producir daño cerebral).

Los cambios neuropatológicos después de las lesiones durante el nacimiento son variados y pueden encontrarse en la corteza, el cerebro y los ganglios basales, la secuela, más común incluye destrucción del tejido cortical con esclerosis gliosis de la materia blanca y calcificación.

Por otra parte el sufrimiento fetal puede traer complicaciones; entre las causas que provocan el sufrimiento fetal se encuentra la desproporción entre el tamaño de la pelvis materna y la cabeza del niño; la presencia del cordón corto que evita el descenso normal, o cordón enrollado en el cuello que al apretarse por el descenso progresivo del niño puede ahorcarlo o cuando menos dificultar seriamente la circulación sanguínea, impidiendo una oxigenación adecuada al sistema nervioso, el mismo efecto se produce si ocurre el desprendimiento de la placenta prematuramente (antes que el niño haya sido expulsado totalmente). Estos mecanismos habitualmente producen daño debido a hipoxia neonatal.

Las infecciones en este periodo pueden ser adquiridas al momento del nacimiento (cuando la madre es portadora de una infección a nivel del canal de parto) y otras veces durante la estancia en la clínica por las fallas del manejo profesional.

Otro factor peri-natal es la incompatibilidad sanguínea (isoinmunización materno-fetal por factor RH). Cuando una mujer RH negativa se embaraza, si su hijo es RH negativo sus sangres son similares y por tanto no existe ningún problema, si su padre es RH positivo, trasmite a su hijo esta característica; si la madre es RH negativo y el hijo RH positivo, se produce la siguiente situación: la madre produce anticuerpos contra el factor RH del niño que al pasar a su organismo, producen la destrucción de los glóbulos rojos de su sangre; esta destrucción provoca que se acumule una sustancia llamada bilirrubina indirecta, que es la responsable de producir la ictericia , y según la severidad de la reacción habrá mayor o menor cantidad de bilirrubina en la sangre del niño, lo que condiciona la posibilidad de producir daño al S.N.C..

El tratamiento básico consiste en exanguinar al niño, retirando parte de su sangre y transfundiéndole otra, lo que permite retirar de su organismo anticuerpos que le están dañando y el exceso de bilirrubina que pone en peligro su vida y su integridad neurológica.

Otro de los factores que pueden alterar al infante, es el retardo de crecimiento intrauterino, ya que se estima que cerca de un tercio de todos los niños, con bajo peso al nacer, nacidos a término, sufrieron retardo de crecimiento intrauterino. Los problemas asociados con esta condición incluyen anomalías congénitas, depresión del S.N.C., hemorragia pulmonar e hipoglicemia transitoria. Existe un riesgo considerable de muerte temprana o lesión cerebral.

Por último la prematuridad por si misma no es causa de retardo pero si un factor favorecedor de condiciones como hipoglicemia, hipoxia, hemorragia pulmonar o cerebral y facilita las infecciones por la inmadurez inmunológica que es habitual en el prematuro, en ocasiones es la mayor causa de los desórdenes del S.N.C. que están frecuentemente asociados con retardo.

La prematuridad puede tener como resultado una deficiencia intelectual, deterioros sensores y motores, desórdenes convulsivos, dificultades en el aprendizaje y emocionales. Sólo una minoría de niños con peso menor a los 1,500 kgrs. escapan de estas secuelas.

Factores post-natales:

En esta etapa las infecciones siguen siendo las más frecuentes causas de daño al S.N.C..

Las infecciones del aparato respiratorio y digestivo afectan principalmente a niños menores de cuatro años. Las enfermedades de gastroenteritis aguda (diarrea, vómito, fiebre) o la neumonía no tienen una relación directa con daño al S.N.C., pero al complicarse si producen este daño.

Otro padecimiento infeccioso que si produce daño directo al S.N.C. es la meningo-encefalitis, que puede ser causada por agentes como el bacilo tuberculoso; purulentas (causadas por diversas bacteria, como Escherichia Loli, Hemopailos influenzae, Salmonelas, klebsiellas, neumococo, estreptococo,meningococo, etc); vírales (por virus de la polio, de las paperas, etc) y hongos. Este padecimiento provoca una reacción inflamatoria del cerebro y sus envolturas meningeas, con producción de exudados lo cual provoca daño directo al encéfalo. Esto es más frecuente en el niño menor de un mes de edad y por tanto más severas las secuelas que deja.

El sarampión, las paperas, la varicela, en niños desnutridos con otras patologías de fondo y carentes de atención familiar y médica adecuada pueden complicarse con encefalitis. La aplicación de vacunas, especialmente las que son elaboradas con virus vivos atenuados tienen también la posibilidad de producir reacciones encefalíticas, especialmente en niños que presentan deficiencias inmunológicas.

Por otra parte los envenenamientos por intoxicación de plomo, magnesio y otros metales en niños menores de dos años, son capaces de producir cuadros de encefalitis.

En cuanto a los parásitos como la tiniasis (solitaria) puede complicarse; por cisticercosis cerebral (los cisticercos son las formas quísticas de estos parásitos); cuando un cisticercos se ubica en el cerebro sus efectos son desastrosos. Estos parásitos son endémicos y constituyen un grave problema de salud pública .

En la etapa post-natal los traumatismos por lesiones en la cabeza provocadas por accidentes o caídas pueden provocar daño en el cerebro.

Algunos otros padecimientos o factores causales del retardo son la meningoencefalitis aséptica; espasmos infantiles; parálisis cerebral, mal nutrición, en la cual las deficiencias calóricas y proteicas en el niño a edad temprana afectan su crecimiento y pueden provocar cambios mentales irreversibles.

EVALUACIÓN DIAGNOSTICA DEL RETARDO EN EL DESARROLLO .

Existe una herencia medica en la Psicología en cuanto a la conceptualización del diagnóstico; el cual hace referencia a la identificación de un conjunto de signos y síntomas patológicos, su origen , evolución y curso. Con respecto al diagnóstico en general y los casos de la educación especial y rehabilitación en particular, es notoria la influencia del modelo médico.

Sin embargo, para la Psicología la conducta no es un síntoma y las anormalidades conductuales no son una enfermedad (Ullman y Krasner 1975) por ello la conexión entre diagnóstico y rehabilitación o habilitación debe ser estrecha, si no el primero pierde significación cuando no se encuentra vinculado con la segunda, ya que disminuye su valor al no proporcionar una guía eficaz para la rehabilitación. El diagnóstico pretende evaluar y analizar el grado de complejidad y la naturaleza tanto de las conductas de un sujeto con retardo en el desarrollo, como de los estímulos a los que responde.

El diagnóstico conductual más que un medio para clasificar, es una medida de la ejecución de una persona, en un momento dado, medida con la cual pueden compararse los cambios producidos por los procedimientos rehabilitativos o terapéuticos.

Kanfer y Saslow (1965) mencionan tres preguntas que el diagnóstico debe intentar responder; 1) ¿ Cual patrón conductual específico requiere de cambios, ya sea en su frecuencia de ocurrencia, en su intensidad, en su duración o en las condiciones bajo las cuales ocurre ?; 2) ¿ Bajo cuales condiciones fue adquirido ese patrón y cuales factores lo mantienen actualmente ?; 3) ¿Cuáles son los mejores medios prácticos para producir los cambios deseados en este individuo?.

Por todo esto no puede concebirse un diagnóstico sin saber para que se hace ó sin que se tenga la intención de lograr un cambio.

En el análisis conductual aplicado el diagnóstico se efectúa en términos estrictamente funcionales, independientemente de la causa o causas orgánicas y ambientales del retardo.

Para el diagnóstico funcional es necesario efectuar un análisis de repertorios que posee el sujeto, averiguar cuales son los factores ambientales que lo controlan, saber ante cuales reforzadores responde y lo mas importante, señalar cuales son las que habrán de ser establecidas.

La primera parte del diagnóstico funcional, es determinar la conducta actual del sujeto, la cual se denomina " repertorio de entrada ". Conociendo las conductas de que dispone el sujeto, se pueden planear programas de rehabilitación o programas prostéticos, que busquen suplir cada una de las deficiencias del sujeto, sus carencias conductuales.

En segundo lugar, se investiga a que se debe la existencia del déficit después de dar por supuesto la existencia de alguna forma de daño biológico permanente, es necesario señalar las posibles causas ambientales.

Como tercera instancia puede ser que el sujeto posea conductas que lo alejan de las formas positivas de estimulación social, privándolo así de los reforzamientos necesarios.

Independientemente de cualquiera que sea el caso, un diagnóstico funcional requiere que se establezcan las determinantes que actúan en el momento en que se inicia el tratamiento.

En este diagnóstico funcional se prescinde de asignar rótulos, pues no interesa darle un nombre al problema sino determinar sus causas funcionales.

Así pues la información para la toma de decisiones de diagnóstico se derivan de la evaluación de la ejecución que realiza el niño antes, durante, y al final del tratamiento.

Evaluación diagnóstica antes del tratamiento:

El diagnóstico conductual es la evaluación inicial, previa a toda intervención, que nos proporciona la información indispensable para una programación adecuada del tratamiento a seguir. Esta evaluación inicial tiene por objetivo reunir toda la información acerca del individuo, por medio de entrevista a los padres, maestros, amigos, etc. Observaciones directas con el fin de determinar las conductas del sujeto, las que no posee o tiene en exceso; las condiciones ambientales relacionadas; así como el estado físico de salud del sujeto, sus posibilidades económicas, sus condiciones de vivienda etc. y otros datos para derivar de todo esto un procedimiento de intervención preciso.

Evaluación durante el tratamiento:

Durante el tratamiento se aplican evaluaciones diagnósticas parciales que indican la eficacia de los procedimientos seguidos , y a la par brindan los elementos necesarios para poder hacer cambios " sobre la marcha " en los programas. El objetivo de estas evaluaciones es detectar los cambios que sufre la conducta durante el tratamiento, además de proporcionar información respecto a la idoneidad de las variables empleadas.

Evaluación después del tratamiento:

Los datos evaluativos al final del tratamiento describen lo que el niño es capaz de hacer como resultado del programa educacional. En esta el objetivo primordial es determinar si los resultados logrados son permanentes.

En resumen tenemos que la diagnosis desde el punto de vista del análisis conductual, no consiste en colocar a un niño en una categoría de diagnóstico, ni hacer predicciones, ni especular acerca de las interacciones, sino que se orienta a determinar las condiciones que pueden desarrollar conductas nuevas y modificar la conducta problema, además de averiguar los repertorios pertinentes en términos objetivos conductuales y especificar la clase de programación educacional que puede corregir el problema.

TRATAMIENTO

El tratamiento conductual del retardo en el desarrollo presupone la manipulación de una serie de procedimientos que tiendan a diseñar el ambiente general e individual del sujeto, de modo tal que facilite y promueva la adquisición de conductas que sean necesarias para remediar el problema total o parcialmente (Ribes 1972).

El tratamiento conductual abarca tres aspectos fundamentales:

1) La creación de nuevas conductas; 2) El aumento de frecuencias en conductas ya existentes, y 3) La supresión de conductas objetables.

La manipulación básica opera a través de los estímulos discriminativos y reforzadores, así como de otros estímulos con propiedades aversivas.

El punto fundamental del tratamiento es otorgar cierto grado de probabilidad a conductas ya especificadas por el diagnóstico funcional.

El tratamiento conductual comprende dos etapas bien definidas:

- 1) El tratamiento conductual individual bajo condiciones controladas y
- 2) La intervención sobre el ambiente del sujeto, dirigido a obtener condiciones óptimas para el mantenimiento de la conducta ya adquirida bajo tratamiento individual.

En la primera etapa, el tratamiento se individualiza en términos de las especificaciones particulares del sujeto. Se diseña un ambiente especial (protético), que facilite todo tipo de manipulaciones y procedimientos tendientes a incrementar el repertorio de conductas. Este ambiente protético además del uso de reforzadores y estímulos bajo control directo de quien administra el tratamiento, incluye la programación completa, cuando esto es posible, de todas aquellas conductas necesarias para el proceso de rehabilitación. El tratamiento individual concluye cuando la propia conducta del sujeto muestra que los criterios prefijados se han alcanzado, o bien, si las técnicas de que se disponen han logrado todo el desarrollo posible de sus potencialidades conductuales.

Posteriormente se pasa a la segunda etapa del tratamiento: la intervención directa sobre el medio al que será trasladado el sujeto ya sea ambiente institucional o familiar natural.

El medio está definido en términos de las personas con las que el sujeto tiene contacto y de las tareas que tiene que realizar. Las tareas se programan de acuerdo con las posibilidades del repertorio conductual del sujeto y deben impartirse instrucciones o entrenamientos a las personas que de una manera u otra pueden afectar con su conducta, la conducta del sujeto. Aquí es indispensable que se prevean normas de reforzamiento y un manejo de contingencias que guarden adecuación con las conductas que el sujeto debe mostrar y con las condiciones en que debe hacerlo; si el tratamiento se dejará trunco en su primera mitad, la falta de contingencias apropiadas en el medio dentro del cual se va a mover por largo tiempo el sujeto, puede causar que el repertorio adquirido disminuya en frecuencia o se suprima por completo, así, si no se consigue programar adecuadamente el ambiente serán muy reducidos los efectos que puedan lograrse, pues son las contingencias ambientales, en última instancia las que determinan el nivel funcional de un repertorio conductual.

CONCLUSIONES

Los tópicos tratados en este capítulo, nos permiten tener una visión integral del problema del retardo en el desarrollo.

Este ha sido conceptualizado desde diferentes enfoques, en cuanto a su definición, clasificación, etiología, diagnóstico y tratamiento.

A lo largo de este trabajo se retomará la conceptualización propuesta del análisis conductual, ya que plantea una alternativa más viable y objetiva para su abordaje y que va más allá de una definición y clasificación en tanto que propone un diagnóstico y tratamiento específico sin ambigüedades, como ocurría anteriormente; y al margen de los factores etiológicos que lo determinan.

Así, de esta manera nos referiremos a retardo en el desarrollo en lugar de retardo mental. Concibiéndolo como un problema funcional y multicausal en el que inciden factores biológicos, conductuales y sociales y se define al retardo como una desaceleración del desarrollo de un individuo comparado con la norma del grupo al que pertenece; clasificándolo en retardo generalizado y específico de acuerdo al número de áreas del desarrollo que están afectadas.

En cuanto a la etiología es importante tomar en cuenta que las infecciones en los tres periodos, pre, peri y postnatales juegan un papel preponderante como factor causal del retardo. Y que si bien algunos otros factores como la anencefalia, hidrocefalia de origen desconocido, no son factores causales directos del retardo, pero si situaciones que impiden un desarrollo psicológico normal.

En relación al diagnóstico este es de tipo funcional y en el cual se realiza: un análisis de los repertorios que posee el sujeto; se indaga acerca de los factores ambientales que lo controlan; el conocimiento en cuanto a los reforzadores a los cuales responde y lo esencial; el señalamiento de las conductas que habrán de ser establecidas.

El tratamiento de tipo conductual que se lleva a cabo con los individuos consiste en el manejo de ciertos procedimientos que se abocan al diseño del ambiente general e individual de la persona, con la finalidad de lograr la adquisición de las conductas que son necesarias para solucionar el problema total o parcialmente (Ribes 1972).

Por último es importante considerar que el conocimiento y manejo de los aspectos mencionados anteriormente, posibilitan incidir de una manera más óptima

en las tareas de prevención del retardo; las cuales se explicitaran más detalladamente en el capítulo correspondiente.

CAPITULO II

EPIDEMIOLOGIA Y PREVENCIÓN DEL RETARDO EN EL DESARROLLO

El desarrollo de la epidemiología, como el de la mayoría de las otras ciencias ha ido del estudio de lo exótico y lo desacostumbrado a la búsqueda de principios generales: así la epidemiología ya no está restringida sólo al estudio de los brotes sorpresivos de enfermedades.

Si bien en un sentido esta ciencia es casi tan antigua como la medicina misma, en otro sentido es una disciplina nueva, ya que sólo en los últimos y recientes decenios, la epidemiología ha sido reconocida como una disciplina con nombre propio.

Sin embargo, en nuestro medio aún se carece de una aplicación vigorosa en la docencia, investigación y en los servicios de salud.

Por lo que el objetivo del capítulo va en dos sentidos: 1) Hacer una breve descripción de la epidemiología, su definición, conceptos básicos, usos y métodos que utiliza y 2) Relacionar el problema del retardo con una tarea básica de la epidemiología que es la prevención.

EVOLUCIÓN DE LA EPIDEMIOLOGÍA

La epidemiología ha desarrollado al presente, un nivel de conocimientos del mundo físico que se ha incrementado al paso del tiempo. Algunas aportaciones trascendentes al estudio de las enfermedades y sus causas fueron realizadas por Hipócrates (400 A.C.), quién fué el primero en explicar la ocurrencia de la enfermedad de una forma racional en vez de una visión sobrenatural y asoció las enfermedades con factores ambientales.

Frascastoro, en el siglo XVI, fué un italiano que sospechó que pequeños agentes infecciosos causaban la enfermedad. Él también reconoció tres modos de transmisión: persona a persona; a distancia como el aire; y por medio de objetos tales como los artículos personales.

Jenner, quien experimentó con individuos inoculándoles con material contaminado en 1798, llevando la aceptación general de la vacuna contra la viruela como un método factible de inmunización masiva.

Panum (1846) reconoció las diferencias en la frecuencia y distribución del sarampión en una población isleña semi-inmunizada y no inmunizada, el trabajo de Panum contribuyó a dar énfasis a la importancia de los estudios epidemiológicos de campo.

Estos hombres trabajaron sin el conocimiento de la existencia de microorganismos. Usando un sentido común y lógico, ellos reconocieron la importancia de la interrelación entre huésped y el medio ambiente, que se sustenta en la ocurrencia de la enfermedad.

John Snow a mediados de 1800, realizó estudios epidemiológicos, que no sólo descubrieron la causa de la enfermedad sino que previnieron esta ocurrencia. Su primer estudio fué en 1848 cuando una epidemia de cólera se desarrolló en el Golden Square de Londres. Este gran investigador Londinense fue quien entregó a la ciencia la versión más acabada y uno de los productos más clásicos del método llamado Epidemiológico.

DEFINICION

La epidemiología es el estudio de la ocurrencia de una enfermedad en una población humana. El término es derivado de la palabra griega epi, que significa en o sobre; demos que significa gente y logos tratado o estudio.

En su acepción etimológica, la epidemiología es la ciencia o doctrina de las epidemias. (Frost citado en Jacob H. Landes 1962).

A continuación mencionaremos algunas definiciones que se han dado sobre epidemiología.

Ciencia dedicada al estudio de los fenómenos que la enfermedad provoca en una gran masa de la población, tanto en sus formas usuales como en su carácter epidémico.

La epidemiología es la rama de la ciencia médica que estudia las relaciones entre los diversos factores y condiciones que determinan la frecuencia y distribución de un proceso infeccioso, enfermedad o estado fisiológico en una comunidad humana. (Maxcy citado en Jacob H. Landes 1962).

Como una ecología médica relativa a la salud y a la enfermedad en lo que conciernen a los grupos y a las comunidades humanas (Jacob H. Landes 1962).

Es el estudio de la ocurrencia de la enfermedad en las poblaciones humanas. (Friedman G. D. 1975).

Es el estudio de la distribución de la enfermedad y de los determinantes de su prevalencia en el hombre. (Mac Mahon B. 1976).

Es la ciencia básica de la salud pública que se ocupa de estudiar la presentación y distribución de la enfermedad en la comunidad, así como del examen de los determinantes de su prevalencia en las poblaciones humanas. (Gonzalez C. A. 1980).

La epidemiología estudia los patrones de distribución de las enfermedades en las poblaciones humanas, así como los factores que influyen sobre dichos patrones. (Lienfel A.M. 1981).

La epidemiología es el estudio de las distribuciones y determinantes de los estados de salud en poblaciones humanas. (Mervyn S. 1991). El determinante puede ser cualquier factor, sea un suceso, característica, u otra entidad definible, en tanto produzca una mejoría o empeoramiento en el estado de salud.

La epidemiología es el estudio de la frecuencia y distribución de los fenómenos que afectan a la población y las condiciones que hacen que se presenten. (Verduzco G. citado en Alvarez A. R. 1991). Al referirse a los " fenómenos " se significa que éstos no son solamente enfermedades que dañan la salud, sino que repercuten sobre lo psicológico y lo social; al decir " que afectan a la población " no se implica que necesariamente involucren a todos los individuos de la comunidad; del mismo modo al hablar de " las condiciones que hacen que presenten " se afirma que éstas pueden ser biológicas, físicas, sociales, ambientales, u la combinación de varias de ellas o todas.

Es importante señalar que esta última definición es la que retomaremos en el presente trabajo en tanto que no solamente se refiere a " las enfermedades " sino que posibilita abordar otros trastornos como pueden ser los psicológicos.

ALGUNOS CONCEPTOS BASICOS

En la ciencia epidemiológica se maneja una gran variedad de conceptos, sin embargo por las características de este trabajo solo mencionaremos algunos de ellos.

Caso.- Una persona o animal enfermo o infectado con características clínicas de laboratorio y epidemiológicas específicas.

Incidencia.- Es el número de casos nuevos de una enfermedad ocurridos dentro de una población determinada durante un período específico de tiempo.

Epidemia.- Es el aumento de la incidencia de casos en un tiempo limitado y en un área geográfica determinada.

Endemia.- Condición por la cual una enfermedad se mantiene más o menos estacionaria a través de los años, con fluctuaciones, pero dentro de los límites habituales de la expectativa.

Pandemia.- Es una epidemia que alcanza grandes extensiones geográficas en forma casi simultánea o con rápido desplazamiento de un continente a otro. Afecta a masas humanas y produce la impresión de que todo el mundo está enfermo (pan: todo; demos: gente).

Tasa.- Es la medida de frecuencia de la ocurrencia de un evento en una población determinada en un tiempo específico. Es decir, es un cociente formado por tres elementos:

1).- Un numerador; es el número de veces que ocurrió un determinado hecho en un período de tiempo dado y en un área determinada.

2).- Un denominador; es la población expuesta al riesgo de que le suceda el fenómeno que aparece en el numerador.

3).- Una constante por la cual se multiplica el cociente (100, 1000, 10000; para tener cifras superiores a la unidad).

Razón.- Es una medida de frecuencia de un grupo de eventos, en relación con la frecuencia de un grupo diferente de eventos. (Ibarzabal A. y Dominguez B. 1985).

METODO EPIDEMIOLOGICO

La epidemiología es una ciencia compleja por sus variadas conexiones y raigambre, al nutrirse ésta de las ciencias biológicas, matemáticas y sociales .

Por su naturaleza y propósito ha desplegado un método que constituye su porción nuclear, el cual encuadra dentro del método científico.

Para realizar un estudio epidemiológico se hace uso de su método que incluye una serie de etapas determinadas que tratan de identificar el problema, destacar su magnitud y trascendencia en la comunidad, explicar las condiciones que favorecen su presentación, y de este modo, establecer un pronóstico y señalar los sistemas de control más adecuados (prevención). Al utilizar este método se obtienen datos específicos que al seleccionarse permiten realizar comparaciones significativas, las cuales posibilitan comprender todos los aspectos del proceso patológico en momentos diferentes. (Mervyn S. 1991).

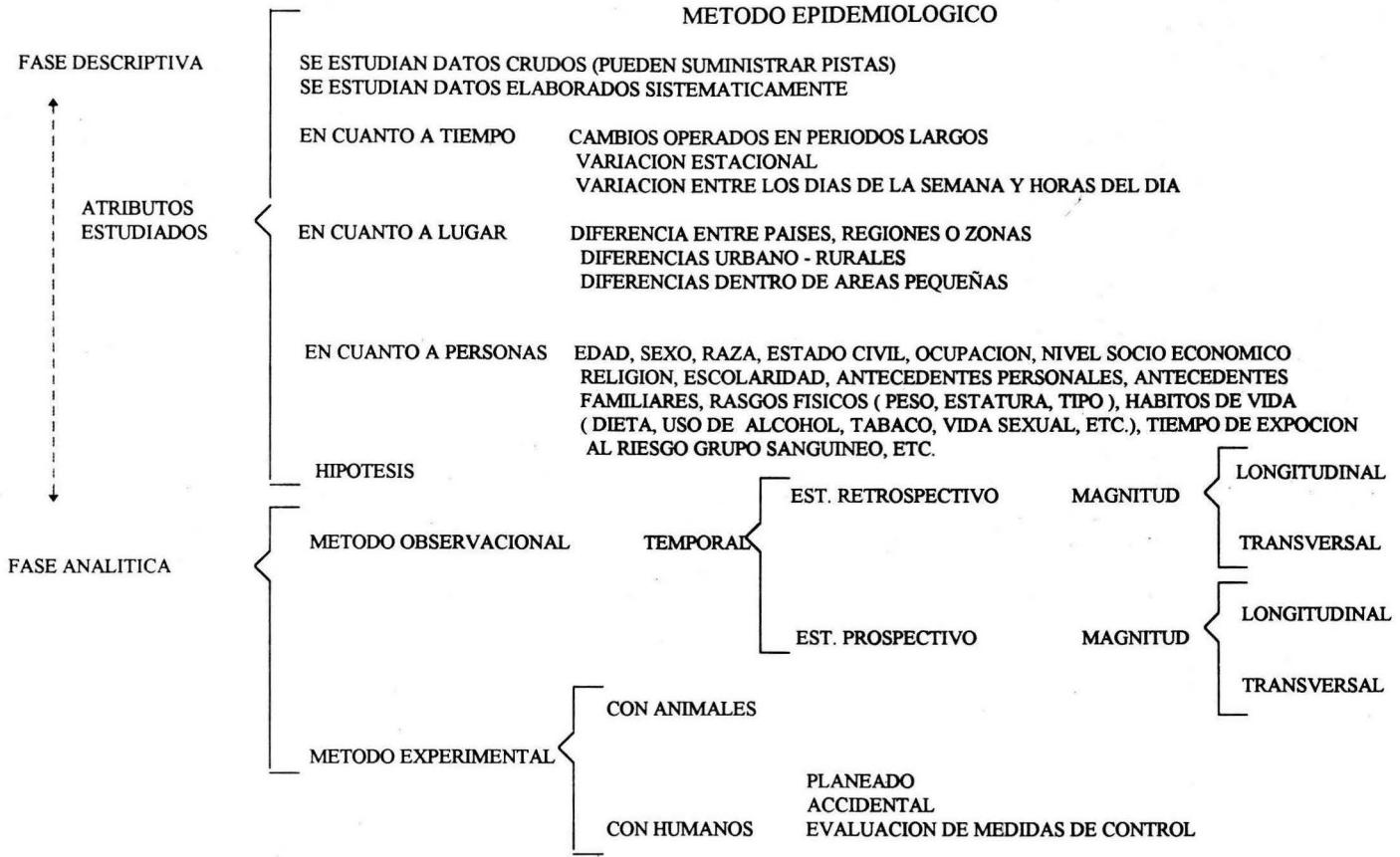
Por otra parte los estudios epidemiológicos de eventos que inciden en la vida de las comunidades, y en especial aquellos que alteran su salud, tienen como propósito analizar los patrones de distribución de acuerdo a: 1).- Al tiempo de su efecto; 2).- Al espacio geográfico en que se desarrollan y 3).- A los grupos sociales que afecta (Verduzco G. citado en Alvarez A. R. 1991) .

