

11226
47
24



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

E

FACULTAD DE MEDICINA

.ES

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33**

EL GRADO DE EDUCACION ESCOLAR
ESPECIAL DEL NIÑO CON DEFICIENCIA
MENTAL LEVE Y SU MEJOR DESEN-
VOLVIMIENTO SOCIAL.

TESIS DE POSTGRADO

PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN

MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

DRA. ISABEL MONTIEL MENDIZABAL



IMSS

MEXICO, D. F.

1990

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

	PAG.
JUSTIFICACION	1
OBJETIVO	2
ANTECEDENTES	3
PROBLEMA	23
VARIABLES	24
HIPOTESIS	25
ANALISIS ESTADISTICO	26
METODOLOGIA	27
RESULTADOS	28
CONTRASTACION DE HIPOTESIS	169
CONCLUSIONES	171
SUGERENCIAS	175
BIBLIOGRAFIA	176
ANEXOS	178

Nuestra sociedad siempre ha dado un valor de suma importancia a la "inteligencia". Esta la ha evaluado a través de la creatividad, destrezas y conocimientos que manifiesta el individuo.

No es poco usual escuchar una conversación entre padres de familia enfatizando los logros de sus hijos en la escuela regular. ¿Pero, qué sucede con el niño deficiente mental? Esta curiosidad es la que me ha llevado a realizar esta investigación, tratar de conocer cómo se comporta el deficiente en el ámbito escolar y qué cambios presenta antes y después de haber ingresado a la escuela y, principalmente, el conocer cómo repercute dentro de su familia y su sociedad la socialización secundaria que recibe.

Desafortunadamente encontramos varios grados de deficiencia mental y el tratar de abarcarlos a todos implicaría el manejo de muchas variables y características de cada grupo, hecho que nos llevaría a tener muchos sesgos en la investigación por lo que decidí trabajar con el grupo de niños con deficiencia mental leve que son los que tienen mayor oportunidad de ingresar a éstas escuelas. Primero porque son a éstos a los que detectan las Instituciones regulares y segundo, -- por los requisitos propios de la Institución.

Pretendo demostrar cómo el niño aprende a desarrollar sus capacidades intelectuales y sobre todo sociales en cuanto inicia su enseñanza escolar, y que éste aprovechamiento será mayor cuanto más temprano se detecte el problema y se inicie la educación escolar. Corresponde también en gran parte, para el buen desenvolvimiento del niño, el apoyo y aceptación que tenga por parte de su núcleo familiar, es por eso que se pretende cuestionar también a los padres para conocer su punto de vista acerca de su hijo.

Pongo a su crítica ésta investigación con la finalidad de que mediante ésta, se puedan abrir y enriquecer nuevas investigaciones.

OBJETIVO

Demostrar que el niño con deficiencia mental leve que recibe mayor grado de educación escolar especial puede tener un mejor desenvolvimiento social.

Es notorio que nuestro sistema económico está teóricamente diseñado para premiar a aquellos que dan muestras de gran capacidad mental, sea acumulando una gran cantidad de conocimientos o resolviendo efectivamente los problemas de la sociedad. Los padres de familia no pierden ocasión para hacer alarde de las cosas extraordinarias que dicen o hacen sus hijos. Ciertos segmentos de la población tienen tanta estima de la inteligencia que se ha llegado a estructurar una enorme cantidad de pruebas y de otros instrumentos de selección para distinguir a los más de los de menos inteligencia, y los resultados de dichas pruebas determinan con mucha frecuencia que al individuo se le deja seguir la carrera que le gusta o que se le aconseje que mejor solicite un puesto burócrata.

Como resultado del valor que se le atribuye a la competencia intelectual, la acusación tal vez más seria que se le puede hacer a cualquiera es la de considerarlo un deficiente mental.

A pesar de las trabas que pone la sociedad se ha visto la necesidad de dar educación a los niños con deficiencia mental así como a todos aquellos individuos que la misma sociedad nombra minusválidos.

El retraso mental es parte del continuo de la normalidad y el lugar donde se marca la división entre los retrasados y los no retrasados es algo totalmente arbitrario. La mayoría de los mentalmente retrasados no difieren cualitativamente de los no retrasados. Más importante aún, las capacidades de ambos grupos coinciden notablemente. Algunos niños que están en clases especiales para retrasados mentales funcionan mejor intelectual, académica y socialmente que algunos niños de las clases regulares que nunca han sido clasificados como retrasados mentales.

Este intercambio de características suele ser evidente y peso a ello muchos padres y maestros siguen persuadidos de que el retraso mental y la normalidad son dos categorías distintas.

Los retrasados mentales no constituyen ningún grupo exclusivo y homogéneo, y que en la mayoría de los casos dicho sujeto no difiere notablemente de las personas "normales". -- La gama de capacidades intelectuales entre los retrasados -- es igual, o tal vez mayor, que la gama de capacidades de las personas clasificadas como normales, y el tipo de problemas a los que se enfrenta cualquier grupo de individuos normales

No obstante, también es muy importante evitar el extremo opuesto de suponer que los sujetos que llevan la etiqueta de retrasados mentales no difieren en nada de los demás.

No hay manera de evitar que una etiqueta como la de retrasado mental sea un golpe muy duro para la estima que el individuo tiene de sí mismo. Como se ha mencionado, nuestra sociedad atribuye un valor tremendo a la capacidad para discurrir con claridad y racionalmente, proceso llamado algunas veces inteligencia, y la etiqueta de retrasado mental implica que las personas clasificadas de ésta manera tienen tan poca competencia con éstas áreas, que necesitan una instrucción especial y que muy probablemente van a necesitar que se les asista durante toda la vida. El término estigma significa cualquier característica que merma valor al individuo y lo hace menos digno a los ojos de los demás. Por lo general todo defecto y toda incapacidad es un estigma, pero en cierto sentido la etiqueta de retraso mental es el estigma supremo.

Siempre se ha reconocido que el retraso mental es un problema multidisciplinario, pero las disciplinas que tradicionalmente se han ocupado y han estado de por medio en el caso de los retrasados mentales -- Medicina y Educación -- se han venido complementando cada vez más con una gran variedad de nuevas áreas de conocimiento. Los psicólogos han hecho investigaciones sobre la naturaleza del aprendizaje y de la memoria en los retrasados, y han estructurado nuevos métodos de capacitación. En la actualidad hay terapeutas del lenguaje y terapeutas físicos prestando sus servicios a los retrasados en la mayoría de las instituciones. Cada vez se está --

reconociendo más que el retraso mental es un problema social algo que afecta no solamente a los individuos, sino también a sus familias y a sus comunidades. Hay una conciencia generalizada de que el diagnóstico y en muchos casos de que la etiología del retraso mental, son sociales en cuanto a que a ciertas personas se les suele tener por retrasadas en unas sociedades pero no en otras (10).

En el transcurso del tiempo el definir la deficiencia mental ha sido aparentemente simple, el hecho es que existen muchas definiciones, así como también muchos autores que las proponen. Algunas de ellas son las siguientes:

"La debilidad mental constituye un síndrome neurológico debido a una detención en la evolución del encéfalo de origen cortical, que da lugar a una deficiencia en el desarrollo mental" (15).

"Es un síndrome producido por un retraso permanente de las neuronas de la corteza cerebral que produce disminución de la capacidad de aprendizaje y de otras funciones mentales que causan desadaptación social" (19).

"Se refiere a un funcionamiento general inferior a la medida que tiene su origen en el período de desarrollo y se asocia a la alteración del comportamiento adaptativo" (10).

"Un sujeto se considera deficiente mental cuando presenta una disminución significativa y permanente en el proceso cognoscitivo acompañada de alteraciones de la conducta adaptativa" (2).

"La deficiencia mental es un daño irreversible que afecta considerablemente al Sistema Nervioso Central casi en su totalidad, teniendo como consecuencia un déficit de las funciones cognoscitivas superiores, que interfieren la capacidad de aprendizaje y provocan desajuste en la adaptación social, lo cual impide el desarrollo integral del individuo" (8).

Con las definiciones anteriores podemos darnos cuenta que se pueden reducir en líneas generales a tres categorías: definiciones basadas en resultados y pruebas de inteligencia

definiciones basadas en un mal rendimiento social y definiciones basadas en la causa o naturaleza esencial del retraso como por ejemplo la lesión cerebral.

Como la etiqueta de retrasado mental incluye tantos tipos diferentes de personas, la AAMD (American Association on Mental Deficiency), ha desarrollado un sistema de clasificación diagnóstica de los retrasados basado en el nivel de funcionamiento del individuo, principalmente en su CI (coeficiente intelectual). A los individuos con CI entre dos y tres desviaciones estándar por debajo de lo normal se les clasificó como ligeramente retrasados; a los que tienen un CI tres y cuatro desviaciones estándar por debajo de lo normal se les llama moderadamente retrasados; a los que tienen un CI entre cuatro y cinco desviaciones estándar por debajo del promedio se les pone la etiqueta de severamente retrasados; y a los que obtienen resultados de más de cinco desviaciones estándar por debajo de lo normal se les llama profundamente retrasados (20).

Esto indica muy bien el nivel de funcionamiento que se espera de un individuo a los diversos niveles. Por ejemplo, un adulto ligeramente retrasado, por lo general, puede hacer la mayoría de las cosas que puede hacer un niño de 8 a 11 años de edad, como por ejemplo leer y calcular hasta un nivel de tercero a quinto grado escolar, encargarse de sus propias necesidades personales como vestirse y asearse con el mínimo de ayuda, conservar un empleo sencillo, tener una coordinación esencialmente normal, y tener un intercambio social adecuado. De un adulto moderadamente retrasado se puede esperar que funcione al nivel de un niño promedio de 5 a 8 años. A ésta persona hay que prestarle alguna asistencia ocasional para su aseo y cuidado personal, pero puede mantener un empleo si se toman las medidas esenciales para superar su impedimento, como es el caso de los talleres supervisados. Un adulto severamente retrasado estaría funcionando al nivel del preescolar promedio. Aunque ésta persona podrá encargarse de sus necesidades corporales básicas, tales como vestirse, ali

mentarse y usar el retrete, y tal vez pueda comunicarse con un lenguaje sencillo, él o ella ciertamente necesitará una supervisión muy considerable durante toda su vida. Esta persona no puede andar sólo por la ciudad, puede tener algunos problemas de coordinación, y no suele ser capaz de conservar un empleo ni siquiera en algún lugar supervisado. Una persona profundamente retrasada tiene una edad mental menor de 3 años en su edad adulta. Por lo tanto, de muchos sujetos profundamente retrasados no se puede esperar siquiera que atiendan sus propias necesidades corporales básicas. La mayoría no sabe usar nunca el retrete, muchos necesitan ayuda para vestirse, algunos ni siquiera pueden alimentarse solos. En esta categoría están incluidos muchos casos de encamados que ni siquiera son capaces de aprender a caminar. Las aptitudes del lenguaje serían mínimas.

La clasificación AAMD que estuvo en uso entre 1961 y 1973 también incluía la categoría de retrasados limítrofes, la cual se definía como un CI de una o dos desviaciones estándar por debajo del promedio; en otras palabras, un CI de Wechsler entre 70 y 85.

Por consiguiente en este sistema el retrasado se define como el funcionamiento a una desviación estándar o más -- por debajo de lo normal, e incluye a una cantidad mucho mayor de personas (10).

Por su parte, los educadores clasifican a los niños retrasados conforme a las siguientes categorías: retrasados mentales educables, retrasados mentales entrenables y retrasados mentales severos. El origen de éstas etiquetas es evidente. Aquí educación quiere decir que a estos individuos se les puede enseñar las aptitudes académicas básicas, como lectura, escritura y aritmética. Los niños capaces de algún adiestramiento, por lo general no pueden aprender aptitudes académicas.

A pesar de que los griegos ya tenían establecida una desigualdad entre la locura como delirio o frenesí y la locura como idiotez, no fué sino hasta el siglo XIX cuando se em

pieza a investigar de una manera sistemática sobre retraso mental. Estas investigaciones se inician con los trabajos de Jean Marc Gaspard Itard, al dar intento de reeducación a un niño débil mental encontrado en estado salvaje en los Bosques de Lochéwne, conocido con el nombre de Victor "el niño salvaje de L'Averyron". Itard basó sus estudios en la socialización como principal agente terapéutico. Los trabajos que realizó Victor, quedaron plasmados en diversas obras exhibidas en 1801 y 1806, las cuales describen el proceso de reeducación de Victor. El tratamiento se orientaba en primer lugar a desarrollar las funciones intelectuales y al final las funciones afectivas (14).

El método educativo de Itard fué perfeccionado por Eduardo Seguin, quien elaboró en 1843 una obra que se conside- raba el primer tratado de educación de retrasados mentales.

Al contrario de Itard que planteaba al retraso mental como un problema a nivel social, Seguin destacó el papel esencial del esfuerzo y la voluntad dedicados a controlar el propio organismo, ambos planteamientos reconocidos tácticamente para la posibilidad de mayor progreso para los retrasados mentales.

En el año de 1904 Barr traslada el problema del retraso mental del campo médico al de la educación, al introducir una clasificación de los retrasados mentales desde un punto de vista educativo. Barr cataloga a los imbéciles como deficientes mentales adiestrables (2).

Será dentro del campo de la educación y con la ayuda de los test de inteligencia, donde aparecerá cada vez más clara y objetivamente una diferenciación y graduación del retraso mental.

La creación del primer test de inteligencia por Alfred Binet, contribuyó a establecer en las escuelas esa diferenciación. Binet concibió su prueba como un instrumento diagnóstico que determinaría el grado de avance o retraso de un niño con respecto a su edad.

En México el precursor de la Educación Especial para -

deficientes mentales fué el Dr José de Jesús González quien estableció en 1914 la primera Escuela Especial en León Guanajuato y en poco tiempo se fundaron dos escuelas más en Guadadalajara y el Distrito Federal.

En 1935 se incluyó en la Ley Orgánica de la educación un apartado referente a la protección a los deficientes mentales.

En México la educación especial está reconocida como parte del sistema educativo nacional en el artículo 15 de la Ley Federal de Educación. Después de referirse al tipo elemental, medio y superior que comprende el sistema educativo nacional, dicho artículo afirma que el sistema educativo nacional comprende, además, la que se imparte de acuerdo con las necesidades educativas de la población y las características particulares de los grupos que las integran (8).

Tiene como fundamento los artículos 48 y 52 de la Ley de Educación que se refieren al derecho a la educación, y el artículo 50 de la misma Ley, que se refiere a los fines y principios establecidos en el artículo 30 de la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos.

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 educativas". El artículo 52 establece los derechos de quienes ejercen la patria potestad o la tutela (7).

La educación especial tiene como sujeto a las personas con necesidades especiales, cualquiera que sea su problemática. No difiere esencialmente de la educación regular sino -- que comparte sus fines generales y sus principios y en algunos casos requiere el consenso de profesionistas de otras -- disciplinas. Según la naturaleza y grado de los problemas de los alumnos, comprende objetivos específicos, programas adicionales y complementarios e individualizados, que pueden -- ser aplicados con carácter transitorio o más o menos permanente en el aula regular, en la escuela y en otros servicios

Los servicios de educación especial que ofrece la Dirección General, se clasifican en dos grandes grupos, según las necesidades de atención que requieran los alumnos del sistema (7).

El primer grupo abarca a personas cuya necesidad de educación especial es indispensable para su integración y normalización. Las áreas aquí comprendidas son: deficiencia mental, trastornos de audición y lenguaje, impedimentos motores y trastornos visuales. La atención se brinda en Escuelas de Educación Especial, Centros de Rehabilitación y Educación Especial y Centros de Capacitación de Educación Especial.

La Dirección General de Educación Especial ha adoptado la siguiente definición de deficiencia mental: "Un sujeto se considera deficiente mental cuando presenta una disminución significativa y permanente en el proceso cognoscitivo, acompañada de alteraciones de la conducta adaptativa".

Se ha adoptado asimismo la siguiente clasificación en términos de CI.

Leve	50 - 70
Moderada	35 - 50
Severa	20 - 34
Profunda	0 - 20

A los efectos del diagnóstico se toman en consideración las alteraciones orgánicas que determinan los componentes del CI. Para el caso especial del grado leve se diagnostica deficiencia mental, sólo cuando existen evidencias de compromiso orgánico.

El diagnóstico se realiza en los Centros de Diagnóstico y Canalización así como en las Instituciones de Educación Especial.

Estas escuelas atienden en horarios similares a los de la escuela regular, mediante técnicas específicas, a grupos reducidos (máximo 18 alumnos por aula) según el grado de la deficiencia y la edad cronológica.

En el deficiente mental leve se aplica un tratamiento pedagógico que se integra con técnicas individualizadoras y

socializadoras, las siguientes áreas curriculares:

- a. Independencia personal y protección de la salud.
- b. Comunicación.
- c. Socialización e información del entorno físico y social.
- d. Ocupación.

El objetivo de éste programa es la integración del deficiente mental leve en la escuela regular; por tanto, el acento se pone en los contenidos académicos del currículum expuesto.

Siguiendo la línea de integración del deficiente leve en la escuela regular, la Dirección General de Educación Especial tiene proyectado canalizar a estos sujetos directamente a la escuela regular, donde funcionen en grupos integrados, con apoyo en los Centros Psicopedagógicos.

Cuando se trata de deficientes leves, se aplica estimulación temprana y un tratamiento pedagógico, que integra las áreas curriculares que se imparten a los deficientes leves, pero poniendo el acento ésta vez en los contenidos que contribuyen a la creación de hábitos de trabajo y desarrollo de habilidades manuales.

La secuencia del proceso escolar es de cuatro etapas, cada una con una duración de hasta cuatro años. La primera - corresponde al nivel preescolar y los restantes a los grados de primero a sexto del nivel básico de educación primaria.

Las dos primeras etapas son comunes a todos los alumnos. Pasan a la tercera, aquellos que con sus capacidades -- pueden acudir a aprendizajes más complejos.

Los otros pasan directamente a la cuarta etapa para intensificar su entrenamiento prelaboral, complementando ésta actividad con lecto-escritura y aritmética a nivel socio-utilidad.

Cumpliendo éste proceso escolar, los alumnos son canalizados a los Centros de Capacitación de Educación Especial y/o a las industrias protegidas. Los Centros de Educación Especial cuentan con talleres donde los jóvenes pueden capaci-

tarse en uno o más oficios, con el fin de que se puedan incorporar a un Centro de trabajo, lográndose de éste modo realizar una vida lo más normal posible (8).

Es una práctica común distinguir dos categorías muy generales de retrasados mentales. Un grupo incluye todos aquellos sujetos con señales claras de anormalidades orgánicas - que han dado por consecuencia mengua en las capacidades mentales; grupo al que se le llama de retrasados orgánicos. El segundo grupo incluye a aquellos sujetos en los que no aparece ninguna causa médica o biológica evidente que justifique sus escasas facultades mentales. A estos sujetos se les llama culturalmente retrasados, retrasados familiares o retrasados funcionales.

Las categorías más importantes de causas orgánicas de retraso mental son las siguientes:

a. Infecciones prenatales: Hay muchos microorganismos que pueden infectar al embrión o feto en desarrollo y causar le anormalidades permanentes, incluyendo retraso mental. Entre éstos están la rubeóla, la sífilis, el citomegalovirus y el toxoplasma.

b. Infecciones postnatales: Hay varios tipos de microorganismos que, si infectan al niño en crecimiento, pueden producir una lesión cerebral y retraso mental. Los dos más conocidos son los de la encefalitis y la meningitis.

c. Intoxicaciones: Hay varios tipos de venenos que pueden producir lesión cerebral y retraso mental. Entre estos están los Anticuerpos maternos producidos por el factor Rh negativo de la madre; diversas drogas que toma la madre durante el embarazo y las radiaciones. Otros trastornos maternos como la toxemia también pueden producir condiciones tóxicas en el niño. Después del parto, el retraso mental también puede sobrevenir a causa de la ingestión de plomo por parte del niño.

d. Complicaciones perinatales: Como lo son la hipoxia neonatal y lesiones mecánicas durante el parto.

e. Desordenes metabólicos heredados: Algunos individu-

os nacen con una incapacidad heredada para metabolizar o asimilar ciertas sustancias, resultado de lo cual puede ser el retraso mental. Una de las más conocidas entre éstas es el desorden llamado FCU (Fenilcetonuria), o incapacidad para metabolizar un aminoácido. Así como la galactosemia, ambos --- trastornos transmitidos por un gene recesivo.

f. Desórdenes del metabolismo lipídico: El más conocido de éstos es el mal de Tay Sachs, que siempre termina en - severo retraso mental y en muerte prematura.

g. Hipotiroidismo: Se presenta frecuentemente desde el nacimiento, y puede ser el resultado de una gran variedad de causas. Si no se atiende a tiempo, puede producir deficien--cia de las capacidades mentales, pero mediante el tratamiento médico suele no haber problema serio.

h. Desnutrición: Una dieta deficiente, si llega a ser muy severa y si ocurre antes del nacimiento o muy poco des--pués del parto, puede producir un daño cerebral permanente y retraso mental (3).

Muchos casos de retraso mental son el resultado de un trastorno muy vagamente definido, llamado lesión cerebral. - Este retraso se llama exógeno porque proviene de la interferencia de agentes externos en el desarrollo normal del individuo. Hay muchos trastornos, además del retraso mental, que supuestamente están causados por una lesión cerebral o dis--función cerebral; trastornos que con mucha frecuencia se encuentran en las poblaciones retrasadas. La epilepsia clásica es un desórden que se caracteriza por una pérdida total de - la conciencia y por convulsiones, todo ello de carácter temporal. Otra patología es la Parálisis Cerebral (PC), término general que indica perturbaciones motoras causadas por una - lesión cerebral. Aproximadamente la mitad de las personas -- con PC son también retrasados mentales. La hipercinesia es - una condición que se caracteriza por la hiperactividad, so--bre todo por una gran cantidad de actividad sin ninguna finalidad sensata, por períodos de atención demasiado breves, -- por facilidad para la distracción y por inestabilidad emocio

nal. También se da generalmente, por supuesto, que los problemas perceptuales se deben a una disfunción cerebral. Todos estos trastornos que acabo de mencionar se dan con bastante frecuencia en los retrasados exógenos.

Hay tres teorías que intentan explicar por qué los niños que se crían en la pobreza tienen un bajo historial de rendimiento escolar. La teoría más generalmente aceptada es una versión de la hipótesis de la privación cultural. Este punto de vista afirma que hay ciertos aspectos de la crianza infantil y del ambiente general de la pobreza que predispone a estos niños al fracaso. Sus padres no les proporcionan buenos modelos de lenguaje y toda su cultura gira alrededor de una actuación a base de impulsos y emociones en lugar de la razón. Por consiguiente, estos niños no adquieren hábitos aceptables de lenguaje ni desarrollan buenas aptitudes de pensamiento. Hay mucha investigación que confirma que el estilo de crianza infantil de las madres de bajos ingresos, tiende a orientarse más hacia la obediencia incondicional que hacia la razón.

Una segunda teoría sostiene que el potencial intelectual de cada individuo está determinado en gran parte por la herencia. Las personas de capacidades intelectuales deficientes suelen abundar más en los grupos de bajos ingresos, al pasar a su prole esta tendencia hacia una inteligencia mediocre. Esta teoría no tiene muchos defensores en la actualidad en parte por razones políticas y en parte porque se han ido acumulando los argumentos que indican que el modelo es como cada quien se cría y se educa, tiene un efecto substancial en las propias aptitudes mentales.

