

870129

2ej

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL



[Handwritten signature]

LA INTERVENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA PROBLEMÁTICA DE LOS PADRES CON HIJOS DEFICIENTES MENTALES.

[Handwritten signature]

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL PRESENTA PATRICIA BEATRIZ MOLINA GUTIERREZ

GUADALAJARA, JAL., 1989

TESIS CON 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

INTRODUCCION	1
CAPITULO I : DEFICIENCIA MENTAL	
1.1. CONCEPTO.....	1
1.2. ETIOLOGÍA.....	4
1.2.1. CAUSAS DE ACCIÓN DIRECTA.....	4
1.2.1.1. FACTORES DE ORIGEN GENETICOMETABÓLICO.....	5
1.2.1.2. FACTORES DE ORIGEN INFECCIOSO Y PARASITARIO.....	16
1.2.1.3. FACTORES DE ORDEN TÓXICO.....	19
1.2.1.4. FACTORES DE ORDEN TRAUMÁTICO.....	23
1.2.1.5. FACTORES DE ORDEN AMBIENTAL	28
1.2.2. CAUSAS DE ACCIÓN POR MECANISMOS DE ORDEN CRONOLÓGICO.....	29
1.2.2.1. CAUSAS PRECONCEPCIONALES.....	29
1.2.2.2. CAUSAS CONCEPCIONALES.....	30
1.2.2.3. CAUSAS POSTCONCEPCIONALES.....	31
1.3. CLASIFICACIÓN DE LA DEFICIENCIA MENTAL DE ACUERDO A SU INTENSIDAD.....	37
1.4. DIAGNÓSTICO DE LA DEFICIENCIA MENTAL	40
1.5. POSIBILIDADES DE ACCIÓN PREVENTIVA Y DE REHABILITACIÓN	46
1.6. CONCEPTO E IMPORTANCIA DEL TRABAJO SOCIAL DENTRO DEL ÁREA DE EDUCACIÓN ESPECIAL EN DEFICIENCIA MENTAL	51
CAPITULO II: LA PERSONALIDAD DEL DEFICIENTE MENTAL	
2.1. LA DEFICIENCIA MENTAL EN RELACIÓN CON LAS CRISIS DE LA INFANCIA.....	58
2.1.1. PRIMERA INFANCIA.....	58
2.1.2. SEGUNDA INFANCIA.....	60
2.1.3. TERCERA INFANCIA Y ADOLESCENCIA.....	62

2.2, LA PERSONALIDAD DEL DEFICIENTE MENTAL.....	64
2.2.1, RASGOS DE LA PERSONALIDAD DEL DEFICIENTE MENTAL.....	65
2.2.2, RAZONES POR LAS QUE LA PERSONALIDAD DEL DEFICIENTE MENTAL DIFIERE DE LA DEL INDIVIDUO NORMAL.....	67
2.3, EL ADULTO DEFICIENTE MENTAL.....	70
2.3.1, SITUACIÓN DEL ADULTO DEFICIENTE MENTAL.....	70
2.3.2, TALLERES PROTEGIDOS.....	71
2.3.3, HOGARES ESPECIALES.....	72

CAPITULO III: LA FAMILIA DEL DEFICIENTE MENTAL

LA FAMILIA DEL DEFICIENTE MENTAL.....	74
3.1, LOS PADRES DEL DEFICIENTE MENTAL.....	76
3.2, REACCIONES DE LOS PADRES ANTE SU HIJO DEFICIENTE MENTAL.....	78
3.2.1, EL CHOQUE INICIAL Y LA CRISIS DE LOS INESPERADO,	78
3.2.2, LA CRISIS DE VALORES PERSONALES.....	80
3.2.3, LA CRISIS DE LA REALIDAD.....	83
3.3, ACTITUDES DE LOS PADRES FRENTE AL DEFICIENTE MENTAL..	85
3.4, IDEAS BÁSICAS PARA LA ADAPTACIÓN DE LOS PADRES.....	87
3.5, LOS PADRES COMO COLABORADORES EN LA EDUCACIÓN DE SUS HIJOS.....	88

CAPITULO IV: LA LABOR DEL TRABAJADOR SOCIAL ANTE LA PROBLEMÁTICA DE LOS PADRES

4.1, ESPECIFICIDAD DEL TRABAJO SOCIAL.....	89
4.2, MÉTODOS UTILIZADOS.....	92
4.2.1, TRABAJO SOCIAL DE CASOS.....	92
4.2.2, TRABAJO SOCIAL DE GRUPOS.....	98
4.3, PROYECCIÓN EN LA COMUNIDAD.....	103

CAPITULO V: LA INTERVENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL
EN LA PROBLEMATICA DE LOS PADRES CON
HIJOS DEFICIENTES MENTALES

5.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	105
5.2. JUSTIFICACIÓN.....	106
5.3. HIPÓTESIS.....	110
5.4. METODOLOGÍA.....	111
5.5. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....	113
5.6. GRÁFICAS.....	121
CONCLUSIONES.....	143
SUGERENCIAS.....	145
GLOSARIO.....	146
BIBLIOGRAFIA.....	156
ANEXOS.....	153

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

ESTE DÍA ES MUY ESPECIAL PARA UNOS FUTUROS PADRES, DEBIDO A QUE, - DESPUÉS DE NUEVE LARGOS MESES DE ESPERA, POR FIN CONOCERÁN A SU NUEVO BEBÉ. EL EMBARAZO HA SIDO NORMAL, HAN IDO PERIÓDICAMENTE A CONTROL MÉDICO, LA MADRE HA SEGUIDO UNA DIETA BALANCEADA, ETC. PERO... DURANTE EL PARTO SE HAN PRESENTADO COMPLICACIONES Y EL NIÑO HA TARDADO EN LLORAR, NACIENDO CON UNA TONALIDAD EN LA PIEL DIFERENTE A LO NORMAL. EL MÉDICO LES INFORMA QUE DEBIDO A LA HIPOXIA NEONATAL, EL NIÑO SERÁ UN DEFICIENTE MENTAL Y PRESENTARÁ RETRASO PSICOMOTOR, AL OIR ESTO, LOS PADRES SE SENTIRÁN CONFUNDIDOS Y ANGUISTIADOS, SURGIENDO EN ELLOS MUCHAS DUDAS, COMO SON : ¿QUÉ ES DEFICIENCIA MENTAL?... ¿PORQUÉ NACIÓ ASÍ NUESTRO HIJO?... ¿QUIÉN TIENE LA CULPA?... ¿SE DESARROLLARÁ COMO UN NIÑO NORMAL?... ¿NECESITARÁ UNA EDUCACIÓN ESPECIAL?... ¿A DÓNDE LLEVARLO PARA QUE LO ATIENDAN?... ¿QUÉ PODEMOS HACER NOSOTROS, COMO PADRES, PARA AYUDARLO A SALIR ADELANTE?...

EL PROBLEMA DE TENER HIJOS CON DEFICIENCIA MENTAL SE PUEDE PRESENTAR EN CUALQUIER FAMILIA Y, EN ALGUNOS CASOS, NO DEPENDE DE LA SALUD DE LOS PADRES, SINO DE UNA CAUSA FORTUITA, MÁS SIN EMBARGO, EXISTE Poca DIFUSIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS QUE TIENEN SO BRE LOS DEFICIENTES MENTALES, DE LAS INSTITUCIONES QUE LES BRINDAN EDUCACIÓN Y APOYO; Y ALGUNAS PERSONAS LOS CONSIDERAN COMO UNA CARGA PARA LA FAMILIA, PORTÁNDOSE INDIFERENTES, PESIMISTAS Y APÁTICOS ANTE ESTA SITUACIÓN.

EL HECHO DE TENER UN HIJO DEFICIENTE MENTAL OCASIONA EN LOS PADRES, SENTIMIENTOS ENCONTRADOS HACIA ÉL, POR UN LADO LO QUIEREN POR SER SU HIJO, Y POR OTRO, LO RECHAZAN POR NO SER LO QUE ELLOS ESPERABAN; SE SIENTEN CULPABLES PORQUE CREEN QUE PROVOCARON ESTA SITUACIÓN; NO ACEPTAN A SU HIJO Y PIENSAN QUE LOS MÉDICOS SE EQUIVOCARON EN EL DIAGNÓSTICO, SIENTEN PENA Y VERGÜENZA POR EL NIÑO Y ANTE LA SOCIEDAD, ETC. Y, COMO GENERALMENTE DESCONOCEN CÓMO DE-

BE DE SER SU EDUCACIÓN, MUESTRAN UNA SOBREPOTECCIÓN HACIA ÉL, DEBIDO A QUE LO CONSIDERAN COMO UNA PERSONA INVÁLIDA, INCAPACITADA Y DIFERENTE A LAS DEMÁS, ES DECIR, LO SUBESTIMAN; ASÍ MISMO, POR LOS SENTIMIENTOS DE CULPABILIDAD QUE EXPERIMENTAN, TRATAN DE COMPENSAR ESTO, BRINDÁNDOLE UN AMOR Y CUIDADOS EXCESIVOS, DESCUIDANDO A LA PAREJA Y A LOS DEMÁS HIJOS, ESTA SITUACIÓN EN LUGAR DE BENEFICIAR AL NIÑO, LO PERJUDICA, POR QUE NO APRENDE A VALORARSE POR SÍ MISMO Y A SER INDEPENDIENTE, SINO QUE LO ACOSTUMBRAN A DEPENDER TOTALMENTE DE LA FAMILIA. TODAS ESTAS TENSIONES FAMILIARES PROVOCAN DESAJUSTES ENTRE LA PAREJA Y CON LOS HIJOS, QUE SI NO RESUELTOS, PUEDEN OCASIONAR LA DESINTEGRACIÓN FAMILIAR.

ANTE ESTA SITUACIÓN, ES IMPORTANTE LA INTERVENCIÓN DE PROFESIONISTAS CAPACITADOS QUE TRABAJEN CON EL DEFICIENTE MENTAL Y SU FAMILIA. DENTRO DE ESTE EQUIPO SE INCLUYEN MÉDICOS PSICÓLOGOS, TRABAJADORES SOCIALES, PROFESORES ESPECIALISTAS Y TERAPISTAS DE LENGUAJE, QUIENES LES BRINDARÁN UNA ATENCIÓN INTEGRAL A ESTAS PERSONAS.

EN LA PRESENTE TESIS, SE ANALIZÓ LA INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA PROBLEMÁTICA DE LOS PADRES CON LOS HIJOS DEFICIENTES MENTALES, PARA ELLO SE ABORDARON LOS SIGUIENTES TEMAS DISTRIBUIDOS DE ESTA MANERA :

EN EL PRIMER CAPÍTULO SE DESCRIBE LO QUE ES LA DEFICIENCIA MENTAL; SU ETIOLOGÍA, ES DECIR, LAS CAUSAS QUE LA PRODUCEN; LA CLASIFICACIÓN DE LOS DEFICIENTES MENTALES DE ACUERDO A SU COCIENTE - - INTELLECTUAL; LA FORMA EN QUE SE DIAGNÓSTICA; LAS ACCIONES O CUIDADOS QUE DEBEN SEGUIRSE PARA PREVENIRLA, LAS POSIBILIDADES DE REHABILITACIÓN QUE TIENEN, EL CONCEPTO DE TRABAJO SOCIAL Y LA IMPORTANCIA DE SU INTERVENCIÓN EN ESTE CAMPO DE ACCIÓN.

EN EL SEGUNDO CAPÍTULO SE EXPLICAN LAS PRINCIPALES ETAPAS DEL DESARROLLO DE UN NIÑO NORMAL, COMPARÁNDOLAS CON LAS DIFICULTADES QUE PRESENTA EL DEFICIENTE MENTAL, MENCIONANDO LOS MOMENTOS CRÍTIC-

COS DE CADA ETAPA; LOS PROBLEMAS CONDUCTUALES QUE GENERALMENTE PRESENTAN, LAS CARACTERÍSTICAS DE SU PERSONALIDAD, EL POR QUÉ DIFIERE DE UN INDIVIDUO NORMAL Y LA SITUACIÓN QUE ENFRENTA CUANDO LLEGA A SER ADULTO, SEÑALANDO LAS ALTERNATIVAS QUE EXISTEN PARA SU INTEGRACIÓN PRODUCTIVA Y SOCIAL.

EN EL TERCER CAPÍTULO SE EXPONE LA SITUACIÓN FAMILIAR DEL DEFICIENTE MENTAL, LAS ETAPAS Y CRISIS POR LAS QUE ATRAVIESAN LOS PADRES, LAS ACTITUDES DE ELLOS HACIA SU HIJO ATÍPICO, LA FORMA EN QUE PUEDEN IRSE ADAPTANDO Y SUPERANDO ESTE PROBLEMA Y, POR ÚLTIMO, LA FORMA EN QUE PUEDEN COLABORAR EN LA EDUCACIÓN DE SU HIJO.

EL CUARTO CAPÍTULO CONSISTE EN LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO REALIZADA EN LA ESCUELA DE EDUCACIÓN ESPECIAL EN ATENCIÓN MÚLTIPLE NÚM. 1 DE LA CIUDAD DE OAXACA EN DONDE LA MAYORÍA DE LOS PADRES PRESENTABAN DIFICULTADES PARA PODER EDUCAR A SUS HIJOS, DESCONOCÍAN SU PROBLEMA VARIOS NIÑOS NO ESTABAN DIAGNOSTICADOS, ETC., ANTE ESTA SITUACIÓN, SE PLANTEÓ LA FORMA EN QUE PUEDE INTERVENIR EL TRABAJADOR SOCIAL Y LA IMPORTANCIA DE SU LABOR.

POR ÚLTIMO, SE PRESENTAN LAS CONCLUSIONES A LAS QUE SE ARRIBÓ DESPUÉS DE LA REALIZACIÓN DE ESTE TRABAJO, LA PROPUESTA DE ALGUNAS SUGERENCIAS Y UN GLOSARIO DE TÉRMINOS PARA FACILITAR LA COMPRESIÓN DE ESTA TESIS.

CAPITULO 1

DEFICIENCIA MENTAL

1.1. CONCEPTO

LAS PERSONAS CON DEFICIENCIA MENTAL HAN EXISTIDO SIEMPRE. EN LA EPOCA DE LOS ROMANOS, ERAN ABANDONADOS POR CONSIDERARLOS INCAPACES; DURANTE LA EDAD MEDIA, LOS ALBERGABAN EN ASILOS PARA BRINDARLES APOYO Y PROTECCIÓN, Y EN EL RENACIMIENTO ERAN RECLUIDOS EN CÁRCELES PORQUE SE CREÍA QUE TENÍAN PACTO CON EL DIABLO.

A MEDIDA QUE TRANSCURRE EL TIEMPO, SE RECONOCE LA NECESIDAD DE BRINDARLES UNA EDUCACIÓN ESPECIAL A ESTAS PERSONAS PARA LOGRAR SU ADAPTACIÓN E INTEGRACIÓN A LA SOCIEDAD.

PERO. ¿A QUÉ NOS REFERIMOS CUANDO DECIMOS QUE UNA PERSONA ES DEFICIENTE MENTAL?. PARA RESPONDER ESTO, A CONTINUACIÓN SE MENCIONARÁN ALGUNAS DEFINICIONES SOBRE DEFICIENCIA MENTAL, TAMBIÉN CONOCIDA COMO RETRASO MENTAL, AMENCIA, OLIGOFRENIA O DEBILIDAD MENTAL.

SEGÚN EL DR. ROBERTO SOLÍS QUIROGA

LA DEBILIDAD MENTAL CONSTITUYE UN SÍNDROME NEUROLÓGICO, DEBIDO A UNA DETENCIÓN DE LA EVOLUCIÓN DEL ENCÉFALO, DE ORIGEN CORTICAL, QUE DA LUGAR A UNA DEFICIENCIA EN EL DESARROLLO MENTAL. ESTA DEFICIENCIA TIENE COMO CONSECUENCIA, QUE EL DÉBIL MENTAL TENGA UN DESARROLLO COMPARABLE EN CIERTO MODO AL DE UN NIÑO EN LA TERCERA INFANCIA, ES DECIR, CUANTO MÁS ALCANZA EL LÍMITE DE LA INICIACIÓN PUBERAL, Y EL LÍMITE ES ALREDEDOR DE LOS SIETE AÑOS.¹

MYER-CROSS, SLATER Y ROTH OPINAN QUE

LA DEFICIENCIA MENTAL NO ES UNA ENFERMEDAD O UNA ENTIDAD, ES UN TÉRMINO APLICADO A UNA CONDICIÓN DE DESARROLLO MENTAL SUB-NORMAL, PRESENTE DESDE EL NACIMIENTO O LA INFANCIA TEMPRANA, CARACTERIZADO POR UNA LIMITACIÓN DE LA INTELIGENCIA.²

¹ RAMOS PALACIOS, MARIO. DEFICIENCIA MENTAL, MÉXICO: BM EDITORES, 23 P.

² IBID., PÁG. 23

PARA TREGOLD

LA AMENIA ES UN ESTADO DE POTENCIALIDAD RESTRINGIDO POR DETENCIÓN DEL DESARROLLO CEREBRAL, POR LO CUAL LA PERSONA AFECTADA ES INCAPAZ DE MADURAR, Y ADAPTARSE A SU MEDIO, O A LOS REQUERIMIENTOS DE LA COMUNIDAD, PARA MANTENER UNA EXISTENCIA INDEPENDIENTE, FUERA DE UN APOYO POR PARTE DE LA SOCIEDAD.³

LA ASOCIACIÓN AMERICANA PARA LA DEFICIENCIA MENTAL PROPONE COMO DEFINICIÓN LA SIGUIENTE :

EL RETARDO MENTAL CONSISTE EN UN FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL SIGNIFICATIVAMENTE INFERIOR AL TÉRMINO MEDIO, QUE SE ORIGINA EN EL PERÍODO DE DESARROLLO Y ESTÁ ASOCIADO CON DEFICIENCIAS MENTALES EN LA CONDUCTA ADAPTATIVA.⁴

EL DR. HARVEY A STEVENS, EXPRESIDENTE DE LA IASSMD Y MAESTRO DE LA UNIVERSIDAD DE WISCONSIN, USA., CONSIDERA

... A LA DEFICIENCIA MENTAL COMO UNA AFECCIÓN, RESULTADO DEL COCIENTE SIGNIFICATIVAMENTE BAJO DEL FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL SIMULTÁNEO A CARENCIAS EN LA CONDUCTA ADAPTATIVA, Y QUE SE MANIFIESTA EN EL PERÍODO DEL CRECIMIENTO... ENTENDIENDO POR CONDUCTA ADAPTATIVA EL GRADO DE EFICIENCIA CON QUE EL INDIVIDUO CUMPLE LOS PATRONES DE INDEPENDENCIA PERSONAL Y RESPONSABILIDAD SOCIAL CORRESPONDIENTE A SU EDAD O GRUPO CULTURAL.⁵

EL DR. MARIO RAMOS PALACIOS PROPONE LA SIGUIENTE DEFINICIÓN :

LA DEFICIENCIA MENTAL ES UN SÍNDROME CAUSADO POR UN TRASTORNO DEL FUNCIONAMIENTO Y LA ESTRUCTURA DE LAS NEURONAS DE LA CORTEZA CEREBRAL, QUE APARECE DE, O EN LA INFANCIA, CARACTERIZADO POR DISMINUCIÓN DE APRENDIZAJE Y DE OTRAS FUNCIONES MENTALES, PROVOCANDO DESADAPTACIÓN SOCIAL.⁶

UNA VEZ ANALIZADAS LAS DEFINICIONES ANTERIORES, EN LA PRESENTE TESIS, AL REFERIRNOS A LA DEFICIENCIA MENTAL, CONSIDERAMOS COMO TAL, A ESTA ÚLTIMA POR SER MÁS ESPECÍFICA Y COMPLETA.

³IBID., PÁG. 23

⁴MÉXICO. DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN ESPECIAL. 1ER. CONGRESO NACIONAL SOBRE DEFICIENCIA MENTAL, 1987. 375 P.

⁵CORONADO. GUILLERMO TRATADO SOBRE CLÍNICA DE LA DEFICIENCIA MENTAL, MÉXICO: C.E.C.S.A., 20 P.

⁶RAMOS PALACIOS, MARIO. OP. CIT. PÁG. 21

POR ÚLTIMO ES NECESARIO MENCIONAR LO SIGUIENTE :

LA DEFICIENCIA MENTAL ES UN SÍNDROME PORQUE PUEDE PRESENTARSE EN VARIAS ENFERMEDADES Y TIENE COMO CARACTERÍSTICAS; PROBLEMAS DE APRENDIZAJE, DISMINUCIÓN DE LA INTELIGENCIA, TRASTORNOS DE LA CONDUCTA, ETC.

DESDE EL PUNTO DE VISTA MÉDICO, LA DEFICIENCIA MENTAL ES INCURABLE, PERO ESTAS PERSONAS PUEDEN SER EDUCADAS E INTEGRARSE A LA SOCIEDAD, PARA ESTO ES NECESARIO QUE SUS PADRES Y DEMÁS FAMILIARES, LOS ACEPTEN TAL COMO SON, CON SUS LIMITACIONES Y POTENCIALIDADES, Y SE INTERESEN POR SU EDUCACIÓN Y LO ESTIMULEN PARA QUE LOGRE VALERSE POR SÍ MISMO; Y LA SOCIEDAD EN GENERAL DEBE RECONOCERLES SU DIGNIDAD COMO PERSONAS, SUS DERECHOS Y OBLIGACIONES, Y FACILITAR SU INTEGRACIÓN A LA MISMA.

LA DEFICIENCIA MENTAL PUEDE ORIGINARSE DESDE LA FECUNDACIÓN DEL ÓVULO O PRESENTARSE DURANTE LOS PRIMEROS SIETE AÑOS DE VIDA; ES DECIR, ANTES DE HABERSE LOGRADO LA FUNCIÓN MADURATORIA DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL. DESPUÉS DE LOS SIETE AÑOS, SI SE PRESENTA ALGÚN TRASTORNO, SE LE CONSIDERA COMO DEMENCIA. POR LO MISMO, ES NECESARIO QUE LOS PADRES TENGAN LA ATENCIÓN MÉDICA ADECUADA Y LES BRINDEN A SUS HIJOS LOS SERVICIOS DE SALUD NECESARIOS PARA PREVENIR LA DEFICIENCIA MENTAL.

SEGÚN ALGUNOS ESTUDIOS, CADA VEINTE SEGUNDOS, NACE EN EL MUNDO UN NIÑO CON DEFICIENCIA MENTAL Y MÁS DEL 3% DE LA POBLACIÓN MUNDIAL PRESENTA ESTE SÍNDROME.

ESTAS CIFRAS BRINDAN UN PANORAMA GENERAL DE LA SITUACIÓN DE LOS DEFICIENTES MENTALES, A QUIENES HAY QUE PROPORCIONARLES UNA EDUCACIÓN ESPECIAL, INTERVINIENDO EN ELLA, TANTO LA FAMILIA COMO UN EQUIPO INTERDISCIPLINARIO (MÉDICO, MAESTROS ESPECIALIZADOS, TRABAJADORES SOCIALES, PSICÓLOGOS, TERAPISTAS DE LENGUAJE, ETC.), PERO LO MÁS IMPORTANTE ES BRINDARLES LA OPORTUNIDAD PARA QUE LLEGUEN A SER INDEPENDIENTES Y QUE PARTICIPEN ACTIVAMENTE EN LA SOCIEDAD. A CONTINUACIÓN, EN EL SIGUIENTE TEMA, SE ANALIZARÁN LAS PRINCIPALES CAUSAS QUE ORIGINAN LA DEFICIENCIA MENTAL .

1.2. ETIOLOGÍA

SEGÚN ALGUNOS AUTORES, SE HA CALCULADO QUE LA EXISTENCIA DE LA DEFICIENCIA MENTAL EN MÉXICO, OSCILA ALREDEDOR DEL 2.8 % DEL TOTAL DE LA POBLACIÓN, O SEA, ES POSIBLE QUE EXISTAN APROXIMADAMENTE TRES MILLOHES DE DEFICIENTES MENTALES A QUIENES SUS PADRES DEBEN DARLES TRATAMIENTO Y EDUCACIÓN.

LAS CAUSAS DE LA DEFICIENCIA MENTAL, SON MUY VARIADAS, PUDIÉNDOSE PRESENTAR DURANTE LA CONCEPCIÓN, EL EMBARAZO, EL PARTO Y EN LOS PRIMEROS AÑOS DE VIDA DEL NIÑO; SE HAN REGISTRADO MÁS DE 200 CAUSAS Y ESTOS AGENTES ACTÚAN SOLOS O EN CONJUNTO, PROVOCANDO EN ESTE ÚLTIMO CASO UN DAÑO MÁS SEVERO.

POR LO MISMO, EXISTEN VARIAS CLASIFICACIONES, DE LAS CUALES UNA DE LAS MÁS ACEPTADAS ES LA QUE PROPONE EL DR. GUILLERMO CORONADO EN SU LIBRO " TRATADO SOBRE CLÍNICA DE LA DEFICIENCIA MENTAL " - - (1984, PÁG. 65), QUIEN DIVIDE A LAS CAUSAS EN DOS GRUPOS :

1.- CAUSAS DE ACCIÓN DIRECTA

- 1.1. GENETICOMETABÓLICAS
- 1.2. INFECCIONES Y PARASITOSIS
- 1.3. TÓXICAS (EXÓGENAS Y ENDÓGENAS)
- 1.4. TRAUMÁTICAS (FÍSICAS Y PSICOLÓGICAS)
- 1.5. AMBIENTALES O ECONÓMICO-SOCIOCULTURALES

2.- CAUSAS DE ACCIÓN POR MECANISMOS DE ORDEN CRONOLÓGICO

- 2.1. PRECONCEPCIONALES
- 2.2. CONCEPCIONALES
- 2.3. POSTCONCEPCIONALES

- A) PRENATALES O IN ÚTERO
- B) PERINATALES
- C) POSTNATALES
- D) AMBIENTALES

A CONTINUACIÓN DESCRIBIREMOS CADA UNA DE ELAS.

1.2.1.1. FACTORES DE ORIGEN GENETICOMETABÓLICO

ESTAS CAUSAS SE ORIGINAN ANTES DE LA CONCEPCIÓN Y EN EL MISMO MOMENTO EN QUE ÉSTA SE REALIZA Y OCASIONA DEFECTOS Y ABERRACIONES CROMOSOMÁTICAS O ALTERACIONES EN EL METABOLISMO GENERAL.

ANTES DE ABORDAR ESTE TEMA ES NECESARIO RECORDAR LO SIGUIENTE:

TODAS LAS PERSONAS NORMALES CONTAMOS CON 46 CROMOSOMAS EN CADA CÉLULA, CON EXCEPCIÓN DE LAS CÉLULAS SEXUALES MADURAS QUE POSEEN 23. ESTOS CROMOSOMAS SE PUEDEN DIVIDIR EN 23 PARES Y SER CLASIFICADOS POR GRUPOS DE ACUERDO A SU FORMA, TAMAÑO, CONFORMACIÓN, ETC., A ESTA TÉCNICA DE CLASIFICACIÓN SE LE LLAMA CARIOTIPO.

LOS GRUPOS CLASIFICADOS POR EL CARIOTIPO SON LOS SIGUIENTES: GRUPO A, CROMOSOMAS DEL 1 AL 3; GRUPO B, CROMOSOMAS DEL 4 AL 15; GRUPO C, CROMOSOMAS DEL 6 AL 12; GRUPO D, DEL 13 AL 15; GRUPO E, DEL 16 AL 18; GRUPO F, DEL 19 AL 20 Y GRUPO G, CROMOSOMAS DEL 21 AL 22. TODOS ESTOS SON DENOMINADOS AUTOSOMAS. EL ÚLTIMO PAR DE CROMOSOMAS VA A DETERMINAR EL SEXO DE LA PERSONA, POR ESO SON LLAMADOS CROMOSOMAS DEL SEXO; EXISTEN DOS TIPOS DE ELLOS; EL CROMOSOMA X Y EL Y; LOS VARONES TIENEN UNO DE CADA UNO, O SEA, XY, Y LAS MUJERES POSEEN DOS CROMOSOMAS X, O SEA, XX.

LA MAYORÍA DE LOS PADRES DE FAMILIA QUE SON PORTADORES DE ALGUNA ALTERACIÓN GENÉTICA, NO TIENEN ALGUNA NORMALIDAD, POR LO MISMO, DESCONOCEN SU PROBLEMA HASTA QUE NACE SU HIJO CON ALGUNA ENFERMEDAD. LAS FORMAS DE TRANSMISIÓN DE LA ALTERACIÓN GENÉTICA ES DE TRES TIPOS:

A) AUTOSÓMICA DOMINANTE : ES AQUELLA EN LA QUE EL PROGENITOR PORTADOR GENERALMENTE TIENE ALGUNA ANOMALÍA DETECTABLE Y LA VA A TRANSMITIR AL 50% DE TODOS SUS HIJOS TANTO VARONES COMO MUJERES.

b) AUTOSÓMICA RECESIVA: ES AQUELLA EN LA CUAL LOS DOS PROGENITORES SON PORTADORES DE LA ENFERMEDAD, PERO NO PRESENTAN ANORMALIDAD DETECTABLE, EN ÉSTE CASO EL 25 % DE LOS HIJOS PADECERÁ LA ENFERMEDAD, EL OTRO 25 % SERÁN NORMALES Y NO TRANSMISORES, Y EL 50 % SERAN NORMALES, PERO PORTADORES DE LA ALTERACIÓN, ASÍ COMO SON SUS PADRES.

c) TRANSMISIÓN LIGADA AL SEXO: ES AQUELLA EN LA QUE SÓLO LAS MUJERES SON PORTADORAS, PERO NO PRESENTAN ALGUNA ANOMALÍA Y TRANSMITEN LA ENFERMEDAD AL 50 % DE SUS HIJOS VARONES, MIENTRAS QUE LA MITAD DE SUS HIJAS VAN A SER NORMALES NO PORTADORAS Y EL OTRO 50 % SON NORMALES, PERO TRANSMISORAS DE LA ENFERMEDAD A LA MITAD DE SUS HIJOS VARONES.

EXISTEN MÁS DE TREINTA ENFERMEDADES POR ANORMALIDADES CROMOSÓMICAS Y MÁS DE VEINTE, DEBIDAS A OTRAS CAUSAS GENÉTICAS QUE PRODUCEN DEFICIENCIA MENTAL, LAS CUALES PUEDE AGRUPARSE DE LA SIGUIENTE MANERA :

1.- DENTRO DEL PRIMER GRUPO SE ENCUENTRAN LAS AFECCIONES QUE TIENEN COMO CAUSA UNA ABERRACIÓN CROMOSÓMICA BIEN DEFINIDA, COMO SON :

EL SÍNDROME DE DOWN. APARECE CUANDO EXISTE UN CROMOSOMA ADICIONAL NÚMERO 21, POR LO MISMO, TAMBIÉN SE LE CONOCE COMO TRISOMÍA 21 O MONGOLISMO. ESTE SÍNDROME PUEDE Ocurrir POR TRES PROCESOS: LA NO DISMINUCIÓN (94 % DE LOS CASOS); TRANSLOCACIÓN (3 - 4 %) Y POR MOSAICISMO - - (1 - 2 %). SE PRESENTAN EN UNO DE CADA 700 NACIMIENTOS, Y EL GRADO DE DEFICIENCIA MENTAL VARÍA DESDE EL AFECTADO PROFUNDAMENTE HASTA EL QUE PRESENTA C.I. DE 60 O MÁS. SUS CARACTERÍSTICAS MÁS SOBRESALIENTES SON: BRAQUICEFALIA, HIPERTELORISMO, APICANTO INTERNO, FISURAS PALPEBRALES OBLICUAS, PUENTE NASAL DEPRIMIDO, OREJAS PEQUEÑAS DE IMPLANTACIÓN BAJA, MACROGLOSIA, ESTRABISMO, HIPOTONÍA ESPECIALMENTE DE PARED ABDOMINAL Y EL 40 % DE LOS CASOS PRESENTAN MALFORMACIONES CARDIACAS CONGÉNITAS. EL PERFIL EMOTIVO DE ESTAS PERSONAS SE CARACTERIZA PORQUE SON MUY OBSTINADOS, IMITATIVOS, AFECTIVOS, ADAPTABLES, CON UN SENTIDO ESPECIAL EN CUANTO A RECIPROCIDAD DE SENTIMIENTOS Y VIVENCIAS, Y TIENEN UN CARÁCTER MOLDEABLE. EL RIESGO GENERAL PARA ESTE SÍNDROME ESTÁ DETERMINADO PRINCIPALMENTE POR LA EDAD DE LA MADRE, DESPUÉS DE LOS TREINTA AÑOS EL RIESGO SE DUPLICA POR CADA PERÍODO DE CINCO AÑOS.

EL SÍNDROME DE EDWARDS, SE PRODUCE POR LA NO DISYUNCIÓN DE UNO DE LOS CROMOSOMAS DE LOS PARES DE 17 O 18, EN OCASIONES OCURRE TAMBIÉN POR TRANLOCACIÓN, AUNQUE RARAMENTE SE HA ENCONTRADO OTRAS ABERRACIONES CROMOSÓMICAS ASOCIADAS A ESTE SÍNDROME EN UN MISMO PACIENTE O EN SUS HERMANOS. PRESENTAN ESTAS PERSONAS DEFICIENCIA MENTAL PROFUNDA, HIPOTONÍA, PELVIS PEQUEÑA, CUELLO CORTO, MALFORMACIONES CARDIACAS Y RENALES CONGÉNITAS, DEDOS SUPER PUESTOS, ETC., LA MAYORÍA DE LOS PACIENTES MUEREN ANTES DE LOS DIEZ AÑOS.

EL SÍNDROME DE PATAU O TRISOMÍA 13 - 15, SE PRODUCE CUANDO AL REALIZARSE LA MEIOSIS APARECE UN CROMOSOMA EXTRA EN ALGUNOS DE LOS PARES DEL GRUPO 13 - 15, POR LA NO DISYUNCIÓN, PRESENTÁNDOSE EN OCASIONES UNA TRANLOCACIÓN D/G, UN CROMOSOMA ANILLADO D, UNA PÉRDIDA CROMOSÓMICA DEL MISMO GRUPO D, UNA TRANLOCACIÓN D/F O UN MOSAICISMO D NORMAL, Y OTRAS VARIEDADES. ESTE SÍNDROME SE CARACTERIZA POR DEFICIENCIA MENTAL MUY PROFUNDA, DEFECTOS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, LABIO LEPORINO, PALADAR HENDIDO, POLIDACTILIA Y ANOMALÍAS DÉRMICAS.

EL SÍNDROME DEL GRITO O MAULLIDO DEL GATO O SÍNDROME CRI DU CHAT, SE PRODUCE POR LA PÉRDIDA DE MATERIAL CROMOSÓMICO DE UNO DE LOS BRAZOS CORTOS DE CUALQUIERA DE LOS GRUPOS 4/5. RARAMENTE APARECE EN OTRO MIEMBRO DE LA FAMILIA Y SE DENOMINA ASÍ POR LA SUPUESTA SEMEJANZA DEL LLANTO DEL NIÑO CON EL MAULLIDO DEL GATO, ESTAS PERSONAS PRESENTAN DEFICIENCIA MENTAL PROFUNDA, MICROCEFALIA, ASPECTO FACIAL CARACTERÍSTICO CON NOTABLE HIPERTELORISMO Y DERMATOGLIFOS PECULIARES.

SÍNDROME DEL CROMOSOMA 4, SE DEBE A LA PÉRDIDA DE SU BRAZO CORTO Y LA DEFICIENCIA MENTAL ES MEDIA, CON MICROCEFALIA.

EL SÍNDROME DEL CROMOSOMA 18, ES OCASIONADO POR LA PÉRDIDA PARCIAL DEL BRAZO LARGO DE UN CROMOSOMA DE ESTE PAR, ESTA ANOMALÍA PUEDE TRANSMITIRSE A FUTUROS HIJOS Y LA DEFICIENCIA MENTAL PUEDE VARIAR DESDE SUPERFICIAL HASTA PROFUNDA.

EL SÍNDROME DEL CROMOSOMA 18 ANILLADO, SE PRODUCE NO POR UN TRASTORNO HEREDITARIO, SINO PORQUE EL CROMOSOMA ADQUIERE LA FORMA ANILLADA CUANDO SE PIERDE EL MATERIAL CROMOSOMÁTICO DE AMBAS RAMAS DE UNO

DE SUS BRAZOS Y ÉSTAS SE FUSIONAN ENTRE SÍ PARA ADQUIRIR ESTA FORMA. ÉSTAS PERSONAS TIENEN DEFICIENCIA MENTAL SEVERA Y PRESENTAN ANOMALÍAS CONGÉNITAS, TALES COMO MICROCEFALIA E HIPOFUNCIONAMIENTO SENSORIAL DE OJOS Y OÍDOS.

EL SÍNDROME DEL CROMOSOMA 21. SE DEBE A LA PÉRDIDA DEL BRAZO LARGO DE ESTE CROMOSOMA Y LAS PERSONAS PRESENTAN DEFICIENCIA MENTAL MEDIA, MICROCEFALIA, NARIZ PROMINENTE Y PUENTE NASAL ANCHO, EPICANTO, HIPERTONÍA, MALFORMACIONES CONGÉNITAS CARDIACAS, ETC.

EL SÍNDROME DE TURNER. EN EL 20 % DE LOS AFECTADOS EXISTE DEFICIENCIA MENTAL Y SE CARACTERIZA PORQUE EN LA MAYORÍA DE ESTAS PERSONAS EXISTEN 45 CROMOSOMAS (XO) EN FORMA DE MOSAICO (XX-XO) Y EN OTRAS, ESTOS 45 CROMOSOMAS RESULTAN DE LA PÉRDIDA DE UNO DE LOS CROMOSOMAS SEXUADOS POR LA NO DISYUNCIÓN. ESTAS PERSONAS TIENEN TODA LA APARIENCIA DE UNA MUJER, PERO LOS OVARIOS ESTÁN AUSENTES O SON AMBIGUOS O RUDIMENTARIOS, POR LO MISMO, TIENDEN A SER ESTÉRILES Y FRECUENTEMENTE PRESENTAN BAJA ESTATURA Y MALFORMACIONES DEL ESQUELETO COMO SON: TÓRAX AMPLIO, LOS PEZONES MUY SEPARADOS, PERO LAS MAMAS ESTÁN ESCASAMENTE DESARROLLADAS Y EXISTE EDEMA DE LAS EXTREMIDADES.

EL SÍNDROME DE KLINEFELTER. ES PRODUCIDO CUANDO UN ÓVULO CON DOS CROMOSOMAS X ES FECUNDADO POR UN ESPERMATOZOIDE PORTADOR DE Y, Y ESTO DA COMO RESULTADO UNA PERSONA CON 47 CROMOSOMAS Y UN GENOTIPO XXY. ESTAS PERSONAS PARECEN SER VARONES, PERO CON MUCHAS CARACTERÍSTICAS FEMENINAS, TALES COMO SENOS EXAGERADAMENTE DESARROLLADOS, VOZ ATIPLADA, AUSENCIA DE PELO EN EL CUERPO, TESTÍCULOS PEQUEÑOS Y ESTERILIDAD. EXISTEN GRADOS VARIABLES DE DEFICIENCIA MENTAL Y FRECUENTEMENTE GRAVES DISTURBIOS DE CONDUCTA.

2.- EN EL SEGUNDO GRUPO SE ENCUENTRAN LOS SÍNDROMES EN LOS CUALES LA PRINCIPAL CARACTERÍSTICA ES LA ESTATURA PEQUEÑA, AQUÍ SÓLO ENCONTRAMOS DOS :

SÍNDROME DE CORNELIA DE LANGE. NO ESTÁ TODAVÍA BIEN DEFINIDA SU ANOMALÍA ESTRUCTURAL GENÉTICA, PERO SE CREE QUE ES OCASIONADO POR UNA ANORMALIDAD CROMOSÓMICA, Y SE CARACTERIZA PORQUE ESTAS PERSONAS

PRESENTAN DEFICIENCIA MENTAL PROFUNDA, MICROCEFALIA FRECUENTEMENTE CON BRAQUICEFALIA, DEFECTOS CARDIACOS CONGÉNITOS, VELLOSIDAD EN LA CARA, PESTAÑAS LARGAS, MANOS PEQUEÑAS CON OLIGODACTILIA, ETC.

EL SÍNDROME DE RUBINSTEIN-TAYBI O SÍNDROME DE PULGAR Y DEDO GORDO DEL PIE ANCHO. TODAVÍA SE ENCUENTRA EN ESTUDIO, PUES SE DESCONOCE SU CAUSA, LAS PERSONAS CON ESTE SÍNDROME PRESENTAN DEFICIENCIA MENTAL, HIPERTELORISMO, FISURAS PALPEBRALES, PUENTE NASAL ANCHO, BAJA ESTATURA, PROGNATISMO, DEDO PULGAR ANCHO Y ALGUNAS ANORMALIDADES EN LAS VÉRTEBRAS.

3.- EN EL TERCER GRUPO SE ENCUENTRAN LAS AFECCIONES EN LAS QUE LA PERSONA TIENE APARIENCIA SENIL Y OTROS DEFECTOS. EN ESTE GRUPO SE ENCUENTRAN:

SÍNDROME DE COCKAYNE. SE PRODUCE POR UNA ALTERACIÓN GENÉTICA DE ORIGEN AUTOSÓMICO RECESIVO. LAS PERSONAS AFECTADAS POR ÉSTE, PRESENTAN DEFICIENCIA MENTAL, MALFORMACIONES CRANEOFACIALES, DEGENERACIÓN RETINIANA, DIVERSOS TRASTORNOS DE LA PIEL, ANORMALIDADES NEUROLÓGICAS E HIPOACUSIA.

4.- DENTRO DEL CUARTO GRUPO SE ENCUENTRAN LAS AFECCIONES QUE TIENEN CARACTERES COMUNES DE DISPLASIAS DE LAS ARTICULACIONES Y OTRAS ANOMALÍAS, DE ESTOS SÍNDROMES EL ÚNICO QUE PRESENTA DEFICIENCIA MENTAL ES:

EL SÍNDROME DE LAURENCE-MOON-BIELD. QUE SE ORIGINA POR UN TRASTORNO GENÉTICO AUTOSOMAL RECESIVO Y SE PRESENTA CON OBESIDAD, HIPOGENITALISMO, POLIDACTILIA Y RETINITIS PIGMENTOSA.

5.- EN EL QUINTO GRUPO SE ENCUENTRAN LAS ENFERMEDADES EN QUE PREDOMINAN LOS DESÓRDENES MUSCULARES, AQUÍ SE DISTINGUEN DOS SÍNDROMES:

SÍNDROME DE PRADER-WILLI, PRESENTA ADEMÁS DE LA DEFICIENCIA MENTAL, OBESIDAD, HIPOGONADISMO, TRASTORNOS DERMATOLÓGICOS E HIPOTONÍA GENERALIZADA, SE DESCONOCE LA CAUSA DE ESTA ANOMALÍA CROMOSOMÁTICA, PERO SE SABE QUE ESTÁ LIGADA A CROMOSOMAS SEXUALES.

SÍNDROME DE LOWE O SÍNDROME OCLLO-CEREBRO-RENAL, ES ORIGINADO POR UN CROMOSOMA X RECESIVO. LAS PERSONAS PRESENTAN DEFICIENCIA MENTAL SEVERA, HIPOTONÍA, CATARATAS, GLAUCOMA Y ANORMALIDADES RENALES.

6.- DENTRO DEL SEXTO GRUPO SE ENCUENTRAN LAS ENFERMEDADES OCASIONADAS

POR TRASTORNOS GENÉTICOS Y QUE ADEMÁS PRESENTAN DESÓRDENES NEUROLÓGICOS, SIENDO ÉSTAS :

EL SÍNDROME DE MARINESCO-SOGREN. SE DEBE A UNA ANOMALÍA - CROMOSÓMICA AUTOSOMAL RECESIVA. Y PRESENTA UNA ATAXIA CEREBELAR HIPOTÓNICA Y DEFICIENCIA MENTAL.

EL SÍNDROME DE SOGREN-LARSEN. ES OCASIONADO POR UNA ANOMALÍA CROMOSÓMICA AUTOSOMAL, PRESENTANDO ESTAS PERSONAS DEFICIENCIA MENTAL Y UNA ESPASTICIDAD GENERAL EN LOS MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES.

EL SÍNDROME DE MENKES, ESTA ANOMALÍA GENÉTICA ES PRODUCIDA POR UN PROCESO AUTOSÓMICO RECESIVO Y NEUROLÓGICAMENTE EXISTE UN DETERIORO CEREBRAL PROGRESIVO CON CONVULSIONES Y DEFICIENCIA MENTAL.

7.- EL GRUPO SÉPTIMO SE CARACTERIZA POR EL PREDOMINIO DE TRASTORNOS OSEOFACIODIGITALES Y UNA ESTATURA BAJA, AQUÍ SE ENCUENTRA :

SÍNDROME DE MIETENS, SE DEBE A UNA ANORMALIDAD AUTOSÓMICA RECESIVA Y PRODUCE DEFICIENCIA MENTAL MEDIA.

8.- EN EL OCTAVO GRUPO SE ENCUENTRAN LAS ENFERMEDADES CON ANOMALÍAS GENITALES Y CON OTROS TRASTORNOS ASOCIADOS, ENTRE ÉSTAS ENCONTRAMOS:

EL SÍNDROME DE SMITH-LEMLI-OPITZ. SE ORIGINA POR UNA AUTOSOMÍA RECESIVA Y OCASIONA DEFICIENCIA MENTAL Y MALFORMACIONES TALES COMO DOLICOCEFALIA, PTOSIS PALPEBRAL, SINDACTILIA DEL SEGUNDO Y TERCER ORTEJO, HIPOSPADIAS Y CRIPTORQUIDIA.

9.- EN EL NOVENO GRUPO SE AGRUPAN LAS AFECIONES QUE PRODUCEN ABERRACIONES DEL METABOLISMO EN GENERAL QUE AFECTAN A LA MORFOGÉNESIS PATOGENICOMETABÓLICA, AÚN NO CONOCIDA CON PRECISIÓN, AQUÍ DESTACA:

EL SÍNDROME DE HIPERCALCEMIA INFANTIL Ó SÍNDROME DE ESTENOSIS AÓRTICA-SUPRAVALVULAR, ES PROVOCADO POR UN TIPO DE HERENCIA DESCONOCIDA, AFECTA A AMBOS SEXOS Y PRODUCE DEFICIENCIA MENTAL MODERADA O SEVERA, BAJA ESTATURA Y RASGOS FACIALES SEMEJANTES A LOS DE DUENDES, POR ESO SE LES LLAMA "FACIES DE DUENDE" O "ELFEIN LIKE", ENTRE ESTOS TENEMOS NARIZ PEQUEÑA, MANDÍBULA PEQUEÑA Y OREJAS PROMINENTES, ADEMÁS, OCASIONALMENTE PRESENTAN INSUFICIENCIA RENAL, ESTRABISMO, HERNIA INGUINAL, VOZ RONCA, ETC.

10.- EL GRUPO DÉCIMO ESTÁ FORMADO POR AQUELLAS ENFERMEDADES HERMATÓICAS, O SEA, AQUELLAS QUE POR UN DEFECTO DE ORGANIZACIÓN ANATÓMICA ESTÁN CONSTITUIDAS POR UNA MEZCLA DE TEJIDOS DIFÍCILMENTE DIAGNOSTICABLES QUE PRESENTAN CONGLOMERADOS HEMANGIOMÁTICOS Y PIGMENTACIONES CUTÁNEAS, ENTRE ÉSTAS TENEMOS :

EL SÍNDROME DE STURGE-WEBER, NO EXISTE EVIDENCIA DE QUE SE ORIGINE POR HERENCIA PATERNA, Y SE CARACTERIZA POR QUE ESTAS PERSONAS PRESENTAN UN ANGIOMA FACIAL E INTERCRANEAL, CONGÉNITO, HEMIPLEJIA, DEGENERACIÓN DE LAS NEURONAS Y UN CUADRO DE CONVULSIONES, ADEMÁS DE LA DEFICIENCIA MENTAL.

EL SÍNDROME DE NEVOS DE CÉLULAS BASALES, ES ORIGINADO POR UN PROCESO AUTOSÓMICO DOMINANTE, Y ESTAS PERSONAS PRESENTAN LESIONES VASCULARES EN LA PIEL, MANCHAS COLOR SALMÓN Y DEFICIENCIA MENTAL.

EL SÍNDROME DE APERT, ES PRODUCIDO POR UN PROCESO AUTOSÓMICO DOMINANTE Y ESTAS PERSONAS PRESENTAN ACROCEFALOSINDACTALIA Y DEFICIENCIA MENTAL.

LA ENFERMEDAD DE CROUZON, ES ORIGINADA EN UN 25 O 50 % DE LOS CASOS POR UN PROCESO AUTOSÓMICO DOMINANTE Y PRODUCE DISOSTOSIS CRANEOFACIAL, DEFICIENCIA MENTAL, ENSANCHAMIENTO DE LA SILLA TURCA E HIPERCALCEMIA.

EL SÍNDROME DE CARPENTER, SE DEBE A UN FACTOR HEREDITARIO AUTOSÓMICO RECESIVO Y PRODUCE, HIPOPLASIA MAXILAR, ÓRBITAS POCO PROFUNDAS, POLIDACTILIA O SINDACTILIA, OBESIDAD Y DEFICIENCIA MENTAL.

12.- EN EL DÉCIMO SEGUNDO GRUPO SE ENCUENTRAN LAS DISPLASIAS ESQUELÉTICAS, EL ÚNICO SÍNDROME QUE PRESENTA DEFICIENCIA MENTAL ES EL SIGUIENTE :

SÍNDROME DE OSTEODISTROFIA HEREDITARIA DE ALBRIGHT, SU TRANSMISIÓN HEREDITARIA ESTÁ REGIDA POR UN CROMOSOMA FEMENINO (X) DOMINANTE, Y PRODUCE BAJA ESTATURA, FACIES REDONDAS, METACARPÍANOS CORTOS, OBESIDAD, HIPOCALCEMIA Y MINERALIZACIÓN EXTRAESQUELÉTICA.

13.- EN EL DÉCIMO TERCER GRUPO SE AGRUPAN LAS MUCOPOLISACARIDOSIS, O SEA, AQUELLAS ENFERMEDADES QUE SE CARACTERIZAN BÁSICAMENTE POR EXCESO

DE ESTROMA EN LOS TEJIDOS Y EN LA EXCRECIÓN URINARIA, ABUNDANCIA DE MUCOPOLISACÁRIDOS, LAS PERSONAS CON ESTOS PADECIMIENTOS PRESENTAN FACIES TOSCAS, ALTERACIONES EN EL SISTEMA OSTEOARTICULAR, HEPATOMEGALIA, OPACIDAD DE LA CórNEA Y ANORMALIDADES CARDIOVASCULARES; EXISTEN SEIS TIPOS DE MUCOPOLISACARIDOSIS, DE LOS CUALES SÓLO TRES PRESENTAN DEFICIENCIA MENTAL.

EL SÍNDROME DE HURLER O CARGOLISMO, CORRESPONDE GENÉTICAMENTE A UN PROCESO AUTOSÓMICO RECESIVO; SE OBSERVAN COMO CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES EN ESTAS PERSONAS, BAJA ESTATURA, JORROBA, HÍGADO Y BAZO DILATADOS, CABEZA GRANDE Y LIGERAMENTE DEFORME, CEJAS GRUESAS Y ESPESAS, NUBE EN LA CórNEA, NARIZ CHATA CON FLUJO NASAL CRÓNICO, LABIOS GRUESOS Y LENGUA GRANDE, OREJAS GRUESAS Y CAÍDAS, SORDERA, DEDOS CORTOS Y CON ASPECTO DE GARRAS, CUELLO CORTO Y GRUESO, ENTRE OTRAS, Y LA DEFICIENCIA MENTAL APARECE ALREDEDOR DEL PRIMER AÑO DE VIDA, SIENDO ÉSTA PROFUNDA.

EL SÍNDROME DE HUNTER, SU ETIOLOGÍA GENÉTICA ESTÁ LIGADA A UN CROMOSOMA X RECESIVO, Y ESTAS PERSONAS PRESENTAN, FACIES GARGOIDE, HEPATOSPLENOMEGALIA, HIPOACUSIA, TRASTORNOS CARDIOVASCULARES Y ENANISMO; LA DEFICIENCIA MENTAL ES MENOS PROFUNDA QUE EN EL SÍNDROME ANTERIOR, Y APARECE MÁS TARDÍAMENTE, ACOMPAÑADO DE SERIOS PROBLEMAS DE CONDUCTA.

EL SÍNDROME DE SANFILIPPO. SE PRODUCE POR UN PROCESO AUTOSÓMICO RECESIVO, LA DEFICIENCIA MENTAL NO ES MUY SEVERA AUNQUE PUEDE CONVERTIRSE EN GRAVE A PESAR DE SU ASPECTO RELATIVAMENTE BENIGNO, PUES SÓLO PRESENTAN LA CABEZA AGRANDADA Y VELLOSIDAD EN LA MISMA.

EL SÍNDROME PSEUDO-HURLER, NO ES UNA MUCOPOLISACARIDOSIS, SINO UNA GANGLIOLIPIDOSIS GENERALIZADA, PERO SE MENCIONA AQUÍ PORQUE ES UNA VARIANTE CLÍNICA DEL DE HURLER Y PRESENTA DEFICIENCIA MENTAL PROFUNDA CON RETARDO PSICOMOTOR Y CON CARACTERÍSTICAS TALES COMO BAJA ESTATURA, FACIES TOSCAS Y CABEZA GRANDE, PARECE QUE ES UNA MODALIDAD HEREDITARIA AUTOSÓMICA RECESIVA.

14.- EN EL GRUPO DÉCIMO CUARTO SE REÚNEN ÚNICAMENTE DOS SÍNDROMES:

LA HIDROCEFALIA LIGADA AL CROMOSOMA X. SE ORIGINA POR UN ELEMENTO RECESIVO FEMENINO Y PRODUCE DEFICIENCIA MENTAL.

LA HIDROCEFALIA, LLAMADA COMÚNMENTE AGUA EN EL CEREBRO ES UNA ENFERMEDAD

EN LA QUE EL LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO SE ACÚMULA EN LA CABEZA, PRODUCIENDO PRESIÓN SOBRE EL CEREBRO Y SOBRE EL CRÁNEO. NORMALMENTE ESTE LÍQUIDO SE DRENA DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y ES ABSORBIDO POR DIVERSOS CONDUCTOS, PERO EN LA HIDROCEFALIA EXISTE UNA OCLUSIÓN EN ALGUNA PARTE DEL SISTEMA DE DRENAJE O LOS CONDUCTOS DE DRENAJE NO SE FORMAN CORRECTAMENTE, COMO RESULTADO DE ELLO, EL LÍQUIDO NO SE PUEDE DRENAR DEBIDAMENTE Y LA PRESIÓN RESULTANTE ES CAUSA DE QUE EL CRÁNEO SE AGRADE Y QUE SE DAÑE EL CEREBRO.

