

21/13



Universidad Nacional Autónoma de México

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN
UNA NIÑA CON DIAGNOSTICO DE RETRASO
MENTAL SUPERFICIAL**

**ESTUDIO CLINICO AL PROCESO DE
ATENCION DE ENFERMERIA**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
Licenciado en Enfermería y Obstetricia

**P R E S E N T A:
Luz Guadalupe Guantes Becerra**

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
COORDINACION DE S.S. Y O.I.T.
U. N. A. M.

México, D. F.

1988



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.

I N D I C E

	PAG.
INTRODUCCION	1
OBJETIVOS	4
I. MARCO TEORICO	5
1.1 Etiología del Retraso Mental.....	6
II. FACTORES PRENATALES	8
III. FACTORES HUMORALES E INTOXICACIONES	
ENDOGENAS	9
IV. FACTORES CON RELACION AL PARTO	10
V. FACTORES NEONATALES Y SOCIOCULTURALES	11
5.1. Retraso Afectivo Simple	16
VI. DIAGNOSTICO PROFILAXIS Y TRATAMIENTO	19
- Retraso clasificado de acuerdo al	
nivel clínico	21
- Retraso clasificado de acuerdo al nivel	
etiológico	24

	PAG.
VII. HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA	34
- Resumen de la Historia Clínica de Enfermería	38
VIII. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	40
IX. PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA	43
BIBLIOGRAFIA	56

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

De las muchas desdichas que pueden golpear al ser humano, una de las más profundas es la del Retraso Mental, ya que produce un impacto sobre aquella capacidad por la que el hombre se ha defendido a sí mismo como tal: La Intelligencia.

Conocemos muchas de las causas y efectos que produce y conlleva al retraso mental, (extendiéndolo técnicamente el deterioro del C.I.), y seguramente conoceremos otras más; sin embargo, todavía hoy estamos muy lejos de saber cual es la verdadera naturaleza del retraso mental y en que consiste realmente.

Por esta razón me limitaré a referirme alguna de estas causas y describir sus efectos.

Quizá el día en que seamos capaces de revelar este misterio seremos igualmente capaces de asegurar una completa prevención y un eficaz sistema de rehabilitación, no obstante creo que hoy en día se abre para nosotros un horizonte de esperanza en el ámbito del retraso mental. Debido al cúmulo de investigaciones, el avance enorme de la bioquímica, los niveles de profundidad de la genética, el espectacular desarrollo de la Perinatología, sobre todo en el ámbi

to del conocimiento del proceso conceptivo y embrionario, más que nada la intensidad de los estudios sobre nutrición. Pero ¿qué ocurre cuando el retraso mental no es debido a una deficiencia diagnósticable etiológicamente de forma clínica si no se presenta como un resultado o manifestación de un bajo nivel de logros fundamentalmente escolares laborales, debido a causas sociales?.

Por todo esto el panorama del diagnóstico, la rehabilitación y la integración de los retrasos mentales no las disfuncionalidades congénitas por los siguientes aspectos:

PRIMERO: Por el desconocimiento real de la deficiencia mental, resulta más arriesgado y difícil encontrar las soluciones justas para cada caso.

SEGUNDO: Porque se trata de un fenómeno concreto, originado por causas sociales, difusas aunque detectables.

TERCERO: Porque la complejidad de los factores que intervienen: sociales, ideológicos, estructurales, institucionales, personales, etc., hacen extraordinariamente difíciles el enfoque y solución del problema.

Pero no cabe duda que el retraso mental no es ni solo, ni exclusivo, ni prioritariamente un problema médico, -

científico o social sino que estos factores se interrelacionan y el problema debe enfocarse siempre en función de esta relación.

Todo esto surge debido a un plan de atención de enfermería que será efectuado a un infante que vive un problema social: El abandono en una Casa Cuna (y de acuerdo con Robert Edgerton). El deficiente mental tiene derecho con el resto de miembros de cualquier comunidad a la que pertenezca, a vivir dignamente en igualdad de condiciones, de derechos y deberes; a no ser discriminado en razón a su deficiencia; a ser tratado con respeto y con justicia, a ser feliz, a participar en las tareas útiles de la sociedad y a proyectar el destino de su vida, según sus propias capacidades.

El presente trabajo es realizado a una pequeña que presenta un problema social más que biológico, "Retraso afectivo simple", consecuencia de un doble abandono y el mal trato.

Espero que este pequeño trabajo sirva, ayude, oriente o haga saber a toda enfermera que su área no solo es la biológica sino abarca toda la triada biopsicosocial.

OBJETIVOS DEL SERVICIO SOCIAL:

- Cumplir con el ordenamiento legal, de acuerdo a la Ley Reglamentaria del Ejercicio de las Profesiones.

OBJETIVOS DE LA ESTUDIANTE:

- Proporcionar a la comunidad desvalida una atención eficiente de Enfermería.

OBJETIVOS DEL PROCESO:

- Definir, analizar y clasificar el Retraso Mental.
- Describir el Diagnóstico, Profilaxis y tratamiento del Retraso Mental.
- Realizar Historia Clínica de Enfermería de la menor Ma. de los Angeles "N" o Dávila.
- Establecer el Diagnóstico de Enfermería de la menor Ma. de los Angeles "N".
- Elaborar plan de atención de Enfermería para la menor, con el Diagnóstico de Retraso Mental Superficial.

MARCO TEORICO

1. RETRASO MENTAL

Existen varios conceptos de Retraso Mental dados por diferentes Autores Médicos y Asociaciones, desgraciadamente todos nos guían a lo mismo. Retraso, Enfermedad, Incapacidad, etc., de la inteligencia.

- "Retraso Mental Deficit Intelectual que se origina y se manifiesta durante el período de desarrollo".
1/
- "Retraso Mental, Insuficiencia en el desarrollo de la inteligencia". 2/
- "Retraso Mental Limitación en la Personalidad y Capacidad Intelectual". 3/
- "Retraso Mental capacidad intelectual limitada que impide al individuo su desarrollo, para hacer frente a las exigencias del ambiente y la Sociedad". 4/

1/ CASO MUNOZ AGUSTIN. Psiquiatría. p. 287.

2/ KOLD C. LAWRENCE. Psiquiatría Clínica Moderna. p. 291

3/ P. BERNARD. Tratado de Psiquiatría. p. 563

4/ Ibidem. p. 562.

Como podemos observar estos conceptos nos indican que el individuo va a presentar atraso en el habla, el caminar, comer solo, en fin en ser útil así mismo; cuando el individuo crece tiene dificultades para aprender y en la vida adulta es incapáz de ser independiente.

Existe un amplio Grupo de Individuos cuyas limitaciones en la personalidad Intelectual no se desarrolla lo suficiente para hacer frente a la existencia en el medio ambiente, y poder así establecer una existencia social independiente, dicha falta de capacidad intelectual se deriva de una limitación innata en el desarrollo del cerebro, de una enfermedad, o de una lesión cerebral que se produjeron durante o inmediatamente después del nacimiento o bien es la consecuencia de una falta de maduración debida a que los estímulos ambientales provenientes de fuentes familiares y culturales han sido insuficientes para estimular el desarrollo.