La tercer teoría sostiene que los niños de familias minoritarias y de bajos ingresos no tiene en realidad ninguna deficiencia intelectual; que solamente dan la impresión de sufrir esta deficiencia porque se les mide con normas propias de las clases media y alta. Los defensores de esta teoría se oponen a todo tipo de educación compensatoria, alegando que es innecesaria, y que se basa en el postulado etnocén

trico de que el estilo de vida de las clases media y alta, - de que sus hábitos de lenguaje y sus estilos de crianza infantil, son superiores a los de las otras culturas (10).

La investigación experimental sobre aprendizaje y memoria en los retrasados mentales se puede dividir en dos tipos generales: investigación que compara a los retrasados con -- los no retrasados e investigación que sencillamente toma a -- los retrasados como sujetos de estudio. El primer tipo de investigación se orienta hacia la comprobación de lo que se pudiera llamar teorías sobre retraso mental, hacia la explicación de por qué el comportamiento de las personas retrasadas difiere del de las personas no retrasadas. Una de estas teorías del desarrollo, la cual sostiene que los niños retrasados se desarrollan igual que los no retrasados, pasando por las mismas etapas cognoscitivas, pero que su ritmo de desarrollo es más lento y que en último término no alcanzan los mismos niveles elevados que los demás. En el grado en que esta teoría sea verdadera, cuando a los niños retrasados se -- les compara con niños más jóvenes no retrasados de igual CI, no debería haber ninguna diferencia en el funcionamiento cognoscitivo entre los dos grupos. Otro grupo de teorías son -- las llamadas de defecto, según las cuales las personas retrusadas tienen defectos específicos en algunos de sus procesos pero son relativamente normales en otros. Entre las teorías de defecto, está la hipótesis de una de las personas retrusadas tienen un defecto muy particular en el uso de estrate---gias; por ejemplo, repaso y generación de mediadores para auxiliar a la memoria.

Hay muchos paradigmas básicos de aprendizaje que han -- sido estudiados intensamente. El más sencillo de éstos es el condicionamiento clásico, que consiste en aparear un estímulo neutral como un sonido de campana (el estímulo condicionado) con un estímulo que normalmente provoca una respuesta. A éste se le llama estímulo incondicionado. Después de varias -- presentaciones simultáneas como ésta, el estímulo condicionado también empieza a provocar la misma respuesta. La investii

gación sobre el condicionamiento clásico con los retrasados indica que mientras el aprendizaje sea lo suficientemente -- sencillo, no hay ninguna diferencia de rendimiento entre sujetos de elevado CI y sujetos de bajo CI.

Un segundo tipo de este mismo fenómeno se llama condicionamiento operante. Este paradigma consiste en seguir una respuesta específica con la presentación de un refuerzo, y de esta manera se aumenta la frecuencia o probabilidad de la respuesta. Una clase de condicionamiento operante que se ha estudiado ampliamente con los retrasados mentales es el aprendizaje de discriminación; es decir, capacitar a los sujetos a escoger siempre un estímulo determinado y nunca el otro, cuando se les propone la elección entre los dos. Uno de los aspectos importantes del aprendizaje de discriminación -- es el de lograr que el sujeto preste atención a la dimensión adecuada, a la característica que distingue al estímulo correcto del incorrecto. Una vez que logran ésto, apenas hay -- diferencia en la tasa de aprendizaje entre sujetos retrasados y no retrasados, pero frecuentemente los sujetos retrasados tardan más en aprender a prestar atención a la dimensión adecuada.

Otro tipo de aprendizaje es el llamado aprendizaje de pares asociados, el cual consiste en enseñar al sujeto a responder con una determinada palabra cuando se le presenta otra palabra que hace de estímulo. La investigación que compara a sujetos retrasados con no retrasados en la tasa de aprendizaje, usando el aprendizaje, ha tenido resultados mixtos; algunos experimentos no revelan ninguna diferencia entre los dos grupos, mientras que otros descubren que los sujetos retrasados necesitan más tiempo para aprender. Una manera muy eficaz de proporcionar y facilitar el aprendizaje de una tarea de pares asociados, es la de proporcionarle al sujeto algún tipo de mediador entre las dos palabras, algún modo de conectarlas. Cuando se hace ésto la tasa de aprendizaje de los sujetos retrasados ayumenta dramáticamente.

Muchos estudios han demostrado que los sujetos retrasados

dos tienen ciertos impedimentos para la memoria de corto plazo. Sin embargo, la investigación proveniente de muy diversas fuentes, indican que el principal problema con los retrasados está en que no repasan, y esto afecta negativamente -- sus rendimientos. De manera semejante, tampoco suelen usar o -- tras estrategias que les facilitarían el aprendizaje y la memoria. Esta deficiencia, y no una deficiencia en la tasa de aprendizaje, parece explicar la diferencia entre sujetos retrasados y sujetos normales. En tareas en las que el repaso o alguna otra estrategia no vienen al caso, como en la memoria de reconocimiento, no parece haber ninguna diferencia de rendimiento entre los retrasados (6).

Aunque el retraso mental es básicamente un desorden -- cognoscitivo, hay muchas razones por las que se puede muy -- bien esperar que las personas retrasadas difieren de las no retrasadas en variables no cognoscitivas por ejemplo, en motivación, emociones y personalidad. Entre estas razones están las siguientes:

1. Suelen vivir aislados socialmente, si no es que activamente rechazadas por las demás personas.
2. Se les haya puesto exagerada conciencia de sí mismo y suele ser la causa de que las demás personas las traten en forma diferente.
3. La presencia de un niño retrasado en el seno de la familia suele ser causa de angustia y tensiones familiares, lo cual produce desórdenes emocionales en el niño retrasado.
4. Experimentan muchas más frustraciones y fracasos -- que la mayoría de la demás gente.
5. La lesión cerebral, frecuente en muchas personas retrasadas, suele producir problemas emocionales y -- una conducta perturbada.
6. No son capaces de efectuar una crítica de su propia personalidad y motivación y, por lo tanto no suelen hacer ningún intento por cambiar su forma de ser.
7. Muchos individuos provienen de ambientes marginados

propicios para producir perturbaciones emocionales.

Hay muchos rasgos de personalidad que, por lo general se encuentran más frecuentemente en los retrasados mentales que en la población general. Entre éstos rasgos están los siguientes:

1. Dan por supuesto que van a fracasar. Esta expectativa los suele convertir en evitadores de fracasos, - más que en buscadores de éxito; y suelen regirse -- por motivos externos, apoyandose en otras personas y no en sus propias ideas para toma de decisiones.
2. Suelen desarrollar un sentido general de desamparo, la convicción de que no rigen su propio destino.
3. Suelen tener una mayor necesidad de interacción social y adoptan estrategias exóticas para mantener - lo más posible el contacto con las demás personas.
4. La interpretación freudiana del retraso mental es - que las personas retrasadas tienen un funcionamiento deficiente del ego. Esto significa que suelen fiarse de mecanismos de defensa muy primitivos, por ejemplo, represión o negación de la realidad, para reducir su ansiedad.
5. Suelen hacer lo indecible para demostrar a los demás y a sí mismos que son "normales", proceso conocido como fingimiento.

Existe un consenso general en que la prevalencia de -- perturbaciones emocionales es mucho más elevada entre los retrasados mentales que entre la población general. Más aún, - algunos expertos sostienen que prácticamente todos los retrasados padecen de una notable perturbación emocional. Muchos profesionales opinan que es importante distinguir entre aquellas personas cuyo retraso es secundario en comparación con su perturbación emocional, y aquellos que son principalmente retrasados mentales y además tienen ciertos problemas emocionales. Sin embargo, la práctica más común en la actualidad - es no darle a ésta cuestión mucha importancia, ya que el tratamiento y el tratamiento en ambos casos son los mismos.

Una característica muy común de los retrasados mentales, sobre todo de los que se encuentran en instituciones, es la conducta estereotipada, o sea la repetición compulsiva de acciones sin ninguna finalidad; acciones que con frecuencia son autodestructivas. Se han propuesto muchas teorías para explicar éste comportamiento, y todas tienen en su favor ciertos datos de investigación. Una de éstas teorías sostiene que ésta conducta hace las veces de autoestimulación para aquellas personas que viven en ambientes básicamente carentes de estimulación. Otra afirma que dicha conducta satisface la necesidad que tienen los sujetos de alguna actividad motora. Algunos autores opinan que la conducta estereotipada reduce la tensión y ansiedad, mientras que otros sostienen finalmente que ésta conducta se practica en virtud de el reforzamiento que recibe de otras personas, como la atención que se les presenta (13).

Hay tres maneras básicas para tratar los problemas conductuales y emocionales de los retrasados: psicoterapia, modificación de la conducta y quimioterapia.

La psicoterapia incluye toda la gran variedad de técnicas y métodos que tienen como denominador común que el paciente expone sus sentimientos, emociones y actitudes a un interlocutor comprensivo o a un grupo de interlocutores. Con frecuencia la psicoterapia se aplica también a personas retrasadas aunque su valor nunca se ha comprobado con la claridad total, y muchos pioneros de la psicoterapia han afirmado que con los retrasados mentales no serviría de nada. En comparación con toda la demás terapia, la utilizada con los retrasados suele ser más directiva, tomando el terapeuta o director de grupo un papel más activo en el transcurso de la sesión. También es más frecuente que se haga en grupo en lugar de individualmente, lo mismo que se oriente hacia los problemas de adaptación y no hacia los sentimientos del paciente. Como muchos sujetos tienen dificultad para expresarse de palabra, son muy frecuentes las terapias por juego y por el arte creativo.

Una segunda manera de tratar el comportamiento anormal es con el método conocido como modificación de la conducta: método de tratamiento que se deriva de los principios básicos del aprendizaje. Los defensores de éste método atienden totalmente a la conducta observable del niño, sin ningún empeño para explicar la conducta, apelando a motivaciones internas o a otros fenómenos mentalistas que no se observan. Dan por supuesto que la conducta humana se puede explicar -- por las recompensas y castigos que encuentra el individuo en su ambiente. Si a los individuos se les premia (refuerza) -- por efectuar una conducta, muy probablemente la repetirán, y si no se les refuerza, la probabilidad de que vuelvan a repetir dicha acción disminuye. Por consiguiente para animar a niños retrasados, a que comprendan una conducta más apropiada socialmente, es necesario organizar su ambiente de tal manera que se les refuerce por tal conducta (11).

Los padres difieren notablemente en sus reacciones y actitudes hacia el hijo retrasado.

Una variable que parece importante es el estado socio-económico de los padres. Es muy razonable suponer que los padres de clase media habrán de reaccionar de manera un tanto diferente al niño retrasado, de como habrá de reaccionar una familia de bajos ingresos. Hay dos tipos de crisis que se -- pueden precipitar al aparecer un niño retrasado en la familia, y que una de ellas es más típica de las familias de bajos ingresos, mientras que la otra tiende a caracterizar a las familias de clase media. La crisis trágica es aquella en la que se frustran las metas, aspiraciones y esperanzas de una familia feliz. Es más típica de la familia de clase media, que suele ser la que tiene mentalidad de triunfo y elevadas aspiraciones para su hijo. El segundo tipo corresponde a la crisis de organización de papeles. En este caso, los padres están preocupados por los problemas que cada día les impone el niño retrasado. Esta crisis es más típica de los grupos de bajos ingresos. Estos padres están demasiado abrumados con los acontecimientos y crisis diarias de la vida para

preocuparse demasiado por el desarrollo futuro de sus hijos. La diferencia entre la reacción de la familia de bajos ingresos y la de la familia de ingresos medios, radica en que la primera está más preocupada por el presente, por los problemas de aquí y de ahora; mientras que la segunda, estando más capacitada para hacer frente a los problemas diarios, tiene tiempo para preocuparse por el futuro.

Los padres que saben muy bien cuál es la causa del retraso mental, en particular la causa del retraso de su hijo, no suelen dar muestras de ninguno de los sentimientos de culpa ni de vergüenza; tampoco suelen hechar mano de defensas, por ejemplo de la negación. De aquí se sigue que un principio muy importante de asesoría para estos padres es el de proporcionarles toda la información que ellos puedan fácilmente asimilar acerca del retraso mental (1).

Una de las preocupaciones de muchos padres es que sus otros hijos, los hermanos y hermanas del niño retrasado, se contaminen de alguna manera por la presencia de un niño retrasado en la familia. La mayoría de los hermanos afirman que los efectos adversos son muy pocos. Puede suceder que se le tenga que pedir a uno de los hermanos, generalmente a una hermana, que ayude a cuidar al niño retrasado, y esto puede interferir con su vida social. Algunas veces también, los hijos sienten vergüenza de interferir a causa del niño retrasado y no se atreven a invitar amigos a su casa. Sin embargo, esta reacción casi siempre la aprenden de sus padres. Los hermanos, a no ser que sean mucho mayores que el niño retrasado, no tienen oportunidad de experimentar una crisis de lo inesperado ni una crisis de valores. Por lo que a ellos toca tener un hermano retrasado no tiene nada de particular. Sin embargo, aún los niños pequeños se percatan de las actitudes de los padres, y si los padres raras veces hablan del niño retrasado y parecen sentirse avergonzados, entonces los hijos normales suelen asimilar esas mismas actitudes.

Muchos padres buscan algún tipo de consejo o asesoría para sus problemas. El término consejo abarca una gran variedad

dad de procedimientos, desde una única sesión con el médico familiar hasta una larga serie de sesiones con un psiquiatra o con un psicólogo. También se pueden distinguir dos prácticas distintas del consejo según que sea principalmente educativa, o que atienda principalmente a las actitudes y sentimientos del paciente. Se advierte un conflicto entre los padres y los consejeros profesionales en éste campo; los padres se interesan más por la solución de los problemas prácticos de la vida diaria, mientras que los profesionales prefieren abordar los sentimientos y emociones de los padres. La mayor parte del consejo con padres se lleva a cabo con grupos en lugar de individualmente, porque ésta práctica no solamente es más económica, sino que los padres crean y caen en la cuenta de que hay muchas otras familias con problemas tan serios o peores que los suyos, además de que en grupos como éstos no sientan vergüenza de hablar acerca del hijo retrasado.

Probablemente la función es educar acerca del retraso mental. A los padres les interesa saber cómo deben disciplinar al niño, qué tipo de servicios están a su disposición, - cuales son sus derechos legales, etc. Un tipo especialmente importante de educación para los padres es el consejo genético, y si deben arriesgarse a tener más hijos. Otro campo de educación a los padres que se va desarrollando rápidamente es la capacitación con sus hijos para el uso de las técnicas de modificación de la conducta (2, 10).

PROBLEMA

¿Es necesaria la educación escolar especial para que -
el niño con deficiencia mental leve pueda tener un mejor de-
senvolvimiento social?

VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE: El grado de educación escolar
especial.

VARIABLE DEPENDIENTE: Su desenvolvimiento social.

HIPOTESIS

Si los padres de un niño con deficiencia mental leve -
le proporcionan mayor grado de educación escolar especial, -
entonces el desenvolvimiento de éste dentro de la sociedad -
será mejor.

ANALISIS ESTADISTICO

A= Grado de educación escolar especial.

B= Mayor desenvolvimiento.

H_0 = El grado de educación escolar especial no influye en el desenvolvimiento del niño con deficiencia mental leve.

H_1 = A mayor educación escolar especial mejor desenvolvimiento social del niño con deficiencia mental leve.

$$H_0 = A = B$$

$$H_1 = A > B$$

Nivel de confianza:	95%
Nivel de significancia:	.10
Tipo de variables:	Nominales
Tamaño de la muestra:	43
Estima de punto:	una cola
Tipo de prueba para contrastación:	χ^2

Criterios de rechazo de H_0 .

Se rechaza H_0 si :

$$p < \alpha \quad \text{donde } \alpha = .10$$

$$x^2_{\text{real}} > x^2_{\text{teórica}}$$

$$x^2_t = 1.64$$

$$\text{cuando } g_l = 1$$

Se llevó a cabo un estudio de tipo prospectivo, transversal, observacional, comparativo en niños con deficiencia mental leve y a sus padres (la encuesta a los padres se utilizó para confirmar o rectificar los datos referidos por los niños).

La aplicación de encuestas se realizó en niños con deficiencia mental leve en la Escuela de Enseñanza Especial #4 teniendo inicialmente como criterios de inclusión los siguientes: edad de 6 a 11 años, sin importar sexo, que supieran leer y/o escribir, integrantes de una familia nuclear constituida por un mínimo de 2 hijos y un máximo de 5, que acudieran regularmente a la escuela con un mínimo de 2 años de haber ingresado.

En un muestreo inicial se capturaron 20 niños para el estudio, habiendo sido difícil que cumplieran con los requisitos inicialmente establecidos y considerando que los resultados que se iban a obtener tendrían un sesgo, se decidió aumentar el tamaño de la muestra que fuese representativa y -- que estuviese lo más apegada posible a nuestros criterios de inclusión.

Nuestro segundo muestreo fué de 45 niños a quienes se les aplicó la encuesta así como a sus padres, previa prueba de campo de la encuesta, para verificar si la misma nos podría dar la información requerida en las siguientes áreas: - Desarrollo psicomotriz, desarrollo familiar, desarrollo escolar y vida independiente.

Para el análisis de resultados y clasificarlos en variables de tipo nominal, se tomaron en cuenta 37 preguntas - de tipo cerrado y 3 de tipo abierto que no fueron tomadas en consideración. Encontrando dos grupos con desenvolvimiento social bueno o adecuado y malo o inadecuado, para la contratación de la hipótesis.

El tiempo de duración de la investigación planteado inicialmente para desarrollarse en un año se redujo dos meses por disposición de las autoridades de la Delegación número 1 Noroeste del IMSS, con fecha de entrega 15 de Octubre del 90

R E S U L T A D O S

EDAD DE NIÑOS CON DEFICIENCIA MENTAL

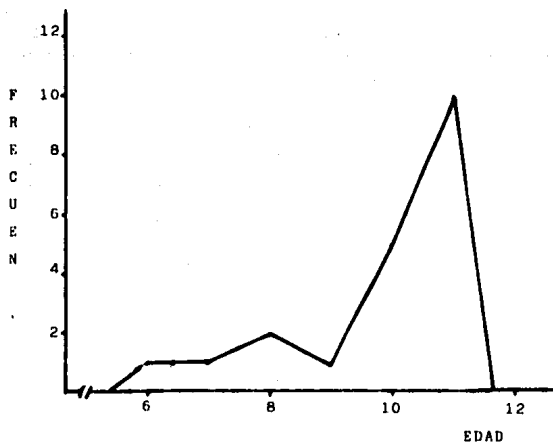
ESCUELA ESPECIAL # 4

MAYO DE 1990

EDAD	FREC.	F.A.	%	%A.
11	10	20	50	100
10	5	10	25	50
9	1	5	5	25
8	2	4	10	20
7	1	2	5	10
6	1	1	5	5
TOTAL	20		100	

$\bar{X}=9.9$ $S=1.48$ $\sigma_3=-1.31$
 $Mo=11$ $R_5=5$ $IV=14.95$
 $Md=10.5$ $S_2=2.19$ $\sigma_4=3.58$

GRAFICA # 1



FUENTE: Investigación Personal

La tabla # 1 engloba los datos de edad de los niños -- con deficiencia mental estudiados. Encontrando una edad máxima de 11 años y una mínima de 6, habiendo así una edad promedio de 9.9 años; una moda de 11 años y una mediana de 10.5, con una desviación estandar de 1.48 años. El mayor porcentaje se presentó en la edad de 11 años, siendo éste del 50% y en segundo lugar los de 10 años con un 25% de casos; siguiendo para las edades de 9, 8, 7 y 6 años en porcentajes de 5, 10, 5 y 5%, respectivamente.

La gráfica # 1 nos muestra características de tipo Leptocúrtica con asimetría negativa.

TABLA # 2

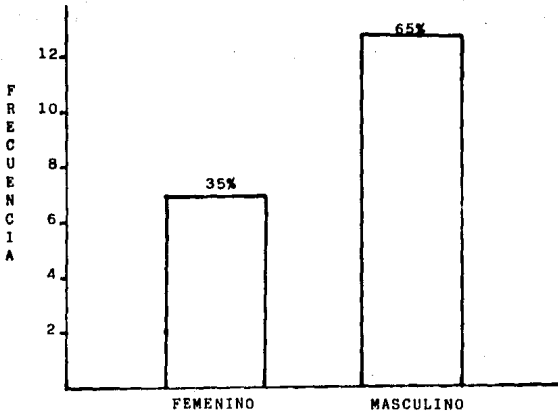
SEXO DE NIÑOS CON DEFICIENCIA MENTAL

ESCUELA ESPECIAL # 4

MAYO DE 1990

SEXO	FREC.	F.A.	%	%A.
MASC.	13	20	65	100
FEM.	7	7	35	35
TOTAL	20		100	

GRAFICA #2



SEXO

FUENTE: Inv. Personal

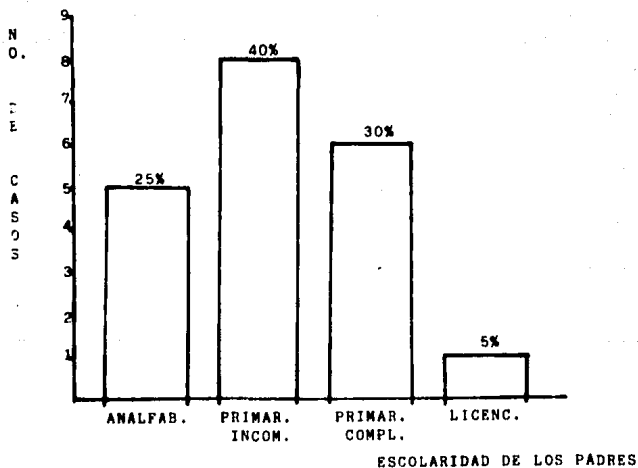
La tabla #2 nos muestra el sexo de los niños con deficiencia mental estudiados; demostrando un porcentaje de frecuencia del 65% para el sexo masculino y un 35% para el sexo femenino.

La gráfica #2 apoya lo expuesto anteriormente en cuanto al porcentaje de casos para un número total de 20 casos, siendo en número de 13 para el sexo masculino y 7 para el se xo femenino.

TABLA # 3
 ESCOLARIDAD DE LOS PADRES
 ESCUELA ESPECIAL # 4
 MAYO DE 1990

ESCOLARIDAD PADRES	FREC.	F.A.	%	%A.
ANALFABETAS	5	20	25	100
PRIMARIA INC.	8	15	40	75
PRIMARIA COM.	6	7	30	35
LICENCIATURA	1	1	5	5
TOTAL	20		100	

GRAFICA # 3



FUENTE: Inv. Personal

En la Tabla # 3 encontramos los datos de escolaridad de los padres de los niños con deficiencia mental. Encontrando un 25% (5 casos) de analfabetas; 40% (8 casos) de padres con primaria incompleta; 30% (6 casos) de padres con primaria completa, y, 5% (1 caso) de padre con estudio de licenciatura. Los datos anteriores se plasman en la Gráfica # 3.