En cuanto al método epidemiológico, se puede mencionar que consta de dos fases: Descriptiva y Análitica; en la fase descriptiva se estudian los diferentes atributos, ya sea utilizando datos crudos o aquellos elaborados de manera sistemática. La fase analítica, íntimamente ligada a la anterior, combina armónicamente el método observacional y experimental. (Ver esquema No1)

Los estudios epidemiológicos recolectan sus datos atendiendo a dos dimensiones: Una temporal y otra de magnitud. Según la primera, las investigaciones pueden ser retrospectivas y prospectivas mientras que la segunda da lugar a estudios transversales y longitudinales (Silva R. A. 1989) .

El objetivo del estudio longitudinal es observar el comportamiento del fenómeno a través del tiempo. Mientras que para el estudio transversal es observar la manera en que se comporta el fenómeno en un punto de la observación.

En los estudios retrospectivos transversales se desea identificar el comportamiento pasado del fenómeno de interés, en un momento determinado en el tiempo.



ESQUEMA No. 1 Representacion del metodo epidemiologico.

Para los estudios prospectivos transversales se analiza el evento de interés por medio de la observación de éste, en un momento posterior a la decisión de estudiarlo.

En cuanto a los de tipo retrospectivo longitudinal, se intenta reconstruir en el presente el pasado de un fenómeno con la finalidad de identificar las variables relacionadas con la aparición de éste (investigación epidemiológica donde se requiere identificar el patrón histórico seguido por el fenómeno poblacional hasta el momento actual).

Con relación a los estudios prospectivos longitudinales, el epidemiólogo observa en una población un fenómeno durante un período especificado de tiempo posterior al inicio de la investigación con la finalidad de descubrir los factores que determinaron la variable del fenómeno. En esta clase de estudio el epidemiólogo selecciona la población con la que va a trabajar y rastrea la forma en que se comporta ésta de acuerdo a un evento determinado, durante un período de tiempo, estas investigaciones (estudios) son los de mayor uso en la ciencia epidemiológica, ya que se acercan más a los requerimientos propios del método experimental . (Silva R.A. 1989).

USOS, APLICACIONES Y BENEFICIOS DE LA EPIDEMIOLOGIA

La epidemiología en medicina constituye el modo de formular algunas preguntas y de plantear cuestiones hacia otros campos del saber humano; algunos de sus " usos " son :

1).- Realizar estudios históricos de la salud en la comunidad que permiten conocer el incremento y descenso de enfermedades en la población, obteniéndose " proyecciones " útiles.

2).- El diagnóstico epidemiológico muestra la presencia, naturaleza y distribución de la salud y la enfermedad en la población, así como las dimensiones de éstas en cuanto a incidencia, prevalencia y mortalidad.

3).- Estudia los servicios de salud, determinando las necesidades y los recursos. Aplicando políticas de atención médica acordes con las situaciones de la comunidad que recibe los beneficios. Analizando así a los servicios en la acción para finalmente evaluarlos, este tipo de estudios puede establecer comparaciones entre varias poblaciones.

4).- Realiza estimaciones de las probabilidades individuales y riesgos de enfermedad a partir de la experiencia común.

5).- Se aboca a la identificación de síndromes a partir de la distribución de fenómenos clínicos en las distintas secciones de la población.

6).- Investiga las causas de salud y enfermedad; ésto se logra a partir del descubrimiento de grupos con tasas altas y bajas; mediante el estudio de estas diferencias en relación con los distintos modos de vida; y si es posible se someten a prueba estos conocimientos en estudios prácticos de campo entre las poblaciones. (Ibarzabal A. y Domínguez B. 1985).

Es importante señalar que los objetivos finales de la epidemiología son establecer actividades programadas, señalando las prioridades, mediante el conocimiento de la dinámica e interacción de los fenómenos epidemiológicos y de la acción específica de cada uno de los sistemas de control disponible para lograr la erradicación o disminución del problema en estudio y evaluar su reaparición o exacerbación. (Verduzco G. citado en Alvarez A. R. 1991).

La aplicación de la epidemiología se da en diversos niveles:

- 1).- Nivel medio familiar (Institucional o Privada)
- 2).- Nivel del médico especialista (Clínicas u Hospitales)
- 3).- A nivel de los servicios de medicina preventiva y
- 4).- A nivel institucional.

Por otro lado uno de los beneficios de la epidemiología en las ciencias médicas es que permite conocer el curso natural de la enfermedad y así poder explicar las diversas etapas en las que se presentarán las manifestaciones de dicha enfermedad, con lo que se podrá corregir el daño observado en el momento de su intervención; es decir, se planteará mejor la terapéutica a nivel individual así como las medidas de control a nivel comunitario.

Desafortunadamente por tradición la ciencia médica solo ha actuado en el período patogénico, y no así en los períodos prepatogénicos y postpatogénicos. Con las aportaciones de la epidemiología se ha facilitado participar en los tres períodos, en cuanto que considera al hombre como una unidad biológica, psicológica y social, que forma parte de un conglomerado y que permanentemente está en contacto con su medio en el que existen agentes infecciosos, tóxicos, químicos, psicológicos, sociales, etc. El hombre cambia y modifica el ambiente; los agentes mutan o adquieren otras características, y los grupo sociales actúan también en forma

diferente en situaciones cambiantes; por ello la atención médica debe intervenir en dichos períodos en forma curativa y preventiva.

Por otra parte al conocer la historia natural de la enfermedad, se está en condiciones de señalar las medidas de prevención primaria a través de la reducción de riesgos y la protección de personas susceptibles de enfermar.

Así también las de prevención secundaria en la que a los enfermos en estadios iniciales se les aplican tratamientos oportunos; logrando la reducción de los procesos que inciden en la salud del grupo social de acuerdo a sus características, su medio cultural y ecológico. Y la prevención terciaria va encamiada a lograr la rehabilitación de los pacientes, por medio de la readaptación física, funcional y social de las personas afectadas.

Por último es importante enfatizar que la comprensión de la epidemiología y sus aplicaciones, son fundamentales para una correcta actuación en la práctica médica; que el profesional con información y actitud epidemiológica elaborará diagnósticos oportunos e instituirá una terapéutica integral más efectiva en beneficio de los individuos; así como indicará las medidas preventivas más adecuadas.

LA PREVENCIÓN Y EL RETARDO EN EL DESARROLLO

Inicialmente tenemos que el término prevención significa atacar las condiciones que dan origen a un problema antes de que este aparezca. Bayes (1979) plantea que la prevención en el área de retardo debe ser en dos fases: Específica y no específica.

La primera considera los avances en bioquímica y genética, junto al aumento de la calidad de la asistencia ginecológica y obstétrica, las campañas de profilaxis en aquellos casos en los que se conoce la existencia de factores de alto riesgo para que cursen con retardo en el desarrollo (Rh, control maternal, sífilis, etc.).

La prevención no específica, considera que se de un mejoramiento total en las formas de vida de las capas más desfavorecidas de la población (conductas higiénicas de alojamiento, alimenticias, limpieza, información sexual, etc.) ésto no es esencialmente una tarea de tipo médica sino política, sin embargo se pueden generar investigaciones médico-biológicas que posibiliten describir probables agentes etiológicos en algunos casos no explicados y generar tecnologías capaces de aplicar los conocimientos adquiridos a la prevención y la terapéutica.

En cuanto a prevención, lo que plantean Solomon y Patch (1972) es que los servicios preventivos deben atribuir igual importancia a las causas socioeconómicas como a las biológicas en el origen del retardo, considerando que la planeación genética se está volviendo cada vez más completa, pero el médico familiar debe conocer la influencia de los factores genéticos y debe estar más familiarizado con los siguientes hechos acerca del retardo y métodos de prevención:

A.- Prevención primaria (con los progenitores)

- 1).- Educación pública: causas y tratamiento del retardo;
- 2).- Programas socioeconómicos; campañas antipobreza, alojamientos para el público,entrenamiento de empleos, servicios educativos, cuidado diario;
- 3).- Medidas médicas: atención óptima obstétrica y pediátrica; y
- 4).- Planeación genética; ligada al sexo o autosómica, dominante o recesiva, con atención médica como se requiera.

B.- Prevención secundaria (con los niños)

- 1).- Identificación y tratamiento de la fenilcetonuria, galactosemia hipotirodismo y amonoacidurias;
- 2).- Tratamiento inmediato de las meningitis bacterianas, envenenamiento por plomo, hematoma subdural, hidrocefalia, craneosinostosis, epilepsia; y
- 3).- Reconocimiento de invalideces aisladas, deficiencias sensitivas y motoras, dixlesia, discalculia, disgrafia, trastornos de la fijación de la atención, afasias.

C.- Prevención terciaria (con los niños)

- 1).- Tratamiento de los problemas de conducta y personalidad con psicoterapia individual y de grupo, terapéutica del medio y medicación;
- 2).- Orientación de los progenitores, incluyendo apoyo, guía, consejo como servicios a las madres;
- 3).- Hospitalización temporal enfocada al entrenamiento, educación y tratamiento de los niños cuyas necesidades no pueden ser resueltas en su hogar;
- 4).- Rehabilitación vocacional, reforzando el entrenamiento realistavocacional mejor adecuado al individuo, con colocación y servicios de apoyo durante la experiencia del trabajo;
- 5).- Rehabilitación física para sobreponerse a las invalideces físicas asociadas con el retardo; y

6).- Educación especial con programas preescolares, carreras individualizadas métodos de enseñanza para remediar las deficiencias, análisis de labores, técnicas de condicionamiento operante y consulta psiquiátrica.

Por otro lado la prevención en relación al problema del retardo también puede entenderse en los siguientes dos niveles :

- a).- Impedir la ocurrencia del problema,
- b).- Impedir la agudización del problema ya presente.

Ribes (1975) plantea que las posibilidades de prevenir la aparición del retardo son muy limitadas por ser muy elevado el número de factores que intervienen en su determinación y esto lo hace en muchas ocasiones difícil de controlar, por lo que es más conveniente hablar de detección temprana del retardo. Esta detección debe incluir la identificación de anomalías biológicas, así como la determinación de ambientes inadecuados; la familia constituye sin lugar a dudas, el medio más propicio para la detección y prevención temprana del retardo.

Es el medio familiar en donde se puede identificar, en etapas más tempranas, cualquier desaceleración en el desarrollo, ya sea generalizada o específica. La detección también puede ser hecha por maestros de la escuela elemental, pues es un medio bastante apropiado para ello.

En los países de mayores ingresos económicos e industrializados, la detección y prevención lo realiza personal especializado (maestros , médicos, psicólogos y enfermeras) y paraprofesionales y no profesionales, principalmente los parientes del retardado, que en la mayoría de los casos son personas letradas y con buenos niveles de vida.

En países pobres, aparentemente no puede hacerse ningún esfuerzo fructífero para prevenir el retardo sin cambiar las estructuras sociales básicas.

Por otra parte desde un punto de vista conductual, la prevención del retardo abarca dos tareas específicas:

- 1).- El diseño de ambientes institucionales, educativos, y de trabajo.
- 2).- El adiestramiento extendido a un gran número de paraprofesionales y no profesionales de la ciencia del comportamiento; es decir médicos, enfermeras, profesores, educadoras de estancias infantiles y miembros de familia.

Finalmente la prevención del retardo debe ser considerada como una consecuencia de los cambios en las prácticas sociales y de cambios más restringidos en la estructura y vida social. Primero, los esfuerzos deben dirigirse a cambiar las prácticas nutricionales, la crianza de los niños , el alto índice de alcoholismo, las costumbres sexuales y de embarazo, las prácticas de salud, los potenciales educativos de la comunidad, los patrones de producción y consumo, la conciencia social y muchos otros aspectos de la vida en sociedad.

CONCLUSIONES

Hablar de epidemiología en el área de la psicología es un tanto novedoso ya que son aún muy escasos los trabajos que emplean la metodología de la ciencia epidemiológica para el abordaje de fenómenos psicológicos.

La epidemiología en su acepción más acabada se refiere a: " el estudio de la frecuencia y distribución de los fenómenos que afectan a la población y las condiciones que hacen que se presenten ". Destacando que por " fenomenos " se significa que no son solamente enfermedades que dañan a la salud sino que también repercuten sobre lo psicológico y lo social; y que si afectan a la población no se refiere a que necesariamente se involucre a todos los individuos de la comunidad, de igual forma cuando se habla de " las condiciones, que hacen que se presenten " se afirma que éstas pueden ser biológicas, físicas, sociales, ambientales, o la combinación de varias de ellas o de todas.

Por otra parte, la epidemiología proporciona el apoyo científico sobre el cual se basa la estrategia de los programas de salud pública. Su método encuadra dentro del método científico, y consta dos fases: a)descriptiva, donde se estudian los diferentes atributos, ya sea utilizando datos crudos o aquellos que han sido elaborados de manera sistemática y b)analítica, íntimamente ligada a la anterior, donde se combinan de modo acorde el método comparativo y el experimental.

Cuando se realizan investigaciones epidemiológicas los datos se obtienen en base a dos dimensiones: A) Temporal; estudios de tipos retrospectivo y prospectivo y B) Magnitud; longitudinal y transversal. Combinándose estas dos dimensiones en los estudios que se realizan dentro de la epidemiología. El tipo de estudio prospectivo-longitudinal es el de mayor uso y predilección en la epidemiología, toda vez que se acerca más a las condiciones y criterios del método experimental.

En relación a la tarea de prevención que subyace a la ciencia epidemiológica, es importante destacar sus niveles:

1. Prevención primaria: tiene como fin inmediato evitar la enfermedad; esto es, mantener al individuo y su familia sana, su objetivo es el fomento y promoción de la salud, mediante la educación higiénica y protección específica contra algunos padecimientos.

2. Prevención secundaria: tiene como fin el detener el progreso de una condición patológica en la etapa preclínica o clínica más temprana posible, su

objetivo es limitar el progreso de los procesos patológicos y evitar sus complicaciones y secuelas y la invalidez resultante.

3. Prevención terciaria: tiene como fin el impedir o retrasar la invalidez y la muerte, y su objetivo es el de limitar procesos patológicos ya existentes, planeando la rehabilitación física, social y mental del individuo, evitando en una serie de acciones postpatogénicas, la repetición de un nuevo proceso patológico similar en el mismo individuo o en otros. Las acciones que pueden lograr el éxito de este objetivo son la vigilancia ulterior del paciente y la rehabilitación.

Cabe resaltar que estos niveles de prevención se han conceptualizado básicamente en el modelo médico.

Sin embargo, la tarea de prevención del retardo se ha trabajado solamente en dos niveles:

- 1).- Detección temprana
- 2).- Evitar la agudización del retardo.

Por otro lado, no se debe dejar de considerar que en la prevención del retardo existen otros factores que juegan un papel importante y que en ocasiones sobre pasan cualquier buen intento por ser superados, tales como los políticos, sociales, económicos y educativos.

Finalmente creemos que todas las acciones preventivas y de atención deben ser dirigidas a las tres esferas del individuo : física, mental y social .

CAPITULO III

SALUD Y EDUCACION ESPECIAL

La intervención de la Psicología en el área de la Salud, es de suma importancia, ya que la salud no es sólo condición primaria para el desarrollo de la vida, sino que además funciona como estructura mediadora de la cotidianidad y socialización del sujeto.

Los factores psicológicos, culturales y sociales relacionados con la salud y la enfermedad, aunque son conocidos son menospreciados con frecuencia a pesar de las consecuencias que producen.

El objetivo del capítulo se dirige a plasmar los conceptos de salud, su relación con la medicina social y preventiva, la educación para la salud y su nexos con la educación especial y rehabilitación; así como su desarrollo histórico en México.

La salud y la enfermedad son el resultado de un proceso de interacción permanente del hombre con el medio en que vive tratando de adaptarse a éste. Por lo tanto, salud es adaptación y equilibrio entre ambos (hombre y medio-ambiente), enfermedad es desadaptación.

" La salud es un estado de relativo equilibrio entre la forma y funciones del organismo que resulta de su adaptación dinámica a las fuerzas que tratan de perturbarla. No es una interacción pasiva del organismo y las fuerzas que actúan sobre él, sino una respuesta activa de aquél, procurando su adaptación " (Leavel y Clark, 1958; citado en Alvarez A. R. 1991), la enfermedad es la falta de adaptación.

La salud y la prolongación de la vida nada valen por sí mismas; valen en cuanto permiten bienestar; eficiencia y capacidad de desarrollar acciones útiles al individuo y a la sociedad, por lo que en el concepto actual de salud se ha rebasado ya lo personal, lo individual y aislado, dirigiéndose hacia la salud pública, la cual deberá dar respuesta a los problemas de salud colectiva.

Por otra parte, la preocupación por la salud pública no es nueva, tuvo su origen aproximadamente en la época en que la humanidad inició la formación de asentamientos grupales, gracias al establecimiento de la agricultura y domesticación de animales.

Existieron pruebas muy antiguas de esta preocupación en el código de Hamurabi en Babilonia, en la legislación Hebrea, en el antiguo Egipto, en la legislación Romana, etc. ., lamentablemente estas se perdieron en la Edad Media, favoreciendo la aparición de grandes epidemias, que obligaron a promulgar leyes

específicas relacionadas con la salud pública, ya en el siglo XIX se insistía en Europa que no era suficiente un buen manejo de diagnóstico y tratamiento del enfermo, sino que era necesario tomar en cuenta las condiciones sociales (tipo de trabajo, nivel educativo, economía, etc.), pero estas inquietudes no encontraron apoyo adecuado siendo hasta la segunda mitad del siglo XX en que empezaron a coincidir en este planteamiento las universidades, gobiernos y organismos mundiales como la OMS y OPS (Ibarzabal A. y Domínguez B. 1985).

La salud pública es la ciencia y el arte de aplicar los conocimientos y habilidades de la medicina y las ciencias afines en un esfuerzo conjunto de todos los elementos de la sociedad para conservar y mejorar la salud de grupos e individuos.

En 1920, C. E. Winslow elaboró, más que una definición, un amplio concepto de la salud pública que se considera clásico, sus objetivos son: " Prevenir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad, para el saneamiento del medio, el control de los padecimientos transmisibles, la educación de los individuos en higiene personal, la organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico temprano y el tratamiento de las enfermedades y el desarrollo de un mecanismo social que asegure a cada uno un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud"(Fig.No1).

La salud pública utiliza la medicina preventiva para combatir la aparición de enfermedades. La medicina preventiva se define como la rama de la medicina donde se incluyen las técnicas médicas aplicadas al individuo y a su familia, sus objetivos son los mismos de la salud pública: Promover y conservar la salud y prevenir las enfermedades.

La medicina preventiva abarca tres niveles:

- a) Prevención primaria: Cuyo objetivo es evitar la enfermedad.
- b) Prevención secundaria: Su objetivo es detener el progreso de una condición patológica.
- c) Prevención terciaria: Su objetivo es impedir o retrasar la invalidez y la muerte .

SALUD PUBLICA



Fig. No. 1 Representación del concepto de Winslow.

Por otro lado, Julio Guerin en 1948 (citado en Ibarzabal A. y Domínguez B. 1985) definió a la medicina social como el estudio de las relaciones que existen entre la medicina y la sociedad, esto es, considera el proceso salud enfermedad del individuo y de la población desde el punto de vista social, desde sus orígenes hasta sus consecuencias; esta rama de la medicina comprende demografía, estadística medico-social, organización medico-social, patología medico-social, etc.

La medicina social es más bien una actividad de la medicina que, abarcando todos los aspectos de ella, coloca el mayor énfasis en el hombre, considerando a éste como personalidad y como ser social y en las interdependencias del individuo y del grupo con el ambiente total, y la forma como esta interdependencia influye en la salud y la enfermedad.

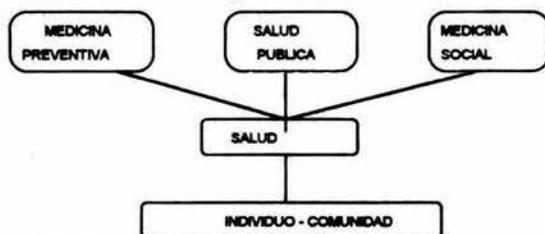


Fig. No. 2.- Esquema de la intercorrelación conceptual.

Si analizamos las funciones de la medicina preventiva, la salud pública y la medicina social, observamos que todas tienen como objetivo la salud del individuo y por lo tanto de la comunidad, esto es, tratan de mantener el más alto nivel de salud comunitaria apoyándose en sus diferentes técnicas y al mismo tiempo en el conocimiento de los múltiples problemas de la comunidad y su mejor vía para resolverlos. (Fig. No. 2)

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Anteriormente se le designaba educación higiénica o educación sanitaria, hoy en día se le denomina educación para la salud, y es propiamente una actividad de la medicina preventiva.

Villaseñor (1960; citado en Alvarez, pag. 45. 1991) la define como: " Un procedimiento que incluye la transmisión de todo lo que se conoce sobre la salud dentro de los patrones deseables de la conducta individual y colectiva, mediante un proceso educativo ". Dentro de este proceso educativo se incluyen tres aspectos importantes: la información, la motivación y la educación; este último aspecto es en realidad el más relevante, ya que con él se desea lograr un cambio de conducta en el individuo hacia su propia salud.

Cuando se tiene una información completa e interesante, se lleva implícitamente cierto grado de motivación, ya que dentro del proceso educativo los pasos o etapas no se realizan independientemente uno de otro, sino que se complementan y en ocasiones se superponen.

Los campos de acción de la educación para la salud parecen estar dirigidos exclusivamente a la promoción de la salud, sin embargo, esto no es del todo cierto porque su aplicación es mucho más amplia tanto para actividades de prevención primaria como para las secundarias y terciarias, incluyendo las de saneamiento del medio.

La promoción de la salud se dirige a lograr un estado de bienestar en lo físico, en lo mental y en lo social, intentando elevar el nivel de vida de las personas.

Son requisitos para una buena educación en salud, el conocimiento de la edad de las personas a quien va ir dirigida, las condiciones culturales y sociales, el tipo de padecimiento que se trata de prevenir o de curar y las actividades de las personas.

La educación se proporciona de manera individual y colectiva. A nivel individual se realiza por medio de la entrevista personal; con ella se establece una relación más estrecha entre médico y paciente, lo que facilita el proceso, siendo una técnica de gran alcance.

La educación colectiva va dirigida a grupos de personas y requiere siempre del uso de auxiliares de la educación (rotafolio, pizarrón, transparencias, folletos, periódicos murales , etc.) éstos deberán ser seleccionados de acuerdo al tipo de auditorio y al de la plática o conferencia de que trate.

La educación en general, como la educación para la salud en particular, constituyen un proceso de enseñanza-aprendizaje; lo cual quiere decir que independientemente de que se trate de una estrategia de abordaje individual o colectiva, es importante y necesario promover la participación activa del receptor.

Es importante señalar que la educación para la salud más que un programa especial es el componente obligado de todos los programas de salud; ya que sirve para conseguir que la población aproveche y utilice los servicios que se le proporcionan y por medio de ella se pretende crear conciencia en la responsabilidad del autocuidado, presentándoles las ventajas de adoptar actitudes y conductas favorables para la salud, y los riesgos y consecuencias, que acarrearán ciertas conductas negativas a nivel individual, familiar y de la sociedad como lo es el alcoholismo, farmacodependencia, el tabaquismo, entre otros.

Así entonces se señala que todo el personal de salud tiene la responsabilidad de educar; ya sea en su trabajo institucional , como en su práctica privada, es una actividad inherente a su función profesional, sin ella su trabajo queda trunco.

Por otro lado, retomando la noción de que el profesional de Psicología es también un trabajador de la salud y que su orientación práctica se dirige a reparar el daño en " la salud mental ", para el caso de retardo en el desarrollo dicha labor la realiza de manera específica a través de la educación especial.

Los conceptos de rehabilitación y educación especial implican una globalización en los aspectos médicos, funcionales, psicológicos, pedagógicos y sociales. La rehabilitación es un concepto más amplio porque abarca todas las edades y la educación especial es la atención especial y la rehabilitación desde edades tempranas hasta la adolescencia.

Es obvio que en este campo de acción se utilice el concepto amplio de educación que acentúa la formación para favorecer en el sujeto educativo la conquista de su personalidad autónoma y socialmente integrada.

La educación especial no se encuentra separada de la educación general por el contrario, toma de ésta sus conceptos principales. Su peculiaridad consiste en las modificaciones que se deben introducir para compensar o superar alguna deficiencia.

Conceptualizando a la educación especial podemos decir que tiene como objetivo a las personas con necesidades especiales cualquiera que sea su problemática, necesitando por ello de profesionistas de diversas disciplinas (psicólogos, trabajadores sociales, especialistas en la educación y el lenguaje, fisioterapeutas y médicos de diferentes especialidades entre otros) los cuales participarán según sea la naturaleza y grado de los problemas de los individuos (alumnos).

Este tipo de educación comprende objetivos específicos, programas adicionales o complementarios a nivel individual que se aplican con carácter transitorio o permanente en el aula, el hogar u otros espacios.

La educación especial tiene por finalidad, preparar para la participación en la vida social, a todos los individuos con requerimientos especiales mediante un tratamiento educativo adecuado. Los fines de la educación especial están orientados por una filosofía humanista, ya que en todo individuo hay un ser humano, cualesquiera que sean sus limitaciones, por lo que no deben supeditarse a esas limitaciones sino que se aspira a superarlas en cuanto sea posible tomándose en cuenta que todo educador debe asumir la responsabilidad de formar una persona, más que la de rehabilitar a un inválido.

La educación especial actuará sobre los aspectos físicos, afectivo e intelectual, englobándolos todos en un contenido unitario, buscando el perfeccionamiento del individuo.

La educación especial no se dirige tanto a la acumulación memorística de conocimientos sino a la enseñanza de repertorios prácticos y habilitativos que se encaminan al desarrollo integral de la persona y a conseguir un máximo de autonomía e integración social.

Los fines específicos de la educación especial son:

-La capacitación del individuo que le permita realizarse como persona autónoma posibilitando con ello su integración y participación en la vida social para que pueda disfrutar de una vida plena.

- Aplicar programas adicionales para desarrollar, corregir o compensar las deficiencias o alteraciones específicas que los afecten.

- Elaborar guías curriculares para la independencia personal, la comunicación, la socialización y el tiempo libre.