Todo este relato involucra, clasificación, división, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que en los siguientes puntos se mencionarán.

1.1. Etiología del Retraso Mental

Conocemos muchas de las causas y defectos que produce y conlleva al retraso mental, y seguramente, en los próximos años, conoceremos unas y otras más y mejor; sin embargo todavía hoy parecemos estar lejos de saber cual es la verdadera naturaleza del retraso mental y en que consiste realmente, hay que confesar que en la mayoría de los casos, la etiología es incierta y uno debe contentarse con hipótesis. Sin embargo en un pequeño número de casos el retraso mental tiene una causa conocida, incluso a veces susceptible de ser tratada directamente.

Estas causas pueden ser agrupadas en factores genéticos, en factores toxiinfecciosos en el curso de la gestación, embriopatías infecciosas, por agentes físicos, medicamentosos fetopatías infecciosas, por anoxia perinatal: en factores traumáticos en el curso del alumbramiento, factores del medio neonatal y los sociales. Sin embargo sumando todas estas etiologías, seguimos en lo desconocido en más del 50% de los casos.

I. Factores hereditarios.

De acuerdo con P. Bernard Este tipo de factores se divide en 3 tipos:

- 1o. "Factores genéticos no específicos.

Estos están estudiados por los Psiquiatras gené
ticos y de acuerdo a sus estudios estos depende
rán del C.I. de los familiares del 1er. nivel -
 como también de su salud mental". 5/

- 2o. "Factores genéticos de ciertos retrasos menta-
 les específicos.

en estos casos, se pone de manifiesto anomalías
 como lesiones cerebrales, Oligofrenia Fenilpiru
 bica, pero es preciso tener presente que la prue
ba formal de una tara genética no existe la ma-
 yoría de las veces, por lo que se puede estable
 cer un diagnóstico preciso". 6/

- 3o. "Los factores cromosómicos.

Situados no ya en el escalón genético, sino en
 el escalón cromosomático. Estos retrasos, que
 no son propiamente hereditarios, son descubrier-
 tos por el estudio del cariotipo que revela ano
malías cromosómicas entre las que más caracte-
 rísticas se dá es en el mongolismo un ejemplo

5/ EDGERTON ROBERT. Retraso Mental. p. 27

6/ Ibidem. p. 31

muy claro". 7/

II. Factores Prenatales.

Estas causas pueden ser infecciosas, parasitarias, tóxicas, debidos a una incompatibilidad sanguínea e incluso a las malas condiciones de la madre durante el embarazo

- 1) Etiología infecciosa y parasitaria.- Si bien teóricamente todas las infecciones pueden ser transmitidas de la madre al feto y dar lugar en éste a lesiones cerebrales que condicionen una disgenecia intelectual más o menos profunda, solo nos ocuparemos:
 - a) "La Sífilis, cuyo diagnóstico debe basarse en criterios serológicos y clínicos precisos (sífilis congénita) y no en estigmas vulgares que se encuentran en la mayoría de los Retrasos mentales". 8/
 - b) "La Rubéola, al presentarse en una mujer en el curso de los 3 primeros meses de su embarazo, a menudo provoca malformaciones en el feto (cataratas, sordomudez, malformaciones cardiacas, anomala

7/ MUÑIZ DE LA FUENTE RAMON. Psicología Médica. p. 207

8/ HENRY EY. P. BERNARD. Tratado de Psiquiatría. p. 565

lias dentarias, etc.). Estas malformaciones van asociadas frecuentemente a un retraso mental que casi nunca se presentan sín estas secuelas". 9/

- c) "La Toxoplasmosis, clínicamente inoperante en la madre puede ser transmitida al feto; se acompaña siempre de retraso mental".

III. Factores Humorales e Intoxicaciones Endógenas

1. Intoxicaciones Endógenas. El feto también puede resultar afectado por la intoxicación que resultan de la uremia, diabétes, etc. de la madre.
2. "El Factor Rh. Las incompatibilidades sanguíneas y el problema de la ictericia nuclear, los descubrimientos de Landateiner la incompatibilidad de los grupos Rh (madre Rh padre Rh+) la mayor parte de los casos de ictericia grave del recién nacido; es sabido que un número limitado de estos casos se complica de una afectación cerebral que deja terribles secuelas (trastorno del tono muscular, sordera, oligofrenia). Fuera de la ictericia nuclear característica, el papel de la incompatibilidad en la patoge-

9/ Ibidem. p. 565-566.

nía de la debilidad mental no ha sido comprobada.

10/

3. Otras condiciones patógenas de la gestación.

Se han señalado también el mal estado físico de la madre durante el embarazo, el papel de las emociones, etc., "pero no son más que hipótesis de difícil comprobación. Más importante parece ser la edad de la madre, ya que la frecuencia del mongolismo crece con ella". 11/

4. Factores en relación con el parto.

"El papel de los traumas obstétricos ha sido innovado desde hace tiempo en el desarrollo de las encefalopatías infantiles para explicar las hemiplejias y las diplejias congénitas de Retrasos Mentales, incluso fuera de la existencia de todo síndrome neurológico, sobre todo en los casos de anorexia neonatal y de hemorragias intracraneanas en los partos diastóticos y de traumatismos craneanos". 12/

10/ Ibidem. 565-566.

11/ Ibidem. p. 566

12/ EDGERTON ROBERT. Op. Cit. p. 24, 25.

5. Factores Neonatales y Socioculturales.

Aparte de los mecanismos hereditarios y las afecciones de la primera infancia propiamente dichas, existen factores culturales, sociales y familiares - - susceptibles de influir en el desarrollo intelectual del niño. Asimismo, el nivel mental medio se eleva en función de la clase social y de los Recursos Económicos de las familias consideradas, por el contrario, disminuye en mayor dimensión con las condiciones miserables de la familia. El "Cociente Intelectual" varía también según el factor social, el medio urbano o rural, el lugar de nacimiento, etc.

El retraso Sociocultural es el que casi siempre aparece en grupos sociales indigentes, carentes de educación y culturalmente distintos.

Esto es lo que sabemos. Pero ¿cuál es, exactamente, su causa?. "Es la privación cultural, la que motiva en los niños la falta de estímulo para aprender. Es el producto de la enfermedad y la mala nutrición; o bien ya que es frecuente en la escuela donde sus diferencias intelectuales son reconocidas por vez - primera, existen desventajas que el propio sistema escolar que ocasiona este retraso socio cultural". 13/

Como toda insuficiencia del desarrollo intelectual, la debilidad mental puede definirse de varias maneras que, por otra parte se completan, me refiero como la mayoría de los autores, a tres criterios principales.