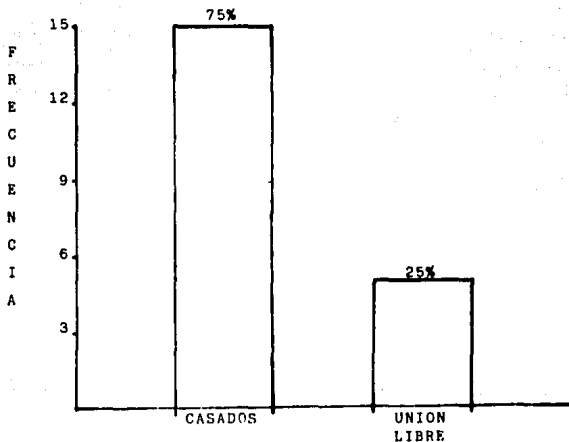
ESTADO CIVIL DE LOS PADRES

ESCUELA ESPECIAL # 4

MAYO DE 1990

EDO. CIVIL	FREC.	F.A.	%	%A.
CASADOS	15	20	75	100
UNION LIBRE	5	5	25	25
TOTAL	20		100	

GRAFICA # 4



EDO. CIVIL DE LOS PADRES

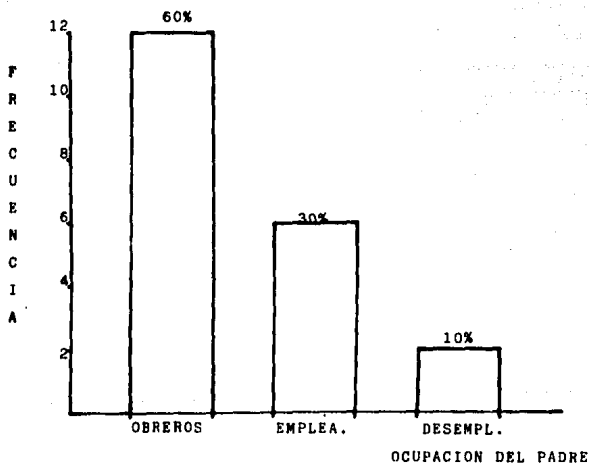
FUENTE: Inv. Personal

La Tabla # 4 abarca los datos que representan el número de casos de los padres de niños con deficiencia mental y su estado civil. Habiendo encontrado de los 20 casos de estudio, 15 casos (75%) de padres casados por ambas leyes y 5 casos (25%) de padres que viven en unión libre (Gráfica # 4).

OCUPACION DEL PADRE
 ESCUELA ESPECIAL # 4
 MAYO DE 1990

OCUPACION DEL PADRE	FREC.	F.A.	%	%A.
OBROS	12	20	60	100
EMPLEADOS	6	8	30	40
DESEMPLEA.	2	2	10	10
TOTAL	20		100	

GRAFICA # 5



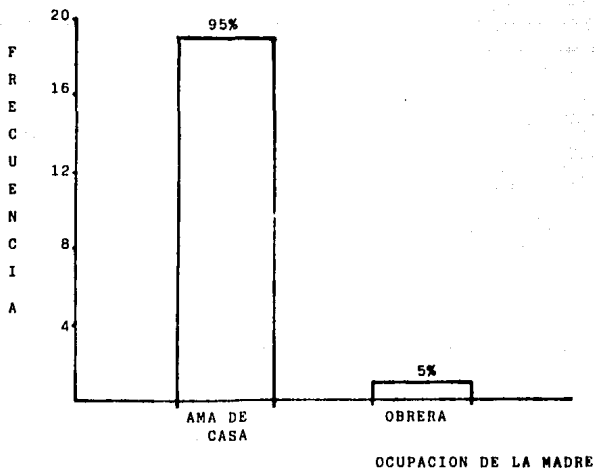
FUENTE: Inv. Personal

La Tabla # 5 representa las diferentes ocupaciones del padre de los niños estudiados, abarcandose un franco predominio de obreros (12 casos) con un 65%; empleados (6 casos) -- con un 30% y sólo encontramos un 10% (2 casos) de padres desempleados (Gráfica # 5).

OCUPACION DE LA MADRE
 ESCUELA ESPECIAL # 4
 MAYO DE 1990

OCUPACION MADRE	FREC.	F.A.	%	%A.
AMA DE CASA	19	20	95	100
OBRAERA	1	1	5	5
TOTAL	20		100	

GRAFICA # 6



FUENTE: Inv. Personal

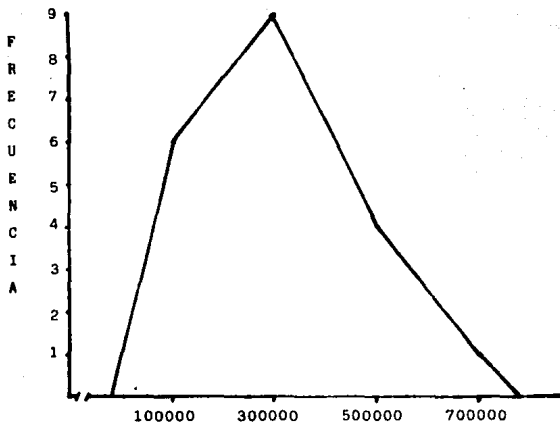
Los datos de ocupación de la madre de nuestro estudio los encontramos en la Tabla # 6, en donde se observa el franco predominio de las amas de casa con 19 casos lo que representa el 95% de la población; habiéndose encontrado sólo 1 caso (5%) de madre que desempeña el trabajo de obrera (Gráfica # 6).

INGRESO MENSUAL DE LAS FAMILIAS
 ESCUELA ESPECIAL # 4
 MAYO DE 1990

INGRESO	FREC.	F.A.	P.M.	%	%A.
600000-					
800000	1	20	700000	5	100
400000-					
600000	4	19	500000	20	95
200000-					
400000	9	15	300000	45	75
0-200000	6	6	100000	30	30
TOTAL	20			100	

\bar{X} =300000 R=600000 I.V.=55.78
 Mo=300000 S=167,332 σ_3 =0.51
 Md=313333 S=2.8¹⁰ σ_4 =2.65

GRAFICA # 7



INGRESO MENSUAL DE LAS FAMILIAS

FUENTE: Inv. Personal

*Se incluye a 6 personas que no respondieron en relación al ingreso.

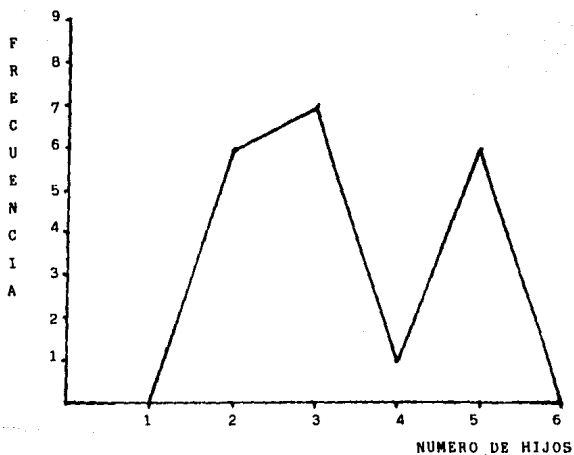
La Tabla # 7 nos muestra el ingreso mensual de las familias estudiadas. El sueldo promedio fué de \$300,000.00 con una desviación estandar de \$167,332.00. La moda se encontró en \$300,000.00 con 9 casos, que equivale al 45% de la población. Siguiendo en orden descendente para \$100,000.00, 6 casos con 30%; \$500,000.00 en 4 casos con 20%, y un caso con - \$700,000.00 lo que equivale a un 5% de la población.

En la Gráfica # 7 se plasman los datos anteriores, encontrandonos ante un trazo de tipo Platocúrtico con una asimetría positiva. Se incluyen 6 casos de personas que no respondieron a la pregunta.

TABLA # 8
 NUMERO DE HIJOS POR FAMILIA
 ESCUELA ESPECIAL # 4
 MAYO DE 1990

NO. DE HIJOS	FREC.	F.A.	%	%A.
5	6	20	30	100
4	1	14	6	70
3	7	13	35	65
2	6	6	30	30
TOTAL	20		100	
$\bar{X}=3.35$	$R=3$	$I.V.=35.67$		
$Mo=2,3,5$	$S_{\bar{X}}=1.19$	$\alpha_3=0.36$		
$Md=3$	$S=1.43$	$\alpha_4=1.61$		

GRAFICA # 8



FUENTE: Inv. Personal

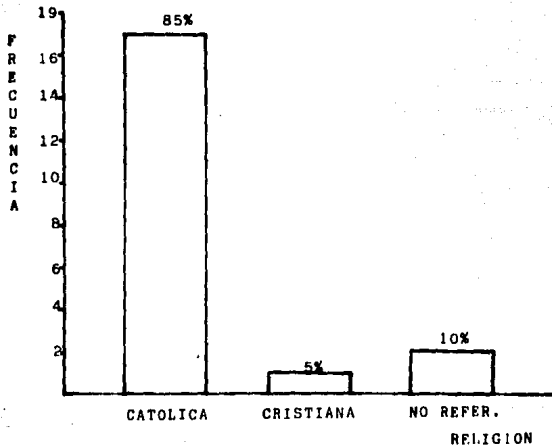
La Tabla # 8 muestra el número de hijos por familia de los casos estudiados, encontrando límites de 2 a 5 hijos, incluyendo al niño estudiado dentro de éstos. El número máximo de casos se encontró con 3 hijos con 7 casos (35%), siguiendo 6 casos para familias con 5 y 2 hijos sumando entre ambos un 60% de la población, y sólo una familia se identificó con 4 hijos (5%). El número promedio de hijos por familia es de 3.35 con una desviación estándar de 1.19; una varianza de -- 1.43. Encontrándose por lo anteriormente mencionado moda en 2 y 3 hijos, la media es de 3.

Al graficar los datos anteriores (Gráfica # 8) nos encontramos con una gráfica de tipo Platocúrtico con una curtosis de 1.61 y una asimetría positiva.

RELIGION DE LAS FAMILIAS
 ESCUELA ESPECIAL # 4
 MAYO DE 1990

RELIGION	FREC.	F.A.	%	%A.
CATOLICA	17	20	85	100
CRISTIANA	1	3	5	15
NO REFER.	2	2	10	10
TOTAL	20		100	

GRAFICA # 9



FUENTE: Inv. Personal

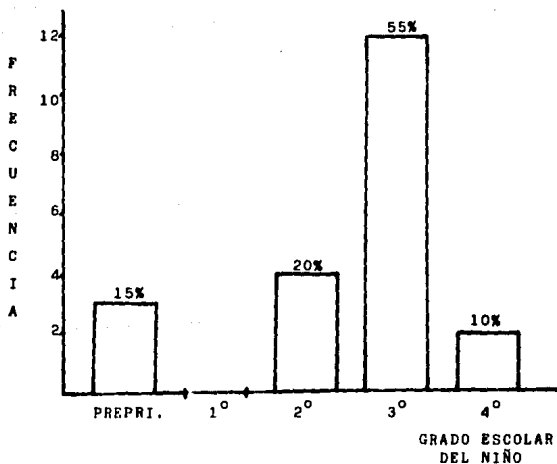
En la Tabla # 9 se manifiesta un predominio de la religión católica, con un total del 85% de la población estudiada (17 casos); un caso con religión Cristiana (5%). Un total del 10% de la población (2 casos) no refirió su religión.

La Gráfica # 9 demuestra lo anteriormente mencionado.

TABLA # 10
GRADO ESCOLAR DE LOS NIÑOS
ESCUELA ESPECIAL # 4
MAYO DE 1990

GRADO	FREC.	F.A.	%	%.A.
PREPRI.	3	20	15	100
1 ^o	0	17	0	85
2 ^o	4	17	20	85
3 ^o	11	13	55	65
4 ^o	2	2	10	10
TOTAL	20		100	

GRAFICA # 10



FUENTE: Inv. Personal

La Tabla # 10 muestra el grado escolar de los niños -- con deficiencia mental, encontrándose los siguientes datos: la frecuencia de casos para niños de preprimaria fué de 3 -- (15%); no hubo casos en primero; para el 2^o año se estudió a 4 casos (20%); para el 3^{er} año hubo un total de 11 casos (65-%) y para el 4^o año 2 casos (10%), lo anterior se demuestra en la Gráfica # 10.

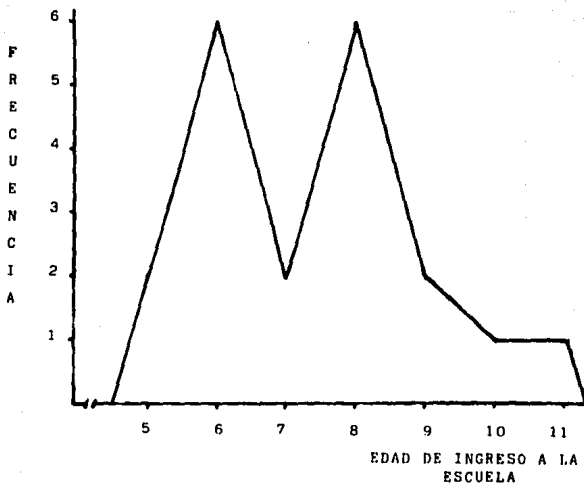
TABLA # 11

EDAD DE INGRESO A LA ESCUELA ESPECIAL.
 ESCUELA ESPECIAL # 4
 MAYO DE 1990

EDAD DE INGRESO	FREC.	F.A.	%	%A.
11	1	20	5	100
10	1	19	5	95
9	2	16	10	90
8	6	16	30	80
7	2	10	10	50
6	6	8	30	40
5	2	2	10	10
TOTAL	20		100	

$\bar{X}=7.35$ $Mq=6,8$ $Md=7.5$ $R=6$
 $S=1.59$ $S^2=2.53$ $\alpha_3=0.46$ $\alpha_4=2.53$ $i.v.=21.63$

GRAFICA # 11



FUENTE: Inv. Personal

En la Tabla # 11 se muestran datos de la edad a la que han ingresado los niños a la Escuela de Enseñanza Especial, encontrándose un promedio de edad de 7.35 años \pm 1.59, con una varianza de 2.53 y un rango de 6. Se encontró evidencia de una doble moda a la edad de 6 y 8 años, con una mediana de 7.5.

La Gráfica # 11 nos muestra la evidencia de una doble moda como se mencionó en la tabla anterior, siendo un trazo de tipo Platocúrtico con una curtósis de 2.53 y una asimetría positiva.

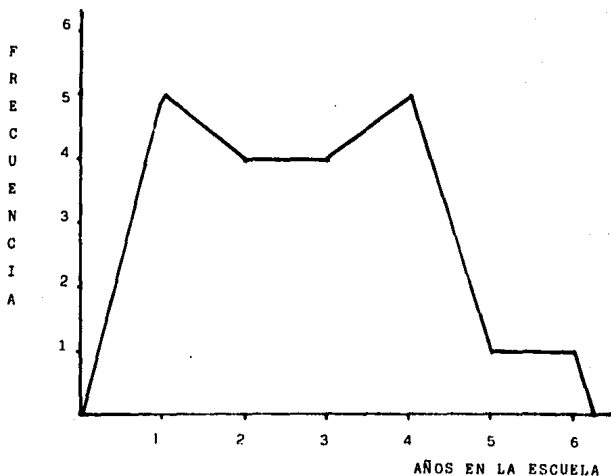
TABLA # 12

AÑOS DE ESTANCIA EN LA ESCUELA
 ESCUELA ESPECIAL # 4
 MAYO DE 1990

AÑOS EN LA ESCUELA	FREC.	F.A.	%	%A.
6	1	20	5	100
5	1	19	5	95
4	5	18	25	90
3	4	13	20	65
2	4	9	20	45
1	5	5	25	25
TOTAL	20		100	

$\bar{X}=2.80$ $Mg=1,4$ $Md=3$ $R=5$
 $S=1.49$ $S^2=2.23$ $\alpha_3=0.32$ $\alpha_4=1.96$ I.V.=53.30

GRAFICA # 12



FUENTE: Inv. Personal

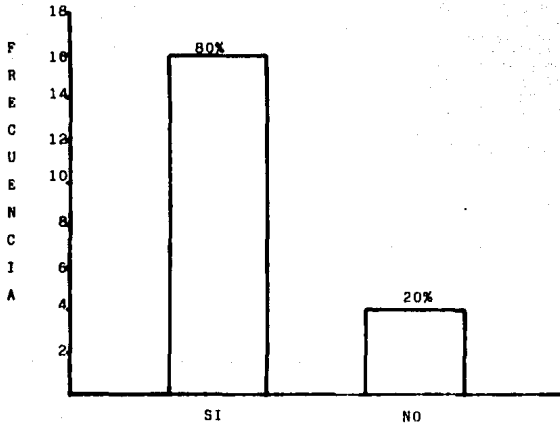
En la Tabla # 12 encontramos los datos que se refieren a los años de estancia que han tenido los niños estudiados en la Escuela de Enseñanza Especial. Encontramos un mínimo de estancia de 1 año con 5 casos lo que equivale a un 25%, que es igual a 5 casos (25%) con una estancia de 4 años, posteriormente le continúan 4 casos lo que equivale al 20% de la población, y un caso para una estancia de 5 y 6 años, respectivamente (5%). La estancia promedio es de 2.8 años \pm 1.49 años; la moda es de 1 y 4 años con una media de 3. La Gráfica #12 que representa los datos anteriores es de tipo Platocúrtico con una asimetría positiva.

TABLA # 13

ASISTENCIA A ESCUELAS DE EDUCACION REGULAR
 ESCUELA ESPECIAL # 4
 MAYO DE 1990

ASISTENCIA	FREC.	F.A.	%	%A.
SI	16	20	80	100
NO	4	4	20	20
TOTAL	20		100	

GRAFICA # 13



ASISTENCIA A ESCUELAS DE
 EDUCACION REGULAR

FUENTE: Inv. Personal

En la Tabla # 13 se muestra el dat obtenido de la asistencia del niño a la escuela de educación regular, encontrando una respuesta positiva en el 80% de la población (16 casos) y una respuesta negativa en el 20% de la población (4 casos). La gráfica # 13 es en barras y representativa de la información anterior.

AÑOS DE ASISTENCIA A LA ESCUELA DE EDUCACION
REGULAR

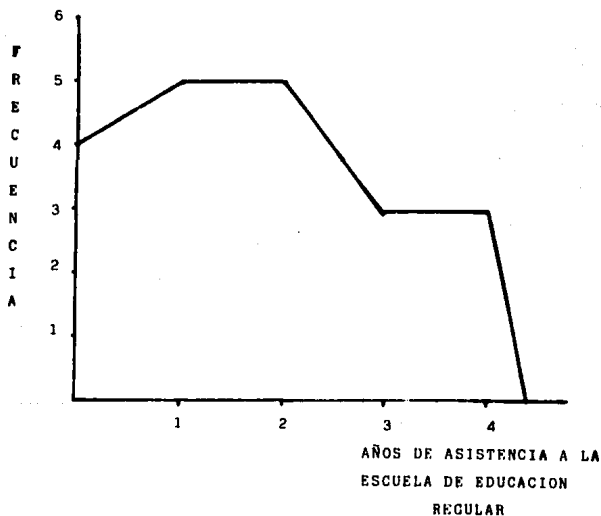
ESCUELA ESPECIAL # 4

MAYO DE 1990

AÑOS DE ASISTENCIA	FREC.	F.A.	%	%A.
4	3	20	15	100
3	3	17	15	85
2	5	14	25	70
1	5	9	25	45
0	4	4	20	20
TOTAL	20		100	

$\bar{X}=1.80$ $Mq=1,2$ $Md=2$ $R=4$
 $S=1.46$ $S^2=2.13$ $\alpha_3=0.18$ $\alpha_4=1.33$
 $I.V.=81.63$

GRAFICA # 14



FUENTE: Inv. Personal

La Tabla # 14 demuestra los años en que los niños del estudio asistieron a la escuela de educación regular, encontrando un promedio de asistencia de 1.8 años, con una doble moda de 1 y 2 años, una mediana de 2 años; con una oscilación en años de 1.46 por desviación estandar y de 2.13 de varianza. La Gráfica # 14 nos muestra los datos anteriores evidenciándose la presencia de una doble moda, el trazo es de tipo Platocúrtico con una curtósis de 1.33 y una asimetría positiva.

TABLA # 15

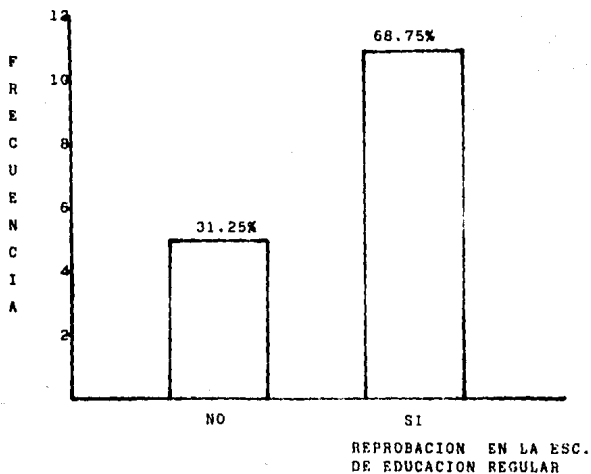
REPROBACION EN LA ESCUELA DE EDUCACION
REGULAR

ESCUELA ESPECIAL # 4

MAYO DE 1990

REPROBACION	FREC.	F.A. %	%A.
SI	11	68.75	100
NO	5	31.25	31.25
TOTAL	16	100	

GRAFICA # 15



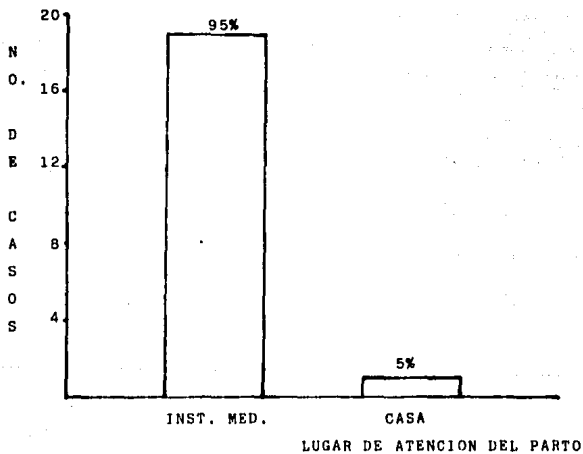
FUENTE: Inv. Personal

La Tabla # 15 habla del número de casos de reprobación de los niños que asistieron a la escuela regular, encontrándose que el 68.75% de la población (11 casos) sí reprobó algún grado, en tanto que el 31.25% no reprobó ningún grado -- (5 casos). Se excluyen 4 casos de niños que no acudieron a la escuela de educación regular (Gráfica # 15).