EN LOS DEMÁS TIPOS DE HIDROCEFALIA LA CAUSA ES MUY VARIADA, PUEDE PRODUCIRSE POR ALGUNA MALFORMACIÓN CONGÉNITA, POR ALGUNA INFECCIÓN PRE O POSTNATAL, ETC; PERO EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS SE DESCONOCE SU CAUSA; EL GRADO DE DEFICIENCIA MENTAL PUEDE VARIAR DESDE LÍMITOS HASTA PROFUNDO, PARA EVITAR QUE LA PRESIÓN DAÑE AL CEREBRO, EN CUANTO SE DETECTA LA HIDROCEFALIA, SE SOMETE AL NIÑO A UNA OPERACIÓN PARA COLOCARLE LA VÁLVULA QUE DRENE ESTE LÍQUIDO.

SÍNDROME DE RILEY-DAY. SE MANIFIESTA POR DIVERSAS ANOMALÍAS SOMÁTICAS, LABILIDAD EMOCIONAL MUY NOTABLE Y DEFICIENCIA MENTAL, SE PRODUCE POR UN PROCESO AUTOSÓMICO RECESIVO.

LAS ENFERMEDADES CON ALTERACIONES DEL METABOLISMO SON AQUELLAS EN LAS QUE LA PERSONA NO ESTÁ ASIMILANDO DEBIDAMENTE LO QUE COME POR RAZÓN DE ALGÚN DESORDEN DE HERENCIA, DENTRO DE ÉSTAS, LAS QUE PRODUCEN DEFICIENCIA MENTAL, SON LAS SIGUIENTES :

FENILCETONURIA (FCU). ES EL RESULTADO DE LA INCAPACIDAD DEL CUERPO PARA ASIMILAR DEBIDAMENTE UNO DE LOS AMINOÁCIDOS BÁSICOS, LA FENILALANINA. EL GEN N ES EL CAUSANTE DE LA PRODUCCIÓN DE LA ENZIMA HIDROXILASA DE FENILALANINA, LA CUAL CONVIERTE LA FENILALANINA EN OTRO AMINOÁCIDO, LA TIROSINA. LOS INDIVIDUOS QUE NO TIENEN GEN N NO PUEDEN PRODUCIR LA ENZIMA, POR LO MISMO, NO SE VERIFICA EN ELLOS ESTA REACCIÓN METABÓLICA VITAL, EN BASE A ESTO, LA FENILALANINA SE CONVIERTE EN ÁCIDO FENILPIRÚVICO QUE SEGREGA EN CANTIDADES RELATIVAMENTE GRANDES EN LA ORINA.

AL NACER EL SISTEMA NERVIOSO DEL NIÑO ESTÁ INTACTO Y EL DESARROLLO SUELE PROCEDER NORMALMENTE DURANTE ALGUNOS MESES, PERO SOBREVIENE

POCO A POCO UNA LESIÓN CEREBRAL, DEBIDA PROBABLEMENTE A UN ENVENENAMIENTO POR EL EXCESO DE DENILALANINA PRODUCIDA POR LA INGESTIÓN DE ALIMENTOS QUE LA CONTIENEN. ESTA LESIÓN CEREBRAL SE MANIFIESTA EN UN DETERIORO PROGRESIVO DE LAS CAPACIDADES A LO LARGO DEL DESARROLLO.

EL SÍNTOMA MÁS IMPORTANTE DE LA FCU ES LA BAJA INTELIGENCIA, GENERALMENTE LA MAYORÍA DE LOS AFECTADOS SON PROFUNDAMENTE RETRASADOS, CON UN CI INFERIOR A 20, ADEMÁS ESTAS PERSONAS PRESENTAN UNA INSUFICIENCIA PIGMENTACIÓN DE LA PIEL, DE LOS OJOS Y DEL CABELLO. SE HA ENCONTRADO TAMBIÉN UNA MAYOR FRECUENCIA DE PERTURBACIONES CONDUCTUALES EN ESTOS PACIENTES, QUE EN OTROS CON SIMILAR CI.

DEBIDO A QUE LOS PACIENTES CON FCU SÓLO CONTRAEN DEFICIENCIA MENTAL SI SU DIETA CONTIENE FENILALANINA, SE LES CONTROLA CON UNA DIETA ESPECIAL, SIENDO DIAGNOSTICADOS PRINCIPALMENTE POR EXÁMENES DE ORINA.

GALACTOSEMIA, LA TRANSMITE UN GEN RECESIVO ÚNICO Y DA POR RESULTADO LA INCAPACIDAD PARA METABOLIZAR LA GALACTOSA, UN HIDRATO DE CARBONO QUE RESULTA DE LA DIGESTIÓN DE LA LECHE.

LOS NIÑOS CON GALACTOSEMIA SUELEN NACER LIGERAMENTE BAJOS DE PESO Y LA PRIMERA QUEJA ES QUE NO SE DESARROLAN, NO AUMENTAN DE PESO Y TIENEN FRECUENTES VÓMITOS Y DIARREAS. EL VENENO QUE SE ACUMULA CAUSA DAÑO AL HÍGADO, LO CUAL TERMINA EN ICTERICIA Y MUERTE CUANDO LOS CASOS NO RECIBEN LA DEBIDA ATENCIÓN. CERCA DE LA MITAD DE LOS PACIENTES CONTRAEN CATARATAS DURANTE LOS PRIMEROS AÑOS DE VIDA. LOS SÍNTOMAS VARIAN MUCHO Y EL RETRASO MENTAL ES FRECUENTE.

ENFERMEDAD DE TAY-SACH O IDIOCIA INFANTIL FAMILIAR AMAURÓTICA, SE MANIFIESTA POR UNA ACUMULACIÓN EXCESIVA DE LÍPIDOS O GRASAS EN LOS TEJIDOS NERVIOSOS O EN OTRAS PARTES DEL CUERPO.

EL NIÑO PARECE ESTAR FUNCIONANDO NORMALMENTE AL NACER, PERO LUEGO SE LE EMPIEZAN A ACUMULAR MÁS LÍPIDOS DE MANERA ANORMAL. ESTO PRODUCE APATÍA, DETERIORO MENTAL, CEGUERA, HIPERSENSIBILIDAD AL SONIDO, CONVULSIONES Y ESPASTICIDAD. UNA SEÑAL CLÁSICA DE DIAGNÓSTICO ES UNA MANCHA DE ROJO INTENSO EN LA RETINA DEL OJO. LAS MUERTES SOBREVINIEN A LOS POCOS AÑOS.

HIPOTIROIDISMO O CRETINISMO. ES UN TRASTORNO ENDÓCRINO , ES DECIR, EXISTE UN DEFECTO EN LAS HORMONAS DEL CUERPO. EL HIPOTIROIDISMO ES UN TRASTORNO DE LA GLÁNDULA TIROIDES, LA CUAL ESTÁ SITUADA EN EL CUELLO Y SU FUNCIÓN ES SEGREGAR TIROXINA U HORMONA DEL TIROIDE, DICHA HORMONA ES LA QUE MANTIENE EL RITMO METABÓLICO APROPIADO Y SI SE SEGREGA EN POCA CANTIDAD, COMO EN ESTE CASO, EL METABOLISMO DEL CUERPO SE RETARDA Y APARECEN LUEGO MUCHOS SÍNTOMAS TALES COMO LETARGIA, PULSACIONES LENTAS DEL CORAZÓN, PÉRDIDA DEL CABELLO, OBESIDAD Y EMBOTAMIENTO MENTAL. UN TRASTORNO FRECUENTEMENTE ASOCIADO CON EL HIPOTIROIDISMO ES EL BOCIO, QUE ES UN CRECIMIENTO EXTRAORDINARIO DEL CUELLO COMO RESULTADO DE LA DILATACIÓN DE LA GLÁNDULA TIROIDES.

EL CRETINISMO SE REFIERE AL HIPOTIROIDISMO QUE SE PRESENTA CON EL NACIMIENTO; AL NACER EL NIÑO SUELE PESAR MÁS DE LO NORMAL, CON UN PUENTE NASAL APLASTADO, OJOS SALTONES Y LENGUA GRUESA. EL CRECIMIENTO SE RETARDA NOTABLEMENTE Y EN MUCHOS CASOS SE CONVIERTEN EN ENANOS. LOS CRETINOS TIENEN UNA CABEZA GRANDE Y CABELLO RALO Y QUEBRADIZO, LABIOS MUY GRUESOS, VOZ ÁSPERA Y CUELLO GRUESO Y CORTO, MANOS ANCHAS Y CORTAS, DEDOS CORTOS Y TIESOS, LA PIEL SE SECA, ESCAMOSA, FRÍA Y GRISÁSEA, HIPOTERMIA O DIFICULTAD PARA CONTROLAR LA TEMPERATURA, EXTREÑIMIENTO Y DISTENSIÓN ABDOMINAL, ICTERICIA PROLONGADA Y TANTO EL DESARROLLO MENTAL COMO EL DESARROLLO MOTOR SE RETRASAN, Y EL RETRASO CON MUCHA FRECUENCIA ES SEVERO.

HOMOCISTINURIA. ES OCASIONADA POR UN PROCESO AUTOSÓMICO RECESIVO Y SE DEBE A UNA DEFICIENCIA DE LA PROTEÍNA CISTATIÓN-SINTETASA; ESTAS PERSONAS PRESENTAN DEFICIENCIA MENTAL, PARAPLEJÍA ESPÁSTICA, CONVULSIONES OCASIONALES, CATARATAS, DISLOCACIÓN DEL CRISTALINO, PELO QUEBRADIZO, RUBOR FACIAL, ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA Y ALTERACIONES ÓSEAS.

SÍNDROME DE LESCH-NYHAN. ES UN TRASTORNO LIGADO AL SEXO CARACTERIZADO POR URICACIDURIA, PARÁLISIS CEREBRAL, DEFICIENCIA MENTAL Y CONDUCTA COMPULSIVA DE AUTOMUTILACIÓN POR ROEDURA DE LOS LABIOS Y DEDOS. EN ESTOS VARONES FALTA LA ENZIMA FOSFORIBOSIL-TRANSFERASA

DE LA HIPOZANTINA-GUANINA (FRTHG), QUE DESEMPEÑA CIERTO PAPEL EN LA REGULACIÓN DE LA SÍNTESIS DE LA PURINA; EL DÉFICIT DE FRTHG SUPERA LA PRODUCCIÓN DE PURINA Y EXCRECIÓN CONSECUTIVA DE ÁCIDO ÚRICO EN EXCESO.

CISTATIONINURIA. SE PRODUCE POR UNA DEFICIENCIA DE LA ENZIMA DESPOBLANTE DE LA CISTATIONINA Y DE LA HOMOSERINDESHIDRATASA, ESTAS PERSONAS PRESENTAN DEFICIENCIA MENTAL, MALFORMACIONES CONGÉNITAS, PIE ZAMBO, SORDERA, ANOMALÍAS DE LAS OREJAS Y DE LA SENSIBILIDAD.

POR ÚLTIMO, ANTES DE REFERIRNOS A LA SIGUIENTE CLASIFICACIÓN, ES CONVENIENTE SEÑALAR QUE EXISTE UNA RELACIÓN DIRECTA ENTRE LAS EDADES MATERNA Y LAS ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS QUE SE PUEDEN OBSERVAR EN EL SIGUIENTE CUADRO.

CUADRO 1

EDAD MATERNA Y ANOMALIAS CROMOSOMICAS⁺

EDAD DE LA MADRE	RIESGOS DE DEFICIENCIA MENTAL
DE 15 A 19 AÑOS	UNO POR CADA 2,300 NACIDOS
DE 20 A 24 AÑOS	UNO POR CADA 1,600 NACIDOS
DE 25 A 29 AÑOS	UNO POR CADA 1,200 NACIDOS
DE 30 A 34 AÑOS	UNO POR CADA 800 NACIDOS
DE 35 A 39 AÑOS	UNO POR CADA 290 NACIDOS
DE 40 A 44 AÑOS	UNO POR CADA 48 NACIDOS

ESTAS ESTADÍSTICAS SON MUY SIGNIFICATIVAS PARA QUE LOS PADRES DE FAMILIA CONOZCAN EL RIESGO QUE EXISTE DE QUE TENGAN UN HIJO DEFICIENTE MENTAL, SI SU EDAD PASA DE LOS LÍMITES SEÑALADOS, Y TOMEN CONCIENCIA DE ELLO.

1.2.1.2. FACTORES DE ORIGEN INFECCIOSO Y PARASITARIO.

EXISTEN VARIOS MICROORGANISMOS, TALES COMO LOS GRAM NEGATIVOS (NEOMOCOCCO), LOS GRAM POSITIVOS (HEMÓFILO), LOS VIRUS Y LOS PARÁSITOS QUE TIENEN AFINIDAD SOBRE EL SISTEMA CENTRAL, Y PROVOCAN NUMEROSAS Y GRAVES ENFERMEDADES QUE LO ATACAN.

⁺ FUENTE: DEFICIENCIA MENTAL: GUÍA PARA PADRES, MÉXICO: CONFEDERACIÓN MEXICANA DE ASOCIACIONES EN PRO DEL DEFICIENTE MENTAL, 59 P.

DURANTE LA VIDA INTRAUTERINA PRODUCEN DETERMINADOS PADECIMIENTOS CONGÉNITOS Y EN EL RECIÉN NACIDO; Y EN EL NIÑO PEQUEÑO, DIVERSAS MENINGOENCEFALITIS, YA SEA PRIMARIAS O COMO COMPLICACIÓN DE UNA FIEBRE ERUPTIVA, COMO ES EN EL CASO DEL SARAMPIÓN.

ES FRECUENTE QUE LA MADRE DURANTE LA GESTACIÓN SUFRA ALGUNA DE ESTAS INFECCIONES O PARASITOSIS, PRESENTÁNDOSE EN OCASIONES EN FORMA ASINTOMÁTICA, PERO PRODUCIENDO LESIONES EN EL SISTEMA NERVIOSO DEL PRODUCTO. ESTAS LESIONES ALCANZAN AL ENCÉFALO, PRODUCIENDO DEFICIENCIA MENTAL.

LAS PRINCIPALES INFECCIONES Y PARASITOSIS SON LAS SIGUIENTES :

RUBÉOLA. ES LA MÁS FRECUENTE Y SERIA DE LAS DIVERSAS INFECCIONES PRENATALES, SE CONOCE TAMBIÉN COMO SARAMPIÓN ALEMÁN. EN LOS ADULTOS Y EN LOS NIÑOS ESTE VIRUS CAUSA GENERALMENTE UN MALESTAR MODERADO QUE SE MANIFIESTA POR LA INFLAMACIÓN DE GLÁNDULAS Y ERUPCIÓN O IRRITACIÓN CUTÁNEA. SIN EMBARGO, SI EL VIRUS ATACA A UNA MUJER DURANTE LA ETAPA EMBRIÓNICA DEL EMBARAZO, EL VIRUS ATACA AL NIÑO EN DESARROLLO, PRODUCIENDO DEFECTOS MUY SERIOS. LA RUBÉOLA CONGÉNITA SE MANIFIESTA POR RETARDO EN EL CRECIMIENTO, DEFECTOS OCULARES, TALES COMO CATARATAS, GLAUCOMA, RETINOPATÍA, MICROFTALMÍA, ETC., CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS DIVERSAS, SORDERA, RETRASO PSICOMOTOR Y DEFICIENCIA MENTAL.

SÍFILIS. UN NIÑO EN ESTADO DE DESARROLLO PRENATAL ES AFECTADO - POR ESTA ENFERMEDAD SÓLO CUANDO LA MADRE TUVO LA ENFERMEDAD DURANTE DOS AÑOS Y NO FUÉ ATENDIDA DEBIDAMENTE. MUCHOS NIÑOS CON SÍFILIS CONGÉNITA MUEREN AL NACER, PARA LOS QUE VIVEN, LAS PROBABILIDADES - DE UNA RECUPERACIÓN SON MUCHAS, SIEMPRE Y CUANDO SE EMPRENDA DE INMEDIATO SU TRATAMIENTO, SI LA ENFERMEDAD NO SE CURA DESDE EL

PRINCIPIO, SIGUE UN CURSO MUY LARGO CON DEFICIENTES SÍNTOMAS EN CADA ETAPA DEL DESARROLLO. EN LA INFANCIA, EL NIÑO SIFILÍTICO PRESENTA LESIONES CUTÁNEAS, SECRECIÓN CRÓNICA DE LA NARIZ CON HEMORRAGIAS NASALES, Y CRECIMIENTO DEL BAZO E HÍGADO. EN LA NIÑEZ APARECE LA DEFICIENCIA MENTAL ACOMPAÑADA DE CONDUCTAS ANORMALES Y DE ACCESOS O CRISIS Y SE EMPIEZA A DESARROLLAR UNA NARIZ DEPRIMIDA EN LA PARTE CENTRAL A MANERA DE SILLA DE MONTAR. LOS ADULTOS CON SÍFILIS CONGÉNITA PRESENTAN UN CRÁNEO AGRANDADO EN LA PARTE FRONTAL, DEFORMACIÓN NASAL, DEFICIENCIA MENTAL Y ATAQUES; ASÍ MISMO, SE LES VA ATROFIANDO EL SISTEMA VISUAL TERMINANDO EN CEGUERA.

CITOMEGALOVIRUS. ESTA INFECCIÓN EN EL NIÑO Y EN EL ADULTO SUELE PASAR INADVERTIDA, PERO SI AFECTA AL EMBRIÓN EN DESARROLLO SUELE CAUSARLE DIVERSOS DEFECTOS DE NACIMIENTO O LA MUERTE. LOS SÍNTOMAS QUE SE PRESENTAN CON MÁS FRECUENCIA SON: ICTERICIA, PÚRPURA, TROMBOCITOPENIA, ANEMIA, HIDROCEFALIA, MICROCEFALIA, CALCIFICACIONES CEREBRALES Y DEFICIENCIA MENTAL.

TOXOPLASMOISIS. ES UNA ENFERMEDAD CAUSADA POR UN PROTOZOO TRANSMITIDA PRINCIPALMENTE POR LOS GATOS Y ADQUIRIDA POR LA MADRE GESTANTE. LOS NIÑOS PRESENTAN ICTERICIA, DECAIMIENTO, HIPERTERMIA, HEPATOSPLENOMEGALIA, PÚRPURA, CALCIFICACIONES INTRACRANEANAS, DESÓRDENES NEUROLÓGICOS Y DEFICIENCIA MENTAL.

MENINGITIS. ES UNA INFLAMACIÓN DE LAS MENINGES, O SEA, DE LAS MEMBRANAS QUE PROTEGEN AL CEREBRO Y A LA MÉDULA ESPINAL. SU CAUSA PUEDE SER LA INFECCIÓN POR DIVERSOS MICROORGANISMOS. EL CUADRO CLÍNICO ES UN NIÑO QUE SE ESTABA DESARROLLANDO NORMALMENTE Y LUEGO CAE VÍCTIMA DE UN MALESTAR MUY AGUDO. ESTE MALESTAR VA ACOMPAÑADO DE ALTAS TEMPERATURAS, MÁS TARDE APARECEN SEÑALES DE INFECCIÓN CEREBRAL, TALES COMO CONVULSIONES, JAQUECA, DELIRIO, PARÁLISIS E INCLUSO COMA. DESPUÉS DE UN TIEMPO EL NIÑO SE RECUPERA, PERO PRESENTA UN DEFECTO CEREBRAL QUE TERMINA CON DEFICIENCIA MENTAL PROFUNDA, INCAPACIDAD MOTORA O ALGUNA DEFICIENCIA SENSORIAL, TALES COMO SORDERA. EL GRADO DE INCAPACIDAD ES MUY VARIADO, ALGUNOS NIÑOS

NO TIENEN SEQUELAS MIENTRAS OTROS SUFREN GRAVES DAÑOS. TAMBIÉN SE PRESENTA LA ENCEFALITIS, QUE ES UNA INFLAMACIÓN DEL ENCÉFALO, CON SÍNTOMAS SEMEJANTES A LA MENINGITIS, PERO QUE GENERALMENTE OCASIONA PARÁLISIS CEREBRAL.

1.2.1.3. FACTORES DE ORDEN TÓXICO.

EXISTEN NUMEROSAS INTOXICACIONES QUE AFECTAN EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y PARTICULARMENTE, EL ENCÉFALO, PRODUCIENDO UNA DEFICIENCIA MENTAL. ÉSTAS INTOXICACIONES SON :

A) DE ORDEN OXÓGENO, SON AQUELLAS QUE SE ORIGINAN POR CAUSA EXTERNA, ES DECIR, QUE SE PRODUCEN EN EL EXTERIOR DEL ORGANISMO, ENTRE ELLAS TENEMOS EL TABACO, EL ALCOHOL, LAS DROGAS ENERVANTES, INTOXICACIONES POR DESECHOS INDUSTRIALES TALES COMO EL PLOMO, EL MERCURIO, URANIO, ETC.

B) DE ORDEN ENDÓGENO, SON AQUELLAS QUE SE ORIGINAN DENTRO DEL ORGANISMO, INDEPENDIEMENTE DE LOS FACTORES EXTERNOS, ENTRE ESTAS INTOXICACIONES TENEMOS LA DEBIDA A ANTICUERPOS MATERNOS, POR DIABETES MELLITUS, TOXEMIA, ETC.

A CONTINUACIÓN DESCRIBIREMOS CADA UNA DE ELLAS.

TABAQUISMO. AUNQUE NO SE HA DEMOSTRADO QUE EL CIGARRO SEA CAUSA DE RETRASO MENTAL, LAS MADRES QUE FUMAN DURANTE EL EMBARAZO TIENEN MÁS PROBABILIDADES DE TENER UN HIJO PREMATURO O DEMASIADO PEQUEÑO PARA LA FECHA DE NACIMIENTO, DEBIDO A QUE EL TABACO PUEDE RETRASAR EL CRECIMIENTO INTRAUTERINO. AQUÍ ES NECESARIO MENCIONAR QUE EXISTE UNA RELACIÓN DIRECTA ENTRE PREMATUREZ Y DEFICIENCIA MENTAL, TAMBIÉN SE INCREMENTA EL RIESGO DE TENER HIJOS CON LABIO Y PALADAR HENDIDO.

ALCOHOLISMO CRÓNICO. LAS MADRES QUE SON ALCOHÓLICAS CRÓNICAS Y QUE BEBEN INTENSAMENTE DURANTE EL EMBARAZO PUEDEN DAR A LUZ HIJOS CON MICROCEFALIA, FISURAS PALPEBRALES CORTAS, HIPOPLASIA MAXILAR, ANOMALÍAS CARDIACAS Y DE ARTICULACIONES, SURCOS PALMARES ANORMALES, ASÍ MISMO ESTOS NIÑOS PRESENTARÁN DEFICIENCIA MENTAL.

TALIDOMIDA SEDANTE. ES UN MEDICAMENTO QUE ADMINISTRADO DURANTE

EL EMBARAZO PRODUCE FOCOMELIA Y OTRAS DEFICIENCIAS GRAVES DE LAS EXTREMIDADES, ANOTIA O MICROTIA, CARDIOPATÍA CONGÉNITA, MICROFTALMÍA Y COLOBOMA.

SALICÍLICOS. LA ADMINISTRACIÓN DE SALICÍLICOS MUY AL PRINCIPIO DEL EMBARAZO PUEDE OCASIONAR EN EL NIÑO ACONDROPLASIA, HIDROCEFALIA, CARDIOPATÍA CONGÉNITA, LUXACIÓN CONGÉNITA DE LA CADENA Y PIES ZAMBOS.

HEROÍNA Y MOFINA. LA MADRE QUE INGIERE ESTAS DROGAS, OCASIONA QUE EN EL MOMENTO DEL PARTO SU HIJO TENGA SUFRIMIENTO FETAL, A PARTE DE QUE ESTAS DROGAS INTERFIEREN EN EL DESARROLLO NORMAL DEL NIÑO, DEPRIME SU CENTRO RESPIRATORIO OCASIONANDO UNA RESPIRACIÓN DEPRIMIDA SIENDO DIFÍCIL LA REANIMACIÓN DEL NIÑO. FRECUENTEMENTE TAMBIÉN ESTOS NIÑOS PRESENTAN SÍNTOMAS DE SUPRESIÓN A LA GROGA EN EL MOMENTO DE NACER MANIFESTÁNDOSE ÉSTA POR AGITACIÓN NOTABLE, IRRITABILIDAD, VÓMITOS, LLEGANDO INCLUSO A LA MUERTE.

INTOXICACIÓN POR PLOMO. EXISTE UN SÍNDROME LLAMADO PICA, QUE CONSISTE EN QUE LOS NIÑOS TIENEN EL HÁBITO DE COMER COSAS QUE NO SON COMESTIBLES. LA INTOXICACIÓN POR PLOMO SE DA EN LOS NIÑOS QUE TIENEN ESTE SÍNDROME Y COMEN HOJUELAS DE PINTURA QUE CONTIENE PLOMO; LA ABSORCIÓN DE ESTE METAL POR EL ORGANISMO ES LENTA Y SE REQUIERE UNA EXPOSICIÓN PROLONGADA PARA QUE SE MANIFIESTEN LOS SÍNTOMAS. SE HA REPORTADO TAMBIÉN QUE EXISTE INTOXICACIÓN CRÓNICA POR PLOMO DEBIDA A LOS DESECHOS INDUSTRIALES, PERO TODAVÍA SUS MANIFESTACIONES CLÍNICAS SE ENCUENTRAN EN ESTUDIO. LOS SÍNTOMAS DEL ENVENENAMIENTO SON : CÓLICO, ENCEFALOPATÍA CARACTERIZADA POR CONVULSIONES, SOMNOLENCIA, MANÍA, DELIRIO O COMA, NEURITIS PERIFÉRICA CON PARÁLISIS Y ANEMIA. LA MORTALIDAD POR ESTA INTOXICACIÓN ES FRECUENTE EN LOS NIÑOS Y EN EL 25 % DE LOS SOBREVIVIENTES SE PRESENTA UNA DEFICIENCIA MENTAL SEVERA.

MONÓXIDO DE CARBONO. ÉSTE ES UN GAS INCOLORO, INODORO, INSÍPIDO Y NO IRRITANTE PRODUCIDO POR LA COMBUSTIÓN INCOMPLETA DE MATERIALES CARBONÁCEOS; EL MONÓXIDO DE CARBONO ES RESPONSABLE ANUALMENTE DE CIENTOS DE MUERTES ACCIDENTALES Y SUICIDAS; SUS EFECTOS SON RESULTADO

DE LA HIPOXIA FISULAR, ES DECIR, ESTE GAS PRODUCE LA CANTIDAD DE OXIGENO DISPONIBLE. LA INHALACIÓN DE ESTE COMPUESTO POR LARGO TIEMPO PROVOCA QUE LOS NIÑOS CAMBIEN EL COLOR DE SU PIEL AL DE CEREZA, QUE TENGAN TEMBLORES, CONVULSIONES, DETERIORO MENTAL Y CONDUCTA PSICÓTICA.

TOXEMIA. ES UN DESORDEN DE LA MADRE GESTANTE QUE SE MANIFIESTA POR EDEMA, HIPERTENSIÓN Y PROTEINURIA, CUYA CAUSA SE DESCONOCE. LA MAYORÍA DE LOS HIJOS DE LAS MADRES CON TOXEMIA SE DESARROLLAN NORMALMENTE, PERO EXISTE UNA PREVALENCIA MAYOR DE DEFICIENCIA MENTAL EN ESTOS NIÑOS DEBIDO AL SUFRIMIENTO FETAL CRÓNICO, O A LAS COMPLICACIONES DE LA TOXEMIA (DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE LA PLACENTA, ANOXIA, ETC.)

ANTICUERPOS MATERNOS. EXISTEN CIERTAS CIRCUNSTANCIAS EN QUE LA MADRE PRODUCE ANTICUERPOS QUE ATACAN A LAS CÉLULAS SANGUÍNEAS DEL FETO EN DESARROLLO Y LE CAUSAN LESIONES CEREBRALES, DEFICIENCIA MENTAL Y FRECUENTEMENTE LA MUERTE. ESTAS CIRCUNSTANCIAS SON PROVOCADAS POR EL FACTOR RH, QUE ES UNA SUSTANCIA QUE SE ENCUENTRA EN LA SANGRE Y QUE LO TIENE APROXIMADAMENTE EL 85 % DE LA POBLACIÓN, A ESTAS PERSONAS SE LES LLAMA RH POSITIVO Y A LAS QUE NO LO TIENEN RH NEGATIVO. EL FACTOR RH SE TRANSMITE GENÉTICAMENTE POR UN ÚNICO GEN, DOMINANDO SIEMPRE EL RH POSITIVO; DE ESTA MANERA, SI UNA MUJER RH NEGATIVO CONTRAE MATRIMONIO CON UN HOMBRE RH POSITIVO, LOS HIJOS PROBABLEMENTE SERÁN RH POSITIVO. ORDINARIAMENTE ESTO NO CAUSA NINGÚN, PROBLEMA, PORQUE LA SANGRE DE LA MADRE Y LA SANGRE DEL FETO EN DESARROLLO SE ENCUENTRAN SEPARADAS, PERO EN ALGUNAS OCASIONES LAS CÉLULAS SANGUÍNEAS DEL FETO PENETRAN EN LA SANGRE DE LA MADRE. CUANDO LA MADRE ES RH NEGATIVO Y EL NIÑO RH POSITIVO, LA MADRE PRODUCE UN ANTICUERPO PARA ATACAR A LA SUSTANCIA EXTRAÑA. ESTE ANTICUERPO ATRAVIESA LA PLACENTA Y ENTRA EN EL SISTEMA CIRCULATORIO DEL FETO PRODUCIENDO QUE LA SANGRE DEL NIÑO SE HEMOLISE Y QUE NO DISTRIBUYA EL OXÍGENO NORMALMENTE. LA PRODUCCIÓN DE ESTE ANTICUERPO, POR LO GENERAL, NO CAUSA PROBLEMAS EN EL PRIMER EMBARAZO, PERO

LOS SIGUIENTES EMBARAZOS EN LOS QUE EL FETO ES RH POSITIVO QUEDAN EN GRAVE PELIGRO. EN MUCHOS CASOS POR ESTE GRAVE PROBLEMA, EL NIÑO ES ABORTADO O NACE MUERTO, PERO EN LOS CASOS MENOS SEVEROS, EL NIÑO NACE CON UNA ENFERMEDAD LLAMADA ERITROBLASTOSIS O ERITROLEUCOSIS FETALIS, QUE SE CARACTERIZA POR LA DESTRUCCIÓN DE LOS ERITROCITOS. SI EL NIÑO LOGRA SOBREVIVIR, PUEDE APARECER UNA GRAVE LESIÓN NEUROLÓGICA QUE OCASIONA DEFICIENCIA MENTAL, ESPASTICIDAD Y PÉRDIDA DEL OÍDO, POR LESIÓN DEL NERVIIO AUDITIVO. LOS SÍNTOMAS PARA EL DIAGNÓSTICO SON: AL NACER EL NIÑO SUELE SER LETÁRGICO E HIPOTÓNICO, PERO DESPUÉS APARECE CIERTO TIPO DE ICTERICIA LLAMADA KERNICTERUS O ICTERICIA NUCLEAR. EL NIÑO SUELE TENER FIEBRE Y MOSTRAR SEÑALES DE LESIÓN EN EL SISTEMA NERVIOSO, TALES COMO UNA POSTURA RARA E HIPERTONÍA.

HASTA HACE POCO TIEMPO ESTA INTOXICACIÓN ERA UNA CAUSA MUY FRECUENTE DE DEFICIENCIA MENTAL, PERO HASTA EL TRATAMIENTO MÉDICO CONSISTE EN LA TRANSFUSIÓN DE LA SANGRE DEL RECIÉN NACIDO; ESTE PROCEDIMIENTO RESUELVE GENERALMENTE EL PROBLEMA, PERO SE HAN DADO CASOS EN QUE EL C.I. DE LOS NIÑOS ES BAJO. RECIENTEMENTE SE HA DESARROLLADO UNA DROGA PREVENTIVA, LA CUAL SE LE ADMINISTRA A LA MADRE DE RH NEGATIVO DENTRO DE LOS POCOS DÍAS DESPUÉS DEL NACIMIENTO DE SU PRIMER HIJO RH POSITIVO, ESTE MEDICAMENTO PREVIENE LA FORMACIÓN DE ANTICUERPOS.

DIABETES. LAS MUJERES QUE TIENEN DIABETES Y SE EMBARAZAN PUEDEN TENER HIJOS QUE NAZCAN MUERTOS O CON MALFORMACIONES CONGÉNITAS MÚLTIPLES O NIÑOS MACROSÓMICOS O PREMATUROS. ESTOS RIESGOS SE DISMINUYEN CUANDO LA MADRE TIENE UN CONTROL MÉDICO APROPIADO.

RADIACIONES. EXISTEN DIVERSOS TIPOS DE RADIACIONES QUE PUEDEN TENER EFECTOS DRÁSTICOS EN EL EMBRIÓN O FETO EN DESARROLLO. PEQUEÑAS DOSIS DE RAYOS X ORDINARIOS, POR LO GENERAL SON INOCUAS, PERO SI A UNA MUJER EMBARAZADA SE LE SOMETE A GRANDES CANTIDADES DE RADIACIÓN CON FINES TERAPEÚTICOS COMO, POR EJEMPLO, PARA DESTRUIR UN TUMOR O UNA SERIE DE ESTUDIOS DE RAYOS X, EXISTEN MUCHAS PROBABILIDADES DE QUE EL NIÑO NAZCA CON SERIOS DEFECTOS E INCLUSIVE QUE NO SOBREVIVA. LOS DEFECTOS SON MUY DIVERSOS, PREDOMINANDO LA MICROCEFALIA Y LAS

ALTERACIONES EN EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL. POR LO MISMO, SE RECOMIENDA QUE UNA MADRE EMBARAZADA, SOBRE TODO DURANTE LOS PRIMEROS TRES MESES EVITE RECIBIR RADIACIONES Y QUE NO PERMANEZCAN EN EL INTERIOR DE LA HABITACIÓN DONDE SE ESTÁ IRRADIANDO A OTRA PERSONA.

1.2.1.4. FACTORES DE ORDEN TRAUMÁTICO

EL CEREBRO ESTÁ EXPUESTO TODA LA VIDA A SER TRAUMATIZADO POR AGENTES EXTERNOS O POR AGENTES PSICOLÓGICOS.

LOS AGENTES EXTERNOS ACTÚAN GENERALMENTE DURANTE EL NACIMIENTO EN LOS PRIMEROS AÑOS INFANTILES, EN MÉXICO EL TRAUMATISMO OBSTÉTRICO OCUPA UNO DE LOS PRIMEROS LUGARES EN LA CLASIFICACIÓN DE CAUSAS QUE ORIGINAN DEFICIENCIA MENTAL, ENCONTRÁNDOSE TAMBIÉN FRECUENTEMENTE LOS TRAUMATISMOS CREANEANOS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA INFANCIA.

ANTES DE MENCIONAR LOS PROBLEMAS DEL PARTO QUE AFECTAN AL NIÑO, ES NECESARIO SEÑALAR QUE LA MADRE GESTANTE DEBE TENER UNA BUENA CONDICIÓN Y NUTRICIÓN PARA EVITAR EN LO POSIBLE QUE SU HIJO SEA UN DEFICIENTE MENTAL, ESTA SITUACIÓN ES GARANTIZADA CUANDO SE PROPORCIONAN LOS SIGUIENTES CUIDADOS :

- BUENA SALUD DE LA MADRE, EN SU ALIMENTACIÓN SE DEBEN INCLUIR SUFICIENTES PROTEÍNAS, NO DEBE TENER ANEMIA Y ESTAR EN VIGILANCIA CONSTANTE PARA EVITAR CUALQUIER TIPO DE INFECCIÓN, YA SEA AGUDA O CRÓNICA.

- DEBE EXISTIR UNA BUENA CIRCULACIÓN SANGUÍNEA ENTRE LA MADRE Y EL PRODUCTO; ESTA CONDICIÓN PUEDE COMPROMETERSE CUANDO LA MADRE TIENE ALGUNA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR O RENAL O POR ALGUNA CIRCUNSTANCIA ACCIDENTAL O FORTUITA, COMO PUEDE SER DESPRENDIMIENTO PLACENTARIO, UN ÚTERO POCO DESARROLLADO, ETC.

- APORTE DE HORMONAS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS MATERNOS QUE BENEFICIEN EL DESARROLLO EMBRIONARIO Y FETAL.

- ESTABILIDAD PSICOLÓGICA DE LA MADRE, CUANDO UNA MADRE SE ENCUENTRA EN UN ESTADO DE ANGUSTIA, DEPRESIÓN O TIENE MUCHAS TENSIONES, SU ORGANISMO PRODUCE CATECOLAMINA, LA CUAL VA A ESTRECHAR LOS VASOS QUE LLEVAN LA SANGRE AL FETO, TAMBIÉN PUEDE PRODUCIR ELEMENTOS

BIOQUÍMICOS QUE PASAN AL FETO Y ALTERAN SUS TEJIDOS.

- BUENA HIGIENE GENERAL DE LA MADRE, SE RECOMIENDA EL EJERCICIO AL AIRE LIBRE, SUPRIMIR O REDUCIR EL TABACO, REPOSO EN CAMA Y SUEÑO REPARADOR PARA FAVORECER UNA BUENA CIRCULACIÓN, ES NECESARIO QUE LA MADRE TENGA UNA BUENA FUNCIÓN DEFECATORIA Y URINARIA PARA EVITAR QUE SUS PRODUCTOS TÓXICOS AFECTEN AL NIÑO EN FORMACIÓN.

- ES RECOMENDABLE QUE LA MADRE TOMÉ EL MENOR NÚMERO POSIBLE DE MEDICAMENTOS CON EL FIN DE EVITAR QUE ESTOS PROVOQUEN EN EL PRODUCTO ALGUNA MALFORMACIÓN. Y LOS MEDICAMENTOS DEBEN DE INGERIRSE BAJO ESTRICTO CONTROL MÉDICO.

- LA MADRE QUE PRESENTA ALGUNA MODIFICACIÓN SANGUÍNEA DEBE ESTAR SUJETA A UN CHEQUEO MÉDICO CONSTANTE, PUES ESTO OCASIONA UNA DISMINUCIÓN EN LA OXIGENACIÓN FETAL, DAÑÁNDOSE ASÍ, LAS CÉLULAS DEL CEREBRO.

QUALQUIER TRABAJO DE PARTO REPRESENTA UN RIESGO PARA EL FETO, AUNQUE TODO PAREZCA NORMAL, REPENTINAMENTE PUEDE VENIR UNA COMPLICACIÓN, EN ALGUNOS CASOS EL OBSTETRA PREVEE Y SABE QUE VA A ENFRENTARSE A UN CASO DIFÍCIL Y TOMA SUS PRECAUCIONES. LA PLACENTA ES UN ÓRGANO QUE REGULA LA CIRCULACIÓN Y NUTRICIÓN DEL FETO, VA CRECIENDO CONFORME EL PRODUCTO CRECE Y TIENE UNA VIDA PARALELA A LA DEL FETO, ES DECIR, QUE EXISTE UN EQUILIBRIO ENTRE ELLOS. ESTE EQUILIBRIO PUEDE ROMPERSE CUANDO LA PLACENTA SE DESARROLLA INSUFICIENTEMENTE (DEFICIENCIA) O CUANDO SE ATROFIA PREMATURAMENTE O CUANDO EL EMBARAZO SE PROLONGA (POSTMADUREZ); HAY QUE RECORDAR SIEMPRE QUE LA VIDA DE LA PLACENTA ES TAMBIÉN LA VIDA DEL PRODUCTO.

EL FETO DURANTE SU DESARROLLO SE VA PREPARANDO PARA EL NACIMIENTO, HACIENDO QUE SUS GLÁNDULAS TRABAJEN PARA QUE EN UN FUTURO SE ESTABLEZCA LA RESPIRACIÓN, TODO SU ORGANISMO TRABAJA, LO ÚNICO QUE NO HACE EL FETO ES RESPIRAR.

CUANDO EL NIÑO NACE ES INDISPENSABLE QUE RESPIRE INMEDIATAMENTE, PUESTO QUE SI SE DILATA EN RESPIRAR, LA CIRCULACIÓN CEREBRAL DISMINUIRÁ Y ALGUNAS CÉLULAS ENCEFÁLICAS SE DESTRUIRÁN; ESTA SITUACIÓN PUEDE

PRESENTARSE CUANDO A LA MADRE SE LE ADMINISTRAN EXAGERADA O INDEBIDAMENTE, MEDICAMENTOS ANESTÉSICOS, YA QUE ESTOS DEPRIMEN A LA MADRE Y AL PRODUCTO, DIFICULTANDO EL ESTABLECIMIENTO NORMAL DE LA RESPIRACIÓN Y LA CIRCULACIÓN EN EL MOMENTO DEL NACIMIENTO; TAMBIÉN LA POSICIÓN DE LA MADRE DURANTE EL PARTO (ACOSTADA SOBRE SU ESPALDA) HACE QUE LA ARTERIA AORTA Y VENA CAVA SEAN COMPRIMIDAS POR LA MATRIZ Y CON ELLO SE REDUCE NOTABLEMENTE LA LLEGADA DE SANGRE MATERNA HACIA EL PRODUCTO.

TRABAJO DE PARTO DISTÓSICO. CUALQUIER ALTERACIÓN O COMPLICACIÓN DEL TRABAJO DE PARTO TENDRÁ COMO CONSECUENCIA UN RIESGO PARA EL FETO, QUE EN EL PEOR DE LOS CASOS, LLEVARÁ A LA MUERTE.

EL TRABAJO DE PARTO DISTÓSICO ES AQUEL PARTO DIFÍCIL QUE NO SIGUE LA MARCHA NORMAL, ESTA SITUACIÓN IMPLICA PARA EL FETO UNA DISMINUCIÓN DE SU APORTE CIRCULATORIO Y DE SU OXIGENACIÓN, POR ESTA LIMITACIÓN DE OXÍGENO LLAMADA TAMBIÉN HIPOXIA, MUCHAS CÉLULAS ENCEFÁLICAS SE LESIONARÁN O MORIRÁN PROVOCANDO DEFICIENCIA MENTAL EN EL NIÑO.

LAS DISTOSIAS MÁS FRECUENTES SON :

A) POR ALTERACIONES DE LA CONTRACCIÓN

- EL TRABAJO DE PARTO PROLONGADO POR DEFICIENCIA DE CONTRACCIÓN O RIGIDEZ DE PARTES BLANDAS DE LA MADRE, ESTO SUCEDE GENERALMENTE CON LAS MADRES PRIMIGESTAS DE EDAD AVANZADA.

- LA IRREGULARIDAD O DESARMONÍA DE LAS CONTRACCIONES UTERINAS, ACONTECE ESTO EN LAS MADRES TENSAS PSICOLÓGICAMENTE, TEMEROSAS, NO RELAJADAS, ETC.

- EN PRESENCIA DE DIFICULTADES FÍSICAS DEL CANAL DE PARTO QUE OBLIGA A QUE LA MATRIZ SE CONTRAIGA MÁS FRECUENTEMENTE Y VIOLENTAMENTE.

- SI SE ADMINISTRAN MEDICAMENTOS ESTIMULANTES DE LA CONTRACCIÓN EN CANTIDADES ADECUADAS.

B) POR PROBLEMAS INHERENTES A LA POSICIÓN DEL PRODUCTO

- SITUACIÓN TRANSVERSA DEL NIÑO.

- PRESENTACIÓN PÉLVICA DEL PRODUCTO.
- PRESENTACIÓN DE CARA.

EN MUCHOS DE LOS CASOS SÓLO BASTARÁN ALGUNAS MANIOBRAS DEL OBSTETRA PARA RESOLVER EL CASO Y EVITAR EL SUFRIMIENTO FETAL Y LA HIPOXIA, PERO OTRAS VECES HAY QUE REQUERIR A LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA CESÁREA.

SI LA MANIOBRA, LA CIRUGÍA O EL FÓRCEPS SON INOPORTUNOS O INDEBIDOS SE EXAGERARÁ LA HIPOXIA DEL NIÑO Y PROBABLEMENTE SE PRODUCIRÁ TAMBIÉN ALGÚN TRAUMATISMO DEL CRÁNEO O ALGUNA HEMORRAGIA INTRACRANEANA.

C) POR PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA ESTRUCTURA ÓSEA DE LA MADRE

- EL PROBLEMA PRINCIPAL ES LA ESTRECHEZ PÉLVICA DE LA MADRE, EN ESTOS CASOS LO QUE SE RECOMIENDA ES LA OPERACIÓN CESÁREA. EN LA CESÁREA EL PRODUCTO TIENE RIESGO CUANDO SE EXTRAE VIOLENTAMENTE Y SU RESPIRACIÓN NO SE ESTABLECE, SI EL FETO ASPIRA LÍQUIDO AMNIÓTICO O SI ESTA OPERACIÓN SE REALIZA CON PREMATUREZ DEL PRODUCTO. LA DIFICULTAD RESPIRATORIA ENGENDRA LA DEPRESIÓN CIRCULATORIA Y REDUCCIÓN DE LA CIRCULACIÓN ENCEFÁLICA, DAÑÁNDOSE ASÍ LAS CÉLULAS DEL CEREBRO.

D) POR PROBLEMAS ACCIDENTALES O IMPREVISIBLES

- CUANDO EL CORDÓN UMBILICAL HACE CIRCULARES, SE ANUDA O ESTÁ COMPRIMIDO.

- CUANDO EXISTE UN DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE LA PLACENTA O SE PRESENTA LA PLACENTA PREVIA, ES DECIR, PRIMERO SE PRESENTA LA PLACENTA Y LUEGO EL NIÑO.

CUALQUIER CIRCUNSTANCIA QUE HAGA DISMINUIR EL APORTE DE SANGRE AL PRODUCTO ORIGINARÁ CON ÉL LA NECESIDAD DE AUMENTAR LA FRECUENCIA DEL LATIDO DE SU CORAZÓN, PARA COMPENSAR ASÍ LA DEFICIENCIA DE APORTE, PERO SI LA CARENCIA ES MAYOR O MÁS PROLONGADA, EL FETO YA NO TIENE CAPACIDAD DE TAL COMPENSACIÓN Y SU LATIDO CARDIACO EN VEZ DE AUMENTAR, SE DISMINUIRÁ, LO QUE INDICARÁ MAYOR GRAVEDAD Y EXIGIRÁ UNA ACTUACIÓN RÁPIDA DEL OBSTETRA. POR LO MISMO, SIEMPRE ES NECESARIO QUE EL OBSTETRA DETECTE CON TIEMPO EL SUFRIMIENTO

FETAL AGUDO Y CRÓNICO A TRAVÉS DE LOS DIFERENTES ESTUDIOS, TALES COMO EL DE AMNIOSENTESIS, TOCOCARDIOGRAFÍA, PERFIL BIOFÍSICO FETAL, ETC.

CUANDO EL NIÑO NACE, SI EL PARTO HA SIDO BIEN ATENDIDO, SI NO HUBO COMPLICACIÓN, SI EL PRODUCTO ES DE TÉRMINO, DEBE INICIAR SU RESPIRACIÓN Y EMPEZAR A GRITAR O LLORAR Y A MOVERSE. SI ESTO SUCEDE, EL MÉDICO DEBE REANIMARLO Y ESTAR ATENTO AL LLANTO, A LA RESPIRACIÓN, A LOS REFLEJOS, AL COLOR DE SUS TEJIDOS (UN RECIÉN NACIDO SONROSADO ES DE BUEN PRONÓSTICO MIENTRAS QUE UN PÁLIDO ES DE PREOCUPACIÓN) Y LA LASITUD DE SUS MIEMBROS, DEBE HACER LA VALORACIÓN DEL NIÑO AL NACER.

POR ÚLTIMO, HAY QUE TENER PRESENTE LO SIGUIENTE: MIENTRAS MÁS TARDE EL NIÑO EN RESPIRAR, MENOS OXÍGENO TENDRÁ, MIENTRAS MÁS TARDE EN RESTABLECER SU TRABAJO CARDIACO, MAYOR RIESGO DE ANOXIA CEREBRAL EXISTIRÁ. BASTAN 5 MINUTOS SIN OXIGENACIÓN PARA DESTRUIR IRREMEDIABLEMENTE CIERTO NÚMERO DE CÉLULAS CEREBRALES, LAS CUALES NUNCA PODRÁN REEMPLAZARSE PORQUE EL CEREBRO DE CADA PERSONA ESTÁ DOTADO DESDE SU FORMACIÓN POR UN DETERMINADO NÚMERO DE NEURONAS, ESTO QUIERE DECIR QUE LA CÉLULA CEREBRAL NO ES REGENERABLE. ÉSTA ES UNA DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE LA DEFICIENCIA MENTAL.

TRAUMATISMOS DE ORDEN PSICOLÓGICO. ÉSTOS SE PRESENTAN CUANDO LA MADRE DURANTE LOS PRIMEROS TRES MESES DEL EMBARAZO ESTÁ SOMETIDA A UN TRAUMA PSÍQUICO INTENSO Y PRESENTA TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS GRAVES COMO PUEDEN SER UNA BAJA BRUSCA O INTENSA DE LA TENSIÓN ARTERIAL; ESTA SITUACIÓN INFLUYE NEGATIVAMENTE EN LA PSICOPATOLOGÍA CEREBRAL DEL FETO, DAÑANDO SU CEREBRO.

LOS TRAUMAS PSICOLÓGICOS TAMBIÉN PUEDEN PRESENTARSE EN LOS PRIMEROS AÑOS DE LA VIDA DEL NIÑO, PRODUCIENDO PERTURBACIONES EN LAS RELACIONES DEL NIÑO CON SU MEDIO, IMPIDIÉNDOLE BENEFICIARSE CON LAS CARACTERÍSTICAS COGNOCITIVAS Y AFECTIVAS DEL MISMO. ÉSTOS FACTORES PSICOLÓGICOS PUEDEN SER: PATRONES CULTURALES, CONDICIONES SOCIALES, SITUACIONES ACONÓMICAS, ETC.

LOS FACTORES PSICOLÓGICOS SON MUY IMPORTANTES PORQUE TIENEN

AFINIDAD CON LAS MANIFESTACIONES AFECTIVO-EMOCIONALES Y LA CONDUCTA DEL SER HUMANO. FRECUENTEMENTE ESTOS FACTORES SE ASOCIAN A LOS AGENTES QUE PRODUCEN LESIONES ORGÁNICAS O BIEN, CUANDO EXISTE UNA PREDISPOSICIÓN CONSTITUCIONAL SE DESARROLLA EN EL NIÑO UN MECANISMO DE DEFENSA, EL NIÑO SE SIENTE MENOS APTO QUE LOS DEMÁS Y ENTONCES EXAGERA SUS DIFICULTADES PSICOLÓGICAS Y AMBIENTALES.

LOS PRINCIPALES FACTORES DE ORDEN PSICOLÓGICO SON LOS SIGUIENTES:

- LA ANSIEDAD DEL NIÑO HACE QUE SE DISMINUYA EL FUNCIONAMIENTO CEREBRAL.

- CARENCIAS AFECTIVAS Y EDUCACIONALES.

- EL ABANDONO PRECOZ DE LOS PADRES.

- LA TIRANÍA O SOBREPOTECCIÓN PATERNAS.

- LOS TRAUMATISMOS AFECTIVOS REPETIDOS EN LA PRIMERA INFANCIA, ETC.

ANTES DE CONCLUIR ESTE TEMA ES NECESARIO MENCIONAR QUE LA LESIÓN FÍSICA DE CUALQUIER TIPO EN EL NIÑO PUEDE PROVENIR POR ALGÚN ACCIDENTE O DE UNA AGRESIÓN DELIBERADA Y PROVOCAR UN DAÑO CEREBRAL Y OCASIONAR DEFICIENCIA MENTAL. ESTAS LESIONES TOMAN UNA GRAN VARIEDAD DE FORMAS Y NO EXISTE NINGÚN PATRÓN PRECISO DE SÍNTOMAS.

1.2.1.5. FACTORES DE ORDEN AMBIENTAL

LA PERSONALIDAD DE LOS PADRES, LOS FACTORES SOCIOCULTURALES Y SOCIOECONÓMICOS CONSTITUYEN EL AMBIENTE DENTRO DEL CUAL SE DESENVUELVE EL NIÑO, TODOS ESTOS ASPECTOS SON MUY IMPORTANTES PORQUE INFLUYEN POSITIVA O NEGATIVAMENTE EN ÉL, Y LE FORJAN SU PERSONALIDAD .

SE HA COMPROBADO QUE EL AMBIENTE SOCIAL ES UN FACTOR DETERMINANTE PARA PROVOCAR TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD; EN EL CASO DE LOS DEFICIENTES MENTALES GENERALMENTE ESTE AMBIENTE SE VUELVE MÁS NEGATIVO PARA ELLOS, OBSTACULIZANDO SU INTEGRACIÓN A LA SOCIEDAD.

ENTRE LOS FACTORES QUE ORIGINAN Y PROMUEVEN DIRECTAMENTE LA DEFICIENCIA MENTAL SE ENCUENTRAN :

- LA VIDA ANTIHIGIÉNICA, PUESTO QUE, AL VIVIR EN UN LUGAR INSALUBRE Y SIN HÁBITOS DE LIMPIEZA, ES MÁS FÁCIL CONTRAER INFECCIONES,

PARASITOSIS E INTOXICACIONES.

- CARENCIAS ECONÓMICAS, LAS CUALES GENERAN DESNUTRICIÓN DE LA MADRE GESTANTE Y DE LOS NIÑOS, VIVIENDAS INSALUBRES, FALTA DE CUIDADOS MÉDICOS, ESPECIALMENTE INADECUADA ATENCIÓN OBSTÉTRICA, EDUCACIÓN DEFICIENTE, POCAS POSIBILIDADES DE SUPERACIÓN, ETC.

- BAJO NIVEL CULTURAL DE LOS PADRES, QUIENES EN MUCHAS OCASIONES DESCONOCEN LOS CUIDADOS QUE REQUIEREN SUS HIJOS, NO LES PROPORCIONAN LOS MEDIOS NECESARIOS NI LOS ESTÍMULOS PARA QUE SE DESARROLLEN INTEGRALMENTE COMO PERSONAS, EN LOS CASOS DE DEFICIENCIA MENTAL, DESCONOCEN EL PROBLEMA, SUS CAUSAS, LOS CUIDADOS QUE NECESITAN, SU EDUCACIÓN Y NO LE PROPORCIONAN LA ATENCIÓN QUE DEMANDA.

POR ÚLTIMO, ES NECESARIO MENCIONAR QUE EL FACTOR HUMANO ES DE GRAN IMPORTANCIA PARA LA ATENCIÓN, TRATAMIENTO E INCORPORACIÓN SOCIAL DEL DEFICIENTE MENTAL.

1.2.2. CAUSAS DE ACCIÓN POR MECANISMOS DE ORDEN CRONOLÓGICO

ESTA CLASIFICACIÓN DE LAS CAUSAS DE LA DEFICIENCIA MENTAL TOMA EN CONSIDERACIÓN EL MOMENTO EN DÓNDE ÉSTA CAUSA INTERVIENE.