- a) Un criterio psicométrico. Se designa con el nombre de debilidad mental los estados de retraso cuya edad mental está comprendida entre 7 y 10 años según la escala de Binet y Simón y cuyo coeficiente intelectual se sitúa entre 65 y 80.
- b) Un criterio escolar. Es débil mental todo sujeto incapáz de seguir la escolaridad de 2 años, si tiene menos de 9 años; de 3 años si tiene más de 9 años, con la condición de que este retraso no sea debido a una insuficiencia de escolaridad (Binet y Simón).
- c) Un criterio social. Es débil mental todo sujeto en razón de su insuficiencia mental, de llenar una existencia independiente, de llegar a su "autonomía económica". Pero si bien este criterio práctico es en el fondo el único valedero, depende de los factores eminentemente variables: la complejidad de la vida social y la tolerancia de la colectividad considerada.

Es importante saber la lentitud, el desinterés, dan lugar a menudo a una especie de inercia mental que satura en menor o mayor grado todo el grupo de las oligofrenias (retraso mental ligero o superficial). Esta inercia mental implica en particular que las adquisiciones pueden proseguirse - más tarde que en el individuo normal noción importante para la pedagogía.

En fín, al lado de los trastornos intelectuales propiamente dichos hay que reservar un lugar importante para los retrasos afectivos. En los que los trastornos de la afectividad y los comportamientos neuróticos pasan sobre el futuro del débil mental tan intensamente como el déficit de su inteligencia.

"Simón y Vermylen (1924) han propuesto clasificar los débiles mentales en dos grandes formas clínicas: los débiles armónicos o ponderados, en los que prácticamente solo existe insuficiencia intelectual, y los débiles disarmónicos en los que los trastornos afectivos se asocian al déficit intelectual". 14/

- a) Los débiles mentales armónicos, están afectados por un retraso intelectual simple.

Tiene la calidad afectiva necesaria para compensar su insuficiencia de inteligencia.

Dóciles, trabajadores, aplicados metódicos, deseos de hacerlo todo bien positivos y obedientes, se adaptan humildemente a una condición social inferior una buena orientación profesional dá entonces la esperanza o la ilusión de un buen pronóstico social, en la medida de su debilidad intelectual y de la benignidad de sus caracteres.

b) Los débiles disarmónicos. Presentan trastornos - afectivos y caracteres asociados a su déficit intelectual. Simón y Vermelen distinguen entre ellos, varios tipos clínicos.

- Los débiles inestables. Caracterizados por la -- "distraibilidad" de su atención, la incapacidad para concentrarse, para fijarse una tarea incluso para permanecer en su lugar. Son turbulentos, combinado oficio, de residencia. Las fugas, las mentiras son los rasgos habituales de su conducta efervecente.
- Los débiles emotivos, muy parecidos a los presentes, tienen sin embargo un nivel intelectual sensiblemente superior al de los inestables, su humór

es cambiante, explosivo. Sus reacciones son siempre exageradas, oscilando de la exuberancia excesiva a la inhibición.

- Los Tontos: Son débiles mentales que tiene una buena capacidad numérica y una facilidad venal que engaña.

Por el contrario, los tests de manipulación y los tests verbales de razonamiento, videncian su insuficiencia, así como los trastornos de su comportamiento práctico y social. Pueden parecer normales al examen clínico superficial incluso ante los tests de predominio verbal de acuerdo a estas características se ha propuesto llamar los "Débiles Camuflados". 15/

Dentro de esta grande clasificación que corresponde al aspecto clínico los más importantes para la realización de éste trabajo son los siguientes.

(Apoyada más adelante por notas sociales y pedagógicas).

Retraso Afectivo Simple

Se traduce por una inhibición, una indiferencia una falta de curiosidad, una puerilidad en el juicio y sobre todo por una estrecha dependencia frente a lo que le rodean de modo inmediato y que puede engañar fácilmente, tanto más cuando que la falta de atención y su inestabilidad dan lugar en éstos tímidos o mediocres resultados en las pruebas psicométricas. El descubrimiento de conflictos afectivos y el estudio psicológicos de la familia permiten por lo general llamar la atención sobre la importancia de los problemas afectivos, mientras que el niño, una vez que gana los diversos tests; sin embargo, a veces está asociado frecuentemente un retardo intelectual por falta de "apetencia" y repitiendo, en el débil mental ligero, a menudo es difícil superar la parte de la debilidad intelectual de la del retraso afectivo". 16/

Se trata de distinguirlo de la oligofrenia, ya que es mucho más accesible a los tratamientos. El retardo mental se produce en el curso de la educación familiar o escolar; resulta de una mala utilización o de una dotación intelectual, normal al comienzo. En principio, un retardo puede

recuperarse a condición de ser tratada pronto, pero descuidado puede fijarse y llegar a ser tan incensible como una oligofrenia, de la que entonces ya no difiere prácticamente.

Hablando en términos generales el retardo mental puede depender de diversos factores, carencias del medio, trastornos afectivos y situaciones conflictivas, trastornos del lenguaje y déficit sensoriales.

La clasificación que a continuación se describirá es la recomendada por la Dirección General, en la Circular del 21 de Octubre de 1963, la que considera a los retrasados mentales como débiles ligeros, débiles medios y débiles profundos dentro del nivel superior, en el nivel inferior se ubican los retrasados profundos.

NIVEL SUPERIOR

- I. Débiles ligeros o superficial, individuo educable apto tras de haberse beneficiado de una pedagogía especial, para una vida autónoma suficiente y una adaptación satisfactoria al mando normal del trabajo su coeficiente intelectual está entre 0.65 y 0.80.

II. Débiles medios, individuos semi educables (Coeficiente intelectual entre 0.50 y 0.65 que pueden llegar tras una reeducación, a una autonomía parcial y a un puesto de trabajo, su insuficiencia intelectual va acompañada con frecuencia de una insuficiencia motriz, de epilepsia, de trastornos caracteriales, que hacen necesaria en la mayoría de los casos una ayuda psicológica o material más o menos importante.

III. Débiles profundos, (Coeficiente intelectual entre 0.30 y 0.50) son individuos parcialmente educables y pueden llegar a una determinada productividad. Corresponden a los denominados imbeciles por la terminología clásica. 17/

NIVEL INFERIOR

Retrasados profundos, individuo con un coeficiente intelectual inferior a 0.30 antes denominados idiotas, pueden adquirir determinados gestos elementales de la vida cotidiana y adaptarse a una determinada vida colectiva, pero con una actividad improductiva.

17/ KOLD C. LAURENCE. Op. Cit. p. 295, 296.

Como consecuencia de ésta clasificación se realiza una nueva división que es en 2 puntos principales.

VI. DIAGNOSTICO, PROFILAXIS Y TRATAMIENTO.

Diagnóstico de las oligofrenia (retraso mental) en el niño.

Aquí solo seguiremos o tomaremos como guía la edad de los niños.

En el nacimiento, una malformación evidente, especialmente a nivel del cráneo, o una dismorfia como la facie Mongólica permite desde luego el diagnóstico inmediatamente una anoxia perinatal (niño que ha debido ser largamente reanimado) o convulsiones deben imponer una vigilancia neurológica regular y prolongada.