TABLA # 16
LUGAR DE ATENCION DEL PARTO
ESCUELA ESPECIAL # 4
MAYO DE 1990

LUGAR DE ATENCION	FREC.	F.A.	%	%A.
INST. MED.	19	20	95	100
CASA	1	1	5	5
TOTAL	20		100	

GRAFICA # 16



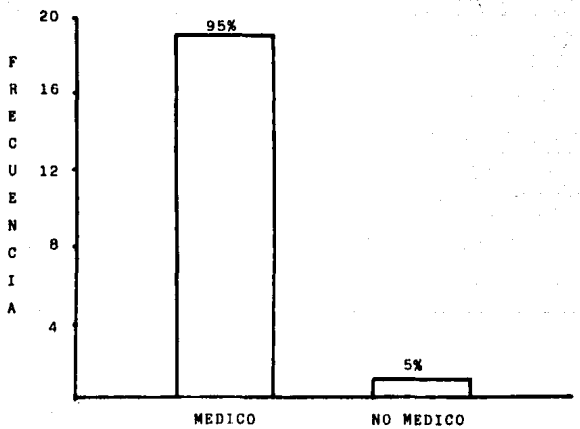
FUENTE: Inv. Personal

En la Tabla # 16 por información dada por los padres, obtuvimos que el 95% de los casos manifestó que la atención del parto fué en una Institución Médica y sólo un caso que - representa al 5% de la población se atendió su parto en casa información que se representa en la Gráfica # 16.

TABLA # 17
 PERSONAL QUE ATENDIO EL PARTO
 ESCUELA ESPECIAL # 4
 MAYO DE 1990

PERSONAL	FREC.	F.A.	%	%A.
MEDICO	19	20	95	100
NO MEDICO	1	1	5	5
TOTAL	20		100	

GRAFICA # 17



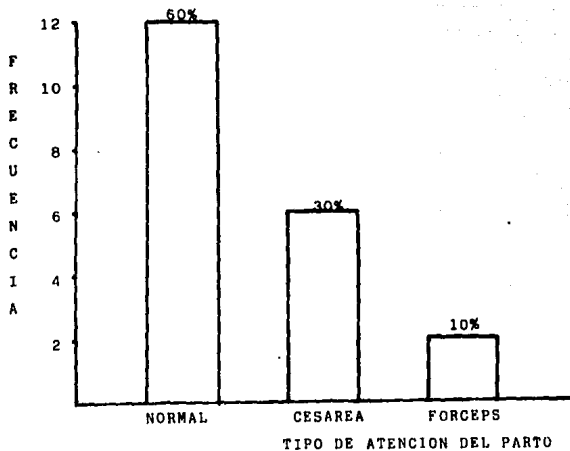
FUENTE: Inv. Personal

La Tabla # 17 demuestra los datos dados por los padres acerca de quién atendió el parto, revelandose un elevado número de casos (19) que equivale al 95% de nuestra población investigada, en quienes la atención del parto fué proporcionada por un médico y sólo en un caso (5%) la atención fué proporcionada por personal no médico (Gráfica # 17).

TIPO DE ATENCION DEL PARTO
 ESCUELA ESPECIAL # 4
 MAYO DE 1990

TIPO DE ATENCION	FREC.	F.A.	%	%A.
NORMAL	12	20	60	100
CESAREA	6	8	30	40
U. FORC.	2	2	10	10
TOTAL	20		100	

GRAFICA # 18



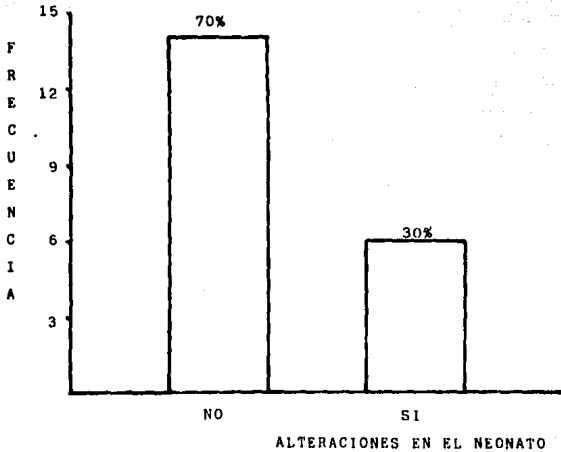
FUENTE: Inv. Personal

Los datos obtenidos en relación al tipo del parto se muestran en la Tabla # 18, en donde podemos observar 3 tipos de procedimientos por medio del cual se atendió el parto de nuestros niños en estudio. En 12 casos (60%) la atención del parto fué por vía vaginal; en 2 casos (10%) la obtención del producto fué por vía vaginal pero con utilización del forcep en 6 casos (30%) se utilizó la vía abdominal (Cesarea) para extraer al producto (Gráfica # 18).

ALTERACIONES EN LA ETAPA NEONATAL
 ESCUELA ESPECIAL # 4
 MAYO DE 1990

ALTERACIONES EN EL NEONATO	FREC.	F.A.	%	%A.
SI	6	20	30	100
NO	14	14	70	70
TOTAL	20		100	

GRAFICA # 19

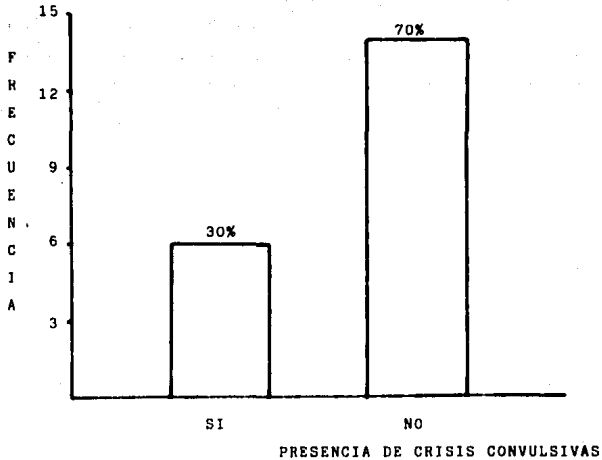


FUENTE: Inv. Personal

La Tabla # 19 muestra la afirmación o negación en la presencia de alteraciones en la vida neonatal de nuestros niños en estudio, información revelada por los padres. Para la respuesta positiva se encontró un 30% de la población (6 casos) y con respuesta negativa se encontró a un 70% de casos. (Gráfica # 19).

PRESENCIA DE CRISIS CONVULSIVAS
 ESCUELA ESPECIAL # 4
 MAYO DE 1990

PRESENCIA DE CRISIS CONVUL.	FREC.	F.A.	%	%A.
SI	6	20	30	100
NO	14	14	70	70
TOTAL	20		100	



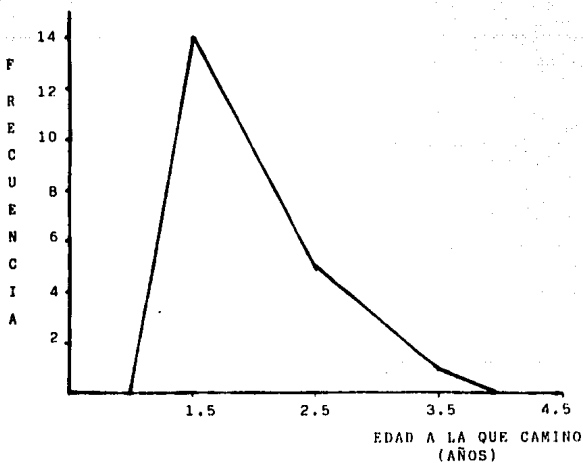
FUENTE: Inv. Personal

La Tabla # 20 revela la presencia de crisis convulsivas en nuestros niños, información revelada por los padres.- En 6 casos (30%) la respuesta fué positiva para la presencia de crisis, y en 14 casos (70%) la respuesta fué negativa --- (Gráfica # 20).

TABLA # 21
 EDAD A LA QUE CAMINO EL NIÑO
 ESCUELA ESPECIAL # 4
 MAYO DE 1990

EDAD A LA QUE CAMINO	FREC.	F.A.	P.M.	%	%A.
3 - 4	1	20	3.5	5	100
2 - 3	5	19	2.5	25	95
1 - 2	14	14	1.5	70	70
TOTAL	20			100	
$\bar{X}=1.85$	$M_0=1.5$	$M_d=1.5$	$R=2$		
$S=0.63$	$S^2=0.39$	$\alpha_3=1.05$	$\alpha_4=2.70$		
	$I.V.=33.86$				

GRAFICA # 21



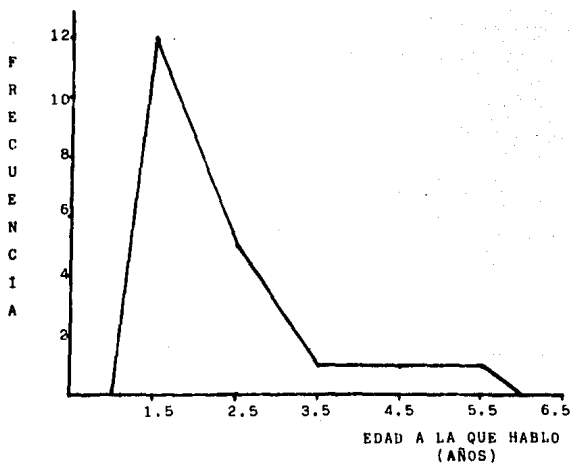
FUENTE: Inv. Personal

En la Tabla # 21 encontramos que la edad promedio a la que los niños de nuestro estudio caminaron fué de 1.85 años \pm 0.63, con un rango de 2 años y una varianza de 0.39; encontrandouna moda y mediana de 1.5. En la Gráfica # 21 encontramos la representación de los datos anteriores, observandose una gráfica de tipo Platocúrtico con una curtósis de 2.70 y una asimetría positiva.

EDAD A LA QUE HABLO EL NIÑO
 ESCUELA ESPECIAL # 4
 MAYO DE 1990

EDAD A LA QUE HABLO	FREC.	F.A.	P.M.	%	%A.
5 - 6	1	20	5.5	5	100
4 - 5	1	19	4.5	5	95
3 - 4	1	18	3.5	5	90
2 - 3	5	17	2.5	25	85
1 - 2	12	12	1.5	60	60
TOTAL	20			100	
\bar{X} 2.20	Mo=1.5	Md=1.33	R=4	S=1.1	
S ² =1.21	I.V.=50	$\alpha_3=1.74$	$\alpha_4=5.2$		

GRAFICA # 22



FUENTE: Inv. Personal

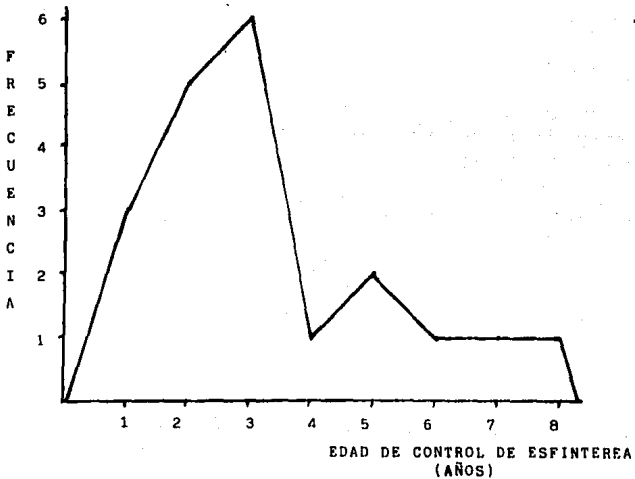
La Tabla # 22 muestra la edad a la que los niños hablan, encontrando una media de 2.20 años \pm 1.10, una varianza de 1.21; con un rango de 4 años, una moda de 1.5 años y una mediana de 1.33 años. En la Gráfica # 22 plasamos los datos anteriores obteniéndose un trazo Leptocúrtico con un curtosis de 5.20 y una asimetría a la derecha (positiva) de 1.74.

EDAD DE CONTROL DE ESFINTERES DEL NIÑO
 ESCUELA ESPECIAL # 4
 MAYO DE 1990

EDAD CONTROL ESFINTERES	FREC.	F.A.	%	%A.
8	1	20	5	100
7	1	19	5	95
6	1	18	5	90
5	2	17	10	85
4	1	15	5	75
3	6	14	30	70
2	5	8	25	40
1	3	3	15	15
TOTAL	20		100	

$\bar{X}_2 = 3.30$ $M_0 = 2,3$ $M_d = 3$ $R = 7$ $S = 1.93$
 $S^2 = 3.71$ $I.V. = 58.37$ $\alpha_3 = 0.95$ $\alpha_4 = 3.04$

GRAFICA # 23



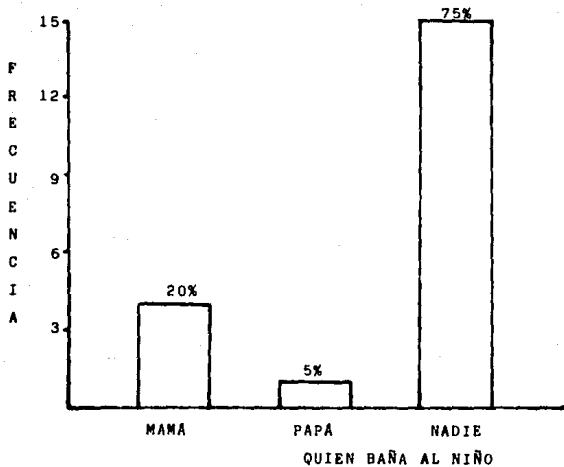
FUENTE: Inv. Personal

En la Tabla # 23 se manifiesta que la edad promedio a la que nuestra población en estudio controló sus esfínteres fué a los 3.3 años \pm 1.93, con un rango de 7 años, una varianza de 3.71; encontramos 2 modas a los 2 y 3 años (con 5 y 6 casos respectivamente), y una mediana de 3 años. La Gráfica # 23 es de tipo leptocúrtica con una asimetría positiva.

TABLA # 24
 PERSONA QUE BAÑA AL NIÑO
 ESCUELA ESPECIAL # 4
 MAYO DE 1990

QUIEN LOS BAÑA	FREC.	F.A.	%	%A.
MAMA	4	20	20	100
PAPA	1	16	5	80
NADIE	15	15	75	75
TOTAL	20		100	

GRAFICA # 24



FUENTE: Inv. Personal

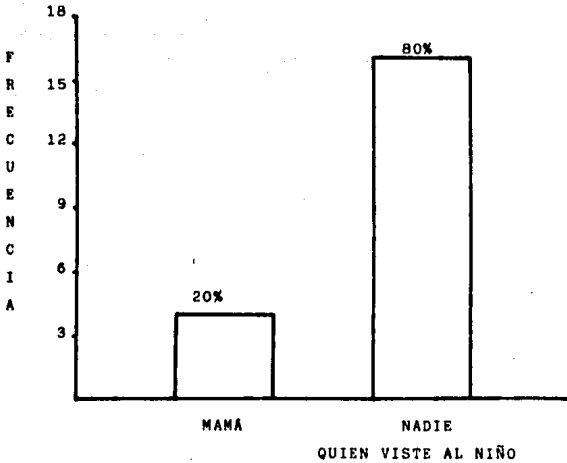
En la Tabla # 24 abarcamos los datos dados por los niños acerca de quienes son las personas que los bañan; encontrando que el mayor porcentaje (75%) de 15 casos no necesita ayuda para efectuar tal actividad. Del 35% restante de la población, a un 20% los baña su mamá y a un 5% lo baña su papá (Gráfica # 24).

TABLA # 25

PERSONA QUE VISTE AL NIÑO
 ESCUELA ESPECIAL # 4
 MAYO DE 1990

QUIEN LOS VISTE	FREC.	F.A.	%	%A.
MAMA	4	20	20	100
NADIE	16	16	80	80
TOTAL	20		100	

GRAFICA # 25



FUENTE: Inv. Personal

En la Tabla # 25 englobamos los datos encontrados en relación a quien ayuda a vestir al niño. De los 20 casos estudiados; 16 casos que representa al 80% de la población no requieren ayuda para vestirse; y en 4 casos (20%) es la madre quien los ayuda (Gráfica # 25).

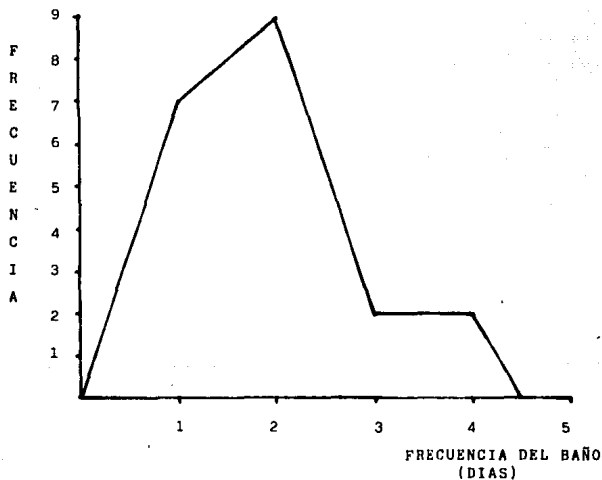
FRECUENCIA DEL BAÑO DEL NIÑO

ESCUELA ESPECIAL # 4

MAYO DE 1990

FREC. EN BAÑARSE	FREC.	F.A.	%	%A.
4	2	20	10	100
3	2	18	10	90
2	9	16	45	80
1	7	7	35	35
TOTAL	20		100	
$\bar{X}_2=1.95$	$M_0=2$	$M_d=2$	$R=3$	$S=0.92$
$S^2=0.85$	$IV=47.21$	$\alpha_3=0.87$		$\alpha_4=3.03$

GRAFICA # 26



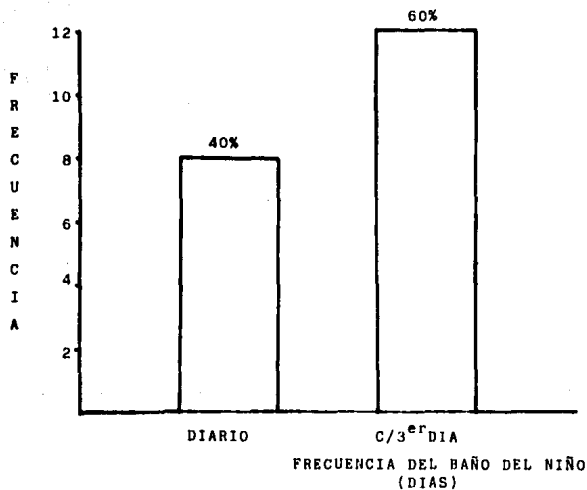
FUENTE: Inv. Personal

En la Tabla # 26 se abarcan los datos obtenidos en la encuesta aplicada al niño, en referencia a la frecuencia de bañarse, encontrando un límite máximo de cada 4 días y uno - mínimo del diario. Se encontraron 9 casos de niños que se bañan cada 2 días (45%); 7 casos de niños que se bañan diario (35%) y el 20% restante de la población, se dividió en 2 casos, respectivamente, de niños que se bañan cada 3 ó 4 días. Los días promedio de baño son de 1.95 ± 0.92 días con una moda de 2 días y una mediana igual. En la Gráfica # 26 se muestran los datos anteriores, encontrándose una asimetría positiva con un trazo de tipo Leptocúrtico con una curtosis de - 3.03.

TABLA # 27
 FRECUENCIA DEL BAÑO DEL NIÑO
 (ENCUESTA PADRES)
 ESCUELA ESPECIAL # 4
 MAYO DE 1990

FREC. EN BAÑARSE	FREC.	F.A.	%	%A.
DIARIO	8	20	40	100
C/3 ^{er} DIA	12	12	60	60
TOTAL	20		100	

GRAFICA # 27



FUENTE: Inv. Personal

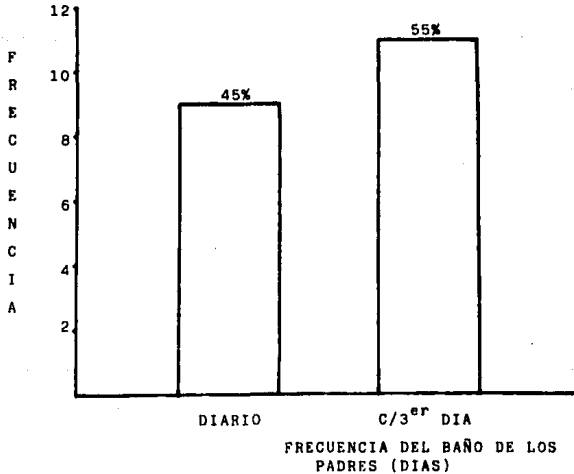
En la Tabla # 27 se muestra la frecuencia en el baño - de los niños estudiados, información proporcionada por los - padres, encontrando 12 casos (60%) de niños que acostumbran bañarse cada tercer día, y 8 casos (40%) de niños que se bañan diario (Gráfica # 27).

TABLA # 28

FRECUENCIA DE BAÑARSE DE LOS PADRES
 ESCUELA ESPECIAL # 4
 MAYO DE 1990

FREC. DE BAÑARSE	FREC.	F.A.	%	%A.
DIARIO	9	20	45	100
C/3 ^{er} DIA	11	11	55	55
TOTAL	20		100	

GRAFICA # 28



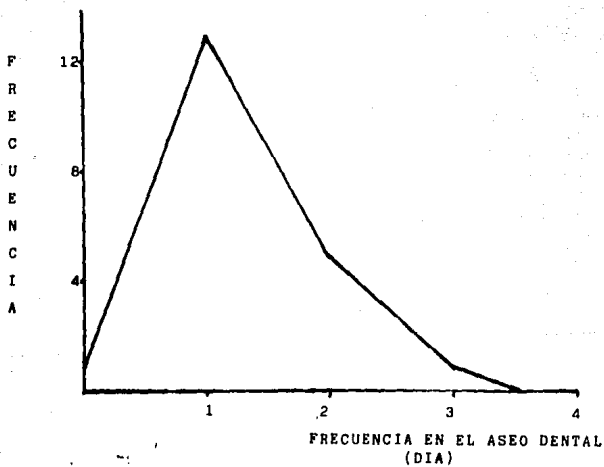
FUENTE: Inv. Personal

La Tabla # 28 nos muestra la frecuencia en el hábito - de bañarse de los padres, reportandose 11 casos (55%) de padres que se bañan cada tercer día, y 9 casos (45%) de padres que se bañan diario (Gráfica # 28).

TABLA # 29
 ASEO DENTAL DEL NIÑO
 ESCUELA ESPECIAL # 4
 MAYO DE 1990

FREC. EN EL ASEO DENTAL	FREC.	F.A.	%	%A.
3	1	20	5	100
2	5	19	25	95
1	13	14	65	70
0	1	1	5	5
TOTAL	20		100	
$\bar{X}_2=1.30$	$M_0=1$	$M_d=1$	$R=3$	$S=0.64$
$S^2=0.41$	$IV=49.25$	$\alpha_3=0.78$		$\alpha_4=3.73$

GRAFICA # 29



FUENTE: Inv. Personal

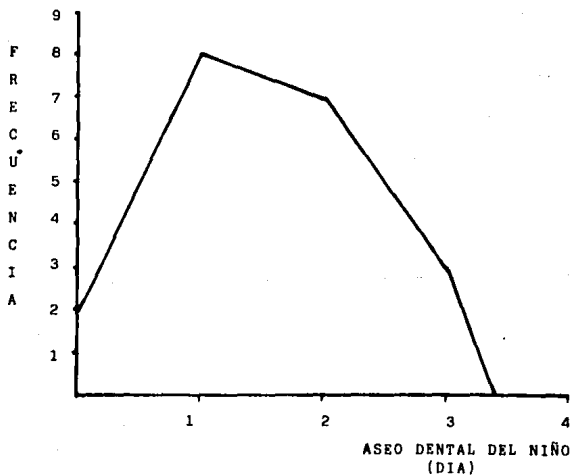
La Tabla # 29 representa la frecuencia al día del aseo dental de los niños, información proporcionada por ellos mismos. Encontramos 1 caso (5%) que nunca se asea; 13 casos (65%) de niños que lo hacen una vez en el día; 5 casos (25%) de niños que lo hacen 2 veces en el día, y 1 caso (5%) de niños que lo hacen 3 veces al día. La frecuencia promedio fué de 1.3 ± 0.64 veces al día, con una varianza de 0.41, una moda de 1 vez al día e igual mediana. La información anterior nos proporciona un trazo gráfico (Gráfica # 29) de tipo Leptocúrtico con una curtósis de 3.73 y una asimetría positiva.