1.2.2.1. CAUSAS PRECONCEPCIONALES

ESTAS CAUSAS SE PRESENTAN ANTES DE LA CONCEPCIÓN HUMANA, ES DECIR, ANTES DE QUE SE LLEVE A CABO LA UNIÓN DE LOS ELEMENTOS MASCULINO (ESPERMATOZOIDE) Y FEMENINO (ÓVULO) PARA FORMAR EL HUEVO FECUNDADO QUE SE TRANSFORMARÁ EN UN NUEVO SER.

LA DEFICIENCIA MENTAL ES OCASIONADA POR LAS MODIFICACIONES Y TRANSFORMACIONES QUE ANORMALMENTE SUFRE EL MATERIAL GENÉTICO O POR LOS DESÓRDENES METABÓLICOS DE LAS PROTEÍNAS, GLÚCIDOS, LÍQUIDOS O DE LOS DIVERSOS METABOLITOS, DENOMINÁNDOSE A ESTOS DESÓRDENES, ERRORES INNATOS DEL METABOLISMO.

EXISTEN DOS FACTORES QUE ESTÁN EN RELACIÓN DIRECTA CON LAS CAUSAS PRECONCEPCIONALES: LA EDAD DE LOS PROGENITORES Y EL ESTADO NORMAL O ANORMAL DE LA INTEGRIDAD ANATOMOFUNCIONAL DE LOS ÓRGANOS SEXUALES.

DENTRO DE LAS ALTERACIONES GENÉTICAS ENCONTRAMOS :

- EL SÍNDROME DE DOWN
- SÍNDROME DEL MAULLIDO DE GATO
- SÍNDROME DE KLINEFELTER
- SÍNDROME DE TURNER
- SÍNDROME DE RUBINSTEIN
- SÍNDROME DE EDWARDS, ETC.

DENTRO DE LOS ERRORES INNATOS DEL METABOLISMO TENEMOS:

- FENILKETONURIA O FCU
- GALACTOSEMIA
- CRETINISMO, ETC.

TAMBIÉN SE HA OBSERVADO QUE EL LSD INGERIDO POR LOS PADRES ANTES DE LA CONCEPCIÓN PRODUCE ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS, LOS NIÑOS PRESENTAN MÚLTIPLES MALFORMACIONES ÓSEAS, POLIDACTILIA, ANOMALÍAS RENALES Y GENITALES, OREJAS ANORMALES Y DEFICIENCIA MENTAL.

LA SÍFILIS Y EL ALCOHOLISMO OCASIONAN ALTERACIONES A LOS GENES, LA PRIMERA DE ELLAS PUEDE TAMBIÉN AFECTAR DE MANERA DIRECTA O INDIRECTA A TRAVÉS DE UNA PREMATUREZ, UNA SEPTICEMIA, NEFRITIS, HEMORRAGIA, ETC., SEGUIDA DE UN DAÑO NEUROLÓGICO.

SEGÚN ALGUNOS ESTUDIOS REALIZADOS EN MÉXICO, LAS CAUSAS PRECONCEPCIONALES NO OCUPAN UN LUGAR ALTO EN LA INCIDENCIA DE LA DEFICIENCIA MENTAL, DEBIDO A LA POCA VIABILIDAD QUE TIENEN LOS PRODUCTOS QUE PRESENTAN ALTERACIONES GENÉTICAS.

1.2.2.2. CAUSAS CONCEPCIONALES

EN EL MOMENTO DE LA CONCEPCIÓN PUEDEN PRESENTARSE TAMBIÉN ALTERACIONES DE LOS CROMOSOMAS, Y PARTICULARMENTE DE SUS GENES, ALTERACIONES QUE ESTÁN SUJETAS A LA SALUD FÍSICA Y MENTAL DE LOS PADRES.

PARA LA NORMAL REALIZACIÓN DE LA CONCEPCIÓN ES NECESARIA LA INTEGRIDAD DE LA SALUD FÍSICA Y MENTAL DE LOS PROGENITORES EN TALES MOMENTOS. CUALQUIER TRASTORNO PSICOSOMÁTICO, YA SEA UNA MALFORMACIÓN

O ALTERACIÓN FUNCIONAL DEL SISTEMA GENITAL DEL HOMBRE, Y MUY PARTICULARMENTE DE LA MUJER, O LA ACCIÓN DE DIVERSOS FACTORES MORBOSOS, PUEDEN MODIFICAR LA CONSTITUCIÓN BIOQUÍMICA DE LOS GAMETOS Y HASTA LOS PROCESOS DE LA FUSIÓN DEL MATERIAL GENÉTICO DURANTE LA MEIOSIS, OCASIONANDO DEFICIENCIA MENTAL.

DENTRO DE LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CONCEPCIÓN ANORMAL SE ENCUENTRAN:

- LAS CARENCIAS ALIMENTICIAS DE LOS PROGENITORES.
- SURMENAGE, ES DECIR, UNA ENFERMEDAD PRODUCIDA POR LA PROLONGACIÓN DEL EJERCICIO MÁS ALLÁ DE LA SENSACIÓN DE FATIGA.
- LA INMADUREZ O ENVEJECIMIENTO DE LOS OVARIOS.
- EL ALCOHOLISMO, DEBIDO A QUE EL ESPERMATOZOIDE ES SENSIBLE ANTE ESTE TÓXICO.
- ALTERACIONES DE LAS CÉLULAS GERMINALES POR ANOMALÍAS DEL TESTÍCULO O DEL OVARIO.

1.2.2.3. CAUSAS POSTCONCEPCIONALES

ESTAS CAUSAS SE DIVIDEN EN CUATRO SUBGRUPOS QUE SON:

- A) PRENATALES
- B) PERINATALES
- C) POSTNATALES
- D) AMBIENTALES

A) CAUSAS PRENATALES

DURANTE LA VIDA INTRAUTERINA O "IN ÚTERO" EXISTEN UN GRAN NÚMERO DE CIRCUNSTANCIAS QUE PUEDEN MODIFICAR ANORMALMENTE EL DESARROLLO DEL FETO Y AFECTAR TAMBIÉN A LA MADRE, ESTAS CIRCUNSTANCIAS SE CLASIFICAN DE LA SIGUIENTE MANERA:

1.- INFECCIONES O PARASITOSIS

DURANTE LOS PRIMEROS TRES MESES DEL EMBARAZO, LA MADRE PUEDE ADQUIRIR ALGUNA ENFERMEDAD VIRAL QUE AFECTA AL FETO, COMO PUEDEN SER: LA VARICELA, EL SARAMPiÓN, LA RUBÉOLA, ETC., O ALGUNA PARASITOSIS,

COMO LA TOXOPLASMOSIS, LA CUAL SE PRESENTA FRECUENTEMENTE EN MÉXICO.

2.- POR ACCIÓN TÓXICA

PUEDE TRATARSE DE UNA INTOXICACIÓN ENDÓGENA O EXÓGENA, EN EL PRIMER CASO SE ENCUENTRA LA DIABETES, LA TOXEMIA O ACETONURIA. EN EL SEGUNDO CASO SE CONSIDERAN: INTOXICACIÓN POR MONÓXIDO DE CARBONO, PLOMO O MERCURIO; EL ALCOHOLISMO CRÓNICO DE LAS MADRES GESTANTES, EXPOSICIÓN A RAYOS X, O CUALQUIER USO INMODERADO DE MEDICAMENTOS O DROGAS DURANTE LOS PRIMEROS TRES MESES DEL EMBARAZO, LOS CUALES SON MUY PERJUDICIALES PARA EL FETO.

3.- POR ACCIÓN TRAUMÁTICA

DENTRO DE ESTE APARTADO SE CONSIDERAN LOS TRAUMATISMOS INTENSOS SOBRE EL ÚTERO EN GENERAL Y LOS TRAUMATISMOS POR TENTATIVAS DE ABORTO PROVOCADAS POR INSTRUMENTOS.

4.- POR INCOMPATIBILIDAD SANGUÍNEA

GENERALMENTE SE PRODUCE POR LA FORMACIÓN DE ANTICUERPOS MATERNOS ANTI RH, EN MÉXICO SE PRESENTAN VARIOS CASOS DE DEFICIENCIA MENTAL POR ESTA CAUSA.

5.- OTRAS CONDICIONES PATÓGENAS

SE ENCUENTRAN AQUÍ LOS TRASTORNOS METABÓLICOS Y ENDÓCRINOS DE LA MADRE, LA ECLAMPSIA, LA EDAD DE LA MADRE Y LAS TENTATIVAS DE ABORTO.

EN ESTA ETAPA DE LA PRENATALIDAD INTERVIENE DE MANERA NOTABLE EL GRADO DE DESNUTRICIÓN DE LA MADRE, EL QUE REPERCUTE A SU VEZ, EN LA PREMATUREZ, EN LA GEMELARIDAD Y EN EL TRAUMATISMO DEL PARTO.

DESPUÉS DE VARIAS INVESTIGACIONES, SE HA COMPROBADO QUE LOS FACTORES GENÉTICOS ESTÁN LIGADOS CON LA DESNUTRICIÓN DE LA MADRE Y EL NIÑO, Y ESTOS, A SU VEZ, CON LAS CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS Y SOCIOCULTURALES FAMILIARES PARA INFLUIR DE MANERA DIRECTA EN LA INCIDENCIA DE DEFICIENCIA MENTAL.

B) CAUSAS PERINATALES

ESTAS CAUSAS CONSTITUYEN EN MÉXICO, EL 40% DE LOS DEFICIENTES MENTALES.

EL TRAUMATISMO DEL PARTO OCUPA UN LUGAR RELEVANTE COMO GENERADOR DE LA DEFICIENCIA MENTAL, Y SE PRESENTA COMO HIPERTONÍA UTERINA; PLACENTA PREVIA; ESTRECHEZ PÉLVICA; TRAUMATISMOS Y HEMORRAGIAS CRANEOENCEFÁLICAS, PROVOCADAS POR LA APLICACIÓN DE FÓRCEPS O CESÁREAS SIN INDICACIÓN ADECUADA O IRRACIONALMENTE; ANOMALÍAS DEL CORDÓN (CIRCULAR, ATRESIA O PROCIDENCIA); LA PREMATUREZ, QUE GENERA EN UN 50 % DEFICIENCIA MENTAL; LA ANALGESIA Y LA ANESTESIA IRRACIONALES Y LAS PRESCRIPCIONES INADECUADAS EN ESTOS MOMENTOS.

LA DEFICIENCIA MENTAL TAMBIÉN PUEDE DEBERSE A LAS COMPLICACIONES DEL PARTO, DIRECTAMENTE CAUSADAS POR LOS BAJOS PATRONES CULTURALES FAMILIARES Y LAS CONDICIONES NEGATIVAS DEL MEDIO AMBIENTE.

A CONTINUACIÓN SE PRESENTA UN ESTUDIO DE 812 CASOS QUE REALIZÓ EL DR. GUILLERMO CORONADO EN LOS AÑOS DE 1970 Y 1977.

CUADRO 2
ETIOLOGIA DE ORDEN PERINATAL EN 812 CASOS
DE DEFICIENCIA MENTAL⁺

CAUSAS	NÚM. DE CASOS	PORCENTAJE
TRAUMATISMO OBSTÉTRICO (CON 89 CASOS POR HIPOXIA GRAVE)	157	19.3 %
POR GEMELARIDAD	14	1.8 %
POR PREMATUREZ	124	15.6 %
POR CESÁREA	4	0.4 %
TOTAL	302	37.1 %
POR OTRAS CAUSAS	510	
ESTUDIO DE . . . 812 CASOS		

⁺ FUENTE: CORONADO, GUILLERMO. TRATADO SOBRE... 87 P.

c) CAUSAS POSTNATALES

LAS CAUSAS POSTNATALES SE PRESENTAN DESDE LOS PRIMEROS DÍAS DEL RECIÉN NACIDO HASTA ALREDEDOR DE LOS SIETE AÑOS DE VIDA, ES DECIR, ABARCA LA PRIMERA Y LA SEGUNDA INFANCIA.

ESTAS CAUSAS POSTNATALES PUEDEN SER INFECCIOSAS, TÓXICAS, TRAUMÁTICAS O AMBIENTALES. ENTRE LAS INFECCIOSAS SE ENCUENTRAN LA MENINGITIS, ENCEFALITIS Y MENINGOENCEFALITIS AGUDAS DE ORIGEN VIRAL, O A CONSECUENCIA DE UNA COMPLICACIÓN NEUMÓNICA Y SOBRE TODO SI SE TRATA DE UNA NEUMONÍA ATÍPICA O DE UNA NEUMONÍA CRÓNICA TUBERCULOSA, O COMO RESULTADO DE UNA PRIMOINFECCIÓN POR ALGUNA DE LAS FIEBRES ERUPTIVAS INFANTILES, O DESPUÉS DE UNA GRAVE TOS FERINA. ENTRE LAS TOXI-INFECCIONES, ES MUY COMÚN EL CÓLERA INFANTIL.

LA DEFICIENCIA MENTAL TAMBIÉN PUEDE SER GENERADA POR LOS TRAUMATISMOS CRANEANOS SERIOS QUE SUFRE EL NIÑO, LOS CUALES DAÑAN LA MASA ENCEFÁLICA Y POR LO REGULAR SE PRESENTAN CON FRACTURA DE LA BÓVEDA O DE LA BASE DEL CRÁNEO.

d) CAUSAS AMBIENTALES

LA INFLUENCIA DEL MEDIO AMBIENTE ESTÁ PRESENTE DURANTE LA GENERACIÓN DE LA DEFICIENCIA MENTAL FAVORECIENDO EL DESARROLLO DE LOS OTROS ELEMENTOS CAUSALES O ACTUANDO SÓLO A TRAVÉS DE LAS DIFERENTES ETAPAS, O SEA, DESDE LA CONCEPCIÓN HASTA LOS SIETE PRIMEROS AÑOS DE LA VIDA DEL NIÑO.

ENTRE LAS CIRCUNSTANCIAS QUE OBRAN NEGATIVAMENTE EN EL AMBIENTE FAMILIAR DEL NIÑO PARA PRODUCIR DEFICIENCIA MENTAL SE ENCUENTRAN: LA NEGATIVIDAD DE UNA BUENA Y RACIONAL ALIMENTACIÓN, LA HIGIENE PERSONAL, Y GENERAL, LA PROMISCUIDAD, EL HACINAMIENTO, LAS PRIVACIONES ECONÓMICAS, LAS CARENCIAS DE ORDEN AFECTIVO EN EL NÚCLEO FAMILIAR, LAS CUALES DISMINUYEN LAS POTENCIALIDADES ORGÁNICAS DEL NIÑO, LAS ANGUSTIAS, TENSIONES EMOCIONALES Y LOS GRAVES PROBLEMAS AFECTIVOS DE LOS COMPONENTES INTERACTIVOS DE LA FAMILIA, ETC.

SE HA COMPROBADO QUE LAS COMPLICACIONES DEL PARTO SON MANIFESTACIONES DE LA BAJA CALIDAD DE LOS PATRONES CULTURALES FAMILIARES,

EN ESPECIAL LOS DE LA MADRE, PUES ELLA TIENE UNA INFLUENCIA POSITIVA O NEGATIVA EN TODAS LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS.

A CONTINUACIÓN SE PRESENTA UN ESTUDIO SOBRE LA ETIOLOGÍA DE LA DEFICIENCIA MENTAL, REALIZADO POR EL DR. GUILLERMO CORONADO.

ETIOLOGIA DE LA DEFICIENCIA MENTAL[†]
(CASOS CLÍNICOS ESTUDIADOS POR EL DR.G.CORONADO, MÉXICO, 1977)

C A U S A S	No. DE CASOS	PORCENTAJE
PREMATUREZ	127	15.6 %
HIPOXIA	89	10.9 %
TRAUMATISMO OBSTÉTRICO	68	8.3 %
MENINGOENCEFALITIS 1A. Y 2A. INFAS.	58	7.1 %
GENÉTICO-NUTRICIONALES	42	5.1 %
EPILEPSIA Y DM,	42	5.1 %
SÍNDROME DE DOWN	41	5.0 %
TRAUMATISMO CRANEANO, 1A. 2A. INFAS,	20	2.4 %
TRAUMATISMO OBSTÉTRICO DE GEMELARIDAD	14	1.7 %
CÓLERA INFANTIL/LACTANCIA	11	1.3 %
CRETINISMO	8	0.9 %
INCOM./SANGUÍNEA P/RH	5	0.6 %
TRAUMATISMO/PARTO CON CESÁREA	4	0.5 %
DESNUTRICIÓN GRAVE/EMBARAZO	2	0.2 %
HEPATITIS VIRAL/EMBARAZO	2	0.2 %
RUBÉOLA/EMBARAZO	1	0.1 %
DIABETES/EMBARAZO	1	0.1 %
POR CAUSAS DESCONOCIDAS	277	34.1 %

T O T A L 812 CASOS

[†] FUENTE: CORONADO, GUILLERMO. TRATADO... 89 PP.

1.3. CLASIFICACIÓN DE LA DEFICIENCIA MENTAL DE ACUERDO A SU INTENSIDAD

EXISTEN VARIAS CLASIFICACIONES DE LA DEFICIENCIA MENTAL DE ACUERDO A SU INTENSIDAD, ES DECIR, TOMANDO EN CUENTA EL GRADO DE COCIENTE INTELECTUAL (CI) QUE POSEE UNA PERSONA; EL CI SE OBTIENE A TRAVÉS DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS ESPECÍFICAS E INDICA EL MAYOR O MENOR GRADO DE NIVEL INTELECTUAL QUE SE TIENE, LA CAPACIDAD DE RAZONAMIENTO Y DE APRENDIZAJE.

A CONTINUACIÓN DAREMOS DOS CLASIFICACIONES: LA PROPUESTA POR LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA Y LA DEL DR. GUILLERMO CORONADO.

CLASIFICACION EN TERMINOS DE COCIENTE INTELECTUAL (SEP)

LEVE	50 - 70
MODERADO	35 - 50
SEVERO	20 - 35
PROFUNDO	0 - 20

PARA ESTOS DIAGNÓSTICOS SE TOMAN EN CUENTA LAS ALTERACIONES ORGÁNICAS PRESENTADAS POR LA PERSONA, Y SÓLO SE DIAGNOSTICA DEFICIENCIA MENTAL LEVE CUANDO SE ENCUENTRAN EVIDENCIAS DE COMPROMISO ORGÁNICO.

EN LOS CASOS DE DEFICIENCIA MENTAL LEVE, EL PROPÓSITO ES INTEGRARLOS A UNA ESCUELA COMÚN Y DARLES APOYO A TRAVÉS DE LOS CENTROS PSICOPEDAGÓGICOS O DE LOS GRUPOS INTEGRADOS.

LOS DEFICIENTES MENTALES MODERADOS Y SEVEROS RECIBEN ESTIMULACIÓN TEMPRANA Y UN TRATAMIENTO PEDAGÓGICO EN LAS ESCUELAS DE EDUCACIÓN ESPECIAL.

AÚN NO HAY APOYO OFICIAL PARA LOS DEFICIENTES MENTALES PROFUNDOS POR CONSIDERARLOS DE CUSTODIA.

CUADRO SINOPTICO SOBRE LAS FORMAS CLINICAS
DE LA DEFICIENCIA MENTAL[†]

- I. DEFICIENCIA MENTAL DE PRIMER GRADO (EDUCABLES) CI = 95/66 (PRIMACÍA DEL MAESTRO PSICÓLOGO EN EL EQUIPO MULTIPROFESIONAL)
- A. DE FRONTERA (LÍMITROFES) (BORDERLINE)
- A) DAÑO CEREBRAL MÍNIMO.
 - B) AUSENCIA DE SINTOMATOLOGÍA (SIC) SOMÁTICA.
 - C) DIFICULTAD EN MOVIMIENTOS FINOS.
 - D) PERTURBACIONES PARA LA IDEACIÓN, LA CONCEPTUALIZACIÓN Y EL JUICIO.
 - E) DIFICULTADES PARA LA LECTOESCRITURA Y EL CÁLCULO.
 - F) HIPERQUINESIA.
 - G) INADAPTACIÓN SOCIAL DISCRETA.
 - H) CON TRATAMIENTO ADECUADO, APARENTE NORMALIDAD.
(PUEDEN REALIZAR ALGUNA CARRERA SUPERIOR, PERO CON FRACASO PROFESIONAL).
- B. SUBNORMAL CI = 90/81
- A) DAÑO CEREBRAL LEVE.
 - B) AUSENCIA DE SINTOMATOLOGÍA SOMÁTICA.
 - C) HIPOEVOLUCIÓN DISCRETA DE LA PSICOMOTRICIDAD Y DEL LENGUAJE.
 - D) DIFICULTAD DE MOVIMIENTOS FINOS.
 - E) PERTURBACIONES PARA LA IDEACIÓN, LA CONCEPTUACIÓN, EL JUICIO Y LA MEMORIA.
 - F) MAYORES DIFICULTADES PARA EL APRENDIZAJE EN GENERAL.
 - G) MAYOR DIFICULTAD PARA EL CÁLCULO.
 - H) PERCEPTIBLES PERO DISCRETOS TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN HUMANA.
 - I) PROBLEMAS DE CONDUCTA O HIPERQUINESIS Y AVECES CON AGRESIVIDAD.
- C. SUPERFICIAL CI = 80/66
- A) FRANCAS LESIONES CEREBRALES DIFUSAS (EEG).
 - B) SINTOMATOLOGÍA SOMÁTICA DISCRETA.
 - C) LIGERAS ANOMALÍAS CRANEOFACIALES, HIPOTROFIA CORPORAL, DEFORMACIONES - LEVES, ETC.
 - D) HIPOEVOLUCIÓN DE LA PSICOMOTRICIDAD Y DEL LENGUAJE.
 - E) INMADUREZ NEUROLÓGICA.
 - F) IMPRECIACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL.
 - G) PATOLOGÍA DE LA COMUNICACIÓN HUMANA APRECIABLE.
(TRASTORNOS DEL LENGUAJE, HIPOVISUALIDAD, ESTRABISMOS, HIPOACUSIAS, ETC.)
 - H) PROBLEMAS DE CONDUCTA Y EMOCIONALES DIVERSOS.
 - I) COMPLICACIONES MÚLTIPLES (EPILEPSIA).
 - K) DIFICULTADES DE ADAPTACIÓN.
- II. DEFICIENCIA MENTAL DE SEGUNDO GRADO (ENTRENABLES). CI = 65/31.
(PRIMACÍA DEL MÉDICO-MAESTRO-PSICÓLOGO)
- A) DAÑO CEREBRAL ACENTUADO, FOCAL O GENERALIZADO (EEG)
 - B) TRASTORNOS SOMÁTICOS MÁS NOTABLES QUE EN EL GRUPO ANTERIOR, ALGUNOS^{*}

CORREGIBLES (80% DE ASIMETRÍAS CRANEOFACIALES).

- C) TRASTORNOS NOTABLES DE LA COMUNICACIÓN HUMANA.
- D) TRASTORNOS EMOCIONALES VARIADOS Y AVECES SERIOS.
- E) TRASTORNOS PRICOSOCIALES ACENTUADOS Y REBELDES.
- F) COMPLICACIONES MÚLTIPLES DIVERSAS (EPILEPSIA).
- G) DIFICULTADES PARA SU INCORPORACIÓN SOCIAL.

B. SEVERA O SEMIPROFUNDA CI = 50/31

- A) DAÑO CEREBRAL GRAVE.
- B) SINTOMATOLOGÍA MÁS ACENTUADA QUE EN EL GRUPO ANTERIOR, EN GENERAL.
- C) MAYORES PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN HUMANA.
- D) SERIOS PROBLEMAS DE APRENDIZAJE.
- E) COMPLICACIONES MÚLTIPLES MÁS GRAVES.
- F) PUEDEN CUBRIR SUS NECESIDADES PRIMARIAS.
- G) DIFICULTADES PARA BASTARSE A SÍ MISMOS.
- H) DIFÍCIL INCORPORACIÓN SOCIAL, PERO PUEDEN DESEMPEÑAR TRABAJOS EN TALLERES PROTEGIDOS.

III. DEFICIENCIA MENTAL DE TERCER GRADO (DE CUSTODIA). CI = 30/0
(PRIMACÍA DEL MÉDICO EN EL E. MULTIPROFESIONAL).

A. PROFUNDA CI = 30/0

- A) GRAVES Y GENERALIZADAS LESIONES CEREBRALES.
- B) SERIOS Y GRAVES PROBLEMAS SOMÁTICOS. (DEFORMACIONES ÓSEAS, MUSCULARES, SENSORIALES, ETC.)
- C) GRAVES TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN, CON AUSENCIA AVECES DEL LENGUAJE.
- D) COMPLICACIONES MÚLTIPLES GRAVES Y NUMEROSAS.
- E) NO PUEDEN SATISFACER SUS NECESIDADES PRIMARIAS.
- F) INCAPACIDAD PARA BASTARSE A SÍ MISMOS.
- G) INSIGNIFICANTES POSIBILIDADES DE ADAPTACIÓN SOCIAL.

* FUENTE: CORONADO, GUILLERMO. TRATADO... 182 Y 183 PP.

1.4. DIAGNÓSTICO DE LA DEFICIENCIA MENTAL

DIAGNÓSTICO MÉDICO

EL EXAMEN DEBE REALIZARLO DE PREFERENCIA UN PEDIATRA, QUIEN LO CANALIZARÁ A UN NEURÓLOGO O NEUROCIRUJANO PARA QUE CORROBORE EL DIAGNÓSTICO Y LE DÉ EL TRATAMIENTO CORRESPONDIENTE.

ESTE EXAMEN INCLUYE CUATRO TIPOS DE EXPLORACIÓN:

A) EXAMEN MORFOLÓGICO: ES LA EXPLORACIÓN FÍSICA DE LA PERSONA CON EL FÍN DE DETECTAR POSIBLES LESIONES O SIGNOS DE DEFICIENCIA BASÁNDOSE PRINCIPALMENTE EN LA SOMATOMETRÍA, ESPECIALMENTE EN LA MEDICIÓN DEL PERÍMETRO CEFÁLICO Y DE LOS DIÁMETROS CRANEANOS, Y LA TALLA Y PESO.

B) LOCALIZACIÓN DE POSIBLES MALFORMACIONES O ALTERACIONES DEL METABOLISMO MEDIANTE EXÁMENES DE LABORATORIO, ELECTROENCEFALOGRAMAS, RADIOGRAFÍAS, TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA, ETC.

C) EXPLORACIÓN SENSORIAL PARA DETECTAR POSIBLES PROBLEMAS AUDITIVOS, VISUALES O DEL LENGUAJE.

D) EXAMEN NEUROLÓGICO PARA DIAGNÓSTICAS SIGNOS DE ATAXIA, ESPASTICIDAD, HEMIPLEJÍA O HEMIPARESI, ETC.

DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO

ESTE DIAGNÓSTICO DEBE REALIZARLO DE PREFERENCIA UN PSICÓLOGO ESPECIALIZADO EN EL ÁREA EDUCATIVA, Y TIENE COMO OBJETIVO PRINCIPAL EVALUAR LA CAPACIDAD DE LA PERSONA.

EL EXAMEN PSICOLÓGICO SE BASA EN LA APLICACIÓN DE LAS PRUEBAS DE INTELIGENCIA O TEST PSICOMÉTRICOS, LOS CUALES MIDEN EL DESARROLLO Y RENDIMIENTO INTELLECTUAL DE LAS PERSONAS, UTILIZANDO DOS TIPOS DE UNIDADES: LA EDAD MENTAL (EM) Y EL COCIENTE INTELLECTUAL (CI).

EM. EL CONCEPTO DE EDAD MENTAL SE REFIERE A LA CONSIDERACIÓN DE QUE A CADA EDAD CRONOLÓGICA (EC) DE UN SUJETO, CORRESPONDE A UN NIVEL DE INTELIGENCIA PROPIO DE ESA EDAD.

CI. EL COCIENTE INTELLECTUAL ES UNA UNIDAD ORIGINARIAMENTE DERIVADA DE LA EM COMO RESULTADO DE DIVIDIR (POR ESO SE LLAMA COCIENTE) LA EDAD MENTAL (EM) ENTRE LA EDAD CRONOLÓGICA (EC) (AMBAS EXPRESADAS

EN MESES) Y MULTIPLICADO POR 100 PARA EVITAR DECIMALES.⁷

EXISTEN VARIAS PRUEBAS DE INTELIGENCIA, ENTRE ELAS TENEMOS:

A) LA ESCALA DE Terman y Merrill, en la que se obtiene el CI a través de la evaluación del aspecto verbal, la coordinación psicomotriz, la imagen corporal y de las funciones de elaboración mental.

B) El Test Gestáltico Visomotor de Bender, es muy útil para detectar - síndromes orgánicos, principalmente cerebrales, puesto que proporciona el conocimiento del área visomotriz, desde el punto de vista neuronal.

C) La Escala de Maduración de Vineland, permite evaluar la psicomotricidad del niño, en relación con la dinámica familiar; con esta escala se obtiene el cociente de maduración psicossocial.

D) Escala de Inteligencia de Wechsler. Wechsler opina que la inteligencia está compuesta por varias aptitudes y que es un rasgo de la personalidad que puede ser acelerada o retrasada por diferentes factores. A través de esta escala, se puede comparar los resultados del rendimiento del niño en su capacidad verbal y de ejecución, además que permite conocer las habilidades y disposiciones que el niño puede desarrollar. Esta escala es aplicada en las escuelas de Educación Especial en México, por lo mismo a continuación se presentan sus características.

...LA WECHSLER INTELLIGENCE SCALE FOR CHILDREN (WISC), cubre en efecto aptitudes diversas.

LA ESCALA ORAL ESTÁ FORMADA POR SEIS SUB-TEST:

- LA INFORMACIÓN, O TESTS DE CONOCIMIENTO ESCOLAR Y DE CULTURA GENERAL.
- LA COMPRENSIÓN ACUDE AL SENTIDO COMÚN Y A CIERTA MADUREZ SOCIAL: QUÉ DEBE HACERSE CUANDO SE CORTA UNO UN DEDO.

LA ARITMÉTICA, PRUEBA DE CONOCIMIENTOS ESCOLARES, PERO TAMBIÉN DE POSIBILIDADES DE CONCENTRACIÓN Y DE MANEJO DE SÍMBOLOS.

- EL VOCABULARIO: MUY SATURADO DE FACTORES ORALES.

⁷ DEFICIENCIA MENTAL: GUÍA PARA PADRES. MÉXICO : CONFEDERACIÓN MEXICANA DE ASOCIACIONES EN PRO DEL DEFICIENTE MENTAL, 55 p.

- LA REPETICIÓN DE SERIES, DE CIFRAS, PRUEBA EN LA QUE FRACASAN POR LO GENERAL LOS NIÑOS VÍCTIMAS DE ANSIEDAD O INESTABLES, ASÍ COMO LOS QUE SUFRIERON RETRASOS EN EL LENGUAJE.

LA ESCALA DE LOGROS ESTÁ FORMADA POR 6 SUB-TEST:

- EL COMPLEMENTO DE IMÁGENES, QUE PERMITE EVALUAR LA CAPACIDAD DE OBSERVACIÓN Y DE ATENCIÓN.

EL ARREGLO DE IMÁGENES, QUE MIDE LA APTITUD PARA CAPTURAR Y COMPRENDER UNA SITUACIÓN QUE SE DESARROLLA EN EL TIEMPO. ÉSTA PRUEBA RECLAMA LA INTERVENCIÓN DEL LENGUAJE COMO VEHÍCULO DE UN PENSAMIENTO LÓGICO.

- CUBOS DE KOHS, QUE CONSISTEN EN RECONSTRUIR UNOS DIBUJOS GEOMÉTRICOS COLOREADOS CON CUBOS DE COLORES. RECURRE A LAS APTITUDES ANALÍTICAS Y SINTÉTICAS; NECESITA BUENA COORDINACIÓN VISUAL-MOTRIZ.

- EL ENSAMBLAJE, ESTIMA LA APTITUD PARA CAPTAR LAS RELACIONES ENTRE LOS DIFERENTES ELEMENTOS DEL CONJUNTO.

(ESTOS DOS ÚLTIMOS SUB-TEST PERMITEN ANALIZAR LAS CAPACIDADES DE ORGANIZACIÓN ESPACIAL).

- EL CÓDIGO QUE APRECIA LAS CAPACIDADES DE APRENDIZAJE Y DE ADAPTACIÓN, PERO NECESITA UNA PERCEPCIÓN VISUAL Y UNA COORDINACIÓN VISUAL-MOTRIZ SATISFACTORIA.

- LOS LABERINTOS. ÉSTA PRUEBA RECURRE A LAS FACULTADES DE ORGANIZACIÓN, DE ANTICIPACIÓN Y DE PREVISIÓN. PUEDE SER CONSIDERADA COMO TEST DE INTELIGENCIA. SE LE HA PODIDO CONCEDER UN VALOR PARTICULAR PARA PREDECIR LA ADAPTABILIDAD SOCIAL.⁸

PARA ESTABLECER EL DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO, ES NECESARIO APLICAR UNA BATERÍA DE PRUEBAS, NUNCA HAY QUE DETERMINAR EL CI POR UNA SOLA PRUEBA. TAMPOCO HAY QUE DETERMINAR DE MANERA FIJA SU DESARROLLO Y COMPORTAMIENTO FUTURO EN BASE AL CI, OBTENIDO EN LAS PRUEBAS, YA QUE ESTO SERÍA COMO DETENER E IMPEDIR QUE EL NIÑO LOGRE MODIFICAR SU ADAPTACIÓN AL MUNDO.

ADÉMÁS DE LAS PRUEBAS O TESTS DE INTELIGENCIA, EL PSICÓLOGO DEBE REALIZAR LA HISTORIA CLÍNICA DEL NIÑO PARA DETECTAR ALGUNA POSIBLE CAUSA DE DEFICIENCIA MENTAL Y ENTREVISTAS CON LOS PADRES PARA CONOCER EL AMBIENTE FAMILIAR EN QUE SE DESENVUELVE EL NIÑO

⁸ VOIZOT, BERNARD. EL DESARROLLO DE LA INTELIGENCIA EN EL NIÑO. MÉXICO: EDICIONES ROCA, 228 Y 229 PP.

Y EL GRADO DE ACEPTACIÓN O RECHAZO QUE TIENEN LOS PADRES HACIA SU HIJO, PARA PODER ESTABLECER EL TRATAMIENTO MÁS ADECUADO.

DIAGNÓSTICO PEDAGÓGICO

EN LAS ESCUELAS DE EDUCACIÓN ESPECIAL, EL DIAGNÓSTICO PEDAGÓGICO SE BASA EN LA EVALUACIÓN SOCIAL LLAMADA P-A-C (PROGRESS ASSESSMENT CHART) QUE SIRVE PARA VALORAR CUATRO ASPECTOS FUNDAMENTALES EN LA VIDA DEL NIÑO Y QUE SON :

1.- INDEPENDENCIA PERSONAL, ESTA ÁREA NOS INDICA TODO LO QUE EL ALUMNO SABE SOBRE SU CUIDADO PERSONAL, ALIMENTACIÓN, VESTIDO E HIGIENE.

2.- COMUNICACIÓN, INCLUYE TODO LO QUE EL ALUMNO OCUPA PARA EXPRESAR SUS IDEAS Y SATISFACER SUS DEMANDAS POR MEDIO DEL LENGUAJE Y/O GESTOS QUE UTILIZA COMO COMUNICACIÓN, TAMBIÉN PARA DARNOS CUENTA DEL CONOCIMIENTO QUE TIENE SOBRE LA LECTO-ESCRITURA.

3.- SOCIALIZACIÓN, NOS INDICA LAS RELACIONES INTERPERSONALES, FAMILIARES Y EL CONOCIMIENTO QUE TIENE EL ALUMNO SOBRE SU COMUNIDAD, SU COOPERACIÓN Y CAPACIDAD DE RESPUESTA A ACTIVIDADES HOGAREÑAS.

4.- OCUPACIÓN, INDICA LA HABILIDAD MANUAL QUE TIENE EL ALUMNO Y SU DESTREZA EN EL CAMPO PRODUCTIVO DE ACUERDO A SUS LIMITACIONES.

EL P-A-C ES UN CÍRCULO DIVIDIDO EN ESTAS CUATRO ÁREAS, LAS QUE A SU VEZ INCLUYEN VARIAS ACTIVIDADES REPRESENTADAS POR CUADROS NUMERADOS. EL PROFESOR, EN BASE AL CONOCIMIENTO QUE TIENE SOBRE EL NIÑO, REGISTRA EN EL P-A-C LAS CONDUCTAS DEL NIÑO DE LA SIGUIENTE MANERA:

CUANDO EL NIÑO NO REALIZA LA ACTIVIDAD O NO TIENE DETERMINADA CONDUCTA, SE DEJA EL ESPACIO EN BLANCO.

CUANDO EL NIÑO VA ADQUIRIENDO LA CONDUCTA, PERO TODAVÍA NO LA DOMINA, EL ESPACIO SE RELLENA CON COLOR AZUL CLARO.

CUANDO EL NIÑO YA ADQUIRIÓ LA CONDUCTA, SE RELLENA EL ESPACIO CON COLOR AZUL FUERTE. VER ANEXO NÚM. 1.

SIGNOS QUE PUEDEN SER OBSERVADOS PARA ESTABLECER EL DIAGNÓSTICO.

EL DIAGNÓSTICO DE DEFICIENCIA MENTAL PUEDE SOSPECHARSE O HACERSE DESDE EL NACIMIENTO, DURANTE LOS PRIMEROS DIECIOCHO MESES Y OCASIONALMENTE DURANTE LA EDAD ESCOLAR.

LAS SOSPECHAS DE DEFICIENCIA MENTAL PUEDEN SER ESTABLECIDAS POR LO PADRES ANTES DE LOS DOS AÑOS, TOMANDO EN CUENTA LAS SIGUIENTES PAUTAS :

13 SEMANA:

- EL NIÑO EN POSICIÓN NO MANTIENE LA CABEZA.
- LA MANO DEL NIÑO SIGUE ESTANDO PREDOMINANTEMENTE CERRADA (EN PUÑO).

16 SEMANA:

- TENDIDO SOBRE EL VIENTRE NO PUEDE SOSTENER UN RATO LA CABEZA.
- NO SONRÍE AÚN.

26 SEMANA:

- NO REACCIONA ANTE UN RUIDO CON EVIDENTE MOVIMIENTO DE CABEZA.
- TODAVÍA NO BALBUCEA.

30 SEMANA:

- NO ES CAPAZ DE COGER UN JUGUETE CUANDO SE LO OFRECEMOS.
- NO PUEDE PASAR UN JUGUETE DE UNA MANO A LA OTRA.

34 SEMANA:

- NO BUSCA CON LA VISTA EL OBJETO QUE LE ESCONDEMOS.

35 SEMANA:

- ACOSTADO DE ESPALDAS NO PUEDE DAR LA VUELTA EN ABSOLUTO PARA TENDERSE BOCA ABAJO.
- ACOSTADO DE ESPALDAS NO JUGUETE A TOCÁNDOSE CON LAS MANOS, LAS RODILLAS Y PIES, O MUEVE MENOS UNA DE LAS PIERNAS.

40 SEMANA:

- NO PRONUNCIA AÚN NINGUNA SÍLABA.

44 SEMANA:

- EL NIÑO DE PIE Y COGIÉNDOLO DE LAS MANOS SE APOYA SOBRE LAS PUNTAS DE LOS PIES O NO SE MANTIENE DE PIE.

48 SEMANA:

- NO ES CAPAZ DE GATEAR.
- SENTADO, SIN APOYO EN LA ESPALDA, SE MUESTRA INSEGURO.
- NO PUEDE DAR NINGÚN PASO ADELANTE SIN AYUDA (ÉL SÓLO DEBE LEVANTAR LAS PIERNAS).
- NO PUEDE COGER OBJETOS PEQUEÑOS HACIENDO UNA PINZA CON LOS DEDOS ÍNDICE Y PULGAR.
- NO MUESTRA INTERÉS POR LOS DETALLES (BOTONES, COLLAR).
- NO DISTINGUE CLARAMENTE A LAS PERSONAS CONOCIDAS DE LAS EXTRAÑAS.

- NO BUSCA A LAS PERSONAS U OBJETOS POR LOS QUE SE LES PREGUNTA.⁹

EN CUANTO UN PADRE DE FAMILIA DETECTA QUE SU HIJO PRESENTA ALGUNOS DE ESTOS SIGNOS, ES NECESARIO QUE LLEVE A SU HIJO A LOS CENTROS DE DIAGNÓSTICO O CON LOS MÉDICOS, PSICÓLOGOS, ETC.

ANTES DE CONCLUIR ESTE TEMA ES CONVENIENTE RECORDAR QUE PARA QUE SE PUEDA DIAGNOSTICAR A UNA PERSONA COMO DEFICIENTE MENTAL, ES NECESARIO REALIZARLE UN ESTUDIO INTEGRAL, EN DONDE SE INCLUYAN EXAMEN MÉDICO, PSICOLÓGICO Y PEDAGÓGICO, YA QUE ESTOS RESULTADOS SERVIRÁN DE BASE PARA ESTABLECER EL MANEJO DE ESTE PACIENTE.

⁹ DEFICIENCIA MENTAL : GUÍA PARA PADRES, OP. CIT., 39 Y 40 PP.

1.5. POSIBILIDADES DE ACCIÓN PREVENTIVA Y DE REHABILITACIÓN

ES MUY DIFÍCIL PREDECIR SI UN NIÑO NACERÁ CON DEFICIENCIA MENTAL O NO, SALVO EN LOS CASOS EN QUE EL NIÑO PRESENTA ALTERACIONES CONGÉNITAS, DIAGNOSTICADAS ÉSTAS PRINCIPALMENTE CON ESTUDIOS ULTRASONOGRÁFICOS O MEDIANTE CARIOTIPO, A TRAVÉS DE LA AMNIOSENTESIS.

AUNQUE EN UN FUTURO NO MUY LEJANO SE LLEGUE A DIAGNOSTICAR QUE EL FETO EN FORMACIÓN PRESENTA DEFICIENCIA MENTAL O ALGUNA OTRA ANOMALÍA, ¿QUIÉNES SOMOS NOSOTROS PARA QUITARLE A ESE NIÑO EL DERECHO DE VIVIR?...

LO QUE SÍ ES POSIBLE, ES EVITAR LAS CAUSAS DE LA DEFICIENCIA MENTAL O, CUANDO EN UNA FAMILIA NACE UN HIJO CON ESTE SÍNDROME, PREVENIR LOS RIESGOS DE QUE LOS DEMÁS HIJOS NAZCAN ASÍ. LA MAYORÍA DE ESTAS CAUSAS PUEDEN PREVENIRSE, REALIZANDO LO SIGUIENTE :

A) ANTES DE LA CONCEPCIÓN

ES NECESARIO QUE ANTES DE PROCREAR, LOS PADRES SE REALICEN ESTUDIOS DE LABORATORIO PARA DESCARTAR LA INCOMPATIBILIDAD SANGUÍNEA, SÍFILIS, ETC., Y ESTUDIOS DE ANTICUERPO ANTIPLASMA GONDI PARA DESCARTAR LA PRESENCIA DE TOXOPLASMOSIS ACTIVA O INFECCIÓN.

QUE LOS CASOS EN QUE LA MUJER HAYA TENIDO MÁS DE TRES ABORTOS ESPONTÁNEOS, ES CONVENIENTE QUE JUNTO CON SU CÓNYUGUE, SE REALICEN ESTUDIOS CROMOSOMÁTICOS O CARIOTIPO, PARA INVESTIGAR SI SON PORTADORES DE ALGUNA ANOMALÍA EN SUS CROMOSOMAS QUE, AUNQUE NO SE MANIFIESTEN EN ELLOS, PUEDEN TRANSMITIRLA A SUS DESCENDIENTES.

EN ESTA ETAPA, ES CONVENIENTE EL CONSEJO GENÉTICO, QUE EN LA PRÁCTICA ...

... CONSISTE EN SOMETER PRINCIPALMENTE A LA FUTURA MADRE Y EN OCASIONES AL PADRE, O ALGUNOS MIEMBROS CERCANOS DE LA FAMILIA, A UNA SERIE DE ESTUDIOS Y PRUEBAS DE LABORATORIO ESPECÍFICAS; SEGÚN ESTOS ESTUDIOS, SE PUEDEN DETERMINAR LAS ALTERACIONES QUE SUFRE EL EMBRIÓN EN SU CONSTITUCIÓN FÍSICOQUÍMICA, LOS PADRES PUEDEN SABER CON CIERTOS VISOS

DE VERACIDAD LA SALUD FUTURA DEL NIÑO POR NACER,¹⁰

UNA VEZ DADO EL CONSEJO GENÉTICO, SERÁ DECISIÓN DE LOS PADRES PROCREAR O NO MÁS HIJOS.

SE HA VISTO TAMBIÉN, QUE EXISTE UNA RELACIÓN DIRECTA ENTRE DEFICIENTE MENTAL Y LA EDAD DE LA MADRE, POR LO MISMO, ES CONVENIENTE QUE LAS MUJERES MAYORES DE 35 AÑOS, NO TENGAN HIJOS, PARA EVITAR PROBLEMAS CONGÉNITOS Y DURANTE EL PARTO.

b) DURANTE EL EMBARAZO

SE PUEDEN EVITAR LAS INFECCIONES MEDIANTE LA APLICACIÓN DE VACUNAS, PARA COMBATIR EL SARAMPIÓN, VARICELA, RUBÉOLA, ETC.; O BIÉN, EVITANDO EL ACUDIR A LOS SITIOS EN DONDE SE ENCUENTRAN PERSONAS CON ESTAS AFECCIONES.

LA MADRE GESTANTE NO DEBE INGERIR ALCOHOL U OTRA DROGA, NI FUMAR.

LAS MUJERES EMBARAZADAS DEBEN EVITAR EL EXPONERSE A RECIBIR RADIACIONES, SOBRE TODO DURANTE LOS PRIMEROS TRES MESES DEL EMBARAZO, TAMBIÉN NO DEBEN PERMANECER EN EL INTERIOR DE LA HABITACIÓN DONDE SE ESTÁ IRRADIANDO A OTRAS PERSONAS.

DEBE ACUDIR A CONTROL MÉDICO PARA VIGILAR SU SALUD, EN ESPECIAL LAS MADRES DIABÉTICAS, PARA PREVENIR LA TOXEMIA Y MANTENER UN ADECUADO NIVEL NUTRICIONAL DE LA MADRE, LLEVANDO UNA DIETA EQUILIBRADA, PUESTO QUE LA DESNUTRICIÓN ES UNA DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE LA DEFICIENCIA MENTAL.

LOS MEDICAMENTOS DEBEN ADMINISTRARSE BAJO INDICACIÓN MÉDICA, EVITÁNDOSE LA AUTOMEDICACIÓN.

c) DURANTE EL PARTO

EL PARTO DEBE SER ATENDIDO POR PERSONAL ESPECIALIZADO QUE PREVENGA O ANTICIPE LOS POSIBLES RIESGOS, QUE DETECTE EL SUFRIMIENTO FETAL PARA QUE PUEDA ACTUAR CON HABILIDAD Y ASÍ EVITAR LA ANOXIA FETAL, QUE ES

¹⁰ CORONADO, GUILLERMO. LA EDUCACIÓN Y LA FAMILIA DEL DEFICIENTE MENTAL, MÉXICO: C.E.C.S.A., 39 Y 40 PP.

UNA DE LAS CAUSAS DE LA DEFICIENCIA MENTAL.

D) PERÍODO POSNATAL

RECURRIR A MEDIDAS PROFILÁCTICAS PARA EVITAR INFECCIONES, ENTRE ELAS TENEMOS LAS VACUNAS Y LA HIGIENE DEL NIÑO, Y EVITAR LOS ACCIDENTES DEL PEQUEÑO, EN ESPECIAL LOS TRAUMATISMOS CRANEOENCEFÁLICOS.

MEDIDAS HIGIÉNICAS GENERALES EN CUANTO A ALIMENTACIÓN, VESTIDO, HÁBITOS Y COSTUMBRES.

TENER UNA SALUD FÍSICA MENTAL ADECUADA Y LLEVAR UNA VIDA FAMILIAR Y SOCIAL ARMÓNICA.

SI SE LLEVA A CABO TODO LO MENCIONADO ANTERIORMENTE, SE DISMINUIRÁ EL RIESGO DE TENER UN HIJO DEFICIENTE MENTAL.

CON RESPECTO A LA REHABILITACIÓN, SE PUEDE AFIRMAR QUE NO TODOS LOS DEFICIENTES MENTALES, SABEN VALERSE POR SÍ MISMOS Y ESTÁN INTEGRADOS A LA SOCIEDAD, PUESTO QUE SU REHABILITACIÓN VA A ESTAR DETERMINADA POR LOS SIGUIENTES FACTORES:

1.- EL TIEMPO EN QUE SE EFECTUÓ EL DIAGNÓSTICO, ESTO SE REFIERE A QUE, ENTRE MÁS PEQUEÑO SEA DETECTADO EL NIÑO COMO DEFICIENTE MENTAL Y RECIBA LA ATENCIÓN ADECUADA, TENDRÁ MÁS POSIBILIDADES DE INCORPORARSE A LA SOCIEDAD, YA QUE DURANTE LOS PRIMEROS AÑOS, EL CEREBRO APENAS ESTÁ CRECIENDO Y ORGANIZÁNDOSE, Y PUEDE ASIMILAR Y ORGANIZAR MEJOR LOS ESTÍMULOS QUE RECIBE.

2.- EL TIPO DE DEFICIENCIA MENTAL QUE PRESENTAN LOS DEFICIENTES MENTALES LEVES, PODRÁN INTEGRARSE A UNA ESCUELA NORMAL, Y RECIBIR APOYO EXTRAESCOLAR PARA RESOLVER LOS PROBLEMAS DE APRENDIZAJE QUE PRESENTAN; EN CAMBIO, LOS MODERADOS Y SEVEROS, REQUIEREN ASISTIR A UNA ESCUELA DE EDUCACIÓN ESPECIAL, Y LOS PROFUNDOS, REQUIEREN DE CUIDADOS ESPECIALES, PORQUE LA MAYORÍA NO PUEDE VALERSE POR SÍ MISMO.

3.- LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA QUE RECIBEN, QUE ES UNA SERIE DE ESTÍMULOS A TRAVÉS DE LOS SENTIDOS QUE CONTRIBUYE A MEJORAR EL DESARROLLO NEUROLÓGICO DEL NIÑO. ENTRE MÁS PEQUEÑO SEA EL NIÑO QUE RECIBE ESTIMULACIÓN TEMPRANA, TENDRÁ MÁS POSIBILIDADES DE DESARROLLARSE.

4.- LA ATENCIÓN MÉDICA, PSICOLÓGICA Y PEDAGÓGICA QUE RECIBA.

LA MAYORÍA DE LOS NIÑOS DEFICIENTES MENTALES NECESITAN ESTAR EN TRATAMIENTO MÉDICO, PORQUE TIENDEN A SER MÁS VULNERABLES A LAS ENFERMEDADES, ADEMÁS PARA PODER CONTROLAR ALGUNOS SÍNTOMAS ASOCIADOS, COMO SON: CONVULSIONES, HIPERQUINESIA, FALTA DE CONCENTRACIÓN, ETC. LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA INCLUYE LA ORIENTACIÓN A PADRES PARA CONCIENTIZARLOS SOBRE EL PROBLEMA DE SU HIJO, RESOLVER PROBLEMAS A PARTIR DEL NACIMIENTO DE ESTE NIÑO Y GUIARLOS SOBRE SU EDUCACIÓN, ADEMÁS DE APORTAR DATOS CUANTITATIVOS DEL COCIENTE INTELLECTUAL QUE TENGA EL NIÑO, ETC. LA ATENCIÓN PEDAGÓGICA CONSISTE EN BRINDARLE AL NIÑO LA OPORTUNIDAD QUE RECIBA LA EDUCACIÓN ESPECIAL PARA SU ADAPTACIÓN FAMILIAR, SOCIAL Y PARA SU DESARROLLO. LA ATENCIÓN QUE RECIBA EL NIÑO, DEBE SER INTEGRAL, A TRAVÉS DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO CONSTITUÍDO POR MÉDICO, PSICÓLOGO, PROFESOR ESPECIALIZADO Y EL TRABAJADOR SOCIAL, YA QUE ÉL ES EL NEXO DE UNIÓN ENTRE LA FAMILIA Y EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO, ADEMÁS DE APORTAR A LOS DEMÁS ESTUDIOS EL CONOCIMIENTO SOBRE LA SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA EN LA CUAL SE DESENVUEVE EL NIÑO, EL TRABAJADOR SOCIAL TAMBIÉN SE ENCARGARÁ DE DETECTAR A ESTOS NIÑOS Y CANALIZARLOS A LAS INSTITUCIONES CORRESPONDIENTES.

ANTES DE CONCLUIR ESTE TEMA, ES CONVENIENTE RECORDAR LO ESCRITO POR EL DR. GUILLERMO CORONADO, QUIEN OPINA ...

PERO ES INDUDABLE QUE UN DEFICIENTE MENTAL, INCAPACITADO PARA BASTARSE A SÍ MISMO Y PARA ADAPTARSE DENTRO DE SU COMUNIDAD, ES UN SER INVÁLIDO PARA SU FAMILIA, PARA SU ESCUELA Y PARA SU SOCIEDAD; SIN EMBARGO, HOY EN DÍA ES POSIBLE REHABILITAR DE UN 30 A UN 50 % DE ELLOS, Y CONVERTIRLOS EN SERES HUMANOS DIGNOS DE OCUPAR UN LUGAR POSITIVO DENTRO DEL MUNDO CIVILIZADO, COMO SE HA DEMOSTRADO CIENTÍFICAMENTE... CUESTA MÁS NO ATENDER A UN DEFICIENTE MENTAL QUE LO QUE SE GASEN SU REHABILITACIÓN,¹¹

Y LO MENCIONADO POR LA CONFEDERACIÓN MEXICANA DE ASOCIACIONES EN PRO DEL DEFICIENTE MENTAL, A.C. QUE DICE:

 11
 CORONADO, GUILLERMO. LA EDUCACIÓN Y LA FAMILIA DEL DEFICIENTE MENTAL. MÉXICO: C.E.C.S.A., 44 PP.

¿QUÉ TAN IMPORTANTE ES CAPACITARLO, SI NUNCA VA A LLEGAR A SER UN NIÑO COMO LOS DEMÁS? . . . PODEMOS TENER UN HIJO ABANDONADO QUE PASE SU VIDA SUFRIENDO SIN SABER PORQUÉ; O UN NIÑO QUE CREZCA LLENO DE CARÍÑO, PROGRESANDO, APRENDIENDO CADA DÍA MÁS, VALIÉNDOSE POR SÍ MISMO Y EN FIN: EJERCIENDO SUS DERECHOS COMO SER HUMANO . . . CON UN NIÑO CON - D.M. . . CUANTO MÁS LO CAPACITAMOS, MÁS SE DESARROLLARÁ SU INTELIGENCIA, MÁS COSAS NUEVAS CONOCE, Y ES MÁS FELIZ.¹²

12. DEFICIENCIA MENTAL: GUÍA PARA PADRES. MÉXICO: CONFEDERACIÓN MEXICANA DE ASOCIACIONES EN PRO DEL DEFICIENTE MENTAL, 12 Y 13 PP.