- Instrumentarle para su incorporación a la vida laboral (Dir. Gral. de Educ. Esp. S.E.P. 1985).

Estás finalidades se pueden concretar con los objetivos siguientes:

- 1) Desarrollo físico y adquisición de destrezas manipulativas, sensomotrices, de agilidad y fuerza y corporal y de la educación deportiva.
- 2) Desarrollo de las estructuras mentales que conducen a la lógica del pensamiento.
- 3) Desarrollo de las capacidades de comprensión y de expresión que favorecen la comunicación.
- 4) Logro de una afectividad integrada como consecuencia de un desarrollo y control emocional, que le capacite para una adaptación positiva a la realidad.
- 5) Adquisición y utilización funcional de hábitos de comportamiento e higiene personal para su independencia y cuidado.
- 6) Adquisición de habilidades y destrezas que le orienten hacia una formación profesional de empleo.
- 7) Formación de actividades y valores éticos y morales de conformidad con respeto a la libertad religiosa.

Por otro lado debido a las características propias de los sujetos de educación especial se hace necesario:

- a) Una orientación individualizada a través de la valoración de un equipo multiprofesional, y un seguimiento para conocer los diferentes aspectos de su evolución posterior.
- b) Niveles educacionales graduados en dificultad por áreas.
- c) Un ascenso escolar que ha de ser flexible, no ajustándose al tiempo sino en función de los objetivos alcanzados.
- d) Individualización de las actividades, para el logro de objetivos operativos.

En relación a las áreas de educación especial, han sido seleccionadas para favorecer la formación integral y la participación social del individuo con retardo. Estas son :

- Socialización
- Académicas
- Lenguaje
- Autocuidado

A lo largo de todo el proceso educativo, los contenidos de las diferentes áreas intentarán en primer lugar que el niño vaya desarrollando todo aquello que le va a permitir un mejor desenvolvimiento personal y un máximo de participación social.

HISTORIA DE LA EDUCACIÓN ESPECIAL EN MÉXICO

Con respecto a cómo surge la educación especial en México tenemos que la primera iniciativa para brindar la atención a estos niños, corresponde a Don Benito Juárez, quien en 1867 funda la Escuela Nacional de Sordos y en 1870 la de Ciegos.

En 1914 el Dr. José de Jesús González, eminente científico precursor de la educación especial para deficientes mentales, inició la organización de una escuela para débiles mentales en el Ciudad de León Gto.

En el período de 1919 a 1927 en el D. F. se fundan dos escuelas de orientación para varones y mujeres ya para 1929 el Dr. José de Jesús González plantea la necesidad urgente de crear una escuela modelo en la Ciudad de México, la cual se concretiza en 1932, y es fundada por el Dr. Santa María, localizada en el anexo a la policlínica #2 del D. F.

En 1935 el Dr. Roberto Solís Quiroga, gran promotor de la educación especial en México y América, planteó al entonces Ministro de Educación Pública, Lic. Ignacio García Téllez, la necesidad de institucionalizar la educación especial en nuestro país. El resultado de esta iniciativa lleva a la inclusión en la ley Orgánica de Educación un apartado referente a la protección de los deficientes mentales por parte del Estado.

La Clínica de la Conducta y de Ortolalia se fundan en 1937 y casi durante 20 años son las únicas en el país que funcionan con carácter oficial.

En 1941 el Ministro de Educación, Lic. Octavio Véjar Vázquez, accediendo a la petición del Dr. Solís Quiroga, propuso la creación de una escuela de Especialización de Maestros en Educación Especial, y es hasta el 7 de Junio de 1943 cuando abre sus puertas la escuela de formación docente para maestros Especialistas en Educación Especial.

La nueva institución contó inicialmente con las carreras de maestros especialistas en educación de deficientes mentales y de menores infractores; agregándose en 1945 las carreras de maestros especialistas en educación de ciegos y de sordomudos.

En 1954, se creó la dirección de rehabilitación y en 1955 se agregó a la escuela de especialización la carrera de especialista en el tratamiento de lesionados del aparato locomotor.

En la década de los 60'; bajo la dirección de la profesora Oldalmira Maya Goitia se inaguran las escuelas primarias de perfeccionamiento 1, 2, 3, y 4.

Por otra parte, con el decreto del 18 de Diciembre de 1970 se consolida un sistema educativo para los niños con necesidades especiales, en dicho decreto se ordena la creación de la dirección general de educación especial; más que un acto administrativo, este hecho representó un cambio de actitud del Estado hacia la atención de este tipo de educandos.

De esta manera se cristaliza el largo sueño de todos aquellos que desde el ángulo profesional o familiar eran testigos de la marginación de las personas con necesidades especiales (tal vez estemos esperando otro siglo más para su atención oportuna).

Esto también significó la repuesta a las demandas de los maestros que en su práctica diaria comprobaban las necesidades de un tratamiento especial para estos niños.

Además con esto se abrió un camino institucional para sistematizar y coordinar acciones hasta entonces dispersas y fragmentarias, representando así la evolución sociocultural de México, al incorporarlo al grupo de países que, de acuerdo con las recomendaciones de la UNESCO, reconocen la necesidad de la educación especial dentro del amplio contexto de la educación general.

El decreto de creación establecía que a la dirección general de educación especial, dependiente de la Subsecretaría de Educación Básica le correspondía organizar, dirigir, desarrollar, administrar y vigilar el sistema federal de educación de niños atípicos y la formación de maestros especialistas. (Cuadernos No. 8 S. E. P. 1981).

Con respecto a los fundamentos legales de la educación especial, ésta es reconocida como parte del sistema educativo nacional en el artículo 15 de la ley Federal de Educación, dicho artículo afirma que " El sistema educativo nacional comprende además la que se imparte de acuerdo con las necesidades educativas de la población y de las características particulares de los grupos que las integran ".

Tiene por fundamento los artículos 48 y 52 de la ley de educación que se refiere al derecho a la educación, y el artículo 5º de la misma ley, que se refiere a los fines y principios establecidos en el artículo 3º de la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos; " La educación que imparte el Estado-Federación, Estado-Municipio, tenderá a desarrollar armónicamente todas las facultades del ser humano y fomentará en él, a la vez el amor a la patria y la conciencia de la solidaridad internacional en la independencia y en la justicia ".

El artículo 48 dice " Los habitantes del país tienen derecho a las mismas oportunidades de acceso al sistema educativo nacional, sin más limitaciones que satisfacer los requisitos que establezcan las disposiciones relativas ". El artículo 52 establece los derechos de quienes ejercen la patria potestad o la tutela .

I.- Obtener la inscripción necesaria para que sus hijos o pupilos, menores de edad reciban la educación primaria (Dir. Gral. de Educ. Esp. S.E.P. 1985).

Estas disposiciones legales al reconocer el derecho a la educación de todas las personas, tácitamente reconocen también el derecho de los niños y personas que por sus limitaciones físicas o psíquicas tienen requerimientos de educación especial.

Además de estos fundamentos existen documentos internacionales en donde se establecen los derechos de esta población como: La declaración de los derechos de los niños (1956); declaración de los derechos de las personas mentalmente retardadas (1971); declaración de los derechos de los impedidos (1976).

En sus conclusiones estos documentos recomiendan la acción nacional e internacional sobre marcos de referencia y bases comunes para asegurarles a estas personas la dignidad humana, la salud, la rehabilitación para el trabajo, la participación social y política, así como todas las condiciones que puedan facilitarles una vida plena. (Dir. Gral. de Educ. Esp. S.E.P. 1985).

En cuanto a la rehabilitación, se puede señalar que es una disciplina inminentemente de tipo social, tiene acción sanitaria de tipo preventivo, con base en los equipos y aparatos médicos (prótesis, ortesis) que se emplean en la misma.

Con el reglamento para la prevención de la invalidez y la rehabilitación se crea " El Consejo Nacional de Rehabilitación ", el cual tiene entre otras funciones promover una legislación que proteja a los inválidos; la obtención de los recursos para su rehabilitación integral y todo tipo de publicaciones que contribuyan al conocimiento de la etiología, prevención y su rehabilitación global.

En el código sanitario de los Estados Unidos Mexicanos se anota que la S.S.A. en coordinación con la S.E.P. formulará programas educativos populares para la prevención de enfermedades, asistencia médica y salud mental entre otras (Art. 151).

En 1976, el presidente Luis Echeverría decretó el reglamento para la prevención de la invalidez y rehabilitación de inválidos, en el que en su artículo 20 establece que la S.S.A. promoverá la enseñanza en la educación de medidas preventivas.

La S.S.A. para dar cumplimiento al programa de prevención y rehabilitación de la invalidez, creará los centros de rehabilitación y educación especial para inválidos y procurará su integración a la vida económica y social del país.

En este reglamento se define la rehabilitación como el conjunto de medidas médicas, sociales y educativas que tienen como objetivo que los inválidos puedan realizar actividades que les permitan ser útiles a ellos mismos, a su familia y a la sociedad (Art. 184) (Galindo, 1984).

Por invalidez se entiende la limitación de la capacidad del individuo para establecer alguna actividad necesaria para su desarrollo, como consecuencia de

algunas deficiencias somática, psicológica o social. A continuación desglosamos cada una de ellas.

Invalidez Somática:

- a) Del sistema músculo-esquelético: deformaciones congénitas, amputaciones, artropatías y secuelas de lesiones óseas.
- b) Del sistema nervioso: parálisis, epilepsias y afasias.
- c) De la audición: sordera e hipoacusia.
- d) Del aparato fonológico: dislalias, pérdidas o alteración de la voz.
- e) De la visión: debilidad visual, ceguera parcial o total.

Invalidez Psicológica:

- a) Deficiencia mental.
- b) Trastornos conductuales permanentes.

Para finalizar, es importante resaltar que de acuerdo a la UNESCO. (1979), entre un 10% y un 15% de niños están considerados como incapacitados y requieren de una atención especializada.

Ibarra, Del Toro y Rosales 1973 (Citados en Galindo E., 1984), reportan que aún cuando no se tienen cifras exactas se calcula aproximadamente que el 26.8% de la población que requiere educación especial se encuentra en edad productiva, lo que para un país en desarrollo tiene un impacto significativo en su economía, con lo cual se agrega un elemento más para la atención a esta problemática de la excepcionalidad.

En México, a pesar de los alcances que se han tenido en educación especial ésta sigue constituyendo un problema, ya que de la población total el 10% requiere de atención especial; en este porcentaje se consideran tanto los individuos con problemas graves o agudos, como aquellos cuyos problemas son de mediano alcance y que pueden rehabilitarse en un corto tiempo para incorporarse a la población normal.

Ahora bien, de este 10% se informa que solo es atendido el 2.71%, además algunos especialistas consideran que a este 10% habría que añadir los casos no reportados que se encuentran en la marginalidad y que de ser así este porcentaje se incrementaría de manera notable en México.

Con los datos anteriormente mostrados tenemos entonces que más del 90% de la población con requerimientos de educación especial no está siendo atendida, lo cual debe considerarse bastante grave.

CONCLUSIONES

La salud y prolongación de la vida nada valen por sí mismas; valen en cuanto permiten bienestar, eficiencia y capacidad para desarrollar acciones útiles al individuo y a la sociedad por lo que el concepto actual de salud ha rebasado ya lo personal, lo individual y lo aislado, dirigiéndose hacia la salud pública, la cual deberá dar respuesta a los problemas de salud colectiva.

Así, los objetivos de la salud pública son : " Prevenir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para el saneamiento del medio, el control de los padecimientos transmisibles, la educación de los individuos en higiene personal, la organización de los servicios médicos para el diagnóstico temprano y el tratamiento preventivo de las enfermedades y el desarrollo de un mecanismo social que asegure a cada uno un nivel de vida para la conservación de la salud ".

La salud pública utiliza la medicina preventiva, que es la rama de la medicina donde se incluyen las técnicas médicas aplicadas al individuo y su familia.

La medicina social es el estudio de las relaciones que existen entre la medicina y la sociedad, esto es, considera el proceso salud-enfermedad del individuo y de la población desde el punto de vista social, desde sus orígenes hasta sus consecuencias. Esta rama de la medicina comprende demografía, estadística médico-social, organización médico-social, patología médico-social , etc.

Podemos observar que las funciones de la salud pública, la medicina preventiva y la medicina social, se dirigen a la misma finalidad, que es la salud del individuo y por tanto de la comunidad, y para ello se retoman las nociones de la educación para la salud, cuyo campo de acción es la promoción para la salud dirigida a lograr un estado de bienestar en lo físico, en lo mental y en lo social, intentando elevar el nivel de vida de las personas.

La educación para salud es un componente obligado de todos los programas de salud; por medio de ella se pretende crear conciencia en la responsabilidad del autocuidado y de la importancia de adoptar actitudes y conductas favorables para la salud y de los riesgos y consecuencias que acarrearán ciertas conductas negativas a nivel individual, familiar y social.

Por otra parte, podemos ubicar una de las labores del psicólogo en este contexto de promoción de la salud, que para el caso del retardo en el desarrollo la realiza por medio de la educación especial, cuya acción se dirige a personas con necesidades especiales, cualesquiera que sea su problemática, requiriendo para ello profesionistas de diversas disciplinas quienes participan de acuerdo a la naturaleza y grado de los problemas que presentan los individuos .

Este tipo de educación comprende objetivos específicos, programas adicionales y complementarios a nivel individual que se aplican con carácter transitorio o permanente en el aula, en el hogar u otros espacios.

La educación especial actuará sobre los aspectos físicos, afectivo e intelectual, englobándolos en un contenido unitario, buscando el perfeccionamiento completo del individuo, teniendo como fin último preparar la participación en la vida social a todos los individuos con requerimientos especiales mediante un tratamiento educativo adecuado.

Por otra parte es importante señalar lo que plantea Hinojosa. G. (citado en Galindo E.; 1984) respecto a la aportación de la ciencia Psicológica a la educación especial, en cuanto considera que tradicionalmente la educación especial se ha servido de procedimientos de la Psicología como el diagnóstico y clasificación de los individuos, pero resalta que esta aportación abarca mucho más que eso ya que los psicólogos estamos en condiciones de efectuar investigaciones acerca de aspectos teóricos y aplicados esenciales para planear y realizar la educación especial y estos aspectos pueden ser:

1.- En el nivel teórico, la comprensión del desarrollo psicológico y de las causas y efectos de sus perturbaciones; esto implica la realización de análisis teóricos y estudios de laboratorio.

2.- En el nivel práctico, los procedimientos de intervención más eficaces y operativos para diversos casos, problemas, contextos y objetivos.

Para finalizar cabe destacar que :

Gracias a los avances científicos, hay cada vez una más clara conciencia de que innumerables personas vean notablemente mejoradas las posibilidades de su salud y de su vida. Un mejor conocimiento de las causas de las incapacidades está permitiendo descubrir nuevas técnicas para prevenirlas o rehabilitarlas.

La evolución del pensamiento social proclama cada día, en forma más apremiante, la urgencia de una efectiva solidaridad con los incapacitados y demanda una acción cada vez más integral para la recuperación personal y social de estos individuos, en la diversidad de aspectos humanos, sociales, laborales y económicos, para lograr la máxima integración posible de ellos a una actividad que a la vez armonice los aspectos personales y sociales del problema.

Las personas con requerimientos especiales, son personas con todos los derechos humanos intactos, que tienen derecho a recibir de parte del gobierno todas las medidas posibles de protección, asistencia, educación y oportunidades de rehabilitación personal para su integración social.

CAPITULO IV

METODO

El presente estudio epidemiológico se llevó a cabo en la Clínica Universitaria de Salud Integral (CUSI) de la UNAM, E.N.E.P. Iztacala en el área de Educación Especial y Rehabilitación de la Carrera de Psicología, teniendo como objetivo " Detectar y analizar la relación que existe entre las variables que inciden en el retardo, en el desarrollo, en esta población "

POBLACION:

La CUSI, en su servicio de Educación Especial y Rehabilitación; tiene una población fluctuante de semestre a semestre. Cuando se llevó a cabo la investigación, dicho servicio funcionaba con cinco turnos (horarios) y un total de 13 secciones donde se trabajan diversas atipicidades, la población total era de 123 niños, la forma en que estaban distribuidos para el trabajo, se muestra en la siguiente tabla.

TABLA DE ORGANIZACION Y DISTRIBUCION DE LA POBLACION ATENDIDA EN LA CUSI.

TURNO	Nº. DE ALUMNOS	Nº. DE CUESTIONARIOS APLICADOS
8-10 HRS.	9 13	7 13
10-12 HRS.	10 6 3	8 3 1
12-14 HRS.	14 9	12 7
15-17 HRS.	9 9 13	6 8 9
17-19 HRS	10 9	10

MUESTRA :

Se trabajó con una muestra no probabilística tipo accidental quedando conformada por 90 niños que estaban inscritos en el semestre lectivo 1990-1991. Esto es, trabajamos con el 73.17% de la población total.

SUJETOS :

El propósito era entrevistar a todos los padres y/o tutores de los niños que asisten al servicio, sin embargo una sección del turno vespertino y algunos otros padres no acudieron en las fechas de aplicación de la entrevista; logrando recabar los datos de 90 niños; 45 del sexo femenino y 45 del masculino.

ESCENARIO:

El estudio se realizó en las instalaciones (salones) de la CUSI pertenecientes al área de educación especial y rehabilitación de la ENEP. Iztacala.

MATERIALES:

Se dispuso de 150 cuestionarios reproducidos por fotocopiado, plumas, lápices, calculadora, block de hojas tabulares, computadora, paquete de computo SPSS/PC, 2 diskettes 5 ¼ y paquete de hojas para impresión.

DISEÑO :

Este diseño corresponde de acuerdo a la ciencia epidemiológica a uno de prevalencia, retrospectivo transversal. Esto es, en el estudio de prevalencia, se intenta determinar generalmente, la forma en que se distribuye un determinado fenómeno en una población y la manera en que se relaciona con variables de tiempo, persona y lugar. Las características de que sea retrospectivo transversal es que se desea identificar el comportamiento pasado del fenómeno de interés, en un momento determinado en el tiempo.

PROCEDIMIENTO :

El procedimiento constó de 4 partes fundamentalmente.

FASE I

CONSTRUCCION DEL INSTRUMENTO.

Inicialmente se elaboró el cuestionario epidemiológico de investigación, cuya finalidad consistió en conocer aquellos indicadores que pudiesen ser factores de riesgo para el problema de retardo en el desarrollo de esta población.

Por factor de riesgo nos referimos a lo que J. Cosin Aguilar (1993) señala como " Las características del individuo que están relacionadas con la posible aparición futura de una determinada enfermedad. Esas características pueden ser toda aquella serie de condiciones desfavorables en las cuales se encuentra un determinado grupo de población, y que propician más fácilmente la ocurrencia de ciertas enfermedades e incluso la muerte. "

Los indicadores seleccionados se agruparon en los apartados siguientes que, de acuerdo a la literatura, son los que se encuentran relacionados con la aparición del problema de retardo en el desarrollo. Posteriormente de cada uno de ellos se elaboraron las preguntas pertinentes:

- I.- Datos Demográficos
- II.- Datos Familiares
- III.- Datos Socio-económicos
- IV.- Antecedentes Familiares Hereditarios
- V.- Antecedentes Prenatales y Postnatales
- VI.- Antecedentes Patológicos del niño
- VII.- Desarrollo del niño en las áreas motora, lenguaje, seguimiento de instrucciones, autocuidado, socialización.

El cuestionario quedo compuesto por 193 preguntas (Ver anexo No 1)

FASE II

APLICACION PILOTO

Se piloteó el cuestionario con 50 padres de los niños que asistían a la escuela primaria de educación especial No. 3 turno vespertino; perteneciente a la SEP.

Inicialmente se realizó una entrevista con la Directora de la escuela a quien se le explicó el objetivo del trabajo y los beneficios para su población. Una vez aceptada la propuesta se programaron las fechas de trabajo.

Al principio de cada aplicación se les explicaba a los padres o tutores el objetivo de la investigación; las instrucciones consistieron en indicarles que el cuestionario se contestaba individualmente, que la información era confidencial y no debían dejar de contestar ninguna pregunta, que en caso de cualquier duda ésta se les aclararía por mínima que fuera. A los padres analfabetas se les aplicó en forma de entrevista el cuestionario.

FASE III

MODIFICACION DEL INSTRUMENTO PARA SU VERSION FINAL.

Se realizó la codificación de los cuestionarios piloto en forma manual, analizándose de acuerdo a las respuestas obtenidas la estructura y contenido de los reactivos, el número de preguntas y apartados de investigación así como la omisión y/o inclusión de otros reactivos.

Se corrigió y elaboró el nuevo cuestionario epidemiológico, conservándose los mismos apartados de investigación con excepción de lactancia y alimentación y desarrollo del niño, las cuales fueron suprimidas por su extensión y falta de consistencia en las respuestas proporcionadas por los padres.

Además se agregaron algunas preguntas referentes al servicio que otorga la CUSI en educación especial.

Dicho instrumento quedó integrado por un total de 98 preguntas estructuradas en forma abierta, de opción múltiple y dicotómica así como para completar la información. (Ver anexo No.2)

FASE IV

APLICACION DEL INSTRUMENTO A LA POBLACION META.

La aplicación del instrumento se llevó a cabo con 90 padres de familia y tutores de los niños que acuden a la CUSI, pertenecientes al servicio de educación especial y rehabilitación.

Se acordó y programó con cada profesor responsable de los grupos por turnos, las fechas, horarios y lugar en que se citaría a los padres de familia. La administración del cuestionario fue en forma grupal; se les explicó el objetivo del trabajo y se manejaron las mismas instrucciones que en la aplicación piloto, de igual forma se trabajó individualmente con los padres analfabetas.

Por cuestiones de finalización del semestre y que los niños empezaban a ausentarse, se programó una nueva aplicación al siguiente semestre tratando de cubrir a los niños que no habían sido captados en la primera aplicación.

DESCRIPCION DEL ANALISIS DE RESULTADOS

a) Se inició con la codificación manual, asignando categorías de análisis para las preguntas de tipo abierto.

b) Utilización del paquete SPSS/PC

Se construyó una base de datos, por medio de la captura de cada uno de los reactivos y las respuestas de los 90 cuestionarios.

c) Agrupación de los indicadores de riesgo que conformaron las áreas estudiadas en esta investigación, las cuales fueron:

- Adicciones de la pareja (ADPARA)
- Antecedentes familiares (ANTE FAM)
- Padecimientos durante el embarazo (EMBARAZO)
- Historia gestional de la madre (GESTA)
- Transtornos durante el parto (PARTO)
- Problemas del niño después del nacimiento (NACIMIENTO)

d) Contrucción de los parámetros

Se les asignaron valores a cada una de las variables atributivas en cada una de las áreas: 1=Factor de riesgo 0=No existe factor de riesgo; considerando que dentro de cada área estudiada, las siguientes variables eran susceptibles de estar relacionadas con el problema de interés. Las variables fueron las siguientes:

AREA 1

ADICCIONES DE LA PAREJA	
ADPARA 6 VARIABLES	
1	LA MADRE INGIERE ALCOHOL
2	LA MADRE FUMA
3	OTRA ADICCION DE LA MADRE
4	EL PADRE IN GIERE ALCOHOL
5	EL PADRE FUMA
6	OTRA ADICCION DEL PADRE

AREA 2

ANTECEDENTES FAMILIARES	
ANTEFAMI 13 VARIABLES	
FAMILIARES QUE HAN PADECIDO	
1	DIABETES
2	CANCER
3	SIFILIS
4	EPILEPSIA
5	SORDERA
6	CEGUERA
7	DEMENCIA
8	ALCOHOLISMO
9	NERVIOSISMO
10	TUBERCULOSIS
11	CARDIOPATIAS
12	PROBLEMAS PSICOSOMATICOS
13	OTRO PADECIMIENTO

AREA 3

PADECIMIENTOS DURANTE EL EMBARAZO	
EMBARAZO 16 VARIABLES	
1	EL EMBARAZO DEL NIÑO NO FUE DESEADO
2	TUVO PROBLEMAS EMOCIONALES O FAMILIARES FUERTES
	PADECIMIENTO DE:
3	INFECCIONES
4	TRAUMATISMOS
5	HEMORRAGIAS
6	INTOXICACIONES
7	CONVULSIONES
8	HIPERTENSION ARTERIAL
9	RUBEOLA
10	ALCOHOLISMO
11	INTERVENCION QUIRURGICA
12	EXPOSICION A RAYOS X
13	ALIMENTACION DEFICIENTE
14	AMENAZA DE ABORTO
15	OTRO PADECIMIENTO
16	SUFRIÓ UN ACCIDENTE EN EL EMBARAZO.

AREA 4

HISTORIA GESTACIONAL DE LA MADRE	
GESTA 6 VARIABLES	
1	EDAD DE LA MADRE CUANDO NACIO EL NIÑO (MAYOR DE 34 AÑOS)
2	EMBARAZOS HASTA LA FECHA (MAS DE 4)
3	NUMERO DE EMBARAZO DEL NIÑO (4 EN ADELANTE)
4	LA DURACION DEL EMBARAZO FUE MENOR DE 9 MESES
5	PRESENTO ABORTOS
6	LOS ABORTOS OCURRIERON ANTES DEL EMBARAZO DEL NIÑO.

AREA 5

TRASTORNOS DURANTE EL PARTO	
PARTO 21 VARIABLES	
1	EL NIÑO NACIO EN LUGAR INADECUADO
2	EL PARTO LO ATENDIO PERSONAL SIN PREPARACION PARA ELLO
3	EL PARTO FUE PREMATURO
4	EL PARTO NO SE ATENDIO A TIEMPO
5	EL PARTO NO FUE NORMAL
6	LA PRESENTACION DEL NIÑO AL NACER NO FUE DE CABEZA
7	NO PRESENTO DOLORES ANTES DEL PARTO
8	NUMERO DE PARTOS (MAS DE 3)
9	EL NIÑO PRESENTO PROBLEMAS DE RESPIRACION
10	EL NIÑO PRESENTO CONVULSIONES
11	EL NIÑO ESTUVO EN LA INCUBADORA
12	PARTO PRACTICADO CON ANESTESIA
13	PARTO PRACTICADO CON SEDANTES
14	PARTO PRACTICADO CON BLOQUEO
15	ROMPIMIENTO DE LA FUENTE
16	EL NIÑO TENIA ENREDADO EL CORDON
17	NO EXISTIO DILATAION
18	TUVIERON QUE RASGAR
19	FUE PARTO SECO
20	OTRO PROBLEMA DURANTE EL PARTO
21	EL PESO DEL NIÑO FUE MENOR A 2.500 Kg.