TABLA # 30
 ASEO DENTAL DEL NIÑO
 (ENCUESTA A PADRES)
 ESCUELA ESPECIAL # 4
 MAYO DE 1990

FREC. EN EL ASEO DENTAL	FREC.	F.A.	%	%A.
3	3	20	15	100
2	7	17	35	85
1	8	10	40	50
0	2	2	10	10
TOTAL	20		100	

$\bar{X} = 1.55$ $M_0 = 1,2$ $M_d = 1.5$ $R = 3$ $S = 0.86$
 $S^2 = 0.75$ $IV = 55.78$ $\alpha_3 = 0.08$ $\alpha_4 = 2.36$

GRAFICA # 30



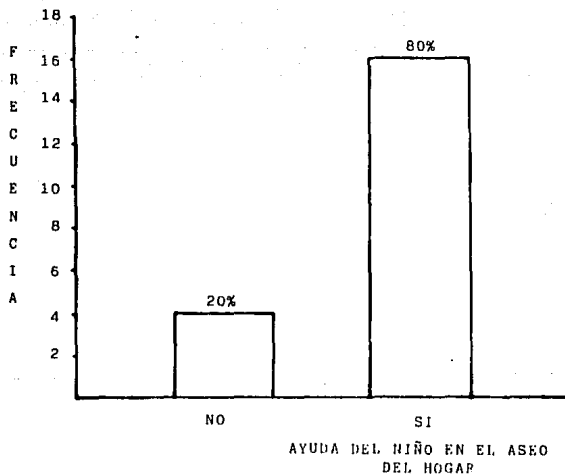
FUENTE: Inv. Personal

La frecuencia al día en el aseo dental de los niños -- también fué investigada en los padres, hechos que se manifiestan en la Tabla # 30, en donde se obtiene un promedio de 1.55 ± 0.86 veces al día, con una moda doble en 1 y 2 veces al día y una mediana de 1.5 veces, la varianza es de 0.75. - En la Gráfica # 30 plasamos los datos anteriormente mencionados, encontrándose un trazo de tipo Platocúrtico con una curtósis de 2.36 y una asimetría positiva.

AYUDA DEL NIÑO EN EL ASEO DEL
HOGAR
ESCUELA ESPECIAL # 4
MAYO DE 1990

AYUDA DEL NIÑO	FREC.	F.A.	%	%A.
SI	16	20	80	100
NO	4	4	20	80
TOTAL	20		100	

GRAFICA # 31



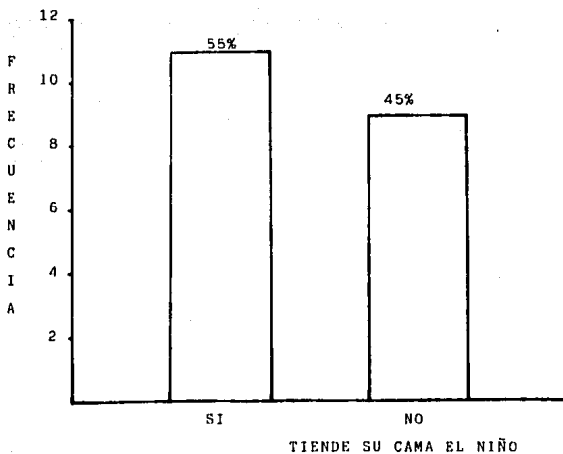
FUENTE: Inv. Personal

En la Tabla # 31 se enuncia la información dada por -- los padres acerca de si el niño ayuda en el aseo del hogar.- Hubo una respuesta positiva en el 80% de los casos (1 caso) y una respuesta negativa en el 20% de los casos (4 casos). - En la Gráfica # 31 se muestra la información anterior.

TABLA # 32
 TIENDE SU CAMA EL NIÑO
 ESCUELA ESPECIAL # 4
 MAYO DE 1990

TIENDE SU CAMA	FREC.	F.A.	%	%A.
SI	11	20	55	100
NO	9	9	45	45
TOTAL	20		100	

GRAFICA # 32



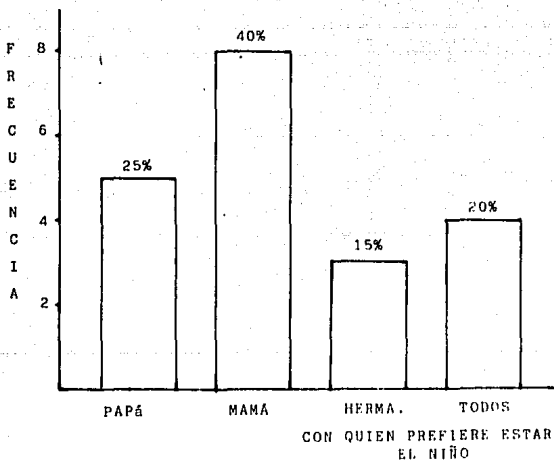
FUENTE: Inv. Personal

La Tabla # 32 nos muestra la frecuencia con los niños y el tendido de camas. De los 20 casos, 11 casos (55%) tienen su cama y 9 casos (45%) no lo hacen (Gráfica #32).

TABLA # 33
 CON QUIEN PREFIERE ESTAR EL NIÑO
 ESCUELA ESPECIAL # 4
 MAYO DE 1990

CON QUIEN ESTA EL NIÑO	FREC.	F.A.	%	%A.
PAPA	5	20	25	100
MAMA	8	15	40	75
HERMANOS	3	7	15	35
TODOS	4	4	20	20
TOTAL	20		100	

GRAFICA # 33



FUENTE: Inv. Personal

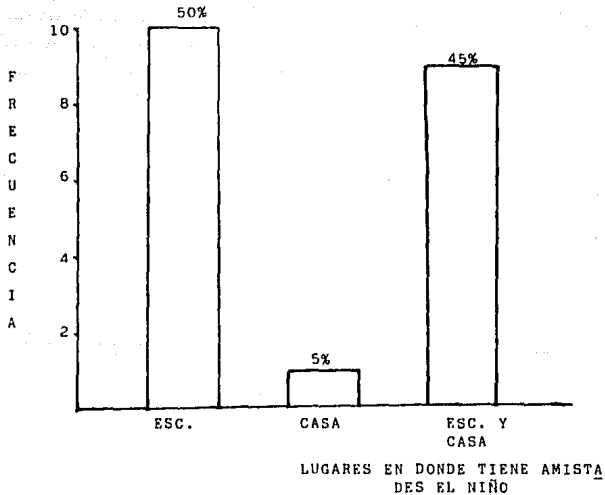
La Tabla # 33 muestra la preferencia del niño por estar con el papá 25% (5 casos); con la madre 40% (8 casos); - con los hermanos 15% (3 casos) y quienes les gusta estar con toda su familia, 20% (4 casos). La Gráfica # 33 de barras es significativamente representativa de los datos mencionados - anteriormente.

TABLA # 34

LUGARES DONDE TIENE AMISTADES EL NIÑO
 ESCUELA ESPECIAL # 4
 MAYO DE 1990

LUGARES	FREC.	F.A.	%	%A.
ESCUELA	10	20	50	100
CASA	1	10	5	50
ESC. Y CA.	9	9	45	45
TOTAL	20		100	

GRAFICA # 34



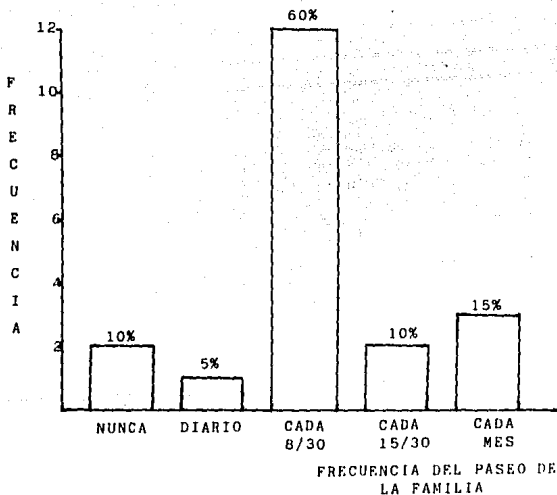
FUENTE: Inv. Personal

Tabla # 34 habla del lugar en donde el niño dice tener amistades. El 50% de la población refirió tener sólo amigos en la escuela; el 45% refirió tener amigos en la escuela y - en su casa y sólo un 5% (1 caso) refirió tener amigos sólo - en su casa (Gráfica # 34).

TABLA # 35
 FRECUENCIA DEL PASRO DE LA FAMILIA
 ESCUELA ESPECIAL # 4
 MAYO DE 1990

FREC. DEL PASEO	FREC.	F.A.	%	%A.
C/MES	3	20	15	100
C/15 DIAS	2	17	10	85
C/8 DIAS	12	15	60	75
DIARIO	1	3	5	15
NUNCA	2	2	10	10
TOTAL	20		100	

GRAFICA # 35



FUENTE: Inv. Personal

La Tabla # 35 muestra cada cuando son llevados a pasear los niños, encontrando que 15% (3 casos) salen cada mes, 10% (2 casos) salen cada 15 días; 60% (12 casos) salen cada 8 días; 5% (1 caso) sale diario y 10% (2 casos) nunca son -- llevados a pasear (Gráfica # 35).

TABLA # 36

EDAD DE NIÑOS CON DEFICIENCIA MENTAL

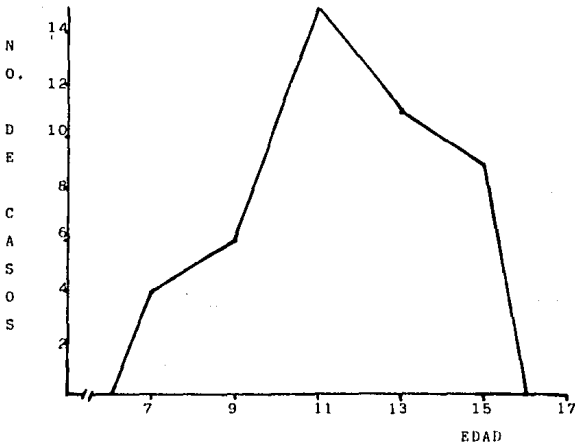
ESCUELA ESPECIAL # 4

MAYO DE 1990

EDAD	FREC.	F.A.	P.M.	%	%A.
14 - 16	9	45	15	20	99.99
12 - 14	11	36	13	24.44	79.99
10 - 12	15	25	11	33.33	55.55
8 - 10	6	10	9	13.33	22.22
6 - 8	4	4	7	8.89	8.89
TOTAL	45				

$\bar{X}_2 = 11.67$ Mo=11 Md=13.25 R=8 S=2.39
 $S^2 = 5.56$ IV=20.44 $\alpha_3 = -0.23$ $\alpha_4 = 2.28$

GRAFICA # 36



FUENTE: Inv. Personal

La Tabla # 36 nos muestra la edad del total de niños -
estudiados, encontrando una media de 11.67 ± 2.39 , con una -
moda de 11, una mediana de 13.25, varianza de 5.56 y rango -
de 8. La curva de la Gráfica # 36 es de tipo Platocúrtico --
con una curtósis de 2.28 y una asimetría negativa.

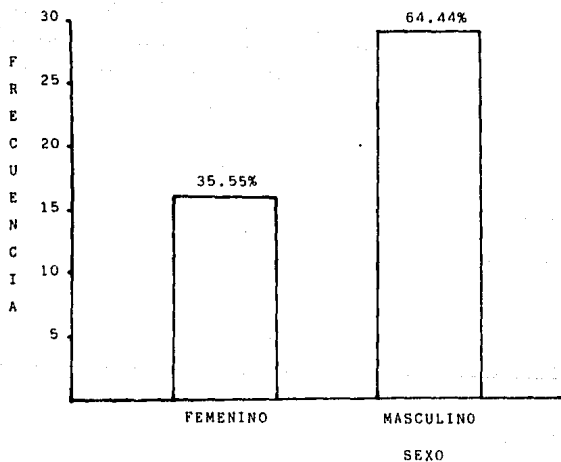
SEXO DE NIÑOS CON DEFICIENCIA MENTAL

ESCUELA ESPECIAL # 4

MAYO DE 1990

SEXO	FREC.	F.A.	%	%A.
MASC.	29	45	64.44	99.99
FEM.	16	16	35.55	35.55
TOTAL	45			

GRAFICA # 37



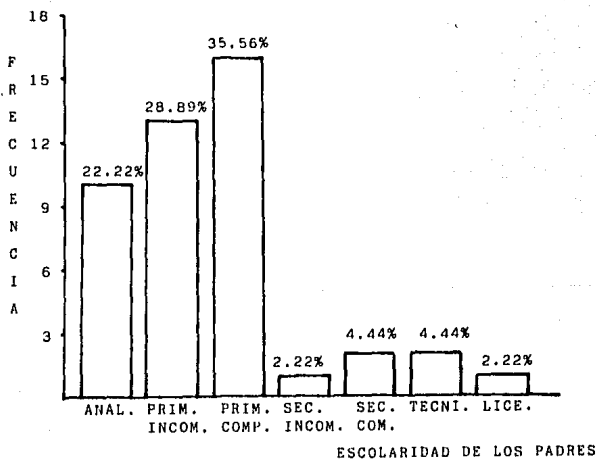
FUENTE: Inv. Personal

La Tabla y Gráfica # 37 nos muestra el predominio de -
sexo del grupo de estudio, encontrando un predominio del se-
xo masculino del 64.44% (29 casos) y del 35.55% (16 casos) -
para el sexo femenino.

TABLA # 38
 ESCOLARIDAD DE LOS PADRES
 ESCUELA ESPECIAL # 4
 MAYO DE 1990

ESCOLARIDAD PADRES	FREC.	F.A.	%	%A.
ANALFABETAS	10	45	22.22	99.99
PRIM. INCOM.	13	35	28.89	77.77
PRIM. COMP.	16	22	35.56	46.88
SEC. INCOM.	1	6	2.22	13.32
SEC. COMP.	2	5	4.44	11.10
TECNICO	2	3	4.44	6.66
LICENCIAT.	1	1	2.22	2.22
TOTAL	45			

GRAFICA # 38



FUENTE: Inv. Personal

La Tabla # 38 muestra la escolaridad de los padres de -
nuestros niños estudiados. El mayor porcentaje (35.56%) se -
encontró que han estudiado la primaria en forma completa,
22.22% son analfabetas; 28.89% estudiaron la primaria sin ha-
berla terminado; 2.22% no terminaron la secundaria; 4.44% --
terminaron los estudios de secundaria; 4.44% estudiaron algu-
na carrera técnica; 2.22% estudió (1 caso) una licenciatura.
(Gráfica # 38).

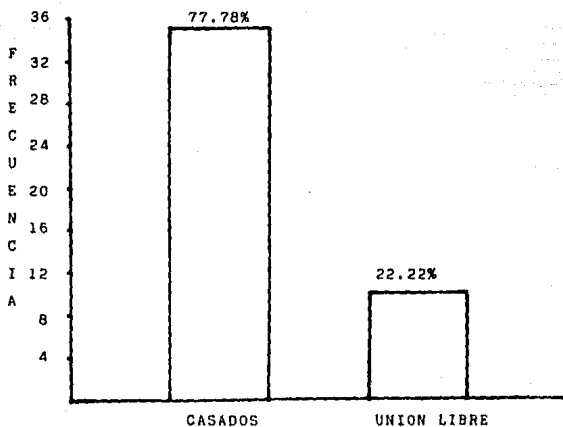
ESTADO CIVIL DE LOS PADRES

ESCUELA ESPECIAL # 4

MAYO DE 1990

EDO. CIVIL	FREC.	F.A.	%	%A.
CASADOS	35	45	77.78	100
UNION LIBRE	10	10	22.22	22.22
TOTAL	45		100	

GRAFICA # 39



ESTADO CIVIL DE LOS PADRES

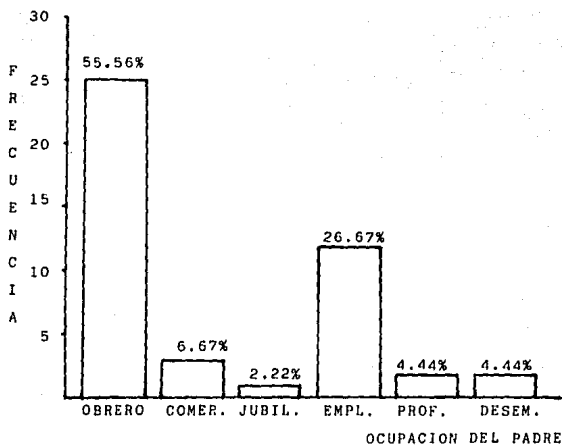
FUENTE: Inv. Personal

En la Tabla # 39 se encuentran los datos del estado civil de los padres, encontramos el 77.78% (35 casos) de padres casados por las dos leyes; 22.22% (10 casos) se encuentran en unión libre (Gráfica # 39).

TABLA # 40
 OCUPACION DEL PADRE
 ESCUELA ESPECIAL # 4
 MAYO DE 1990

OCUPACION DEL PADRE	FREC.	F.A.	%	%A.
OBRERO	25	45	55.56	100
COMERCIAN.	3	20	6.67	44.44
JUBILADO	1	17	2.22	37.77
EMPLEADO	12	16	26.67	35.55
PROFESION.	2	4	4.44	8.88
DESEMPLEA.	2	2	4.44	4.44
TOTAL	45		100	

GRAFICA # 40



FUENTE: Inv. Personal

La Tabla # 40 muestra las diferentes ocupaciones a las que se dedican los padres de los niños estudiados. Encontramos un franco predominio de la ocupación obrera en el 55.56% de los casos; al comercio se dedican el 6.67%; sólo un 2.22% son jubilados; el 26.67% son empleados; el 4.44% de la población desempeñan una profesión y el 4.44% son desempleados -- (Gráfica # 40).

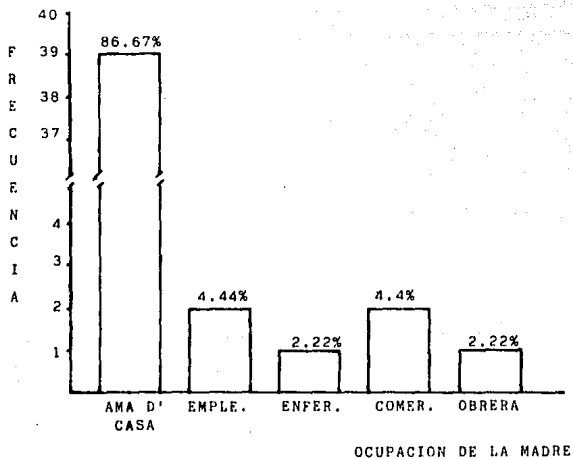
OCUPACION DE LA MADRE

ESCUELA ESPECIAL # 4

MAYO DE 1990

OCUPACION MADRE	FREC.	F.A.	%	%A.
AMA DE CASA	39	45	86.67	99.99
EMPLEADA	2	6	4.44	13.32
ENFERMERA	1	4	2.22	8.88
COMERCIAN.	2	3	4.44	6.66
OBRERA	1	1	2.22	2.22
TOTAL	45			

GRAFICA # 41



FUENTE: Inv. Personal

La Tabla # 41 muestra la ocupación de las madres de los niños estudiados. Encontramos un predominio de amas de casa del 86.67% (39 casos); empleadas en 4.44% (2 casos); una enfermera que representa el 2.22%; comerciantes (2 casos) en un 4.44%, y 1 caso de una trabajadora obrera que ocupa el -- 2.22% de la población estudiada. En la Gráfica # 41 de barra se muestran los datos obtenidos, haciendose un corte de la - barra de predominio para mejor proporción gráfica.

TABLA # 42

INGRESO MENSUAL DE LAS FAMILIAS

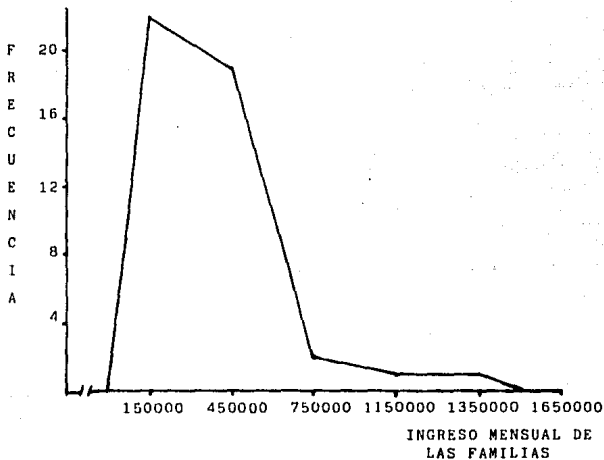
ESCUELA ESPECIAL # 4

MAYO DE 1990

INGRESO	FREC.	F.A.	P.M.	%	%A.
1200000-					
1500000	1	45	1350000	2.22	99.99
900000-					
1200000	1	44	1150000	2.22	97.77
600000-					
900000	2	43	750000	4.44	95.55
300000-					
600000	19	41	450000	42.22	91.11
0-300000	22	22	150000	48.89	48.89
TOTAL	45				

\bar{X} =352222.22 Mo=150000 Md=197727.27
 R=1200000 S=259477.16 S²=6.73¹⁰
 IV=73.67 α_3 =1.86 α_4 =7.28

GRAFICA # 42



FUENTE: Inv. Personal

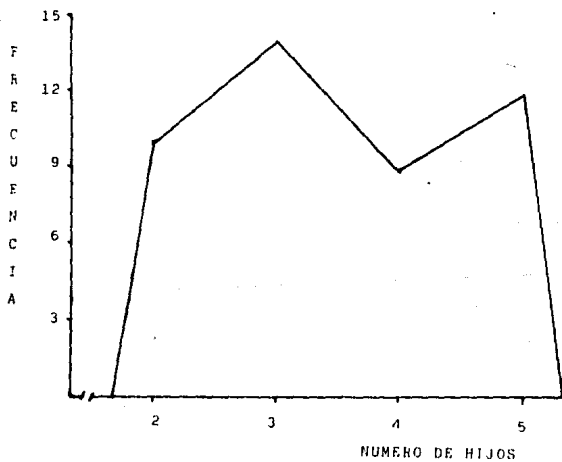
En la Tabla # 42 se muestran los datos obtenidos del ingreso mensual de la familia de los niños estudiados. El 48.-89% de la población percibe un salario de \$150,000.00 con una media de \$352,222.22 \pm 259,477.16, varianza de 6.73¹⁰; -- con un rango de 1,200,000.00 y una moda de \$150,000.00, con mediana de 197,729.00 respectivamente. La Gráfica # 42 es de tipo Leptocúrtica con una curtósis de 7.28 y una asimetría positiva.