1.6. CONCEPTO E IMPORTANCIA DEL TRABAJO SOCIAL DENTRO DEL ÁREA DE EDUCACIÓN ESPECIAL EN DEFICIENCIA MENTAL

AUNQUE DESDE HACE TIEMPO HA EXISTIDO EL TRABAJO SOCIAL, ALGUNAS PERSONAS LO DESCONOCEN E INCLUSO, VEMOS TRABAJADORES SOCIALES REALIZANDO ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS, DE RECEPCIÓN, SOCIALES, ETC., DEBIDO A QUE DESCONOCEN SU PERFIL PROFESIONAL O SIMPLEMENTE NO SE HAN ACTUALIZADO.

POR LO MISMO, ES CONVENIENTE DAR ALGUNAS DEFINICIONES DE TRABAJO SOCIAL Y POSTERIORMENTE UBICAR A ESTA PROFESIÓN DENTRO DE ESTE CAMPO DE ACCIÓN.

EL TRABAJO SOCIAL, ES CONOCIDO EN OTROS PAÍSES LATINOAMERICANOS COMO SERVICIO SOCIAL, Y A LOS PROFESIONISTAS SE LES DENOMINA ASISTENTES SOCIALES. EN MÉXICO, ES LLAMADO TRABAJO SOCIAL, PARA NO CONFUNDIRLO CON SERVICIO SOCIAL, QUE ES EL TIEMPO QUE TRABAJAN LOS FUTUROS PROFESIONISTAS, CON O SIN BECA, EN BENEFICIO DE LA COMUNIDAD, COMO REQUISITO PARA TENER UN TÍTULO PROFESIONAL.

EXISTEN DOS NIVELES PROFESIONALES, LOS TÉCNICOS EN TRABAJO SOCIAL, QUIENES A PARTIR DE LA SECUNDARIA ESTUDIAN ESTA CARRERA, QUE TIENE UNA DURACIÓN DE TRES AÑOS, Y LOS LICENCIADOS EN TRABAJO SOCIAL QUE REQUIEREN HABER CURSADO LOS ESTUDIOS DE BACHILLERATO Y LA DURACIÓN DE LA CARRERA ES DE NUEVE O DIEZ SEMESTRES, DEPENDIENDO DE LA UNIVERSIDAD.

PERO, ¿QUÉ ES EL TRABAJO SOCIAL?... A CONTINUACIÓN SE MENCIONARÁN TRES DEFINICIONES.

SE ENTIENDE POR SERVICIO SOCIAL, LA PROFESIÓN QUE TRATA DE RESOLVER LOS PROBLEMAS DEL INDIVIDUO, GRUPO O COMUNIDADES, AYUDÁNDOLOS EN SU PROCESO DE ADAPTACIÓN AL MEDIO Y, A LA VEZ, ACTUANDO SOBRE ESTE MEDIO, A FIN DE FACILITARLES LA SATISFACCIÓN DE SUS NECESIDADES Y ASPIRACIONES. POR LO TANTO, EL SERVICIO SOCIAL, IMPLICA UN PROCESO EDUCATIVO, QUE SE REALIZA APLICANDO DIVERSOS MÉTODOS MEDIANTE TÉCNICAS QUE LE SON PROPIAS.¹³

¹³SAN MARTIN, HERNÁN. SALUD Y ENFERMEDAD. MÉXICO: LA PRESA MÉDICA MEXICANA, 710 P.

EL SERVICIO SOCIAL ES LA RAMA DE LAS CIENCIAS SOCIALES QUE PROCURA CONOCER LAS CAUSAS Y EL PROCESO DE LOS PROBLEMAS SOCIALES Y SU INCIDENCIA SOBRE LAS PERSONAS, LOS GRUPOS Y LAS COMUNIDADES, PARA PROMOVER A ÉSTOS, A UNA ACCIÓN DE CORRECCIÓN DE ESOS EFECTOS, ERRADICACIÓN DE SUS CAUSAS Y REHABILITACIÓN DE LOS SERES AFECTADOS, TENIENDO COMO META, EL MÁS AMPLIO BIENESTAR SOCIAL EN UN MARCO DE DESARROLLO NACIONAL.¹⁴

EL TRABAJO SOCIAL ES UNA DISCIPLINA DE LAS CIENCIAS SOCIALES QUE, MEDIANTE METODOLOGÍA CIENTÍFICA, CONTRIBUYE AL CONOCIMIENTO DE LOS PROBLEMAS Y RECURSOS DE LA COMUNIDAD, EN LA EDUCACIÓN SOCIAL, ORGANIZACIÓN Y MOVILIZACIÓN CONSCIENTE DE LA COLECTIVIDAD, ASÍ COMO EN LA PLANIFICACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE ACCIONES, TODO ELLO CON EL PROPÓSITO DE LOGRAR LAS TRANSFORMACIONES SOCIALES PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DEL HOMBRE.¹⁵

DESPUÉS DE ANALIZAR LAS DEFINICIONES ANTERIORES, SE PUEDE DECIR QUE EL TRABAJADOR SOCIAL, ES UN PROFESIONISTA QUE, SOBRE BASES CIENTÍFICAS, INTERVIENE EN LAS SITUACIONES PROBLEMATIZANTES QUE AFECTAN AL HOMBRE, CON EL FIN DE PROMOVER SU DESARROLLO INTEGRAL Y LOGRAR EL BIENESTAR DE ÉL Y DE LA SOCIEDAD.

LAS MATERIAS QUE CURSA EL TRABAJADOR SOCIAL, YA SEA A NIVEL LICENCIATURA O TÉCNICO, SE DIVIDEN EN DOS RAMAS:

- A) TEÓRICAS
- B) PRÁCTICAS

LAS TEÓRICAS COMPRENEN DOS APARTADOS: LAS MATERIAS BÁSICAS Y LAS COLATERALES.

LAS BÁSICAS ESTÁN CONSTITUÍDAS POR LOS CONOCIMIENTOS SOBRE TRABAJO SOCIAL, SU HISTORIA, METODOLOGÍA, CAMPOS DE ACCIÓN Y SU SITUACIÓN COMO DISCIPLINA EN LA REALIDAD SOCIAL QUE SE VIVE.

LAS COLESTERALES COMPRENEN LAS MATERIAS DE PSICOLOGÍA, SOCIOLOGÍA, ECONOMÍA, DERECHO, ANTROPOLOGÍA, SALUD PÚBLICA, SALUD MENTAL,

¹⁴FRIEDLANDER, W.A. DINÁMICA DEL TRABAJO SOCIAL. MÉXICO: EDITORIAL PAX-MÉXICO, 4 P.

¹⁵NACIONES UNIDAS. "EL DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS NACIONALES DE SERVICIO SOCIAL". 1959. EN: ALAYÓN, NORBERTO. DEFINIENDO AL TRABAJO SOCIAL. BUENOS AIRES: EDITORIAL HUMANITAS, 11 P.

DIDÁCTICA, RELACIONES HUMANAS, INVESTIGACIÓN, COOPERATIVISMO, ESTADÍSTICAS, ETC., CON LAS CUALES SE ADQUIEREN CONOCIMIENTOS SOBRE EL HOMBRE Y EL MEDIO EN EL QUE SE DESARROLLA.

LAS MATERIAS PRÁCTICAS, TIENEN POR FINALIDAD, QUE LOS ALUMNOS, A TRAVÉS DE SU EXPERIENCIA, APLIQUEN LOS CONOCIMIENTOS TEÓRICOS APRENDIDOS Y ASÍ CONTRIBUIR A SU FORMACIÓN PROFESIONAL.

LOS CAMPOS DE ACCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL, SON MUY VARIADOS Y LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN ELLOS, VAN A ESTAR ACORDES AL ÁREA DE TRABAJO, ASÍ TENEMOS EL CAMPO MÉDICO, EL PENITENCIARIO EL INFANTIL, EL INDUSTRIAL, EL GERONTOLÓGICO, EL ESCOLAR, ETC., DENTRO DEL ÁREA DE EDUCACIÓN ESPECIAL EN DEFICIENCIA MENTAL, EL TRABAJADOR SOCIAL ES EL ENLACE ENTRE LA ESCUELA Y LA FAMILIA DEL DEFICIENTE MENTAL.

PARA PODER DESARROLLAR EFICAZMENTE SUS ACTIVIDADES, EL TRABAJADOR SOCIAL, DEBERÁ TENER CONOCIMIENTOS SOBRE: DINÁMICA FAMILIAR, DEFICIENCIA MENTAL, ETIOLOGÍA, REPERCUSIONES EN LA FAMILIA, EDUCACIÓN DEL DEFICIENTE MENTAL Y TODAS AQUELLAS CUESTIONES QUE SE RELACIONAN CON ESTO. Y TRABAJARÁ DENTRO DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA BRINDARLE UNA ATENCIÓN INTEGRAL AL DEFICIENTE MENTAL Y A SU FAMILIA. LA IMPORTANCIA DEL TRABAJADOR SOCIAL RADICA EN QUE ÉL, APORTARÁ LOS CONOCIMIENTOS FAMILIARES, SOCIALES, ECONÓMICOS Y CULTURALES DEL AMBIENTE EN DONDE SE DESENVUELVE EL DEFICIENTE MENTAL, CON EL FIN DE DETECTAR LOS FACTORES QUE INTERFIEREN, OBSTACULIZAN O MODIFICAN SU CONDUCTA Y DESARROLLO PARA PROPONER ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN A LA FAMILIA, PRINCIPALMENTE A TRAVÉS DEL APOYO Y DE LA ORIENTACIÓN, CON EL PROPÓSITO DE LOGRAR SU INDEPENDENCIA Y ADAPTACIÓN AL MEDIO.

LA METODOLOGÍA DEL TRABAJO SOCIAL, APLICADA A ESTA ÁREA QUEDARÍA DE LA SIGUIENTE MANERA:

1.- INVESTIGACIÓN

TIENE POR FINALIDAD OBTENER DATOS, INFORMACIÓN Y HECHOS BÁSICOS DE LA SITUACIÓN-PROBLEMA QUE SE QUIERE RESOLVER O ATENUAR; EN

ESTE CASO, SE CONOCERÁN LOS SENTIMIENTOS Y REACCIONES DE LOS PADRES ANTE SU HIJO DEFICIENTE MENTAL, SUS EXPECTATIVAS, LOS CONFLICTOS QUE EXISTÍAN O SURGIERON EN LA FAMILIA A RAÍZ DEL NACIMIENTO DEL NIÑO, LA COMPOSICIÓN E INTEGRACIÓN FAMILIAR, EL ESTADO DE SALUD DE LOS MIEMBROS, SU ALIMENTACIÓN, SITUACIÓN ECONÓMICA, VIVIENDA, EL MEDIO AMBIENTE EN QUE SE DESENVUELVEN, LA ATENCIÓN QUE LE HAN BRINDADO AL NIÑO, SI PROMUEVEN SU INDEPENDENCIA E INTEGRACIÓN SOCIAL, ETC.

2.- DIAGNÓSTICO

ES UN PROCEDIMIENTO MEDIANTE EL CUAL SE ESTABLECE LA NATURALEZA Y MAGNITUD DE LAS NECESIDADES Y PROBLEMAS, LAS FUERZAS EN CONFLICTO, LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN EL PROBLEMA Y LOS RECURSOS DISPONIBLES PARA DISMINUIRLO O ELIMINARLO, CON EL PROPÓSITO DE SENTAR LAS BASES PARA PODER ELABORAR UN PROGRAMA; EL DIAGNÓSTICO VA A UNIR LA INVESTIGACIÓN CON LA PROGRAMACIÓN.

EN EL DIAGNÓSTICO SE ANALIZARÁ EL PROBLEMA QUE ESTÁ PRESENTANDO LA FAMILIA DEL DEFICIENTE MENTAL, COMO PUEDE SER: DE RECHAZO, CULPABILIDAD, INDIFERENCIA, SOBREPROTECCIÓN, DIAGNÓSTICO DEL NIÑO, PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN, PROBLEMAS ECONÓMICOS, ETC., LAS CAUSAS QUE CREARON ESTA SITUACIÓN, LA ACTITUD Y COLABORACIÓN DE LOS PADRES PARA DISMINUIRLO O ATENUARLO, LOS RECURSOS CON LOS QUE SE CUENTA, DISPONIBILIDAD DE LOS MISMOS, LOS OBSTÁCULOS QUE EXISTEN, ETC.

3.- PROGRAMACIÓN

ES LA ACCIÓN MEDIANTE LA CUAL SE ESTABLECEN LAS METAS Y OBJETIVOS QUE SE PRETENDEN ALCANZAR, LAS ACTIVIDADES PARA LOGRAR ESTO Y LOS RECURSOS DISPONIBLES O REQUERIDOS, DETERMINANDO TIEMPO Y ESPACIO, CON LA FINALIDAD DE RESOLVER O DISMINUIR UN PROBLEMA. EN ESTA ETAPA ES INDISPENSABLE QUE EL TRABAJADOR SOCIAL, RECONOZCA SUS LIMITACIONES Y SU CAMPO DE INTERVENCIÓN PARA NO INVADIR OTRAS PROFESIONES, ADEMÁS PUEDA DISCERNIR CUÁNDO DEBA INTERVENIR Y CUANDO CANALIZAR A OTRO SERVICIO.

DENTRO DE ÉSTA ÁREA, LOS OBJETIVOS GENERALES SERÍAN:

A) INFORMAR A LOS PADRES SOBRE CAUSAS, PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL DEFICIENTE MENTAL.

B) MODIFICAR ACTITUDES NEGATIVAS DE LOS PADRES HACIA SUS HIJOS ATÍPICOS.

C) PROMOVER LA INTEGRACIÓN DEL DEFICIENTE MENTAL A LA VIDA SOCIAL Y PRODUCTIVA.

D) COORDINAR A LOS DIFERENTES ESPECIALISTAS PARA DAR UNA ATENCIÓN INTEGRAL A ESTA PERSONA.

LAS ACTIVIDADES A DESARROLLAR, PODRÍAN SER : PLÁTICAS INDIVIDUALES Y GRUPALES A LOS PADRES SOBRE DEFICIENCIA MENTAL, EDUCACIÓN DEL DEFICIENTE MENTAL Y DE LOS DEMÁS HIJOS; REALIZACIÓN DE ESTUDIO SOCIO-ECONÓMICO DE LAS FAMILIAS, TRABAJO SOCIAL DE CASOS CON FAMILIAS PROBLEMÁTICAS, CANALIZACIÓN A OTROS SERVICIOS, ORGANIZACIÓN DE CONFERENCIAS PARA EL PÚBLICO EN GENERAL SOBRE PREVENCIÓN DE LA DEFICIENCIA MENTAL, ETC.

4.- EJECUCIÓN

ES LA ETAPA QUE LE DA SENTIDO A LAS ANTERIORES, Y CONSISTE EN LLEVARLAS A LA PRÁCTICA, ES DECIR, REALIZAR LO QUE SE PROGRAMÓ CON EL FIN DE ALCANZAR LAS METAS Y OBJETIVOS PROPUESTOS. SE TENDRÁN ENTREVISTAS CON LOS PADRES, SE LES INFORMARÁ CON QUÉ ESPECIALISTA Y A DÓNDE DEBERÁN ACUDIR, SE HARÁ UN SEGUIMIENTO DE LA FORMA EN QUE HA IDO ATENUÁNDOSE EL PROBLEMA, ETC.

5.- EVALUACIÓN

CONSISTE EN UTILIZAR UNA SERIE DE PROCEDIMIENTOS, CON EL FIN DE COMPROBAR SI SE HA ALCANZADO LO QUE SE PROPUSO EN LA PROGRAMACIÓN, Y DETECTAR QUÉ FACTORES INFLUYERON EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS, Y ASÍ PODER ESTABLECER LAS RECOMENDACIONES PERTINENTES PARA INTRODUCIR LAS CORRECCIONES O REAJUSTES NECESARIOS. EN ESTA ETAPA SE ANALIZARÁ SI SE LOGRÓ DAR LA ORIENTACIÓN A LOS PADRES, SI HUBO MODIFICACIÓN DE CONDUCTAS O ACTITUDES EN ELLOS, LA PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA EN LA ELIMINACIÓN O DISMINUCIÓN DEL PROBLEMA, LOS OBSTÁCULOS PRESENTA-

DOS, SI ASISTIERON A LAS CONSULTAS, SI SE TRABAJÓ CON EFICIENCIA Y RESPONSABILIDAD, ETC.

AL TRABAJAR CON LA FAMILIA, EL TRABAJADOR SOCIAL DEBE TENER EN CUENTA LO SIGUIENTE :

A) A LOS PADRES DE FAMILIA HAY QUE TRATARLOS CON EL RESPETO Y CONSIDERACIÓN QUE SE MERECE, HAY QUE BRINDARLES CONFIANZA, APOYO Y ORIENTACIÓN PARA QUE VAYAN SUPERANDO SUS PROBLEMAS.

B) HAY QUE SABERLOS ESCUCHAR, MOTIVARLOS A QUE EXPRESEN SUS SENTIMIENTOS, PUESTO QUE EN MUCHAS OCASIONES LOS PADRES DE FAMILIA SE CONTROLAN Y NO EXPRESAN SUS SENTIMIENTOS A LOS DEMÁS, PRINCIPALMENTE POR EL TEMOR A QUE SEAN CRITICADOS, POR LO MISMO, ES CONVENIENTE QUE, CUANDO SE TRABAJE CON ELLOS, PRESTEMOS ATENCIÓN A LO QUE NOS COMENTAN PARA COMPRENDER LA SITUACIÓN A LA QUE SE ESTÁN ENFRENTANDO; SE LES EXPLIQUEN SUS REACCIONES Y CONDUCTAS, Y SE PROMUEVA EL CAMBIO.

C) SER OBJETIVO, SE LES DEBE DAR LA INFORMACIÓN DE LA SITUACIÓN TAL COMO SE LES PRESENTA, SEÑALANDO SU MAGNITUD Y TRASCENDENCIA, NUNCA DARLES EXPECTATIVAS FALSAS SOBRE EL DESARROLLO Y LOGRO QUE PUEDA ALCANZAR SU NIÑO, QUE RECONOZCAN LOS LOGROS QUE PUEDAN ALCANZARSE Y LOS QUE ESTÁN FUERA DE SU CONTROL, ETC.

D) DEJAR QUE LOS PADRES ELIJAN SUS PROPIAS DECISIONES, HAY QUE EXPLICARLES LAS OPCIONES QUE TIENEN, SUS VENTAJAS Y DESVENTAJAS, PARA QUE TENGAN UN PANORAMA GENERAL DE LA SITUACIÓN Y ELLOS PUEDAN ELEGIR LAS QUE MÁS LES CONVENGAN DE ACUERDO A SUS NECESIDADES Y ASPIRACIONES.

E) ACTUAR DE ACUERDO A LA ÉTICA PROFESIONAL, TRABAJAR CON RESPONSABILIDAD, INTERÉS Y DE MANERA EFICIENTE.

LAS PRINCIPALES ACTIVIDADES QUE SE DESARROLLAN EN ESTE CAMPO SON:

- ENTREVISTAS FORMALES E INFORMALES A LOS PADRES, OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA, VECINOS, AMIGOS, ETC.
- VISITAS DOMICILIARIAS PARA CORROBORAR LA INFORMACIÓN.
- REALIZACIÓN DE ESTUDIOS SOCIO-ECONÓMICOS.

- EVALUACIÓN DEL CASO JUNTO CON EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO.
- CANALIZACIÓN A OTROS SERVICIOS, YA SEAN ESTOS, MÉDICOS, DE REHABILITACIÓN, DE PSICOLOGÍA, DE PEDAGOGÍA, DE TERAPIA DE LENGUAJE, ETC.
- SEGUIMIENTO DE LOS CASOS CANALIZADOS.
- ORIENTACIÓN A PADRES.
- TRABAJO CON GRUPOS DE PADRES.

CAPITULO II

LA PERSONALIDAD DEL DEFICIENTE MENTAL

2.1. LA DEFICIENCIA MENTAL EN RELACIÓN CON LAS CRISIS DE LA INFANCIA

PARA DESARROLLAR SU PERSONALIDAD, EL NIÑO, DESDE SU NACIMIENTO ATRAVIESA POR DIFERENTES ETAPAS, EN DONDE SE LE PRESENTARÁN OBSTÁCULOS QUE REPERCUTEN EN SU SALUD FÍSICA Y MENTAL, DICHAS SITUACIONES DEBERÁN SER AFRONTADAS Y SUPERADAS, PUES EN CASO CONTRARIO, LA PERSONA ES VÍCTIMA DE LA ENFERMEDAD Y EN OCASIONES DE LA MUERTE.

A CONTINUACIÓN SEÑALAREMOS LAS DIFERENTES ETAPAS DEL DESARROLLO BIOLÓGICO DEL NIÑO CON SUS RESPECTIVAS CRISIS DE LA INFANCIA.

2.1.1. PRIMERA INFANCIA

LA PRIMERA INFANCIA ES AQUELLA COMPRENDIDA DESDE EL NACIMIENTO DEL NIÑO HASTA LOS DOS AÑOS Y MEDIO DE EDAD Y SE DIVIDE, A SU VEZ EN TRES PERÍODOS:

A) EL RECIÉN NACIDO

SE LE LLAMA ASÍ AL NIÑO, DESDE SU NACIMIENTO, HASTA LA CAÍDA DEL CORDÓN UMBILICAL, APROXIMADAMENTE UNA SEMANA DESPUÉS DEL ALUMBRAMIENTO.

DURANTE ESTA ETAPA EL NIÑO SUFRE UNA SERIE DE MODIFICACIONES MORFOLÓGICAS Y FUNCIONALES, COMO SON: CAMBIOS EN SU SISTEMA DIGESTIVO, EN EL TERMOREGULADOR, EN LAS FUNCIONES METABÓLICAS, ETC., LO CUAL LE PRODUCE PÉRDIDA DE SU ENERGÍA VITAL, HACIÉNDOLO VULNERABLE PARA ADAPTARSE SATISFACTORIAMENTE A SU NUEVA VIDA. ÉSTA ES LA PRIMERA CRISIS VITAL Y EL NIÑO TIENE QUE AFRONTAR ESTE PASO ENTRE LA VIDA Y LA MUERTE. PARA SALIR ADELANTE REQUIERE DE LOS ELEMENTOS AFECTIVOS MATERNOS PRINCIPALMENTE.

EN ESTE PERÍODO EXISTE GRAN MORTALIDAD DE LOS NIÑOS, DEBIDO A QUE FÁCILMENTE PUEDEN CONTRAER DIVERSAS ENFERMEDADES. EL NIÑO DEFICIENTE MENTAL, DEBIDO A LAS ANORMALIDADES ORGÁNICAS QUE SUELE TENER, ES MÁS

PROPENSO A ADQUIRIR ENFERMEDADES QUE LE OCASIONAN LA MUERTE,

B) EL LACTANTE

SE CONSIDERA COMO LACTANTE AL NIÑO, DESPUÉS DE LA PRIMERA SEMANA DE VIDA HASTA UN AÑO APROXIMADAMENTE.

EL LACTANTE DEPENDE FUNDAMENTALMENTE DE SU MADRE, QUIÉN LO AMAMANTA, LE BRINDA LOS CUIDADOS NECESARIOS Y LO PROTEGE, EN ESTE PERÍODO EL NIÑO SE DESARROLLA RÁPIDAMENTE Y REACCIONA A LOS ESTÍMULOS DEL MEDIO AMBIENTE. APROXIMADAMENTE A LOS 10 Ó 12 MESES VIENE LA SEGUNDA CRISIS VITAL, DEBIDO A QUE SE SUSTITUYE LA LECHE MATERNA POR LA ALIMENTACIÓN EN GENERAL, APARECEN LOS PRIMEROS DIENTES Y SE CIERRA EL AGUJERO DE BOTAL. ESTA SITUACIÓN OCASIONA QUE EL NIÑO BAJE DE PESO Y SEA MÁS VULNERABLE A LAS ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES Y RESPIRATORIAS PRINCIPALMENTE.

ESTA CRISIS ESTÁ DETERMINADA, A SU VEZ, POR FACTORES CULTURALES Y FAMILIARES, EN ESPECIAL SOBRE LOS CONOCIMIENTOS QUE TENGA LA MADRE CON RESPECTO A LA PREPARACIÓN DE LOS ALIMENTOS, LOS HÁBITOS HIGIÉNICOS Y CUIDADOS DE LOS NIÑOS.

PARA EL NIÑO DEFICIENTE MENTAL, ESTA ETAPA SE HACE MÁS DIFÍCIL, DEBIDO AL RECHAZO, INDIFERENCIA O AGRESIÓN QUE MANIFIESTAN LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA HACIA ÉL Y A LOS POCOS CUIDADOS QUE LE BRINDAN, EN OCASIONES, LA MADRE SE ENCUENTRA SOLA EN LA TAREA DE CUIDAR Y DARLE AMOR A SU HIJO.

C) EL NIÑO PEQUEÑO

SE CONSIDERA COMO NIÑO PEQUEÑO A AQUEL MAYOR DE UN AÑO, PERO MENOR QUE LOS DOS AÑOS Y MEDIO.

DURANTE ESTE PERÍODO EL NIÑO ALCANZA UN DESARROLLO GLOBAL ARMÓNICO Y YA TIENE COMPLETA SU DENTADURA TRANSITORIA, LO QUE LE PERMITE TENER UNA ALIMENTACIÓN BALANCEADA, HACIÉNDOLO POCO SUSCEPTIBLE A CONTRAER ENFERMEDADES, SU ACTIVIDAD PSICOMOTRIZ SE DESARROLLA Y SE MADURA SU SISTEMA PSICOMENTAL.

CASI AL FINALIZAR ESTE PERÍODO, SURGE LA TERCERA CRISIS QUE CONSISTE EN INDEPENDIZARSE DE SU MADRE, TANTO FÍSICA COMO PSICOLÓGICAMENTE, PARA INICIAR SU VIDA INFANTIL AUTÓNOMA Y AUTOSUFICIENTE, ESTA SITUACIÓN

OCCASIONA UNA CRISIS EMOCIONAL FUERTE, QUE EL NIÑO DEBE SUPERAR.

EL NIÑO DEFICIENTE MENTAL, DEBIDO A SU LENTO APRENDIZAJE, LE ES DIFÍCIL SOPORTAR ESTA CRISIS PARA OBTENER SU INDEPENDENCIA Y AÚN MÁS PARA PODERLA SUPERAR SATISFACTORIAMENTE, AUNADO A ESTO, LA SOBREPOTECCIÓN DE SUS PADRES HACIA ÉL QUE OBSTACULIZAN Y RETARDAN SU INDEPENDENCIA.

POR LO MISMO, LAS METAS DE ESTOS PADRES DURANTE LA PRIMERA INFANCIA, SERÁN LAS DE ENSEÑARLE A SU HIJO A COMER, CAMINAR Y HABLAR.

2.1.2. SEGUNDA INFANCIA

LA SEGUNDA INFANCIA ES LA COMPRENDIDA A PARTIR DE LOS TREINTA MESES DE EDAD, HASTA ALREDEDOR DE LOS SIETE AÑOS.

ESTA ETAPA SE CARACTERIZA POR LA MADURACIÓN DE SU SISTEMA NERVIOSO, LA MOVILIDAD, COORDINACIÓN PSICOMOTRIZ Y LENGUAJE, SE VAN DESARROLLANDO Y PERFECCIONANDO, EL NIÑO VA PERCIBIENDO SU MUNDO Y VA ESTRUCTURANDO SU PENSAMIENTO, DE ESTA MANERA DEJA ATRÁS EL MUNDO MÁGICO DE LA NIÑEZ PARA CONOCER LA REALIDAD TAL COMO ES. A SU VEZ, EL NIÑO VA ADQUIRIENDO MÁS SENSIBILIDAD EMOCIONAL, LO QUE LE PERMITE CAPTAR LOS SENTIMIENTOS DE AFECTO, AMOR, RECHAZO, AGRESIVIDAD O INDIFFERENCIA DE SUS PADRES O DE LAS PERSONAS QUE LOS RODEAN. EL NIÑO VA A PROYECTAR ESA SITUACIÓN FAMILIAR QUE ESTÁ VIVIENDO Y CONOCERÁ SUS PROPIOS SENTIMIENTOS, EL HECHO DE AMAR O DE ODIAR A ALGUIEN, ETC.

DURANTE ESA ETAPA EL NIÑO APRENDE A SENTIR Y A QUERER, Y VA MOLDEANDO SU CARÁCTER EN BASE A LA EDUCACIÓN FAMILIAR, Y PARA LOGRAR UN EQUILIBRIO NORMAL ADAPTATIVO, EL NIÑO DEBERÁ REALIZAR ACTIVIDADES DE AUTODETERMINACIÓN, AUTOCONDUCCIÓN Y AUTOCRÍTICA, CON EL FIN DE CONQUISTAR SU INDEPENDENCIA.

AL FINALIZAR LA SEGUNDA INFANCIA SURGE LA CUARTA CRISIS VITAL, EN LA CUAL EL NIÑO ROMPE LOS LAZOS FAMILIARES Y ENTRA AL MUNDO SOCIAL DEL ÁMBITO ESCOLAR; SI NO LOGRA SUPERAR ESTA SITUACIÓN, EL NIÑO SUFRIRÁ GRAVES TRASTORNOS EMOCIONALES O NEORÓTICOS, LO QUE REPERCUTIRÁ EN SU ORGANISMO, TRAYÉNDOLE TAL VEZ CONSECUENCIAS FATALES.

EL NIÑO DEFICIENTE MENTAL LLEGA A LA SEGUNDA INFANCIA SIN HABER ALCANZADO EL DESARROLLO PSICOMOTOR CORRESPONDIENTE A LA ETAPA ANTERIOR.

(VER ANEXO NÚM. 2 "PARÁMETROS NORMALES DEL DESARROLLO PSICOMOTOR DEL NIÑO DURANTE SU PRIMERA INFANCIA"), Y DURANTE ESTA ETAPA PRESENTARÁ MUCHAS DIFICULTADES PARA ALCANZAR SUS METAS DE APRENDIZAJE DEBIDO PRINCIPALMENTE A QUE SU SISTEMA NERVIOSO ES INMADURO.

POR LO MISMO REQUIERE QUE LAS PERSONAS DEDICADAS A SU EDUCACIÓN LE CUBRAN SUS NECESIDADES EMOCIONALES PARA QUE PUEDA APRENDER, A SENTIR Y A QUERER. LAS PRINCIPALES NECESIDADES SON:

A) EL AMOR, ES MUY IMPORTANTE QUE LOS NIÑOS SEPAN QUE SUS PADRES LOS QUIERAN VERDADERAMENTE Y SE PREOCUPEN POR ÉL, PERO NO HAY QUE CAER EN UN CARIÑO DESMEDIDO POR EL NIÑO DEFICIENTE MENTAL, PUES TAMBIÉN HAY QUE RECORDAR QUE NUESTRO CÓNYUGUE O NUESTROS HIJOS, NECESITAN DE AMOR, Y SI QUISIÉRAMOS CON EXAGERACIÓN A ESTE HIJO, TRAERÍA COMO CONSECUENCIA CONFLICTOS FAMILIARES QUE REPERCUTIRÍAN EN SU DESARROLLO EMOCIONAL.

B) PROTECCIÓN, SE REFIERE A QUE LE DEBEMOS ENSEÑAR A TENER SEGURIDAD EN SÍ MISMO Y QUE SEPA PROTEGERSE, ESTO SE LOGRA DÁNDOLE CONFIANZA EN SÍ MISMO. ES CONVENIENTE ACLARAR QUE NO DEBEMOS SOBREPOTERERLO, PORQUE - DE ESTA MANERA, SI LE DAMOS TODO SIN PEDIRLE NINGÚN APRENDIZAJE, LO QUE ESTARÍAMOS HACIENDO ES CREANDO UN SER INÚTIL, INCAPAZ DE ADAPTARSE AL MEDIO AMBIENTE.

C) ESTÍMULO Y COMPRENSIÓN, ESTO SE LOGRA CUANDO LOS PADRES LE RECONOCEN SUS ESFUERZOS Y ADELANTOS, Y LE HACEN SENTIR QUE ÉL COMO PERSONA VALE Y TIENE LA CAPACIDAD PARA ENFRENTARSE A LOS OBSTÁCULOS Y LOS PUEDA SUPERAR; DE ESTA MANERA LE AYUDARÁN A SU HIJO A DESTERRAR LOS SENTIMIENTOS DE CULPA POR LOS FRACASOS CONTINUOS QUE TIENE A LOS DE INFERIORIDAD PARA SENTIRSE MENOS O DIFERENTE A UN NIÑO NORMAL. ES IMPORTANTE QUE LOS PADRES COMPENDAN A SU HIJO, LE TENGAN PACIENCIA Y LO RESPETEN.

D) LIBERTAD, SE REFIERE A QUE DEJEMOS QUE EL NIÑO VAYA APRENDIENDO NUEVOS CONOCIMIENTOS Y A DESENVOLVERSE EN SU MEDIO, ASÍ POCO A POCO IRÁ SUPERANDO LOS OBSTÁCULOS, IRÁ ADQUIRIENDO MÁS SEGURIDAD Y SABRÁ VALERSE POR SÍ MISMO. EL NIÑO DEBE APRENDER A VALERSE POR SÍ MISMO FUERA DE LA CASA, A COMPORTARSE, A TENER AMIGOS, A RESPETAR A LOS DEMÁS,

A UTILIZAR LOS SERVICIOS DE LA COMUNIDAD, ETC.

2.1.3. TERCERA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

DURANTE LA TERCERA INFANCIA O PERÍODO DE LATENCIA SEXUAL, EL ORGANISMO DEL NIÑO SE DESARROLLA ADECUADAMENTE, EXISTEN CAMBIOS MORFOLÓGICOS, LABILIDAD AFECTIVO-EMOCIONAL, MIELINIZACIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO Y SE INICIA LA VIDA SOCIO-ESCOLAR. PERO CUANDO ESTE PERÍODO TERMINA, EL ORGANISMO SUFRE GRANDES TRANSFORMACIONES FÍSICAS Y PROFUNDAS TURBULENCIAS EMOCIONALES, OCASIONANDO UNA DE LAS GRAVES CRISIS DE SU EXISTENCIA, LA CRISIS PUBERAL.

ENTRE LOS 12 Y 14 AÑOS EL ORGANISMO INFANTIL SE TRANSFORMA PARA CONVERTIRSE EN HOMBRE O MUJER, SUFRIENDO ALTERACIONES SOMÁTICAS Y FUNCIONALES QUE SE MANIFIESTAN EN LA SIGUIENTE FORMA: CRECIMIENTO CORPORAL EXAGERADO, APARICIÓN DE LOS SIGNOS SEXUALES SECUNDARIOS, DESARROLLO DE LOS GENITALES, MADURACIÓN SEXUAL, FLORACIÓN DE LAS FUNCIONES HETEROSEXUALES HUMANAS, PERTURBACIONES EMOCIONALES ANTE EL DESEQUILIBRIO ENTRE LA MADURACIÓN BIOLÓGICA ALCANZADA Y LA INMADUREZ DE LA PERSONALIDAD QUE TODAVÍA NO LLEGA A SU INTEGRACIÓN TOTAL E INCAPACIDAD PARA RESOLVER LOS PROBLEMAS DE SU JUVENTUD.

ENTRE ESTAS PERTURBACIONES EMOCIONALES SE ENCUENTRAN : INESTABILIDAD POR SUS SENTIMIENTOS DE INSEGURIDAD, COMPLEJOS DE INFERIORIDAD, TEMOR HACIA ALCANZAR SU INDEPENDENCIA PERSONAL, DEPRESIÓN, ANGUSTIA, REAPARICIÓN DEL PENSAMIENTO MÁGICO, AGRESIVIDAD, REBELDÍA Y DESOBEDIENCIA ANTE LA AUTORIDAD, ETC.

CUANDO ESTA CRISIS VENCE LAS RESISTENCIAS ORGÁNICAS DE LOS JÓVENES, OCASIONA EN ELLOS ALGUNA ENFERMEDAD COMO LAS CARDIOPATÍAS, LA FIEBRE REUMÁTICA, ETC., O SUFREN TRASTORNOS EMOCIONALES, NEUROSIS O PSICONEUROSIS, CONVIRTIÉNDOSE EN PERSONAS INADAPTADAS AL MEDIO AMBIENTE. EN CAMBIO, SI LOGRAN SUPERAR ESTA CRISIS, PODRÁN ENFRENTARSE A LOS PROBLEMAS E INTEGRAR SU PERSONALIDAD.

PARA EL DEFICIENTE MENTAL, LE ES MUY DIFÍCIL ENFRENTAR Y SUPERAR ESTOS PROBLEMAS, DEBIDO PRINCIPALMENTE A SUS LIMITADOS RECURSOS INTELECTUALES Y PSICOSOCIALES. ADEMÁS, DEBIDO A SU INMADUREZ, LE ES DIFÍCIL CONTROLAR

SUS IMPULSOS PRIMITIVOS Y UTILIZAR LA AUTODETERMINACIÓN, LA AUTOCONDUCCIÓN Y LA AUTOCRÍTICA.¹⁶

16

APUD CORONADO, GUILLERMO, TRATADO. . . 35 - 62 PP.

2.2. LA PERSONALIDAD DEL DEFICIENTE MENTAL

LA PERSONALIDAD DEL INDIVIDUO ESTÁ DETERMINADA POR EL MATERIAL GENÉTICO Y POR LAS EXPERIENCIAS QUE VA ADQUIRIENDO A TRAVÉS DE SU VIDA. EN LOS DEFICIENTES MENTALES, EN VARIAS OCASIONES, EL MATERIAL GENÉTICO ESTÁ ALTERADO, PROVOCANDO ALTERACIONES EN EL DESARROLLO NORMAL DEL CEREBRO Y EN LA CONSTITUCIÓN BIOLÓGICA DE LA PERSONA, POR LO MISMO, SE DICE QUE EL DEFICIENTE MENTAL TIENE UNA PERSONALIDAD DEFORMADA.

DENTRO DE LOS PROBLEMAS CONDUCTUALES DEL DEFICIENTE MENTAL, SE ENCUENTRAN:

A) LABILIDAD EMOCIONAL, QUE SE CARACTERIZA POR LLANTO INMOTIVADO, EGOCENTRISMO MARCADO POR UN EGOÍSMO O NARCISISMO EXAGERADO, CAMBIOS DE HUMOR REPENTINO, MIEDO EXAGERADO, REPRESIÓN O INDIFFERENCIA Y TRASTORNOS DEL SUEÑO ACOMPAÑADOS DE TERRORES NOCTURNOS. ESTA SITUACIÓN EMOCIONAL ES CAUSADA PRINCIPALMENTE POR UN DESCUIDO DEL PADRE O DE LA MADRE HACIA EL NIÑO O POR UNA DEPENDENCIA FAMILIAR.

B) INMADUREZ NEUROLÓGICA, CARACTERIZADA POR TORPEZA PARA LOS MOVIMIENTOS FINOS Y MEDIOS, DIFICULTAD PARA CAMINAR, CORRER O SALTAR, FALTA DE EQUILIBRIO, INCOORDINACIÓN DE LOS COMPLEJOS PSICOMOTORES CON DIFICULTAD PARA COMER, VESTIRSE, CONTROLAR ESFÍNTERES, ETC., IMPRECISIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL, DEL TIEMPO, ESPACIO, DIFICULTAD PARA LA LECTOESCRITURA E INESTABILIDAD EMOCIONAL.

C) HIPERQUINESIS, SE CARACTERIZA POR MOVIMIENTOS EXCESIVOS, INQUIETUD, MOTILIDAD IRREFLEXIVA E INCONTROLABLE, ATENCIÓN DISPERSA, AGITACIÓN, ANGUSTIA, AGRESIÓN, DIFICULTAD PARA EL APRENDIZAJE EN ESPECIAL PARA LA LECTOESCRITURA Y DESADAPTACIÓN SOCIAL.

D) TRASTORNOS CONDUCTUALES REFLEJOS, LOS DESAJUSTES DE LA PERSONALIDAD EN ALGUNOS CASOS SE MANIFIESTAN A NIVEL ORGÁNICO, PRESENTANDO LA PERSONA NAÚSEAS, VÓMITOS, ANOREXIA O HIPEREXIA, DIARREAS O CONSTIPACIÓN, ENURESIS, MASTURBACIÓN, AGRESIVIDAD, ALTERACIONES DEL PULSO Y DE LA RESPIRACIÓN, CEFALÉAS, CONVULSIONES, TICS, TRASTORNOS DEL SUEÑO, ETC.

E) MANIFESTACIONES PSICONEURÓTICAS, COMO SON : AGRESIVIDAD, TENSIÓN

EMOCIONAL, ANSIEDAD, MANÍAS, ENTRE ELAS LA MITOMANÍA Y LA CLEPTOMANÍA, FOBIAS, FUGAS DEL HOGAR O DE LA ESCUELA, MASTURBACIÓN, ABERRACIONES SEXUALES Y PROBLEMAS DE ADAPTACIÓN SOCIAL.

F) MANIFESTACIONES PSICOSOCIALES, ESTAS SE PRESENTAN DE ACUERDO AL MEDIO SOCIAL EN QUE SE DESENVUELVEN, SI ÉSTE ES ADVERSO, EL DEFICIENTE MENTAL PUEDE MANIFESTAR CONDUCTAS PARASOCIALES Y ANTISOCIALES. DENTRO DE LAS PRIMERAS ENCONTRAMOS INDISCIPLINA, AGRESIÓN, CRUELDAD PARA LOS ANIMALES Y LAS PERSONAS, VAGABUNDISMO, INADAPTACIÓN SOCIAL, ETC. LA CONDUCTA ANTISOCIAL SE MANIFIESTA POR REBELDÍA Y AGRESIÓN, DAÑOS A LAS PERSONAS Y A LAS PROPIEDADES, TABAQUISMO, ALCOHOLISMO, DROGADICCIÓN, DELINCUENCIA, ETC.¹⁷

2.2.1. RASGOS DE LA PERSONALIDAD DEL DEFICIENTE MENTAL.

DE ACUERDO A CIERTAS INVESTIGACIONES REALIZADAS, EXISTEN CIERTOS RASGOS DE LA PERSONALIDAD QUE SON CARACTERÍSTICOS DE LAS PERSONAS CON DEFICIENCIA MENTAL, LOS CUALES SON :

A) EXPECTATIVA DE FRACASO

DEBIDO A SUS PROPIAS LIMITACIONES, SE HA OBSERVADO QUE LOS DEFICIENTES MENTALES TIENEN MÁS FRACASOS QUE LAS DEMÁS PERSONAS, POR LO MISMO, PONEN POCO INTERÉS EN LA REALIZACIÓN DE NUEVAS TAREAS, PORQUE PIENSAN QUE VAN A FRACASAR, ESTA SITUACIÓN REPERCUTE EN SU COMPORTAMIENTO, YA QUE EN LUGAR DE ESFORZARSE POR ALCANZAR EL ÉXITO, SUELEN CONFORMARSE POR EVITAR EL FRACASO, ADEMÁS PIERDEN LA CONFIANZA EN SÍ MISMOS.

B) CENTRO EXTERNO DE CONTROL Y DESAMPARO

"... LOCUS DE CONTROL SIGNIFICA LA CONVICCIÓN QUE TIENE EL INDIVIDUO

ACERCA DE LA CAUSA DETERMINANTE DE LO QUE LE PASA A ÉL".¹⁸

LAS PERSONAS QUE TIENEN CENTRO DE CONTROL INTERNO, PIENSAN QUE LO QUE LES SUCEDE, ESTÁ DETERMINADO POR SUS PROPIAS ACCIONES, EN CAMBIO, LAS PERSONAS CON CENTRO DE CONTROL EXTERNO, PIENSAN QUE NO TIENEN NINGÚN CONTROL SOBRE SUS VIDAS Y QUE LO QUE LES SUCEDE, ESTÁ DETERMINADO POR LA SUERTE O POR LAS ACCIONES DE LAS DEMÁS PERSONAS.

EL LOCUS DE CONTROL INTERNO VA CRECIENDO CON LA EDAD MENTAL, POR LO MISMO, LOS DEFICIENTES MENTALES SUELEN TENER MÁS EL LOCUS DE CONTROL EXTERNO, POR ESTO LES ES DIFÍCIL TOMAR LA INICIATIVA ANTE LOS PROBLEMAS QUE SE LES VAN PRESENTANDO, ESPERAN AYUDA DE LAS DEMÁS PERSONAS Y EN OCASIONES SE SIENTEN DESAMPARADAS.

C) MAYOR NECESIDAD DE INTERACCIÓN SOCIAL

GENERALMENTE LOS DEFICIENTES MENTALES SON RECHAZADOS POR SUS FAMILIARES Y POR LA SOCIEDAD, DIFICULTANDO ESTA SITUACIÓN SU INTEGRACIÓN SOCIAL. DEBIDO A ESTO, CUANDO SE LES INDICA QUE REALICEN CIERTAS ACTIVIDADES, EN LUGAR DE DESEMPEÑARLAS, SE DEDICAN A AGRADAR A LA PERSONA QUE SE ENCUENTRA CON ELLOS, CON LA FINALIDAD DE SENTIRSE APRECIADOS Y ESTIMADOS.

D) FUNCIONAMIENTO DEFECTUOSO DEL EGO

SEGÚN SIGMUND FREUD, LA PERSONALIDAD ESTÁ FORMADA POR TRES PARTES QUE SON: EL ID, EL EGO Y EL SUPEREGO. EL ID CONSISTE EN LAS TENDENCIAS INSTINTIVAS Y LOS IMPULSOS INNATOS DEL INDIVIDUO. EL EGO, SE ENCARGA DE COMPROBAR LA REALIDAD Y ES EL MEDIADOR ENTRE LOS IMPULSOS INNATOS DEL ID Y LA REALIDAD. EL SUPEREGO, SE ENCARGA DE LAS CUESTIONES MORALES, INCORPORANDO A LA PERSONALIDAD TODAS LAS MANERAS SOCIALMENTE ACEPTABLES DE CONDUCTIRSE. LA FUNCIÓN DEL EGO, ES LA DE APRENDER DE LA REALIDAD,

18

INGALLS, ROBERTO P. RETRASO MENTAL LA NUEVA PERSPECTIVA, MÉXICO: EL MANUAL MODERNO, 249 P.

CONOCER LOS RESULTADOS DE NUESTRAS PROPIAS ACCIONES, CONTROLAR LOS IMPULSOS, ETC.

EL DEFICIENTE MENTAL, TIENE UN DEFECTO EN EL FUNCIONAMIENTO DEL EGO, POR ESTA RAZÓN, ACTÚA DE MANERA IMPULSIVA, SE DEJA GUIAR POR REACCIONES IRRACIONALES Y PRESENTA UNA ANSIEDAD EXCESIVA OCASIONADA POR LA DIFICULTAD PARA CONTROLAR SUS IMPULSOS. PARA DEFENDERSE DE LA ANSIEDAD, EL EGO UTILIZA LOS MECANISMOS DE DEFENSA, ENTRE ELLOS LOS MÁS USADOS SON: LA REPRESIÓN, QUE CONSISTE EN BORRAR DEL CONSCIENTE UN RECUERDO O PENSAMIENTO DOLOROSO, Y LA NEGACIÓN, QUE ES NEGARSE A ADMITIR QUE UN HECHO DOLOROSO ES VERDADERO.

E) FINGIMIENTO Y RENUENCIA

EL FINGIMIENTO ES UN COMPORTAMIENTO EN EL CUAL GENERALMENTE LAS PERSONAS IMPEDIDAS APARENTAN QUE SON NORMALES, COMPETENTES Y COMO CUALQUIER OTRA PERSONA.

ALGUNOS DEFICIENTES MENTALES INTENTAN PROBARSE A SÍ MISMOS Y A LOS DEMÁS QUE NO LO SON, CON EL PROPÓSITO DE QUE SEAN MEJOR ACEPTADOS Y LOS INTEGREN A LA VIDA FAMILIAR, ESCOLAR Y SOCIAL.

2.2.2. RAZONES POR LAS QUE LA PERSONALIDAD DEL DEFICIENTE, DIFIERE DE LA DEL INDIVIDUO NORMAL

A) AISLAMIENTO Y RECHAZO SOCIAL

LAS PERSONAS CON DEFICIENCIA MENTAL SUELEN SER RECHAZADAS, DEBIDO A LA DIFICULTAD PARA ESTABLECER UNA CONVERSACIÓN INTELIGENTE, INTERESANTE E INGENIOSA, PARA APRENDER LOS MODALES Y MANERAS DE COMPORTARSE SOCIALMENTE, O POR ALGUNA MALFORMACIÓN FÍSICA QUE TIENEN.

POR ESTA RAZÓN, LOS DEFICIENTES MENTALES TIENDEN A AISLARSE DE LOS DEMÁS Y A ADQUIRIR CONDUCTAS MÁS INAPROPIADAS, Y PIENSAN QUE NO VALEN COMO PERSONAS, POR LO MISMO, NO HACEN NINGÚN ESFUERZO POR CAMBIAR ESTA SITUACIÓN, VOLVIÉNDOSE CADA VEZ MÁS AGRESIVOS HACIA LAS PERSONAS QUE LOS RECHAZAN.

ÉSTAS PERSONAS SON MÁS SENSIBLES Y SE DAN CUENTA DEL RECHAZO, ACEPTACIÓN O INDIFFERENCIA QUE LAS DEMÁS PERSONAS SIENTEN HACIA ELLOS.

B) ETIQUETA O ESTIGMA

"NUESTRA CULTURA HACE MUCHO INTERÉS EN SER NORMAL, Y CUAL COSA QUE INDIQUE QUE EL INDIVIDUO ES DE ALGUNA MANERA DIFERENTE, INTERFERIRÁ INELUDIBLEMENTE CON LA ACEPTACIÓN SOCIAL DE ESA PERSONA. ESTE SIGNO DE DESVIACIÓN SE LLAMA ESTIGMA".¹⁹

EL ESTIGMA HACE QUE LA GENTE PIENSE QUE TIENE MENOS VALOR Y QUE NO ES TAN DIGNA COMO LA DEMÁS GENTE.

LOS AFECTOS ESTIGMATIZANTES DE LA ETIQUETA DE DEFICIENTE MENTAL, HACEN QUE LAS DEMÁS PERSONAS NO SEPAN CÓMO PORTARSE ENFRENTA DE UN DEFICIENTE MENTAL, SI IGNORARLO, RECHAZARLO, CONVERSAR CON ÉL O NO, ETC. ESTE HECHO SE AGRAVA, DEBIDO A QUE LA MAYORÍA DE LAS PERSONAS DESCONOCEN LO QUE ES UN DEFICIENTE MENTAL. ÉSTA ETIQUETA HACE QUE ELLOS SE SIENTAN SEÑALADOS Y SE LES DIFICULTA SU INTEGRACIÓN SOCIAL.

C) TENSIONES FAMILIARES

LA FAMILIA EJERCE UNA INFLUENCIA MUY FUERTE SOBRE EL DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD DE LOS NIÑOS, Y EL NIÑO REFLEJARÁ LA SITUACIÓN FAMILIAR QUE ESTÁ VIVIENDO. CUANDO ES UNA FAMILIA, EXISTE AMOR, ACEPTACIÓN Y COMUNICACIÓN ENTRE TODOS SUS MIEMBROS, EL NIÑO, AL LLEGAR A SER ADULTO SERÁ UNA PERSONA ADAPTADA, QUE TENDRÁ CONFIANZA EN SÍ MISMO, Y SABRÁ SUPERAR LOS PROBLEMAS QUE SE LE PRESENTEN. LA PRESENCIA DE UN NIÑO DEFICIENTE MENTAL, TRAERÁ A LA FAMILIA UNA SITUACIÓN DE ANGUSTIA, TENSIÓN E INCERTIDUMBRE, LOS PADRES TENDRÁN UN SENTIMIENTO DE CULPABILIDAD Y RECHAZO HACIA SU HIJO, POR NO SER LO QUE ELLOS ANHELABAN, PERO POCO A POCO DEBEN IR SUPERANDO ESTA SITUACIÓN, HASTA LLEGAR A ACEPTAR A SU HIJO TAL COMO ES. PERO, EN ALGUNAS FAMILIAS, ESTE PROCESO NO SE LOGRA Y LA SITUACIÓN FAMILIAR ES INESTABLE Y CONFLICTIVA, REPERCUTIENDO EN LA PERSONALIDAD DEL DEFICIENTE MENTAL Y EN SU ADAPTACIÓN AL MEDIO AMBIENTE.

MUCHOS PROBLEMAS DEL COMPORTAMIENTO DEL DEFICIENTE MENTAL SON ORIGINADOS POR LAS TENSIONES FAMILIARES EN QUE VIVE. EN EL SIGUIENTE CAPÍTULO TRATAREMOS EL TEMA DE LA FAMILIA DEL DEFICIENTE MENTAL, DE MANERA MÁS PROFUNDA.

D) FRUSTRACIÓN Y FRACASO

DEBIDO A SUS PROPIAS LIMITACIONES EL DEFICIENTE MENTAL NO PUEDE CUMPLIR SATISFACTORIAMENTE CON TODAS LAS ACTIVIDADES QUE LA SOCIEDAD IMPONE, Y DEBIDO A QUE REQUIERE MÁS TIEMPO PARA APRENDER LAS DIVERSAS TAREAS QUE SE LE DESIGNAN, TIENEN MÁS FRACASOS QUE LAS DEMÁS PERSONAS. LOS FRACASOS REPETIDOS LE PROVOCAN REACCIONES DE ANSIEDAD Y MECANISMOS DE DEFENSA Y LO HACEN SENTIR QUE VALE MENOS QUE LOS DEMÁS Y QUE TIENE POCAS HABILIDADES PARA REALIZAR LAS LABORES, AUNQUE ÉSTAS SEAN SENCILLAS Y, POR LO MISMO, LO HACEN DESISTIR DE CUALQUIER NUEVA ACTIVIDAD.

E) FALTA DE DISCERNIMIENTO

EL DESARROLLO DE LOS PROCESOS COGNOSCITIVOS ESTÁ MUY RELACIONADO CON LA ADQUISICIÓN Y LOS CAMBIOS DE PATRONES DE PERSONALIDAD Y CON LAS REACCIONES EMOCIONALES.

EN LOS DEFICIENTES MENTALES DEBIDO A SUS LIMITADOS CONOCIMIENTOS Y SU PROPIA INMADUREZ, SE PRESENTAN DIFICULTADES PARA CONTROLAR SUS IMPULSOS Y PARA CAMBIAR SU COMPORTAMIENTO INADECUADO, ES DECIR, LES FALTA CAPACIDAD PARA DISCERNIR ENTRE LAS ACTIVIDADES QUE ESTÁ REALIZANDO.