AREA 6

PROBLEMAS DEL NIÑO DESPUES DEL NACIMIENTO	
NACIMIENTO 17 VARIABLES	
EL NIÑO PRESENTO	
1	ANOXIA
2	DESNUTRICION
3	PARASITOSIS
4	ENFERMEDADES DEL RIÑON
5	SARAMPION
6	EPILEPSIA
7	MENINGITIS
8	ENCEFALITIS
9	LESION CEREBRAL
10	TEMPERATURAS ELEVADAS
PROBLEMAS DE LA VISTA	
11	LAGRIMEO
12	ESTRABISMO
PROBLEMAS DEL OIDO	
13	INFLAMACION
14	SE REVENTO EL OIDO
15	NO ESCUCHA BIEN
16	SUFRIO ALGUN ACCIDENTE
17	PRESENTO ALGUN GOLPE O CAIDA

ANALISIS ESTADISTICO

Para efectuar el análisis estadístico se utilizó el paquete SPSS/PC obteniendo:

El promedio de las medias de las áreas estudiadas.

El promedio de los indicadores de riesgo de cada una de las áreas.

Además se seleccionaron algunos factores de riesgo para analizarlos específicamente a través de las pruebas Binomial, T de student; Chi cuadrada y Coeficiente de correlación r de Pearson.

Por otro lado se examinaron los datos demográficos de la población; así también se realizó un análisis cualitativo para las preguntas estructuradas en forma abierta.

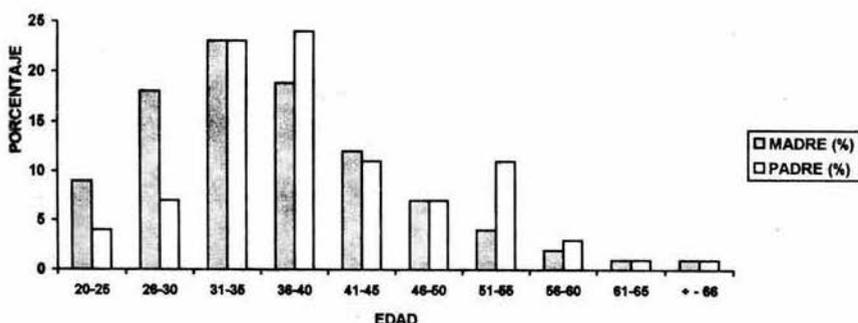
CAPITULO V

DATOS DEMOGRÁFICOS DE LA POBLACIÓN

La población estudiada estuvo conformada por los padres de los 90 niños que asisten al servicio de Educación Especial y Rehabilitación de la CUSI, la distribución por sexo de los niños fue de 46.7% Mujeres y 53.3% Hombres; el rango de edad fue de 1 a 34 años con la siguiente distribución 19% en edad materna y preescolar; 62.3% en edad escolar y el restante 18.7% correspondió a adolescentes y personas mayores de 20 años.

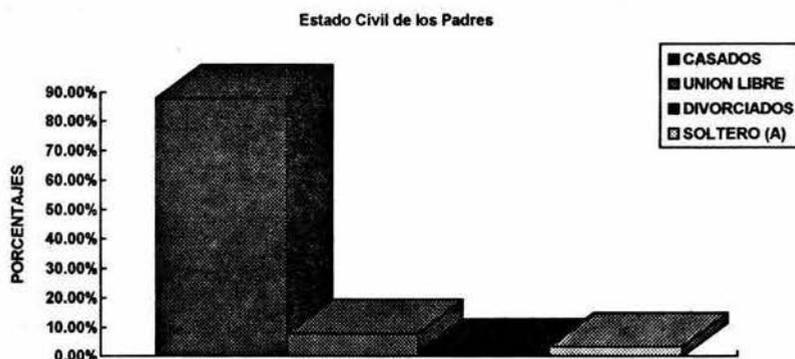
La edad de sus padres por rangos al momento de la investigación se muestra en la Gráfica No. 1, en ella se observa que la mayoría de los padres son jóvenes pues los rangos de mayor frecuencia son los, de 31 a 35 y 36 a 40 años con un 23% y 18.8% respectivamente. El resto se distribuyó en los extremos de los rangos.

Gráfica No. 1 Edad de los padres



En relación a su estado civil se encontró que el 87.8% son casados; 7.8% vive en unión libre; 1.1% divorciados y 3.3% son madres solteras. (Gráfica No. 2)

Gráfica No.2



Con respecto a la escolaridad de los padres de las personas estudiadas (Gráfica No.3), se puede observar que el mayor porcentaje (57.8%madres y 37.8% padres) cuentan solo con estudios de primaria, siendo importante señalar que en los niveles de secundaria, preparatoria, y técnico se incrementa el porcentaje de estudios de los padres y no así para las madres

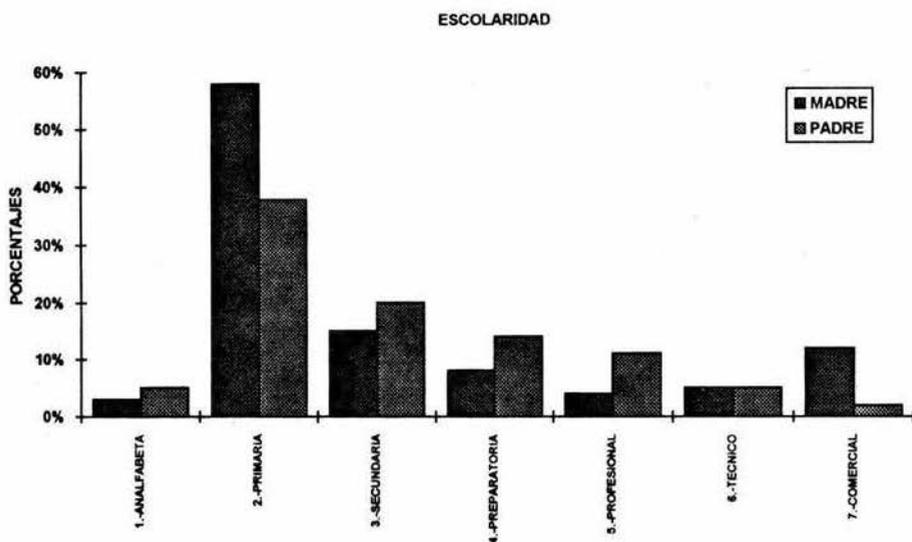
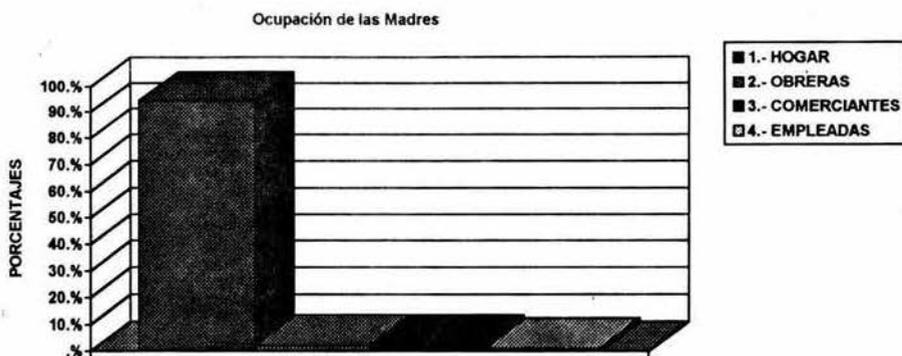
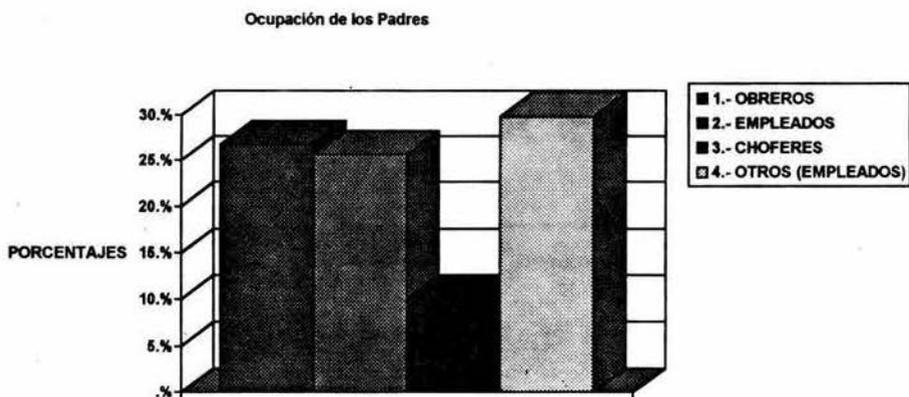


Gráfico No.3 Escolaridad de los Padres

En relación a la ocupación de los mismos; 94.4% de las madres se dedica al hogar, el restante se distribuyó en obreras(2.2%), comerciantes(2.2%) y empleadas (1.1%). Mientras que la ocupación de los padres presentó más variantes, destacándose el 26.7% para obreros; 25.6% empleados, 10% choferes y el 29.8% restante se emplea en diversas actividades y oficios como comerciantes, velador, mecánico, vendedor ambulante, jubilado y desempleado (Ver Gráfica No. 4 y No. 5).



Gráfica No. 4 Ocupación de las Madres



Gráfica No. 5 Ocupación de los Padres

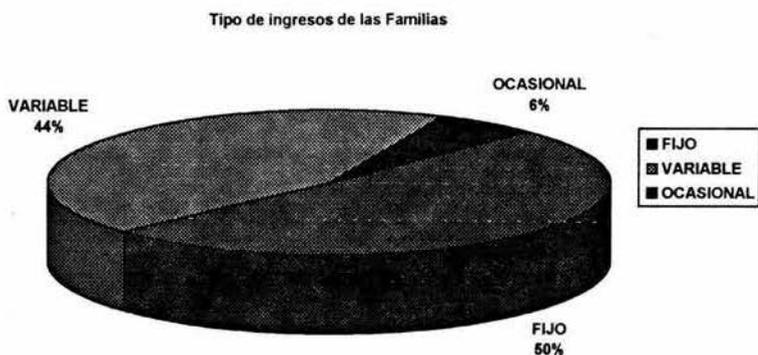
La mayoría de las familias de las personas con retardo tienen dos y tres hijos (27 y 26 familias respectivamente), lo que nos indica que pertenecen a familias no numerosas. Por otro lado solo 8 de las personas con retardo son hijos únicos, y una familia tiene 13 hijos (Ver Tabla No. 1).

No. DE HIJOS	No. DE FAMILIA	%
1	8	9 %
2	27	30 %
3	26	29 %
4	10	11.1 %
5	6	6.6 %
6	7	7.7 %
7	2	2.2 %
8	2	2.2 %
9	1	1.1 %
13	1	1.1 %

Tabla No. 1 Número de hijos que integran las familias.

Con respecto al ingreso mensual de las familias el 50 % es fijo; 44 % variable y solo el 6 % es ocasional (Ver Gráfica No. 6). El 28.9% de las familias percibe un ingreso menor al salario mínimo; el 11.1% tres salarios mínimos; y solo el 7.8% cuatro salarios mínimos (Ver Tabla No. 2).

Cabe resaltar de estos datos que no existe una gran diferencia entre que el ingreso sea fijo o variable y que la mayoría de las percepciones mensuales de estas familias están entre menos de un salario mínimo y dos salarios mínimos (Gráfica No. 6 y Tabla No.2).



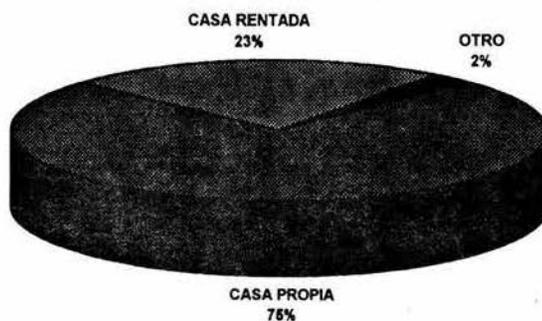
Gráfica No.6

PERCEPCIONES MENSUALES POR SALARIOS MÍNIMOS	%
— DE UN SALARIO MÍNIMO	28.9 %
1 SALARIO MÍNIMO	26.7 %
2 SALARIOS MÍNIMOS	22.2 %
3 SALARIOS MÍNIMOS	11.1 %
4 SALARIOS MÍNIMOS	7.8 %

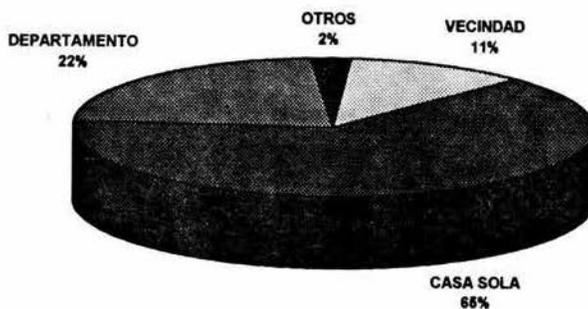
Tabla No. 2 Percepciones mensuales de las familias

El 75 % de las familias posee casa propia; 23 % la tiene rentada y 2 % mantiene otra condición (Ver Gráfica No.7).

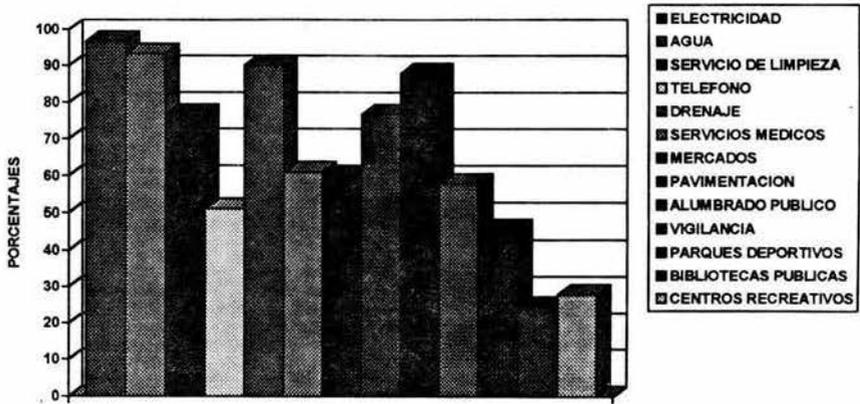
El 65 % reporta que es casa sola; 22 % como departamento; vecindad el 11 % y otro el 2 % (Ver Gráfica No. 8).



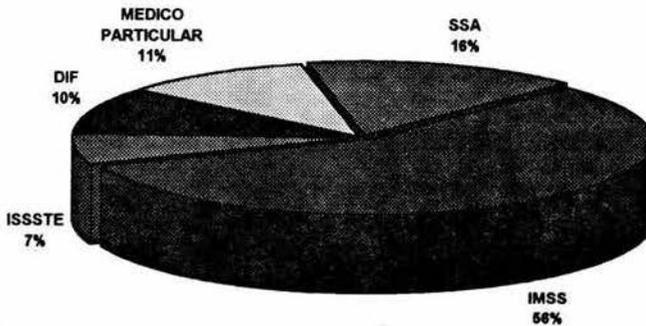
Gráfica No. 7 Condición de la casa que habitan



Gráfica No. 8 Tipo de casa que habitan



Gráfica No.9 Servicios públicos de sus casas habitación



Gráfica No. 10 Instituciones de salud a las que pertenecen las familias

La casa y el lugar donde habitan cuenta con los servicios de electricidad en el 96.6%; agua potable 93.3%; servicios de limpia 76.7%; teléfono 51.1%, drenaje 90%, servicio médico 61% mercados 60%, pavimentos 76.6%; alumbrado público 87.8%, vigilancia 57.8%, parque y deportivos 45.6% bibliotecas públicas 24.4%; centros recreativos 27.8% (Ver Gráfica No. 9).

Es importante hacer notar que la mayoría de las familias cuenta con los servicios básicos en su comunidad excepto los de cultura y esparcimiento como son los centros recreativos y bibliotecas.

El 56.7% de las familias reportan que el medio de transporte que utilizan comúnmente son camiones y peseros.

Por último se encontró que el 56% de las familias pertenecen al servicio de salud del IMSS; el 16% al S.S.A.; 10% al D.I.F ; 7% al I.S.S.S.T.E ; y el restante 11% al médico particular (Ver Gráfica No. 10).

ANÁLISIS DESCRIPTIVO

En este apartado se realizará el estudio de la estimación de los parámetros y el análisis de las distribuciones obtenidas en la población al examinar los indicadores de riesgo que conformaron cada área.

En la figura X se muestra el promedio de los indicadores generales de riesgo de cada área que se investigaron en la población estudiada.

Cabe mencionar que los datos de la gráfica se refieren al promedio por cada 10 individuos.

Se observa que el área de trastornos durante el parto presentó el promedio más alto de los indicadores (4.27); seguida por el área de problemas del niño después del nacimiento con (3.44) continuando las áreas de antecedentes familiares y padecimientos en el embarazo con (2.18) y (2.02) respectivamente. En cuanto a los promedios menores encontrados se obtuvieron éstos en las áreas de historia gestacional de la madre (1.27) y adicciones de la pareja con (0.97).

Las medias de los indicadores por área se muestran en la tabla No. 3

TOTALES			
	NUMERO DE INDICADORES	SUJETOS	X
ADIC DE LA PAREJA	6	90	.97
ANT. FAMILIARES	13	90	2.18
PADECIMIENTOS EN EL EMBARAZO	16	90	1.90
HISTORIA GESTACIONAL	6	90	1.27
TRASTORNOS EN EL PARTO	21	90	4.27
PROBLEMAS DEL NIÑO DESPUES DEL NACIMIENTO	17	90	3.44

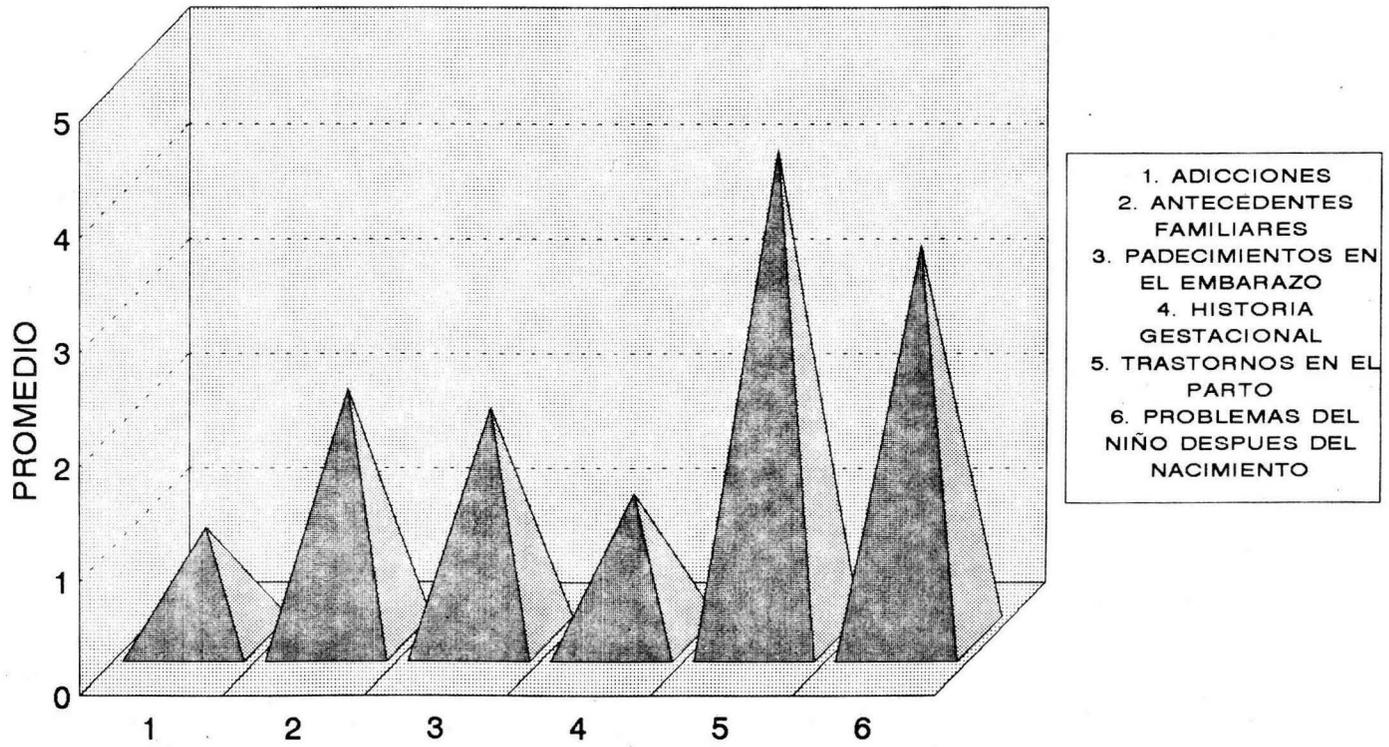
Tabla No. 3 Promedio de los indicadores por àrea de la poblaciòn estudiada

Por otro lado se analizaròn las distribuciones obtenidas en cada una de la àreas evaluadas; Adicciones de la pareja; Antecedentes familiares; Padecimientos durante el embarazo; Historia gestacional de la madre; Trastornos durante el parto y Problemas delniño después del nacimiento.

El àrea de adicciones de la pareja estuvo conformada por 6 indicadores:

- 1.-La madre ingiere alcohol
- 2.-La madre fuma
- 3.-Otra adicciòn de la madre
- 4.-El padre ingiere alcohol
- 5.-El padre fuma
- 6.-Otra adicciòn del padre

FIGURA X. PROMEDIO DE LOS INDICADORES DE RIESGO EN LAS AREAS EVALUADAS



Los resultados obtenidos en esta área se muestran en la tabla No. 4 en ella se observa que casi la mitad de la población no tiene ninguna adicción, y la otra mitad entre una y cinco adicciones, siendo el mayor porcentaje el de una adicción.

NUMERO DE INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	42	46.2
1	23	25.3
2	17	18.7
3	5	5.5
4	3	3.3
5	1	1.1

Tabla No. 4 Resultados de los indicadores de riesgo obtenidos en el área Adicciones de la pareja.

El área de Antecedentes familiares estuvo conformada por 13 indicadores;
Alguno de los familiares ha padecido:

- | | | |
|---------------|-------------------|--------------------------------|
| 1.-Diabetes | 6.- Ceguera | 11.- Cardiopatias |
| 2.- Cáncer | 7.- Demencia | 12.- Problemas psicósomáticos. |
| 3.-Sifilis | 8.- Alcoholismo | 13.- otro padecimiento |
| 4.- Epilepsia | 9.- Nerviosismo | |
| 5.- Sordera | 10.- Tuberculosis | |

En esta área se observa que más del 50% de la población tuvo entre 1 y 2 factores de riesgo; más del 20% tres y cuatro y sólo 1 persona tuvo ocho indicadores (Ver Tabla No. 5)

NUMERO DE INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	12	13.2
1	25	27.5
2	23	25.3
3	10	11.0
4	12	13.2
5	6	6.6
6	2	2.2
7	0	0
8	1	1.1
9 o Mas	0	0

Tabla No. 5 Resultados de los indicadores de riesgo obtenidos en el área de Antecedentes familiares.

El área de Padecimientos durante el embarazo se conformó por 16 indicadores.

- 1.- Embarazo del niño no fue deseado.
- 2.- Tuvo problemas emocionales o familiares fuertes.

Padecimientos de:

- 3.- Infecciones
- 4.-Traumatismos
- 5.-Hemorragias
- 6.-Intoxicaciones
- 7.-Convulsiones
- 8.-Hipertensión arterial
- 9.-Rubeola
- 10.-Alcoholismo
- 11.-Intervención quirúrgica
- 12.-Exposición a rayos x
- 13.-Alimentación deficiente
- 14.-Amenaza de aborto
- 15.-Otro padecimiento
- 16.- Sufrió un accidente en el embarazo.

En la Tabla No. 6 se muestran los resultados para el área de Padecimientos durante el embarazo, observándose que la tercera parte de la población (38.5) tuvo al menos un indicador de riesgo y más del 40% entre dos y tres indicadores, y solo el 5.5% no presentó ninguno.

NUMERO DE INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	5	5.5
1	35	38.5
2	22	24.2
3	19	20.9
4	8	8.8
5	1	1.1
6 o Mas	0	0

Tabla No. 6 Resultados de los indicadores de riesgos obtenidos en el área de Padecimientos durante el embarazo.

El área Historia gestacional de la madre se conformó por 6 indicadores

- 1.-Edad de la madre cuando nació el niño (mayor de 34 años)
- 2.-Embarazos hasta la fecha (más de 4)
- 3.-Número de embarazo del niño (4 en adelante)
- 4.- La duración del embarazo fue menor de 9 meses
- 5.-Presento abortos
- 6.-Los abortos ocurrieron antes del embarazo del niño.

Respecto a esta área los resultados se muestran en la tabla No. 7, en ella se observa que 34.1% de la población no presentó ningún factor de riesgo, 30.8% un factor, 17.6% dos factores y solo 2.2% tuvieron cinco factores de riesgo y ninguna persona presentó seis indicadores.

NUMERO DE INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	31	34.1
1	28	30.8
2	16	17.6
3	10	11.0
4	4	4.4
5	2	2.2
6	0	0

Tabla No. 7 Resultados de los indicadores de riesgo obtenidos en el área Historia gestacional de la madre.

El área de Trastornos durante el parto se conformó por 21 indicadores.

- 1.-El niño nació en lugar inadecuado
- 2.-El parto lo atendió personal sin preparación para ello.
- 3.-El parto fue prematuro.
- 4.-El parto no se atendió a tiempo.
- 5.-El parto no fue normal.
- 6.-La presentación del niño al nacer no fue de cabeza.
- 7.-No presento dolores antes del parto.
- 8.-Número de parto (más de 3).
- 9.-El niño presento problemas de respiración.
- 10.-El niño presento convulsiones.
- 11.-El niño estuvo en incubadora.
- 12.-Parto practicado con anestesia.
- 13.-Parto practicado con sedantes.
- 14.-Parto practicado con bloqueo.
- 15.-Rompimiento de fuente.
- 16.-El niño tenía enredado el cordón.
- 17.-No existió dilatación.
- 18.-Tuvieron que rasgar.
- 19.-Fue parto seco.
- 20.-Otro problema durante el parto.
- 21.-El peso del niño fue menor a 2,500 kg.

En el área de trastornos durante el parto se observa que la tercera parte de la población (31.9%) presentó cuatro de los 21 indicadores de riesgo en el momento del parto, el 23.1% de la población presento cinco, 16.5% tres, el 9.9% seis, y sólo el 3.3% ocho indicadores, observándose que ninguna persona tuvo más de ocho, mientras que sólo el 1.1% reporta no haber presentado ninguno de los 21 indicadores (Ver Tabla No. 8)

NUMERO DE INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	1	1.1
1	1	1.1
2	8	8.8
3	15	16.5
4	29	31.9
5	21	23.1
6	9	9.9
7	4	4.4
8	3	3.3
9 ó más	0	0

Tabla No. 8 Resultados de los indicadores de riesgo obtenidos en el área Trastornos durante el parto.