En el curso de los primeros meses y de los primeros años (hasta 5 o 6 años) es la evolución del desarrollo psicomotor la que permite el diagnóstico: Retraso en la sonrisa, el mantenerse sentado y el mantenerse de pie especialmente edad de la desaparición del babinski. Para un neurologo especializado, es la evolución del tono la que es sin duda más importante: la edad de aparición de la marcha solo, la evolución del lenguaje, el control esfinteriano, son --

compas cuyos trastornos tienen una significación tanto afectiva y relacional como psicomotora (estado disarmónico de - vertiente deficitaria o al contrario psicótico dominante). Los tests de Gesell (y su adaptación francesa por Brunet y lezine) y de Borel-Maisonny permiten una mejor apreciación objetiva de la evolución. Sin embargo es necesario saber - que no existe un paralelismo riguroso en por lo menos un - 10% de los casos; los débiles motores pueden revelarse de inteligencia superior y los débiles medios o profundos pueden haber tenido un desarrollo motor senciblemente normal - naturalmente, el médico estará siempre al acecho de trastornos psicosenoriales, (especialmente hipoacucia) que puede explicar un retraso del lenguaje e incluso entrañar un comportamiento que erogue un estado deficitario.

En la edad escolar el examen neurológico y el estudio de la anamnesis conservan todo su valor. Pero es con frecuencia un retraso escolar lo que provoca el examen psicométrico y a esta edad es importante tener en cuenta el retraso.

- 1) Los retrasos clasificados por nivel clínico que implica a los débiles profundos y a los retrasados profundos, cualquiera que sea su etiología.

- 2) Los retrasos mentales clasificados según los factores etiológicos lo que nos llevaría a estudiar una serie de tipos bien definidos tales como: la esclerosis tuberculosa, el mongolismo, la oligofrenia medulomatosa, etc., problemas que solo se mencionarán ya que no ayudan mucho en el presente estudio.

RETRASOS CLASIFICADOS DE ACUERDO AL NIVEL CLINICO

Los débiles mentales constituyen la gran mayoría de los retrasados encontrándose en 2 o 3% entre los niños de edad escolar. Si se añade que estos sujetos, a través de una acción medicopedagógica y de una situación en condiciones favorables puede ser relativamente adecuables y adaptables desde el punto de vista social, se comprende que se trate a la vez de un problema cotidiano de la psiquiatría y de un inmenso problema social.

Las carencias afectivas y educativas desempeñan un papel capital. La primera privación, la más importante de todas, es la privación de los cuidados maternos a lo largo del primer año. Es la situación analítica del niño, colocado en un asilo o en un hospital durante tiempo más o menos largo. Se observa entonces un retraso en la aparición de la sonrisa, del lenguaje y del desarrollo global que a veces se acompaña de depresión, tristeza, mutismo, anorexia,

insomnio, y pérdida de peso. También se puede carecer de clima afectivo en el seno familiar si este es pobre, tosco y poco evolucionado.

Por último, una insuficiente asistencia escolar o un mal ambiente pedagógico pueden dar lugar a un retraso ya sea afectivo o de desarrollo.

Los trastornos afectivos y las situaciones conflictivas pueden inhibir el desarrollo intelectual a través de los mecanismos esenciales. 18/

- 1o. Por la pérdida de "La normal apetencia de adquisiciones que motiva todo aprendizaje".
- 2o. Por una actitud de oposición que expresa el rechazo inconciente de la maduración y el deseo de conservar el estado de protección del bebe.

Las principales complicaciones del niño pueden ser:

La falta de protección y de seguridad que engendra un medio colectivo (Asilo, Hospital, etc.), el sentimiento de abandono e igualmente de inseguridad experimentado en un medio familiar disociado, las diversas situaciones conflic-

18/ Ibidem. p. 297

tivas del medio familiar (actividades parenterales de incomprensión, sobre-protección materna, rivalidades fraternas, sentimiento de rechazo del seno familiar, etc.

El retraso engendrado por estas causas es bastante leve a menudo (pueridad en el comportamiento, persistencia del lenguaje infantil, lentitud en la adquisición, baja del rendimiento escolar). Los tests deben ayudar a hacer el diagnóstico diferencial entre retardo y debilidad congénita; en los test de eficiencia, el niño al ser colocado, en una situación que le recuerda su situación conflictiva real, se comportará como lo hace habitualmente.

Ciertos retardos escolares importantes pueden ser debidos a trastornos del lenguaje. Ciertos trastornos electivos no atañen más que a la lectura (dixleccia) ortografía, el cálculo. Por último, el retardo puede estar condicionado por deficits sensoriales o incapacidades. Son los retardos intelectuales de los niños ciegos con ambliopia, sordos, afectados de sordo mudez, de ananismo, de secuelas de la poliomielitis, etc. 19/

RETARDO CLASIFICADO DE ACUERDO AL NIVEL ETIOLOGICO

De este punto sólo se mencionan los nombres de los principales retrasos etiológicos ya que no son necesarios ni apoyan en lo absoluto el presente trabajo.

De este tipo de Patologías encontramos infinidad de las cuales se pueden derivar como complicaciones de otro problema de salud, de accidentes, vicios, problemas genéticos, etc. Algunos ejemplos de estas patologías son:

I. Las neuroefectodermosis o facomotosis

- a) Esclerosis Tuberosa de Bauneville
- b) La Neurofibromatosis de Reckinghausen
- c) Las Angiomatosis cerebrales

II. Las oligofrenias dismetabolicas

- a) La Idiocia Amaurótica
- b) La Oligofrenia Fenilectonurica

III. Las Oligofrenias disendocrinas

IV. Oligofrenias derivadas a embriopatias infecciosas.

- a) Embriopatía Rubéolica
- b) Toxoplasmosis Congénita
- c) Sífilis Congénita y otras enfermedades infecciosas.

V. El Mongolismo

VI. Oligofrenias con malformaciones craneanas

(Hidrocefalea, microcefalea).

- a) Las Hidrocefálicas
- b) Idiocias Microcefálicas
- c) La Disostosis Cráneo-facial o Enfermedad

VII. La hipsarritmia o enfermedad de los espasmos en flexión.

VIII. Clasificación cociente intelectual

Tabla manejada por la mayoría de autores

130 ó más	=	muy superior
120 - 129	=	superior
10 - 119	=	normal brillante
90 - 109	=	normal
80 - 89	=	subnormal
70 - 79	=	limitrofe
50 - 69	=	deficiente mental superficial
30 - 49	=	deficiente mental medio
29 ó menos	=	deficiente mental profundo. <u>20/</u>

Diagnóstico: De las oligofrenias (retraso mental) - en el niño, aquí solo seguiremos o tomaremos como guía la edad de los niños.

En el nacimiento, una malformación evidente, especialmente a nivel del cráneo, o una dismorfia como la facies mongólica, permite desde luego el diagnóstico inmediatamente. Una anoxia perinatal (niño que ha debido ser largamente reanimado) o convulsiones deben imponer una vigilancia neurológica regular y prolongada.