F) PRIVACIÓN CULTURAL

GENERALMENTE LOS NIÑOS DEFICIENTES MENTALES PROVIENEN DE FAMILIAS DE CLASE BAJA, EN DONDE EXISTE UN NIVEL CULTURAL BAJO, REPERCUTIENDO ESTO EN EL APRENDIZAJE DEL NIÑO, ADEMÁS DE ESTO, LOS PADRES POR EL TEMOR A LA CRÍTICA, NO SALEN A PASEAR CON SUS HIJOS, PROVOCANDO QUE EL NIÑO SE AISLE DE SU COMUNIDAD. ²⁰

2.3. EL ADULTO DEFICIENTE MENTAL

2.3.1. SITUACIÓN DEL ADULTO DEFICIENTE MENTAL

GENERALMENTE SE PIENSA QUE EL DEFICIENTE MENTAL ES UNA PERSONA INCOMPETENTE Y QUE DURANTE TODA LA VIDA VA A ESTAR DEPENDIENDO DE CIERTAS PERSONAS.

SIN EMBARGO, LA MAYORÍA DE LOS DEFICIENTES MENTALES LEVES Y MODERADOS PUEDEN LLEGAR A SER ADULTOS CON UNA VIDA PRODUCTIVA E INDEPENDIENTE, TENER UN EMPLEO Y LLEVAR UNA VIDA SOCIAL ACEPTABLE.

LA INTEGRACIÓN DEL DEFICIENTE MENTAL A LA VIDA PRODUCTIVA Y SOCIAL, VA A ESTAR DETERMINADA PRINCIPALMENTE POR EL MEDIO AMBIENTE EN QUE SE DESENVUELVE, EN ESTE AMBIENTE DEBEN DE EXISTIR LAS OPORTUNIDADES PARA QUE SE DESARROLLEN DE ACUERDO A SUS CAPACIDADES, Y PERSONAS QUE PUEDAN BRINDARLES APOYO Y SUPERVISIÓN.

EL PROBLEMA PRINCIPAL CON QUE SE ENCUENTRA EL DEFICIENTE MENTAL PARA PODER DESARROLLARSE, ES QUE LA GRAN MAYORÍA DE LOS PADRES NO PROMUEVEN SU INDEPENDENCIA POR CONSIDERARLO EN DESVENTAJA CON LAS DEMÁS PERSONAS, COMO SI FUERA UNA PERSONA DESVALIDA, INCAPAZ DE ENFRENTARSE SÓLO A LA VIDA, ES DECIR, LO SUBESTIMAN, POR LO MISMO, TIENDEN A PROTEGERLO EN EXCESO, BRINDÁNDOLE TODO LO QUE ELLOS PIENSAN QUE EL NIÑO NECESITA. ESTA SITUACIÓN OCASIONA QUE EL NIÑO NO APRENDA A SER ÉL MISMO, Y A TENER CONFIANZA EN ÉL, ADEMÁS QUE LO HACE DEPENDIENTE DE SUS PADRES, DE ESTA MANERA EL NIÑO NO APRENDE A DESENVOLVERSE NI A DESEMPEÑAR ACTIVIDADES O TRABAJOS. POR LO MISMO, SE REQUIERE QUE LOS PROFESIONALES QUE TRABAJAN EN ESTA ÁREA, DEN ORIENTACIÓN A LOS PADRES SOBRE DEFICIENCIA MENTAL Y LA MANERA DE EDUCAR A LOS HIJOS PARA QUE RECONOZCAN QUE EL ÚNICO PATRIMONIO QUE PUEDEN DEJAR A SU HIJO DEFICIENTE MENTAL, ES LA CAPACIDAD DE VALERSE Y DEFENDERSE POR SÍ MISMO.

DEBIDO A LOS ADELANTOS CIENTÍFICOS, AHORA ES POSIBLE HABILITARLO PARA QUE PUEDA DESEMPEÑAR UN TRABAJO DE ACUERDO A SUS POSIBILIDADES. LA IMPORTANCIA DE QUE ESTAS PERSONAS TRABAJEN, RADICA EN QUE DE ESTA MANERA SE SENTIRÁN PERSONAS ÚTILES, QUE VALEN, QUE SE LES ESTIMA Y QUE

SE LES NECESITA, ADEMÁS QUE LES DA UNA INDEPENDENCIA ECONÓMICA PARA QUE NO SE LES CONSIDERE COMO UNA CARGA PARA LA FAMILIA.

ASÍ COMO EL DEFICIENTE MENTAL PUEDE CONSEGUIR UN TRABAJO, TAMBIÉN PUEDE FORMAR UN HOGAR FUERA DEL SUYO.

ENSEGUIDA TRATAREMOS EL TEMA DE LOS TALLERES PROTEGIDOS, QUE ES EN DONDE COMÚNMENTE TRABAJAN ESTAS PERSONAS, Y POSTERIORMENTE TRATAREMOS LA POSIBILIDAD DE QUE EL DEFICIENTE MENTAL VIVA EN LOS HOGARES ESPECIALES.

2.3.2. TALLERES PROTEGIDOS

LOS TALLERES PROTEGIDOS PROPORCIONAN UNA ACTIVIDAD OCUPACIONAL A LAS PERSONAS QUE NO PUEDEN OBTENER TRABAJO A CAUSA DE UN IMPEDIMENTO MENTAL O FÍSICO. EN ESTOS CENTROS DE TRABAJO LAS PERSONAS PUEDEN LABORAR Y OBTENER UNA REMUNERACIÓN ECONÓMICA.

LAS FUNCIONES PRINCIPALES DE LOS TALLERES PROTEGIDOS SON:

A) PREPARAR A LAS PERSONAS PARA UN POSIBLE EMPLEO COMPETITIVO A FUTURO. ES DECIR, APARTE DE ENSEÑARLES UN OFICIO SE LES ENSEÑA A SABERSE COMPORTAR DENTRO DE UN TRABAJO, Y CONOCER QUÉ PROBLEMAS PERSONALES PODRÁN INFLUIR EN EL DESEMPEÑO DE SU TRABAJO EN OTRAS INSTITUCIONES, PARA IR LOGRANDO UNA MEJOR ADAPTACIÓN DE ESTAS PERSONAS A LA VIDA LABORAL Y SOCIAL.

B) PROPORCIONAR UN EMPLEO PERMANENTE A AQUELLAS PERSONAS, QUE POR SUS LIMITACIONES, NUNCA PODRÁN TRABAJAR EN UN PUESTO COMPETITIVO.

C) EVALUACIÓN CONSTANTE DE LAS PERSONAS QUE TRABAJAN EN EL TALLER. AL INGRESO DE UNA PERSONA, SE DEBERÁ REALIZAR UNA EVALUACIÓN DE SUS CAPACIDADES MENTALES Y FÍSICAS, Y DE SUS APTITUDES PARA EL TRABAJO; EN BASE A ESTOS RESULTADOS SE LES ASIGNARÁ EL TIPO DE TRABAJO QUE PUEDAN DESEMPEÑAR Y EN DONDE PUEDAN MEJORAR SUS APTITUDES LABORALES; PERIÓDICAMENTE SE REALIZARÁN EVALUACIONES PARA CONOCER EL GRADO DE ADAPTACIÓN QUE HA TENIDO LA PERSONA, LOS OBSTÁCULOS CON LOS QUE SE HA ENCONTRADO, ETC., POR LO ÚLTIMO, CUANDO LAS PERSONAS HAYAN ALCANZADO CIERTOS PROGRESOS, DEBERÁN SER PROMOVIDOS A OTROS TRABAJOS PARA SEGUIR MEJORANDO.

ANTES DE ESTABLECER UN TALLER PROTEGIDO, DEBERÁ REALIZARLE UN ESTUDIO

DE COMUNIDAD PARA CONOCER LOS RECURSOS QUE EXISTEN, EL TIPO DE INDUSTRIAS ESTABLECIDAS, EL TIPO DE POBLACIÓN, SERVICIOS PÚBLICOS Y PRIVADOS, LA ACEPTACIÓN QUE TENDRÁ EL TALLER, SI LA PRODUCCIÓN VA A PODER SER DISTRIBUIDA, ETC. ESTO ES MUY IMPORTANTE PORQUE DE LA VENTA DE LA PRODUCCIÓN PODRÁ SOSTENERSE EL TALLER Y PAGAR LOS SALARIOS A LOS TRABAJADORES.

EL INCONVENIENTE DE LOS TALLERES PROTEGIDOS, ES QUE LAS DEMÁS PERSONAS, AL MENCIONAR ESTE TALLER, IDENTIFICAN QUE LAS PERSONAS QUE AHÍ LABORAN SON IMPEDIDAS, INCAPACITADAS, DESVALIDAS, ETC., HACIENDO UNA DIFERENCIA MÁS MARCADA ENTRE ELLOS Y LOS DEFICIENTES MENTALES, DIFICULTANDO SU INTEGRACIÓN A OTRAS ACTIVIDADES. ADÉMÁS, EN ESTOS TALLERES SUELE HABER UNA BAJA PRODUCTIVIDAD.

2.3.3. HOGARES ESPECIALES

LOS HOGARES ESPECIALES, SON LUGARES EN DONDE PUEDEN VIVIR LOS DEFICIENTES MENTALES Y DEBEN REUNIR LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS :

- 1) DEBEN EXISTIR EN PRINCIPIO, TANTOS TIPOS DE HOGAR COMO NECESIDADES Y CARACTERÍSTICAS DE LAS PROPIAS PERSONAS CON DEFICIENCIA MENTAL. LA CREACIÓN DE HOGARES COMUNES DEBE PLANTEARSE COMO VIVIENDAS FAMILIARES CON OBJETIVOS, CARACTERÍSTICAS Y NORMAS ESPECÍFICAS EN CADA CASO, SIN DESCARTAR LA POSIBILIDAD DE HOGARES PROPIOS INDIVIDUALES.
- 2) PARA QUE EN CADA MOMENTO LA PERSONA CON DEFICIENCIA MENTAL TENGA SU AMBIENTE ADECUADO, SE ESTABLECERÁ UN SEGUIMIENTO PERIÓDICO DE SU DIAGNÓSTICO Y DE SUS ACTIVIDADES. ASÍ, LOS HOGARES TENDRÁN LA POSIBILIDAD DE ATENDER DE MEJOR MANERA LA REALIDAD CAMBIANTE DE SUS MIEMBROS .
- 3) LOS HOGARES NO SERÁN ISLAS, SINO VIVIENDAS ABIERTAS Y ESTIMULANTES, TANTO EN SU DINAMISMO INTERNO COMO EN SU ASPECTO ARQUITECTÓNICO EXTERNO.
- 4) LOS HOGARES DEBEN BASARSE EN EL RESPETO Y ATENCIÓN A LA VIDA PERSONAL Y A LAS DIFERENCIAS ESPECÍFICAS DE LA PERSONA CON DEFICIENCIA MENTAL. ASÍ, ESTARÁN DOTADOS DE TODOS LOS SERVICIOS NECESARIOS, PODRÁN RECIBIR VISITAS Y TENDRÁN EL ESPACIO ADECUADO PARA ACTIVIDADES DEL TIEMPO LIBRE, ETC.
- 5) CADA HOGAR FIJARÁ SUS NORMAS DE ADMISIÓN Y CONVIVENCIA Y ADEMÁS, PROGRAMARÁ Y DARÁ, EN UN CLIMA DE LIBERTAD, AQUELLAS ACTIVIDADES (DEPORTIVAS, PEDAGÓGICAS, RELIGIOSAS, ETC.) QUE SE CONSIDEREN MÁS EFECTIVAS PARA UNA SUPERIOR INTEGRACIÓN SOCIAL DE LA PERSONA CON DEFICIENCIA MENTAL.
- 6) AUNQUE LA CONVIVENCIA O TRATO CON PERSONAS DE OTRO SEXO SEA UN ELEMENTO BÁSICO PARA LA INTEGRACIÓN Y NORMALIZACIÓN, EN CADA CASO,

LOS ESPECIALISTAS ORIENTARÁN A LA PERSONA CON DEFICIENCIA MENTAL, A SUS PADRES Y/O ENCARGADOS LEGALES PARA QUE ÉSTOS FORMEN SU CRITERIO Y DECIDAN CON RESPONSABILIDAD.

7) LOS HOGARES DEBEN ORIENTARSE HACIA UNA INTEGRACIÓN SOCIAL MÚLTIPLE EN EL MEDIO EN DONDE ESTÉN UBICADOS; PROMOVERÁN TAMBIÉN CLUBES PROPIOS, FUERA DE LA RESIDENCIA QUE FOMENTEN LA SOLIDARIDAD Y CONVIVENCIA.

8) SU CARACTERÍSTICA ESCENCIAL ES QUE DEBEN PLANIFICARSE Y FUNCIONAR COMO AUTÉNTICAS CASAS DE FAMILIA. SUS OCUPANTES PODRÁN ASÍ, TENER A SU CARGO ALGUNAS RESPONSABILIDADES DEL HOGAR.

9) SE PROCURARÁ CONTAR, SEGÚN LOS CASOS: CON CENTROS DE TRABAJO NORMAL, OCUPACIONAL Y PROTEGIDO, Y CENTROS TERAPÉUTICOS O CLÍNICOS PARA EVENTUALES TRATAMIENTOS NO CONTINUADOS.

10) SEGÚN LAS NECESIDADES Y DISPONIBILIDADES EXISTENTES, EL HOGAR ESTARÁ SITUADO EN ÁREAS URBANAS O RURALES.²¹

COMO SE HA VISTO, ESTOS HOGARES TIENEN COMO FINALIDAD, PROMOVER LA INDEPENDENCIA DE LOS DEFICIENTES MENTALES, QUE ELLOS APRENDAN A VALERSE POR SÍ MISMOS, QUE SE DESENVUELVAN SOCIALMENTE Y QUE SEAN RESPONSABLES DE SUS VIDAS.

DESAFORTUNADAMENTE, EN MÉXICO TODAVÍA NO SE ENCUENTRAN BIEN ESTABLECIDOS ESTOS HOGARES, PERO SÍ PODRÍAN CREARSE CON LA PARTICIPACIÓN DE LOS PADRES, FAMILIARES, PROFESIONISTAS QUE TRABAJAN EN ESTA ÁREA Y CON LA SOCIEDAD EN GENERAL.

21

DEFICIENCIA MENTAL: GUÍA PARA PADRES, OP. CIT., 44-45 PP.

CAPITULO III

LA FAMILIA DEL DEFICIENTE MENTAL

PARA CUALQUIER NIÑO, LA FAMILIA ES LO MÁS IMPORTANTE EN SU VIDA, YA QUE ELLA ES SU REFUGIO Y FUENTE DE AFECTOS, IDENTIDAD E IDENTIFICACIÓN.

LA FAMILIA ES LA ENCARGADA DE SATISFACER LAS NECESIDADES BÁSICAS DEL NIÑO, TALES COMO EL ALIMENTO, VESTIDO, PROTECCIÓN, ETC., ADEMÁS DE BRINDARLE AMOR, AFECTO, SENTIMIENTOS DE AMISTAD Y SATISFACER SUS NECESIDADES PSICOLÓGICAS. EN ELLA, EL NIÑO APRENDE A SOCIABILIZARSE.

POR LO GENERAL, LOS PADRES QUE ESPERAN EL NACIMIENTO DE UN HIJO, TIENEN GRANDES ESPERANZAS DE CÓMO SERÁ SU HIJO, DESEAN PARA ÉL LO MEJOR, PORQUE ÉL REPRESENTA SU COMPLEMENTO COMO PAREJA, Y EL NIÑO TRAERÁ A LOS PADRES, GRANDES SATISFACCIONES PERSONALES.

LA PRESENCIA DE UN HIJO DEFICIENTE MENTAL, PRODUCE ALTERACIONES, TANTO EN LA PAREJA COMO EN LA INTERACCIÓN FAMILIAR, DEBIDO PRINCIPALMENTE A QUE EXISTE UNA DISCREPANCIA ENTRE LO ESPERADO Y LA SITUACIÓN DE SU HIJO, SE SIENTEN DOLIDOS Y DECEPCIONADOS POR LA NOTICIA.

GENERALMENTE LOS PADRES ATRAVIESAN POR TRES ETAPAS: RECHAZO, CULPABILIDAD Y ACEPTACIÓN. EL PERÍODO DE RECHAZO SE CARACTERIZA PORQUE LOS PADRES SE ENCUENTRAN EN UN CHOQUE EMOCIONAL Y CON CIERTA INCREDLIDAD ANTE LA NOTICIA; LOS PADRES NO LLEGAN A COMPRENDER LO QUE SE LES ESTÁ DICIENDO Y APARECEN MECANISMOS DE DEFENSA CONTRA EL DIAGNÓSTICO QUE SE LES HA HECHO, TAMBIÉN SURGE CIERTA HOSTILIDAD HACIA EL PROFESIONISTA QUE HIZO EL DIAGNÓSTICO. ESTA PRIMERA FASE ES MUY PELIGROSA PARA EL PORVENIR DEL NIÑO, YA QUE SI LOS PADRES NO ACEPTAN EL DIAGNÓSTICO, SEGUIRÁN VISITANDO A VARIOS ESPECIALISTAS PARA QUE LES BRINDEN ALGUNA ESPERANZA. DESPUÉS DE LA ETAPA DEL RECHAZO, VIENE LA DE CULPABILIDAD, EN LA CUAL LOS PADRES SE VUELVEN RENCOROSOS Y PROPENSOS A CULPARSE UNOS A OTROS, E INCLUSO LLEGAN A AUTOCULPABILIZARSE DEL HECHO DE TENER UN HIJO DEFICIENTE MENTAL; EN ALGUNAS OCASIONES, ESTE SENTIMIENTO SE INTENSIFICA POR EL DESEO, GENERALMENTE INCONSCIENTE, DE QUE ESTARÍAN MEJOR SI EL NIÑO

MURIERA, DEBIDO A QUE LO CONSIDERAN UNA CARGA Y NO ES LO QUE ELLOS ESPERABAN. LA TERCERA ETAPA, QUE ES LA DE LA ACEPTACIÓN, NO QUIERE DECIR QUE LOS PADRES ACEPTARÁN POR COMPLETO LAS LIMITACIONES Y POTENCIALIDADES DE SU HIJO, SINO QUE MUCHAS VECES SÓLO SE SOBREPONEN O RESIGNAN A ESTA SITUACIÓN; ES IMPORTANTE ACLARAR QUE ESTAS ETAPAS NO SIEMPRE SE PRESENTAN DE MANERA PROGRESIVA, SINO QUE MUCHAS VECES SE SUPERPONEN, EXISTE UNA REGRESIÓN E INCLUSO, NO LOGRAN SUPERAR ESTAS ETAPAS.

ANTES DE REFERIRNOS A LA SITUACIÓN DE LOS PADRES, ES NECESARIO ACLARAR QUE LOS PADRES REQUIEREN DE CIERTO TIEMPO PARA ACEPTAR EL HECHO DE QUE SU HIJO SEA DEFICIENTE MENTAL Y DE QUE NO PODRÁ RESPONDER SATISFATORIAMENTE A LAS ESPERANZAS QUE SE TENÍAN CON ÉL, Y QUE TENDRÁN QUE FORMAR OTRAS NUEVAS, ACORDES A LAS POTENCIALIDADES DEL NIÑO.

3.1. LOS PADRES DEL DEFICIENTE MENTAL

LAS IDEAS QUE LA MADRE TENGA CON RESPECTO A SU FUTURO HIJO, DEPENDERÁN DE LA IMAGEN QUE ELLA TENGA SOBRE EL CONCEPTO DE LA RELACIÓN MADRE-HIJO, DE LA IMAGEN QUE TIENE SOBRE SU PROPIA MADRE Y DE LA IMAGEN DE SU PADRE Y ESPOSO. LA MADRE CREA A SU HIJO EN SU IMAGINACIÓN, Y CUANDO SE DA CUENTA QUE ÉSTE ES DEFICIENTE MENTAL, SE PRODUCEN EN ELLA FUERTES PROBLEMAS EMOCIONALES PROFUNDOS, PORQUE EL NIÑO NO RESPONDE A SUS IDEALES. PERO, POR LOS CUIDADOS NECESARIOS QUE REQUIERE EL NIÑO, SE DESPIERTA EN ELLA UN INSTINTO MATERNAL, Y EL NIÑO PASARÁ A OCUPAR UN LUGAR MUY IMPORTANTE EN SU VIDA.

EL PADRE GENERALMENTE ESPERA UN NIÑO SUPERDOTADO INTELECTUALMENTE PARA PODER IDENTIFICARSE CON ÉL. PERO, AL SABER QUE SU HIJO NO ES COMO LO ESPERABA, SE ENCUENTRA MÁS DESENGAÑADO QUE LA MADRE, Y REPRIME SUS SENTIMIENTOS A TRAVÉS DE ALGUNOS MECANISMOS DE DEFENSA, COMO SON: LA SUBLIMACIÓN Y EL AISLAMIENTO. LA SUBLIMACIÓN ES EL REEMPLAZO DE CIERTOS IMPULSOS INACEPTADOS O NO APROBADOS POR SENTIMIENTOS APROBADOS Y ACEPTADOS; EL AISLAMIENTO CONSISTE EN QUE EL HECHO PENOSO SE VEA DESDE EL PUNTO DE VISTA INTELECTUAL, SIN QUE INTERVENGA EL ASPECTO EMOCIONAL. EL PADRE SE SIENTE INSEGURO EN CUANTO A LA RELACIÓN QUE DEBE EXISTIR ENTRE ÉL Y SU HIJO, Y POR LO GENERAL, NO SABE CUÁL DEBE SER SU COMPORTAMIENTO HACIA ÉL.

COMO LOS PADRES DEL NIÑO SON NORMALES, EL NACIMIENTO DE UN NIÑO DEFICIENTE MENTAL PROVOCA EN ELLOS UNA SITUACIÓN CRÍTICA Y, POR LO REGULAR, ESTE NIÑO REPRESENTA PARA ELLOS UNA CARGA PSÍQUICA, FÍSICA Y SOCIAL; PERO LOS PADRES DEBEN APRENDER A ACEPTAR A SU HIJO COMO PERSONA QUE ES.

LOS PADRES DE FAMILIA EXPERIMENTAN UNA SERIE DE SENTIMIENTOS AL ENFRENTARSE AL HECHO DE TENER UN HIJO DEFICIENTE MENTAL, QUE PUEDE SER: DE CULPABILIDAD, DESALIENTO, IRA, ESPERANZA, CURIOSIDAD, ETC., Y ESTOS, DURANTE LOS PRIMEROS PERÍODOS DE ADAPTACIÓN, PROVOCAN EN LA PAREJA CIERTAS TENSIONES EMOCIONALES, POR LO MISMO, SE HACE NECESARIA ENTRE ELLOS UNA COMUNICACIÓN ABIERTA Y SINCERA PARA INTERCAMBIAR SUS INQUIETUDES,

SENTIMIENTOS, ESPERANZAS, PROBLEMAS, ETC., PROCURANDO SIEMPRE QUE EXISTA UN RESPETO ENTRE SÍ. DE ESTA MANERA PODRÁN IR RESOLVIENDO SUS PROBLEMAS Y DESAJUSTES FAMILIARES. CUANDO ESTO NO SUCEDE, SE PROPICIA LA DESINTEGRACIÓN FAMILIAR, DEBIDO A LA FALTA DE COMPRENSIÓN ENTRE LA PAREJA, PRINCIPALMENTE.

POR ÚLTIMO, ES IMPORTANTE MENCIONAR QUE LAS REACCIONES QUE TENGAN LOS PADRES HACIA SU HIJO DEFICIENTE MENTAL, DEPENDERÁ FUNDAMENTALMENTE DE SU PERSONALIDAD, DE SUS VALORES MORALES, CUALIDADES Y EMOCIONALES.

3.2. REACCIONES DE LOS PADRES ANTE SU HIJO DEFICIENTE MENTAL

TODOS LOS PADRES DE FAMILIA REACCIONAN CON UNA CONMOCIÓN Y TRISTEZA PROFUNDAS AL RECIBIR LA NOTICIA DE QUE SU HIJO ES DEFICIENTE MENTAL, PERO EXISTEN TRES TIPOS DE CRISIS QUE SE PRECIPITAN ANTE ESTA NOTICIA, LAS CUALES SON:

LA PRIMERA DE ÉSTAS ES UNA CRISIS DE LO INESPERADO. LA CRISIS DE LO INESPERADO ES AQUÉLLA QUE RESULTA DE UN CAMBIO SUBSTANCIAL Y NO PREVISTO EN LA PROPIA VIDA Y EN EL CONCEPTO QUE SE TIENE DE SÍ MISMO; POR LO TANTO, ESTA NO ES UNA REACCIÓN AL RETRASO POR SÍ MISMO, SINO AL CAMBIO TAN REPENTINO QUE CAUSA EN LA VIDA PROPIA. EL SEGUNDO TIPO DE CRISIS, ES LA DE VALORES PERSONALES. LA MAYORÍA DE LA GENTE HA CRECIDO CON LA IDEA DE QUE LA COMPETENCIA Y EL TRIUNFO SON VALORES MUY ESPECIALES; POR LO TANTO, CUANDO LOS PADRES SE VEN OBLIGADOS A AMAR A UNA PERSONA QUE TIENE MUY POCOS DE ESTOS RASGOS TAN DESEABLES, SE ENCUENTRAN DE INMEDIATO EN UNA SITUACIÓN CONFLICTIVA DE LA CUAL SUELE RESULTAR UNA ANGUSTIA MUY PROFUNDA. LA DEL TERCER TIPO, ES UNA CRISIS DE LA REALIDAD. ÉSTA CRISIS BROTA DEL HECHO DE QUE ANTE LOS OJOS DE LOS PADRES DEL NIÑO RETRASADO SE PRESENTAN PROBLEMAS QUE ANTES NO TENÍAN, POR EJEMPLO, PREOCUPACIONES DE ORDEN ECONÓMICO, OBSTÁCULOS PARA TOMAR VACACIONES, EL TIEMPO ADICIONAL QUE SE VA A NECESITAR PARA CUIDAR A UN NIÑO COMO ÉSTE, ETC.²²

A CONTINUACIÓN SE EXPLICARÁ DE MANERA DETALLADA CADA UNA DE ESTAS ETAPAS.

3.2.1. EL CHOQUE INICIAL Y LA CRISIS DE LO INESPERADO

LA CRISIS DE LO INESPERADO SURGE DEL CAMBIO REPENTINO QUE SUFRE EL CONCEPTO QUE LOS PADRES TIENEN SOBRE SÍ MISMOS, SOBRE SU FAMILIA Y EL FUTURO QUE ESPERABAN.

POR LO GENERAL CASI TODOS LOS PADRES TIENEN GRANDES PLANES PARA SUS HIJOS, DESEAN QUE ESTOS SEAN LOS MÁS INTELIGENTES, LLEGUEN A REALIZARSE PROFESIONALMENTE Y ASUMAN ALTOS CARGOS DIRECTIVOS, POR LO MISMO, EXPERIMEN-

TAN PROFUNDO CHOQUE Y DESILUSIÓN AL SABER QUE SU HIJO NO ES UNA PERSONA NORMAL Y QUE PRESENTARÁ CIERTO GRADO DE DEFICIENCIA MENTAL.

SUS ILUSIONES Y ESPERANZAS SE VIENEN ABAJO Y TIENE QUE EMPEZAR A CONSTRUIR SU NUEVO MUNDO EN BASE A LAS EXPECTATIVAS Y DIFICULTADES QUE SE SUSCITARÁN POR EL HECHO DE TENER UN NIÑO DEFICIENTE MENTAL.

LA REACCIÓN EMOCIONAL PRIMERA QUE TIENEN LOS PADRES VA A VARIAR DE UNOS PADRES A OTROS, ALGUNOS TOMARÁN LA NOTICIA DE MANERA TRANQUILA, MIENTRAS OTROS SE CULPARÁN A SÍ MISMOS Y A LOS DEMÁS POR ESTA SITUACIÓN.

UN ELEMENTO QUE DETERMINA LA REACCIÓN QUE TENGAN LOS PADRES ANTE LA NOTICIA, ES EL DE LAS CIRCUNSTANCIAS EN QUE RECIBEN ESTA NOTICIA, GÉNERALMENTE CON LOS NIÑOS DEFICIENTES MENTALES POR CAUSA GENÉTICA, LAS REACCIONES DE LOS PADRES SE PRESENTAN DE MANERA SEVERA, YA QUE COMO CASI TODOS SE DIAGNOSTICAN EN EL MOMENTO DE NACER O POCO TIEMPO DESPUÉS, LOS PADRES RECIBEN PRIMERO CON ALEGRÍA EL NACIMIENTO DE SU HIJO, PERO INMEDIATAMENTE DESPUÉS RECIBEN LA DURA NOTICIA DE QUE SU HIJO ES ANORMAL, SIN HABER TENIDO SOSPECHA DE QUE ESTO OCURRIRÍA. EN CAMBIO, EN LOS NIÑOS DEFICIENTES MENTALES CUYA CAUSA ES DIFERENTE, LOS PADRES VAN PERCIBIENDO ALGUNAS ANORMALIDADES EN SU DESARROLLO, EN ESPECIAL PORQUE EL NIÑO NO SE COMPORTA COMO LOS DEMÁS NIÑOS DE SU MISMA EDAD, ESTO HACE QUE SOSPECHEN QUE HAY ALGO QUE ANDA MAL SIN SABER QUÉ ES LO QUE ESTÁ PASANDO, ESTE PROCESO GRADUAL HACE QUE LA REACCIÓN EMOCIONAL ANTE EL DIAGNÓSTICO SEA MENOS FUERTE EN ALGUNOS PADRES.

OTRO ELEMENTO DETERMINANTE DEL GRADO DE LA CRISIS DE LO INESPERADO ES EL MODO EN QUE EL MÉDICO COMUNICA LA NOTICIA A LOS PADRES. EL MÉDICO DEBERÍA EXPLICAR A LOS PADRES EL PROBLEMA DEL NIÑO, SUS CAUSAS Y CONSECUENCIAS PARA LA FAMILIA, LA FORMA DE EDUCARLO, ETC., DE UNA MANERA DIRECTA, SENCILLA Y CON CALOR HUMANO, PERO LA REALIDAD ES OTRA, YA QUE EN MUCHOS CASOS EL MÉDICO ES CORTANTE CON LOS PADRES, NO DA LA INFORMACIÓN ADECUADA, DESCONOCE LAS INSTITUCIONES EN DONDE PUEDE RECIBIR ESTIMULACIÓN TEMPRANA Y EDUCACIÓN, O SOLAMENTE VE EL LADO NEGATIVO DE EDUCAR A ESTOS NIÑOS, Y ESTO REPERCUTE EN LA DISPOSICIÓN

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

Y ACEPTACIÓN QUE TENGAN LOS PADRES HACIA SU HIJO.

LA CRISIS DE LO INESPERADO DURA POCO TIEMPO, PERO UNA VEZ QUE LOS PADRES SE REPONEN DEL CHOQUE INICIAL, SURGEN NUEVAS TENSIONES.

3.2.2. LA CRISIS DE VALORES PERSONALES

LA CRISIS DE VALORES PERSONALES SURGE PORQUE LOS VALORES QUE TIENEN LOS PADRES ESTÁN EN CONFLICTO.

LA MAYORÍA DE LOS PADRES TIENEN LA IDEA DE QUE SE DEBE AMAR, ACARICIAR Y PROTEGER A LOS HIJOS SIN TOMAR EN CUENTA CUALES SON LAS CARACTERÍSTICAS DEL NIÑO. PERO, A LA VEZ, CONSIDERAN QUE EL NIÑO DEFICIENTE MENTAL NO ES DIGNO DE SU AMOR, POR NO SER TAN INTELIGENTE, DESPIERTO, ATRACTIVO, ETC., COMO LOS DEMÁS .

POR LO MISMO, EXPERIMENTAN SENTIMIENTOS AMBIVALENTES HACIA SU HIJO, POR UN LADO LO AMAN POR SER SU HIJO, PERO POR OTRO LO RECHAZAN DEBIDO A SUS CARACTERÍSTICAS, ESTA SITUACIÓN PROVOCA EN ELLOS UNA ANSIEDAD Y TENSIÓN, QUE EN MUCHAS OCASIONES LAS DISMINUYEN A TRAVÉS DE LOS MECANISMOS DE DEFENSA.

LAS REACCIONES QUE SE OBSERVAN POR LA AMBIVALENCIA DE SUS SENTIMIENTOS SON:

CULPA

EL SENTIMIENTO DE CULPA Y EL DE VERGÜENZA SE DEBE A QUE LOS PADRES PIENSAN QUE HICIERON ALGO MALO O COMETIERON UNA FALTA Y POR ESO NACIÓ SU HIJO ASÍ; TAMBIÉN ELLOS SE SIENTEN CULPABLES PORQUE SU CUERPO FUNCIONÓ DE UN MODO DESCONOCIDO PARA PRODUCIR EN SU HIJO DEFICIENCIA MENTAL.

ÉSTE SENTIMIENTO DE CULPA IMPULSA A LOS PADRES PARA QUE SE PREOCUPEN POR INVESTIGAR SOBRE LAS CAUSAS QUE ORIGINARON LA DEFICIENCIA MENTAL, MÁS SIN EMBARGO, EN MUCHAS OCASIONES NO ES TANTO POR EL HECHO DE PREOCUPARSE POR SU HIJO, SINO CON EL AFÁN DE ALIVIAR ESE SENTIMIENTO DE CULPA. ES CONVENIENTE QUE LOS PROFESIONISTAS IDENTIFIQUEN LA CAUSA DE LA DEFICIENCIA MENTAL, PORQUE EN VARIOS CASOS SE DEBE A FACTORES CONGÉNITOS, PROBLEMAS DURANTE EL PARTO O INFECCIONES, CIRCUNSTANCIAS

ÉSTAS QUE NO PUEDEN CONTROLAR LOS PADRES.

UN SÍNTOMA QUE SE DA CUANDO LOS PADRES MANIFIESTAN ESTA REACCIÓN, ES EL QUE RARAS VECES HABLAN DE SU HIJO DEFICIENTE MENTAL, NI ENTRE ELLOS MISMOS, NI CON LOS VECINOS Y PARIENTES.

NEGACIÓN

ESTE, UN MECANISMO DE DEFENSA UTILIZADO POR LOS PADRES DE FAMILIA Y CONSISTE PRINCIPALMENTE EN EL HECHO DE QUE NIEGUEN QUE SU HIJO ES DEFICIENTE MENTAL O, EN SU CASO MÁS EXTREMO, NEGAR EL NACIMIENTO DE SU HIJO; ESTA REACCIÓN SE MANIFIESTA CUANDO LOS PADRES, AL REFERIRSE A SU HIJO, DICEN QUE ES UN NIÑO DE LENTO APRENDIZAJE, QUE NO ES DIFERENTE A LOS DEMÁS, Y SON RENUENTES A ADMITIR QUE EL TRASTORNO DE SU HIJO NO TIENE REMEDIO, POR LO MISMO, VISITAN A DIFERENTES ESPECIALISTAS PARA QUE ELLOS LE ENCUENTREN SOLUCIÓN AL PROBLEMA DE SU HIJO.

EL PROBLEMA DE ESTA REACCIÓN ES QUE, CUANDO LOS PADRES LA HAN ADOPTADO, PERSISTE Y ES DIFÍCIL QUE MODIFIQUEN SU CONDUCTA, POR LO MISMO, REQUIEREN DE AYUDA PROFESIONAL, ESPECIALMENTE DE UN PSICÓLOGO.

REPRESIÓN

ESTE MECANISMO DE DEFENSA SE BASA EN UN RECHAZO INCONSCIENTE DE LOS RECUERDOS, LOS PADRES NO NIEGAN QUE TENGAN UN HIJO DEFICIENTE MENTAL, PERO OLVIDAN ESTE HECHO Y LO MANTIENEN SUMERGIDO BAJO EL NIVEL DE LA CONCIENCIA. A DIFERENCIA DE LA NEGACIÓN, EN LA REPRESIÓN, LOS ACONTECIMIENTOS PUEDEN SER RECORDADOS EN UN MOMENTO DETERMINADO.

LOS PADRES OLVIDAN LLEVAR AL NIÑO A CONTROL MÉDICO, NO CONTINUÁN CON EL TRATAMIENTO, NO LO LLEVAN A PASEAR, ETC.

AISLAMIENTO

COMO SE MENCIONÓ ANTERIORMENTE, CONSISTE EN ACEPTAR LOS HECHOS DE UNA MANERA OBJETIVA, REPRIMIENDO O EXCLUYENDO EL ESPACIO EMOCIONAL. ESTE MECANISMO DE DEFENSA SE MANIFIESTA EN QUE CUANDO LOS PADRES DISCUTEN SOBRE EL PROBLEMA DE SU HIJO CON OTRAS PERSONAS LO HACEN DE UNA MANERA FRÍA, SIN EXPERIMENTAR NINGUNA EMOCIÓN.

EL AISLAMIENTO ES EFICAZ EN CUANTO SE REFIERE AL TRATO CON OTRAS PERSONAS, YA QUE ÉSTAS SE QUEDAN SORPRENDIDAS E INCLUSO ADMIRAN LA

FORMA EN QUE LOS PADRES ABORDAN EL PROBLEMA, PERO EL INCONVENIENTE RADICA EN QUE OCASIONA EN LA PERSONA QUE LO UTILIZA, UN GRAN DESGASTE PSÍQUICO, Y PUEDE QUEDAR MUY Poca ENERGÍA PARA REALIZAR LAS ACTIVIDADES NORMALES.

REGRESIÓN

ESTE MECANISMO AFECTA LA PERSONALIDAD DE LOS PADRES, YA QUE MEDIANTE ÉL, LA PERSONA RETROCEDE A UN TIPO DE CONDUCTA QUE FUE APROPIADO EN ALGÚN PERÍODO ANTERIOR DE SU VIDA; EN OCASIONES, LOS PADRES RETROCEDEN A UN ESTILO DE COMPORTAMIENTO QUE FUE ADECUADO PARA UN ADOLESCENTE O INCLUSO PARA UN NIÑO.

ESTA CONDUCTA SE OBSERVA CUANDO LOS PADRES EMPIEZAN A REALIZAR ACTIVIDADES QUE ANTES DEL NACIMIENTO DE SU HIJO DEFICIENTE MENTAL NO HACÍAN, POR EJEMPLO, UNA MADRE QUE SE DEDICA A IR A MÁS FIESTAS, A SALIR EN LAS TARDES CON SUS AMIGAS, ETC., ESTÁ REGRESANDO A UNA ETAPA EN DONDE APARENTEMENTE ERA FELIZ, DESCUIDANDO SU FUNCIÓN COMO MADRE Y ESPOSA; AL IGUAL QUE EL PADRE, QUE SE DEDICA A IRSE A DIVERTIR CON LOS AMIGOS O A IRSE A TOMAR; ESTÁ REGRESANDO A ETAPAS EN DONDE DISFRUTABA SU VIDA, ELUDIENDO SUS FUNCIONES COMO PADRE Y ESPOSO.

PROTECCIÓN EXCESIVA

ES CUANDO LOS PADRES MUESTRAN UN AMOR Y AFECTO LIMITADO HACIA SU HIJO DEFICIENTE MENTAL, INCLUSO DESCUIDANDO A LOS DEMÁS HIJOS O AL CÓNYUGUE.

GENERALMENTE ESTA SITUACIÓN SE PRODUCE POR UN COMPLEJO, MECANISMOS DE DEFENSA, DENOMINADO FORMACIÓN REACTIVA O SUBLIMACIÓN, Y SE PRESENTA DE LA SIGUIENTE MANERA; CUANDO EL PADRE EXPERIMENTA DESAGRADO, ODIOS, HOSPITALIDAD O IMPULSOS NEGATIVOS HACIA SU HIJO DEFICIENTE MENTAL, PIENSA QUE ESTOS SENTIMIENTOS SON INACEPTABLES SOCIALMENTE, POR LO MISMO, LOS TRANSFORMA EN UN AMOR Y AFECTO ILIMITADOS, DEBIDO A ESTA SITUACIÓN, LOS PADRES SOBREPOTEGEN A SUS HIJOS.

LA PROTECCIÓN EXCESIVA, EN LUGAR DE SER BENEFICIOSA, PARA EL NIÑO - ES MUY NOCIVA, PORQUE EN LUGAR DE ESTIMULARLO PARA QUE EL NIÑO SE ESFUERCE POR IR APRENDIENDO, LOS PADRES LE BRINDAN TODO -

HACIÉNDOLO UNA PERSONA INÚTIL Y CONSIDERÁNDOLO MÁS INCAPACITADO DE LO QUE ESTÁ, AHORA BIEN, ESTA ACTITUD TAMBIÉN PERJUDICA A LOS PADRES, PORQUE SU VIDA GIRA SOLAMENTE EN TORNO AL NIÑO DEFICIENTE MENTAL, RENUNCIANDO A SUS AFICIONES Y A SU VIDA SOCIAL.

PENA

CASI TODOS LOS PADRES EXPERIMENTAN UN SENTIMIENTO DE PENA Y VERGÜENZA POR TENER UN HIJO DEFICIENTE MENTAL, AUNQUE EL GRADO DE DOLOR VARÍA DE UNOS PADRES A OTROS.

ACEPTACIÓN

SE REFIERE A QUE LOS PADRES RECONOCEN EL PROBLEMA DE SU HIJO, SUS POTENCIALIDADES Y LIMITACIONES, SE PREOCUPAN POR EDUCARLO Y HABILITARLO PARA INTEGRARLO A LA VIDA FAMILIAR Y SOCIAL, PROMUEVEN SU INDEPENDENCIA Y NO PERMITEN QUE EL HECHO DE TENER UN HIJO DEFICIENTE MENTAL DOMINE LAS INTERACCIONES FAMILIARES Y, EN DETERMINADO MOMENTO, PUEDA SER CAUSA DE UNA DESINTEGRACIÓN FAMILIAR.

3.2.3. LA CRISIS DE LA REALIDAD

LA CRISIS DE LA REALIDAD, SON TODOS LOS SUCESOS NUEVOS, A LOS QUE TIENEN QUE ENFRENTARSE LOS PADRES CUANDO TIENEN UN HIJO DEFICIENTE MENTAL, ENTRE ESTAS CIRCUNSTANCIAS SE ENCUENTRAN :

A) EL PROBLEMA ECONÓMICO, POR LO REGULAR, ESTE NIÑO REQUIERE DE ATENCIÓN MÉDICA CONSTANTE, DEBIDO A LAS ALTERACIONES FÍSICAS QUE PRESENTA; SI LOS PADRES NO PERTENECEN A ALGUNA INSTITUCIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL, EL CONTROL MÉDICO Y LOS TRATAMIENTOS REPRESENTARÁN FUERTES CANTIDADES DE DINERO QUE LA FAMILIA DEBERÁ SOPORTAR E IR PLANEANDO; EN MÉXICO, ESTE ES UN FACTOR MUY IMPORTANTE, PORQUE LA MAYORÍA DE LOS NIÑOS DEFICIENTES MENTALES PROVIENEN DE ESTRATOS SOCIALES BAJOS, LO QUE DIFICULTA LA ATENCIÓN ADECUADA DE LOS MISMOS.

B) EL PROBLEMA EDUCACIONAL, PORQUE ESTOS NIÑOS REQUIEREN UNA EDUCACIÓN ESPECIAL PARA DESARROLLARSE INTEGRALMENTE Y LA FAMILIA DEBE DE PROCURARLES ESA EDUCACIÓN, AFORTUNADAMENTE LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA, CUENTA CON ESCUELAS DE EDUCACIÓN ESPECIAL, EN DONDE SE ATIENDEN ENTRE OTROS, NIÑOS DEFICIENTES MENTALES; ESTAS ESCUELAS TIENEN COMO

OBJETIVO, EL CAPACITAR A LAS PERSONAS CON REQUERIMIENTOS ESPECIALES PARA QUE SE DESARROLLEN COMO PERSONAS AUTÓNOMAS QUE PUEDAN INTEGRARSE Y PARTICIPAR EN EL MEDIO SOCIAL EN QUE SE DESENVUELVEN.²³

c) PREOCUPACIONES SOBRE EL MODO EN QUE LOS PARIENTES Y VECINOS, VAN A ACEPTAR AL NIÑO; DEBIDO A QUE LOS PADRES TEMEN QUE ESTAS PERSONAS RECHACEN A SU HIJO. LA MEJOR MANERA DE ABORDAR ESTA SITUACIÓN, ES PLATICAR DE MANERA DIRECTA CON ELLOS SOBRE EL PROBLEMA QUE PRESENTA EL NIÑO Y PEDIRLES SU COMPRENSIÓN Y APOYO.

d) PREOCUPACIONES QUE TIENEN LOS PADRES DE FAMILIA CUANDO EN DETERMINADO MOMENTO ELLOS LLEGAN A FALTAR Y NO HAYA ALGUNA PERSONA QUE SE ENCARGUE DE ATENDER A SU HIJO Y PREOCUPARSE POR ÉL. POR ESTA MISMA RAZÓN, ES NECESARIO QUE LOS PADRES, ENSEÑEN A SUS HIJOS A VALERSE POR SÍ MISMOS, A QUE SEAN RESPONSABLES, SEPAN DEFENDERSE Y SEAN PERSONAS PRODUCTIVAS.

POR ÚLTIMO ES CONVENIENTE RECORDAR, QUE NO TODOS LOS PADRES REACCIONAN DE LA MISMA FORMA, Y POR ESTO, NO DEBE GENERALIZARSE LA IDEA DE QUE TODAS LAS FAMILIAS CON UN HIJO DEFICIENTE MENTAL PRESENTARÁN PROBLEMAS PSICOLÓGICOS SOCIALES PARA LA ACEPTACIÓN DE SU HIJO, PUESTO QUE EXISTEN PADRES DE FAMILIA QUE LOGRAN UNA ADAPTACIÓN POSITIVA EN TODAS LAS CIRCUNSTANCIAS. POR OTRO LADO, ALGUNAS FAMILIAR YA ERAN CONFLICTIVAS ANTES DEL NACIMIENTO DEL DEFICIENTE MENTAL, Y LA PRESENCIA DE ÉSTE SÓLO VIÑO A AGRAVAR LA SITUACIÓN FAMILIAR.

23

VID., MÉXICO, DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN ESPECIAL. BASES PARA UNA POLÍTICA DE EDUCACIÓN ESPECIAL, 1985.

3.3. ACTITUDES DE LOS PADRES FRENTE AL DEFICIENTE MENTAL

EXISTEN DIFERENTES ACTITUDES QUE MUESTRAN LOS PADRES HACIA SUS HIJOS DEFICIENTES MENTALES, ENTRE ELAS TENEMOS:

EL RECHAZO

LOS PADRES PRESENTAN ESTADOS DE ANGUSTIA, DESESPERACIÓN, REBELDÍA Y PREFIEREN QUE SU HIJO DEFICIENTE MENTAL MUERA, PORQUE NO LO ACEPTAN, YA QUE ELLOS DESEABAN TENER UN NIÑO NORMAL. ESTE RECHAZO SE MANIFIESTA DE MANERA ABIERTA, CUANDO LOS PADRES DESEAN INTERNAR A SU HIJO EN UNA INSTITUCIÓN ESPECIAL, O NO LO ATIENDEN, NI LO EDUCAN, COLOCÁNDOLO EN UN COMPLETO ABANDONO FÍSICO, MENTAL Y MORAL, O SÓLO LE BRINDAN LOS CUIDADOS MÁAS ESCENCIALES. ÉSTA ACTITUD PERJUDICA NOTABLEMENTE AL NIÑO, YA QUE A PARTE DE SU PROBLEMA, SE ENCONTRARÁ EN UN AMBIENTE TOTALMENTE ADVERSO.

LA SOBREPOTECCIÓN

DEBIDO A LOS SENTIMIENTOS DE CULPABILIDAD QUE TIENEN LOS PADRES Y LOS SENTIMIENTOS NEGATIVOS QUE LES INSPIRA SU HIJO, LOS PADRES PIENSAN COMPENSAR ESTA SITUACIÓN A TRAVÉS DE BRINDARLE AL NIÑO UN AMOR Y CUIDADOS EXCESIVOS; ESTA ACTITUD ES PERJUDICIAL PARA EL NIÑO, PUESTO QUE IMPIDE SU PLENO DESARROLLO Y SU INDEPENDENCIA PERSONAL.

INDIFERENCIA

TODOS LOS PADRES ESPERAN QUE SU HIJO SEA UN NIÑO INTELIGENTE, CAPAZ, SOCIABLE, ETC., PERO CUANDO RECIBEN LA NOTICIA QUE SU HIJO ES DEFICIENTE MENTAL, PIERDEN EL INTERÉS POR ÉL, PORQUE NO ES COMO SE LO ESPERABAN. POR ESTA RAZÓN, NO SE PREOCUPAN POR SU CUIDADO Y ENSEÑANZA, DEBIDO A QUE LO CONSIDERAN UNA PERSONA INCAPAZ, DESVALIDA E INÚTIL; ESTA ACTITUD PERJUDICA DEMASIADO AL NIÑO, YA QUE LO HACEN PERDER SU VALOR COMO PERSONA QUE ES, Y SU DIGNIDAD.

CONFORMISMO

LOS PADRES DE FAMILIA SE SIENTEN TRISTES Y DESANIMADOS POR ESTE HECHO, Y TRAS DE UNA ESPERANZA VISITAN A VARIOS ESPECIALISTAS, CON TAL DE QUE ELLOS LES SOLUCIONEN SU PROBLEMA, PERO AL VER QUE TODOS LOS INTENTOS

SON INFRUCTUOSOS, CREEN HABER FRACASADO Y SE CONFORMAN CON LA SITUACIÓN, SIN INTENTAR CAMBIARLA NI PROMOVER LA EDUCACIÓN DEL NIÑO PARA HACERLO AUTOSUFICIENTE.

ACEPTACIÓN

LOS PADRES RECONOCEN LA SITUACIÓN DE SU HIJO, SUS POTENCIALIDADES, LIMITACIONES, POSIBILIDADES DE EDUCARLO, NO EXPERIMENTAN SENTIMIENTOS DE CULPA NI DE RECHAZO, SE PREOCUPAN POR BRINDARLE A SU HIJO LOS CUIDADOS Y LA ATENCIÓN QUE REQUIERE, LO ESTIMULAN, PARTICIPAN EN LA EDUCACIÓN DE SU HIJO Y PROMUEVEN SU INDEPENDENCIA.

ESTA ACTITUD ES LA MÁS ADECUADA QUE DEBEN ADOPTAR LOS PADRES YA QUE DEBEN DE TENER EN CUENTA QUE LOS DEFICIENTES MENTALES, PUEDEN LLEGAR A SER PERSONAS INTEGRADAS FAMILIAR Y SOCIALMENTE, Y ADAPTARSE AL MEDIO AMBIENTE. ADEMÁS ES CONVENIENTE ACLARAR QUE UNA RELACIÓN AFECTIVA DE LOS PADRES HACIA SU HIJO, FAVORECE EL DESARROLLO EMOCIONAL E INTELLECTUAL DEL NIÑO.

UN PUNTO IMPORTANTE QUE HAY QUE ESTABLECER, ES QUE LA ACTITUD QUE TOMEN LOS PADRES FRENTE A SU HIJO ATÍPICO, DETERMINARÁ LA ACTITUD Y EL COMPORTAMIENTO DE LOS HERMANOS NORMALES HACIA EL NIÑO DEFICIENTE MENTAL.

3.4. IDEAS BÁSICAS PARA LA ADAPTACIÓN DE LOS PADRES

LA PRESENCIA DE UN NIÑO DEFICIENTE MENTAL, PROVOCA DESAJUSTES FAMILIARES Y UNA SITUACIÓN INESPERADA, LOS PADRES SE SENTIRÁN DESCONCERTADOS Y NO SABRÁN CÓMO ACTUAR PARA IR ADAPTÁNDOSE Y SUPERANDO ESTE PROBLEMA.

POR ESTO, A CONTINUACIÓN SE PRESENTAN CIERTAS IDEAS BÁSICAS PARA MEJORAR LA ADAPTACIÓN DE LOS PADRES.

A) ADMITIR QUE SE TIENE UN HIJO DEFICIENTE MENTAL, SE DEBE PLANTEAR ESTA SITUACIÓN CON LA PAREJA, A LOS HIJOS Y A LOS DEMÁS FAMILIARES, YA QUE SÓLO HABLANDO CON LA VERDAD SE PUEDE LLEGAR A ADMITIR ANTE UNO MISMO QUE SE TIENE UN HIJO DEFICIENTE MENTAL.

B) COMUNICAR SUS PROPIOS SENTIMIENTOS Y EMOCIONES FRENTE AL NIÑO, LOS PADRES DEBEN SER FRANCOS, PRIMERO CON UNO MISMO Y LUEGO CON LOS DEMÁS, EL HECHO DE CONOCER ESTA SITUACIÓN, AYUDARÁ A COMPRENDER MEJOR A LA PERSONA Y PROPORCIONA UNA BASE PARA ESTABLECER POSIBLES SOLUCIONES.

C) RECONOCER LAS LIMITACIONES Y HABILIDADES DEL NIÑO Y ACEPTARLO COMO PERSONA QUE ES, AYUDARLO A DESARROLLAR SU PROPIA PERSONALIDAD, A EXPRESAR SUS SENTIMIENTOS Y A INTEGRARLO COMO MIEMBRO ACTIVO DE LA FAMILIA.

D) RECONOCER QUE TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA SON IMPORTANTES, Y HAY QUE BRINDARLES AMOR, CARIÑO Y ATENCIONES, DE ACUERDO A SUS NECESIDADES Y PERSONALIDAD.

E) SOLICITAR AYUDA U ORIENTACIÓN A LOS PROFESIONISTAS QUE SE DEDICAN A ESTE CAMPO, A OTROS PADRES CON EL MISMO PROBLEMA, A FAMILIARES O AMIGOS.

3.5. LOS PADRES COMO COLABORADORES EN LA EDUCACION DE SUS HIJOS

PARA QUE LOS PADRES PUEDAN INTERVENIR EFICAZMENTE EN LA EDUCACIÓN DE SUS HIJOS EN FORMA ACTIVA, DEBERÁN CONOCER LO REFERENTE A LO QUE ES LA DEFICIENCIA MENTAL, SUS CAUSAS, SITUACIONES FAMILIARES QUE PROVOCA, Y EN ESPECIAL, LA FORMA EN QUE DEBEN EDUCARLO; PARA ESTO, DEBEN BUSCAR LA ASESORÍA DE LOS PROFESIONISTAS.

ENSEGUIDA SE MENCIONARÁN LAS ACTIVIDADES QUE PUEDEN DESARROLLAR LOS PADRES PARA MEJORAR LA EDUCACIÓN DE SUS HIJOS:

A) BRINDARLE LOS CUIDADOS Y ATENCIONES QUE REQUIERE, AMOR Y COMPRENSIÓN, SIN CAER EN LA SOBREPROTECCIÓN.