El área de Padecimientos del niño después del parto estuvo conformada por 17 indicadores.

El niño presento:

- 1.-Anoxia
- 2.-Desnutrición
- 3.-Parasitosis
- 4.-Enfermedades en el riñón
- 5.-Sarampión
- 6.-Epilepsia
- 7.-Meningitis
- 8.-Encefalitis
- 9.-Lesión cerebral
- 10.-Temperaturas elevadas
problemas de la vista
- 11.-Lagrimo
- 12.-Estrabismo
Problemas del oído
- 13.-Inflamación
- 14.-Se reventó el oído
- 15.-No escucha bien
- 16.-Sufrió algún accidente
- 17.-Presento algún golpe o caída

Por último, en esta área de problemas del niño después del nacimiento, el 11% presento un indicador de riesgo, cerca del 20% presentaron ya sea dos, tres ó cuatro indicadores, 13.2% cinco; y sólo una persona tuvo diez indicadores, observándose que ninguna persona mostró más de once (Ver Tabla No. 9)

NUMERO DE INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	3	3.3
1	10	11.0
2	19	20.9
3	17	18.7
4	19	20.9
5	12	13.2
6	5	5.5
7	2	2.2
8	3	3.3
9	0	0
10	1	1.1
11 o más	0	0

Tabla No. 9 Resultados de los indicadores de riesgo obtenidos en el área de padecimientos del niño después del nacimiento.

A continuación se analizarán aquellos reactivos que fueron estructurados en forma abierta.

En cuanto a la detección del retardo en el desarrollo de sus hijos; los padres expresaron una gran diversidad de respuestas; por lo que fue necesario agruparlas en categorías genéricas de detección:

- 1) Comportamiento
- 2) Al nacimiento
- 3) Síntomas
- 4) Referidos y reportados por la maestra

Para la primera se encontró que los padres sospecharon que su hijo tenía problemas ya que los niños exhibían conductas de no sentarse; no caminar; no hablar; no pronunciar correctamente; no sostener la cabeza; no manipular objetos; no moverse etc. Otros se percataron en el momento del nacimiento de los niños; por que presentaron problemas para respirar; y en algunos casos el médico ó pediatra les informó del retardo del niño (por ejemplo los casos del Síndrome de Down), En otras circunstancias los niños manifestaron síntomas como ataques epilépticos y convulsiones. También reportaron que los niños presentaban problemas de aprendizaje y conducta, por no mantener su atención y ser muy inquietos.

Con respecto a la edad en que fue detectado el problema del retardo en los niños, se presentan los siguientes datos; Tabla no. 10.

En general se observa que en esta población existió una detección temprana del retardo, lo que posiblemente permitió iniciar la rehabilitación y así evitar la agudización del mismo, por lo que es importante examinar los datos de los porcentajes de 14.4% y 13.3% en donde el primero corresponde a los recién nacidos y el segundo a los niños que contaban con dos años de vida cuando fueron detectados sus problemas en el desarrollo.

EDAD DEL NIÑO AL DETECTARLE EL RETARDO	PORCENTAJE
RECIÉN NACIDO	14.4
1 A 3 MESES	10.0
4 MESES A 6 MESES	8.9
7 MESES A 9 MESES	5.6
1 AÑO	8.9
2 AÑOS	13.3
3 AÑOS	8.9
4 AÑOS	3.3
5 AÑOS	4.4
6 AÑOS	6.7
7 AÑOS	1.1
8 AÑOS	2.2
9 AÑOS	2.2
11 AÑOS	1.1

Tabla No. 10 Edad en que se detectó el problema de retardo en el niño.

Por otra parte los padres de familia expresaron que acudieron a solicitar Información acerca del problema de su hijo con diferentes especialistas e instituciones (Ver Tabla No. 11)

PROFESIONISTAS	FRECUENCIA
PSICÓLOGO	6
MEDICO PARTICULAR	6
NEURÓLOGO PARTICULAR	3
PSIQUIATRA	1
ORTOPEDISTA	1

INSTITUCIONES	FRECUENCIA
IMSS	23
CUSI	13
HOSP. INFANTIL MEX.	9
IMAN	5
SEP	3
ISSSTE	2
C.R.M. ESCOBEDO	2
DIF	2
S.S.A.	2
CENTRO MEDICO	1
HOSP. GENERAL	1
HOSP. PEMEX	1
FONIATRIA	1
HOSP. PSIQUIATRICO	1
INST. DE COM. HUM.	1
INPER	1
ESC. EDUC. ESP.	1

Tabla No. 11 Profesionistas e Instituciones a las que acudieron los padres a solicitar Información.

Con respecto a la Información que el médico les proporcionó a los padres de los niños con retardo, ésta se categorizó para análisis en tres rubros generales:

- Información realista
- Información absurda
- Información confusa

Dentro de las primeras se les dijo entre otras cosas, que el niño tenía retardo psicomotor y necesitaba rehabilitación; que era un niño con Síndrome de Down y que si se trataba adecuadamente podría ser autosuficiente; que era deficiente mental, que tenía parálisis cerebral, que tenía inmadurez; que tenía lesión cerebral, etc.

En la Información absurda o fatalista se les mencionó: “que con los Down no se podía hacer nada”; “que no duraría el niño y moriría”; “que no podría caminar, hablar y crecer”; “que el niño tenía cerebro chiquito”; “que el niño estaba muy mal y no había esperanza de vida”; “que se resignara porque el niño no tenía solución”; “que el niño presentaba problemas por tener las orejas atrás, la lengua afuera y no viviría mucho tiempo”; “que el niño tenía una célula muerta y no viviría y no lograría caminar ni hablar”.

En cuanto a la última categoría de Información, lo que se les comunicó fue que: “que el niño no tenía nada”; “que era cuestión de tiempo y hablaría bien”; “que necesitaba convivir con niños”; “que todos los niños eran iguales en su desarrollo”; “que la niña estaba muy consentida y por eso no hablaba bien”; “en el I.M.S.S. que era normal y sólo estaba pequeña”; “que no tenía nada de cuidado”.

En este rubro podemos sintetizar que la Información que recibieron los padres de esta población con respecto al problema de su hijo; no fue adecuada, ya que el mayor porcentaje mostró contenidos desalentadores y poco confiables.

Por otra parte en lo que se refiere a los niños; 22 de ellos se canalizaron a terapia de rehabilitación (terapia de lenguaje, hidroterapia, terapia física, terapia ocupacional); 20 recibieron tratamiento a base de fármacos (epamin, fenobarbital, tegretol, complemento vitamínico difenilhidantoina, ácido valproico, carbamazepina, diazepam, anticonvulsivos, depakene, atemperator, ribotril, vacuna genética); 14 fueron enviados a educación especial; a 2 se les realizaron estudios (encefalogramas); 2 fueron quirúrgicamente (extirpación de tiroides, mamoplastia) el resto reportó que no recibió ningún tratamiento.

Respecto a la edad en que empezaron a asistir a un centro de rehabilitación la Información se encuentra concentrada en la tabla No. 12

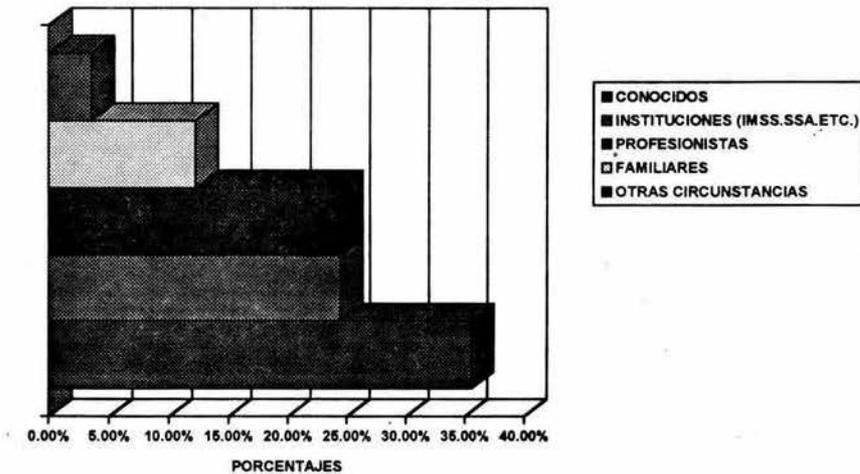
En dicha tabla podemos notar que un gran porcentaje (42.9%) de los niños asistió tempranamente a recibir educación especial (de un mes hasta cuatro años): Sin embargo el 12.2% corresponde a los niños que ya contaban con 6 años cuando acudieron a recibir ayuda los cuales ya cursaban la educación primaria y fueron canalizados para otorgarles atención especializada. Por otra parte el 24.2% acude a recibir ayuda a partir de 7 años y hasta los 19.

EDAD DE LOS NIÑOS	FRECUENCIA	%
1 MES A 3 MESES	6	6.6
4 MESES A 6 MESES	7	7.7
7 MESES A 10 MESES	4	4.4
1 AÑO	4	4.4
2 AÑOS	6	6.6
3 AÑOS	5	5.5
4 AÑOS	7	7.7
5 AÑOS	4	4.4
6 AÑOS	11	12.2
7 AÑOS	4	4.4
8 AÑOS	5	5.5
9 AÑOS	4	4.4
10 AÑOS	3	3.3
11 AÑOS	3	3.3
12 AÑOS	2	2.2
19 AÑOS	1	1.1

Tabla No. 12 Edad de los niños en que acudieron a un centro de Rehabilitación.

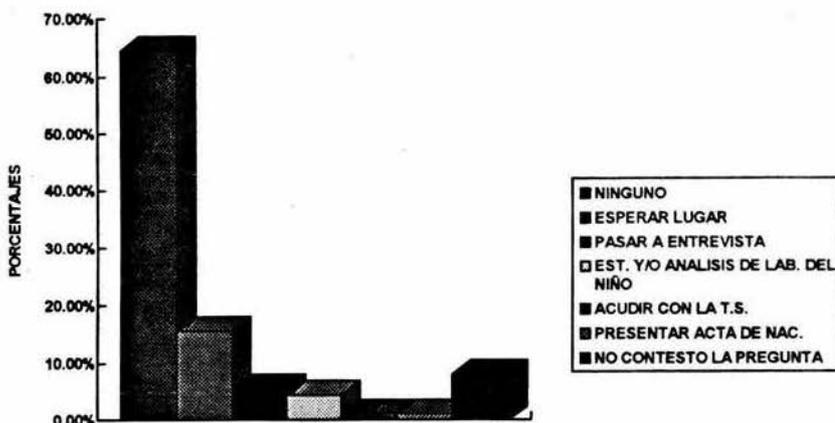
Por último este rubro se analizó el servicio que estos niños reciben en la CUSI, que es el lugar donde se realizó la investigación.

Acerca de cómo fue que se enteraron del servicio que presta la CUSI en lo referente a Educación Especial: el 35.5% fue por medio de conocidos, 24.4% por instituciones como el IMSS, SSA, CLI. RIO BANGUEOLO, DIF, COORD. 1y2 de la SEP, CETEDUCA, HOSPITAL CEYLAN, etc., el otro 24.4% por profesionistas (pediatras, médicos, psicólogos y maestros), el 12.2% por familiares y el restante 3.5% por otras circunstancias (Ver Gráfica No. 11).



Gráfica No. 11 Como se enteran del servicio que brinda la CUSI.

En cuanto a cuales fueron los requisitos para recibir atención, el 64.4% reporto que ninguno: el 15.5% esperar lugar, el 5.5% pasar a entrevista, el 4.4% mencionó que se les solicito realizarle estudios y análisis al niño, el 1.1% debia acudir con la trabajadora social: el otro 1.1% reporto tenia que presentar el acta de nacimiento y por último el 8% no contesto esta pregunta. (Gráfica No. 12)



Gráfica No. 12. Requisitos para recibir atención en la CUSI.

Con respecto al tiempo en que permanecieron en lista de espera para obtener la atención, la mitad de la población reportó que su ingreso fue inmediato (52.2%), el 12.2% espero 2 meses, el 7.8% de quince días a un mes, el 6.7% tres meses, el 5.6% un año, el 4.4% seis mese, el 3.3% un mes, el 1.1% año y medio y el resto del porcentaje no contesto (Ver Tabla No. 13).

En relación a si les fue proporcionada Información sobre otros lugares o escuelas donde podían ser atendidos sus hijos el 56.7% menciono que no, 40% que sí y el 3.3% no reportó ninguna condición.

En cuanto si durante el tiempo en que espero el niño recibió atención en algún lugar sólo el 29% contesto afirmativamente, el 60% refirió que no y el 11% no contesto.

PORCENTAJE	TIEMPO DE INGRESO
52.2 %	INMEDIATO
7.8 %	15 DÍAS
3.3 %	1 MES
12.2 %	2 MESES
6.7 %	3 MESES
4.4 %	6 MESES
5.6 %	1 AÑO
1.1 %	1 ½ AÑO
6.7 %	NO CONTESTO

Tabla No. 13. Tiempo en que ingresaron al servicio de educación especial.

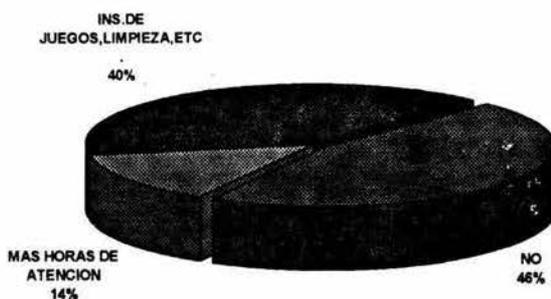
Por otra parte, los padres de los niños consideran que las instalaciones de la CUSI se encuentran en buen estado (82%); (Gráfica No. 13)

El servicio en general les parece bueno en un 90% porque los niños avanzan y aprenden, “La terapia les sirve para seguir adelante”, “Es una ventaja que existan lugares así”, “Están bien atendidos, las maestras les tienen paciencia les enseñan y ayudan”; mientras que el 10% restante reportó que la CUSI le falta limpieza, y “Que es poco el tiempo de atención”.



Gráfica No. 13. Condiciones en que se encuentran las instalaciones de la CUSI.

Aunado a lo anterior se les preguntó si les gustaría que se modificara algo en la CUSI: a lo que el 46% contestó que no, el 14% solicitó aumentar el número de horas de atención en los grupos, el restante 40% sugirió entre otras cosas “Que otorguen algún tipo de certificado o comprobante; “Que instalen más juegos y los mantengan en buenas condiciones”, “Que existan actividades para las madres mientras esperan a sus hijos”, “Que las actividades de los talleres estén dirigidas a labores que les permitan posteriormente trabajar”, “Que existan más maestros para cierto tipo de terapias”, “Que se ponga más atención en la limpieza de salones y baños”, “Que se mejore el mobiliario”, y por último que se difunda más el servicio que presta”. (Gráfica No. 14)



Gráfica No. 14 Propuestas de modificación para la CUSI.

En cuanto a lo que proponen para mejorar el servicio, los padres mencionan: “Que se debería de cobrar una cuota para comprar el material que se utiliza con los niños”, “Incrementar el número de salones y cubículos”, “Abrir un espacio para los adultos con retardo donde se les capacite para que puedan trabajar”, “Que estudios como encefalogramas, tomografías, análisis de laboratorio, etc se realicen en la CUSI”, “Mejorar la comunicación entre padres y maestros para el buen manejo de los niños”, “Que se amplíe el horario”, “Que se instalen salas de rehabilitación física”, “Mejorar la limpieza”, y “Que proporcionen terapia de lenguaje”.

Al indagar sobre las habilidades que tenían sus hijos cuando llegaron a la clínica el 37% indicó que ninguna: 9% refirió que sólo pronunciaban algunas palabras y el 6% que su hijo no hablaba. En el área académica el 9% no sabía tomar dictado, no leían bien y presentaban problemas en matemáticas, 8% realizaban actividades de recortado, iluminado y dibujado. En motora gruesa el 7% no caminaba, el 24% restante de los niños en el área de autocuidado no lograban bañarse, comer por sí mismos, ni ir al baño, ponerse y abrocharse los zapatos y servirse agua ellos mismos.

Por otra parte, los padres mencionan que desde que están sus hijos en la CUSI han aprendido: en el área de autocuidado a vestirse solos, peinarse, bañarse, lavarse manos y cara, controlar esfínteres y salir solos a la calle.

En el área motora a caminar mejor, subir y bajar escaleras, agacharse y una gran mejoría en sus movimientos. En el área de lenguaje a hablar nuevas palabras, corrección de la pronunciación de algunas letras, iniciación en el lenguaje verbal. En académicas a escribir sin errores, realizar operaciones matemáticas, mejoría en la caligrafía, conocimiento de números, letras, colores y lectura fluida. En el área social los niños platican, saludan se integran más con las personas, interactúan entre sus mismos compañeros y maestros, participan en juegos organizados y de competencia, bailan y se muestran afectuosos dando besitos. En el área conductual son más atentos en las clases, se muestran menos agresivos, más tranquilos, no presentan conductas de berrinche ni se chupan el dedo, son obedientes.

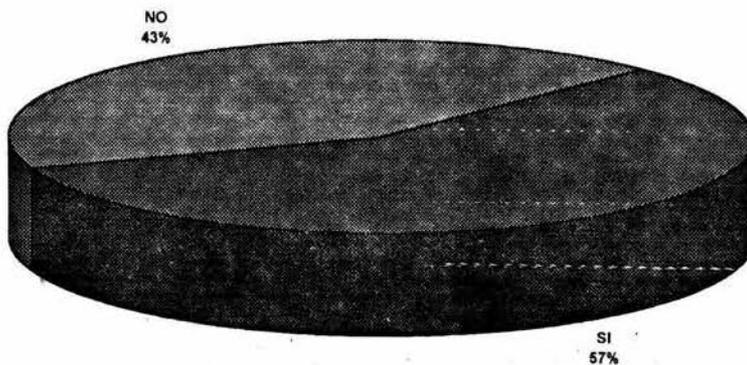
Acerca del tiempo que tienen asistiendo los niños al servicio de la CUSI, un 30% tienen de un mes a tres meses, otro 30% de dos a cuatro años, 12% de cuatro meses a seis meses, 9% de diez meses a un año, 8% de cinco a siete años, 3.3% de tres días a quince días, 3.3% de once a trece años, 2.2% de ocho a diez años, 1.1% de siete a nueve meses y el último 1.1% refirió que varios semestres.

Tiempo que tienen asistiendo los niños al servicio de la CUSI.

Tiempo de asistencia al servicio de los niños a la CUSI	%
DE 3 A 15 DÍAS	3.3
DE 1 A 3 MESES	30 %
DE 4 A 6 MESES	12 %
DE 7 A 9 MESES	1.1 %
DE 10 MESES A UN AÑO	9 %
DE 2 A 4 AÑOS	30 %
DE 5 A 7 AÑOS	8 %
DE 8 A 10 AÑOS	2.2 %
DE 11 A 13 AÑOS	3.3 %
VARIOS SEMESTRES	1.1 %

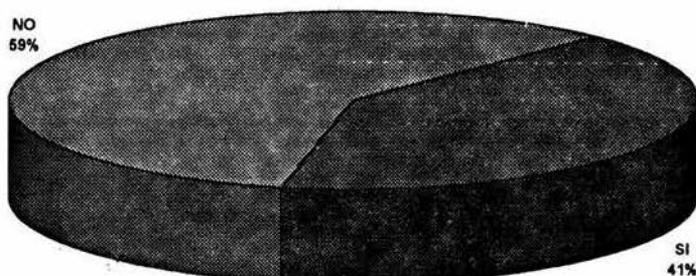
Tabla No. 14 Tiempo de asistencia al servicio.

En relación a si los papás han recibido algún tipo de entrenamiento especial para la rehabilitación de su hijo, el 57% de los padres indicó afirmativamente y el 43% reportó que no. (Gráfica No. 15)



Gráfica No. 15 Padres de familia que han recibido entrenamiento para la rehabilitación de sus hijos.

Sin embargo, al preguntarle si creen estar capacitados para proporcionar la educación integral a sus hijos con retardo, 59% adujo que no y sólo el 41% mencionó que sí. (Gráfica No. 16)



Gráfica No. 16. Opinión de los padres de familia con respecto a proporcionarles una educación integral a sus hijos con retardo.

Al solicitarles que indicaran el tipo de apoyo escolar que les gustaría les proporcionará la CUSI, el 75.5% demandó cursos y pláticas 24.5% pidió se les proporcione material didáctico y programas de como tratar a estos niños.

Finalmente agradecen a los maestros y psicólogos el avance de sus hijos, la atención y el trato que reciben los niños y el que se cuente con un espacio de enseñanza para ellos, así como la oportunidad de brindarles a ellos como padres ayuda en el manejo y trato de sus hijos, así mismo sugieren que se les enseñe a los niños conceptos cívicos y las tradiciones y que se establezcan enlaces con las instituciones o empresas para que les brinden oportunidades de empleo a las personas con retardo.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES Y DISCUSION

La investigación antes citada, se dedicó al estudio de la relación existente entre los factores de riesgo y la aparición del retardo en el desarrollo de los niños que acuden a la Clínica Universitaria de Salud Integral (CUSI), se contó con 90 niños: 45 del sexo femenino y 45 del masculino con un rango de edad de 1 a 34 años. Estos casos correspondieron al (73.17 %) de la población total.

Los hallazgos indican que en general la escolaridad de sus padres es baja (nivel primaria), la ocupación de las madres es el hogar, y los padres se desempeñan como obreros, empleados y en diversos oficios. Las familias no son numerosas, por que en promedio tienen dos y tres hijos; su nivel económico es bajo perciben mensualmente menos de un salario mínimo y algunas dos salarios mínimos.

Sus condiciones de vivienda son buenas, en su mayoría poseen casa propia y cuentan con los servicios básicos de cualquier comunidad. Principalmente son derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Como se puede observar esta población pertenece a un estrato socioeconómico bajo; en correspondencia a lo que señala Galindo E. (1984) en cuanto a que este aspecto es una condición que favorece el que se presente el retardo en el desarrollo e incluso otros problemas de salud en las poblaciones.

Con respecto a la problemática del retardo en el desarrollo, ésta se abordó a través de indicadores (factores) de riesgo, conformando áreas de estudio.

En los casos de estos niños se encontró que el área de trastornos durante el parto presentó el promedio más alto de indicadores de riesgo, seguida por el área de problemas del niño después del nacimiento, continuando las áreas de antecedentes familiares y padecimientos durante el embarazo; por último las áreas historia gestacional de la madre y adicciones de los padres.

Es importante señalar que la mayoría de las áreas en aislado aparecen como no significativas en relación con la presencia del retardo en estos niños; sin embargo, lo que nosotros creemos es que cada uno de los casos presentó diversos factores de las diferentes áreas, o incluso un solo factor pudo ser el causante del retardo.

Por ejemplo, en un caso la madre durante el embarazo tuvo una alimentación deficiente, en el momento del parto no se le atendió a tiempo y el niño presentó

problemas de respiración. Otro ejemplo en el que un sólo factor desencadenó el retardo, es el de un niño cuya madre contrajo rubéola durante el embarazo.

Por otro lado, como ya se abordó en el capítulo teórico del retardo en el desarrollo, la aparición del retardo en los individuos debe considerarse multicausal, ya que inciden en él factores de tipo biológico, conductual y social.

Estos factores se clasifican de acuerdo al momento en que afectan al sujeto en pre-natales, peri-natales y post-natales.

Autores como León y Vidal (1980), señalan que los factores peri-natales, junto con las infecciones, son las principales causas de daño neurológico.

En la presente investigación, se corrobora éste planteamiento ya que en esta población, el área de trastornos durante el parto fue la que presentó el promedio más alto de indicadores de riesgo, ya que la tercera parte de los casos presentó cuatro de los veintidós factores analizados. Tal como se puede observar por ejemplo en las frecuencias obtenidas para algunos indicadores, como los problemas de insuficiencia respiratoria en el niño, crisis convulsivas, estancia en la incubadora por más de quince días, rompimiento de la fuente, entre otros.

Es necesario mencionar que los factores de riesgo en el parto no sólo desencadenan retardo sino otros problemas de salud en el recién nacido que tienen que ver con la mortalidad y morbilidad del infante, e incluso con la madre misma. Estas pueden ser prematuridad, trauma obstétrico, hipoxia perinatal, ictericia neonatal, anemia neonatal, trastornos metabólicos, infecciones neonatales, trabajo de parto anormal, parto pretérmino, sufrimiento fetal, accidentes del cordón umbilical, infección de vías urinarias, etc.

De igual manera los factores post-natales (problemas del niño después del nacimiento) aparecen como la segunda área significativa en esta población, es decir, entre los padecimientos que al complicarse producen daño al sistema nervioso central, en estos niños se encontró el de amigdalitis, bronquitis, parasitosis, diarreas frecuentes, desnutrición, enfermedades del corazón y del riñón; así como los directamente asociados con el retardo como lo es anoxia, sarampión, epilepsia, meningitis, lesión cerebral y lesiones en la cabeza, provocadas por golpes, accidentes o caídas fuertes.

Es esencial resaltar en este momento que los 79 factores de riesgo agrupados en las diferentes áreas se presentaron en esta población, las frecuencias obtenidas que se distribuyeron para cada uno de ellos lo confirman así.

Por otra parte, existen otras condiciones independientes del binomio madre-hijo, que generan problemas en el niño y que tienen que ver con el personal de salud (especialistas, médico, enfermera, asistente, etc.) que atiende el parto y su estancia en la clínica u hospital.

Inicialmente esperamos y deseamos estén capacitados en el manejo del instrumental y equipo, así como en el empleo correcto y oportuno de los medicamentos, en especial de analgésicos y anestésicos.

Las maniobras que se realicen con el recién nacido deben ser suaves y delicadas, y por tener cierta tendencia a sufrir de infecciones, el personal que lo atienda debe extremar los cuidados en la esterilización del instrumental, la asepsia; y antisepsia; lavándose las manos, aseando cuidadosamente las mamilas, cucharas y evitarle el contacto con personas que sufran padecimientos virales.

Por desgracia en algunos casos existe cierta torpeza en el manejo del recién nacido, por ejemplo al momento de la expulsión llegan a presentarse accidentes, como el que se les resbale el niño de las manos al médico, provocándole daños irreparables; o bien el uso inadecuado de forceps. También cabe hacer mención lo perjudicial que es para la madre y el hijo el comportamiento negligente y las decisiones no acertadas durante su atención por parte de éste personal.

En cuanto a la actitud y manejo de la información que proporcionó el área médica a los padres de estos niños en relación al problema del retardo, observaríamos primeramente que acuden a ellos de modo privilegiado toda vez que la concepción de salud-enfermedad, se ubica en el saber de la medicina. Sin embargo, habría que cuestionar si toda la información fue acertada u oportuna; si cubrieron las expectativas de los padres, o aún más si realizaron un buen diagnóstico e implementaron un tratamiento adecuado, así como qué tipo de canalización realizaron.