TABLA # 43
 NUMERO DE HIJOS POR FAMILIA
 ESCUELA ESPECIAL # 4
 MAYO DE 1990

NO. DE HIJOS	FREC.	F.A.	%	%A.
5	12	45	26.67	100
4	9	33	20.00	73.33
3	14	24	31.11	53.33
2	10	10	22.22	22.22
TOTAL	45		100	

$\bar{X} = 3.51$ $M_0 = 3$ $M_d = 3$ $R = 3$ $S = 1.11$
 $S^2 = 1.23$ $IV = 31.56$ $\alpha_3 = 0.05$ $\alpha_4 = 1.13$

GRAFICA # 43



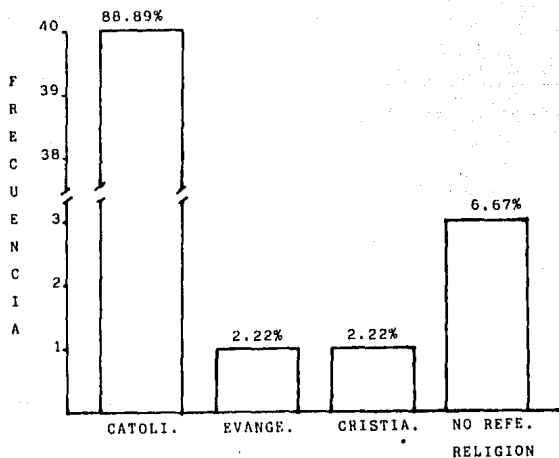
FUENTE: Inv. Personal

La Tabla # 43 nos habla del número de hijos por familia encontrando el mayor porcentaje (31.11%) en las familias con 3 hijos; posteriormente el 26.67% con 5 hijos y el 22.22% -- con 2 hijos, por último el 20% tienen 4 hijos. Se encuentra una media de 3.51 ± 1.11 , una moda y una mediana de 3, así como igual rango; la varianza es de 1.23. La Gráfica # 43 muestra los datos anteriores teniendo un trazo de tipo Platocúrtico con una curtósis de 1.13, con asimetría positiva.

TABLA # 44
 RELIGION DE LAS FAMILIAS
 ESCUELA ESPECIAL # 4
 MAYO DE 1990

RELIGION	FREC.	F.A.	%	%A.
CATOLICA	40	45	88.89	100
EVANGEL.	1	5	2.22	11.11
CRISTIA.	1	4	2.22	8.89
NO REFE.	3	3	6.67	6.67
TOTAL	45		100.0	

GRAFICA # 44



FUENTE: Inv. Personal

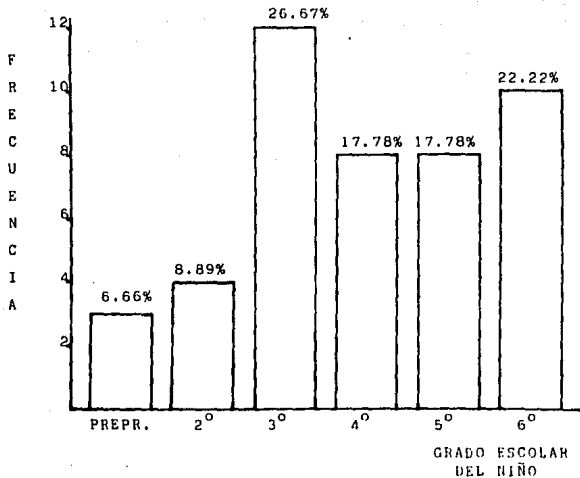
La Tabla # 44 demuestra la religión que practican las - familias en estudio, encontrándose un predominio de la religión católica del 88.89% con reporte de 40 casos; siguiendo un 2.22% con religión evangelista (1 caso) y un 2.22% con - religión cristiana; en el 6.67% de la población no se obtuvo respuesta.

TABLA # 45

GRADO ESCOLAR DE LOS NIÑOS
 ESCUELA ESPECIAL # 4
 MAYO DE 1990

GRADO	FREC.	F.A.	%	%A.
6 ^o	10	45	22.22	100
5 ^o	8	35	17.78	77.78
4 ^o	8	27	17.78	60.00
3 ^o	12	19	26.67	42.22
2 ^o	4	7	8.89	15.55
PREPRI.	3	3	6.66	6.66
TOTAL	45		100.00	

GRAFICA # 45



FUENTE: Inv. Personal

La Tabla # 45 muestra el grado escolar de los niños estudiados, encontrando 6.60% (3 casos) en preescolar; 8.89% (4 casos) en segundo año; 26.67% (12 casos) en tercer año; - 17.78% (8 casos) en cuarto año; 17.78% (8 casos) en quinto - año; y 22.22% (10 casos) de sexto grado (Gráfica # 45).

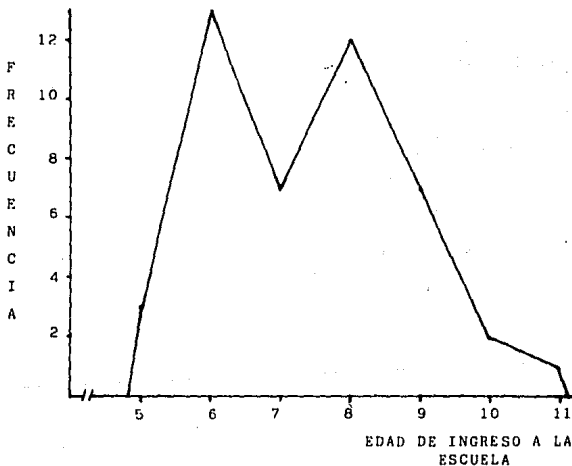
TABLA # 46

EDAD DE INGRESO A LA ESCUELA ESPECIAL
 ESCUELA ESPECIAL # 4
 MAYO DE 1990

EDAD DE INGRESO	FREC.	F.A.	%	%A.
11	1	45	2.22	100
10	2	44	4.44	97.72
9	7	42	15.56	93.28
8	12	35	26.67	77.72
7	7	23	15.56	51.05
6	13	16	28.89	35.49
5	3	3	6.66	6.66
TOTAL	45		100.00	

$\bar{X}=7.38$ $M_0=6,8$ $M_d=7$ $R=6$ $S=1.43$
 $S^2=2.06$ $IV=19.44$ $\alpha_3=0.31$ $\alpha_4=2.44$

GRAFICA # 46



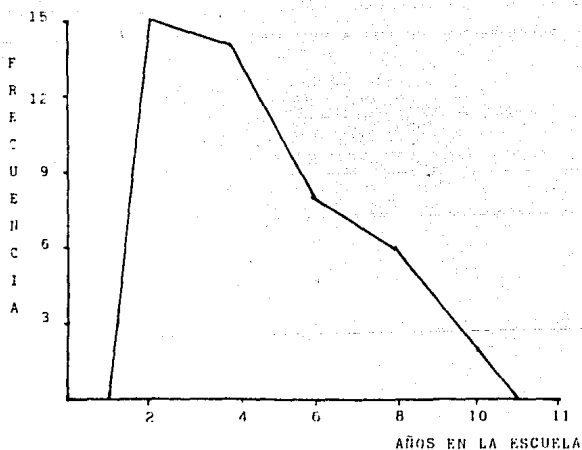
FUENTE: Inv. Personal

La Tabla # 46 muestra la edad a la cual ingresaron los niños a la Escuela de Enseñanza Especial, habiendo límites de ingreso de 5 a 11 años, con una media de 7.38, una doble moda de 6 y 8, mediana de 7, rango de 6, con una desviación estandar de 1.43 y una varianza de 2.06. La Gráfica # 46 es de tipo Platocúrtica con una curtósis de 2.44 y una asimetría positiva.

TABLA # 47
 AÑOS DE ESTANCIA EN LA ESCUELA
 ESCUELA ESPECIAL # 4
 MAYO DE 1990

AÑOS EN LA ESCUELA	FREC.	F.A.	P.M.	%	%A.
9 - 11	2	45	10	4.44	99.99
7 - 9	6	43	8	13.33	95.55
5 - 7	8	37	6	17.78	82.22
3 - 5	14	29	4	31.11	64.44
1 - 3	15	15	2	33.33	33.33
TOTAL	45				
\bar{x} =4.49	Mo=2	Md=5.7	R=8	S=2.36	
S ² =5.57	IV=52.59	$\alpha_3=0.66$	$\alpha_4=2.42$		

GRAFICA # 47



FUENTE: Inv. Personal

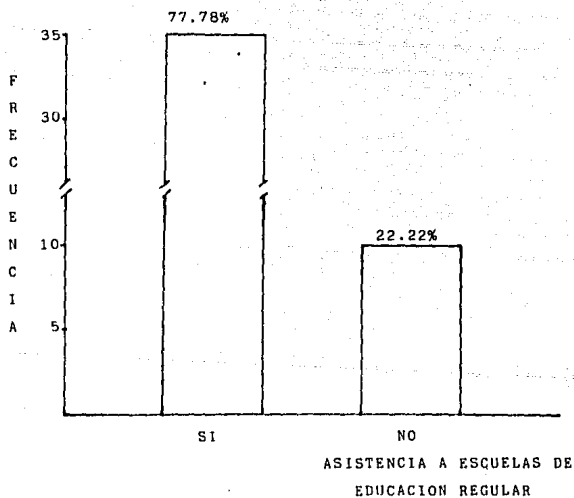
La Tabla # 47 se refiere a los años de estancia en la - Escuela de Enseñanza Especial de los niños de estudio. El pi co máximo lo encontramos en 2 años con 15 casos y después 4 años con 14 casos. Encontrándose una media de 4.49 ± 2.36 , - una moda de 2 y una mediana de 5.7. El rango es de 8 y la va rianza de 5.57. La Gráfica # 47 muestra los datos referidos, teniendo una gráfica de tipo Platocúrtico con una curtósis - de 2.42 y una asimetría positiva.

TABLA # 48

ASISTENCIA A ESCUELAS DE EDUCACION REGULAR
 ESCUELA ESPECIAL # 4
 MAYO DE 1990

ASISTENCIA	FREC.	F.A.	%	%A.
SI	35	45	77.78	100
NO	10	10	22.22	22.22
TOTAL	45		100.00	

GRAFICA # 48



FUENTE: Inv. Personal

En la Tabla # 48 encontramos los casos en los cuales -- los niños asistieron a escuelas de educación regular. En 35 casos (77.78%) de la población sí asistieron a la escuela regular y sólo en 10 casos (22.22%) la respuesta fué negativa (Gráfica # 48).

AÑOS DE ASISTENCIA A LA ESCUELA DE EDUCACION
REGULAR

ESCUELA ESPECIAL # 4

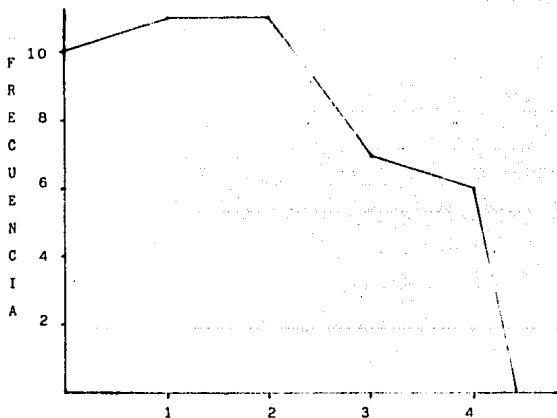
MAYO DE 1990

AÑOS DE

ASISTENCIA	FREC.	F.A.	%	%A.
4	6	45	13.33	99.99
3	7	39	15.56	86.66
2	11	32	24.44	71.10
1	11	21	24.44	46.66
0	10	10	22.22	22.22
TOTAL	45			

$\bar{X}=1.73$ $Mb=0,1,2$ $Md=2$ $R=4$ $S=1.38$
 $S^2=1.92$ $IV= 79.84$ $\alpha_3=0.24$ $\alpha_4=1.66$

GRAFICA # 49



AÑOS DE ASISTENCIA A LA
ESUELA DE EDUCACION
REGULAR

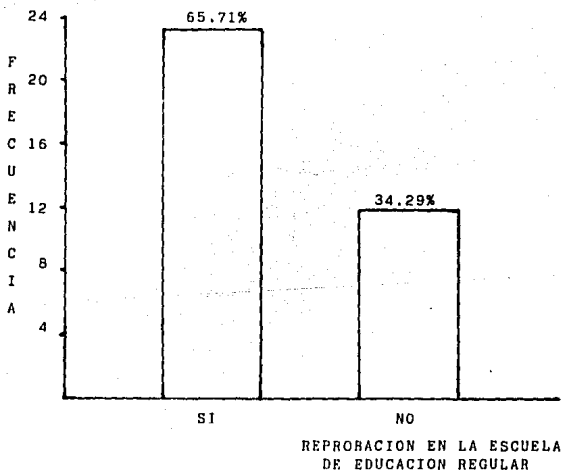
FUENTE: Inv. Personal

La Tabla # 49 demuestra los años en que asistieron a la escuela de educación regular, encontrando que un 24.44% asistieron 1 año y 24.44% asistieron 2 años. La media es de 1.73 ± 1.38 , con varianza de 1.92; una triple moda de 0, 1 y 2, -- una media de 2 y un rango de 4. La Gráfica # 49 con la información anterior es de tipo Platicocúrtico con una curtosis de 1.66 y una asimetría positiva.

TABLA # 50
 REPROBACION EN LA ESCUELA DE
 EDUCACION REGULAR
 ESCUELA ESPECIAL # 4
 MAYO DE 1990

REPROBACION	FREC.	F.A.	%	%A.
SI	23	35	65.71	100
NO	12	12	34.29	34.29
TOTAL	35		100.00	

GRAFICA # 50



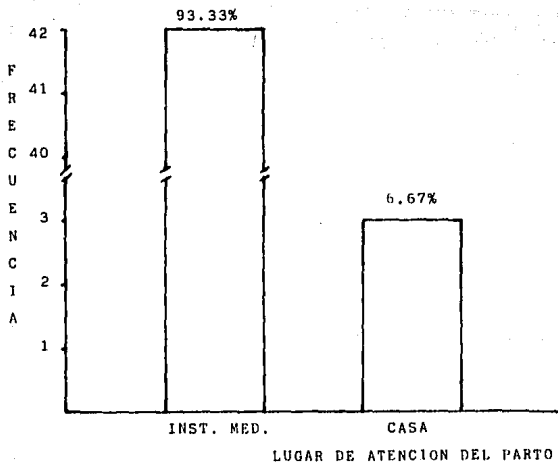
FUENTE: Inv. Personal

La Tabla # 50 muestra que la reprobación de los niños - que acudieron a la escuela de enseñanza regular, fué del --- 65.71% en forma positiva (23 casos), y el 34.29% no reprobó (12 casos). Lo que se demuestra en la Gráfica # 50.

LUGAR DE ATENCION DEL PARTO
 ESCUELA ESPECIAL # 4
 MAYO DE 1990

LUGAR DE ATENCION	FREC.	F.A.	%	%A.
INST. MED.	42	45	93.33	100
CASA	3	3	6.67	6.67
TOTAL	45		100.00	

GRAFICA # 51



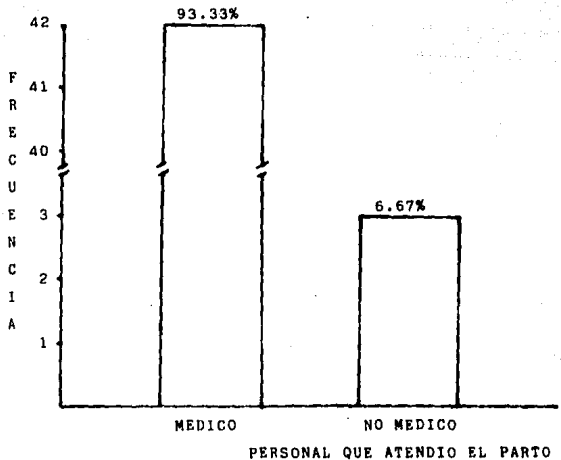
FUENTE: Inv. Personal

La Tabla # 51 nos habla acerca del lugar de atención de el parto de los niños estudiados. El 93.33% de los casos --- (42) se atendieron en una Institución Médica, en tanto que sólo el 6.67% de los casos (3) se atendieron en su casa (Gráfica # 51).

TABLA # 52
 PERSONAL QUE ATENDIO EL PARTO
 ESCUELA ESPECIAL # 4
 MAYO DE 1990

PERSONAL	FREC.	F.A.	%	%A.
MEDICO	42	45	93.33	100
NO MEDICO	3	3	6.67	6.67
TOTAL	45		100.00	

GRAFICA # 52



FUENTE: Inv. Personal

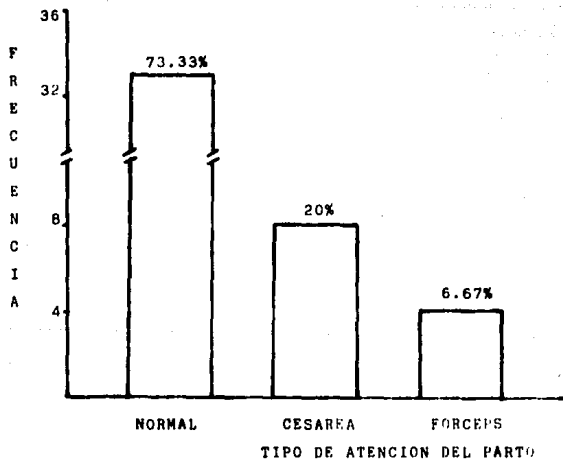
En la Tabla # 52 se habla acerca de quién fué la persona que atendió el parto, encontrando datos similares ya que el 93.33% de los partos fueron atendidos por médicos y el -- 6.67% fueron atendidos por personal no médico (Gráfica #52).

TABLA # 53

TIPO DE ATENCION DEL PARTO
 ESCUELA ESPECIAL # 4
 MAYO DE 1990

TIPO DE ATENCION	FREC.	F.A.	%	%A.
NORMAL	33	45	73.33	100
CESAREA	9	12	20.00	26.67
FORCEPS	3	3	6.67	6.67
TOTAL	45		100.00	

GRAFICA # 53



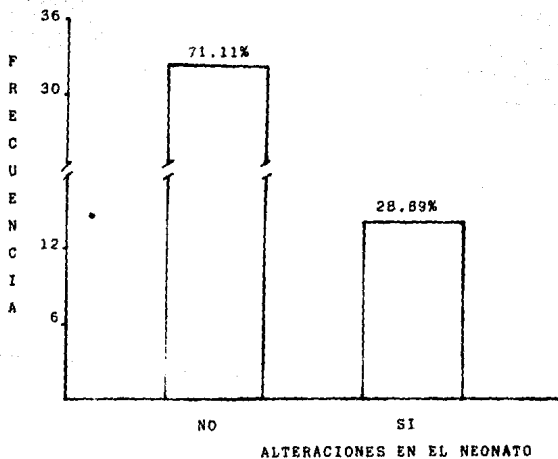
FUENTE: Inv. Personal

Encontramos en la Tabla # 53 los datos del tipo de parto de los niños estudiados. El 73.33% de los partos fueron atendidos por vía vaginal; el 20% fueron obtenidos por vía abdominal y en el 6.67% de los casos se utilizó forceps por --vía vaginal (Gráfica # 53).

ALTERACIONES EN LA ETAPA NEONATAL
 ESCUELA ESPECIAL # 4
 MAYO DE 1990

ALTERACIONES EN EL NEONATO	FREC.	F.A.	%	%A.
SI	13	45	28.89	100
NO	32	32	71.11	71.11
TOTAL	45		100.00	

GRAFICA # 54



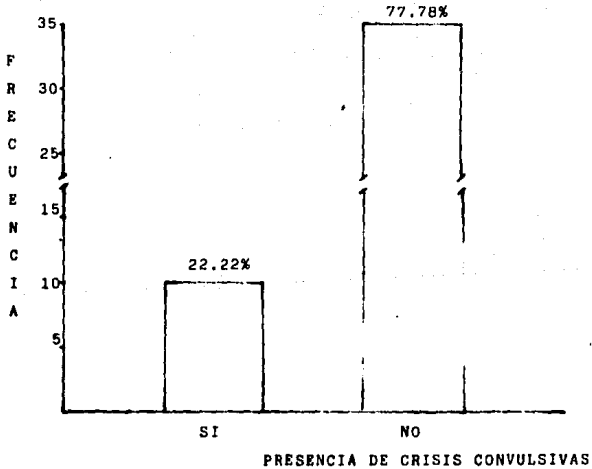
FUENTE: Inv. Personal

La Tabla # 54 se refiere al porcentaje de casos que presentaron alteración en el período neonatal con un 71.11% con respuesta negativa y un 28.89% con respuesta positiva (Gráfica # 54).

PRESENCIA DE CRISIS CONVULSIVAS
 ESCUELA ESPECIAL # 4
 MAYO DE 1990

PRESENCIA DE CRISIS CONV.	FREC.	F.A.	%	%A.
SI	10	45	22.22	100
NO	35	35	77.78	77.78
TOTAL	45		100.00	

GRAFICA # 55



FUENTE: Inv. Personal

La Tabla # 55 muestra la respuesta de los padres a la presencia de crisis convulsivas, encontrando que el 22.22% las presentan o han presentado alguna vez, y el 77.78% nunca han convulsionado (Gráfica # 55).

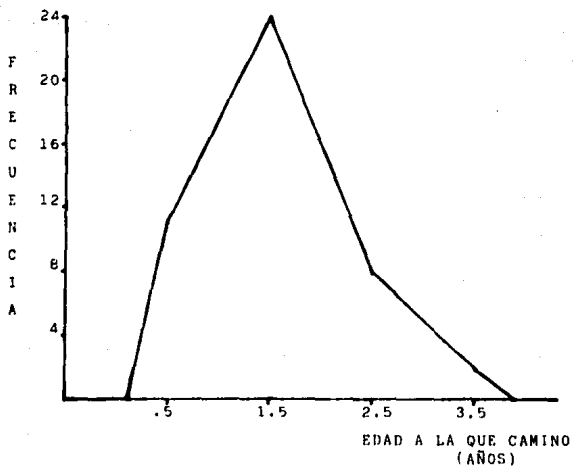
TABLA # 56

EDAD A LA QUE CAMINO EL NIÑO
 ESCUELA ESPECIAL # 4
 MAYO DE 1990

EDAD A LA QUE CAMINO	FREC.	F.A.	P.M.	%	%A.
3 - 4	2	45	3.5	4.44	99.99
2 - 3	8	43	2.5	17.78	95.55
1 - 2	24	35	1.5	53.33	77.77
0 - 1	11	11	.5	24.44	24.44
TOTAL	45				

\bar{X} =1.52 Mo=1.5 Md=1.36 R=3 S=0.79
 S^2 =0.63 IV=52.20 α_3 =0.51 α_4 =2.85

GRAFICA # 56



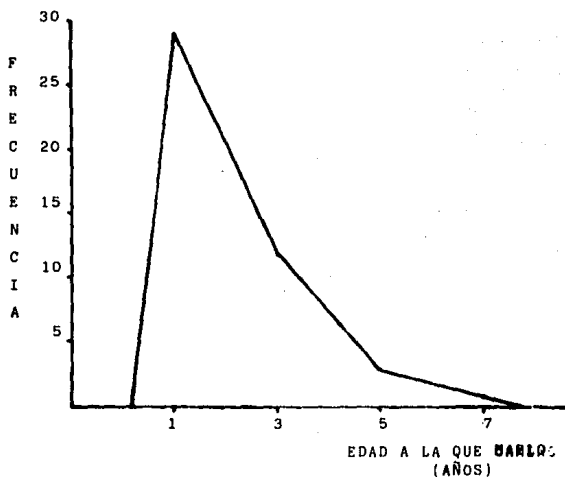
FUENTE: Inv. Personal

En la Tabla # 56 encontramos los datos obtenidos de las edades a la que han caminado nuestros niños estudiados, encontrando así una media de 1.52, con una desviación estandar de 0.79 y una varianza de 0.63. La moda de 1.5 y mediana de 1.36, con rango de 3. La Gráfica # 56 es de tipo Platocúrtica con una curtósis de 2.85 con una asimetría positiva.