B) TENER PACIENCIA Y DEDICACIÓN, YA QUE ESTOS NIÑOS NECESITAN MÁS TIEMPO QUE LOS DEMÁS PARA IR APRENDIENDO.

C) ESTIMULARLO Y RECONOCER LOS ESFUERZOS Y LOGROS QUE VAYA ALCANZANDO.

D) LLEVARLO PERIÓDICAMENTE A CONTROL MÉDICO Y SEGUIR CON EL TRATAMIENTO INDICADO.

E) ACUDIR A LAS INSTITUCIONES QUE PROPORCIONAN EDUCACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LAS PERSONAS DEFICIENTES MENTALES, ENTRE ELAS SE ENCUENTRAN: CENTROS DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA, ESCUELAS DE EDUCACIÓN ESPECIAL, TALLERES PROTEGIOS, ETC.

F) DESDE QUE SE DETECTE LA DEFICIENCIA MENTAL EN EL NIÑO, INICIAR CON UN PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA.

G) ENSEÑARLE A LOS HIJOS, HÁBITOS HIGIÉNICOS SEGÚN SU EDAD, DENTRO DE ESTOS HÁBITOS, SE ENCUENTRAN: EL BAÑO DIARIO, LAVARSE LAS MANOS ANTES DE COMER Y DESPUÉS DE IR AL BAÑO, CEPILLARSE LOS DIENTES, PEINARSE, VESTIRSE, CONTROLAR ESFÍNTERES, ETC.

H) REFORZAR LA CONDUCTA Y ACTIVIDAD APRENDIDAS EN LA ESCUELA.

I) SEGUIR LOS CONSEJOS DE LOS PROFESORES, ACUDIR A JUNTAS DE LA ESCUELA, INFORMARSE CON LOS MAESTROS EL APRENDIZAJE DEL NIÑO, ETC.

J) SALIR A PASEAR CON EL NIÑO PARA QUE CONOZCA SU MEDIO, DEJARLO JUGAR CON LOS DEMÁS NIÑOS, YA QUE A TRAVÉS DE LOS JUEGOS, EMPIEZA A SOCIABILIZARSE.

CAPITULO IV

LA LABOR DEL TRABAJADOR SOCIAL ANTE LA PROBLEMATICA DE LOS PADRES

4.1. ESPECIFICIDAD DEL TRABAJO SOCIAL

COMO SE MENCIONÓ EN EL PRIMER CAPÍTULO, EL TRABAJO SOCIAL, ES UNA PROFESIÓN QUE TIENE POR FINALIDAD, PROMOVER EL BIENESTAR DEL INDIVIDUO Y DE LA SOCIEDAD, AHORA BIEN, LA ESPECIFICIDAD DEL TRABAJO SOCIAL, SE REFIERE A LA DELIMITACIÓN DE SU CAMPO PROFESIONAL.

LOS ELEMENTOS DE LA ESPECIFICIDAD DEL TRABAJO SOCIAL, SON LOS SIGUIENTES :

1.- SUJETOS SOCIALES

SON LOS INDIVIDUOS, GRUPOS O SECTORES SOCIALES QUE ESTÁN INVOLUCRADOS EN LA INTERVENCIÓN PROFESIONAL Y QUE SE RELACIONAN ENTRE SÍ. EXISTEN TRES TIPOS DE SUJETOS SOCIALES: LOS PORTADORES DE SATISFACTORES, LOS PORTADORES DE NECESIDADES Y CARENCIAS Y, EL SUJETO SOCIAL INTERMEDARIO, QUE EN ESTE CASO ES EL TRABAJADOR SOCIAL.

2.- OBJETO DE INTERVENCIÓN

ES EL PROBLEMA QUE REQUIERE SER ATENDIDO Y AL CUAL SE DIRIGE LA PRÁCTICA PROFESIONAL; ESTA SITUACIÓN PROBLEMATIZANTE, VA A RELACIONAR A LOS TRES SUJETOS SOCIALES.

3.- MARCO DE REFERENCIA

SON LOS CONOCIMIENTOS, CARENCIAS, IDEAS, POLÍTICAS, ETC., QUE DEFINEN AL PROBLEMA SOCIAL COMO OBJETO DE LA INTERVENCIÓN Y A LA INTERVENCIÓN MISMA, ES DECIR, EL MARCO DE REFERENCIA, AYUDA A ENTENDER EL PROBLEMA Y UBICARLO EN LA REALIDAD SOCIAL EN QUE SE PRESENTA. DENTRO DE ESTE MARCO SE ENCUENTRAN 3 ELEMENTOS, LOS CUALES SON :

- LOS OBJETIVOS, INDICAN LO QUE SE PRETENDE ALCANZAR A TRAVÉS DE LA INTERVENCIÓN PROFESIONAL, Y VAN A ESTAR ACORDES AL TIPO DE INTERACCIÓN QUE EXISTA ENTRE LOS SUJETOS Y AL OBJETO DE INTERVENCIÓN.

- FUNCIÓN SOCIAL. INDICA LA FORMA DE INTERVENCIÓN EN EL OBJETO DE INTERVENCIÓN Y CON LOS SUJETOS SOCIALES.

- PROCEDIMIENTOS. ES UNA SERIE DE ETAPAS, ACTIVIDADES Y TÉCNICAS ENCAMINADAS HACIA LA MODIFICACIÓN DEL OBJETO DE INTERVENCIÓN; QUEDARÍA DE LA SIGUIENTE MANERA :

OBJETO DE INTERVENCIÓN
PROBLEMÁTICA DE LOS PADRES CON
HIJOS DEFICIENTES MENTALES

SUJETOS SOCIALES PORTADORES
DE SATISFACTORES

SUJETOS SOCIALES PORTADORES
DE NECESIDADES Y CARENCIAS.

ESCUELA DE EDUCACIÓN ESPECIAL
Y MÉDICOS ESPECIALISTAS.

PADRES CON HIJOS DEFICIENTES
MENTALES.

SUJETO SOCIAL
INTERMEDIARIO

TRABAJO SOCIAL

OBJETIVOS :

A) ORIENTAR A LOS PADRES SOBRE ETIOLOGÍA, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN DEL DEFICIENTE MENTAL.

B) PROMOVER LA INTEGRACIÓN DEL DEFICIENTE MENTAL A SU MEDIO FAMILIAR Y SOCIAL.

C) COORDINAR A LOS DIFERENTES ESPECIALISTAS PARA BRINDARLE UNA ATENCIÓN INTEGRAL AL DEFICIENTE MENTAL Y A SU FAMILIA.

MARCO TEORICO :

METODOLOGÍA BÁSICA DE TRABAJO SOCIAL; TRABAJO SOCIAL DE CASOS Y DE GRUPOS; TÉCNICAS UTILIZADAS EN TRABAJO SOCIAL; CONOCIMIENTOS SOBRE DEFICIENCIA MENTAL (DIAGNÓSTICO, PREVENCIÓN, TRATAMIENTO, EDUCACIÓN MENTAL, PERSONALIDAD Y FAMILIA DEL DEFICIENTE MENTAL, ETC.), DINÁMICA FAMILIAR, CENTROS DE ATENCIÓN Y ESPECIALISTAS.

FUNCION SOCIAL :

ORIENTADOR, COORDINADOR Y EDUCADOR.

PROCEDIMIENTOS:

- ENTREVISTAS FORMALES E INFORMALES
- VISITAS DOMICILIARIAS
- ESTUDIOS SOCIO-ECONÓMICOS
- TRABAJO SOCIAL DE CASOS
- TRABAJO SOCIAL DE GRUPOS
- CANALIZACIÓN A OTROS SERVICIOS

4.2. MÉTODOS UTILIZADOS

DEBIDO AL AMBIENTE FAMILIAR TAN ESPECIAL EN QUE SE DESENVUELVE EL DEFICIENTE MENTAL, LOS MÉTODOS MÁS ADECUADOS UTILIZADOS POR EL TRABAJADOR SOCIAL SON: EL TRABAJO SOCIAL DE CASOS Y EL TRABAJO SOCIAL DE GRUPOS. EL PRIMERO DE ELLOS SURGE DE LA NECESIDAD DE ATENDER EN FORMA INDIVIDUAL A CADA FAMILIA, PUESTO QUE, AUNQUE EXISTEN DEFICIENTES MENTALES CON EL MISMO SÍNDROME, LAS ACTITUDES DE LOS PADRES HACIA ELLOS, LA MANERA EN QUE LO EDUCAN, EL GRADO DE CONOCIMIENTO QUE TIENEN SOBRE EL PROBLEMA DE SU HIJO Y LA SITUACIÓN SOCIOFAMILIAR ES DIFERENTE. CON RESPECTO AL SEGUNDO MÉTODO, LA FORMACIÓN DE UN GRUPO DE PADRES CONTRIBUYE A QUE ESTOS SE SIENTAN IDENTIFICADOS CON OTRAS PERSONAS Y SE BRINDEN APOYO, COMPRENSIÓN Y CONSEJOS ENTRE SÍ PARA IR RESOLVIENDO SUS PROBLEMAS, ADEMÁS QUE FACILITA LA DIFUSIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS QUE SE TIENEN SOBRE LA DEFICIENCIA MENTAL.

A CONTINUACIÓN SE EXPLICAN ESTOS DOS MÉTODOS DEL TRABAJO SOCIAL.

4.2.1. TRABAJO SOCIAL DE CASOS

SEGÚN MARY RICHMOND, EL TRABAJO SOCIAL DE CASOS INDIVIDUALES ES "EL CONJUNTO DE MÉTODOS QUE DESARROLLAN LA PERSONALIDAD, REALIZANDO CONSCIENTE E INDIVIDUALMENTE AL HOMBRE A SU MEDIO SOCIAL".²⁴

PARA GORDON HAMILTON, "EL TRABAJO SOCIAL DE CASOS PUEDE DEFINIRSE COMO EL ARTE DE HACER DIVERSAS COSAS PARA Y CON DIFERENTES PERSONAS A FIN DE ALCANZAR DE UNA VEZ Y SIMULTÁNEAMENTE SU MEJORAMIENTO Y EL DE LA SOCIEDAD".²⁵

²⁴

RICHMOND, MARY, "CASO SOCIAL INDIVIDUAL". 1962, CITADO EN HAMILTON, GORDON, TEORÍA Y PRÁCTICA DEL TRABAJO SOCIAL DE CASOS, MÉXICO: LA PRENSA MÉDICA MEXICANA, 21 P.

²⁵

HAMILTON, OP.CIT. 21 P.

EN BASE A LO ANTERIOR, SE PUEDE DECIR QUE A TRAVÉS DEL TRABAJO SOCIAL DE CASOS SE ORIENTA A LAS PERSONAS PARA QUE, DE MANERA CONCIENTE, RECONOZCAN SUS PROBLEMAS, CAUSAS Y CONSECUENCIAS, Y SE LES MOTIVA PARA QUE ELLOS SE CONVIERTAN EN AGENTES ACTIVOS EN LA SOLUCIÓN O DISMINUCIÓN DEL PROBLEMA, UTILIZANDO PARA ELLO TANTO SUS CAPACIDADES Y RECURSOS, COMO LOS DE LA COMUNIDAD, TENIENDO POR FINALIDAD EL BIENESTAR DEL HOMBRE Y SU INTEGRACIÓN A LA SOCIEDAD.

LAS HIPÓTESIS EN LAS QUE SE BASA ESTE MÉTODO SON:

EL INDIVIDUO Y LA SOCIEDAD SON INTERDEPENDIENTES; LAS FUERZAS SOCIALES EJERCEN INFLUENCIA SOBRE EL COMPORTAMIENTO Y LAS ACTITUDES, PROPORCIONANDO OPORTUNIDADES PARA EL DESARROLLO PROPIO Y CONTRIBUYENDO AL BIENESTAR DEL MUNDO EN QUE VIVIMOS; NO SÓLO TODOS LOS PROBLEMAS SON PSICOSOCIALES -INTERIORES Y EXTERIORES- SINO QUE LA MAYORÍA DE LOS PROBLEMAS DEL TRABAJO DE CASOS SON INTERPERSONALES, LO QUE SIGNIFICA QUE EL TRATAMIENTO ATAÑE GENERALMENTE A MÁS DE UNA PERSONA (EN EL TRABAJO DE CASOS, ESPECIALMENTE, LA FAMILIA SUELE ESTAR IMPLICADA); EL CLIENTE ES UN PARTICIPANTE RESPONSABLE EN CADA UNO DE LOS PASOS QUE CONDUCEN A LA SOLUCIÓN DE SUS PROBLEMAS. COMO CENTRO DEL PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO SOCIAL DE CASOS ESTÁ EL USO CONCIENTE Y CONTROLADO DE LA RELACIÓN ENTRE EL TRABAJADOR Y EL CLIENTE PARA ALCANZAR LOS FINES DEL TRATAMIENTO.²⁶

LOS PRINCIPIOS BÁSICOS DEL TRABAJO SOCIAL DE CASOS SON:

A) INDIVIDUALIZACIÓN. SE REFIERE AL HECHO DE CONSIDERAR A CADA PERSONA COMO UNA INDIVIDUO DIFERENTE A LOS DEMÁS, PUESTO QUE, AUNQUE DOS PERSONAS PRESENTEN UN MISMO PROBLEMA, SU PERSONALIDAD, CUALIDADES, DEFECTOS Y CAPACIDADES SON DISTINTOS, ASÍ COMO TAMBIÉN DIFIERE SU AMBIENTE SOCIOFAMILIAR. POR ESTA RAZÓN CADA CASO SERÁ DIFERENTE A LOS DEMÁS.

B) AUTODETERMINACIÓN. EL TRABAJADOR SOCIAL DEBE INFORMAR Y ORIENTAR AL CLIENTE SOBRE LAS ALTERNATIVAS QUE EXISTEN PARA ATENUAR O RESOLVER SU PROBLEMA, Y LOS RECURSOS CON LOS QUE SE CUENTA, PERO LAS DECISIONES SOBRE LA MANERA DE PROCEDER SERÁN TOMADAS POR EL CLIENTE, QUIEN PARTICIPARÁ DE MANERA ACTIVA Y RESPONSABLE EN LA MODIFICACIÓN DE SU SITUACIÓN.

26

HAMILTON, OP.CIT. 21 P.

C) ACTITUD EXENTA DE JUICIOS. EL TRABAJADOR SOCIAL NO DEBE CRITICAR NI TOMAR ACTITUDES COERCITIVAS O MORALISTAS HACIA LA PERSONA QUE ESTÁ ATENDIENDO, Y SU ACTUACIÓN PROFESIONAL SERÁ SIN PREJUICIOS, MOSTRANDO SIEMPRE IMPARCIALIDAD EN LOS PROBLEMAS.

D) RESPETO AL INDIVIDUO, SE REFIERE A QUE SIEMPRE DEBEMOS RECONOCER QUE LAS DEMÁS PERSONAS TIENEN SUS PROPIOS DERECHOS Y OBLIGACIONES Y PUEDEN REALIZARSE A SU MANERA, Y QUE SE LES DEBE TRATAR CON DIGNIDAD, AMABILIDAD Y RESPETO.

E) ACEPTACIÓN. EL TRABAJADOR SOCIAL DEBE SER RESPONSABLE DE SU ACTUACIÓN PROFESIONAL Y COMPRENDER LA SITUACIÓN DE LA PERSONA QUE SOLICITA SU INTERVENCIÓN PARA RECONOCER SI PODRÁ TRABAJAR DE MANERA EFICAZ O DEBERÁ CANALIZAR EL CASO A OTRA PERSONA. ES DECIR, DEBE RECONOCER SUS PROPIAS LIMITACIONES.

LAS ETAPAS DEL TRABAJO SOCIAL DE CASOS SON: INVESTIGACIÓN, DIAGNÓSTICO, PLAN Y TRATAMIENTO.

INVESTIGACIÓN

ES UN PROCESO, MEDIANTE EL CUAL SE OBTIENE LA INFORMACIÓN SOBRE LA SITUACIÓN PROBLEMATIZANTE QUE ESTÁ AFECTANDO A LA PERSONA, CON EL FIN DE ESTABLECER UN DIAGNÓSTICO. PARA RECABAR DICHA INFORMACIÓN, EL TRABAJADOR SOCIAL SE AUXILIA DE CIERTAS TÉCNICAS E INSTRUMENTOS. DENTRO DE LAS PRIMERAS SE ENCUENTRAN: LA OBSERVACIÓN Y LAS ENTREVISTAS FORMALES E INFORMALES PRINCIPALMENTE; Y ENTRE LOS INSTRUMENTOS QUE SE UTILIZAN SE ENCUENTRAN: GUÍAS DE OBSERVACIÓN Y DE ENTREVISTAS, EXPEDIENTES, CUADERNO DE NOTAS, DIARIO DE CAMPO, ETC.

LAS FUENTES QUE UTILIZA EL TRABAJADOR SOCIAL PARA OBTENER LA INFORMACIÓN SON DE DOS TIPOS: FUENTES DIRECTAS Y FUENTES COLATERALES. LAS PRIMERAS SON EL PROPIO CLIENTE Y LAS PERSONAS QUE INTERVIENEN DE UN MODO SIGNIFICATIVO EN SU SITUACIÓN, COMO PUEDEN SER: SUS FAMILIARES, AMIGOS, COMPAÑEROS DE TRABAJO, ETC., ASÍ MISMO, AQUELLAS PERSONAS QUE FORMAN PARTE DEL AMBIENTE SOCIAL Y CULTURAL EN QUE LA PERSONA PARTICIPA. LAS FUENTES COLATERALES ES TODO LO QUE NO ES EL CLIENTE MISMO NI SUS FAMILIARES.

LA INVESTIGACIÓN SIRVE PARA CONOCER Y COMPRENDER LA SITUACIÓN DEL CLIENTE, EL ORIGEN Y CAUSA DE LA MISMA, LAS PERSONAS QUE INTERVINIERON DE MANERA DIRECTA O INDIRECTA EN EL PROBLEMA, LO QUE LA PERSONA HA REALIZADO PARA ATENUAR O ELIMINAR EL PROBLEMA Y LO QUE PRETENDE QUE EL TRABAJADOR SOCIAL REALICE PARA SOLUCIONÁRSELO, ETC.

DIAGNÓSTICO

ES LA COMPRENSIÓN DEL PROBLEMA QUE ESTÁ PRESENTANDO LA PERSONA, DETERMINANDO LAS CAUSAS QUE LO ORIGINAN Y ANALIZANDO LAS POSIBILIDADES QUE EXISTEN PARA SU SOLUCIÓN. ES LA OPINIÓN QUE DA EL TRABAJADOR SOCIAL ACERCA DE LA NATURALEZA DEL PROBLEMA O DE LA NECESIDAD QUE SE ESTÁ TRATANDO DE SATISFACER.

ANTES DE EXPLICAR LOS TIPOS DE DIAGNÓSTICO, ES NECESARIO MENCIONAR QUE PRIMERO SE ESTABLECE UNA IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA EN DONDE SE DESCRIBE EN FORMA BREVE EL PROBLEMA, SUS CARACTERÍSTICAS Y SE SEÑALAN ALGUNAS PAUTAS PARA SU SOLUCIÓN.

EXISTEN DOS TIPOS DE DIAGNÓSTICO: EL DIAGNÓSTICO INICIAL Y LOS POSTERIORES.

EL DIAGNÓSTICO INICIAL GENERALMENTE NO ES DEFINITIVO PORQUE EN ÉL PUEDEN EXISTIR MODIFICACIONES; INCLUYE LOS SIGUIENTES ASPECTOS: DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA PRINCIPAL, LOS FACTORES QUE LO ORIGINARON O CAUSARON, EL EFECTO QUE TUVIERON ESTAS CAUSAS EN EL COMPORTAMIENTO DEL CLIENTE, Y SU PERSONALIDAD.

EN LOS DIAGNÓSTICOS POSTERIORES SE INCLUYE LA INTERPRETACIÓN DE LOS NUEVOS PROBLEMAS O MODIFICACIÓN DE CONDUCTAS DEL CLIENTE Y SIRVEN PARA EVALUAR EL CASO, EN ALGUNOS CASOS ESTOS DIAGNÓSTICOS CONTRIBUYEN A QUE SE MODIFIQUE EL PLAN Y EL TRATAMIENTO. LOS ASPECTOS QUE SE INCLUYEN SON: LA ACTUACIÓN QUE HA TENIDO EL CLIENTE DESDE QUE INICIÓ EL TRATAMIENTO ANTERIOR HASTA EL MOMENTO ACTUAL, LAS REACCIONES QUE HA TENIDO HACIA SU MEDIO, LOS EFECTOS DEL TRATAMIENTO EN SU COMPORTAMIENTO, EL CAMBIO DE INTERESES O PLANES, LA SITUACIÓN DE SUS RELACIONES PERSONALES, ETC.

DESPUÉS QUE SE ESTABLECE EL DIAGNÓSTICO INICIAL, ES NECESARIO HACER UN PRONÓSTICO, EL CUAL CONSISTE EN QUE SE DETERMINEN LAS POSIBILIDADES

DE ÉXITO O DE FRACASO QUE EXISTEN PARA RESOLVER O DISMINUIR EL PROBLEMA, ES DECIR, SE ESTABLECE SI ES FACTIBLE O NO ALCANZAR NUESTROS OBJETIVOS.

PLAN

EN EL PLAN SE EXPONEN LAS ACTIVIDADES O PRINCIPIOS QUE SE VAN A LLEVAR A CABO CON EL PROPÓSITO DE RESOLVER O DISMINUIR EL PROBLEMA.

EN EL PLAN SE ESTABLECEN:

1. LAS DEMANDAS DEL CLIENTE (ESTABLECIENDO DE ANTEMANO LA DIFERENCIA ENTRE LO QUE DICE, LO QUE QUIERE, LO QUE LE CONVIENE Y LO QUE PUEDE OBTENER).
2. LOS RECURSOS DE LA COMUNIDAD (SU ATINADA UTILIZACIÓN).
3. POSIBLES EFECTOS EN EL CLIENTE (PREVISIÓN DE LAS CONSECUENCIAS).²⁷

EL TRABAJADOR SOCIAL DEBERÁ TENER CIERTOS CONOCIMIENTOS Y CONTROL DE LAS DIVERSAS MANIFESTACIONES QUE PUEDA TENER EL CLIENTE CON RESPECTO AL PLAN PARA PODER PREVER LOS EFECTOS QUE TENDRÁ ÉSTE SOBRE LA PERSONA.

EXISTEN DOS TIPOS DE PLANES: EL PLAN TENTATIVO Y EL PLAN DEFINITIVO.

EL PLAN TENTATIVO SIRVE PARA EXPLORAR LA MANERA EN QUE REACCIONA EL CLIENTE HACIA LA SOLUCIÓN O DISMINUCIÓN DEL PROBLEMA, Y PODER ASÍ ESTABLECER NUEVAS ACTIVIDADES O ENCONTRAR OTRAS ALTERNATIVAS. LA DURACIÓN DE ESTE PLAN PUEDE VARIAR DESDE HORAS HASTA MESES.

EL PLAN DEFINITIVO ES MÁS ESTABLECE Y DURADERO QUE EL ANTERIOR Y GUÍA EL PROCESO DEL CASO, ESTE PLAN TAMBIÉN PUEDE SUFRIR MODIFICACIONES.

TRATAMIENTO

ES EL CONJUNTO DE SERVICIOS Y ATENCIONES QUE OTORGA EL TRABAJADOR SOCIAL AL CLIENTE, A TRAVÉS DE CIERTAS ORIENTACIONES Y CONSEJOS PARA QUE SE RESUELVA O ATENÚE SU SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.

"EL OBJETIVO PRINCIPAL DEL TRATAMIENTO SOCIAL ES ENCAUZAR AL CLIENTE A FIN DE QUE LOGRE EL CONVENIENTE AJUSTE A SU MEDIO Y TRATE, POR TANTO, DE VENCER O ATENUAR EL PROBLEMA QUE LE PROVOCA UNA CONDUCTA CONFLICTIVA".²⁸

27

CASTELLANOS C., MARÍA. "MANUAL DE TRABAJO SOCIAL". 1962, CITADO EN ANTOLOGÍA DE LA ESPECIFICIDAD DEL TRABAJO SOCIAL. MÉXICO: UNAM, 180 P.

28

IDEM, 181 P.

EN EL TRATAMIENTO SE INCLUYEN; EL CLIENTE, SU FAMILIA, EL MEDIO AMBIENTE EN QUE SE DESENVUELVE, LAS INSTITUCIONES QUE LE PUEDEN OTORGAR SERVICIOS, ETC. EXISTEN DOS TIPOS DE TRATAMIENTO: EL DIRECTO Y EL INDIRECTO.

EN EL TRATAMIENTO DIRECTO EL CLIENTE RECIBE LA AYUDA EN ESPECIE, O BIEN, SE LE ORIENTA Y EDUCA PARA QUE PARTICIPE EN LA MODIFICACIÓN DE SU SITUACIÓN PROBLEMA.

EN EL TRATAMIENTO INDIRECTO, EL TRABAJADOR SOCIAL UTILIZA LAS FUENTES COLATERALES PARA DAR LA ORIENTACIÓN Y ESTABLECE EL SENTIDO DE COOPERACIÓN ENTRE LOS MISMOS PROFESIONISTAS, EN OCASIONES ESTE TRATAMIENTO IMPLICA LA MODIFICACIÓN DE CONDUCTAS O ACTITUDES DE PERSONAS AJENAS AL CLIENTE.

EN EL TRABAJO CON LOS PADRES DE HIJOS DEFICIENTES MENTALES, UNO DE LOS MÉTODOS MÁS EFICAZ ES EL DE TRABAJO SOCIAL DE CASOS DEBIDO A QUE CADA FAMILIA PRESENTA UNA PROBLEMÁTICA DIFERENTE, HABRÁ PADRES QUE RECHACEN A SU HIJO, OTROS SE SENTIRÁN CULPABLES O NO RECONOCERÁN EL PROBLEMA DE SU HIJO, ETC.

DE UNA MANERA GENERAL, LA APLICACIÓN DE LAS ETAPAS DEL TRABAJO SOCIAL DE CASOS QUEDARÍAN DE LA SIGUIENTE MANERA:

INVESTIGACIÓN

ESTA ETAPA TENDRÍA COMO FINALIDAD RECABAR INFORMACIÓN SOBRE LOS SIGUIENTES ASPECTOS: LA SITUACIÓN FAMILIAR ANTES DEL NACIMIENTO DEL DEFICIENTE MENTAL, LA FORMA EN QUE LOS PADRES SE DIERON CUENTA DEL PROBLEMA DE SU HIJO, LA INFORMACIÓN QUE RECIBIERON SOBRE ESTE PROBLEMA Y LA PERSONA QUE BRINDÓ DICHA INFORMACIÓN, LAS REACCIONES QUE TUVIERON LOS PADRES ANTE ESTA NOTICIA Y LAS ACTITUDES QUE TUVIERON Y TIENEN HACIA SU HIJO, LOS DESAJUSTES QUE PROVOCÓ EN LA PAREJA Y EN LA FAMILIA, LA ATENCIÓN QUE HA RECIBIDO ESTA PERSONA, LAS EXPECTATIVAS DE LOS PADRES HACIA SU HIJO DEFICIENTE MENTAL, LA MOTIVACIÓN QUE TIENEN HACIA LA RESOLUCIÓN O DISMINUCIÓN DEL PROBLEMA, LA FORMA EN QUE HAN PARTICIPADO EN ESTE PROCESO, ETC.

DIAGNÓSTICO

EN EL DIAGNÓSTICO SE ESTABLECERÍA LO SIGUIENTE:

LOS PROBLEMAS PODRÍAN SER: CULPABILIDAD DE LOS PADRES POR EL NACI-

MIENTO DE SU HIJO DEFICIENTE MENTAL, SOBREPOTECCIÓN DE ESTE HIJO, RECHAZO O INDIFFERENCIA HACIA EL NIÑO, ALCOHOLISMO PATERNO, FAMILIA DISFUNCIONAL, FALTA DE SERVICIOS MÉDICOS, ETC.

LAS CAUSAS QUE ORIGINARON ESTOS PROBLEMAS SERÍAN: DESCONOCIMIENTO SOBRE LA DEFICIENCIA MENTAL PRINCIPALMENTE DE LAS CAUSAS Y EDUCACIÓN DEL DEFICIENTE MENTAL, DIFICULTADES PARA IR SUPERANDO ESTE PROBLEMA, INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LOS PADRES, DEFICIENTE O NULA COMUNICACIÓN ENTRE LA PAREJA Y CON LOS HIJOS, NIVEL EDUCACIONAL BAJO, ESCASOS RECURSOS, FALTA DE INICIATIVA PARA DISMINUIR SUS PROBLEMAS, ETC.

LOS EFECTOS DEL PROBLEMA EN EL COMPORTAMIENTO DE LOS PADRES PODRÍAN SER: DESCONFIANZA, INSEGURIDAD E INESTABILIDAD EMOCIONAL EN LA PERSONA, FALTA DE INTERÉS HACIA LA EDUCACIÓN DEL DEFICIENTE MENTAL, Y UTILIZAR AL NIÑO COMO PRETEXTO PARA EVITAR LA CONVIVENCIA CON LA PAREJA.

PLAN

DENTRO DEL PLAN SE INCLUIRÍAN LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES PARA DESARROLLARLAS EN EL TRATAMIENTO: PLÁTICAS CON LOS PADRES PARA DARLES INFORMACIÓN SOBRE DEFICIENCIA MENTAL, SOLICITAR LA COLABORACIÓN DE MÉDICOS PARA QUE DIAGNOSTIQUEN A LOS NIÑOS, ORIENTACIÓN SOBRE DINÁMICA FAMILIAR, MOTIVACIÓN A LOS PADRES PARA QUE MODIFIQUEN ACTITUDES NEGATIVAS HACIA SUS HIJOS, CANALIZACIÓN A OTROS SERVICIOS, ETC.

TRATAMIENTO

EL TRATAMIENTO DIRECTO SERÍA PRINCIPALMENTE A TRAVÉS DE ORIENTACIÓN Y EDUCACIÓN DE LOS PADRES, Y EL TRATAMIENTO INDIRECTO CONSISTIRÍA EN QUE LOS MÉDICOS DIAGNOSTICARAN A LOS NIÑOS Y DIERAN INFORMACIÓN A LOS PADRES.

4.2.2. TRABAJO SOCIAL DE GRUPOS

NEWSTETTER OPINA QUE EL TRABAJO SOCIAL DE GRUPOS "ES UN PROCESO SOCIOEDUCATIVO QUE DESARROLLA LA PERSONALIDAD Y LA ADAPTACIÓN SOCIAL DE LOS INDIVIDUOS, A TRAVÉS DE ASOCIACIONES VOLUNTARIAS QUE TIENEN UN

OBJETIVO ESTABLECIDO Y MOTIVADO POR LOS PARTICIPANTES",²⁹

PARA GISELA KONOPKA, EL TRABAJO SOCIAL DE GRUPOS "ES UN MÉTODO DEL SERVICIO SOCIAL QUE AYUDA A LOS INDIVIDUOS A MEJORARSE EN SU FUNCIONAMIENTO SOCIAL A TRAVÉS DE INTENCIONADAS EXPERIENCIAS DE GRUPOS Y A MANEJARSE MÁS EFICAZMENTE CON SUS PROBLEMAS PERSONALES, DE SU GRUPO Y DE SU COMUNIDAD".³⁰

A TRAVÉS DEL TRABAJO SOCIAL DE GRUPOS, EL TRABAJADOR SOCIAL VA A ORIENTAR Y CAPACITAR A LAS PERSONAS PARA QUE MODIFIQUEN SU COMPORTAMIENTO Y SE PUEDAN IR ADAPTANDO A SU MEDIO SOCIAL.

LOS PRINCIPIOS BÁSICOS DEL TRABAJO SOCIAL DE GRUPOS SON LOS SIGUIENTES:

A) INDIVIDUALIZACIÓN. CONSISTE EN RECONOCER Y COMPRENDER A CADA INTEGRANTE DEL GRUPO Y CONSIDERAR A CADA GRUPO COMO DIFERENTE A LOS DEMÁS Y CON SUS PROPIAS CARACTERÍSTICAS.

B) ACEPTACIÓN AUTÉNTICA DE CADA MIEMBRO. A CADA INTEGRANTE SE LE CONSIDERARÁ COMO PERSONA QUE ES, CON SUS CUALIDADES, DEFECTOS, ASPIRACIONES, INTERESES, ETC.

C) ESTABLECER UNA RELACIÓN INTENCIONADA DE AYUDA. EL TRABAJADOR SOCIAL DEBE SER SINCERO CON EL GRUPO Y EXPRESAR LA FORMA EN QUE TRABAJARÁ EN ÉL, LAS METAS QUE PUEDEN ALCANZARSE, LO QUE DESEA DEL GRUPO, ETC.

D) ESTIMULAR RELACIONES POSITIVAS Y COOPERATIVAS EN EL GRUPO. COMO LA FINALIDAD DEL TRABAJO SOCIAL DE GRUPOS ES EL MEJORAMIENTO DEL INDIVIDUO A TRAVÉS DEL GRUPO, DENTRO DE ÉSTE EL TRABAJADOR SOCIAL DEBE MOTIVAR A QUE ENTRE LOS MIEMBROS EXISTAN RELACIONES POSITIVAS, QUE SE AYUDEN ENTRE SÍ Y TODOS COLABOREN PARA ALCANZAR LAS METAS PROPUESTAS.

E) FLEXIBILIDAD APROPIADA EN EL PROCESO DE GRUPO. CONSISTE EN QUE EL TRABAJADOR SOCIAL DEBE ORIENTAR AL GRUPO PARA QUE ELLOS TOMEN

29

NEWSTETTER, WILBUR. "WHAT IS SOCIAL GROUP?". 1938. CITADO EN KISNERMAN, NATALIO. SERVICIO SOCIAL DE GRUPOS. BUENOS AIRES: HUMANITAS, 35 P.

30

KONOPKA, GISELA. "SOCIAL GROUP WORK: A HELPING PROCESS". 1963. CITADO EN KISNERMAN, NATALIO. SERVICIO SOCIAL DE GRUPOS. BUENOS AIRES: HUMANITAS, 35 P.

LAS DECISIONES QUE MÁS SE ACOPLEN A SUS NECESIDADES Y RECURSOS, ASÍ MISMO, SE PERMITAN CAMBIOS EN EL PLAN DE TRABAJO.

F) CAPACITAR A LOS MIEMBROS PARA QUE SE DESENVUELVAN EN EL PROCESO DE RESOLUCIÓN DE SUS PROBLEMAS. ÉSTO SE REFIERE A QUE EL TRABAJADOR SOCIAL DEBE IR ORIENTANDO DE TAL MANERA QUE EDUQUE A LOS MIEMBROS DEL GRUPO A IR RECONOCIENDO SUS PROBLEMAS Y BUSCANDO LAS ALTERNATIVAS QUE EXISTEN PARA DISMINUIRLO O ELIMINARLO.

G) OFRECER OPORTUNIDADES PARA EXPERIENCIAS NUEVAS Y DIFERENTES QUE FACILITEN LA AUTORREALIZACIÓN DEL GRUPO. EL TRABAJADOR SOCIAL DEBE SER UNA PERSONA DINÁMICA Y CON INICIATIVA PARA PODER CREAR SITUACIONES NUEVAS EN EL GRUPO QUE LES AYUDEN A IR ALCANZANDO SUS METAS A LOS INTEGRANTES DEL MISMO Y ASÍ IRSE AUTORREALIZANDO.

H) USAR JUICIOSAMENTE DE LA APRECIACIÓN DIAGNÓSTICA DE CADA MIEMBRO Y DE LA SITUACIÓN TOTAL. EL TRABAJADOR SOCIAL DEBE ESTAR CONSCIENTE DE QUE SU ACTITUD HACIA LOS MIEMBROS DEL GRUPO SERÁ DE IMPARCIALIDAD, Y NO ADQUIRIRÁ ACTITUDES DE CRÍTICA HACIA SUS INTEGRANTES, ADEMÁS DEBERÁ DE GUARDAR EL SECRETO PROFESIONAL PARA NO PERJUDICAR A LAS PERSONAS QUE ATIENDE.

I) EVALUAR PERMANENTEMENTE EL PROCESO Y EL PROGRESO DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO Y DEL ASG. EL TRABAJADOR SOCIAL CONSTANTEMENTE DEBE IR ANALIZANDO SU ACTUACIÓN PROFESIONAL, LA FORMA EN QUE HA IDO DESARROLLÁNDOSE EL GRUPO, LA PARTICIPACIÓN DE CADA MIEMBRO EN EL GRUPO, LOS ERRORES QUE SE HAN COMETIDO, LOS OBSTÁCULOS QUE HAN PRESENTADO, ETC.

J) USO CÁLIDO, HUMANO Y DISCIPLINADO DE SÍ MISMO POR PARTE DEL ASG. ANTES DE EMPEZAR A TRABAJAR, EL TRABAJADOR SOCIAL DEBE HACERSE UN AUTOANÁLISIS PARA CONOCERSE A SÍ MISMO Y EVITAR QUE UNA SITUACIÓN PERSONAL AFECTE EL DESEMPEÑO PROFESIONAL, Y DENTRO DE SU TRABAJO DEBE ACTUAR CON CONSIDERACIÓN, RESPETO Y AMABILIDAD.³¹

31

KISNERMAN, OP.CIT. 40-41 PP.

LAS ETAPAS DEL PROCESO DE GRUPO SON: FORMACIÓN, CONFLICTO, ORGANIZACIÓN, INTEGRACIÓN Y DISOLUCIÓN.

FORMACIÓN

ANTES DE FORMAR EL GRUPO, EL TRABAJADOR SOCIAL DEBE ESTABLECER CUÁLES SON SUS MOTIVOS PARA ESTABLECER EL GRUPO Y CUÁLES SON LAS MOTIVACIONES O INTERESES QUE TIENEN LAS PERSONAS QUE INTEGRARÁN EL GRUPO.

DENTRO DE ESTA ETAPA EL TRABAJADOR SOCIAL DEBE PROMOVER LA PARTICIPACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO EN LAS DINÁMICAS Y ACTIVIDADES DEL MISMO.

LAS CARACTERÍSTICAS QUE SE PRESENTAN EN ESTA ETAPA SON: LA PRESENCIA DE SUBGRUPOS, LA DEPENDENCIA HACIA EL TRABAJADOR SOCIAL, LOS INTEGRANTES ACTÚAN DE MANERA FORMAL EXISTIENDO Poca COMUNICACIÓN ENTRE ELLOS, Y EL GRUPO ESTABLECE SUS PROPIAS NORMAS.

CONFLICTO

EXISTEN TRES TIPOS DE CONFLICTOS: A) CONFLICTOS DE VALORES Y NORMAS; B) DE OBJETIVOS; C) DE PERSONALIDADES".³²

LA ETAPA DE CONFLICTO VA A CONTRIBUIR A QUE LOS MIEMBROS DEL GRUPO SE CONOZCAN A SÍ MISMOS CON SUS CUALIDADES Y DEFECTOS Y APRENDAN A ENFRENTAR LOS PROBLEMAS, BUSCANDO ENCONTRAR ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN.

ORGANIZACIÓN

DENTRO DE ESTA ETAPA EL GRUPO APRENDE A AUTODIRIGIRSE, LAS CARACTERÍSTICAS DE ESTA ETAPA SON: DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD, SURGE LA DIVISIÓN DEL TRABAJO, APARECE EL LÍDER SOCIOLOGICO DEL GRUPO, LOS MIEMBROS ADQUIEREN MÁS RESPONSABILIDADES HACIA EL GRUPO Y SE SIENTEN IDENTIFICADOS CON ÉL, Y APARECEN CIERTOS RITUALES O SÍMBOLOS DEL GRUPO.

INTEGRACIÓN

EN ESTA ETAPA LOS MIEMBROS DEL GRUPO APRENDEN A AJUSTAR SUS DIFERENCIAS DE OPINIONES, ROLES, PERSONALIDADES, ETC.

32

NEWSTETER, WILBUR. THEODORE NEWCOMB. "GROUP ADJUSTEMENT. 1937. CITADO EN KISNERMAN, NATALIO. SERVICIO SOCIAL DE GRUPOS. BUENOS AIRES: HUMANITAS, 131 P.

EL GRUPO ES UNA UNIDAD PRODUCTIVA, ES DECIR, A TRAVÉS DE ÉL LAS PERSONAS LLEGAN A REALIZARSE DESARROLLANDO SU PROPIO POTENCIAL HUMANO, Y LAS RELACIONES INTERPERSONALES SON PRIMARIAS; O SEA, EXISTE CONFIANZA ENTRE LAS PERSONAS, SE CONOCEN DE MANERA PROFUNDA Y SE AYUDAN MUTUAMENTE.

DISOLUCIÓN O MUERTE DEL GRUPO

ESTA ETAPA SURGE CUANDO LOS MIEMBROS DEL GRUPO CAMBIAN DE INTERESES Y SE INCLINAN A DESARROLLAR NUEVAS ACTIVIDADES FUERA DEL GRUPO, POR TAL MOTIVO LOS INTEGRANTES VAN DISMINUYENDO HASTA TERMINAR CON EL GRUPO. SI ALGUNAS PERSONAS DESEAN CONTINUAR EN EL GRUPO DEBERÁN INTEGRAR UN NUEVO GRUPO O REACTIVAR SU PROCESO MEDIANTE LA ACEPTACIÓN DE NUEVOS MIEMBROS O EL CAMBIO DE OBJETIVOS.³³

DENTRO DEL TRABAJO CON LOS PADRES DE HIJOS DEFICIENTES MENTALES, SE DEBEN FORMAR GRUPOS DE PADRES PARA BRINDARLES INFORMACIÓN Y APOYO SOBRE LOS PROBLEMAS A QUE SE HAN ENFRENTADO.

PARA QUE EL GRUPO PUEDE FUNCIONAR ES NECESARIO QUE EL TRABAJADOR SOCIAL MOTIVE A LOS PADRES A EXPRESAR SU PROBLEMÁTICA, INCERTIDUMBRE, REACCIONES HACIA SU HIJO, ETC., SIN TEMOR A LA CRÍTICA.

EN ESTOS GRUPOS LOS PADRES SE SENTIRÁN IDENTIFICADOS Y A TRAVÉS DE LA EXPRESIÓN DE SUS PROPIAS EXPERIENCIAS CONTRIBUIRÁN A DARSE APOYO, COMPRENSIÓN Y CONSEJOS PARA MEJORAR SU SITUACIÓN.

33

VID. KISNERMAN, OP.CIT. 119-136 PP.

4.3 PROYECCIÓN EN LA COMUNIDAD

EN REALIDAD SE HA VISTO QUE, AUNQUE VIVIMOS EN UNA ÉPOCA EN DONDE IMPERA LA COMUNICACIÓN, DESAFORTUNADAMENTE EXISTE Poca DIFUSIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS SOBRE CAUSAS, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y EDUCACIÓN DE LOS DEFICIENTES MENTALES E INCLUSO, LA MISMA SOCIEDAD LOS HA IDO RELEGANDO Y APARTANDO DE LAS ACTIVIDADES SOCIALES, CULTURALES Y LABORALES.

ANTE ESTA SITUACIÓN, ES IMPORTANTE LA INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL A UN NIVEL DE PREVENCIÓN DE LA DEFICIENCIA MENTAL Y PROMOVRIENDO LA INTEGRACIÓN DEL DEFICIENTE MENTAL A LA VIDA SOCIAL Y PRODUCTIVA. A CONTINUACIÓN SE EXPLICARÁN CADA UNA DE ELLOS.

4.3.1. NIVEL PREVENTIVO

EL TRABAJADOR SOCIAL PUEDE PROGRAMAR, COORDINAR E INTERVENIR EN CAMPAÑAS REALIZADAS POR UN EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA DIFUNDIR LOS CONOCIMIENTOS QUE SE TIENEN SOBRE LA PREVENCIÓN DE LA DEFICIENCIA MENTAL; DENTRO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS SE ENCUENTRAN: ANÁLISIS DE SANGRE PARA EVITAR LA INCOMPATIBILIDAD SANGUÍNEA, ESTUDIOS DE CARIOTIPO CUANDO LOS PADRES PRESENTAN ALGUNA MALFORMACIÓN O ALGUNOS DE SUS FAMILIARES, LA APLICACIÓN DE VACUNAS CONTRA LA RUÉCLA, LLEVAR UNA DIETA BALANCEADA, VIGILAR QUE LAS MADRES MAYORES DE 35 AÑOS NO SE EMBARACEN, QUE EL PARTO SEA ATENCIÓN POR MÉDICOS, ETC.

DENTRO DE LOS HOSPITALES, EL TRABAJADOR SOCIAL PUEDE FORMAR GRUPOS DE FUTURAS MADRES PARA QUE RECIBAN ORIENTACIÓN SOBRE LOS CUIDADOS QUE DEBEN TENER DURANTE SU EMBARAZO, LAS SEÑALES DE ALERTA POR ALGUNA POSIBLE COMPLICACIÓN, LA DISPOSICIÓN QUE DEBEN TENER AL MOMENTO DEL PARTO, ETC., TRABAJANDO CONJUNTAMENTE CON MÉDICOS ESPECIALISTAS.

ASÍ MISMO PUEDEN DARSE PLÁTICAS SOBRE LOS CUIDADOS QUE DEBEN TENER LOS RECIÉN NACIDOS, NORMAS HIGIÉNICAS QUE SE DEBEN SEGUIR PARA LA CONSERVACIÓN DE LA SALUD DEL NIÑO, ETC.

PRINCIPALMENTE EN LAS INSTITUCIONES DE GOBIERNO, EL TRABAJADOR SOCIAL PUEDEN ORGANIZAR PLÁTICAS CON LOS MÉDICOS PARA QUE TENGAN CONCIENCIA DE LA GRAN RESPONSABILIDAD QUE TIENEN AL ATENDER LOS PARTOS.

4.3.2. NIVEL DE PROMOCION

EL TRABAJADOR SOCIAL PUEDE ORGANIZAR, COORDINAR E INTERVENIR EN CONFERENCIAS PARA DIFUNDIR LOS CONOCIMIENTOS QUE EXISTEN SOBRE LA DEFICIENCIA MENTAL, LAS REPERCUSIONES QUE TRAE EN LA FAMILIA EL NACIMIENTO DE UN HIJO DEFICIENTE MENTAL Y SU SITUACIÓN ACTUAL DENTRO DE LA SOCIEDAD, CON EL OBJETO QUE EL PÚBLICO EN GENERAL CONOZCA ESTE PROBLEMA Y COLABORE EN LA INTEGRACIÓN DE ESTA PERSONA A LA VIDA SOCIAL.

TAMBIÉN PUEDE ORGANIZAR LA FORMACIÓN DE ASOCIACIONES CIVILES PARA QUE SE LES BRINDE UNA MEJOR ATENCIÓN AL DEFICIENTE MENTAL Y SE PUEDA ORIENTAR A LA FAMILIA.

EL TRABAJADOR SOCIAL PUEDE MOTIVAR A LAS PERSONAS EN CARGADAS DE ALGÚN TALLER PARA QUE ACEPTEN QUE LOS DEFICIENTES MENTALES TRABAJEN EN ESTOS ESTABLECIMIENTOS Y ASÍ SE CONVIERTAN EN PERSONAS PRODUCTIVAS.

CAPITULO V

LA INTERVENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA PROBLEMATICA
DE LOS PADRES CON HIJOS DEFICIENTES MENTALES

5.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

EN CIERTA OCASIÓN NOS ENCONTRAMOS CON UNA AMIGA, A QUIEN HACE MUCHO TIEMPO NO VEMOS, ELA SE ENCUENTRA EN UN ESTADO DE ANGUSTIA Y DESESPERACIÓN, PUES LE HAN DICHO QUE SU HIJO ES DEFICIENTE MENTAL, PERO NOSOTROS ¿QUÉ SABEMOS SOBRE LA DEFICIENCIA MENTAL?... ¿SABEMOS CUÁLES SON LOS CONFLICTOS INTERNOS QUE SUFREN LOS PADRES AL SABER QUE SU HIJO ES DEFICIENTE MENTAL?... ¿PODEMOS INFORMARLE SOBRE LOS CUIDADOS Y ATENCIONES QUE LE DEBE BRINDAR AL NIÑO?... OTRO DÍA, PASAMOS ENFRENTA DE UNA ESCUELA DE EDUCACIÓN ESPECIAL, Y UN NIÑO DEFICIENTE MENTAL SE NOS ACERCA PARA PLATICAR CON NOSOTROS, ¿CUÁL SERÁ NUESTRA ACTITUD?... ¿RECHAZARLO?... ¿PORTARNOS INDIFERENTES?... ¿ACEPTARLO?... ¿PLATICARÍAMOS CON ÉL?...

GENERALMENTE LA MAYORÍA DE LAS PERSONAS NO HAN TENIDO UNA RELACIÓN DIRECTA CON DEFICIENTES MENTALES O CON SUS FAMILIAS, POR LO MISMO DESCONOCEN O SABEN POCO SOBRE LA DEFICIENCIA MENTAL, SUS CAUSAS, REPERCUSIONES PARA LA FAMILIA EN DONDE NACE UN NIÑO ASÍ, PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN DE ESTAS PERSONAS, ETC., PERO... COMO MIEMBROS DE LA SOCIEDAD, ¿QUÉ HEMOS HECHO NOSOTROS PARA CONOCER MÁS ACERCA DE ESTE PROBLEMA?... ¿LES HEMOS DADO LA OPORTUNIDAD PARA INTEGRARLOS A LA VIDA SOCIAL Y PRODUCTIVA?... ¿HACEMOS ALGO POR ELLOS?...

AHORA BIEN, UBICANDO ESTA SITUACIÓN EN LA CIUDAD DE OAXACA, VEMOS QUE, APARTE DE SU PROBLEMATICA COMO ES EL BAJO NIVEL EDUCACIONAL DE LA MAYORÍA DE LA POBLACIÓN, POCAS FUENTES DE TRABAJO, PROBLEMAS CON LAS VÍAS DE COMUNICACIÓN Y POCO DESEO DE SUPERACIÓN PERSONAL, CON RESPECTO A LOS DEFICIENTES MENTALES EXISTE UNA INDIFERENCIA Y APATÍA HACIA ELLOS, EXISTE ESCASA DIFUSIÓN DE LAS INSTITUCIONES QUE LES BRINDAN

ATENCIÓN, Y FALTA DE APOYO PARA LAS ACTIVIDADES DE ADAPTACIÓN E INTEGRACIÓN DEL DEFICIENTE MENTAL A LA SOCIEDAD, ES DECIR, EXISTE Poca APERTURA PARA QUE EN LOS TALLERES TRABAJEN ESTAS PERSONAS, LA GENTE PARTICIPA POCO EN LAS ACTIVIDADES PARA RECAUDAR FONDOS, CON EL FÍN DE MEJORAR LAS INSTALACIONES EN DONDE RECIBEN EDUCACIÓN, ATENCIÓN, ETC.

EN EL CASO DE LAS FAMILIAS CON DEFICIENTES MENTALES, ESPECIALMENTE LOS PADRES, SUELEN SENTIRSE SOLOS, ANGUSTIADOS, CONFUNDIDOS Y DECEPCIONADOS, PORQUE SU HIJO NO SERÁ COMO ELLOS LO ESPERABAN, AL SABER LA NOTICIA QUE SU HIJO ES DEFICIENTE MENTAL, SURGIRÁN EN ELLOS MUCHAS DUDAS Y SENTIMIENTOS ENCONTRADOS, Y SE PREGUNTARÁN: ¿PORQUÉ A NOSOTROS?, ¿QUÉ HICIMOS PARA QUE MI HIJO NACIERA ASÍ?, ¿SE DESARROLLARÁ COMO UN NIÑO NORMAL?, ¿QUIÉN TIENE LA CULPA DE ESTO?, ¿QUÉ CUIDADOS DEBO BRINDARLE?, ¿A DÓNDE LLEVARLO PARA QUE LO ATIENDAN?, ¿QUÉ PENSARÁN DE NOSOTROS NUESTROS FAMILIARES, AMIGOS O COMPAÑEROS?... TODAS ESTAS CIRCUNSTANCIAS LES PROVOCARÁN TENSIONES Y DESAJUSTES FAMILIARES, QUE SI NO SON RESUELTOS, PUEDEN LLEVAR A LA DISOLUCIÓN DE LA PROPIA FAMILIA.

GENERALMENTE LOS PADRES DE FAMILIA PIENSAN QUE SUS HIJOS NACERÁN NORMALES Y QUE NO VANA TENER ALGÚN PROBLEMA, PERO CUANDO SE LES INFORMA QUE SU HIJO ES ATÍPICO, ES DECIR, QUE NO ES NORMAL, DESCONOCEN LO QUE ES LA DEFICIENCIA MENTAL, SUS CAUSAS, LOS CUIDADOS QUE REQUIERE EL NIÑO, SU EDUCACIÓN, ETC., POR LO MISMO, ES IMPORTANTE LA INTERVENCIÓN DE PROFESIONISTAS MULTIDISCIPLINARIOS QUE INFORMEN, APOYEN Y ORIENTEN, PRINCIPALMENTE A LOS PADRES, SOBRE LA SITUACIÓN EN LA QUE SE ENCUENTRAN Y SUS ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN, PARA QUE ESTOS PADRES PARTICIPEN ACTIVAMENTE, PROMOVRIENDO EL DESARROLLO E INDEPENDENCIA DE SUS HIJOS CON REQUERIMIENTOS ESPECIALES.

EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO QUE ATENDERÁ AL DEFICIENTE MENTAL Y A SU FAMILIA DEBE ESTAR INTEGRADO POR : MÉDICO, PSICÓLOGO, PROFESOR ESPECIALISTA, TERAPESTA DE LENGUAJE Y EL TRABAJADOR SOCIAL. PERO, ¿CUÁL ES LA IMPORTANCIA DEL TRABAJADOR SOCIAL?... ¿CÓMO PUEDE INTERVENIR, APOYAR Y ORIENTAR EL TRABAJADOR SOCIAL A ESTAS FAMILIAS?... A TRAVÉS DE ESTA TESIS SE HA EXPLICADO LO QUE ES LA DEFICIENCIA MENTAL, SUS CAUSAS,

DIAGNÓSTICO, PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN; LA PERSONALIDAD DE ESTOS INDIVIDUOS, SUS FAMILIAS, ETC., AHORA SE ANALIZARÁN LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS POR EL TRABAJADOR SOCIAL DENTRO DEL ÁREA DE LA DEFICIENCIA MENTAL.

5.2. JUSTIFICACIÓN

PARA REALIZAR LA PRESENTE INVESTIGACIÓN DE CAMPO, SE ELIGIÓ LA ESCUELA DE EDUCACIÓN ESPECIAL DE ATENCIÓN MÚLTIPLE NÚM. 1 DE LA CIUDAD DE OAXACA, ADSCRITA A LOS SERVICIOS COORDINADOS DE EDUCACIÓN PÚBLICA (S.C.E.P.) DE LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA (S.E.P.) EN DONDE SE HICIERON LOS TRÁMITES CORRESPONDIENTES PARA ASÍ LOGRAR OBTENER INFORMACIÓN, - TANTO DE LA DIRECCIÓN DE LA ESCUELA, COMO DEL PERSONAL DOCENTE Y DE LOS PADRES DE FAMILIA Y ALUMNOS.