En el curso de los primeros meses y de los primeros años (hasta 5 o 6 años) es la evolución del desarrollo psicomotor la que permite el diagnóstico: Retraso en la sonrisa, el mantenerse sentado y el mantenerse de pie especialmente; edad de desaparición del Babinski; para un neurologo especializado, es la evolución del tono la que es sin duda más importante: la edad de aparición de la marcha solo, la evolución del lenguaje, el control espinteriano, son campos cuyos trastornos tienen una significación tanto afectiva y relacional como psicomotora (estado disarmónico de vertiente deficitaria o al contrario psicótico dominante). Los tests de Gesell (y su adaptación francesa por brunet y lezine) y de borel-Maisonny permiten una mejor apreciación objetiva de la evolución. Sin embargo es necesario saber que no existe un paralilismo riguroso en el menos un 10% de -

los casos los débiles motores pueden revelarse de inteligencia superior y los débiles medios o profundos pueden haber tenido un desarrollo motor sensiblemente normal. Naturalmente, el médico estará siempre al acecho de trastornos psicosensoresiales, (especialmente hipoacucia) que pueden explicar un retraso del lenguaje e incluso entrañar un comportamiento que enogue un estado depicitorio.

En la edad escolar el examen neurológico y el estudio de la anamnesis conservan todo su valor. Pero es con frecuencia en retraso escolar lo que provoca el examen psicometrico y a esta edad es importante tener en cuenta el retraso afectivo (especialmente por carencia del medio) y los trastornos de la lateralización y de la estructuración temporoespecial responsables de dificultades en las primeras adquisiciones escolares. Si antes de los 3 años (en razón de la adquisición del lenguaje) la mayor parte de los deterioros son asimilados a los retrasos mentales, sigue siendo clásico oponer a éstos las demencias cada vez que se tiene noción de una represión (especialmente del coeficiente intelectual), o de una evolutividad de los trastornos. Naturalmente es difícil y con frecuencia un poco arbitrario distinguir un retraso de una demencia orgánica; de una regresión psiconeurótica. 21/

PROFILAXIS:

La profilaxis se deduce de lo que ya se ha dicho en la etiología; es decir:

- Prevención de las infecciones y de las intoxicaciones en el curso de la gestación. En lo que concierne a la rubeola que afecte a una mujer en el curso de los 3 meses primeros del embarazo, el aborto ha sido propuesto fuera y dentro de Francia así como en otros muchos países.
- Investigación de las incompatibilidades sanguíneas feto-maternas en los casos de mujer Rh -cuando un feto Rh+; se buscarán en la madre las aglutininas anti Rh. En tales condiciones se admite la existencia de un caso patológico por 25 parejas sospechosas.
- Examen de la fórmula cromosómica (cariotipos).
- Detección de los portadores del Gen de la oligofrenia fenilcetonúrica.
- Prevención de los traumatismos obstétricos evitando muy particularmente la anoxia neonatal.

TRATAMIENTO Y ASISTENCIA:

El problema de la debilidad y del retraso mental actualmente se considera cada vez más en una perspectiva psicoterápica. Cualesquiera que sean las dificultades con que tropieza el diagnóstico y sobre las que hemos insistido, los Psiquiatras Infantiles encuentran interesante situarse en la hipótesis, con frecuencia fecunda de la pseudodebilidad por psicosis infantil, incluso si esa hipótesis está limitada, como hemos visto por la existencia de factores hereditarios o por la de lesiones precoces del tejido cerebral, incluso si los esfuerzos educativos no persiguen más que objetivos limitados, hay que colocar en cabeza de los tratamientos su orientación psicoterápica. 22/

I. ORIENTACION PSICOTERAPEUTICA.

La orientación psicoterápica debe inspirar toda acción terapéutica provocando entrar en contacto con el niño y no considerarlo como un objeto cuyo estatus estaría fijado por anticipado. Las técnicas, las reducciones psicomotrices, las correcciones medicamentosas, de las que vamos a hablar más adelante, estarían literalmente privadas de sentido si no insertaran en una conducta de entrada en relación.

22/ Ibidem. p. 587

Hay que reconocer las dificultades particulares de esta orientación terapéutica en la mayor parte de los casos.

- a) Psicoterapia de los estados psicóticos. Se trata de los casos en que hemos visto que el retraso es inexplicable de posiciones psicóticas. La psicoterapia no puede ser realizada más que por psicoanalistas especializados.

Todo el trabajo terapéutico debe estar inspirado por el analista y todas las formas de ayuda van dirigidas hacia el éxito de la psicoterapia, que puede ser entonces una verdadera salvación mental.

- b) Psicoterapia de las reacciones neuróticas del retrasado. Aquí es necesario que los esfuerzos del grupo cuidador estén animados por un espíritu psicoterápico una relación psicoterápica individual o de grupo, ayudas pedagógicas o de reeducación diversas pueden entonces dar su mejor rendimiento; pero es fácil comprender que este clima psicoterápico supone una colaboración a todos los niveles: Médicos, Educadores, Padres, que deben tener contacto regulares para un verdadero trabajo de grupo.

c) Psicoterpia y Grupos Asistenciales.

De esta orientación resulta que uno de los puntos esenciales para el éxito del tratamiento será el trabajo psicológico del grupo de cuidadores efectuado entre sus miembros. Cada uno de los miembros de la Institución o del grupo de terapeutas debe llegar a tomar conciencia de su papel en la imaginación de los niños tratados. Los padres mismos, por medio de reuniones de grupos, son llevados a revisar la relación tan frecuentemente patológica y patógena que han establecido con el niño. No pudo por lo menos de indicar estos puntos muy importantes y por otra parte muy difíciles de realizar. Pero el éxito de una "colectividad asistencial" para estos niños se medirá por el resultado de tales esfuerzos. 23/

II. TRATAMIENTO BIOLÓGICO

- a) Dirigido sobre la etiología orgánica. El tratamiento etiológico eficaz es excepcional, aunque no por ello menos destacable: El mejor ejemplo de él es la cura, por un régimen apropiado, de la fenilcetonuria. Algunos retrasos mentales de origen endócri

no (mixedeme) se benefician de los extractos tiroideos, que han sido muy ampliamente aplicados fuera de toda prueba de hipertiroidismo. En caso de retraso puberal, las hormonas ganodotropas pueden estar indicadas. "La Hidrocortisona tiene indicaciones seguras, a altas dosis y de modo precoz, en determinadas encefalopatías evolutivas con epilepsia, tales como la hipsarritmia de Bibbs".. 24/

Hay que situar aquí determinadas correcciones quirúrgicas: apertura de la lámina subóptica en determinadas hidrocefalias; cisternotomía en algunos casos de dilatación de las cisternas optoquiasmática y protuberancial.

- b) A Título Sintomático: Se han preconizado numerosos medicamentos: el ácido glutámico, aminoácido necesario para el desarrollo del sistema nervioso, se prescribe casi sistemáticamente en los retrasos mentales y los retrasos del desarrollo. Los neurolépticos pueden ser indispensables para corregir la actividad delirante, o reducir determinadas oposiciones y agitaciones coracteriales.