TABLA # 57
 EDAD A LA QUE ~~BARLO~~ EL NIÑO
 ESCUELA ESPECIAL # 4
 MAYO DE 1990

EDAD A LA CAMINO	FREC.	F.A.	P.M.	%	%A.
6 - 8	1	45	7	2.22	100
4 - 6	3	44	5	6.67	97.78
2 - 4	12	41	3	26.67	91.11
0 - 2	29	29	1	64.44	64.44
TOTAL	45			100.00	
$\bar{X}=1.93$	Mo=1	Md=1	R=6	S=1.45	S ² =2.10
	IV=74.88	$\alpha_3=1.52$	$\alpha_4=4.85$		

GRAFICA # 57



FUENTE: Inv. Personal

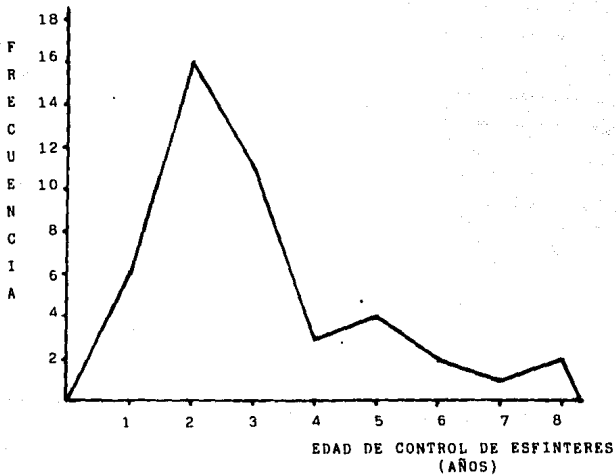
Los datos de la edad a la que han hablado nuestros niños se mencionan en la Tabla # 57 con una representación gráfica (Gráfica # 57). Encontramos una media de 1.93 ± 1.45 -- con varianza de 2.10; moda y medianas de 1, con rango de 6.- El trazo gráfico es de tipo Leptocúrtico con una curtósis de 4.85 y una asimetría positiva.

EDAD DE CONTROL DE ESFINTERES DEL NIÑO
 ESCUELA ESPECIAL # 4
 MAYO DE 1990

EDAD CONTROL ESFINTERES	FREC.	F.A.	%	%A.
8	2	45	4.44	99.99
7	1	43	2.22	95.55
6	2	42	4.44	93.33
5	4	40	8.89	88.89
4	3	36	6.67	80.00
3	11	33	24.44	73.33
2	16	22	35.56	48.89
1	6	6	13.33	13.33

$\bar{X}=3.07$ Mo=2 Md=3 R=7 S=1.79 S²=3.21
 IV=58.38 $\alpha_3=1.20$ $\alpha_4=3.80$

GRAFICA # 58



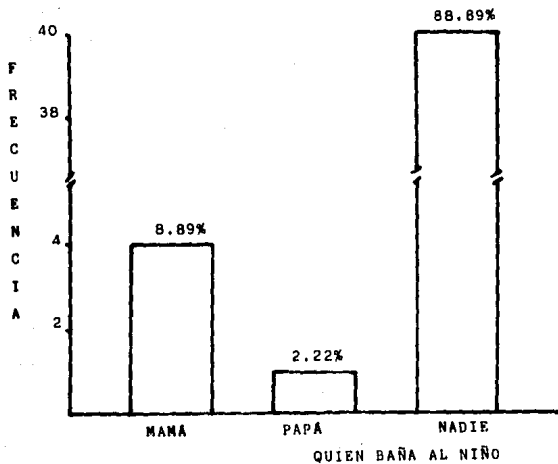
FUENTE: Inv. Personal

La Tabla # 58 muestra la edad a la cual hubo control de esfínteres de nuestro grupo de estudio. Encontrando una media de 3.07 ± 1.79 años; una moda de 2 con mediana de 3. El rango es de 7 con una varianza de 3.21. La Gráfica # 58 muestra los datos anteriores con un trazo de tipo leptocúrtico - con una curtósis de 3.80 con una asimetría positiva.

TABLA # 59
 PERSONA QUE BAÑA AL NIÑO
 ESCUELA ESPECIAL # 4
 MAYO DE 1990

QUIEN LOS BAÑA	FREC.	F.A.	%	%A.
MAMA	4	45	8.89	100
PAPA	1	41	2.22	91.11
NADIE	40	40	88.89	88.89
TOTAL	45		100.00	

GRAFICA # 59



FUENTE: Inv. Personal

La Tabla # 59 nos demuestra que en el menor de los casos el niño necesita de ayuda para bañarse, y en éste caso - el 8.84% es bañado por su mamá y el 2.22% es bañado por su papá. Del total de la población el 88.89% se bañan sólo --- (Gráfica # 59).

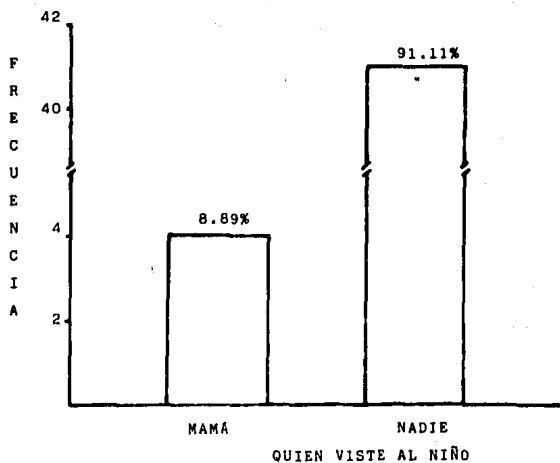
TÁBLA # 60

147

PERSONA QUE VISTE AL NIÑO
 ESCUELA ESPECIAL # 4
 MAYO DE 1990

QUIEN LOS VISTE	FREC.	F.A.	%	%A.
MAMÁ	4	45	8.89	100
NADIE	41	41	91.11	91.11
TOTAL	45		100.00	

GRAFICA # 60



FUENTE: Inv. Personal

La Tabla # 60 nos muestra que el 91.11% de los niños se visten sólo y el 8.89% requieren ayuda de su mamá. La Gráfica # 60 es una barra cortada para mejor proporción espacial.

TABLA # 61

FRECUENCIA DEL BAÑO DEL NIÑO

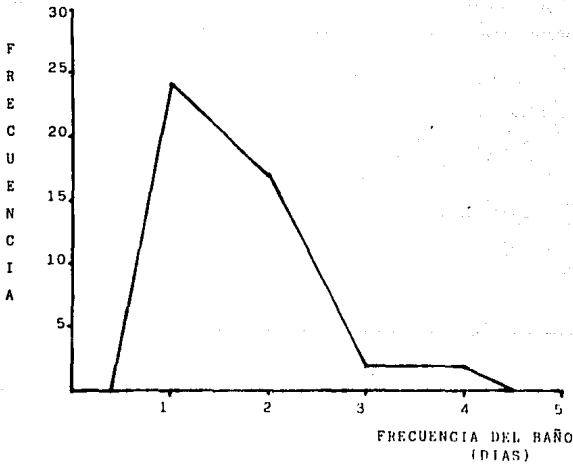
ESCUELA ESPECIAL # 4

MAYO DE 1990

FREC. EN BAÑARSE	FREC.	F.A.	%	%A.
4	2	45	4.44	99.99
3	2	43	4.44	95.55
2	17	41	37.78	91.11
1	24	24	53.33	53.33
TOTAL	45			

$\bar{X}_2=1.60$ $M_0=1$ $M_d=1$ $R=3$ $S=0.82$
 $S^2=0.67$ $IV=51.29$ $\alpha_3=1.17$ $\alpha_4=3.81$

GRAFICA # 61



FUENTE: Inv. Personal

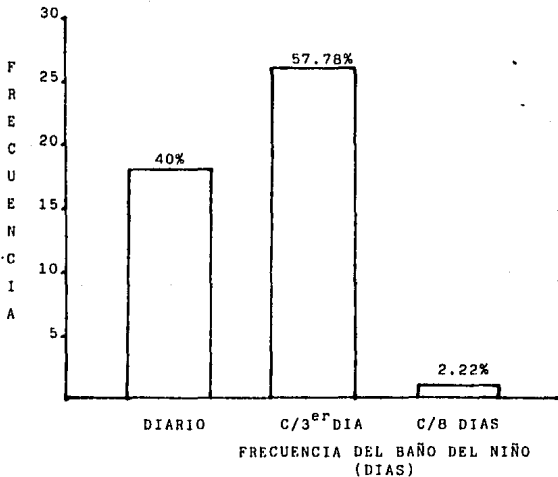
La Tabla # 61 muestra la frecuencia en el baño al día - la media es de 1.60 ± 0.82 , la moda y mediana son de 1, con un rango de 3 y una varianza de 0.67. El mayor porcentaje -- (53.33%) nos habla de baño diario y un 37.78% se baña cada - 2 días. La Gráfica # 61 es de tipo Leptocúrtica con una curtosis de 3.81 y una asimetría positiva.

TABLA # 62

FRECUENCIA DEL BAÑO DEL NIÑO
 ESCUELA ESPECIAL # 4
 MAYO DE 1990

FREC. EN BAÑARSE	FREC.	F.A.	%	%A.
DIARIO	18	45	40.00	100
C/3 ^{ER} DIA	26	27	57.78	60
C/8 DIAS	1	1	2.22	2.22
TOTAL	45		100.00	

GRAFICA # 62



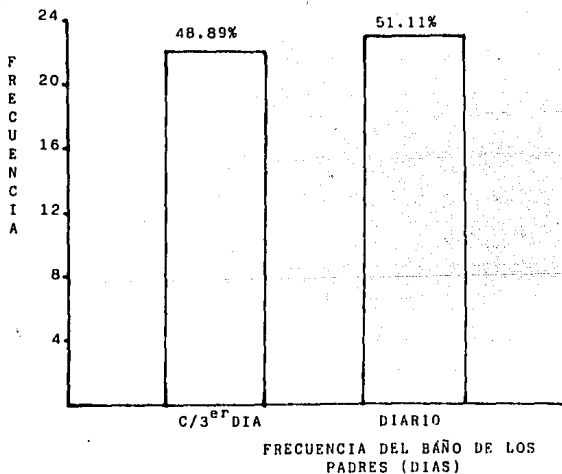
FUENTE: Inv. Personal

La Tabla # 62 muestra la frecuencia del baño del niño, información proporcionada por los padres. Encontramos que el 57.78% de los casos (26) se bañan cada tercer día; 40% de -- los casos (18) se bañan diario y el 2.22% restante (1) se baña cada ocho días (Gráfica # 62).

TABLA # 63
 FRECUENCIA DE BAÑARSE DE LOS PADRES
 ESCUELA ESPECIAL # 4
 MAYO DE 1990

FRE. DE BAÑARSE	FREC.	F.A.	%	%A.
DIARIO	23	45	51.11	100
C/3 ^{er} DIA	22	22	48.89	48.89
TOTAL	45		100.00	

GRAFICA # 63



FUENTE: Inv. Personal

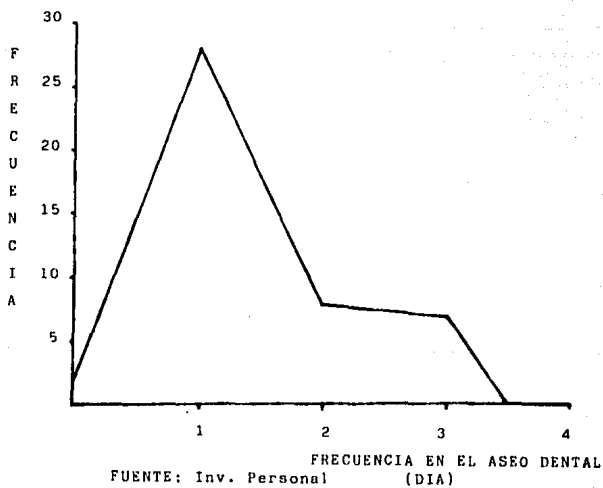
En la Tabla # 63 se muestra la frecuencia del baño de los padres de nuestro grupo de estudio, demostrando una diferencia mínima, ya que el 51.11% se bañan diario y un 48.89% se bañan cada tercer día como tiempo máximo (Gráfica # 63).

TABLA # 64
 ASEO DENTAL DEL NIÑO
 ESCUELA ESPECIAL # 4
 MAYO DE 1990

FREC. EN EL ASEO DENTAL	FREC.	F.A.	%	%A.
3	7	45	15.56	100
2	8	38	17.78	84.44
1	28	30	62.22	66.66
0	2	2	4.44	4.44
TOTAL	45		100.00	

$\bar{X}=1.44$ $Mo=1$ $Md=1$ $R=3$ $S=0.83$ $S^2=0.68$
 $IV=57.19$ $\alpha_3=0.76$ $\alpha_4=2.43$

GRAFICA # 64



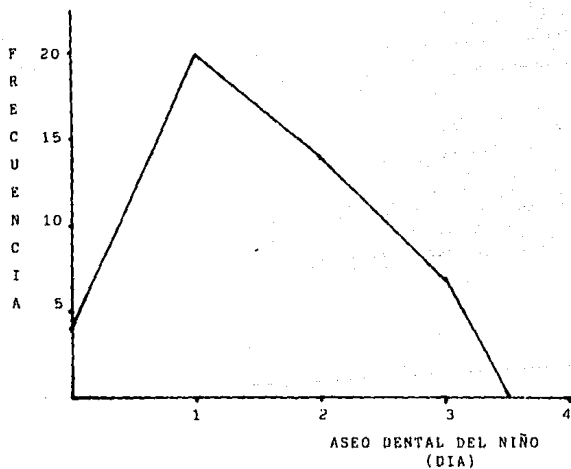
En la Tabla # 64 mostramos la frecuencia del aseo dental al día de los niños, referido por ellos mismos. Encontrando una media de 1.44 veces al día \pm 0.83, una moda y medianas de 1, con rango de 3 y una varianza de 0.68. La Gráfica # 64 es de tipo Platocúrtico con una curtósis de 2.43 y una asimetría positiva.

ASEO DENTAL DEL NIÑO
(ENCUESTA A PADRES)
ESCUELA ESPECIAL # 4
MAYO DE 1990

FREC. EN EL ASEO DENTAL	FREC.	F.A.	%	%A.
3	7	45	15.56	100
2	14	38	31.11	84.44
1	20	24	44.44	53.33
0	4	4	8.89	8.89
TOTAL	45		100.00	

$\bar{X} = 1.53$ Mo=1 Md=1 R=3 S=0.86
 $S^2 = 0.74$ IV=56.02 $\alpha_3 = 0.19$ $\alpha_4 = 1.93$

GRAFICA # 65



FUENTE: Inv., Personal

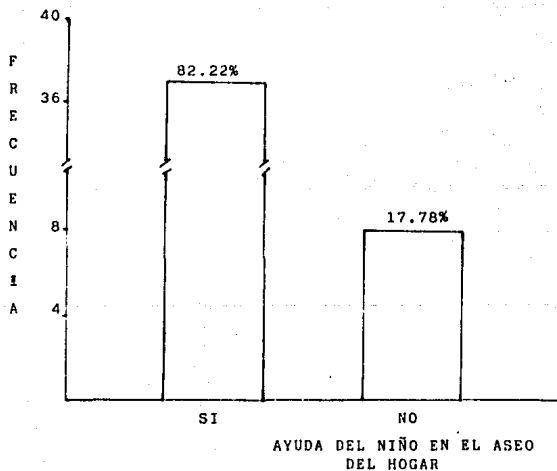
En la Tabla # 65 encontramos que los padres refirieron que el aseo dental de sus hijos al día es de la siguiente manera: una media de 1.53 ± 0.86 , con una moda y medianas de 1 rango de 3, y una varianza de 0.74. La Gráfica # 65 es de tipo Platocúrtico con una curtósis de 1.93 y una asimetría positiva.

TABLA # 66

AYUDA DEL NIÑO EN EL ASEO DEL HOGAR
 ESCUELA ESPECIAL # 4
 MAYO DE 1990

AYUDA DEL NIÑO	FREC.	F.A.	%	%A.
SI	37	45	82.22	100
NO	8	8	17.78	17.78
TOTAL	45		100.00	

GRAFICA # 66



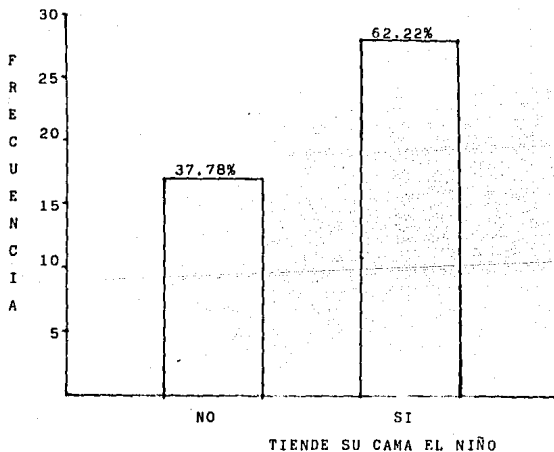
FUENTE: Inv. Personal

La Tabla # 66 muestra que el 82.22% (37 casos) de los niños ayudan en el aseo de su casa, en tanto que el 17.78% (8 casos) no realizan ninguna actividad para ayudar en el aseo de su casa (Gráfica # 66).

TABLA # 67
 TIENDE SU CAMA EL NIÑO
 ESCUELA ESPECIAL # 4
 MAYO DE 1990

TIENDE SU CAMA	FREC.	F.A.	%	%A.
SI	28	45	62.22	100
NO	17	17	37.78	37.78
TOTAL	45		100.00	

GRAFICA # 67



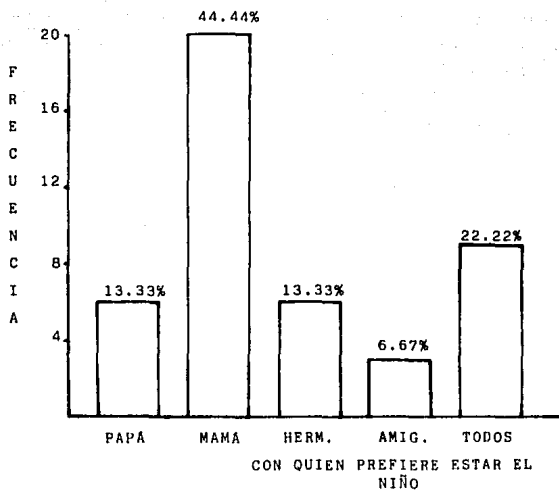
FUENTE: Inv. Personal

En la Tabla # 67 se muestra que el total de los niños - estudiados es del 62.22% sí tienden su cama (28 casos) y sólo el 37.78% (17 casos) no la tienden (Gráfica # 67).

TABLA # 68
 CON QUIEN PREFIERE ESTAR EL NIÑO
 ESCUELA ESPECIAL # 4
 MAYO DE 1990

CON QUIEN ESTA EL NIÑO	FREC.	F.A.	%	%A.
PAPA	6	45	13.33	99.99
MAMA	20	39	44.44	86.66
HERMANOS	6	19	13.33	42.22
AMIGOS	3	13	6.67	28.89
TODOS	10	10	22.22	22.22
TOTAL	45			

GRAFICA # 68



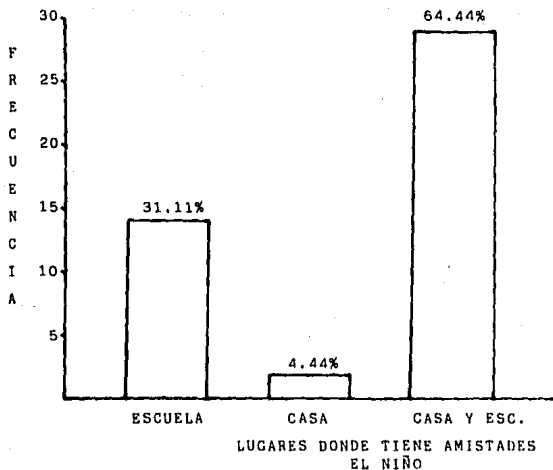
FUENTE: Inv. Personal

La Tabla # 68 nos muestra con quién prefiere estar el niño. El 13.33% (6 casos) prefieren estar con el papá; 44.44% (20 casos) con su mamá; 13.33% (6 casos) con sus hermanos; 6.67% (3 casos) con sus amigos, y 22.22% (10 casos) les gusta estar con toda la gente y su familia (Gráfica # 68).

TABLA # 69
LUGARES DONDE TIENE AMISTADES EL NIÑO
ESCUELA ESPECIAL # 4
MAYO DE 1990

LUGARES	FREC.	F.A.	%	%A.
ESCUELA	14	45	31.11	99.99
CASA	2	31	4.44	68.88
CASA Y ESC.	29		64.44	64.44
TOTAL	45			

GRAFICA # 69



FUENTE: Inv. Personal

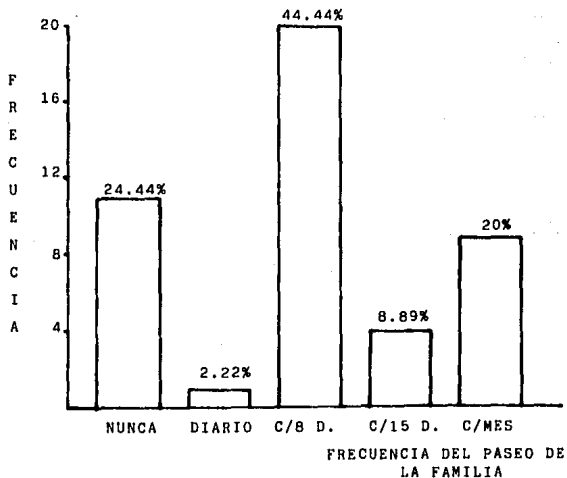
La Tabla # 69 nos demuestra los lugares en donde han hecho amistades nuestros niños en estudio. Encontrando que el 64.44%, refieren tener amigos tanto en su casa, como en la escuela; el 31.11% sólo refieren tener amigos en la escuela; y el 4.44% (2 casos) sólo tienen amigos en su casa (Gráfica # 69).