LA ESCUELA DE EDUCACIÓN ESPECIAL, ATIENDE A DOS ÁREAS ESPECÍFICAS, LA DE AUDICIÓN Y LENGUAJE Y LA DE LA DEFICIENCIA MENTAL. EN EL ÁREA DE AUDICIÓN Y LENGUAJE, SE ATIENDEN NIÑOS CON PROBLEMAS DE HIPOACUSIA Y SORDOMUDEZ. EN EL ÁREA DE DEFICIENCIA MENTAL, SE ATIENDEN LOS ALUMNOS QUE REQUIEREN DE ESTA ATENCIÓN, EN BASE A UN ESTANDAR FIJADO POR LA DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN ESPECIAL (D.G.E.E).

DICHA INSTITUCIÓN LABORA EN EL TURNO MATUTINO DE LUNES A VIERNES. EL PERSONAL QUE CONFORMA LA INSTITUCIÓN, ES EL SIGUIENTE :

ÁREA DE AUDICIÓN Y LENGUAJE:

- 6 PROFESORES ESPECIALISTAS (4 LO SON).
- 1 DRA. ANDIOMETRISTA
- 1 TERAPISTA DE LENGUAJE.
- 1 TRABAJADOR SOCIAL.

ÁREA DE DEFICIENCIA MENTAL:

- 7 PROFESORES ESPECIALISTAS (2 ESPECIALISTAS Y 3 PASANTES).
- 1 TERAPISTA DE LENGUAJE
- 1 TRABAJADOR SOCIAL.

EL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA, ES PARA TODOS LOS GRUPOS, Y ES UNA SOLA PSICÓLOGA.

ADEMÁS, SE CUENTA CON ÁREA ADMINISTRATIVA Y MANUAL: DIRECTORA, 2 SECRETARIAS Y UN INTENDENTE.

LA POBLACIÓN ESCOLAR ES DE 97 ALUMNOS EN EL ÁREA DE DEFICIENCIA MENTAL, DIVIDIDOS EN SEIS GRADOS DE PRIMARIA Y UN GRADO DE PREESCOLAR. LAS EDADES CRONOLÓGICAS DE LOS ALUMNOS VARÍAN DESDE LOS 5 HASTA LOS 16 AÑOS.

PARA TENER UN PANORAMA GENERAL SOBRE LA POBLACIÓN ATENDIDA Y SU PROBLEMÁTICA, SE REALIZARON ENTREVISTAS INFORMALES CON LOS PROFESORES, PARA CONOCER LA CONDUCTA DE LOS DEFICIENTES MENTALES, LA FORMA DE EDUCARLOS, SI LOS PROFESORES TENÍAN CONOCIMIENTO SOBRE LA SITUACIÓN SOCIOFAMILIAR DEL ALUMNO, SI LOS PADRES DE FAMILIA PARTICIPABAN EN LA EDUCACIÓN DE LOS NIÑOS, QUÉ PROBLEMAS EXISTÍAN PARA BRINDARLES UNA ATENCIÓN INTEGRAL A ESTOS NIÑOS, ETC., ASÍ MISMO, AL REALIZAR ENTREVISTAS FORMALES E INFORMARLES CON LOS PADRES DE FAMILIA, EN ESPECIAL LAS MADRES, SE PERCATÓ QUE EXISTÍA POCO O NULO CONOCIMIENTO SOBRE EL PROBLEMA QUE PRESENTABA SU HIJO, VARIOS NIÑOS NO ESTABAN DIAGNOSTICADOS, DESCONOCIAN LAS CAUSAS QUE HABÍA PROVOCADO LA DEFICIENCIA MENTAL, ETC., AL REVISAR LOS EXPEDIENTES, SE ENCONTRÓ QUE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ELLOS ERA INCOMPLETA, HABÍA CONTRADICCIÓN EN LOS DATOS ANOTADOS Y FALTABA ACTUALIZAR LOS EXPEDIENTES, CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN DE TRABAJO SOCIAL, SE TENÍA POCO CONOCIMIENTO SOBRE LA SITUACIÓN SOCIOFAMILIAR Y LOS DATOS ERAN INCORRECTOS, RESPECTO A LOS PROBLEMAS EXISTENTES EN LAS FAMILIAS, DEBIDO A LOS LIMITADOS RECURSOS HUMANOS EN CUANTO A CALIDAD Y CANTIDAD.

ANTE ESTA SITUACIÓN Y EN BASE A LA METODOLOGÍA DE TRABAJO SOCIAL, SE DISEÑÓ UNA GUÍA DE ESTUDIO SOCIOECONÓMICO, PARA PROFUNDIZAR EN EL CONOCIMIENTO DE LA VIDA FAMILIAR, CULTURA Y SOCIAL DE LOS ALUMNOS, CONOCER LAS ACTITUDES DE LOS PADRES HACIA EL DEFICIENTE MENTAL, SU PARTICIPACIÓN EN LA EDUCACIÓN DE SU HIJO, LOS DESAJUSTES FAMILIARES QUE TENÍAN, ETC., UTILIZÁNDOSE TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN, SE RECOPILO LA INFORMACIÓN PARA ESTABLECER UN DIAGNÓSTICO DE CADA FAMILIA, A PARTIR DE ÉSTE, SE PROGRAMARON LAS ACTIVIDADES DE ACUERDO A LA PROBLEMÁTICA ENCONTRADA, SE LLEVARON A CABO Y, POR ÚLTIMO, SE EVALUÓ LA INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL EN CADA SITUACIÓN FAMILIAR.

5.3. HIPÓTESIS

EN LA PRESENTE TESIS SE MANEJARON DOS HIPÓTESIS:

1.- EL NACIMIENTO DE UN HIJO DEFICIENTE MENTAL PROVOCA DESAJUSTES EN LA PAREJA.

2.- EL TRABAJADOR SOCIAL PUEDE INTERVENIR COMO ORIENTADOR Y EDUCADOR DE LOS PADRES CON HIJOS DEFICIENTES MENTALES.

PARA PODER COMPROBAR ESTAS HIPÓTESIS SE RECURRIÓ PRIMERO A LA INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL PARA OBTENER DATOS GENERALES SOBRE DEFICIENCIA MENTAL Y LA FORMA EN QUE REACCIONAN LOS PADRES ANTE EL NACIMIENTO DEL NIÑO DEFICIENTE MENTAL PARA CONOCER SI ESTA SITUACIÓN PROVOCA O NO DESAJUSTES EN LA PAREJA.

PARA COMPROBAR LA SEGUNDA HIPÓTESIS SE RECURRIÓ A LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO UTILIZANDO EL MÉTODO DE TRABAJO SOCIAL DE CASOS PARA DAR ORIENTACIÓN Y EDUCAR A LOS PADRES SOBRE LA DEFICIENCIA MENTAL, CAUSAS, Y FORMA DE EDUCAR AL NIÑO, PRINCIPALMENTE.

5.4. METODOLOGÍA

LA PRESENTE TESIS, ES UNA INVESTIGACIÓN MIXTA, PUESTO QUE, PRIMERO SE REALIZÓ LA INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL, CON EL FÍN DE RECABAR TODA LA INFORMACIÓN QUE EXISTÍA SOBRE ESTE TEMA, PRINCIPALMENTE A TRAVÉS DE CONSULTA A LIBROS Y ASÍ PODER ESTABLECER EL MARCO TEÓRICO. POSTERIORMENTE SE LLEVÓ A CABO LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO PARA CONOCER LA SITUACIÓN SOCIOFAMILIAR Y CULTURAL DE LOS ALUMNOS, Y EN BASE A ELLA, PLANEAR LA INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA PROBLEMÁTICA DE LOS PADRES CON HIJOS DEFICIENTES MENTALES.

EL UNIVERSO DE TRABAJO FUE LA ESCUELA DE EDUCACIÓN ESPECIAL EN ATENCIÓN MÚLTIPLE NÚM. 1, QUE ATIENDE A 97 ALUMNOS, Y SE TRABAJÓ CON UNA MUESTRA DE 30 ALUMNOS, LOS CRITERIOS PARA ELEGIR DICHA MUESTRA FUERON LOS SIGUIENTES:

- ALUMNOS QUE PERTENECÍAN AL ÁREA DE DEFICIENCIA MENTAL.
- ALUMNOS QUE PRESENTABAN PROBLEMAS DE CONDUCTA EN EL SALÓN DE CLASES.
- FAMILIAS CUYA INFORMACIÓN SE ENCONTRABA INCOMPLETA EN EL EXPEDIENTE Y CASOS PROBLEMA, DETECTADOS POR LOS PROFESORES.

EN BASE A ESTO, SE TRABAJÓ CON LAS FAMILIAS DE LOS NIÑOS DE PREESCOLAR Y PRIMERO DE PRIMARIA, PRINCIPALMENTE.

LAS TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN UTILIZADAS FUERON:

- OBSERVACIÓN.
- ENTREVISTAS INFORMALES A LOS PROFESORES.
- ENTREVISTAS INFORMALES Y FORMALES A LOS PADRES DE FAMILIA, OTROS FAMILIARES Y VECINOS.
- ENTREVISTAS INFORMALES A MÉDICOS PARA SOLICITAR SU COLABORACIÓN EN EL DIAGNÓSTICO DE LOS NIÑOS.

LAS ACTIVIDADES REALIZADAS CONSISTÍAN EN :

- VISITAS DOMICILIARIAS A LOS HOGARES DE LAS FAMILIAS.
- VISITAS A INSTITUCIONES PARA SOLICITAR INFORMACIÓN.
- ORIENTACIÓN A PADRES SOBRE DEFICIENCIA MENTAL, CAUSAS Y EDUCACIÓN DE SUS HIJOS.

- ORIENTACIÓN SOBRE PROBLEMAS DE CONDUCTA PRESENTADOS POR OTROS HIJOS.

- ORIENTACIÓN SOBRE PROBLEMAS FAMILIARES, LEGALES Y ECONÓMICOS.
- CANALIZACIÓN A MÉDICOS PARA DIAGNÓSTICO Y CONTROL.
- REALIZACIÓN DE ESTUDIO SOCIO-ECONÓMICO.
- SEGUIMIENTO DE LOS CASOS CANALIZADOS.

LOS INSTRUMENTOS UTILIZADOS FUERON:

- GUÍA DE ESTUDIO SOCIOECONÓMICO (VER ANEXO 3)
- CUADERNO DE NOTAS.

5.5. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

PARA PROCEDER A LA PRESENTACIÓN DEL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS, SE SEGUIRÁ EL MISMO ORDEN QUE SE UTILIZARÁ EN LAS GRÁFICAS.

INICIALMENTE, SE PUEDE OBSERVAR QUE DENTRO DE LA ETIOLOGÍA, LOS FACTORES DE ORDEN GENETICOMETABÓLICOS, OCUPAN EL PRIMER LUGAR, ESTO SE DEBE PRINCIPALMENTE A QUE LAS MADRES GESTANTES ERAN AÑOSAS, ES DECIR, ERAN MAYORES DE 30 AÑOS, EXISTIENDO TAMBIÉN ALTERACIONES EN EL MOMENTO DE LA CONCEPCIÓN Y DESARROLLO DEL PRODUCTO QUE FUERON OCASIONADAS POR AZAR. LA SEGUNDA CAUSA, ES LA HIPOXIA NEONATAL, ÉSTA ES ORIGINADA POR PROBLEMAS DURANTE EL PARTO, COMO SON: ALTERACIONES DE LAS CONTRACCIONES, ESTRECHEZ PÉLVICA DE LA MADRE, DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE LA PLACENTA, ENTRE OTROS. ASÍ MISMO, LA MITAD DE LOS NIÑOS NACIERON EN SU DOMICILIO, Y EN UN CASO ESTUVO PRESENTE UNA PARTERA EMPÍRICA. LOS CINCO CASOS QUE TIENEN CAUSA DESCONOCIDA, SE ENCUENTRAN EN ESTUDIO CON LA DRA. PATRICIA FENTÓN DE TENORIO, GENETISTA DEL HOSPITAL CIVIL; EL TRAUMATISMO SE DEBIÓ A UNA CAÍDA ACCIDENTAL DEL NIÑO A LOS TRES MESES Y POSIBLEMENTE LA INFECCIÓN QUE TUVO LA NIÑA, HAYA SIDO UNA ENCEFALITIS O UNA MENINGOENCEFALITIS. SE PUEDE DECIR QUE POR FALTA DE EDUCACIÓN Y DE CUIDADOS MÉDICOS, ESTOS NIÑOS SON DEFICIENTES MENTALES.

EN CUANTO AL DIAGNÓSTICO, 8 ALUMNOS SON DEFICIENTES MENTALES CON RETRASO PSICOMOTOR, DEBIDO A HIPOXIA NEONATAL, 4 DE LOS 6 CASOS DE SÍNDROME DE DOWN, SE DEBIERON A LA EDAD AVANZADA DE LA MADRE, EN UN CASO, LA MADRE ES PORTADORA DE ESTA ANOMALÍA Y EN EL OTRO, LOS PADRES NO SE HAN REALIZADO LOS ESTUDIOS CORRESPONDIENTES PARA SABER SI ALGUNO DE ELLOS ES PORTADOR. CINCO CASOS ESTÁN EN ESTUDIO, LOS DEMÁS TIENEN YA ESTABLECIDO SU DIAGNÓSTICO; CUANDO SE DETERMINÓ QUE UNA PERSONA TENÍA DISFUNCIÓN CEREBRAL MÍNIMA, SE HICIERON LOS TRÁMITES CORRESPONDIENTES, PARA CAMBIARLA DE INSTITUCIÓN PORQUE NO PERTENECÍA AL ÁREA DE DEFICIENCIA MENTAL. LOS DEMÁS SÍNDROMES SON POR CAUSA GENETICOMETABÓLICA.

EN LA GRÁFICA DE CLASIFICACIÓN EN TÉRMINOS DE COCIENTE INTELECTUAL, SE PUEDE OBSERVAR QUE PREDOMINAN LOS DEFICIENTES MENTALES MODERADOS,

EN SEGUNDO LUGAR SE ENCUENTRAN LOS LEVES CON AGREGADOS, ES DECIR, AQUELLOS ALUMNOS QUE PRESENTAN DEFICIENCIA MENTAL LEVE, PERO CON MARCADOS PROBLEMAS DE LENGUAJE Y LABILIDAD EMOCIONAL, EXISTE UN NIÑO CON SÍNDROME DE DOWN, CUYO PRONÓSTICO ES BUENO, PUES SU C.I. LO UBICA DENTRO DE ESTA ÚLTIMA CLASIFICACIÓN. EN TERCER LUGAR SE ENCUENTRAN LOS CONSIDERADOS COMO SEVEROS QUE TIENEN PROBLEMAS DE LENGUAJE Y PROBLEMAS DE CONDUCTA, TALES COMO AGRESIVIDAD, LABILIDAD EMOCIONAL Y DIFICULTAD PARA CENTRAR SU ATENCIÓN. LOS CUATRO DEFICIENTES MENTALES PROFUNDOS, TIENEN COMO DIAGNÓSTICO, PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL (P.C.I.), PRESENTANDO PROBLEMAS PSICOMOTORES FUERTES. LA PERSONA LIMÍTROFE ESTABA DIAGNOSTICADA COMO DISFUNCIÓN CEREBRAL MÍNIMA Y SE ENVIÓ A QUE RECIBIERA TERAPIA DE LENGUAJE, INCORPORÁNDOLA, A UN PREESCOLAR NORMAL.

EN CUANTO A LA DESTREZA MANUAL, 7 TIENEN BUENA DESTREZA MANUAL, PARA REALIZAR ACTIVIDADES, TALES COMO : DIBUJAR, RECORTAR, PEGAR, COGER LOS OBJETOS, VESTIRSE, ETC.; LA MITAD TIENE REGULAR DESTREZA MANUAL Y CORRESPONDEN A LOS MODERADOS, UNO TIENE MALA DESTREZA, DEBIDO A SUS ANOMALÍAS FÍSICAS; 7 NO LA TIENEN, ESTAS PERSONAS CORRESPONDEN A SEVEROS Y PROFUNDOS, Y DEBIDO A SUS PROBLEMAS, NO TIENEN COORDINACIÓN MOTRIZ. AHORA BIEN, SI SE CAPACITARA A LOS QUE POSEEN BUENA Y REGULAR DESTREZA, PODRÍAN DESEMPEÑAR UN TRABAJO PRODUCTIVO EN ALGÚN TALLER Y ASÍ, AL MISMO TIEMPO QUE SE SENTIRÍAN ÚTILES, AYUDARÍAN A LOS GASTOS FAMILIARES.

COMO SE HABÍA MENCIONADO EN EL CAPÍTULO II, LA MAYORÍA DE LOS DEFICIENTES MENTALES, PRESENTAN CONDUCTAS ASOCIADAS; EL HECHO DE QUE LOS NIÑOS SEAN MANIPULADORES, SE DEBE A QUE ELLOS SABEN QUE SUS PADRES ESTÁN MUY AL PENDIENTE DE SU COMPORTAMIENTO, Y SABEN CÓMO MANEJARLOS; LOS PROBLEMAS DE LENGUAJE MARCADO, CONSISTEN EN LA DIFICULTAD PARA ARTICULAR LAS PALABRAS Y ENTENDER ÓRDENES, PRINCIPALMENTE; LA SOBREPROTECCIÓN DE LOS PADRES, EN ESPECIAL, LA DE LA MADRE, OCASIONA QUE EL NIÑO SEA PASIVO, POSESIVO, OBSTINADO, AGRESIVO; CUANDO LAS PERSONAS NO HACEN LO QUE ÉL QUIERE, ETC., CUANDO LOS PADRES SON INDIFERENTES HACIA EL NIÑO, ÉSTE TIENDE A AISLARSE, NO CONVIVIENDO CON LOS DEMÁS NIÑOS; DEBIDO A SU PROPIA INMADUREZ, ESTAS PERSONAS PRESENTAN LABILIDAD EMOCIONAL,

NO CONTROLAN ESFÍTERES, Y PRESENTAN DIFICULTAD PARA CENTRAR SU ATENCIÓN; ENTRE LOS TRASTORNOS ASOCIADOS, SE ENCUENTRAN : LA HIPERQUINESIS, SALIVORREA, EL NERVIOSISMO Y LAS CONVULSIONES. LA AGRESIVIDAD TAMBIÉN ES ASOCIADA CUANDO EL NIÑO VIVE DENTRO DE UN AMBIENTE ADVERSO Y UTILIZA LA AGRESIVIDAD PARA DEFENDERSE DE LAS HUMILLACIONES, DESPRECIOS Y AGRESIONES FÍSICAS DE QUE ES OBJETO. EL NIÑO APRENDE A SER REBELDE, DEBIDO A QUE DESDE PEQUEÑO NO SE LE EDUCA A TENER RESPONSABILIDADES, POR LO MISMO, CUANDO EL PROFESOR ESTABLECE NORMAS, EL NIÑO NO OBEDECE Y SE REBELA ANTE LA AUTORIDAD. EL HECHO DE QUE EL DEFICIENTE MENTAL UTILICE LA FUERZA PARA IMPONER SUS IDEAS, LE SIRVE PARA MEJORAR SU AUTOESTIMA. SÓLO UN NIÑO SE MASTURBA Y NO SE HA PODIDO ELIMINAR ESTA CONDUCTA, DEBIDO A QUE LOS PADRES NO ACEPTAN ESTE PROBLEMA DE SU HIJO.

LA MAYORÍA DE LOS NIÑOS RECIBIERON ATENCIÓN EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL (C.R.E.E.), EN DONDE LES PROPORCIONARON TERAPIA DE LENGUAJE Y OCUPACIONAL, Y ALGUNOS RECIBÍAN REHABILITACIÓN FÍSICA, NO A TODOS SE LES BRINDARON ESTOS SERVICIOS, DEBIDO AL GRAN NÚMERO DE PACIENTES QUE ATIENDEN Y A LOS LIMITADOS RECURSOS QUE TENÍAN ANTERIORMENTE. POSTERIORMENTE, ALGUNOS FUERON CANALIZADOS A INTERVENCIÓN TEMPRANA, EN DONDE LES DABAN ESTIMULACIÓN PSICOMOTRIZ Y DE LENGUAJE, Y SE LES ENSEÑABA A LAS MADRES LAS ACTIVIDADES QUE DEBÍAN DESARROLLAR CON SUS HIJOS. SÓLO UNA PERSONA NO TUVO ATENCIÓN, DEBIDO A QUE LA MADRE DESCONOCÍA EL PROBLEMA DE SU HIJA Y NO SABÍA A DÓNDE DIRIGIRSE.

DEBIDO A QUE LA MAYORÍA DE LOS PADRES SON EMPLEADOS FEDERALES, RECIBEN LOS SERVICIOS MÉDICOS DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO (I.S.S.T.E.), EL SEGUNDO LUGAR LO OCUPAN LAS PERSONAS QUE VAN CON MÉDICOS PARTICULARES, 7 DE ELLOS TIENEN POSIBILIDADES ECONÓMICAS Y UNO NO, PERO PREFERE PAGAR UNA CONSULTA, QUE IR AL HOSPITAL CIVIL. EN EL TERCER LUGAR SE ENCUENTRAN LAS PERSONAS QUE CUENTAN CON EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (I.M.S.S.), GENERALMENTE SON PERSONAS QUE TRABAJAN EN UNA INSTITUCIÓN PRIVADA O SE INSCRIBIERON AL RÉGIMEN VOLUNTARIO; LAS PERSONAS QUE RECIBEN LOS SERVICIOS DE LA SECRETARÍA DE SALUD, SON DE NIVEL SOCIOECONÓMICO BAJO-ALTO Y, DEBIDO A LOS POCOS

RECURSOS ECONÓMICOS CON LOS QUE CUENTAN, SE ATIENDEN EN EL HOSPITAL CIVIL Y EN LOS CENTROS DE SALUD. DOS PERSONAS ASISTEN A LA CLÍNICA DEL EJÉRCITO, EN LA CUAL SÓLO LES DAN LA CONSULTA Y LOS MEDICAMENTOS.

EN CUANTO A LA VIVIENDA, SE PUEDE DECIR QUE, AUNQUE LA MAYORÍA DE LAS FAMILIAS POSEEN CASA PROPIA, EN ALGUNOS CASOS, ÉSTAS NO TIENEN UNA ADECUADA DISTRIBUCIÓN PARA CUBRIR LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS, YA QUE EN UN CUARTO SE ENCUENTRAN LA COCINA, EL COMEDOR Y LAS RECÁMARAS, ADEMÁS VIVEN EN PROMISCUIDAD. EN LAS FAMILIAS QUE VIVEN EN CASAS PRESTADAS, GENERALMENTE LA CASA SE ENCUENTRA DENTRO DEL TERRENO DE LA FAMILIA DEL ESPOSO, EXISTIENDO PROBLEMAS ENTRE AMBAS PARTES. LOS QUE VIVEN EN CASAS RENTADAS, USUALMENTE SÓLO RENTAN UNO O DOS CUARTOS. CON RESPECTO A LA ZONA DE UBICACIÓN, LA MAYORÍA VIVE EN LA ZONA URBANA, EN EL CENTRO DE LA CIUDAD, CONTANDO CON TODOS LOS SERVICIOS; LOS QUE VIVEN EN LA ZONA SUBURBANA, CARECEN O TIENEN DEFICIENCIA EN LOS PRINCIPALES SERVICIOS, TALES COMO AGUA, LUZ, DRENAJE, PAVIMENTACIÓN, CORREO Y ALUMBRADO PÚBLICO. LOS DE LA ZONA RURAL VIVEN EN POBLACIONES QUE SE ENCUENTRAN APROXIMADAMENTE A 30 MINUTOS DE LA CIUDAD.

CON RESPECTO AL NIVEL SOCIOECONÓMICO DE LAS FAMILIAS, LA MITAD DE ELAS, ES DECIR, 15 PERTENECEN AL NIVEL MEDIO-BAJO, TENIENDO POSIBILIDADES ECONÓMICAS PARA CUBRIR SUS NECESIDADES BÁSICAS, COMO SON : ALIMENTO, VESTIDO, EDUCACIÓN, ETC. EN SEGUNDO LUGAR SE ENCUENTRAN LAS 12 FAMILIAS CON NIVEL BAJO-ALTO, QUIENES TENÍAN DEFICIENCIAS EN SU ALIMENTACIÓN, EN LAS CONDICIONES DE LA VIVIENDA, PROBLEMAS EN LA EDUCACIÓN DE SUS HIJOS, ETC. LAS 3 FAMILIAS DE NIVEL BAJO, TENÍAN SERIOS PROBLEMAS ECONÓMICOS, UNA ALIMENTACIÓN INSUFICIENTE, DIFICULTADES PARA EL TRANSPORTE DE SUS HIJOS HACIA LA ESCUELA, LAS VIVIENDAS ESTABAN EN CONDICIONES INADECUADAS Y EXISTÍAN PROBLEMAS FAMILIARES.

RELACIONANDO LA ESCOLARIDAD CON LA OCUPACIÓN DE LOS PADRES, SE PUEDE OBSERVAR QUE DEBIDO A SU BAJO NIVEL INSTRUCCIONAL, 6 TERMINARON LA PRIMARIA Y 6 LA TIENEN INCOMPLETA, SE DEDICAN A TRABAJAR EN OFICIOS, EN DONDE EL INGRESO ES VARIABLE, POR EJEMPLO: ALBAÑIL, BALCONERO, CAMPESINO, COMERCIANTE DE ROPA TÍPICA, CHOFER, ETC. LOS QUE TERMINARON LOS ESTUDIOS

DE SECUNDARIA, TÉCNICOS Y DE BACHILLERATO GENERALMENTE TRABAJAN COMO EMPLEADOS FEDERALES EN EL ÁREA ADMINISTRATIVA Y DE LIMPIEZA. DE LOS PROFESIONISTAS, UNO DE ELLOS ES MÉDICO Y TRES SON PROFESORES. ES NECESARIO ACLARAR QUE DENTRO DE LA OCUPACIÓN DEL PADRE SÓLO SE TOMÓ COMO MUESTRA A 27 PERSONAS, DEBIDO A QUE UNA MADRE ES VIUDA, Y LOS OTROS DOS NO TIENEN COMUNICACIÓN NI RELACIÓN CON SU FAMILIA. CON RESPECTO A LA ESCOLARIDAD Y OCUPACIÓN DE LA MADRE, SE OBSERVA CIERTA VARIANTE, PREDOMINAN LAS QUE TIENEN PRIMARIA INCOMPLETA Y PRIMARIA TERMINADA, QUIENES SE DEDICAN AL HOGAR, DENTRO DE ELAS SE ENCUENTRA UNA TORTILLERA Y DOS COSTURERAS; LAS QUE TIENEN ESTUDIOS TÉCNICOS Y DE SECUNDARIA, LE AYUDAN A SUS ESPOSOS EN LA ACTIVIDAD COMERCIAL, TRABAJAN COMO EMPLEADAS FEDERALES EN EL ÁREA ADMINISTRATIVA, O SE DEDICAN AL HOGAR; DE LAS TRES PROFESIONISTAS, SÓLO DOS TRABAJAN COMO EMPLEADAS FEDERALES PORQUE SON PROFESORAS, LA OTRA PERSONA ES PASANTE DE ODONTOLOGÍA Y SE DEDICA AL HOGAR. DE LAS TRES ANALFABETAS, UNA ES EMPLEADA DOMÉSTICA, OTRA LE AYUDA A SU ESPOSO EN LA VENTA DE ARTESANÍAS Y UNA ES LAVANDERA. SE OBSERVA QUE EN ESTAS FAMILIAS SIGUE PREDOMINANDO LA IDEA DE QUE LA MUJER DEBE DEDICARSE EXCLUSIVAMENTE AL HOGAR, Y EN LOS CASOS EN QUE TRABAJA, ES PARA CONTRIBUIR AL SOSTENIMIENTO DE LA FAMILIA.

DENTRO DEL ESTADO CIVIL, PREDOMINAN LOS CASADOS EN 22 CASOS, AUNQUE, COMO SE VERÁ DESPUÉS DENTRO DE ESTOS, EXISTEN FAMILIAS FUNCIONALES Y DISFUNCIONALES; DESPUÉS SE ENCUENTRAN LAS PERSONAS QUE ESTÁN SEPARADAS, 4, LA RAZÓN DE ESTA SITUACIÓN, FUE EL NACIMIENTO DEL DEFICIENTE MENTAL QUE OCASIONÓ PROBLEMAS ENTRE LA PAREJA Y EL ABANDONO DE LA FAMILIA POR PARTE DEL PADRE, ENSEGUIDA SE ENCUENTRAN LOS DOS QUE VIVEN EN UNIÓN LIBRE, DEBIDO A QUE NO CONSIDERAN NECESARIO LEGALIZAR SU UNIÓN, PERO SE OBSERVÓ QUE ENTRE ELLOS EXISTÍAN PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN, DE ROLES Y DE NORMAS.

ANALIZANDO LAS GRÁFICAS SOBRE LA SITUACIÓN FAMILIAR, ANTES Y DESPUÉS DEL NACIMIENTO DEL DEFICIENTE MENTAL, SE OBSERVA QUE DESDE ANTES, YA ERAN FAMILIAS PROBLEMÁTICAS, EXISTIENDO 18 FAMILIAS DISFUNCIONALES QUE PRESENTABAN PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN, DE ROLES, DIFICULTAD PARA EL ESTABLECIMIENTO DE NORMAS, MALOS TRATOS, PROBLEMAS DE EDUCACIÓN DE

LOS HIJOS, AUTORIDAD NO COMPARTIDA, ENTRE OTROS; DESPUÉS DEL NACIMIENTO DE ESTE NIÑO AUMENTA EN UN CASO LA FAMILIA DISFUNCIONAL; DENTRO DE ÉSTAS, ES MUY IMPORTANTE RESALTAR QUE EXISTÍAN DOS PROBLEMAS MARCADOS; EL PADRE ADÚLTERO QUE PERMANECE CONSTANTE Y EL ALCOHOLISMO PATERNO QUE AUMENTO EN DOS CASOS COMO UNA FUGA AL PROBLEMA DE SU HIJO. Y APARECEN DOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD DE LA MADRE, OCASIONADOS POR LOS CONFLICTOS INTERNOS, SURCIDOS A RAÍZ DEL NACIMIENTO DEL NIÑO. DE ESTO, SE DEDUCE QUE LAS FAMILIAS ERAN YA DISFUNCIONALES Y LA PRESENCIA DE ESTE NIÑO SÓLO HIZO QUE AFLORARAN LOS PROBLEMAS EXISTENTES.

DISMINUYE EN 4 CASOS LAS FAMILIAS FUNCIONALES, OCASIONADA POR EL RECHAZO DEL PADRE HACIA SU HIJO, QUIEN PREFIERE ABANDONAR A LA FAMILIA QUE ACEPTAR SUS RESPONSABILIDADES. LAS FAMILIAS FUNCIONALES HAN LOGRADO ACEPTAR A SU HIJO DEFICIENTE MENTAL, Y LO INTEGRAN A LA VIDA FAMILIAR Y SOCIAL.

REFERENTE A LA ACTITUD ACTUAL DE LOS PADRES HACIA SU HIJO, SE OBSERVA QUE EN CINCO CASOS, EL PADRE MUESTRA UN RECHAZO ABIERTO HACIA SU HIJO DEFICIENTE MENTAL, EN CAMBIO EN LA MADRE, NO EXISTE RECHAZO, DEBIDO A LA RESPONSABILIDAD QUE A ELLA SE LE HA OTORGADO EN EL CUIDADO Y ATENCIÓN DE LOS HIJOS, PREDOMINANDO LA SOBREPOTECCIÓN, MOTIVADO POR EL SENTIMIENTO DE CULPABILIDAD QUE EXPERIMENTAN, Y POR CONSIDERARLO COMO UNA PERSONA INÚTIL Y DESVALIDA. EXISTE MÁS ACEPTACIÓN HACIA EL NIÑO Y AUNQUE RECONOCEN QUE SU HIJO ES DEFICIENTE MENTAL, NO ACEPTAN SU PROBLEMA AGREGADO ES DECIR, EL PROBLEMA DE LENGUAJE QUE PRESENTA. EXISTE CIERTA ACTITUD CONFORMISTA EN AMBOS PADRES, MANIFESTADO POR APATÍA Y DESINTERÉS POR PROMOVER LA INDEPENDENCIA E INTEGRACIÓN DE SU HIJO.

CON RESPECTO A LA ACTUACIÓN PROFESIONAL, SE PUEDE DECIR QUE, DESPUÉS DE HABER REALIZADO UN SONDEO PARA CONOCER LA SITUACIÓN SOCIO-FAMILIAR DE LOS DEFICIENTES MENTALES, SE PENSÓ QUE, PARA PODER INTERVENIR DE MANERA EFICAZ ANTE ESTOS PROBLEMAS, SE TRABAJARÁ CON EL MÉTODO DE TRABAJO SOCIAL DE CASOS, PUESTO QUE, AUNQUE HABÍA NIÑO CON EL MISMO SÍNDROME, SU AMBIENTE SOCIO-ECONÓMICO ERA MUY DIFERENTE.

SE TRABAJÓ CON 30 FAMILIAS, UTILIZANDO COMO INSTRUMENTO PRINCIPAL

UNA GUÍA DE ESTUDIO SOCIO-ECONÓMICO, ENCONTRÁNDOSE QUE LA MAYORÍA DE LOS PADRES DESCONOCÍA LO RELATIVO A CAUSAS, DIAGNÓSTICO, REHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN DE LOS DEFICIENTES MENTALES, EXISTÍAN FAMILIAS DISFUNCIONALES QUE PRESENTABAN PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN, DE ROLES, NORMAS, TENÍAN CIERTAS ACTITUDES NEGATIVAS HACIA SU HIJO DEFICIENTE MENTAL, DESCONOCÍAN ALGUNOS TRÁMITES LEGALES, ETC. ANTE ESTA SITUACIÓN, LA INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL ESTUVO DIRIGIDA A ESTOS ASPECTOS: ORIENTACIÓN SOBRE DEFICIENCIA MENTAL EN 24 CASOS, ORIENTACIÓN SOBRE EDUCACIÓN DEL DEFICIENTE MENTAL, 21 CASOS; 8 CANALIZACIONES PARA DIAGNÓSTICO, 7 ORIENTACIONES LEGALES, 8 ORIENTACIONES FAMILIARES, 3 CANALIZACIONES A CONTROL MÉDICO Y EN UN CASO SE DIÓ ORIENTACIÓN SOBRE LA EDUCACIÓN DE LOS OTROS HIJOS.

PARA TRATAR DE BRINDARLE UNA ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE, SE ESTABLECIÓ UNA COORDINACIÓN CON LOS PROFESORES ESPECIALISTAS DE LA ESCUELA Y CON LOS MÉDICOS ESPECIALISTAS QUE QUISIERAN COLABORAR EN EL TRABAJO; DE ESTA MANERA EL TRABAJADOR SOCIAL FUE COORDINADOR E INTERMEDIARIO ENTRE ESTOS PROFESIONISTAS.

LA INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL DENTRO DE LA ESCUELA, CONTRIBUYÓ A QUE LOS PROFESORES CONOCIERAN LA SITUACIÓN SOCIOFAMILIAR DE SUS ALUMNOS Y ASÍ COMPRENDIERAN EL PORQUÉ, ESTOS PRESENTABAN DETERMINADA CONDUCTA, PARA DE AQUÍ ENCAUZAR DE MEJOR MANERA SU EDUCACIÓN; A QUE LOS EXPEDIENTES SE COMPLETARAN CON LA INFORMACIÓN DE LA GENETISTA SOBRE EL DIAGNÓSTICO DE LOS NIÑOS; EN CUANTO A LOS PADRES, ESTA INTERVENCIÓN CONTRIBUYÓ A DISMINUIR LA ANSIEDAD QUE PRESENTABAN POR EL DESCONOCIMIENTO QUE TENÍAN SOBRE LA ETIOLOGÍA DE LA DEFICIENCIA MENTAL, LA EDUCACIÓN DE ESTAS PERSONAS, LA ATENCIÓN QUE DEBÍAN RECIBIR SUS HIJOS, DESORIENTACIÓN Y DESESPERACIÓN ANTE DETERMINADO PROBLEMA FAMILIAR, ETC., ASÍ MISMO, INFLUYÓ PARA QUE LOS PADRES SE INTERASARAN MÁS POR SUS HIJOS Y PARTICIPARAN EN SU EDUCACIÓN.

POR ÚLTIMO, AL ANALIZAR LOS CAMBIOS SURGIDOS EN LOS PADRES A RAÍZ DE LA INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL, SE PUEDE DECIR QUE AL DARLES ORIENTACIÓN SOBRE DEFICIENCIA MENTAL, EL COMPORTAMIENTO Y EDUCACIÓN DE LOS DEFICIENTES MENTALES CONTRIBUYÓ A QUE EN 9 CASOS SE DISMINUYERA LA ANSIEDAD POR LA INCERTIDUMBRE Y DESCONOCIMIENTO QUE TENÍAN SOBRE

ESTA SITUACIÓN, EN 4 MADRES DESAPARECIÓ EL SENTIMIENTO DE CULPA QUE TENÍAN; 2 MADRES MODIFICARON SU ACTITUD DE UN RECHAZO HACIA UNA INDIFFERENCIA, Y DE UN CONFORMISMO HACIA UNA ACEPTACIÓN, SI SE CONTINÚA TRABAJANDO CON LA MADRE QUE MUESTRA AHORA INDIFFERENCIA, MODIFICARÁ ESTA ACTITUD POR OTRA MÁS POSITIVA HACIA SU HIJO; 2 MADRES DISMINUYERON SU ACTITUD DE SOBREPOTECCIÓN HACIA SU HIJO; AL DARLES ORIENTACIÓN LEGAL, 4 PERSONAS RESOLVIERON SU PROBLEMA, LOGRÁNDOSE EN UN CASO, EL AUMENTO DE PENSIÓN ALIMENTICIA; EN UN CASO SE LOGRÓ QUE LA MADRE SE RESPONSABILIZARA POR ACUDIR A CONSULTA MÉDICA Y CONTINUARA CON EL TRATAMIENTO, YA QUE TENÍA UN PROBLEMA GRAVE DE SALUD; EN UNA FAMILIA SE LOGRÓ MEJORAR LA COMUNICACIÓN Y RELACIÓN ENTRE LOS ESPOSOS Y CON LOS HIJOS, Y UN PADRE DE FAMILIA DISMINUYÓ EL CONSUMO DE BEBIDAS EMBRIAGANTES, AUNQUE NO ACEPTA ACUDIR A ALCÓHOLICOS ANÓNIMOS.

EVALUANDO LA INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL CON LOS PADRES DE HIJOS DEFICIENTES MENTALES, SE PUEDE DECIR, QUE ES MUY IMPORTANTE SU LABOR, YA QUE TRABAJARÁ COMO ORIENTADOR Y EDUCADOR CON LOS PADRES PARA DISMINUIR O RESOLVER LA PROBLEMÁTICA QUE PRESENTAN, Y PARA PROMOVER LA PARTICIPACIÓN DE LOS PADRES EN LA EDUCACIÓN DE SUS HIJOS DEFICIENTES MENTALES, Y EN SU INTEGRACIÓN SOCIAL. ASÍ MISMO, INTERVIENE COMO COORDINADOR ENTRE LOS DIFERENTES ESPECIALISTAS PARA BRINDARLE UNA ATENCIÓN INTEGRAL AL DEFICIENTE MENTAL Y A SU FAMILIA.

5.6. GRÁFICAS

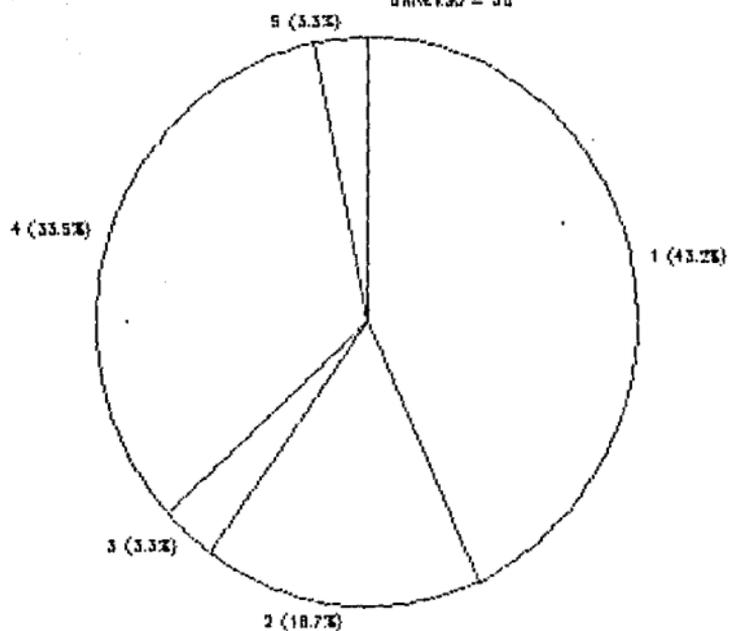
APLICANDO LA METODOLOGÍA DEL TRABAJO SOCIAL, SE OBTUVO LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE AL DIAGNÓSTICO, ETIOLOGÍA, SITUACIÓN FAMILIAS DE LOS ALUMNOS E INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL, REPRESENTADA A TRAVÉS DE LAS SIGUIENTES GRÁFICAS:

- ETIOLOGÍA
- DIAGNÓSTICO
- CLASIFICIÓN EN TÉRMINO DE COCIENTE INTELECTUAL (C.I.)
- DESTREZA MANUAL
- CONDUCTAS ASOCIADAS
- ATENCIÓN RECIBIDA ANTES DE INGRESAR A LA ESCUELA DE EDUCACIÓN ESPECIAL
- SERVICIOS MÉDICOS CON LOS QUE CUENTAN
- TENENCIA Y ZONA DE UBICACIÓN DE LA VIVIENDA
- NIVEL SOCIOECONÓMICO DE LA FAMILIA
- ESCOLARIDAD DE LOS PADRES
- OCUPACIÓN DE LOS PADRES
- ESTADO CIVIL DE LOS PADRES
- SITUACIÓN FAMILIAR ANTES DEL NACIMIENTO DEL DEFICIENTE MENTAL
- SITUACIÓN FAMILIAR DESPUÉS DEL NACIMIENTO DEL DEFICIENTE MENTAL
- ACTITUD ACTUAL DE LOS PADRES
- ACTUACIÓN PROFESIONAL
- CAMBIOS SURGIDOS EN LOS PADRES A RAÍZ DE LA INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL

A CONTINUACIÓN SE PRESENTAN CADA UNA DE ELAS.

E T I O L O G I A

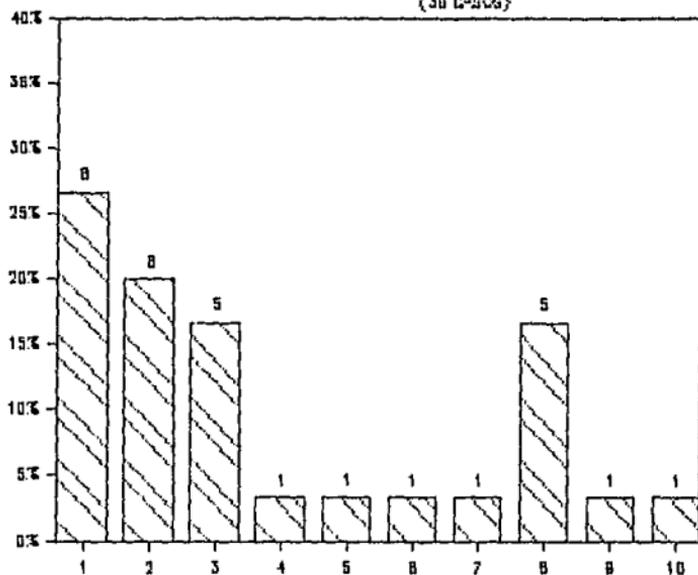
UNNEFSS = 30



- 1 GENETICOMETABOLICA
- 2 DESCONOCIDA
- 3 TRAUMATISMO
- 4 HIPOXIA NEONATAL
- 5 INFECCIONES

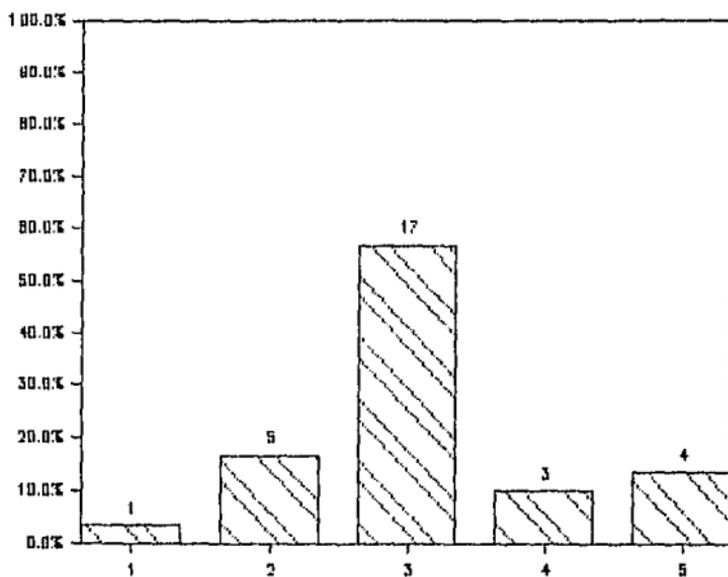
DIAGNOSTICO

(30 CASOS)



- 1 DM CON RETRASO PSICOMOTOR
- 2 SINDROME DE DOWN
- 3 P. C. I.
- 4 HIDROCEFALIA
- 5 CRANEOSINOSTOSIS
- 6 HIPOTIROIDISMO
- 7 MALFORMACION CEREBRAL
- 8 SINDROME EN ESTUDIO
- 9 DISFUNCION CEREBRAL MINIMA
- 10 SINDROME DE RUBINSTEIN

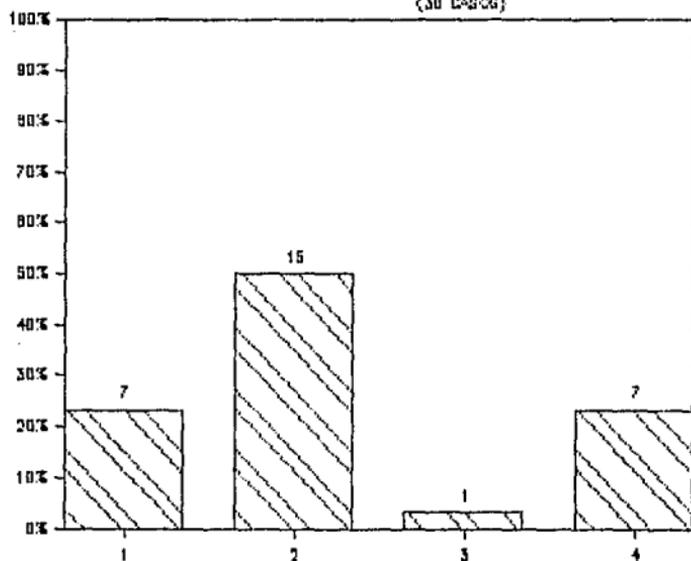
CLASIFICACION POR COCIENTE INTELECTUAL



- 1 LIMITROFE
- 2 LEVE CON AGREGADOS
- 3 MODERADO
- 4 SEVERO
- 5 PROFUNDO

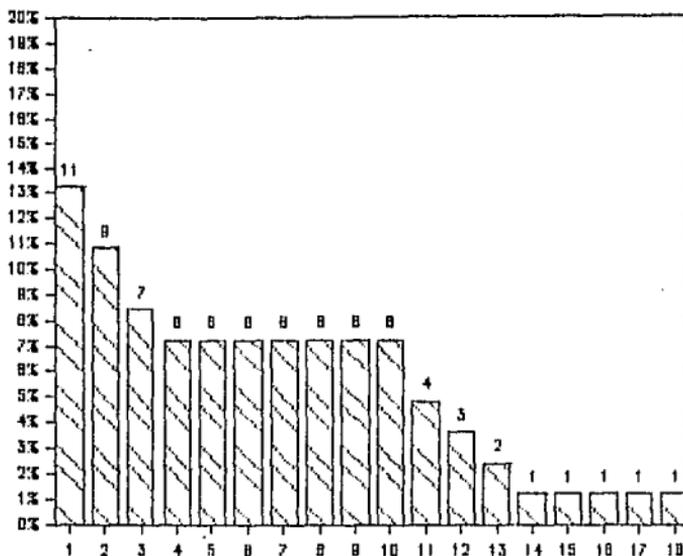
DESTREZA MANUAL

(30 CASOS)



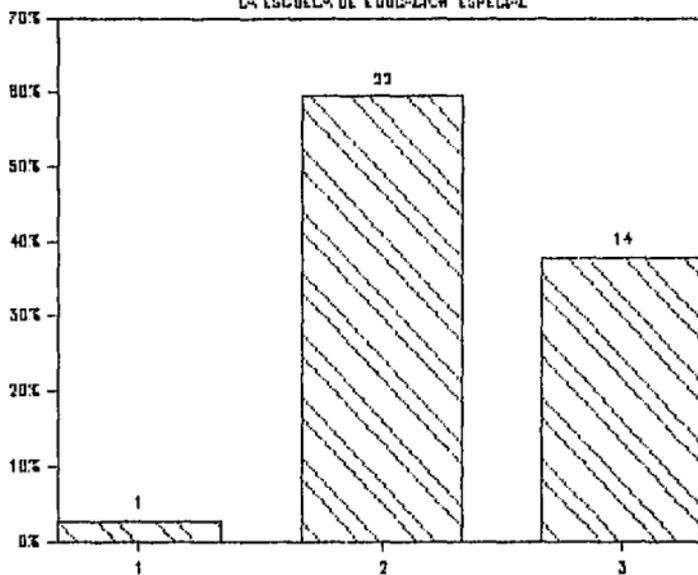
- 1 BUENA
- 2 REGULAR
- 3 MALA
- 4 NO TIENE

CONDUCTAS ASOCIADAS



- 1 MANIPULADOR
- 2 P A S I V O
- 3 PROBLEMAS DE LENGUAJE MARCADO
- 4 AGRESIVIDAD
- 5 AISLAMIENTO
- 6 LABILIDAD EMOCIONAL
- 7 P O S E S I V O
- 8 ATENCION DISPERSA
- 9 CONVULSIONES
- 10 OBSTINADOS
- 11 HIPERQUINESIS
- 12 NO CONTROL DE ESFINTER
- 13 DISPONIBILIDAD PARA EL TRABAJO
- 14 I M P O S I T I V O
- 15 NERVIOSISMO
- 16 R E B E L D E
- 17 SIALORREA
- 18 MASTURBACION

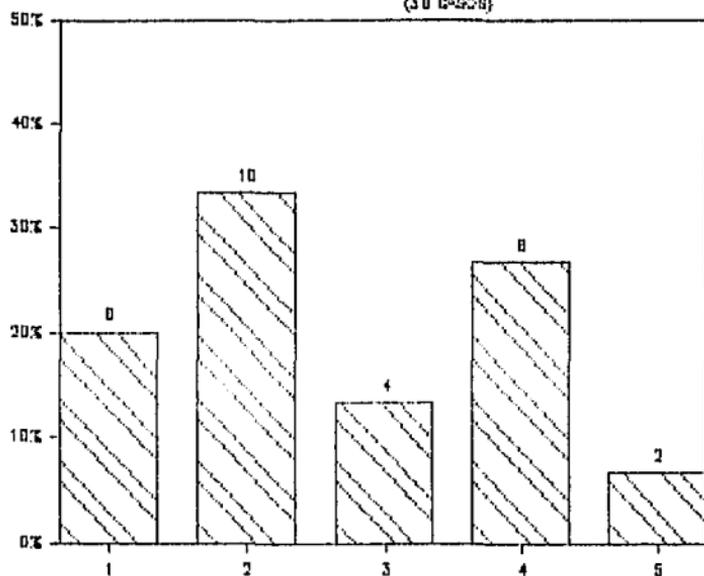
ATENCIÓN RECIBIDA ANTES DE INGRESAR A
LA ESCUELA DE EDUCACIÓN ESPECIAL



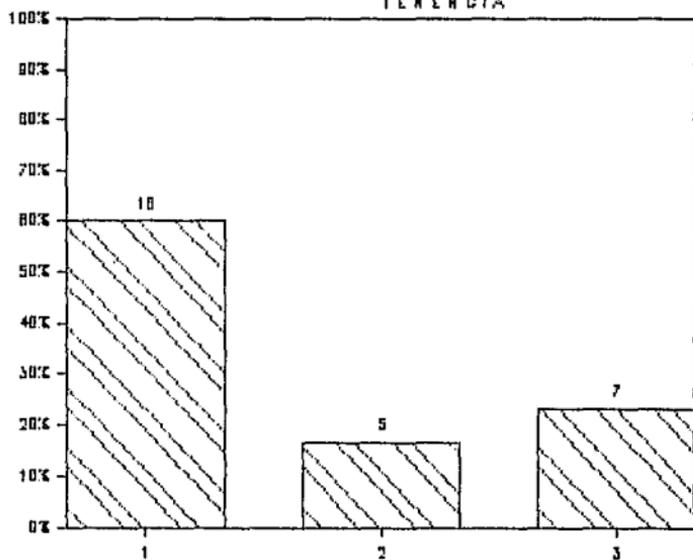
- 1 NO TUVD
- 2 C.R.E.E.
- 3 INTERVENCIÓN TEMPRANA

SERVICIOS MEDICOS

(30 CASOS)