"Los tranquilizantes serán utilizados si el componente ansioso está en primer plano y los antidepre-

sivos en algunos casos". 25/

Todos los demás procedimientos que han sido y son -
ahora utilizados derivan de hipótesis validos: Vita
minoterapia, ionización transcerebral, encefalogra-
fía y gaseosa, etc.

Recursos para la salud:

Servicio Médico y de Enfermería 1er. nivel.

Hábitos Higiénicos

Aseo: Baño (tipo, frecuencia):

Diario - agua corriente.

De manos: Cuantas veces sea necesario

Bucal: 3 veces al día

Cambio de ropa personal (parcial, total y frecuencia)

2 o 3 veces al día.

Alimentación:

Desayuno (Horario, alimentos):

Desayuno 8:30 hrs. leche, postre, pan, huevo

Comida (Horario, alimentos):

13:00 hrs. sopa, agua, carne, frijoles, postre.

Cena (Horario, alimentos):

19:00 Hrs. leche, pan, jamón, queso, fruta

Sueño (Horario y características)

De 20:00 hrs. a 6:00 hrs., sueño tranquilo

Estudio y/o trabajo.

Acude a Estancia Infantil de 9:00 hrs. a 13:00 hrs.

COMPORTAMIENTO (Conducta)

Retraída, agresiva, temerosa, desconfiada.

RUTINA COTIDIANA

Desayuno, acudir a la Estancia, comer, descansar, salir al jardín, senar, dormir. 2 veces por semana salen

de paseos.

3. PROBLEMA ACTUAL O PADECIMIENTO.

Problema padecimiento por el que se presenta:

Retraso Mental Afectivo

Antecedentes personales patológicos:

Propios de infancia

Rubeola, sarampión, hepatitis, varicela, desnutrición de 1er. grado.

Antecedentes familiares patológicos:

Se desconocen

Comprensión y/o comentario acerca del problema o padecimiento.

Este problema a evolucionado a partir del reingreso de la menor a casa cuna con el nuevo Dx. de S. niño maltratado.

Participación del paciente y la familia en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación:

Solo del paciente. Satisfactorio

II. EXPLORACION FISICA.

Inspección:

Aspecto Físico:

Femenina preescolar, bien conformada, sin problema físico aparente.

Aspecto emocional (estado de ánimo, temperamento, emo-

ciones):

Agresiva, insegura, temerosa, reservada.

Medición, peso, talla:

Peso 12.900 Kg. talla 94 cm.

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

EXAMEN DE LABORATORIO

FECHA	TIPO	NORMALES	DEL PACIENTE	OBSERVACIONES
28-V-86	Lab.	Normal	Leucositos 6,400	Sin problema
3-VI-85	Lab.	Coproparasitos.	660 Eyeminolepis	Se otorga tratamiento.
21-X-85	Lab.	Cultivo Faríngeo.	Estreptococo B.E.	"
22-XI-85	Lab.	"	Dlora Normal	Toma de control

EXAMENES DE GABINETE:

Se desconocen

IV. PROBLEMAS DETECTADOS:

Parasitosis en tratamiento

V. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Femenina preescolar de 4 años de edad con retraso mental afectivo, síndrome de niño maltratado y menor institucionalizado.

No existe historia clínica por lo que se realizó Resumen de los datos que contiene el expediente.

NOMBRE: Ma. de los Angeles Dávila C.
SEXO: Femenino
EDAD: 4 años

Ingresa a la Casa Cuna a la edad de 1 año, procedente de los Servicios Sociales del DIF, por abandono de persona, las notas de ingreso a la Institución fueron:

- Lactante mayor bien conformada aparentemente sana. Transcurre el período de cuarentena, en la Sala de Recepción donde se observa adaptación, se realiza exámenes de rutina sin encontrarse patología. Egres a la Sala de Lactantes donde es manejada como niño sano.
- A la edad de 1 año 8 meses, es dada en adopción.
- Reingresa a la Casa Cuna a la edad de 2 años 5 meses con los diagnósticos de:
Desnutrición de I grado
Síndrome de niño maltratado
- En el examen psicológico se menciona un retraso muy marcado en su desarrollo psicomotor.

Esta nota indica al Servicio Médico la necesidad de realizar estudios más especializados.

- Se solicita valoración por el Servicio de Psicología.
- Se solicita valoración por el Servicio de Psiquiatría.
- Se solicita Encefalograma.

RESULTADOS:

- El rechazo social (2 ocasiones) sufrido por la menor ha provocado decremento en su desarrollo Psicológico paulatino el cual es calificado de "MEDIANO"
- Electroencefalograma "NORMAL"
Actualmente cursa asintomática, sin alteraciones Físicas- Clínicas, hay que mencionar que la menor amerita:
- Terapia Física de Rehabilitación muscular (Reeducación a nivel de abdomen, gluteos y cuádriceps.
Esto es y debe ser realizado por el personal capacitado.

A la fecha la menor es atendida en el Hospital Infantil de México, por los Servicios de:

Terapia Física

Terapia Ocupacional

Terapia del lenguaje

- Siempre acompañada y con la colaboración estrecha del personal de Enfermería.

Se ha observado satisfactoriamente que la menor adelanta y demuestra interés en sus terapias.

IX. DX. DE ENFERMERIA.

Nombre del Paciente: Ma. de los Angeles Davila C.

Femenina de 4 años de edad, que ingresa a la Casa Cuna a la edad de 1 año, procedente de los Servicios Sociales del DIF por abandono de persona.

Los Dx. de ingreso a la Institución fueron:

- Lactante mayor bien conformada aparentemente sana.

Transcurre el período de cuarentena, en la Sala de recepción donde se observa adaptación, se realiza batería de exámenes de rutina sin encontrarse patología.

Egres a la Sala de Lactantes donde es manejada como niño sano.

- A la edad de 1a. 8/12, es dada en adopción.
- Regresa a Casa Cuna a la edad de 2a. 5/12 con los Dx.

- Maternal con desnutrición de grado I.
- Síndrome de niño maltratado.

En el examen psicológico se menciona un retraso muy marcado en su desarrollo psicomotor.

Esta nota indica al Servicio Médico la necesidad de realizar estudios más especializados.

- Se solicita colaboración por el Servicio de Psicología.
- Se solicita valoración por el Servicio de Psiquiatría.
- Se solicita encefalograma

RESULTADOS.

- El rechazo social (2 ocasiones) sufrido por la menor a provocado decremento en su desarrollo psicológico paulatino el cual es clasificado de mediano.
- Electroencefalograma "Normal".

Actualmente cursa asintomática, sin alteraciones físicas clínicas, hay que mencionar que la menor amerita:

- Terapia física de rehabilitación, muscular (reeducación)

ción a nivel de abdomen, gluteos y cuádriceps.

Esto es y debe ser realizado por personal capacitado.

A la fecha la menor es atendida en el Hospital Infantil de México, por los Servicios de Terapia Física.

- Terapia ocupacional
- Terapia del lenguaje

Siempre acompañada y con la colaboración estrecha del personal de enfermería.