Para los médicos en ocasiones todo tipo de retardo es descrito como lesión cerebral mínima, ¿hasta dónde esto " les ayuda " a padres y niños o " nos ayuda " a psicólogos y maestros especialistas?, dado que este término por un lado es muy genérico y por el otro reduce las características específicas de cada problemática, nosotros creemos que al personal médico le corresponde dar una explicación objetiva, utilizando para ello un lenguaje accesible.

Los comentarios anteriores obedecen a lo acontecido en esta población con respecto a la información tan dispersa que los padres reportan se les otorgó. Esta se agrupó en tres categorías para su análisis:

- a) Información realista
- b) Información absurda
- c) Información confusa

Como puede apreciarse sólo un tipo de información fué adecuada, ya que el mayor porcentaje mostró contenidos fatídicos y poco confiables. Por ejemplo se les comunicó " con los Down no se puede hacer nada " "que no duraría el niño y moriría", " que se resignaran porque el niño no tenía solución ".

Asimismo, a ciertos padres se les informó de manera errónea pues se les dijo: " el niño no tiene nada ", " todos los niños son iguales en su desarrollo ", " necesita convivir con otros niños ", " es cuestión de tiempo y hablará bien ".

Cabe destacar que esto afectó principalmente a los niños, debido a que no se les propocionó un diagnóstico preciso sobre su problemática,acarreando con ello el que no recibieran la atención especial oportunamente y conjuntamente un tratamiento apropiado.

Por otro lado, las funciones de detección como plantea la teoría , la realizan médicos, padres y maestros, en la presente investigación se llevó a cabo de manera similar.

En referencia a la edad en que fueron detectados sus problemas de retardo en estos niños, se observa que fue una población en la que existió una detección temprana ya que un 14,4% correspondió a recién nacidos; 10% a niños que tenían de uno a tres meses y el 13.3% a niños de dos años, así también un 12.2% en edad escolar (6 años) fueron detectados y enviados por sus maestros para recibir atención.

Autores como Ribes (1975) mencionan que para el problema del retardo en el desarrollo, la prevención primaria es un tanto difícil de realizar por ser tan complejo el número de factores que inciden en su causalidad, por lo que es más conveniente hablar de detección temprana.

Ahora bien, respecto a la edad en que empiezan a recibir educación especial, se tiene que el 42.9% asistió tempranamente a un centro de rehabilitación (de un mes hasta cuatro años). Contrastando con un 24% que lo hizo a partir de los siete años y hasta los diecinueve. Este último porcentaje tal vez sea el de aquellos casos en los que no se les atendió correctamente por información errónea a los padres,

diagnósticos imprecisos canalización inadecuada; falta de instituciones gubernamentales que atienden esta población, etc.

Dentro de las ventajas que conlleva una detección temprana y un tratamiento pertinente en los casos de retardo en el desarrollo, podemos señalar lo planteado en la teoría: el que se evita la agudización de la problemática; ya que el individuo tiene la posibilidad de adquirir conductas necesarias para corregir el problema o al menos parcialmente.

En la medida que el individuo logra nuevos repertorios se le facilitan cubrir sus necesidades personales y por ende depender cada vez menos de los individuos que lo rodean y así progresivamente conseguir su propia autonomía.

Las personas con retardo al obtener su independencia personal, alcanzan una adaptación social más dinámica y funcional, lo que en ocasiones les permite incorporarse a la vida laboral y en resumen tener un estilo de vida como cualquier ser humano.

Por otra parte, los problemas en el desarrollo pueden deberse a deficiencias orgánicas, crianza en ambientes físicos y sociales, privados de lo más esencial o a ambas condiciones. Es lógico pensar que la ausencia de condiciones mínimas de higiene, educación y vivienda entre otras son las causas de la existencia de dicha situación.

Tal como afirman Hinojosa, Galindo y Galguera (1984), que los fenómenos de atipicidad no son fenómenos aislados sino que se vinculan con aspectos sociales, culturales y económicos.

La ciencia epidemiológica se ha encargado de estudiar la relación existente entre las cuestiones sociales y las características individuales con la aparición de la enfermedad en poblaciones humanas, por ello se han analizado factores de riesgo dependientes de características demográficas como la edad, el sexo, o la raza. Otros factores de riesgo están ligados a características personales como la hipertensión arterial, la obesidad, la personalidad. A veces son los hábitos de una determinada cultura o niveles de desarrollo, lo que constituye el factor de riesgo, tal es el caso del consumo de tabaco, la vida sedentaria o las costumbres dietéticas. Hay factores ligados a características psicosociales, como las condiciones y avatares del tipo de empleo o el nivel educativo. Finalmente existen características hereditarias, individuales y familiares que se toman como factores de riesgo.

En este trabajo nos auxiliamos del método epidemiológico a fin de estudiar o analizar la relación entre los indicadores de riesgo del retardo en el desarrollo, descubriendo que las causas estudiadas se reafirman con las planteadas en la teoría, por lo que la aportación de este tipo de investigaciones están encaminadas a continuar la tarea de predicción de la aparición del retardo en otros individuos; a través de intensificar la promoción de la prevención de los factores de riesgo. La tarea de prevención que subyace a la ciencia epidemiológica tiene características distintivas en relación con el retardo en el desarrollo, ya que en cuanto a prevención primaria como señalan Salomon y Patch (1972), ésta debe dirigirse hacia los progenitores haciéndoles partícipes de los programas en educación para la salud, así mismo brindándoles una óptima atención médica en obstetricia y pediatría.

Sin embargo, para nosotros la prevención primaria debe ir más allá de estos aspectos; por ejemplo debe dársele información a las mujeres en edad fértil con una vida sexual activa, sobre riesgo reproductivo; cuidados indispensables para el curso de un embarazo normal; atención y características del neonato, etc. a través de pláticas, cursos y talleres.

Enfatizamos que la pareja debe intervenir en dichas actividades a fin de que se compartan responsabilidades y se posibilite asumir la paternidad (madre-padre) de una manera positiva e integradora.

La prevención secundaria y terciaria se orienta directamente con los niños a través de la identificación (diagnóstico) y tratamientos inmediatos de medicación o por medio de terapia individual o grupal así como de educación especial; rehabilitación física o vocacional.

Evidentemente la prevención del retardo requiere primero de un estricto cambio en la estructura social y en las prácticas de la vida social; los esfuerzos deben dirigirse a cambiar las prácticas nutricionales, la crianza de los niños, el alto índice de adicciones, las costumbres sexuales y de embarazo, las prácticas de salud, los potenciales educativos de la comunidad, los patrones de producción y consumo, la conciencia social y muchos otros aspectos de la vida en sociedad.

La tarea de prevención se realiza por medio de la educación para la salud, la cual se dirige a lograr un estado de bienestar, físico, mental y social; intentando elevar el nivel de vida de las personas; por lo tanto es un componente obligado en todos los programas de salud. Por este conducto se pretende crear conciencia de la responsabilidad del autocuidado, presentándoles las ventajas de adoptar actividades y conductas favorables para la salud, los riesgos y consecuencias que acarrear ciertas conductas negativas a nivel individual, familiar y de la sociedad como por ejemplo, las adicciones.

Con respecto a la cuestión del retardo, organismos como el I.S.S.S.T.E. llevan a cabo recientemente esta función con carteles, trípticos y posters cuyo contenido alerta a los padres sobre la prevención del retardo mental en el recién nacido . (ver anexos números 3, 4 y 5).

Elogiamos el que se efectúe esta actividad en instituciones de salud, puesto que son las que tienen una mayor cobertura de la población; tal vez en un futuro llegue a ser posible se realicen campañas para una detección temprana a la manera del sistema nacional de vacunación.

Algunos materiales que sirven para realizar la promoción referente a la prevención del retardo como ya se mencionó, son los trípticos o folletos; materiales de uso individual que contiene información breve sobre el tema, su finalidad es despertar el interés y curiosidad hacia el tema y los servicios que ofrece; los carteles (posters) es un recurso que abarca a un gran número de personas su elaboración atractiva y la información breve y precisa que contiene, hace, que sea una ayuda muy valiosa.

Y ya que hablamos de instituciones, tenemos que en México algunos investigadores reportan que un 10% de la población total del país está considerada como personas atípicas y que necesitan de una atención especializada; ahora bien, de este porcentaje se informa que sólo es atendido el 2.7%.

Ibarra, del Toro Rosales (1973 citados en Galindo E., 1984) señalan que aún cuando no se tienen cifras exactas, se calcula aproximadamente que el 26.8% de la población que requiere educación especial se encuentra en edad productiva; por lo que a pesar de la situación económica del país es digno de consideración.

En México la Secretaría de Educación Pública (S.E.P), es la única instancia gubernamental a la que se le ha asignado la responsabilidad de atender a esta población, sabemos de antemano que sus objetivos y funciones se dirigen de manera prioritaria a la atención de otras poblaciones y que las limitantes presupuestarias justifican de modo circunstancial el que no se cree o se dispongan de espacios que den respuesta a las demandas de estos individuos.

En cuanto a los servicios de educación especial con los que se cuenta hasta el momento a nivel nacional (La Educación Especial en México, 1981), éstos se clasifican en escolares, clínicos y de capacitación para el trabajo; a su vez los servicios escolares se dividen según las atipidades y edad del educando; en general las modalidades de atención son :

- Guarderías especializadas (de 3 meses a 3 años)
- Jardines de niños especializados (niños en edad preescolar)
- Escuelas de Educación Especial
- Centros de Educación Especial por cooperación
- Centros de Educación Especial de Capacitación para el Trabajo
- Industrias protegidas
- Grupos Integrados a los centros escolares regulares
- Clínicas Psicopedagógicas para problemas de aprendizaje
- Clínica de Ortolalia
- Centros de Educación Especial y Rehabilitación (CEER)
- Escuelas Normales de Especialización

En las siguientes tablas se muestra la distribución total de este servicio y las problemáticas que se trabajan en ellos.

SERVICIOS DE ATENCION	No.
ESCUELAS	360
CEER	13
CENTROS PSICOPEDAGOGICOS	57
CLINICAS	12
CENTROS DE CAPACITACION PARA EL TRABAJO E INDUSTRIAS PROTEGIDAS.	15
UNIDADES DE GRUPOS INTEGRADOS	177
TOTAL	634

PROBLEMAS	ECUELAS
DEFICIENCIA MENTAL	169
TRANSTORNOS DE AUDICION Y LENGUAJE.	42
IMPEDIMENTOS NEUROMOTORES	11
TRANSTORNOS VISUALES	14
APRENDIZAJE	224
CONDUCTA	44
ALTERACIONES MULTIPLES	130
TOTAL	634

Por todo esto que es tan complejo de desentrañar y ante la situación apremiante de esta población, es como desde hace tiempo surgen por un lado clínicas y escuelas de educación especial privadas y por el otro asociaciones de padres de familia de niños excepcionales como por ejemplo AMPAC. Asociación pro-paralítico cerebral: y el Instituto John Landon Down, entre otras.

Sin embargo, apesar de que existen estos lugares para cierta gente, sigue siendo un problema ya que dificilmente tienen la oportunidad de tener acceso a ellas por los costos del servicio.

Debido a toda esta situación tan conflictiva es una gran fortuna contar con espacios de atención como la Clínica Universitaria de Salud Integral.

La Clínica Universitaria de Salud Integral (CUSI) es una institución que atiende la problemática de los niños con retardo en el desarrollo; ésta posee sistemas de organización y procedimientos inherentes a los estatus universitarios. Estos espacios han sido creados para que los estudiantes lleven a cabo una labor social que se articula con su aprendizaje formal; esto se da por medio de las prácticas diseñadas para cada una de las carreras profesionales (Psicología, Medicina, Odontología y Enfermería).

Particularizando en el área de educación especial y con el fin de conocer su funcionamiento, se les preguntó a los padres cómo es que se enteraron de su existencia; reportando que fué a través de conocidos 35.5%; 24.4% por Instituciones como IMSS, SSA, DIF, entre otras, así como en igual porcentaje por profesionistas (Pediatras, Médicos, Psicólogos y Maestros). Lo que nos hace pensar por un lado que el trabajo que se realiza es bastante bueno y por el otro que al ser una Institución descentralizada del Estado el ingreso y la estancia no es tan costoso ni burocrático.

Esto último se comprueba ya que el 64.4% contestó que no debió cubrir ningún requisito para recibir atención y el restante porcentaje 35.6% se le solicitó realizara trámites sencillos como pasar a entrevista, esperar lugar, presentar acta de nacimiento entre otros. Por consiguiente el 52.2% comenta que el ingreso del niño fué inmediato.

En referencia a las instalaciones de la CUSI los padres consideran que se encuentran en buen estado (82%); y que el servicio que se les brinda es bueno (90%); indudablemente esto último tiene que ver con la percepción y realidad de que los niños al asistir al servicio transforman su vida y su familia al adquirir ciertas conductas que los ubican como niños que avanzan y aprenden. En contra posición con aquellas ideas que minimizan o desvalorizan a esta población ya que se cree erróneamente (subestimándolos) que estos niños no aprenden y mucho menos que son capaces de generar cambios en sus interrelaciones con el resto de las personas.

Los cambios en estos niños deben analizarse en términos cualitativos y no cuantitativos forzosamente.

Para concluir este apartado, los padres de familia proponen algunas ideas para mejorar el servicio; estas van a nivel de construcción y distribución de espacios (incrementar el número de salones y cubículos); que los estudios de encefalogramas, tomografías, análisis de laboratorio, etc. se practiquen allí; que se instalen salas de rehabilitación física y tener espacios para que a los adultos con retardo se les brinde capacitación y con ello tengan la posibilidad de emplearse. En relación al tiempo de atención solicitan se amplíe a más horas, sugieren también mejorar la comunicación entre padres y maestros (Psicólogos) en relación al manejo de los niños. Así también, señalan que debería de cobrarse una cuota para el material que se utiliza con los niños.

El 57% de los padres entrevistados mencionó que ha recibido entrenamiento especial para rehabilitación de sus hijos con retardo. Sin embargo, apesar de esto no creen estar capacitados para brindarles a sus hijos una educación óptima e integral.

Por último consideramos que la evolución del pensamiento social, debe proclamar cada día, la apremiante urgencia de una efectiva solidaridad con las personas discapacitadas y demandar una acción cada vez más integral para la recuperación personal y social de ellos en los aspectos humanos, sociales, laborales y económicos, para lograr su máxima, integración posible a la vida cotidiana.

Debemos resaltar que el sujeto atípico; es una persona con todos los derechos humanos intactos, por lo que todos los trabajos y esfuerzos del Gobierno, Instituciones, Profesionales y personas deben poner de manifiesto las inmensas posibilidades que existen de mejorar el destino de estos individuos y poner fin a la marginación que los ha rodeado emprendiendo arduas tareas en favor de éstos; dando respuestas cualitativas y cuantitativas consecuentes con nuestra realidad y con nuestro respeto a la dignidad y a los derechos del niño especial.

EPILOGO

EPILOGO

En todas partes del mundo y en todos los niveles de cada sociedad hay personas con discapacidad. El número total de personas con discapacidad en el mundo es grande y va en aumento.

Hay en todo el mundo más de 500 millones de impedidos, el 80% de los cuales viven en los países en desarrollo.

Tanto las causas como las consecuencias de la discapacidad varían en todo el mundo. Esas variaciones son el resultado de las diferentes circunstancias socioeconómicas y de las distintas disposiciones que los Estados adoptan en favor del bienestar de sus ciudadanos.

La actual política en materia de discapacidad es el resultado de la evolución registrada a lo largo de los 200 últimos años. En muchos aspectos refleja las condiciones generales de vida y las políticas sociales y económicas seguidas en épocas diferentes. No obstante, en lo que respecta a la discapacidad, también hay muchas circunstancias concretas que han influido en las condiciones de vida de las personas que la padecen: la ignorancia, el abandono, la superstición y el medio son factores sociales que a lo largo de toda su historia han aislado a las personas con discapacidad y han retrasado su desarrollo.

Con el tiempo, la política en materia de discapacidad pasó de la prestación de cuidados elementales en instituciones a la educación de los niños con discapacidad y a la rehabilitación de las personas que sufrieron discapacidad. Gracias a la educación y a la rehabilitación, esas personas se han vuelto cada vez más activas y se han convertido en una fuerza motriz en la promoción constante de la política en materia de discapacidad. Se han creado organizaciones de personas con discapacidad, integradas también por sus familiares y defensores, que han tratado de lograr mejores condiciones de vida para ellas. Después de la Segunda Guerra Mundial; se introdujeron los conceptos de integración y normalización que reflejaban un conocimiento cada vez mayor de las capacidades de esas personas.

Hacia fines del decenio de 1960, las organizaciones de personas con discapacidad que funcionaban en algunos países empezaron a formular un nuevo concepto de la discapacidad. En él reflejaba la estrecha relación existente entre las limitaciones que experimentaban esas personas, el diseño y la estructura de su entorno y la actitud de la población en general al mismo tiempo, se pusieron cada vez más de relieve los problemas de la discapacidad en los países en desarrollo. Según las estimaciones, en algunos de ellos el porcentaje de la población que sufre discapacidades era muy elevado y, en su mayor parte, esas personas eran sumamente pobres.

Por otra parte, la Naciones Unidas han contraído el compromiso de prestar asistencia a los impedidos del mundo. En 1971, la Asamblea General aprobó la declaración de los Derechos del Retrasado Mental. Esta declaración afirma que el retrasado mental debe gozar de los mismos derechos que los demás seres humanos.

La Asamblea declaró también que deberá haber salvaguardias jurídicas que protejan al retrasado mental contra toda forma de abuso en los casos en que sea necesario limitar o incluso suprimir sus derechos.

Así entonces la Asamblea proclama la presente Declaración de Derechos del Retrasado Mental y pide que se adopten medidas en el plano Nacional o Internacional para que sirva de base y de referencia para la protección de estos derechos:

1.-El retrasado mental debe gozar, hasta el máximo grado de viabilidad, de los mismos derechos que los demás seres humanos.

2.-El retrasado mental tiene derecho a la atención médica y el tratamiento físico que requiera su caso, así como a la educación, la capacitación, la rehabilitación y la orientación que le permitan desarrollar al máximo su capacidad y sus aptitudes.

3.- El retrasado mental tiene derecho a la seguridad económica y a un nivel de vida decoroso. Tiene derecho, en la medida de sus posibilidades, a desempeñar un empleo productivo o alguna otra ocupación útil.

4.- De ser posible, el retrasado mental debe residir con su familia o en un hogar que reemplace al propio, y participar en las distintas formas de la vida de la comunidad. El hogar en que viva debe recibir asistencia.

En caso de que sea necesario internarlo en un establecimiento especializado, el ambiente y las condiciones de vida dentro de tal institución deberán asemejarse en la mayor medida posible a los de la vida normal.

5. El retrasado mental debe poder contar con la atención de un tutor calificado cuando resulte indispensable para la protección de su persona y sus bienes.

6. El retrasado mental debe ser protegido contra toda explotación y todo abuso o trato degradante. En caso de que sea objeto de una acción judicial, deberá ser sometido a un proceso justo en que se tenga plenamente en cuenta su grado de responsabilidad, atendidas sus facultades mentales.

7. Si algunos retrasados mentales no son capaces, debido a la gravedad de su impedimento, de ejercer efectivamente todos sus derechos, o si hace necesario limitar o incluso suprimir tales derechos, el procedimiento que se emplee a los fines de esa limitación o supresión deberá entrañar salvaguardias jurídicas que protejan al retrasado mental contra toda forma de abuso. Dicho procedimiento deberá basarse en una evaluación de su capacidad social por expertos calificados. Así mismo, tal limitación o supresión quedará sujeta a revisiones periódicas y reconocerá el derecho de apelación a autoridades superiores.

En 1975, teniendo presente la necesidad de prevenir la incapacidad física y mental y de ayudar a los impedidos a desarrollar sus aptitudes en las más diversas esferas de actividad, así como de fomentar en la medicina de lo posible su incorporación a la vida social normal. La asamblea General aprobó la "Declaración de los Derechos de los Impedidos" que proclama que el impedido tiene los mismos derechos civiles y políticos que los demás seres humanos. Esta Declaración establece el principio del trato igualitario y el deber de crear servicios que desarrollen al máximo la capacidad de los impedidos, acelerando al mismo tiempo su integración o reintegración social.

Declaración de los Derechos de los Impedidos.

1. El término "impedido" designa a toda persona incapacitada de subvenir por sí misma, en su totalidad o en parte, a las necesidades de una vida individual o social normal a consecuencia de una deficiencia, congénita o no, de sus facultades físicas o mentales.
2. El impedido debe gozar de todos los derechos enunciados en la presente Declaración. Deben reconocerse esos derechos a todos los impedidos, sin excepción alguna y sin distinción ni discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de otra índole, origen nacional o social, fortuna, nacimiento cualquier otra circunstancia, tanto si se refiere personalmente al impedido como a su familia.
3. El impedido tiene esencialmente derecho a que respete su dignidad humana. El impedido, cualesquiera sean origen, la naturaleza o la gravedad de sus trastornos y deficiencias, tiene los mismos derechos fundamentales que sus conciudadanos de la misma edad, lo que se supone, en primer lugar, el derecho a disfrutar de una vida decorosa, lo más normal y plena que sea posible.
4. El impedido tiene los mismos derechos civiles y políticos que los demás seres humanos; el párrafo 7 de la Declaración de los Derechos del Retrasado Mental se aplica a toda posible limitación o supresión de esos derechos para los impedidos mentales.

5. El impedido tiene derecho a las medidas destinadas a permitirle lograr la mayor autonomía posible.
6. El impedido tiene derecho a recibir atención médica, psicológica y funcional, incluidos los aparatos de prótesis y ortopedia; a la readaptación médica y social; a la educación; a la formación y a la readaptación profesionales; a las ayudas, consejos, servicios de colocación y otros servicios que aseguren el aprovechamiento máximo de sus facultades y aptitudes y aceleren el proceso de su integración social.
7. El impedido tiene derecho a la seguridad económica y social y a un nivel de vida decoroso. Tiene derecho, en la medida de sus posibilidades, a obtener y conservar un empleo y a ejercer una ocupación útil, productiva y remunerativa, y a formar parte de organizaciones sindicales.
8. El impedido tiene derecho a que se tengan en cuenta sus necesidades particulares en todas las etapas de la planificación económica y social.
9. El impedido tiene derecho a vivir en el seno de su familia o de un hogar que la sustituya y a participar en todas las actividades sociales, creadoras o recreativas. Ningún impedido podrá ser obligado, en materia de residencia, a un trato distinto del que exija su estado o la mejoría que se le podría aportar. Si fuese indispensable la permanencia del impedido en un establecimiento especializado, el medio y las condiciones de vida en él deberán asemejarse lo más posible a los de la vida normal de las personas de su edad.
10. El impedido debe ser protegido contra toda explotación, toda reglamentación o todo trato discriminatorio, abusivo o degradante.
11. El impedido debe poder contar con el beneficio de una asistencia letrada jurídica competente cuando se compruebe que asistencia es indispensable para la protección de su persona y sus bienes. Si fuere objeto de una acción judicial, deberá ser sometido a un procedimiento justo que tenga plenamente en cuenta sus condiciones físicas y mentales.

12. Las organizaciones de impedidos podrán ser consultadas con provecho respecto a todos los asuntos que se relacionen con los derechos humanos y otros derechos de los impedidos

13. El impedido, su familia y su comunidad deben ser informados plenamente, por todos los medios apropiados, de los derechos Enunciados en la presente Declaración.

Para 1976 La Asamblea General, en una nueva manifestación de su interés, proclamó el año 1981 año internacional de los impedidos y pidió un plan de acción para el año, a niveles nacional, regional e internacional, que hiciese hincapié en la igualdad de oportunidades, de rehabilitación y la prevención de la invalidez.

El tema y el propósito del año fueron " Participación e igualdades plenas " definidas como el derecho de los impedidos:

- . A participar plenamente en la vida y en el desarrollo de las sociedades en que viven;
- . Al disfrute de unas condiciones de vida iguales a la de los demás ciudadanos;
- . A una participación igual en el mejoramiento en las condiciones de vida que se derivan del desarrollo social y económico.

Otros objetivos del año eran el aumento del conocimiento público, la comprensión y la aceptación de los impedidos y el fomento de la creación por parte de los propios impedidos de organizaciones a través de las cuales puedan expresar eficazmente sus opiniones y pedir la adopción de medidas encaminadas a mejorar su situación.

Las actividades del año fomentaron el conocimiento de los problemas, las necesidades y las aptitudes de los impedidos, aclarando al mismo tiempo la magnitud y la complejidad de los problemas relacionados con los impedidos. Dichas actividades pusieron también de manifiesto que la imagen de los impedidos depende de la actitud social, que puede ser la mayor barrera para la realización de sus objetivos de participación e igualdad plenas.

El resultado importante del Año Internacional de los Impedidos de 1981 fué la formulación del Programa de Acción Mundial para los impedidos, aprobado por la Asamblea General en diciembre de 1982.

El programa de Acción Mundial es una estrategia mundial, destinada a impedir la invalidez, fomentar la rehabilitación y facilitar la participación plena de los impedidos en la vida social y el desarrollo. El programa reconoce explícitamente el derecho de todos los seres humanos a la igualdad de oportunidades, ampliando así de hecho el concepto de derechos humanos.

El Programa de Acción Mundial es una declaración de principios y directrices para la acción nacional, regional e internacional. Sus tres capítulos incluyen:

- . Un análisis de los principios, conceptos y definiciones relacionados con la invalidez;
- . Un panorama de la situación mundial relativa a los impedidos;
- . Recomendaciones de medidas a nivel nacional, regional e internacional.

La "igualdad de oportunidades" es el tema en que se basa el Programa de Acción Mundial y la idea que lo orienta hacia el logro de la participación plena de los impedidos en todos los aspectos de la vida social y económica. Un principio importante es que las cuestiones relativas a los impedidos no deben considerarse aisladamente, sino en el contexto de los servicios que se ofrecen a la población entera.

Por otro lado, a fin de establecer un marco temporal en que los gobiernos y organizaciones ejecutaran actividades recomendadas en el Plan de Acción Mundial, la Asamblea General proclamó el período 1983-1992 Decenio de las Naciones Unidas para los Impedidos.

En los países en que la voluntad y el compromiso son firmes, los gobiernos, los organismos, las empresas y demás organizaciones han colaborado con los impedidos para introducir cambios. Con este esfuerzo unido, se han hecho progresos importantes.

Desafortunadamente, el progreso de ese tipo no es universal. En algunas zonas, el progreso es limitado, y en muchas zonas en desarrollo, la situación de los impedidos permanece inalterada.