TABLA # 70

FRECUENCIA DEL PASEO DE LA FAMILIA
 ESCUELA ESPECIAL # 4
 MAYO DE 1990

FREC. DEL PASEO	FREC.	F.A.	%	%A.
C/MES	9	45	20.00	99.99
C/15 DIAS	4	36	8.89	79.99
C/8 DIAS	20	32	44.44	71.10
DIARIO	1	12	2.22	26.66
NUNCA	11	11	24.44	24.44
TOTAL	45			

GRAFICA # 70



FUENTE: Inv. Personal

La Tabla # 70 refiere que los niños son llevados a pasear con una frecuencia del 44.44% (20 casos) cada ocho días el 24.44% (11 casos) nunca son llevados a pasear; el 20% (9 casos) son llevados a pasear cada mes; el 8.89% (4 casos) ca da quince días, y el 2.22% (1 caso) sale diario a pasear --- (Gráfica # 70).

Para contrastar la hipótesis de que a mayor tiempo de educación en la Escuela de Enseñanza Especial el desenvolvimiento social será mejor, se tomó a un grupo de 20 niños que cumplieron con los requisitos de ingreso al estudio; después de analizar la encuesta que se les aplicó, se encontraron -- los requisitos siguientes:

GRAFICA # 71

		DESARROLLO SOCIAL		
		BUENO	MALO	TOTAL
TIEMPO DE ESTANCIA EN LA ESC.	< 2 AÑOS	7	2	9
	> 2 AÑOS	10	1	11
	TOTAL	17	3	20

$$P_t < .10$$

$$P_r = 0.35$$

Se utilizó la Prueba exacta de Fisher en base al tamaño de la muestra encontrada y a la utilización de variables de tipo nominal.

La significancia del estudio fué de 0.10 en forma inicial, encontrando en nuestros resultados (como lo menciona la gráfica #71) una $p = 0.35$ (NS), es decir, no hay una significancia estadística a partir de los presentes datos.

Se buscó aumentar el tamaño de la muestra para reducir la presencia de errores, sobre todo el tipo II, en cuanto a la decisión estadística.

El grupo se incrementó a 45 niños - la determinación estadística del tamaño de la muestra inicial fué de 42 -. Y se hizo la modificación en relación al tiempo de estancia en la escuela, obteniéndose los datos que se muestran en la Gráfica # 72:

GRAFICA #72

TIEMPO DE ESTANCIA EN LA ESCUELA	BUENO	MALO	TOTAL
< 3 AÑOS	13,67	1,33	15
	12	3	
> 4 AÑOS	27,33	2,67	30
	29	1	
TOTAL	41	4	45

$$X^2_r = 3.44$$

$$X^2_t = 1.64$$

$$g1 = 1$$

$$p < 0.05$$

Para ésta contrastación se utilizó la Prueba X^2 para - muestras independientes, obteniendo como parámetros de interés que la $X^2_t = 1.64$ con $g1=1$ y se obtuvo estadísticamente -- una $X^2_r = 3.44$ (S). Ya que nuestro criterio para rechazar H_0 fué que la $X^2_r \geq 1.64$. El resultado encontrado nos dice que - la significancia del estudio es de $p < 0.05$ con lo cual comprobamos que el tipo de educación y el tiempo de estancia en una Escuela de Enseñanza Especial permite que el niño con de - ficiencia mental pueda desarrollar un mejor comportamiento - social.

Es evidente que nuestra investigación tiene un real -- grado de significancia en base a nuestra hipótesis planteada.

Por los resultados obtenidos podemos darnos cuenta, de que en 2 años o menos de estancia dentro de la Escuela de Enseñanza Especial no es posible aún detectar un cambio significativo en el desenvolvimiento social del niño, y ésto lo justificamos en base a que durante éste tiempo se están llevando a cabo los cambios de pautas conductuales dentro de la familia del niño. Este hecho es equiparable a lo que sucede en una familia en donde sus hijos, sin deficiencia mental, inician su fase de dispersión.

Por el contrario ya que el niño tiene más de tres años en la escuela ha aprendido a convivir dentro de su sociedad.

Encontramos también como hecho importante, el que debido a la ignorancia general de nuestra población acerca de la existencia de Escuelas de Enseñanza Especial no acuden a las mismas, por lo que aún detectada la problemática de sus hijos, éstos son llevados a Escuelas de Enseñanza Regular en donde van a presentar alteraciones conductuales y de rechazo social importantes (manifestación en la investigación de reprobación en la mayoría de los casos hasta por 2 ó 3 años); en otros casos el profesor es el que detecta la alteración del niño, y si conoce la existencia de dichas escuelas lo canalizará de lo contrario el niño ya no es aceptado y relegado para recibir educación escolar. A todas éstas situaciones se agrega también la "crisis de negación" por la cual pasan los padres del niño deficiente, con lo que al inscribir a su hijo a la Escuela Regular tratan de demostrarse y demostrar a la sociedad que su hijo es intelectualmente apto, por no llamarlo "normal", no importándoles el comportamiento, aprovechamiento y problemática del niño.

Una vez canalizados a éstas Escuelas de Enseñanza Especial, y aceptación de la familia de la problemática de su hijo, viene el segundo proceso, la aceptación del niño a la -- convivencia con otros niños que presentan características --

"diferentes" a las que ellos conocen o han visto (conviven--
cia con hermanos, primos, vecinos, etc.). A éste respecto --
nuestros resultados son positivos, ya que la mayoría de los
niños dicen tener amigos en la escuela y en su casa, lo que
traduce que el niño tiene ese sentimiento de aceptación, a--
prendido en la escuela y canalizado hacia su hogar y su comu--
nidad.

Es notorio que no todos los casos de deficiencia men--
tal pueden ser justificados por trastornos orgánicos, ya que
no encontramos muchas alteraciones en cuanto a la atención -
del parto, el tipo de parto, alteraciones neonatales y pre--
sencia de crisis convulsivas (bajo porcentaje). Y si por o--
tra parte, encontramos grandes fundamentos para pensar que -
la deficiencia tiene un apoyo socioeconómico enorme. Es de--
cir, nos encontramos que en su mayoría las familias estudia--
das pertenecen a un estrato socioeconómico bajo; basándo és--
to en un bajo nivel escolar de ambos padres, una ocupación -
(generalmente sólo del padre) con baja remuneración económica
(obreros con el sueldo mínimo), y con un elevado número -
de integrantes (promedio de 4-5 integrantes por familia). -
Es así, como el niño se desarrolla en un ambiente en donde -
no se le están proporcionando un gran número de sus necesida--
des básicas, como serían adecuada alimentación, vivienda, di--
versión, etc.; es decir, crece en un ambiente marginado ca--
rente de oportunidades para desarrollarse, además algunas ve--
ces es llevado a una escuela regular en donde ésta margina--
ción se conjuga con de otros, es pues claro que el niño no -
va a tener la capacidad (independientemente de su déficit --
mental), ni el interés por aprender junto con sus compañeros
ni mucho menos convivir con ellos.

Después de todo éste proceso de adaptación, ahora ve--
mos al niño ya dentro de la Escuela de Enseñanza Especial, -
y después de un lapso mayor de 3 años de asistencia, aprende
a convivir con su familia (encontramos que la mayoría come -
y le gusta hacerlo con toda la familia, juega con sus herma--
nos y padres, le gusta pasear con toda la familia); trata de

ser útil dentro de su casa (la mayoría ayudan en los quehaceres del hogar), además de realizar sus tareas escolares (la mayoría lo hacen solos), y sabe realizar acciones específicas acordes a su edad mental (sabe vestirse, y asearse sólo y en la escuela aprende a leer y escribir).

Llamó mi atención la presencia de algunos casos aislados, afortunadamente, en los cuales los padres no aceptan el hecho de que su hijo sea una persona que pueda llegar a tener un comportamiento normal dentro de su hogar, mucho menos dentro de su sociedad; en nuestra investigación esto se manifestó en los datos que proporcionaron los padres, en donde por evaluación podríamos haber pensado que se trataba de niños con un grado mayor de deficiencia mental, lo cuál habíamos ya descartado al entrevistar personalmente a los niños.

Durante la investigación, también pude observar como el niño llega a tener tal adaptación y progreso escolar, -- que pueden ser enviados a Escuelas de Educación Regular a lo que se llama grupos integrados, en donde sí tendrán un trato especial, el cuál consiste en aumentar el tiempo de exposición de un tema, debido a que ha estos niños les cuesta trabajo memorizar rápidamente. Otros son enviados a Escuelas de capacitación en donde se les enseña algún oficio y llegan a ser productivos.

Queda aún un punto, que aún cuando no se efectuaron -- gráficas al respecto se investigó en las encuestas a padres y es la aceptación de la vida independiente del niño. La mayoría de los niños manifestaron que esperaban de grandes -- trabajar en labores que supieron describir en su mayoría. En tanto que sólo la mitad de los padres creen que sus hijos -- puedan llegar a ser independientes y en su mayoría concuerdan en que no podrán llegar a ser autosuficientes. En cuanto a la formación de parejas, en su mayoría los padres no creen que esto pueda llevarse a cabo a menos que fuese con alguna pareja que reúna características intelectuales similares a -- las de sus hijos.

Por todo lo anterior, concluyo que además de la socia-

lización que recibe dentro de su hogar, el niño deficiente -
mental requiere de acudir a una escuela en donde pueda ser -
tratado de una manera acorde a su problemática, iniciando --
así su socialización secundaria, y permitiéndosele así el --
complementar su E.C.R.O. con su socialización secundaria, al
igual que el resto de la población que dicen tener un C.I. -
"normal", comprobándose de ésta manera nuestra hipótesis.

SUGERENCIAS

Esta investigación aunque fructífera, creo que dista de ser completa, y no por el trabajo en sí, sino por toda la temática y puntos de abordaje que quedan aún por incluir e investigar. Es por lo anterior que me permito sugerir lo siguiente:

1. Que los padres esten atentos para detectar las conductas de sus hijos que no sean acordes a la generalidad y acudan a Instituciones especializadas para recibir ayuda.
2. El Médico Familiar puede ser uno de los canalizadores y educadores oportunos, acerca de la problemática que se manifiesta en la familia, en donde uno de los integrantes es deficiente mental; así como orientar acerca de la existencia de Escuelas de Enseñanza Especial.
3. Se efectúe un estudio en las familias en las cuales se presenta marcadamente la resistencia al cambio y la aceptación del hijo afectado.
4. Que en estudios posteriores se pueda tener un seguimiento durante mayor tiempo, lograndose así un mejor control del estudio al disminuirse el sesgo de error.
5. Que se efectuen estudios con mayor número de muestra para que la significancia sea mayor.
6. Dentro de los programas para estudio del paciente en las Unidades de Medicina Familiar, se incluya alguno para control de niño deficiente y en general para el minusválido.
7. Enfatizar en que el niño deficiente mental leve puede llegar a ser un individuo totalmente adaptado socialmente, siempre y cuando se le proporcionen los medios necesarios para lograrlo, y dentro de éstos el asistir a una Escuela de Enseñanza Especial.

BIBLIOGRAFIA

1. Carr CCh, et al. Retardo moderado y leve: Ideas sobre habilitación. En Carr CCh, et al. Retardo mental: Concepto para un cambio institucional. México: Trillas S.A., 1975 51-89.
2. Coronado G. Tratado sobre Clínica de la Deficiencia Mental. México: Compañía Editorial Continental S.A., 1978: 5-351.
3. Chiva M, et al. La Etiología de la Debilidad. En Zazzo R Los Débiles Mentales. Barcelona: Fontanella S.A., 1983: 119-174.
4. Daniel WW. Determinación del tamaño de la muestra para estimar medidas. En Daniel WW, ed. Bioestadística: Bases para el Análisis de las Ciencias de la Salud. México: Limusa, 1983: 140-144.
5. Domínguez O. Guía para manejo de la gráfica de Gant. Mecanograma no publicado. México: s/f: 1-2.
6. Espinoza GE. Como influyen las actitudes en el aprendizaje. Foro 1986; 3: 36-44.
7. FONAPAS Dirección General de Educación Especial. Bases para una política de Educación Especial. México: SEP, -- 1981. (No. 1).
8. FONAPAS Dirección General de Educación Especial: La Educación Especial en México. México: SEP, 1985. (No. 7: -- Los inicios de la Educación Especial).
9. Gilly M, et al. Medio social, Medio familiar y Debilidad mental. En Zazzo R, Los Debiles Mentales. Barcelona: Fontanella S.A., 1983: 181-227.
10. Ingalls RP. Retraso Mental la nueva perspectiva. México: El Manual Moderno S.A. de C.V., 1982. 1-456.
11. León ZR. La pubertad. Foro 1987; 6: 11-15.
12. Méndez RI, et al. El Protocolo de la Investigación lineal mientos para su elaboración y análisis. México: Academia Nacional de Medicina, 1983. 7-286.
13. Not L. La Educación de los Débiles Mentales; Elementos para una Psicopedagogía. Barcelona: Herder, 1978. 7-170.

14. Perron R. Actitudes e Ideas Respecto de las Deficiencias Mentales. En Zazzo R, Los Débiles Mentales. Barcelona: - Fontanella S.A., 1983: 45-75.
15. Ramos PM. Definición de la Deficiencia Mental. Foro 1986 4: 8-13.
16. Siegel S. Estadística no Paramétrica Aplicada a las Ciencias de la Conducta. México: Trillas S.A., 1983: 7-343.
17. Subdirección General Médica. Instructivo de Investigación en el Instituto Mexicano del Seguro Social. México: IMSS, 1981.
18. Sucar TV. Variables. Mecanograma no publicado. México.
19. Valdespino EL. El aprendizaje simbólico en el escolar -- con Síndrome de Down. Foro 1987; 8: 5-17.
20. Zazzo R. La Debilidad en cuestión. En Zazzo R, Los Débiles Mentales. Barcelona: Fontanella S.A., 1983: 7-38.

A N E X O S

ACTIVIDADES A REALIZAR	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Selección del tema.	▧													
Investigación Bibliográfica.	▧	▧	▧	▧	▧	▧	▧	▧	▧	▧				
Elaboración del Protocolo.	▧	▧												
Presentación del Protocolo al asesor.			▧	▧	▧									
Modificaciones Pertinentes.			▧	▧	▧									
Presentación del Protocolo al Comité de Investigación.			▧	▧	▧									
Modificaciones pertinentes.			▧	▧	▧									
Prueba de campo y captación de la muestra.				▧	▧	▧								
Aplicación de encuestas y recolección de la información.					▧	▧	▧	▧						
Análisis de resultados.								▧	▧	▧				
Contrastación de la Hipótesis.									▧	▧	▧			
Conclusiones y sugerencias.											▧	▧		
Reuniones con el asesor.	▧	▧	▧	▧	▧	▧	▧	▧	▧	▧	▧	▧		
Entrega de la Tesis al Comité de Investigación.												▧	▧	
Modificaciones pertinentes.												▧	▧	
Impresión de la Tesis.													▧	▧
Entrega de Tesis.														▧

▧ Planeado

▧ Realizado

(5)

Nombre del niño:

Edad:

Sexo:

Grado escolar:

Domicilio:

- | | | |
|---|-------|----|
| 1. ¿Sabes leer? | SI | NO |
| 2. ¿Sabes escribir? | SI | NO |
| 3. ¿Te gusta bañarte? | SI | NO |
| 4. ¿Cada cuándo? | ----- | |
| 5. ¿Te bañas sólo? | SI | NO |
| 6. ¿Quién te baña? | ----- | |
| 7. ¿Te lavas los dientes? | SI | NO |
| 8. ¿Cuántas veces? | ----- | |
| 9. ¿Te vistes sólo? | SI | NO |
| 10. ¿Quién te ayuda a vestir? | ----- | |
| 11. ¿Sabes abrochar tu camisa y tu pantalón? | SI | NO |
| 12. ¿Sabes amarrar las agüjetas de tus zapatos? | SI | NO |
| 13. ¿Te gusta ayudar en las labores de tu casa? | SI | NO |
| 14. ¿Qué te gusta hacer? | ----- | |
| 15. ¿Te dice tu mamá que hagas las cosas? | SI | NO |
| 16. ¿Tiendes tu cama? | SI | NO |
| 17. ¿Te gusta ayudarle a tu mamá/a tu papá? | SI | NO |
| 18. ¿Te gusta pasear? | SI | NO |
| 19. ¿Te gusta salir con toda tu familia? | SI | NO |
| 20. ¿Comes con toda tu familia? | SI | NO |
| 21. ¿Tienes amigos? | SI | NO |
| 22. ¿En dónde? | ----- | |
| 23. ¿Te gusta jugar con tus hermanos? | SI | NO |
| 24. ¿Te gusta jugar con tus amigos? | SI | NO |
| 25. ¿Te gusta jugar con tus papás? | SI | NO |
| 26. ¿Te gusta estar sólo? | SI | NO |
| 27. ¿Por qué? | ----- | |
| 28. ¿Eres feliz? | SI | NO |
| 29. ¿Por qué? | ----- | |
| 30. ¿Te enojas fácilmente? | SI | NO |
| 31. ¿Lloras fácilmente? | SI | NO |
| 32. ¿Le dices a tu mamá que la quieres? | SI | NO |

- | | | |
|---|----|----|
| 33. ¿Le dices a tu papá que lo quieres? | SI | NO |
| 34. ¿Le dices a tu hermano (a) que lo(a) quieres? | SI | NO |
| 35. ¿Quieres a tu maestra(o)? | SI | NO |
| 36. ¿Te gusta venir a la escuela? | SI | NO |
| 37. ¿Por qué? | | |
| 38. ¿Te dejan tarea? | SI | NO |
| 39. ¿La haces tú sólo? | SI | NO |
| 40. ¿Te ayuda alguien? | SI | NO |
| 41. ¿Te gustaría trabajar? | SI | NO |
| 42. ¿En qué? | | |
| 43. ¿Por qué? | | |

Nombre del padre y/o la madre:

Nombre del niño:

Edad:

Sexo:

Edo. civil:

Escolaridad:

Domicilio:

Ocupación del padre:

Ocupación de la madre:

No. de hijos:

Ingreso mensual:

Religión:

1. ¿En dónde atendieron el parto de su hijo?
 - a. Institución médica.
 - b. Casa.
 - c. Otros.
2. ¿Quién atendió el parto?
 - a. Personal capacitado.
 - b. Personal no capacitado.
3. ¿Cómo fué el parto?
 - a. Normal.
 - b. Utilización de fórceps.
 - c. Cesárea.
4. ¿Respiró y lloró al nacer? SI NO
5. ¿Presentó alguna alteración durante los primeros 7 días de vida? SI NO
6. ¿Su hijo ha presentado crisis convulsivas en alguna etapa de su vida? SI NO
7. ¿A qué edad? -----
8. ¿A qué edad comenzó a caminar sólo? -----
9. ¿A qué edad comenzó a hablar? -----
10. ¿A qué edad comenzó a avisar para ir al baño? -----
11. ¿El niño se esforzaba por controlar el hacerse del baño? SI NO
12. ¿Le agrada bañarse al niño? SI NO
13. ¿Con qué frecuencia se baña? -----
14. ¿Se baña sólo? SI NO
15. ¿Usted con que frecuencia se baña? -----
16. ¿Su hijo se lava los dientes? SI NO

17. ¿Con qué frecuencia lo hace,	-----
18. ¿Se lava sólo los dientes?	SI NO
19. ¿Se viste sólo,	SI NO
20. ¿Se abrocha la camisa?	SI NO
21. ¿Sabe amarrarse las agüjetas de sus zapatos?	SI NO
22. ¿El niño ayuda en el aseo de la casa?	SI NO
23. ¿Tiene encomendada alguna tarea espe cífica?	SI NO
24. ¿Cuál?	-----
25. ¿Ustedes le han indicado que debe ha cerlo?	SI NO
26. ¿Duerme sólo?	SI NO
27. ¿Con quién duerme?	-----
28. ¿Tiende su cama?	SI NO
29. ¿Su hijo le ayuda a su papá?	SI NO
30. ¿Su hijo le ayuda a su mamá?	SI NO
31. ¿Lo sacan a pasear?	SI NO
32. ¿Cada cuándo?	-----
33. ¿A dónde van a pasear?	-----
34. ¿Pasean juntos todos los integrantes de la familia?	SI NO
35. ¿Come toda la familia a la misma hora?	SI NO
36. ¿Su hijo tiene amigos en la escuela?	SI NO
37. ¿Tiene amigos fuera de la escuela?	SI NO
38. ¿Ustedes juegan con el niño?	SI NO
39. ¿Juega con sus hermanos?	SI NO
40. ¿Cuáles son sus juegos preferidos?	-----
41. ¿Está sólo la mayor parte del tiempo?	SI NO
42. ¿El niño llora con facilidad?	SI NO
43. ¿El niño se enoja con facilidad?	SI NO
44. ¿Les dice cuándo está enojado?	SI NO
45. ¿Les dice cuándo está contento?	SI NO
46. ¿Es afectuoso con su mamá?	SI NO
47. ¿Es afectuoso con su papá?	SI NO

- | | | |
|--|-------|----|
| 48. ¿Es afectuoso con sus hermanos? | SI | NO |
| 49. ¿Es afectuoso con sus amigos? | SI | NO |
| 50. ¿Es afectuoso con sus maestros? | SI | NO |
| 51. ¿Es afectuoso con otros parientes o conocidos? | SI | NO |
| 52. ¿Ustedes concideran que le prestan más atención que a sus demás hijos? | SI | NO |
| 53. ¿Sienten querer más a éste hijo? | SI | NO |
| 54. ¿Se consideran una familia feliz? | SI | NO |
| 55. ¿Con quién prefiere estar el niño? | ----- | |
| 56. ¿A qué edad ingresó a la escuela? | ----- | |
| 57. ¿Le gusta venir a la escuela? | SI | NO |
| 58. ¿Ha asistido a escuelas de educación regular? | SI | NO |
| 59. ¿Cuántos años? | ----- | |
| 60. ¿Reprobó algún año? | SI | NO |
| 61. ¿Cuántas veces y qué grados? | ----- | |
| 62. ¿Por qué lo traen a la escuela de educación especial? | ----- | |
| 63. ¿Cómo se enteró de la existencia de ésta escuela? | ----- | |
| 64. ¿Ha notado cambios en su forma de ser desde que viene a la escuela? | SI | NO |
| 65. ¿Cuáles? | ----- | |
| 66. ¿Estos cambios cómo los concidera? | ----- | |
| 67. ¿Por qué? | ----- | |
| 68. ¿Le dejan tareas? | SI | NO |
| 69. ¿Las realiza él sólo? | SI | NO |
| 70. ¿Quién lo orienta cuando tiene dudas sobre sus tareas? | ----- | |
| 71. ¿Cree que la escuela le puede ser de utilidad? | SI | NO |
| 72. ¿Hasta qué grado de estudio cree que puede alcanzar? | ----- | |
| 73. ¿Ha platicado al respecto con sus maestros? | SI | NO |
| 74. ¿Cree que su hijo pueda hacer una vida | | |

- | | | |
|---|-------|----|
| independiente? | SI | NO |
| 75. ¿Cree que pueda trabajar? | SI | NO |
| 76. ¿Cree que se case? | SI | NO |
| 77. ¿Por qué? | ----- | |
| 78. ¿Cree que sería capaz de educar a sus hijos? | SI | NO |
| 79. ¿Ha notado algún comportamiento rebelde en su hijo? | SI | NO |
| 80. ¿Cuál? | ----- | |