Se observa satisfactoriamente que la menor adelanta y demuestra interés en sus terapias.

X. PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

NOMBRE DEL PACIENTE:	MAD
SEXO:	Femenino
EDAD:	4 Años
SALA:	Preescolares
DX. MEDICO	Retraso Mental Superficial
DX. DE ENFERMERIA	
OBJETIVO:	Aplicar los cuidados <u>específi</u> cos y necesarios de enfermería con la finalidad de alcanzar la máxima recuperación de la menor para que se valga por - sí sola y no sea una carga pa ra la sociedad.
PROBLEMA:	RETRASO AFECTIVO SIMPLE.

MANIFESTACIONES:

1. TRISTEZA F.C. Experiencia emocional -
que acompaña a la pérdida de
alguien o algo muy valioso.
2. DEPRESION F.C. Decaimiento del ánimo,
entusiasmo o interés del indi
viduo, debido a un problema o
necesidad no satisfecha que -

agobia al individuo.

3. MUTISMO

F.C. Manifestación de desagrado, desaliento o estado voluntarioso del individuo, marcado por el silencio voluntario del paciente.

4. ANOREXIA

F.C. Falta de apetito que en este caso se deriva de un problema depresivo emocional y por padecimiento psicológico.

5. INSOMNIO

F.C. Dificultad para dormir, - en este caso debido a problema emocional que mantiene en vigilia al individuo.

6. PESO SUBNORMAL

F.C. Debido a un problema emocional que ha ocasionado, anorexia e insomnio arroja un resultado negativo que es el bajo consumo de nutrientes esenciales para mentener la omeostasis corporal.

7. INSEGURIDAD

F.C. El rechazo por parte de los padres produce inseguridad

y autodevaluación. La inseguridad inducida por el rechazo puede tener como resultado un comportamiento hostil, pesimista, rebelde, apatía, indiferencia con una incapacidad para dar o recibir afecto libremente.

8. DESCONFIANZA

F.C. Derivante de la inseguridad. (F.C. No. 7).

9. AISLAMIENTO

F.C. La inseguridad inducida por el rechazo paterno, ocasiona en el paciente desconfianza, inseguridad, esto dá como resultado el aislamiento. Da desconfianza, el sentimiento de rechazo impide la relación libre y natural con todo tipo de personas.

10. RETRASO EN EL LENGUAJE

F.C. el habla se adquiere por el aprendizaje.

Un niño aprende sonidos y los limita siempre por medio de la estimulación de la madre o fa

milia, si esta estimulación - no existe, no existe el habla y si se presenta es con un al to grado de retraso.

La sensación de sentirse aten dido por otra personal o per-
sonas es necesaria para mante-
ner la omeostasis Psicológica.

10. ACUDIR OPORTUNAMENTE A LA TERAPIA DEL LENGUAJE EN EL
HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO.

- a) Juegos pedagógicos
- b) Repetición de palabras y asociación con el medio ambiente.
- c) Colaboración en la realización en las tareas del paciente.

F.C. Es favorable la terapia otorgada por especialistas en la materia, el habla se adquiere por medio del aprendizaje y estimulación.

- a) Colaboración en las tareas del paciente

F.C. La tenacidad y constancia contribuyen a la pronta recuperación.

ACCIONES GENERALES DE ENFERMERIA

- Baño diario
- Dieta indicada
- Manejo de niño sano

F.C. Normas de higiene y nutricionales que se deben seguir para mantener la omeosta sis bipsicosocial.

11. RETRASO EN EL NIVEL ESCOLAR.

F.C. Consecuencia directa del retraso del lenguaje a causa de la falta de estimulación.

ACCIONES DE ENFERMERIA

1. Promover situaciones agradables.
 - a) Organizar eventos que llamen la atención del paciente
 - b) Utilizar la distracción o manipulación ambiental.
 - c) Controlar el comportamiento impulsivo o irracional del paciente.

F.C. La emoción se demuestra o refleja en estados subjetivos de sentimientos, el compor tamiento generado a partir de emociones y en cambios adapta tivos.

Las emociones están relacionadas con los acontecimientos - diarios ciertas situaciones tienden a evocar determinados sentimientos y generalmente se buscan o se evitan dependiendo totalmente esto del estado físico y psicológico del paciente.

2. Organizar terapia ocupacional que llame la atención del paciente y logre atraer su interés.

F.C. El mantener al individuo ocupado en una actividad interesante logra rescatarlo de - cualquier decaimiento que actue negativamente en el paciente.

3. Organizar talleres de lectura, juegos y cantos, así como la elaboración de trabajos manuales.

F.C. El mantener al paciente ocupado en una tarea que llame su atención, evitará el - mal humor y sus diferentes mal

nifestaciones.

4. Promover situaciones, experiencias y eventos que aumenten las emociones agradables.

- a) Tratar de controlar o evitar las emociones y experiencias desagradables.
- b) En la hora de los alimentos mantener un ambiente agradable.
- c) La presentación de la dieta es muy importante.

F.C. Al experimentar al individuo una emoción o humor agradable generalmente tiene efectos positivos sobre las funciones fisiológicas y psicológicas en total (buen humor, alegría felicidad, apetito, etc.

5. TERAPIA OCUPACIONAL

- a) Deporte
- b) Juegos
- c) Evitar situaciones desagradables.

F.C. Mantener al paciente en un estado emocional favorable y físicamente cansado por las labores realizadas durante el

día, las cuales producirán como resultado un sueño normal y reconfortable para el mismo.

6. Otorgar la dieta adecuada que deberá ser indicada por el médico.

F.C. Al evitar la anorexia y otorgar una dieta balanceada con los requerimientos que el paciente necesita, dará como resultado el equilibrio del peso corporal del paciente de acuerdo a su edad.

7. Favorecer la expresión de las emociones del paciente.

F.C. El permitir al paciente expresar su ira, miedo y frustración, sin que sienta culpabilidad del castigo o reprensión. Esto contribuirá enormemente en que adquiera seguridad.

a) Escucharlo

F.C. El escuchar la narración de los problemas que producen la tención emocional en presencia de un agente que no juzgue pero que sea receptor, reduce el grado de inseguridad.

b) Evitar demostrar al paciente, disgusto, crítica o rechazo.

F.C. El experimentar una desaprobación puede conducir a un sentimiento de inseguridad.

c) Alentar al paciente en cualquier tarea que realice.

F.C. El que perciba el paciente de parte del dirigente la emoción de aliento a seguir - adelante, ayuda al paciente a sentir seguridad.

8. La misma del No. 7

F.C. Al obtener el paciente seguridad en sí mismo, lo hace en los demás, desaparece la - desconfianza.

9. Terapia ocupacional en grupo.

F.C. Es favorable la terapia en grupo para mantener el equilibrio psicológico.

Una persona debe tener relaciones satisfactorias con otros seres humanos, tanto de manera individual como en grupo.

C O N C L U S I O N E S .