Sin embargo, nosotros creemos que con todas estas Declaraciones los gobiernos no podrán quedarse impávidos y tendrán que dar respuestas satisfactorias para esta población a fin de crecer conjuntamente.

BIBLIOGRAFIA

- Alvarez, A. R. (1991). Salud Pública y Medicina Preventiva. México: Trillas.
- Bayés, R. (1979). Psicología y Medicina. Barcelona: Fontanella.
- Berdine, W.H. y Blackhurts. Retardation Mental. Artículo sin referencia.
- Bijou, S.W. y Baer. A. F. (1982). Psicología del Desarrollo Infantil. Vol. II México: Trillas.
- Castillo del Valle, R. (1983). "Breve Estudio Acerca del Retardo en el Desarrollo". Tesis Profesional. ENEP IZTACALA UNAM.
- Centeno, A. J. (1981). Metodología y Técnicas en el Proceso de la Investigación. México: Contraste.
- Cohen De Govia, C. G. (1983). La Psicología en la Salud Pública. México: Extemporáneos.
- Diccionario Enciclopédico de Educación Especial. (1987). México: Diagonal Santillana.
- Dirección General de Educación Especial (1985). Memoria del Primer Congreso Nacional sobre Deficiencia Mental. S.E.P.
- Dirección General de Epidemiología (1992). Primer Curso Básico de Epidemiología. Servicios de Salud Pública en el D.F.
- Fridman, G. D. (1975) Epidemiología. México: Panamericana.
- Galguera, M. I.; Hinojosa, R. y Galindo, C. E. (1984). El Retardo en el Desarrollo: Teoría y Práctica. México: Trillas.
- Galindo, E.; Bernal, T.; Hinojosa, R.; Galguera, M. I.; Taracena, E. y Padilla, F. (1983). Modificación de Conducta en la Educación Especial. México: Trillas.
- Ibarzabal, A. y Domínguez, B. (1985). Cuadernos de la Salud No. 3. ENEP IZTACALA UNAM.
- J. Cosin, A.; Hernández, M. A.; Conejos, F. A. y Díaz, T.J.L. (1994). Tratado de Medicina Práctica. México: Medicine.
- Jefatura de Servicios de Planificación Familiar. (1991). Manual para la Promoción Educativa en Riesgo Reproductivo y Planificación Familiar. ISSSTE.
- Kanfer, F. y Saslow, G. (1965), citado en el libro de Millon, T. (1974) Psicopatología y Personalidad. México: Interamericana.
- Landes, J. H. (1963). Nociones Prácticas de Epidemiología. México: La Prensa Médica Mexicana.
- León, A.L. y Vargas, V. J. (1980). Etiología del Retardo Mental. Escrito inédito. ENEP IZTACALA UNAM.

Lilienfeld, A.M. y Lilienfeld, D.E. (1983). Fundamentos de Epidemiología México: Fondo Educativo Interamericano.

Macmahon, B. y Pugh, T. (1984). Principios y Metodos de Epidemiologia México: La Prensa Médica Mexicana.

Marvyn, S. (1991). Conceptos y Estrategias en Epidemiologia México: Fondo de Cultura Económica.

Naciones Unidas (1988). Compendio de Declaraciones sobre los Derechos de las Personas Impedidas. Publicado por el Departamento de Información Pública de las Naciones Unidas.

Naciones Unidas. (1990). Las Naciones y los Impedidos. Publicado por el Departamento de Información Pública de las Naciones Unidas.

Naciones Unidas. (1994). Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas Discapacitadas. Publicado por el Departamento de Información Pública de las Naciones Unidas.

Ribes, I. E. (1972). Técnicas de Modificación de Conducta. México: Trillas.

Rojas, S. R. (1981). Guía para Realizar Investigaciones Sociales. México: UNAM.

Secretaría de Educación Pública. (1981). La Educación Especial en México. Folleto Informativo de la Dirección General de Educación Especial. S.E.P. Fonapas.

Secretaría de Educación Pública. (1985). Bases para una Política de Educación Especial. Dirección General de Educación Especial. S.E.P. Grupo Editorial Mexicano.

Silva, R. A. (1989). "Un Estudio Epidemiológico Comparativo de los Problemas Psicológicos en una Población de Adolescentes". Tesis Maestría. ENEP IZTACALA UNAM.

Silva, R. A. (1992). "Algunas Sugerencias Metodológicas para el Estudio de los Trastornos Psicológicos en las Poblaciones Humanas". México: Revista Salud y Sociedad. Universidad de Sonora. Vol. I. No. I.

Silva, R. A. (1992). Métodos Cuantitativos en Psicología. México: Trillas.

Vega, F. L. y Garcia, M. H. (1984). Bases Escenciales de la Salud Pública. México: La Prensa Médica Mexicana.

Zubirán, S.; Arroyo, P.; y Avila, H. (1990). La Nutrición y la Salud de las Madres y los Niños Mexicanos. Tomo I. De la Atención de la Salud y la Formación de la Pareja, El Parto y El Puerperio. México: Fondo de Cultura Económica.

Zubirán, S.; Arroyo, P.; y Avila, H. (1990). La Nutrición y la Salud de las Madres y los Niños Mexicanos. Tomo II. Pediatría. México: Fondo de Cultura Económica.

ANEXO 1

CUESTIONARIO - PILOTO

I.- IDENTIFICACION

- 1.- NOMBRE DEL ALUMNO _____
- 2.- EDAD _____
- 3.- SEXO _____
- 4.- FECHA DE NACIMIENTO _____
- 5.- DOMICILIO _____
- 6.- GRUPO AL QUE PERTENECE _____

II.- DATOS FAMILIARES

- 7.- NOMBRE DE LA MADRE _____
- 8.- EDAD _____
- 9.- ESTADO CIVIL _____
- 10.- ESCOLARIDAD _____
- 11.- OCUPACION _____
- 12.- LUGAR DE TRABAJO _____
- 13.- HORARIO _____
- 14.- PUESTO QUE DESEMPEÑA _____
- 15.- ESTADO GENERAL DE SALUD _____
- 16.- HABITOS:
ALCOHOL () TABACO () OTROS _____
- 17.- NOMBRE DEL PADRE _____
- 18.- EDAD _____
- 19.- ESTADO CIVIL _____
- 20.- ESCOLARIDAD _____
- 21.- OCUPACION _____
- 22.- LUGAR DE TRABAJO _____
- 23.- HORARIO _____
- 24.- PUESTO QUE DESEMPEÑA _____
- 25.- ESTADO GENERAL DE SALUD _____
- 26.- HABITOS:
ALCOHOL () TABACO () OTROS _____

27.- NUMERO DE HIJOS QUE INTEGRAN LA FAMILIA (DEL MAYOR AL MENOR)
EDAD SEXO ESCOLARIDAD OCUPACION ESTADO CIVIL

- 1.-
- 2.-
- 3.-
- 4.-
- 5.-
- 6.-
- 7.-
- 8.-

III.- DATOS SOCIO-ECONOMICOS

28.- EL INGRESO FAMILIAR ES:

FIJO () VARIABLE () OCACIONAL ()

29.- NÚMERO DE MIEMBROS DE LA FAMILIA QUE APORTAN INGRESOS ECONÓMICOS.

30.- APROXIMADAMENTE DE CUANTO ES EL INGRESO DE LA FAMILIA MENSUALMENTE.

- A) MENOS DE \$ 250, 000.00 ()
- B) DE 200, 000.00 A \$ 300, 000.00 ()
- C) DE 400, 000.00 A 500, 000.00 ()
- D) DE 500, 000.00 A 600, 000.00 ()
- E) DE 600, 000.00 A 800, 000.00 ()

31.- PERCIBEN OTRO TIPO DE INGRESOS.

SI () NO () CUALES _____

32.- CUANTAS PERSONAS VIVEN EN SU CASA _____

33.- LA CASA QUE HABITA ES:

PROPIA () RENTADA () SE ESTA PAGANDO ()
CUANTO _____ OTRO _____

34.- Y ES:

CASA SOLA () DEPARTAMENTO () VECINDAD ()

35.- MATERIAL DE QUE ESTA CONSTRUIDA LA CASA

ADOBE () CONCRETO () CARTON () MADERA () LAMINA ()
OTROS _____

36.- NUMERO TOTAL DE CUARTOS CON QUE CUENTA LA CASA _____

37.- CUANTOS SE UTILIZAN COMO DORMITORIO _____

38.- NUMERO DE PERSONAS QUE DUERMEN EN CADA HABITACION _____

39.- SERVICIOS CON QUE CUENTA LA CASA Y EL LUGAR DONDE HABITA.

ELECTRICIDAD () AGUA POTABLE () SERVICIO DE LIMPIA ()

SERVICIOS MEDICOS () DRENAJE () TELEFONOS ()

MERCADOS () PAVIMENTACION () VIGILANCIA ()

ALUMBRADO PUBLICO ()

40.- TRANSPORTE:

LINEA DE AUTOBUSES () METRO () PESEROS ()

TAXIS () TROLEBUS () OTROS _____

41.- PARQUES DEPORTIVOS () BIBLIOTECAS PUBLICAS () CENTROS RECREA

TIVOS () MODULOS DEPORTIVOS () OTROS _____

42.- SUS ARTICULOS DE USO DOMESTICO SON:

ESTUFA () DE GAS () PETROLEO ()

LICUADORA ()

PLANCHA ()

GRABADORA ()

REFRIGERADOR ()

LAVADORA ()

TOCADISCOS ()

TELEVISION () BLANCO Y NEGRO () COLOR ()

OTROS _____

43.- TIENE USTED ANIMALES:

DOMESTICOS () DE CORRAL () NINGUNO ()

OTROS _____

44.- LAS CONDICIONES DE ILUMINACION EN LA CASA SON:

BUENAS () REGULARES () MALAS ()

45.- LAS CONDICIONES DE VENTILACION DE LA CASA SON:

BUENAS () REGULARES () MALAS ()

46.- EL SERVICIO DE AGUA POTABLE EN LA CASA ES:

BUENO () REGULAR () MALO ()

47.- TIENE AUTOMOVIL PROPIO: SI () NO ()

48.- QUE MEDIO DE TRANSPORTE UTILIZA COMUNENTE.

AUTOMOVIL () CAMION () PESERO () TAXI ()
TROLEBUS () METRO () OTRO _____

49.- A QUE SERVICIO DE SALUD PERTENECE.

IMSS () SSA () ISSSTE () DIF ()
MEDICO PARTICULAR () OTRO _____

50.- ACUDE A ESTE SERVICIO EN CASO DE ENFERMEDAD. SI () NO ()

IV.- ANTECEDENTES FAMILIARES HEREDITARIOS.

51.- ALGUNO DE SUS FAMILIARES A PADECIDO ALGUNA ENFERMEDAD DE IMPORTANCIA COMO:

- A) DIABETES ()
- B) CANCER ()
- C) SIFILIS ()
- D) EPILEPSIA ()
- E) SORDERA ()
- F) CEGUERA ()
- G) DEMENCIA ()
- H) ALCOHOLISMO ()
- I) NERVIOSISMO ()
- J) TUBERCULOSIS ()
- K) CARDIOPATIAS (CORAZON) ()
- L) PROBLEMAS PSICOSOMATICOS ()
(ALERGIAS, ASMA, NEURODERMATITIS)
- M) OTRO ()

CUAL _____

52.- QUIEN LO HA PADECIDO _____

V.- ANTECEDENTES PRE-NATALES Y POST-NATALES.

53.- EL EMBARAZO DE SU HIJO FUE DESEADO. SI () NO ()

54.- EDAD DE LA MADRE CUANDO NACIO EL NIÑO _____ DEL PADRE _____

55.- EXISTIO INCOMPATIBILIDAD SANGUINEA ENTRE USTEDES. SI () NO ()

56.- RECIBIO ALGUN TRATAMIENTO PARA ELLO. SI () NO ()

CUAL _____

57.- DURANTE EL EMBARAZO DE SU HIJO TUVO PADECIMIENTOS DE:

ESPECIFIQUE DE QUE TIPO Y EL MES EN QUE OCURRIO.

- | | | |
|----------------------------|-----|-------|
| A) INFECCIONES | () | _____ |
| B) TRAUMATISMOS | () | _____ |
| C) HEMORRAGIAS | () | _____ |
| D) INTOXICACIONES | () | _____ |
| E) CONVULSIONES | () | _____ |
| F) HIPERTENSION ARTERIAL | () | _____ |
| G) RUBEOLA | () | _____ |
| H) ALCOHOLISMO | () | _____ |
| I) INTERVENCION QUIRURGICA | () | _____ |
| J) EXPOSICION A RAYOS X | () | _____ |
| K) ALIMENTACION DEFICIENTE | () | _____ |
| L) AMENAZA DE ABORTO | () | _____ |
| M) OTRO ESPECIFIQUE | | _____ |

58.- SI SEÑALO ALGUN PADECIMIENTO ESPECIFIQUE LA CAUSA Y EL TIPO DE TRATAMIENTO QUE RECIBIO _____

59.- DURANTE EL EMBARAZO SUFRIO ALGUN ACCIDENTE. SI () NO ()
DE QUE TIPO _____

60.- TUVO ALGUN PROBLEMA FAMILIAR O EMOCION FUERTE. SI () NO ()
DE QUE TIPO _____

61.- DE SUS EMBARAZOS QUE NUMERO FUE EL DE SU HIJO:
UNO () DOS () TRES () CUATRO () 5-8 ()
9-12 ()

62.- CUAL FUE LA DURACION DEL EMBARAZO.
DE 6 A 8 MESES () 9 MESES () 10 MESES () 11 MESES ()

63.- A USTED SE LE PROPORCIONO ALUNGA INFORMACION SOBRE EL TRABAJO DE PARTO.
SI () NO () QUE SE LE DIJO _____

64.- EL PARTO FUE PREMATURO O LLEGO A TERMINO _____

65.- SE LE ATENDIO A TIEMPO _____

66.- EL PARTO FUE:
NORMAL () CESAREA () POR FORCEPS ()

- 67.- TUVO DOLORES ANTES DEL PARTO. SI () NO ()
- 68.- CUAL FUE EL TIEMPO DE TRABAJO DE PARTO. _____
- 69.- EL PARTO SE REALIZO:
- A) CON ANESTESIA ()
 - B) SIN ANESTESIA ()
 - C) CON SEDANTES ()
 - D) CON BLOQUEO ()
- 70.- QUE PROBLEMAS SE PRESENTARON DURANTE EL PARTO
- A) ROMPIMIENTO DE LA FUENTE ()
 - B) EL CORDON LO TENIA ENREDADO EL NIÑO ()
 - C) NO EXISTIA DILATAION ()
 - D) TUVIERON QUE RAZGAR ()
 - E) FUE UN PARTO SECO ()
 - F) OTRO ESPECIFIQUE _____
- 71.- EXISTIERON PROBLEMAS DESPUES DEL PARTO. SI () NO ()
DE QUE TIPO _____
- 72.- DONDE NACIO EL NIÑO:
HOSPITAL () CONSULTORIO () CASA () COCHE () CALLE ()
- 73.- QUE PERSONA LO ATENDIO:
MEDICO () ENFERMERA () COMADRONA () VECINA ()
FAMILIAR () NADIE ()
- 74.- HUBO LLANTO ESPONTANEO DEL NIÑO. SI () NO ()
- 75.- ESTUVO EN LA INCUBADORA. SI () NO ()
- 76.- CUAL FUE LA PRESENTACION DEL NIÑO AL NACER.
CABEZA () NALGAS () TRANSVERSAL ()
- 77.- EL NIÑO TUVO PROBLEMAS DE RESPIRACION. SI () NO ()
- 78.- PRESENTO CONVULSIONES. SI () NO ()
- 79.- CUAL FUE SU PESO DEL NIÑO AL NACER _____
Y ESTATURA _____
- 80.- CUANTOS EMBARAZOS HA TENIDO HASTA LA FECHA:
UNO () DOS () TRES () CUATRO () 5-8 ()
9-11 () 11-15 ()
- 81.- HA TENIDO ABORTOS. SI () NO ()
- 82.- ACCIDENTALES () PROVOCADOS ()
- 83.- CUANTOS: UNO () DOS () TRES () CUATRO ()
CINCO () SEIS ()

VI.- LACTANCIA Y ALIMENTACION

84.- EL NIÑO FUE AMAMANTADO.

SI () POR CUANTO TIEMPO _____

NO () POR QUE _____

85.- HUBO BUENA SUCCION Y TRAGABA BIEN EL LACTANTE. _____

86.- TENIA O TIENE INAPETENCIA _____

87.- TENIA O TIENE APETITO EXAGERADO _____

88.- EL NIÑO HA PADECIDO VOMITO. SI () NO ()

89.- HA PADECIDO DIARREA O ESTREÑIMIENTO _____

90.- DE LOS SIGUIENTES ALIMENTOS ESPECIFIQUE LOS QUE INGIERE EL NIÑO.

CON QUE FRECUENCIA

LECHE	()	_____
CARNE	()	_____
HUEVO	()	_____
POLLO	()	_____
PESCADO	()	_____
VERDURAS	()	_____
FRUTA	()	_____
FRIJOL	()	_____
ARROZ	()	_____

91.- QUE ALIMENTOS PREFIERE SU HIJO _____

92.- QUE ALIMENTOS RECHAZA _____

93.- TIENE ALIMENTOS PROHIBIDOS POR INDICACION MEDICA _____

94.- EL APETITO DE SU HIJO EN GENERAL ES:

EXAGERADO () BUENO () INAPETENTE ()

VII.- ANTECEDENTES PATOLOGICOS DEL NIÑO

95.- CUALES VACUNAS LE HAN SIDO APLICADAS A SU HIJO.

		EDAD DEL NIÑO
A) POLIOMIELITIS	()	_____
B) D.P.T.	()	_____
C) SARAMPION	()	_____
D) ANTITUBERCULOSA	()	_____
E) RUBEOLA	()	_____
F) PAPERAS	()	_____
G) OTRAS		_____

96.- SU HIJO HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PADECIMIENTOS.

	SI	NO
A) ANOXIA (CUANDO NACIO TENIA COLOR MORADO O AMARILLO)	()	()
B) ENFERMEDADES DEL CORAZON	()	()
C) DIARREAS FRECUENTES	()	()
D) DESHIDRATACION	()	()
E) VOMITOS FRECUENTES	()	()
F) DESNUTRICION	()	()
G) ASMA (TOSE COMO SI LE FALTARA AIRE)	()	()
H) BRONQUITIS (ACCESO DE TOS)	()	()
I) AMIGDALITIS (INFLAMACION DE LAS ANGINAS)	()	()
J) PARASITOSIS (AMIBAS)	()	()
K) DERMATITIS (ALERGIAS, IRRITACION DE LA PIEL)	()	()
L) ENFERMEDADES DEL RIÑON (ORINA CON DOLOR O ARDOR)	()	()
M) POLIOMIELITIS	()	()
N) SARAMPION	()	()
O) EPILEPSIA (DESMAYO, VISTA EN BLANCO, CONVULSIONES, BOCA DE LADO)	()	()
P) MENINGITIS	()	()
Q) ENCEFALITIS	()	()
R) LESION CEREBRAL	()	()
S) HA TENIDO CON FRECUENCIA TEMPERATURAS ELEVADAS	()	()

- | | | |
|--------------------------|-----|-----|
| T) PROBLEMAS EN LA VISTA | () | () |
| USA LENTES | () | () |
| LAGRIMEO | () | () |
| U) PROBLEMAS EN EL OIDO | () | () |
| INFLAMACION | () | () |
| ESCUCHA BIEN | () | () |
| SE LE HA REVENTADO | () | () |

- 97.- DE LO ANTERIOR, SI SEÑALO AFIRMATIVAMENTE ALGUN PADECIMIENTO DESCRIBALO -
BREVEMENTE Y MENCIONE LA EDAD DEL NIÑO _____

- 98.- SU HIJO HA PADECIDO ALGUNA ENFERMEDAD INFECCIOSA. SI () NO ()
CUAL _____
- 99.- LO HAN OPERADO ALGUNA VEZ. SI () NO ()
DE QUE _____
- 100.- HA SUFRIDO ALGUN ACCIDENTE. SI () NO ()
DE QUE TIPO _____
- 101.- HA TENIDO ALGUN GOLPE O CAIDA FUERTE. SI () NO ()
- 102.- CUANDO Y COMO SE PERCATO DEL RETARDO EN EL DESARROLLO DEL NIÑO.

- 103.- CUALES FUERON SUS MANIFESTACIONES _____
- 104.- A QUIEN Y A QUE LUGAR ACUDIO PARA SOLICITAR INFORMACION SOBRE EL PROBLEMA
DE SU HIJO _____

- 105.- QUE OPINION LE DIO EL MEDICO _____

- 106.- CUAL FUE EL DIAGNOSTICO _____

- 107.- QUE TRATAMIENTO SE LE DIO _____

- 108.- A QUE EDAD EMPEZO EL NIÑO A ASISTIR ALGUN CENTRO PARA RECIBIR EDUCACION
ESPECIAL _____
- 109.- CUANTO TIEMPO TIENE ASISTIENDO _____

- 110.- HA NOTADO PROGRESOS SI () NO ()
SEÑALELOS _____
-
- 111.- HA RECIBIDO ALGUN TIPO DE ENTRENAMIENTO ESPECIAL PARA LA REHABILITACION DE SU HIJO SI () NO ()
- 112.- EN SU OPINION CREE ESTAR CAPACITADO PARA PROPICIAR LA EDUCACION INTEGRAL DE SU HIJO SI () NO ()
- 113.- QUE TIPO DE APOYO ESCOLAR LE GUSTARIA QUE LE PROPORCIONARA EL CENTRO EN DONDE ACTUALMENTE LLEVA USTED A SU HIJO.
- A) CURSOS ()
- B) MATERIAL ()
DIDACTICO
- C) PROGRAMAS ()
- D) PLATICAS ()
- E) OTROS ()
- SEÑALELOS _____

VIII.- DESARROLLO DEL NIÑO EN LAS AREAS DE:

MOTORA

- 114.- A QUE EDAD LEVANTO SU CABEZA EL NIÑO _____
- 115.- SU SONRISA FUE EXPONTANEA. SI () NO () A QUE EDAD _____
- 116.- EDAD EN QUE SE SENTO SOLO _____
- 117.- EDAD EN QUE GATEO _____
- 118.- EDAD EN QUE SE SOSTUVO DE PIE _____
- 119.- EDAD EN QUE CAMINO _____
- 120.- LOGRO MANTENER EL EQUILIBRIO DE ACUERDO A SU EDAD. SI () NO ()
- 121.- TIENE LIBERTAD DE MOVIMIENTOS. SI () NO ()
- 122.- REALIZA MOVIMIENTOS AUTOMATICOS CON LAS EXTREMIDADES. SI () NO ()
- 123.- A QUE EDAD SUBE Y BAJA ESCALERAS SOLO _____
- 124.- PUEDE CORRER, SALTAR Y PARARSE SOBRE UN PIE. SI () NO ()
- 125.- SE TROPIEZA O CAE CON FRECUENCIA. SI () NO ()
- 126.- QUE MANO USA PARA COMER _____ PARA ESCRIBIR O DIBUJAR _____
- 127.- PUEDE COMER SOLO. SI () NO () DESDE QUE EDAD _____

- 128.- PUEDE VOLTEAR LAS PAGINAS DE UN LIBRO O REVISTA. SI () NO ()
 129.- COPIA FIGURAS COMO CUADRADOS, ESTRELLAS Y ROMBOS. SI () NO ()
 130.- SU HABILIDAD MANUAL EN GENERAL ES:
 BUENA () REGULAR () MALA () MUY TORPE () INCAPAZ ()
 131.- EL NIÑO TIENE PIE PLANO. SI () NO ()

LENGUAJE

A QUE EDAD EL NIÑO EMPEZO A:

- 132.- EMITIR SONIDOS O RUIDOS GUTURALES _____
 133.- BALBUCEAR _____
 134.- DECIR SILABAS SIMPLES (MA-DA-CA-BA, ETC.) _____
 135.- A QUE EDAD EMPLEO PALABRAS CON SIGNIFICADO CLARO (POR EJEMPLO LECHE-AGUA)
 _____ CUALES _____
 136.- A QUE EDAD PRONUNCIO FRASES Y ORACIONES _____
 137.- EL NIÑO DICE SU NOMBRE CUANDO SE LE PREGUNTA: SI () NO ()
 138.- EL NOMBRE DE PERSONAS DE SU FAMILIA. SI () NO () DE QUIENES _____

 139.- EN LA DQUISICION DEL LENGUAJE EL NIÑO HA SIDO:
 LENTO () RAPIDO ()
 140.- EL NIÑO TARTAMUDEA. SI () NO ()
 141.- CAMBIA UNA PALABRA POR OTRA AL HABLAR. SI () NO ()
 142.- QUE LETRAS NO PUEDE PRONUNCIAR _____
 143.- EL NIÑO DEMUESTRA ENTENDER TODO LO QUE SE DICE. SI () NO ()
 144.- EL NIÑO CANTA CANCIONES O PARTES DE LA MISMA. SI () NO ()
 CUALES _____
 145.- EL NIÑO SEÑALA DIFERENTES PARTES DEL CUERPO CUANDO SE LE NOMBRAN.
 SI () NO () CUALES _____
 146.- COMO ES EL LENGUAJE DEL NIÑO ACTUALMENTE:
 USA GESTOS O MIMICA PARA HACERSE ENTENDER () USA VOCABULARIO CONCRETO -
 () OTRO () DESCRIBA _____
 147.- EL NIÑO RECONOCE SEÑALANDO O NOMBRANDO ALGUNOS OBJETOS O ANIMALES.
 SI () NO () CUALES _____

SEGUIMIENTO DE INSTRUCCIONES

148.- DE LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES SEÑALE CUALES SIGUE SU HIJO:

- | | | |
|--------------|-----------------|---------------|
| A) DAME () | G) GUARDA () | M) VOLTEA () |
| B) VEN () | H) TIRA () | N) CAMINA () |
| C) LLEVA () | I) RECOGE () | Ñ) CORRE () |
| D) TOMA () | J) JALA () | O) SALTA () |
| E) TRAE () | K) PARATE () | P) BAJA () |
| F) MIRA () | L) SIENTATE () | |

149.- EL NIÑO OBEDECE INSTRUCCIONES DE PERSONAS CONOCIDAS:

- SI () NO () ALGUNAS VECES ()

150.- DE PERSONAS DESCONOCIDAS:

- SI () NO () ALGUNAS VECES ()

151.- EL NIÑO ES CAPAZ DE DAR RECADOS SENCILLOS:

- SI () NO () ALGUNAS VECES ()

AUTOCUIDADO

152.- EL NIÑO PERMANECE SECO TODA LA NOCHE.

- SI () NO () ALGUNAS VECES ()

153.- AVISA PARA IR AL BAÑO.