Mediante el proceso de investigación teórica de este trabajo que pretende el estudio del Retraso Mental, en menores con problemas sociales, se puede concluir en primera instancia que el retraso mental en los menores desamparados es una patología diagnosticada frecuentemente por los servi cios médicos dándole apellido que mejor les parezca.

Retraso mental profundo superficial, linitrope, etc. pero cual es la causa que originó este problema, a quién le corresponde investigarlo, cual es el tratamiento a seguir, de quien dependen la rehabilitación de este individuo.

Si el paciente tiene familia se encargará de ello - de un menor o paciente institucionalizado ¿a quién le corresponde?.

¿Si el problema es biológico, como se maneja, en que lugar?.

Talvez en un hospital, clínica o centro de rehabili tación o internamiento para este tipo de pacientes.

Pero que sucede con el menor institucionalizado que su retraso es consecuencia de un problema social y psicoló-

gico grave. ¿Quién y cómo se va a manejar?.

Esto en teoría lo debe manejar el equipo multidisciplinario de salud con la finalidad de englosar todos los puntos de la triada.

Pero que sucede con este equipo, especialmente enfermería.

Se desconoce su labor en el área social, su integración al equipo multidisciplinario.

Tiene el conocimiento que existe un primer nivel de atención de salud y su definición pero en realidad que es, que funciones le corresponde desempeñar, las desconoce, en su mente predominan los grandes quirófanos, terapias intensivas, etc., bien un segundo y tercer nivel de atención meramente curativo.

El campo de la enfermería es más grande de lo que podemos imaginar, en cada uno de los niveles de salud.

Dentro de un primer nivel y específicamente en este caso, nuestra función inicia desde la detección del problema,

elaboración del proceso atención enfermería, llevarlo a la práctica y retroalimentarlo de acuerdo a los progresos obtenidos, interviniendo y trabajando constante y arduamente -- con el equipo multidisciplinario, ya que se trata de una menor con problemas médicos, psicológicos y sociales.

En el presente trabajo el objetivo de definir, analizar y clasificar el Retraso Mental se logro satisfactoriamente, apoyandonos en la bibliografía consultada, obteniendo -- bases para elaborar el Diagnóstico de Enfermería.

En cuanto al Diagnóstico, Profilaxis y Tratamiento -- fueron los elementos primordiales para la elaboración del Plan de Atención de Enfermería. Plan que arrojó un resultado muy satisfactorio, ya que la menor respondió favorablemente a lo planeado, (Terapia Ocupacional, de Lenguaje, Rehabilitación Psicomotriz, Socialización, etc.), aunado al cuidado integral de Enfermería, se observó un avance notorio.

Hasta el momento en que se terminó éste trabajo la menor acudía a la Escuela de Educación Especial en el turno vespertino y durante la mañana continuaba en sus terapias.

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

ANNIE ATSCHUL - RYTH SIMPSON. Manual de Enfermería y Psiquiatría, Ed. Continental, S.A. México 1981.

ANTHONI CATARINE PARKER. Anatomía y Fisiología, traductor Santiago Sapina R. 3ra. edición, Edit. Interamericana, México 1977, pp. 320.

ARTHUR P. NOYES. Psiquiatría Clínica. 3ra. ed. Edit. La Prensa Médica Mexicana 3.

ARA NOVICH J. Neurología. Edit. El Ateneo. Buenos Aires 1973. pp. 850.

DISERTORI, BEPPINO. Psiquiatría Social. Edit. Ateneo, México 1974. pp. 565.

DINHART, CHARLOTT M. Anatomía y Fisiología Humana. Edit. Interamericana, México 1976. pp. 678.

DOROTHY MENESES. Lavis. J. Karnosh. Elementos de Enfermería Psiquiátrica. Edit. La Prensa Médica Mexicana, México 1974. pp. 700.

ERWIN SINGER. Conceptos Fundamentales de Psiquiatría. Edit. Fondo de Cultura Económica. México 1979. pp. 220.

GARONER, WESTOND, Anatomía Humana. Ed. Interamericana. México 1975. pp. 375.

GIESE, ARTHUR CHARLES. Fisiología General. 2a. edición, Edit. Interamericana, México, 1975. pp. 825.

GUYTON, ARTHUR C. Fisiología y Fisiopatología Básica. Edit. Interamericana, 2a. ed. México 1979. pp. 230.

IVAN BOSZORMENYI-NAGY. Terapia Familiar Intensiva. Aspectos Teóricos y Prácticos. Edit. Trillas. México 1979. pp. 120.

I. F. SLUCHEUSKI. Psiquiatría. traductor Florencio Villa - Landa. 2a. edición, Edit. Grijalbo, S.A. México 1963. p. 300

ISRAEL S. WECHSLER. Neurología Clínica. 6a. edición, Edit. Hispano-Americana. México p. 155.

JAMES A. BRUSSEL. Psiquiatría al Alcance de Todos. 2a. edición. Edit. Compañía Editorial Continental, S.A. México 1969 pp. 99.

JOSEPH G. CHUSID. Neuroanatomía y Neurología Correlativa Funcional. 5a. edición, Edit. El Manual Moderno. México 1975. pp. 775.

JOHN R. CAVA NACH. Psiquiatría Fundamental. Barcelona 1973. pp. 550.

MANTHER, JOHN TRINKHANS. Neuroanatomía y Neurofisiología. Edit. Interamericana. México 1960. pp. 821.

PAOLO PANCHELI. Manual de Psiquiatría Clínica. Edit. Trillas México, 1979. pp. 175.

NOYES, ARTHUR PEREY. Psiquiatría Clínica Moderna. 3a. edición, Edit. Clínica Moderna Mexicana. México 1966. pp. 670.

PHILIPP C. JEANS. F. HOWELL WIRIGHT. Enfermería Pediátrica. Edit. Interamericana México 1979. pp. 719.

AGUSTIN CASO. Fundamentos de Psiquiatría. Edit. Limusa, S.A. México, 1979. pp. 470.

BERNARD, CH. BRISSET, HENRIEY. Tratado de Psiquiatría. 8a. Edición, Edit. Toray-Masson, S.A. México 1978. pp. 821.

RECA, TELMA. Personalidad y Conducta del Niño. 7a. edición, Edit. Ateneo. México 1964. pp. 575.

ROSS, J. DELDESSARINI. La Quimioterapia en Psiquiatría. Edit. Fondo de Cultura Económica. México 1977. pp. 700.

RUTH, V. MATHENEY-MARY TOPABS. Enfermería Psiquiátrica. 3a. edición, Edit. Interamericana. México 1962. pp. 721.

SALVADOR BERMUDES. Enfermería Psiquiátrica. de la E.N.E.O. México 1966.

SELKURT, EWALD. Tratado de Fisiología. Edit. El Ateneo. Buenos Aires 1979. pp. 771.

SHAW, CHARLES R. Psiquiatría Infantil. Edit. Interamericana México 1969. pp. 825.

T. ROBERTS. Manual de Enfermería Psiquiátrica. Edit. Centro Regional de Ayuda Técnica. México 1973. pp. 520.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**