- SI () NO () ALGUNAS VECES ()

154.- VA AL BAÑO SOLO. SI () NO () ALGUNAS VECES ()

155.- SE LAVA LA CARA Y LAS MANOS SOLO. SI () NO () ALGUNAS VECES ()

156.- SE LAVA LOS DIENTES SOLO. SI () NO () ALGUNAS VECES ()

157.- SE BAÑA SOLO. SI () NO () ALGUNAS VECES ()

158.- SE PEINA SOLO. SI () NO () ALGUNAS VECES ()

159.- MARQUE CON UNA "X" QUE TIPO DE ROPA EL NIÑO PUEDE QUITARSE SIN AYUDA:

- | | |
|---------------|-----|
| A) SWETER | () |
| B) CAMISA | () |
| C) PANTALON | () |
| D) CAMISETA | () |
| E) ZAPATOS | () |
| F) CALZONES | () |
| G) CALCETINES | () |
| H) OTROS | () |

ANOTELOS _____

CONDUCTUAL

INDEPENDENCIA.-

- 160.- DENTRO DE LA CASA QUE ACTIVIDADES REALIZA SOLO EL NIÑO _____
- 161.- EL NIÑO ANDA SOLO POR LA CALLE. SI () NO ()
- 162.- CRUZA POR SI SOLO LAS CALLES. SI () NO ()
- 163.- ESPERA QUE LOS AUTOMOVILES SE DETENGAN ANTES DE ATRAVESAR LA CALLE:
SI () NO ()
- 164.- A QUE LUGARES ES CAPAZ DE IR Y REGRESAR SIN COMPAÑIA:
- | | | | |
|----------------|-----|------------------------|-----|
| A) TIENDA | () | D) TLAPALERIA | () |
| B) PELUQUERIA | () | E) PANADERIA | () |
| C) TORTILLERIA | () | F) MERCADO | () |
| | | G) CASA DE UN FAMILIAR | () |
- H) OTROS _____

HABITOS:

- 165.- CUANTAS HORAS DUERME EL NIÑO DURANTE LA NOCHE _____ EN EL DIA _____
- 166.- CON QUIEN DUERME EL NIÑO _____
- 167.- DUERME BIEN. SI () NO ()
- 168.- NECESITA ALGO ESPECIAL PARA DORMIRSE. SI () NO () QUE _____
- 169.- SE MUEVE, HABLA O LLORA MIENTRAS DUERME. SI () NO ()
- 170.- DESPIERTA CON FRECUENCIA. SI () NO ()

HABITOS INADECUADOS

- 171.- SE CHUPA EL DEDO. SI () NO ()
- LOS LABIOS SI () NO () LA LENGUA SI () NO ()
- SE MUERDE LAS UÑAS SI () NO () SE PELLIZCA SI () NO ()
- SE GOLPEA LA CABEZA SI () NO ()
- 172.- ACOSTUMBRA TOMAR DINERO U OBJETOS AJENOS. SI () NO ()

173.- MIENTE CON FRECUENCIA. SI () NO ()

174.- HACE BERRINCHES. SI () NO ()

175.- EXISTE ALGO QUE LE CAUSE MIEDO AL NIÑO _____

SOCIALIZACION

176.- EL NIÑO A QUE EDAD EMPEZO A COMER SOLO _____

177.- A QUE EDAD EMPEZO A DESVESTIRSE Y VESTIRSE SOLO _____

178.- EL NIÑO TOMA OBJETOS O COMIDAS OFRECIDAS POR PERSONAS DESCONOCIDAS.

SI () NO () ALGUNAS VECES ()

179.- EL NIÑO OFRECE ALIMENTOS DE LOS QUE ESTA COMIENDO A OTRAS PERSONAS.

SI () NO () ALGUNAS VECES ()

180.- DA BESOS A PERSONAS EXTRAÑAS.

SI () NO () ALGUNAS VECES ()

181.- COMPARTE SUS JUGUETES CON OTROS NIÑOS

SI () NO () ALGUNAS VECES ()

182.- EL NIÑO JUEGA CON NIÑOS DESCONOCIDOS.

SI () NO () ALGUNAS VECES ()

183.- EL NIÑO JUEGA CON NIÑOS CONOCIDOS POR EL

SI () NO () ALGUNAS VECE ()

184.- EL NIÑO PARTICIPA EN ACTIVIDADES DE GRUPO ORGANIZADAS

SI () NO () ALGUNAS VECES ()

185.- COMO ES LA RELACION DEL NIÑO CON SU PAPA

BUENA () MALA () CRUEL () IMPOSITIVA ()

DE SUMICION () INDIFERENCIA () VARIABLE () AMISTAD ()

186.- COMO ES CON SU MAMA

BUENA () MALA () CRUEL () IMPOSITIVA ()

DE SUMICION () VARIABLE () AMISTAD () INDIFERENCIA ()

187.- CON SUS HERMANOS _____

188.- CON FAMILIARES _____

189.- CON SUS COMPAÑEROS DE ESCUELA _____

190.- CON SU MAESTRA _____

191.- QUE TIPO DE CASTIGO CON MAS FRECUENCIA UTILIZAN _____

192.- COMO SE COMPORTA EL NIÑO AL CASTIGARLO.

LLANTO () MUTISMO () REBELDIA () TRISTEZA ()

RENCOR () ARREPENTIMIENTO () INDIFERENCIA ()

ALEGRIA () OTRO _____

193.- EN SU OPINION CREE QUE EL NIÑO TIENE ALGUN PROBLEMA EN SUS RELACIONES SOCIALES

SI () NO () CUAL _____

DESEA AGREGAR ALGO MAS

GRACIAS POR SU COLABORACION.

ANEXO 2

CUESTIONARIO

I.- IDENTIFICACION

NOMBRE DEL ALUMNO _____

1.- EDAD _____ 2.- SEXO _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

DOMICILIO _____

3.- TURNO AL QUE PERTENECE _____ 4.-SECCIÓN _____

II.- DATOS FAMILIARES

	MADRE	PADRE
5.- EDAD	_____	_____
6.- ESTADO CIVIL	_____	_____
7.- ESCOLARIDAD	_____	_____
8.- OCUPACIÓN	_____	_____

9.- NÚMERO DE HIJOS QUE INTEGRAN LA FAMILIA (DEL MAYOR AL MENOR):

	EDAD	SEXO	ESCOLARIDAD
1.-			
2.-			
3.-			
4.-			
5.-			
6.-			
7.-			
8.-			
9.-			
10.-			

III.- DATOS SOCIOECONOMICOS

10.- EL INGRESO MENSUAL FAMILIAR ES:

FIJO () VARIABLE () OCACIONAL ()

11.- APROXIMADAMENTE DE CUANTO ES EL INGRESO DE LA FAMILIA MENSUALMENTE:

A) MENOS DE \$ 280,000.00 ()

B) DE \$ 300,000.00 A \$ 400,000.00 ()

C) DE 500,000.00 A 600,000.00 ()

D) DE 700,000.00 A 800,000.00 ()

E) DE 900,000.00 A 1 000,000.00 ()

12.- ¿CUÁNTAS PERSONAS VIVEN EN SU CASA? _____

13.- LA CASA QUE HABITA ES: PROPIA () RENTADA () OTRO _____

14.- Y ES: CASA SOLA () DEPARTAMENTO () VECINDAD ()
OTRO _____

15.- MATERIAL DE QUE ESTA CONSTRUIDA LA CASA.

ADOBE () CONCRETO () CARTÓN () MADERA ()

LÁMINA () OTROS _____

16.- NÚMERO TOTAL DE CUARTOS CON QUE CUENTA LA CASA _____

17.- ¿CUÁNTOS SE UTILIZAN COMO DORMITORIOS? _____

18.- NÚMERO DE PERSONAS QUE DUERMEN EN CADA HABITACIÓN _____

19.- LA CASA Y EL LUGAR DONDE HABITA CUENTA CON LOS SERVICIOS DE:

ELECTRICIDAD () AGUA POTABLE () SERVICIO DE LIMPIA ()

TELEFONOS () DRENAJE () SERVICIOS MEDICOS ()

MERCADOS () PAVIMENTACIÓN () ALUMBRADO PÚBLICO ()

VIGILANCIA () PARQUES DEPORTIVOS () BIBLIOTECA PÚBLICA ()

CENTROS RECREATIVOS ()

TRANSPORTE:

LÍNEA DE AUTOBUSES () METRO () PESEROS () TAXIS ()

TROLEBUSES () RUTA 100 () OTROS _____

20.- LAS CONDICIONES DE ILUMINACIÓN EN LA CASA SON:

BUENAS () REGULARES () MALAS ()

21.- DE VENTILACIÓN:

BUENAS () REGULARES () MALAS ()

22.- EL SERVICIO DE AGUA POTABLE EN LA CASA ES:

BUENO () REGULAR () MALO ()

23.- TIENE AUTOMÓVIL PROPIO: SÍ () NO ()

24.- ¿QUÉ MEDIO DE TRANSPORTE UTILIZA COMUNMENTE?

AUTOMÓVIL () CAMIÓN () PESERO () TAXI ()

METRO () TROLEBUS () OTRO _____

25.- ¿A QUE SERVICIO DE SALUD PERTENECE?

IMSS () ISSSTE () SSA () DIF ()

MÉDICO PARTICULAR () OTRO _____

26.- ACUDE A ESTE SERVICIO EN CASO DE ENFERMEDAD SÍ () NO ()

IV.- ANTECEDENTES FAMILIARES HEREDITARIOS

27.- HÁBITOS DE LA MADRE:

ALCOHOL () TABACO () NINGUNO ()

OTRO _____

28.- HÁBITOS DEL PADRE:

ALCOHOL () TABACO () NINGUNO ()

OTRO _____

29.- ALGUNO DE SUS FAMILIARES HA PADECIDO ALGUNA ENFERMEDAD DE IMPORTANCIA
COMO:

		QUIEN LO HA PADECIDO
A) DIABETES	()	_____
B) CÁNCER	()	_____
C) SIFILIS	()	_____
D) EPILEPSIA	()	_____
E) SORDERA	()	_____
F) CEGUERA	()	_____
G) DEMENCIA	()	_____
H) ALCOHOLISMO	()	_____
I) NERVIOSISMO	()	_____
J) TUBERCULOSIS	()	_____
K) CARDIOPATIAS (CORAZÓN)	()	_____
L) PROBLEMAS PSICOSOMÁTICOS (ALERGIAS, ASMA, NEURODERMATITIS)	()	_____
M) OTRO	()	_____
¿CÚAL? _____		_____
N) NO SABE	()	_____

V.- ANTECEDENTES PRE-NATALES Y POST-NATALES

30.- EL EMBARAZO DE SU HIJO FUE DESEADO; SÍ () NO ()

31.- EDAD DE LA MADRE CUANDO NACIO EL NIÑO _____ DEL PADRE _____

32.- DURANTE EL EMBARAZO DE SU HIJO TUVO PADECIMIENTOS DE:

MES DEL EMBARAZO EN QUE OCURRIO

- | | | |
|----------------------------|-----|-------|
| A) INFECCIONES | () | _____ |
| B) TRAUMATISMOS | () | _____ |
| C) HEMORRAGIAS | () | _____ |
| D) INTOXICACIONES | () | _____ |
| E) CONVULSIONES | () | _____ |
| F) HIPERTENSIÓN ARTERIAL | () | _____ |
| G) RUBÉOLA | () | _____ |
| H) ALCOHOLISMO | () | _____ |
| I) INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA | () | _____ |
| J) EXPOSICIÓN A RAYOS X | () | _____ |
| K) ALIMENTACIÓN DEFICIENTE | () | _____ |
| L) AMENAZA DE ABORTO | () | _____ |
| M) OTRO ESPECÍFÍQUE | | _____ |

33.- SI SEÑALO ALGÚN PADECIMIENTO, ESPECÍFÍQUE LA CAUSA Y EL TIPO DE TRATAMIENTO QUE RECIBIO _____

34.- DURANTE EL EMBARAZO SUFRIO ALGUN ACCIDENTE. SI () NO ()
DE QUE TIPO _____

35.- TUVO ALGÚN PROBLEMA FAMILIAR O EMOCIONAL FUERTE. SI () NO ()
DE QUE TIPO _____

36.- DE SUS EMBARAZOS QUE NÚMERO FUE EL DE SU HIJO.

UNO () DOS () TRES () CUATRO () 5-8 () 9-12 ()

37.- ¿CÚAL FUE LA DURACIÓN DEL EMBARAZO?

DE 6 A 8 MESES () 9 MESES () 10 MESES () 11 MESES ()

38.- A USTED SE LE PROPORCIONO ALGUNA INFORMACIÓN SOBRE EL TRABAJO DE PARTO.

SI () NO () ¿QUÉ SE LE DIJO? _____

39.- EL PARTO FUE: PREMATURO () LLEGO A TÉRMINO ()

40.- SE LE ATENDIO A TIEMPO: SI () NO ()

41.- EL PARTO FUE: NORMAL () CESAREA () POR FORCEPS ()

42.- TUVO DOLORES ANTES DEL PARTO: SI () NO ()

43.- ¿CÚAL FUE EL TIEMPO DE TRABAJO DE PARTO? _____

44.- EL PARTO SE REALIZO:

A) CON ANESTESIA ()

B) SIN ANESTESIA ()

C) CON SEDANTES ()

D) CON BLOQUEO ()

45.- ¿QUÉ PROBLEMAS SE PRESENTARON DURANTE EL PARTO?

A) ROMPIMIENTO DE LA FUENTE ()

B) EL CORDÓN LO TENIA ENREDADO EL NIÑO ()

C) NO EXISTIA DILATACIÓN ()

D) TUVIERON QUE RAZGAR ()

E) FUE UN PARTO SECO ()

F) OTRO ESPECIFIQUE _____

46.- EXISTIERON PROBLEMAS DESPUÉS DEL PARTO: SI () NO ()

DE QUE TIPO _____

47.- ¿DÓNDE NACIO EL NIÑO?

HOSPITAL () CONSULTORIO () CASA ()

COCHE () CALLE ()

48.- ¿QUÉ PERSONA LA ATENDIO?

MÉDICO () ENFERMERA () COMADRONA ()

VECINA () FAMILIAR () NADIE ()

49.- ¿EL NIÑO LORO INMEDIATAMENTE: SI () NO ()

50.- ESTUVO EN LA INCUBADORA: SI () NO ()

51.- ¿CÚAL FUE LA PRESENTACIÓN DEL NIÑO AL NACER?

CABEZA () NALGAS () TRANSVERSAL ()

52.- EL NIÑO TUVO PROBLEMAS DE RESPIRACIÓN: SI () NO ()

53.- PRESENTO CONVULSIONES: SI () NO ()

54.- ¿CÚAL FUE EL PESO DEL NIÑO AL NACER _____ Y -

ESTATURA? _____

55.- ¿CÚANTOS EMBARAZOS HA TENIDO HASTA LA FECHA?

UNO () DOS () TRES () CUATRO () 5-8 () 9-11 ()

11-15 ()

56.- HA TENIDO ABORTOS: SI () NO ()

ACCIDENTALES () PROVOCADOS ()

57.- ¿CÚANTOS? UNO () DOS () TRES () CUATRO () CINCO ()

58.- OCURRIERON ANTES DEL EMBARAZO DE SU HIJO. SI () NO ()

VI.- LACTANCIA Y ALIMENTACION

59.- EL NIÑO FUE AMAMANTADO

SI () ¿POR CUANTO TIEMPO? _____

NO () ¿PORQUÉ? _____

60.- HUBO BUENA SUCCIÓN Y TRAGABA BIEN EL LACTANTE _____

- 61.- TIENE INAPETENCIA: NUNCA () ALGUNAS VECES () SIEMPRE ()
- 62.- TIENE APETITO EXAGERADO: NUNCA () ALGUNAS VECES () SIEMPRE ()
- 63.- HA PADECIDO: VÓMITO () DIARREA () ESTREÑIMIENTO ()
- 64.- ¿CÚALES ALIMENTOS COME CON MÁS FRECUENCIA SU HIJO? _____

- 65.- ¿QUÉ ALIMENTOS PREFIERE? _____

- 66.- ¿CUALES RECHAZA? _____

- 67.- TIENE ALIMENTOS PROHIBIDOS POR INDICACIÓN MÉDICA _____

- 68.- EL APETITO DE SU HIJO EN GENERAL ES:
EXAGERADO () BUENO () INAPETENTE ()

VII.- ANTECEDENTES PATOLOGICOS DEL NIÑO

- 69.- USTED ESTABA INFORMADA QUE DEBIA VACUNAR A SU HIJO. SI () NO ()
¿CÓMO SE ENTERO? _____

- 70.- ¿CÚALES VACUNAS LE HAN SIDO APLICADAS A SU HIJO?
- | | | EDAD DEL NIÑO |
|--------------------|-----|---------------|
| A) POLIOMIELITIS | () | _____ |
| B) D. P. T. | () | _____ |
| C) SARAMPIÓN | () | _____ |
| D) ANTITUBERCULOSA | () | _____ |
| E) RUBÉOLA | () | _____ |

F) PAPERAS () _____

G) OTRAS _____

71.- SU HIJO HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PADECIMIENTOS:

- | | | |
|--|--------|--------|
| A) ANOXIA (CUANDO NACIO TENIA COLOR MORADO O AMARILLO) | SI () | NO () |
| B) ENFERMEDADES DEL CORAZÓN | SI () | NO () |
| C) DIARREAS FRECUENTES | SI () | NO () |
| D) DESHIDRATACIÓN | SI () | NO () |
| E) VOMITOS FRECUENTES | SI () | NO () |
| F) DESNUTRICIÓN | SI () | NO () |
| G) ASMA (TOSE COMO SI LE FALTARA AIRE) | SI () | NO () |
| H) BRONQUITIS (ACCESOS DE TOS) | SI () | NO () |
| I) AMIGDALITIS (INFLAMACIÓN DE LAS ANGINAS) | SI () | NO () |
| J) PARASITOSIS (AMIBAS) | SI () | NO () |
| K) DERMATITIS (ALERGIAS, IRRITACIÓN PIEL) | SI () | NO () |
| L) ENFERMEDADES DEL RIÑÓN (ARDOR O DOLOR - AL ORINAR) | SI () | NO () |
| M) POLIOHIELITIS | SI () | NO () |
| N) SARAMPIÓN | SI () | NO () |
| O) EPILEPSIA (DESMAYO, CONVULSIONES, VISTA EN BLANCO) | SI () | NO () |
| P) MENINGITIS | SI () | NO () |
| Q) ENCEFALITIS | SI () | NO () |
| R) LESIÓN CEREBRAL | SI () | NO () |
| S) TEMPERATURAS ELEVADAS Y MUY FRECUENTES | SI () | NO () |
| T) PROBLEMAS EN LA VISTA | SI () | NO () |
| USA LENTES | SI () | NO () |
| ESTRABISMO | SI () | NO () |

- | | | |
|-------------------------|--------|--------|
| U) PROBLEMAS EN EL OIDO | SI () | NO () |
| INFLAMACIÓN | SI () | NO () |
| SE LE HA REVENTADO | SI () | NO () |
| ESCUCHA BIEN | SI () | NO () |

V) NO SABE ()

72.- SI SU HIJO TUVO OTRO PADECIMIENTO Y LO RECUERDA ANOTELO _____

73.- DE LO ANTERIOR, SI SEÑALO AFIRMATIVAMENTE ALGÚN PADECIMIENTO DESCRIBALO BREVEMENTE Y MENCIONE LA EDAD DEL NIÑO _____

74.- SU HIJO A PADECIDO ALGUNA ENFERMEDAD INFECCIOSA. SI () NO ()
¿CÚAL? _____

75.- LO HAN OPERADO ALGUNA VEZ. SI () NO ()
¿DE QUE? _____

76.- HA SUFRIDO ALGÚN ACCIDENTE. SI () NO ()
DE QUE TIPO _____

77.- HA TENIDO ALGÚN GOLPE O CAIDA FUERTE. SI () NO ()
¿QUÉ PARTE DEL CUERPO SE LASTIMO? _____

78.- ¿CÓMO SE DIO CUENTA QUE SU HIJO TENIA PROBLEMAS EN SU DESARROLLO?

79.- ¿QUÉ EDAD TENIA SU HIJO? _____

80.- ¿A QUIEN Y A QUE LUGAR ACUDIO PARA SOLICITAR INFORMACIÓN SOBRE EL PROBLEMA DE SU HIJO? _____

- 81.- ¿QUÉ LE DIJO EL MÉDICO SOBRE EL PROBLEMA DE SU HIJO? _____

- 82.- ¿QUÉ TRATAMIENTO SE LE DIÓ? _____

- 83.- ¿A QUE EDAD EMPEZO EL NIÑO A ASISTIR ALGÚN CENTRO PARA RECIBIR EDUCACIÓN ESPECIAL? _____
- 84.- ¿CÓMO SE ENTERO DEL SERVICIO QUE PRESTA LA CUSI? _____

- 85.- ¿CUALES FUERON LOS REQUISITOS? _____

- 86.- ¿CUÁNTO TIEMPO ESTUVO EN LISTA DE ESPERA? _____

- 87.- LE INFORMARON SOBRE OTROS LUGARES O ESCUELAS DONDE PODÍA SER ATENDIDO SU HIJO SI () NO ()
- 88.- DURANTE EL TIEMPO QUE ESPERO EL NIÑO RECIBIO ATENCIÓN EN OTRO LUGAR. SI () NO ()
- 89.- CONSIDERA QUE LAS INSTALACIONES DE LA CUSI SE ENCUENTRAN EN UN ESTADO: BUENO () REGULAR () PÉSIMO ()
- 90.- ¿QUÉ OPINA DEL SERVICIO QUE PRESTA LA CUSI? _____

- 91.- LE GUSTARÍA QUE SE MODIFICARA EN ALGO LA CUSI _____

92.- ¿QUÉ PROPONE PARA MEJORAR EL SERVICIO QUE BRINDA LA CUSI? _____

93.- ¿QUÉ HABILIDADES TENIA EL NIÑO CUANDO LLEGO A LA CUSI? _____

94.- ¿QUÉ CONDUCTAS HA APRENDIDO DESDE QUE ESTA EN LA CLÍNICA? _____

95.- ¿CUÁNTO TIEMPO TIENE ASISTIENDO? _____

96.- USTED HA RECIBIDO ALGÚN TIPO DE ENTRENAMIENTO ESPECIAL PARA LA REHABILITACIÓN DE SU HIJO: SI () NO ()

97.- EN SU OPINIÓN CREE ESTAR CAPACITADO PARA PROPICIAR LA EDUCACIÓN INTEGRAL DE SU HIJO. SI () NO ()

98.- ¿QUÉ TIPO DE APOYO ESCOLAR LE GUSTARÍA QUE LE PROPORCIONARA LA CUSI?

A) CURSOS ()

B) MATERIAL DIDÁCTICO ()

C) PROGRAMAS ()

D) PLÁTICAS ()

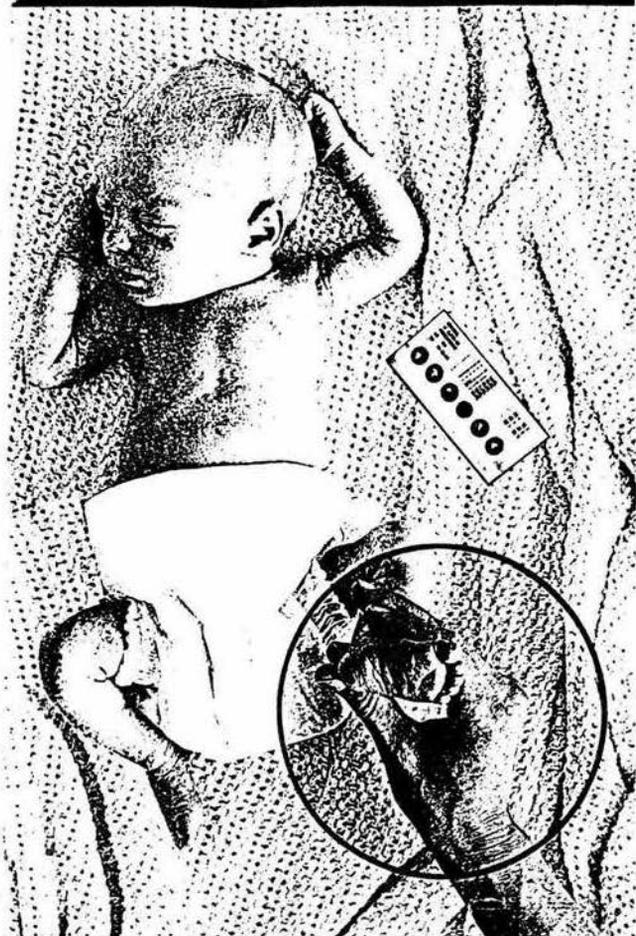
E) OTROS ()

SEÑALELOS _____

DESEA AGREGAR ALGO MÁS _____

ANEXOS 3, 4 Y 5

RETRASO MENTAL



tú puedes Prevenirlo!

UNAS GOTAS DE SANGRE SON SUFICIENTES
NUESTROS NIÑOS RECIEN NACIDOS MERECE
UN DESARROLLO FISICO Y MENTAL SANO
TU PUEDES BRINDARSELO. SOLICITA A TU
MEDICO LA PRUEBA DE HIPOTIROIDISMO
CONGENITO
PARA LA PREVENCION DEL RETRASO MENTAL
LA RESPUESTA ESTA EN EL ISSSTE

UNA PRUEBA PUEDE PREVENIR ALGUNOS CASOS DE RETRASO MENTAL



Solicítala
Para Tu Hijo
Recién Nacido

En el Servicio de Medicina
Preventiva de esta Unidad
Médica

LA SALUD DE LOS NIÑOS ES OBLIGACION
DE LOS PADRES Y
RESPONSABILIDAD DE TODOS

PREVENCION DEL RETRASO MENTAL EN EL RECIEN NACIDO

- **QUERIDA MAMA:**
- **1.-EXISTEN ENFERMEDADES DESDE EL NACIMIENTO COMO SON:**
- **EL HIPOTIROIDISMO, FINELCETONURIA Y LA TOXOPLASMOSIS, QUE PUEDEN OCACIONAR RETRASO MENTAL, EPILEPSIA O CEGUERA**
- **2.-LA PRUEBA SE TOMA CUANDO EL BEBE TIENE 48hrs. DE NACIDO Y HASTA ANTES DE QUE CUMPLA 3 MESES.**
- **3.-LA PRUEBA SE REALIZA TODOS LOS MARTES A LAS 8:00am EN EL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA AL DERECHOHABIENTE Y AL NO DERECHOHABIENTE**
- **4.-SE RECOMIENDA DARLE DE COMER AL NIÑO MEDIA HORA ANTES DEL ESTUDIO.**

ATTE. MEDICINA PREVENTIVA