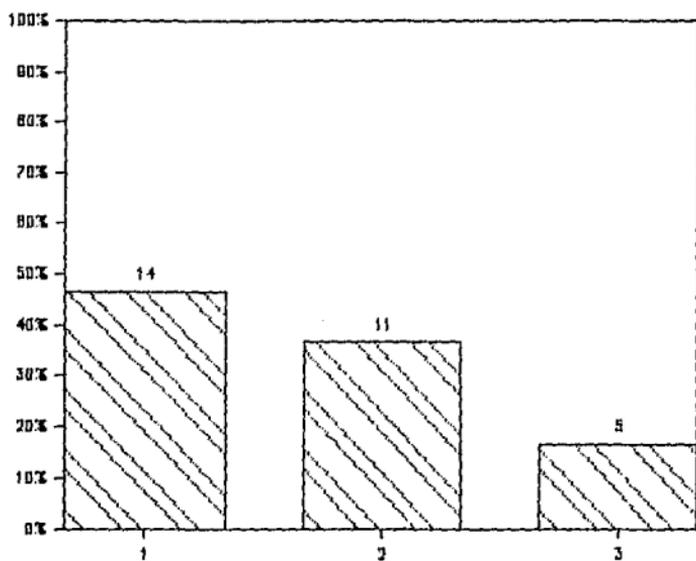


- 1 I M S S
- 2 I S S S T E
- 3 SECRETARIA DE SALUD
- 4 P A R T I C U L A R E S
- 5 CLINICA DEL EJERCITO

VIVIENDA
TENENCIA

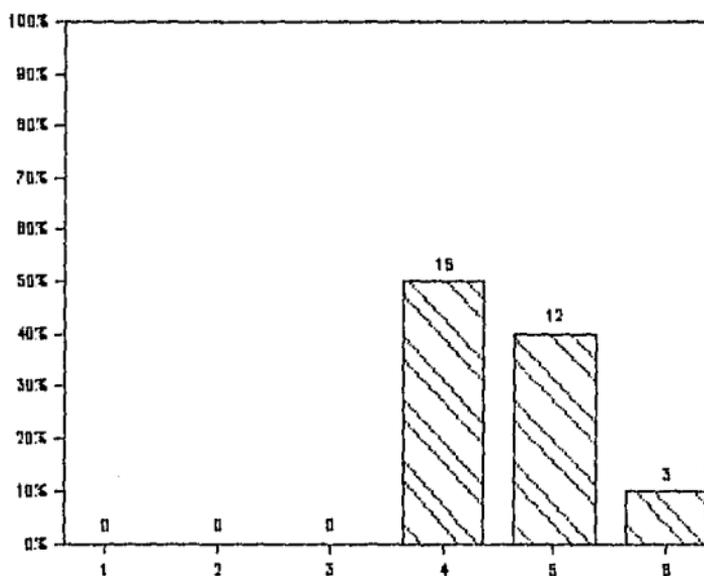
- 1 PROPIA
- 2 RENTADA
- 3 PRESTADA

ZONA DE UBICACION



- 1 URBANA
- 2 SUBURBANA
- 3 RURAL

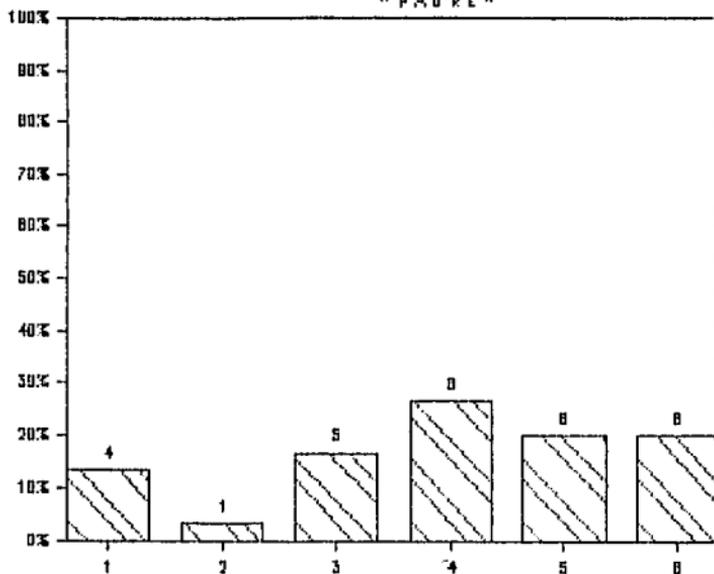
NIVEL SOCIOECONOMICO



- 1 ALTO-ALTO
- 2 ALTO-BAJO
- 3 MEDIO-ALTO
- 4 MEDIO-BAJO
- 5 BAJO-ALTO
- 6 BAJO-BAJO

ESCOLARIDAD DE LOS PADRES

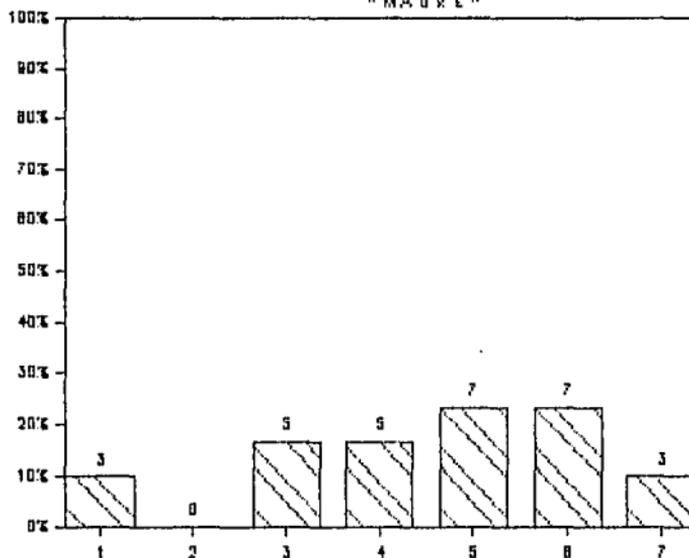
" PADRE "



- 1 PROFESIONISTAS
- 2 BACHILLERATO
- 3 ESTUDIOS TECNICOS
- 4 SECUNDARIA
- 5 PRIMARIA TERMINADA
- 6 PRIMARIA INCOMPLETA

ESCOLARIDAD DE LOS PADRES

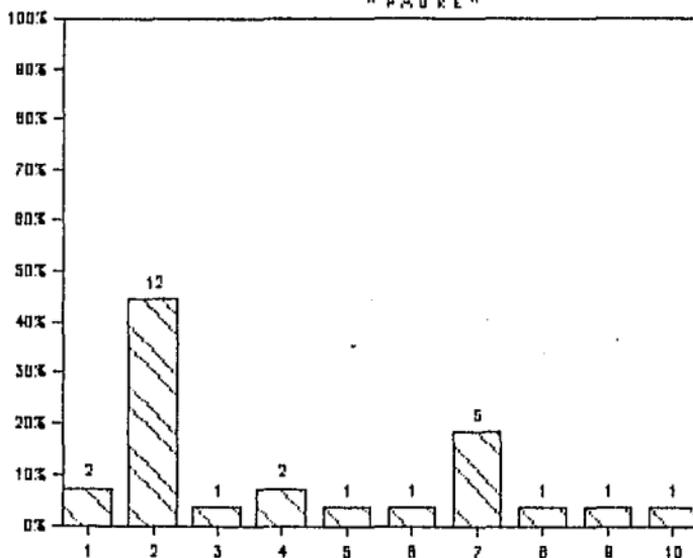
"MADRE"



- 1 PROFESIONISTAS
- 2 BACHILLERATO
- 3 ESTUDIOS TECNICOS
- 4 SECUNDARIA
- 5 PRIMARIA TERMINADA
- 6 PRIMARIA INCOMPLETA
- 7 ANALFABETA

OCUPACION DE LOS PADRES

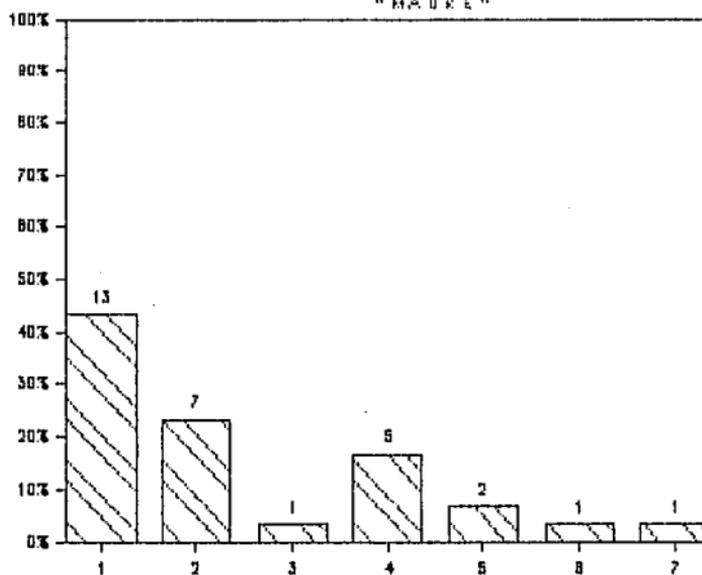
" PADRE "



- 1 MILITAR
- 2 EMPLEADO FEDERAL
- 3 JUBILADO
- 4 EMPLEADO PARTICULAR
- 5 BALCONERO
- 6 CAMPESINO
- 7 COMERCIANTE
- 8 CHOFER
- 9 MEDICO
- 10 ALBANIL

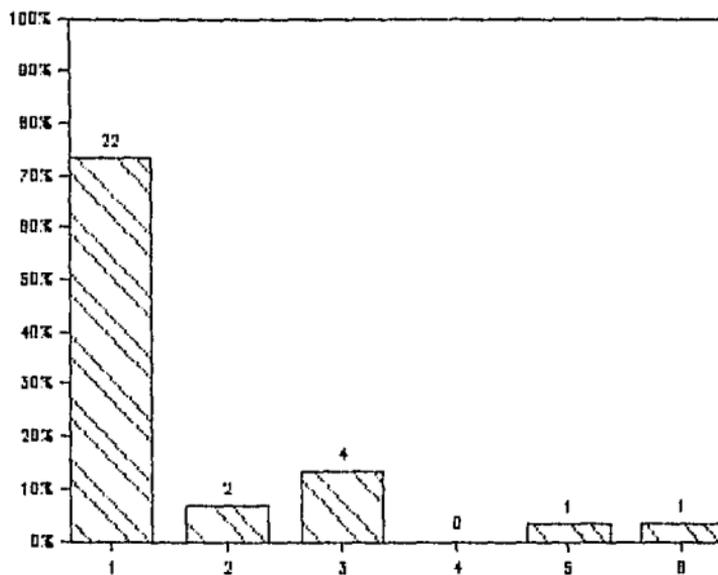
OCUPACION DE LOS PADRES

"MAJORE"



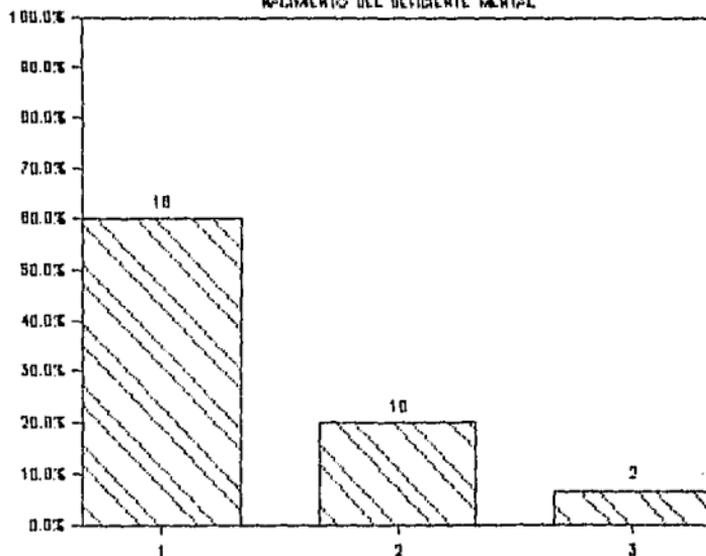
- 1 HOGAR
- 2 EMPLEADA FEDERAL
- 3 EMPLEADA DOMESTICA
- 4 COMERCIANTE
- 5 COSTURERA
- 6 TORTILLERA
- 7 LAVANDERA

ESTADO CIVIL DE LOS PADRES



- 1 CASADOS
- 2 UNION LIBRE
- 3 SEPARADOS
- 4 DIVORCIADOS
- 5 SOLTEROS
- 6 VIUDA

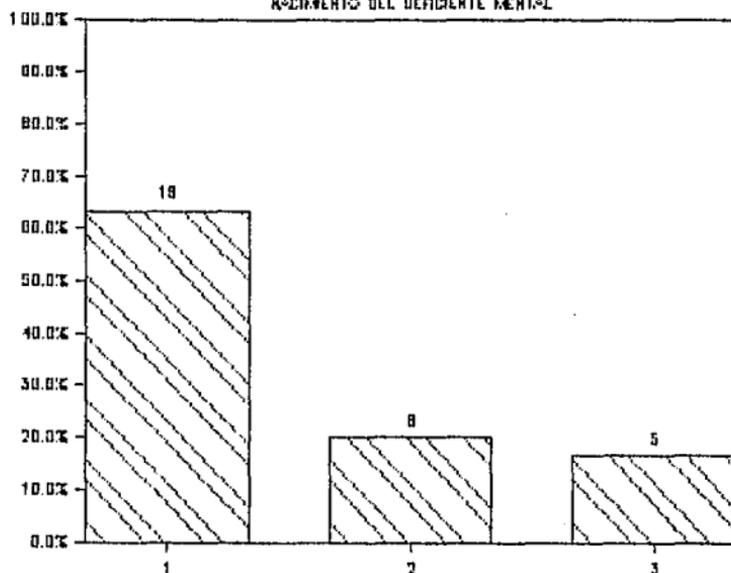
SITUACION FAMILIAR ANTES DEL
NACIMIENTO DEL DEFICIENTE MENTAL



- 1 FAMILIA DISFUNCIONAL (18-60%)
 2 FAMILIA FUNCIONAL (10-33.3%)
 3 MADRE SOLTERA (2-6.6%)

ALCOHOLISMO PATERNO (4)
 PADRE ADULTERO (4)

SITUACION FAMILIAR DESPUES DEL
NACIMIENTO DEL DEBILITADO MENTAL



FADRE ADULTERO (4)

1 FAMILIA DISFUNCIONAL (19-63.3%) ALCOHOLISMO PATERNO (6)

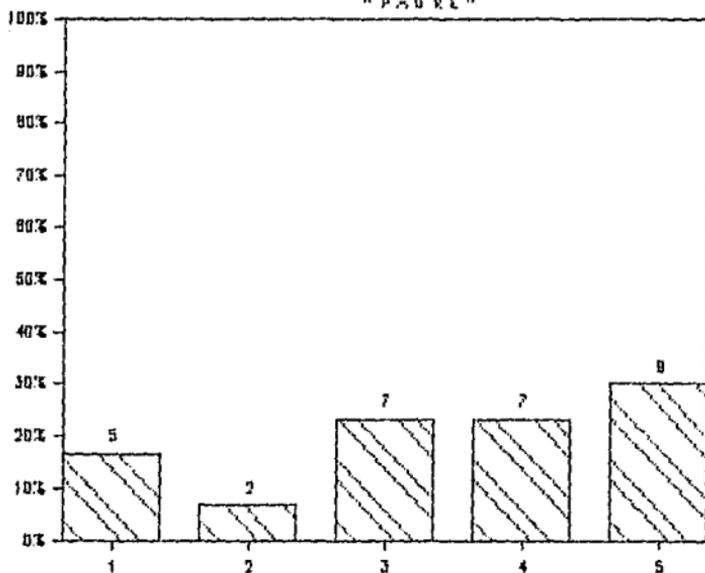
TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD (2)
DE LA MADRE

2 FAMILIAS FUNCIONALES (6-20%)

3 ABANDONO DE LA FAMILIA (5-16.6%)
POR PARTE DEL PADRE

ACTITUD ACTUAL DE LOS PADRES

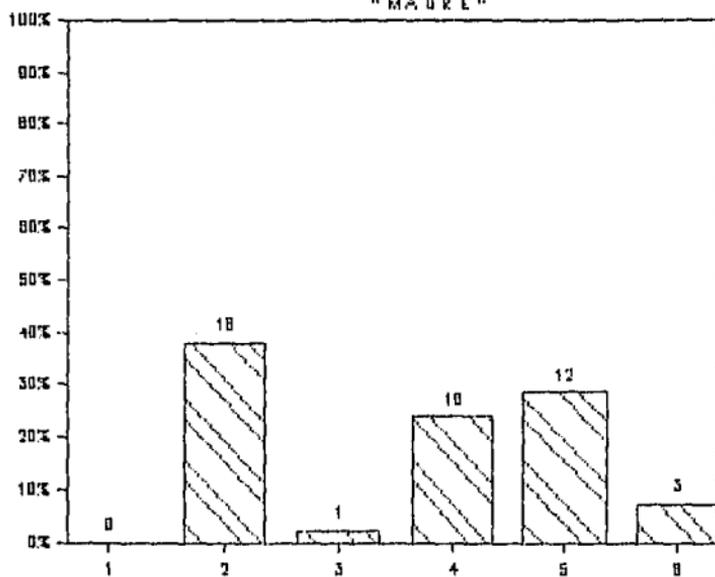
"PADRE"



- 1 RECHAZO
- 2 SOBREPROTECCION
- 3 INDIFERENCIA
- 4 CONFORMISMO
- 5 ACEPTACION

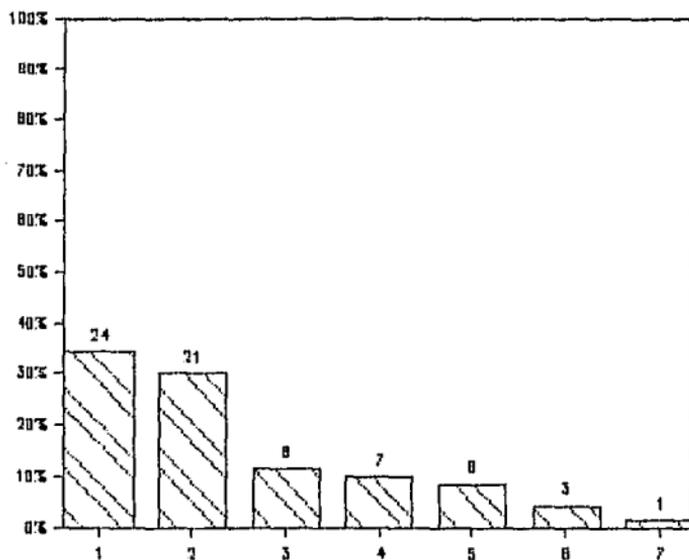
ACTITUD ACTUAL DE LOS PADRES

" MADRE "



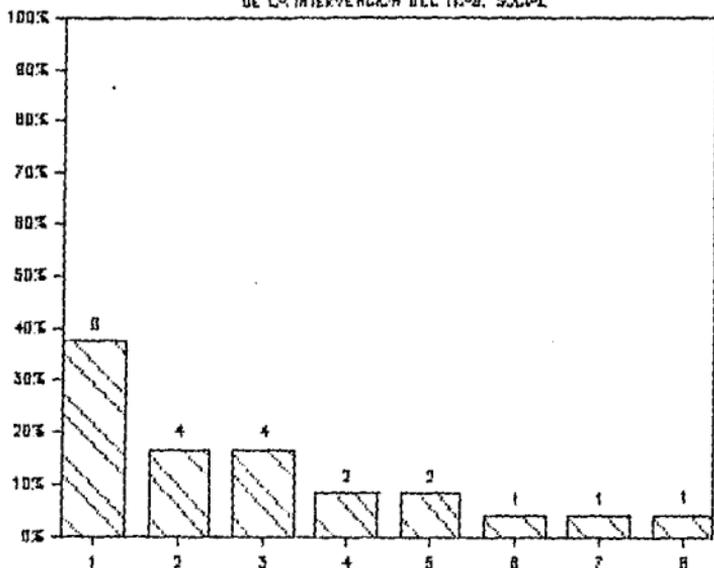
- 1 RECHAZO
- 2 SOBREPOTECCION
- 3 INDIFERENCIA
- 4 CONFORMISMO
- 5 ACEPTACION
- 6 NO ACEPTA EL PROBLEMA AGREGADO

ACTUACION PROFESIONAL



- 1 ORIENTACION SOBRE DEFICIENCIA MENTAL
- 2 ORIENTACION SOBRE EDUCACION DEL DEFICIENTE M.
- 3 CANALIZACION PARA DIAGNOSTICO
- 4 ORIENTACION LEGAL
- 5 ORIENTACION FAMILIAR
- 6 CANALIZACION A CONTROL MEDICO
- 7 ORIENTACION SOBRE LA EDUCACION DE LOS DEMAS HIJOS

CAMBIOS SURSIDOS EN LOS PADRES A RAIZ
DE LA INTERVENCION DEL TRAB. SOCIAL



- 1 DISMINUCION DE LA ANSIEDAD POR EL CONOCIMIENTO DE CAUSAS Y EDUCACION DEL DEFICIENTE MENTAL
- 2 DESAPARICION DEL SENTIMIENTO DE CULPA DE LA MADRE
- 3 SEGURIDAD FAMILIAR POR LA ORIENTACION LEGAL
- 4 MODIFICACION DE LA ACTITUD MATERNA
- 5 MODERACION EN LA SOBREPOTECCION DE LA MADRE HACIA EL HIJO
- 6 MEJORAMIENTO DE LA COMUNICACION Y RELACION FAMILIAR
- 7 CAMBIO EN LA FRECUENCIA DEL CONSUMO POR PARTE DEL PADRE ALCOHOLICO
- 8 CONVENCIMIENTO Y DECISION PARA LA ATENCION MEDICA

CONCLUSIONES

DESPUÉS DE HABER REALIZADO LA PRESENTE INVESTIGACIÓN, TANTO DE LA PARTE TEÓRICA COMO DE LA PRÁCTICA SE LLEGÓ A LAS SIGUIENTES CONCLUSIONES:

+ LAS PRINCIPALES CAUSAS DE DEFICIENCIA MENTAL EN OAXACA, SE DEBEN A FACTORES GENETICOMETABÓLICOS POR EDAD AVANZADA DE LA MADRE Y POR HIPOXIA NEONATAL, OCASIONADA POR LA FALTA DE SERVICIOS MÉDICOS EN LA ATENCIÓN DEL PARTO Y COMPLICACIONES EN EL MISMO.

+ SE DISMINUIRÁ NOTABLEMENTE EL NACIMIENTO DE DEFICIENTES MENTALES, SI EXISTE UNA DIFUSIÓN DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS PARA ELLO.

+ EL TRABAJADOR SOCIAL PUEDE INTERVENIR EFICAZMENTE EN LA DIFUSIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS DE LA DEFICIENCIA MENTAL PARA ACTUAR A UN NIVEL PREVENTIVO.

+ ES NECESARIA LA CAPACITACIÓN DE ESTA ÁREA POR PARTE DEL TRABAJADOR SOCIAL, PARA CONOCER Y ENTENDER LA SITUACIÓN DE LAS FAMILIAS Y ASÍ PODER INTERVENIR DE UNA MANERA EFICIENTE.

+ LA PRESENCIA DE UN HIJO DEFICIENTE MENTAL, OCASIONA DESAJUSTES DE PAREJA Y DIFICULTADES FAMILIARES, LAS CUALES PODRÁN SER SUPERADAS CUANDO LA FAMILIA ACEPTA ESTE HECHO, EXISTE COMUNICACIÓN E INTEGRACIÓN ENTRE LA PAREJA Y LOS HIJOS, SE RESPETAN ENTRE SÍ Y PROMUEVEN EL DESARROLLO DE CADA UNO.

+ LAS FAMILIAS QUE SE VUELVEN DISFUNCIONALES DESPUÉS DEL NACIMIENTO DEL DEFICIENTE MENTAL, GENERALMENTE SON FAMILIAS CONFLICTIVAS DESDE ANTES, Y TOMAN DE PRETEXTO ESTA SITUACIÓN PARA QUE AFLOREN SUS PROBLEMAS.

+ EN LA MUESTRA QUE SE TOMÓ, EL PROBLEMA DE DEFICIENCIA MENTAL SE PRESENTA PREDOMINANTEMENTE EN LAS CLASES SOCIALES BAJA-ALTA Y MEDIA-BAJA, DEBIDO PRINCIPALMENTE AL BAJO NIVEL EDUCACIONAL DE LAS FAMILIAS, A LAS CONDICIONES INSALUBRES EN QUE VIVEN Y A LA DIFICULTAD PARA RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA ADECUADA.

+ ENTRE LAS MADRES EXISTE UNA ACTITUD PREDOMINANTE DE SOBREPOTECCIÓN HACIA EL HIJO DEFICIENTE MENTAL, DEBIDO AL SENTIMIENTO DE CULPABILIDAD QUE TIENEN Y A LO QUE SUBESTIMAN, ESTA ACTITUD ES MUY PERJUDICIAL PARA EL NIÑO, PORQUE DIFICULTA SU DESARROLLO E INDEPENDENCIA.

+ LA INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL SERÁ LA DE EDUCADOR, ORIENTADOR Y COORDINADOR CON OTROS SERVICIOS PARA LA MEJOR ATENCIÓN DE LOS DEFICIENTES MENTALES Y SUS FAMILIAS, DENTRO DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO.

SUGERENCIAS

SON MUCHAS LAS SUGERENCIAS QUE SE PUEDEN DESPRENDER DE ESTA TESIS, SIN EMBARGO, LAS MÁS GENERALES, GLOBALES Y SIGNIFICATIVAS SON:

+ DEBIDO A LA RESPONSABILIDAD QUE TIENEN LOS PROFESIONISTAS ANTE LA SITUACIÓN DEL DEFICIENTE MENTAL Y DE SU FAMILIA, ES INDISPENSABLE SU CAPACITACIÓN Y ACTUALIZACIÓN CONSTANTE.

+ SE HACE NECESARIA UNA DIFUSIÓN SOBRE LOS CONOCIMIENTOS QUE CONCIERNEN A LA DEFICIENCIA MENTAL Y SUS REPERCUSIONES EN EL AMBIENTE SOCIOFAMILIAR PARA PROMOVER LA INTEGRACIÓN DE ESTA PERSONA A LA VIDA SOCIAL, Y ESTABLECER PROGRAMAS A NIVEL PREVENTIVO.

+ SE DEBE RECONOCER QUE EL DEFICIENTE MENTAL DEBIDAMENTE EDUCADO Y HABILITADO, PUEDE DESEMPEÑAR UN TRABAJO PRODUCTIVO, Y ASÍ BRINDARLE LAS OPORTUNIDADES PARA QUE SE INCORPORA A UN TRABAJO DIGNO Y ADECUADO A SUS CAPACIDADES.

+ SE DEBEN FOMENTAR GRUPOS DE APOYO Y ORIENTACIÓN PARA PADRES DE FAMILIA QUE PRESENTAN ESTE PROBLEMA EN COMÚN, PARA LOGRAR UNA MEJOR REHABILITACIÓN Y ADAPTACIÓN DE ESTOS NIÑOS.

+ DENTRO DE LA PROFESIÓN DE TRABAJO SOCIAL, ES INDISPENSABLE, SE REALICEN MÁS PERIÓDICAMENTE, ENCUENTROS Y CONFERENCIAS, CON EL FÍN DE ACTUALIZAR LOS CONOCIMIENTOS QUE SOBRE LA MATERIA SE TENGAN, ADEMÁS DE PROMOVER INVESTIGACIONES EN ESTE CAMPO.

+ LA PUBLICACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS QUE SE VAYAN ADQUIRIENDO SOBRE DEFICIENCIA MENTAL, ACORDES CON NUESTRA REALIDAD.

G L O S A R I O

ABERRACIÓN. DESVIACIÓN DEL CURSO NORMAL. ANOMALÍA.

ACETONURIA. EXCESO DE ACETONA EN LA ORINA. SE OBSERVA EN LA DIABETES, FIEBRE CARCINOMA Y VÓMITOS ACETONÉMICOS DE LOS NIÑOS.

ACONDROPLASIA. ENFERMEDAD DEBIDA A UNA DETENCIÓN DEL DESARROLLO POR CALCIFICACIÓN DE LOS CARTÍLAGOS DE CONJUNCIÓN DE LOS HUESOS LARGOS. EL SUJETO AFECTO TIENE UNA CABEZA MUY VOLUMINOSA (MACROCEFALIA) EN RELACIÓN CON EL TRONCO Y LOS MIEMBROS, ESTOS ÚLTIMOS SON DEMASIADO CORTOS (MICROMELIA) CON RELACIÓN AL TRONCO.

ACROCÉLAFOSINDACTILIA. MONSTRUOSIDAD DESCRITA POR APERT (1906), QUE SE CARACTERIZA POR EL APLASTAMIENTO ÁNTEROPOSTERIOR DE LA CABEZA CON PROLONGACIÓN EN EL SENTIDO VERTICAL, UNIDA A UNA SINDACTILIA DE LAS CUATRO EXTREMIDADES. TAL MONSTRUOSIDAD ES PERFECTAMENTE COMPATIBLE CON LA VIDA Y LA SALUD.

AFINIDAD. ATRACCIÓN, RELACIÓN, ALIANZA. SEMEJANZA O ANALOGÍA EXISTENTE ENTRE VARIAS COSAS.

ALOSOMA. CROMOSOMA ACCESORIO, EN DISTINCIÓN DEL AUTOSOMA, CONSTITUYENTE EXTRAÑO DEL CITOPLASMA DE UNA CÉLULA.

ANENCEFALIA. FALTA DE CEREBRO.

ANEMIA. LITERALMENTE FALTA DE SANGRE; CLÍNICAMENTE, DISMINUCIÓN DE LA MASA DE SANGRE O DE ALGUNO DE SUS COMPONENTES, ESPECIALMENTE CORPÚSCULOS ROJOS O HEMOGLOBINA.

ANGIOMA. TUMOR CARACTERIZADO POR LA HIPERPLASIA DEL TEJIDO VASCULAR SANGUÍNEO, HEMANGIOMA, O LINFÁTICO, LINFANGIOMA.

ANOREXIA, FALTA ANORMAL DE APETITO.

ANOTIA, CARENCIA CONGÉNITA DE OREJAS.

ANOXIA, TÉRMINO GENERAL PARA LOS ESTADOS DE OXIGENACIÓN INSUFICIENTE.

ASINTOMÁTICO, SIN SÍNTOMAS.

ATAXIA, IRREGULARIDAD DE LAS FUNCIONES DEL SISTEMA NERVIOSO.

ATIPLADA, AUMENTO DE LA TONALIDAD DE LA VOZ GRAVE AL AGUDO.

ATRESIA, IMPERFORACIÓN U OCLUSIÓN DE UNA ABERTURA NATURAL.

AUTOMUTILACIÓN, ACTO DE UN INDIVIDUO QUE SE AMPUTA VOLUNTARIAMENTE UN SEGMENTO DE MIEMBRO O UN ÓRGANO.

AUTOSOMA, CROMOSOMA ORDINARIO, A DISTINCIÓN DE UN ALOSOMA.

BRAQUICEFALIA, FORMA DEL CRÁNEO (HUMANO) EN QUE LA CABEZA ES ANCHA Y DESPROPORCIONADAMENTE CORTA, TRUNCADA O APLANADA EN LA PARTE POSTERIOR.

CALCEMIA, PRESENCIA DE CALCIO EN LA SANGRE (NORMALMENTE ES DE UNOS 10 MG. POR 100 C.C.).

CATARATAS, OPACIDAD DEL CRISTALINO O DE LA CÁPSULA DE ESTE ÓRGANO.

COLOBOMA, MUTILACIÓN O DEFECTO, ESPECIALMENTE UNA FISURA CONGÉNITA EN ALGUNA PARTE DEL OJO.

CONVULSIÓN, CONTRACCIONES MUSCULARES GENERALIZADAS, REPETIDAS E INVOLUNTARIAS, RESULTANTES DE UNA IRRITACIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.

CÓRNEA, DISCO TRANSPARENTE ENGASTADO EN LA ESCLERÓTICA, QUE FORMA LA PARTE ANTERIOR DE LA CAPA EXTERNA DEL GLOBO OCULAR.

CRANEOSINOSTOSIS, OSIFICACIÓN CONGÉNITA DE LAS SUTURAS Y FONTANELAS DEL CRÁNEO.

CRIPTORQUIDIA, AUSENCIA DE UNO O AMBOS TESTÍCULOS DEL ESCROTO POR

DETENCIÓN DE ESTOS ÓRGANOS EN EL ABDOMEN O EN EL CONDUCTO INGUINAL EN SU EMIGRACIÓN NORMAL. LA ECTOPIA TESTICULAR PERMANENTE IMPLICA LA REGENERACIÓN Y ATROFIA DEL ÓRGANO.

DERMATOGLIPOS, SON LOS PATRONES O TIPO DE DISTRIBUCIÓN DE LOS SURCOS EN LA PIEL DE LAS PALMAS Y DEDOS DE LAS MANOS, Y EN LA PIEL DE LAS PLANTAS Y DEDOS DE LOS PIES.

DÉRMICO, RELATIVO A LA PIEL Y ESPECIALMENTE A LA DERMIS.

DOLICOCEFALIA, CUALIDAD DE DOLICOCÉFALO.

DOLICOCÉFALO, DOLICOCÉFÁLICO, QUE TIENE EL DIÁMETRO ANTEROPOSTERIOR DE LA CABEZA O CEFÁLICO RELATIVAMENTE LARGO Y CUYO ÍNDICE OSCILA ENTRE 65 Y 74. INDIVIDUO O RAZA, HUMANOS QUE OFRECEN EL CRÁNEO CON ESTOS CARACTERES.

DISOSTOSIS, OSIFICACIÓN DEFECTUOSA; DEFECTO EN LA OSIFICACIÓN NORMAL DE LOS CARTÍLAGOS.

DISPLASIA, ANOMALÍA DE DESARROLLO. CARÁCTER FÍSICO DE DEGENERACIÓN, ESTIGMA.

DISTENSIÓN, SEPARACIÓN DE LAS DOS PARTES DE UN ÓRGANO CON ESTIRAMIENTO DE LOS MIEMBROS QUE LA UNEN.

DISTROFIA, TRASTORNO DE LA NUTRICIÓN Y ESTADO CONSECUTIVO.

DISYUNCIÓN, DIVISIÓN, SEPARACIÓN, DESPRENDIMIENTO DE PARTES ORDINARIAMENTE CONTINUAS.

ECLAMPSIA, ATAQUE SÚBITO DE CONVULSIONES CLONICOTÓNICAS, SEGUIDA GENERALMENTE DE COMA, AUTOINTOXICACIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS AFECTAS DE ALBUMINURIA, QUE TIENE A MENUDO TERMINACIÓN MORTAL.

EL PARTO PROVOCADO, ES AVECES EL ÚNICO MEDIO TERAPÉUTICO PARA LUCHAR CONTRA LA ECLAMPSIA.

EDEMA. INFILTRACIÓN DEL TEJIDO CELULAR POR UN LÍQUIDO SUERO-ALBUMINOSO. LA HINCHAZÓN PRODUCIDA, SE CARACTERIZA POR CONSERVAR LA HUELLA A LA PRESIÓN.

EMBOLIA. OBSTRUCCIÓN BRUSCA DE UN VASO, ESPECIALMENTE UNA ARTERIA, POR UN CUERPO ARRASTRADO POR LA CORRIENTE SANGUÍNEA.

ENCEFALOPATÍA. CUALQUIER ENFERMEDAD O TRASTORNO DEL ENCÉFALO.

EPICANTO. PLIEGUE DE LA PIEL QUE ALGUNAS VECES CUBRE EL ÁNGULO INTERNO DEL OJO; PUEDE SER CONGÉNITO O ADQUIRIDO, MONOCULAR O DOBLE.

ERITROBLASTOSIS. FORMACIÓN EXCESIVA DE ERITROBLASTO O PRESENCIA DE ERITROBLASTOS EN LA SANGRE, FENÓMENO QUE SE OBSERVA EN DIVERSOS ESTADOS MORBOSOS, ICTERICIA GRAVE DE LOS RECIÉN NACIDOS, ETC.

ERITROLEUCOSIS. AUMENTO DE GLÓBULOS BLANCOS

ESFENOIDES. HUESO IMPAR, IRREGULAR, ENCLAVADO EN LA BASE DEL CRÁNEO, DELANTE DEL OCCIPITAL Y DETRÁS DEL ETMOIDES.

ESPASTICIDAD. CONTRACCIÓN INVOLUNTARIA PERSISTENTE DE UN MÚSCULO O GRUPO MUSCULAR.

ESTENOSIS. ESTRECHEZ PATOLÓGICA CONGÉNITA O ACCIDENTAL DE UN ORIFICIO O CONDUCTO.

ESTROMA. PROPIAMENTE TAPIZ, CAPA SUPERFICIAL, ESPECIALMENTE LA PARTE SUPERFICIAL DEL OVARIO CUBIERTA POR LOS OVISACOS. TEJIDO CONJUNTIVO QUE FORMA LA ARMAZÓN, SUBSTANCIAS FUNDAMENTAL O MATRIZ DE UN ÓRGANO.

ETIOLOGÍA. PARTE DE LA MEDICINA QUE TIENE POR OBJETO, EL ESTUDIO DE LAS CAUSAS DE ENFERMEDADES.

FACIES. ASPECTO O EXPRESIÓN DE LA CARA, DETERMINADOS POR LAS MODIFICACIONES QUE EN ELLA IMPRIME LA ENFERMEDAD.

FACIES GARGOLOIDE O FACIES LEONINA. TODA DEFORMACIÓN HIPERTRÓFICA DE LA CARA, PROCEDENTE DEL ESQUELETO O DEL TEJIDO CUTÁNEO.

FENOTIPO. CONJUNTO DE LAS PROPIEDADES MANIFESTADAS DE UN ORGANISMO, SEAN O NO HEREDITARIAS. GRUPO DE INDIVIDUOS DE ASPECTO SEMEJANTES PERO DE HERENCIA DIFERENTE.

GANGLIOLIPOSIDIOSIS. ENFERMEDAD CARACTERIZADA POR LA PRESENCIA DE LIPOMAS MÁS O MENOS BIEN CIRCUNSCRITOS, SIMÉTRICOS CON LOCALIZACIONES ESPECIALES (CUELLOS, AXILA, INGLE).

GARGOLOIDE. RASGOS QUE PRESENTAN LAS PERSONAS CON UNA ENFERMEDAD HEREDOFAMILIAR, CARACTERIZADA POR ALTERACIONES NERVIOSAS SEMEJANTES A LAS DE LA IDIOTEZ AMAURÓTICA FAMILIAR, DEFECTOS ACONDROPLÁSICOS, DEFICIENCIA MENTAL Y VISIÓN DEFECTUOSA POR DEPÓSITOS EN LA Córnea.

GENOTIPO. CONSTITUCIÓN FUNDAMENTAL HEREDITARIA DE UN ORGANISMO; IDIOTIPO. ESPECIE TIPO DE UN GÉNERO.

GLAUCOMA. ENFERMEDAD DEL OJO, ASÍ DENOMINADA POR EL COLOR VERDOSO QUE TOMA LA PUPILA, CARACTERIZADA POR EL AUMENTO DE LA PRESIÓN INTRAOCULAR, DUREZA DEL GLOBO DEL OJO, ATROFIA DE LA PÁPILA ÓPTICA Y CEGUERA.

HEMANGIOMA. ANGIOMA VERDADERO, O SEA, DE VASOS SANGUÍNEOS, EN DISTINCIÓN DEL LINFANGIOMA.

HEMIPLEJÍA. PARÁLISIS DE UN LADO DEL CUERPO.

HEMÓLISIS. DESINTEGRACIÓN O DISOLUCIÓN DE LOS CORPÚSCULOS SANGUÍNEOS, ESPECIALMENTE DE LA HEMOGLOBINA POR LA ACCIÓN DE LISINAS ESPECÍFICAS O HEMOLISINAS DE BACTERIAS, DE SUEROS HIPOTÓNICOS, ETC.

HEPATOMEGALIA. AUMENTO DE VOLUMEN DEL HÍGADO.

HIPERCALCEMIA. HIPERCALCINEMIA. CALCEMIA SUPERIOR A LA NORMAL.

HIPERCINESIA. MOVIMIENTO EXCESIVO; ACTIVIDAD MUSCULAR EXAGERADA; EL TÉRMINO COMPRENDE LAS CONTRACTURAS, CONVULSIONES, COREA, TEMBLORES, EPILEPSIAS SINTOMÁTICAS, ETC. HIPEROQUINESIA.

HIPERTELORISMO. SEPARACIÓN EXCESIVA ENTRE DOS PARTES Y ÓRGANOS.- OCULAR, MAYOR SEPARACIÓN ENTRE LOS OJOS POR DEFORMIDAD CRANEAL.

HIPERTEMIA. ESTADO DEL ORGANISMO CARACTERIZADO POR UNA SOBREELEVACIÓN DEL CALOR FISIOLÓGICO NORMAL.

HIPOACUSIA O HIPACUSIS. DISMINUCIÓN DE LA SENSIBILIDAD AUDITIVA.

HIPOGENITALISMO. ESTADO DE MENOR DESARROLLO O ACTIVIDAD GENITAL, DEBIDO A UNA INSUFICIENCIA DE LA SECRECIÓN INTERNA TESTICULAR U OVÁRICA; EUNOCOIDISMO, HIPOVARISMO.

HIPOGONADISMO. HIPOGENITALISMO.

HIPOSPADIAS. APERTURA CONGÉNITA DE LA URETRA EN LA CARA INFERIOR DEL PENE. APERTURA DE LA URETRA DENTRO DE LA VAGINA.

HIPOTERMIA. DISMINUCIÓN DE LA TEMPERATURA NORMAL.

HIPOTONÍA. TENSIÓN O TONOCIDAD DISMINUÍDA, ESPECIALMENTE DE LOS MÚSCULOS; TENSIÓN INTRAOCULAR MENOR, HIPOTENSIÓN.

HIPOXEMIA. OXIGENACIÓN DEFICIENTE DE LA SANGRE.

IASSMD. ASOCIACIÓN INTERNACIONAL PARA EL ESTUDIO CIENTÍFICO DE LA DEFICIENCIA MENTAL (INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE SCIENTIFIC STUDY OF MENTAL DEFICIENCY).

ICTERICIA. ENFERMEDAD DEL HÍGADO CARACTERIZADA POR LA COLORACIÓN AMARILLA DE LOS TEGUMENTOS, DEBIDA A LA RETENCIÓN Y A LA REABSORCIÓN INTRAHEPÁTICA DE LOS PIGMENTOS BILIARES NORMALES O MODIFICADOS.

LÁBIL. DESLIZABLE; QUE SE MUEVE DE UN PUNTO A OTRO. INESTABLE.

LASITUD. DEBILIDAD, DESFALLECIMIENTO, CANSANCIO, AGOTAMIENTO.

LETARGIA. LETARGO.

LETARGO. SUEÑO MORBOSO PROFUNDO Y CONTINUADO, CON ANESTESIA Y EXALTACIÓN DE LOS REFLEJOS.

MACROGLOSIA. HIPERTROFIA O AUMENTO DE VOLUMEN DE LA LENGUA POR TUMOR O INFLAMACIÓN PARENQUIMATOSA DIFUSA.

MEIOSIS. DIVISIÓN DE LA CÉLULA.

MENINGOENCEFALITIS. INFLAMACIÓN SIMULTÁNEA, AGUDA O CRÓNICA, DEL ENCÉFALO Y LAS MENINGES.

METACARPianos. RELATIVO AL METACARPO. CADA UNO DE LOS CINCO HUESOS CILÍNDRICOS, 1o., 2o., 3o., 4o., Y 5o., QUE CONSTITUYEN EL ESQUELETO DEL METACARPO.

METACARPO. PARTE DE LA MANO, COMPRENDIDA ENTRE EL CARPO Y LOS DEDOS, CONSTITUIDA POR LOS CINCO METACARPianos.

MICROCEFALIA. CALIDAD DE MICROCÉFALO.

MICROCÉFALO. QUE TIENE LA CABEZA PEQUEÑA.

MICROFTALMÍA. PEQUEÑEZ ANORMAL DE LOS OJOS.

MICROTIA. TAMAÑO ANORMAL PEQUEÑO DE LAS OREJAS.

MIELINIZACIÓN. FORMACIÓN O ADQUISICIÓN DE MIELINA, POR LAS FIBRAS NERVIOSAS EN SU PERÍODO DE DESARROLLO.

MINERALIZACIÓN. CANTIDAD DE PRINCIPIOS MINERALES EN UNA AGUA NATURAL O ARTIFICIAL. ADICIÓN DE PRINCIPIOS MINERALES AL ORGANISMO.

MORBOSO. RELATIVO A LA ENFERMEDAD O PRODUCIDO POR ELLA; PATOLÓGICO.

MORFOGÉNESIS, MORFOGENIA. EVOLUCIÓN O DESARROLLO DE LA FORMA Y ESTUDIO DE LAS LEYES QUE LA RIGEN.

OLIGOFRENIA. AMENCIA. Poca mente. RETARDO MENTAL.

OLIGODACTILIA. FALTA CONGÉNITA DE ALGUNOS DEDOS.

OSEO. RELATIVO AL HUESO O COMPUESTO DE ÉL.

OSEOFACIODIGITALES. RELATIVO A LOS HUESOS, FACIES Y DEDOS.

OSTEOARTICULAR. RELATIVO O QUE AFECTA A LOS HUESOS Y SUS ARTICULACIONES.

OSTEODISTROFIA. DISTROFIA ÓSEA.

PALPEBRAL. RELATIVO AL PÁRPADO. MÚSCULO ORBICULAR DE LOS PÁRPADOS.

PARAPLEJÍA. PARÁLISIS DEL SEGMENTO INFERIOR DEL CUERPO, QUE COMPRENDE LOS MIEMBROS INFERIORES, LA VEJIGA, EL RECTO.

PATOGENIA, PATOGÉNESIS. ORIGEN Y DESARROLLO DE LAS ENFERMEDADES; ESPECIALMENTE, MODO COMO OBRA LA CAUSA MORBOSA SOBRE EL ORGANISMO.

PATOGENICOMETABÓLICA. ORIGEN Y DESARROLLO DE ENFERMEDADES METABÓLICAS.

PELAGROIDE. ESTADO SEMEJANTE A LA PELAGRA.

PELAGRA. ENFERMEDAD GENERAL CRÓNICA, PROGRESIVA... CARACTERIZADO POR UN ERITEMA ROSADO DE LA PIEL, SEGUIDO DE EXFOLIACIÓN DE LA EPIDERMIS...

PIE ZAMBO. PIE CONTRAHECHO. DEFORMACIÓN DEL PIE, DEBIDA A ANOMALÍAS ÓSEAS DE DESARROLLO O A ALTERACIONES DEL HUESO, A RETRACCIONES TENDINOSAS O MUSCULARES.

POLIDACTILIA. EXISTENCIA DE DEDOS SUPERNUMERARIOS.

PROGNATISMO. PROYECCIÓN NOTABLE DE LA MANDÍBULA.

PROTEINURIA. PRESENCIA DE PROTEÍNAS EN LA ORINA, ALBUMINURIA.

PTOSIS. CAÍDA O PROLAPSO DE UN ÓRGANO O PARTE. PROCIDENCIA.

PURINA. COMPUESTO HETEROCÍCLICO $C_5H_4N_4$ QUE NO EXISTE EN LA NATURALEZA, PERO QUE SE OBTIENE SINTÉTICAMENTE. LA SERIE LLAMADA CUERPOS ALOXÚRICOS, SON PURINAS, COMO TAMBIÉN LA HIPOXANTINA, QUE SE CONSIDERA UNA MONOXIPURINA; LA ADENINA, COMO UNA MONOAMINOPURINA, ETC., LOS ALCALOIDES CAFÉINA, TEUBROMINA Y TEOFILINA, DERIVAN DE LA PURINA.

PÚRPURA. ERUPCIÓN DE MANCHAS ROJAS, PRIMERO PURPÚREAS O ROJO NEGRUZZCAS, CUYA COLORACIÓN SE ATENÚA CON EL TIEMPO, Y QUE SE HACEN DE COLOR CAFÉ CON LECHE, ANTES DE DESAPARECER. SON OCASIONADAS POR UNA HEMORRAGIA INTRADÉRMICA. SE OBSERVAN EN LOS HEMOFÍLICOS, A CONSECUENCIA DE CHOQUE, EN LAS ENFERMEDADES POR CARENCIA.

SIALORREA. SECRECIÓN EXCESIVA DE SALIVA.

SILLA TURCA. FOSA PITUITARIA O HIPOFISARIA, EN LA CARA SUPERIOR

DEL CUERPO DEL ESFENOIDES.

SINDACTILIA. ADHERENCIA CONGÉNITA O ACCIDENTAL DE DOS O MÁS DEDOS ENTRE SÍ.

SÍNDROME. ES UN DETERMINADO CONJUNTO DE SÍNTOMAS QUE A VECES PRESENTA CUADROS CLÍNICOS ASOCIADOS A ENFERMEDADES BIEN DEFINIDAS, Y QUE OBEDECEN A DISTINTAS ETIOLOGÍAS.

SINOSTOSIS. UNIÓN DE HUESOS ADYACENTES POR MEDIO DE MATERIA ÓSEA; SOLDADURA DE LOS HUESOS, DEL CRÁNEO EN PARTICULAR.

SUPERNUMERARIO. EN NÚMERO MAYOR QUE EL NORMAL.

TRANSLOCACIÓN. CAMBIO DE LUGAR.

TROMBO. COÁNGULO SANGUÍNEO EN EL INTERIOR DE UN VASO QUE PERMANECE EN EL PUNTO DE SU FORMACIÓN.

TROMBOCITOPENIA. DISMINUCIÓN DEL NÚMERO DE PLAQUETAS DE LA SANGRE. TROMBOPENIA.

TROMBOEMBÓLICA. TROMBOEMBOLIA. EMBOLIA U OCLUSIÓN COMPLETA DE UN VASO POR UN TROMBO.

URICACIDURIA. PRESENCIA DE UN EXCESO DE ÁCIDO ÚRICO EN LA ORINA.

BIBLIOGRAFIA

- ANTOLOGÍA DE LA ESPECIFICIDAD DEL TRABAJO SOCIAL, -- MÉXICO: ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL UNAM, 1989,-- 349 p.
- ALAYON, NORBERTO. DEFINIENDO AL TRABAJO SOCIAL, -- BUENOS AIRES: ED. HUMANITAS, 1981. -- 242 p.
- ALONSO FERNANDEZ, FRANCISCO. COMPENDIO DE PSIQUIATRÍA, -- ESPAÑA: EDITORIAL OTERO, 1978. -- 713 p.
- BERGSMAN, DANIEL. BIRTH DEFECTS COMPENDIUM, -- 2A.ED. -- NEW YORK: THE NATIONAL FOUNDATION-MARCH OF DIMES, 1979. -- 1183 p.
- CASTELLS CUIXART, PAULINO. LOS SUBNORMALES, -- ESPAÑA: DOPESA, 1977. -- 112 p. -- (COLECCIÓN LOS MARGINADOS, NÚM. 2).
- CORONADO, GUILLERMO. LA EDUCACIÓN Y LA FAMILIA DEL DEFICIENTE MENTAL, -- MÉXICO: C.E.C.S.A., 1981. -- 154 p.
- CORONADO, GUILLERMO. TRATADO SOBRE CLÍNICA DE LA DEFICIENCIA MENTAL, -- MÉXICO: C.E.C.S.A., 1984. -- 351 p.
- CHUSID, JOSEPH G. NEUROANATOMÍA CORRELATIVA Y NEUROLOGÍA FUNCIONAL, -- 5A.ED. -- MÉXICO: EDITORIAL EL MANUAL MODERNO, 1980. -- 518p.
- DEFICIENCIA MENTAL: GUÍA PARA PADRES, -- MÉXICO: CONFEDERACIÓN MEXICANA DE ASOCIACIONES EN PRO DEL DEFICIENTE MENTAL, A.C., S/A. -- 138 p.
- DICCIONARIO TERMINOLÓGICO DE CIENCIAS MÉDICAS, 3A.ED. -- ESPAÑA: SALVAT EDITORES, 1950. -- 1324 p.
- FRIEDLANDER, W.A. DINÁMICA DE TRABAJO SOCIAL, -- MÉXICO: PAX MÉXICO, 1981. -- 607 p.
- HAMILTON, GORDON. TEORÍA Y PRÁCTICA DEL TRABAJO SOCIAL DE CASOS, -- MÉXICO: LA PRENSA MÉDICA MEXICANA, 1982. -- 333 p.
- INGALLS, ROBERTO P. RETRASO MENTAL LA NUEVA PERSPECTIVA, -- MÉXICO: EL MANUAL MODERNO, 1982. -- 456 p.
- ISAACSON, ROBERT L. EL NIÑO RETARDADO MENTAL, -- BUENOS AIRES: EDITORIAL PAIDOS, 1975. -- 120 p. -- (BIBLIOTECA DEL EDUCADOR CONTEMPORÁNEO, NÚM. 197).

- KISNERMAN, NATALIO. SERVICIO SOCIAL DE GRUPO. 6A. ED. -- BUENOS AIRES: ED. HUMANITAS, 1983. -- 315 P.
- KOHLER, CLAUDE. DEFICIENCIAS INTELECTUALES EN EL NIÑO. -- 8A.ED. -- ESPAÑA: EDITORIAL PLANETA, 1978. -- 222 P. -- (BIBLIOTECA PAIDEIA, NÚM. 13).
- LIEBERMAN, FLORENCE. TRABAJO SOCIAL, EL NIÑO Y SU FAMILIA. -- MÉXICO: EDITORIAL PAX MÉXICO, 1984. -- 278 P.
- MÉXICO, DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN ESPECIAL. 1ER. CONGRESO NACIONAL SOBRE DEFICIENCIA MENTAL. -- MÉXICO: SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA, 1987. -- 387 P.
- MÉXICO, DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN ESPECIAL. BASES PARA UNA POLÍTICA DE EDUCACIÓN ESPECIAL. -- MÉXICO: SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA, 1985. -- 33 P.
- PALACIOS TREVIÑO, JAIME. EDUARDO PICAZO MICHEL. INTRODUCCIÓN A LA PEDIATRÍA. 2A.ED. -- MÉXICO: MENDEZ OTEO EDITOR, 1983. -- 897 P.
- QUENAN, JOHN T. ET. AL. ATENCIÓN DEL EMBARAZO DE ALTO RIESGO. -- MÉXICO: EDITORIAL EL MANUAL MODERNO, 1987. -- 602 P.
- RAMOS PALACIOS, MARIO. DEFICIENCIA MENTAL. -- MÉXICO: BM EDITORES, 1968. -- 219 P.
- SAN MARTIN, HERNÁN. SAUD Y ENFERMEDAD. -- MÉXICO: LA PRENSA MÉDICA MEXICANA, 1982. -- 893 P.
- THORN, GEORGE W. MEDICINA INTERNA HARRISON. -- TOMO I. -- 5A.ED. MÉXICO: LA PRENSA MÉDICA MEXICANA, 1980. -- 1330 P.
- VOIZOT, BERNARD. EL DESARROLLO DE LA INTELIGENCIA EN EL NIÑO. MÉXICO: EDICIONES ROCA, 1985. -- 97 P. -- (COLECCIÓN ROCA PEDAGÓGICA, NÚM. 15).
- WALLIN, J.E.W. ET AL. EL NIÑO DEFICIENTE FÍSICO, MENTAL Y EMOCIONAL. -- ESPAÑA: EDICIONES PAIDOS, 1968. -- 141 P. -- (PAIDOS EDUCADOR, NÚM. 72).

ANEXOS

ANEXO 1

SECRETARIA DE EDUCACION PUBLICA
UNIDAD DE SERVICIOS EDUCATIVOS A DESCENTRALIZAR
SUBDIRECCION GENERAL DE EDUCACION BASICA
DEPARTAMENTO DE EDUCACION ESPECIAL
0 2 2 4 0 6 . . 0 4 2 .

CUADRO PARA LA EVALUACION DEL PROGRESO
EN EL DESARROLLO SOCIAL Y PERSONAL

PARA RETRASADOS MENTALES
FORMA P-A-C I
2a. edicion
807

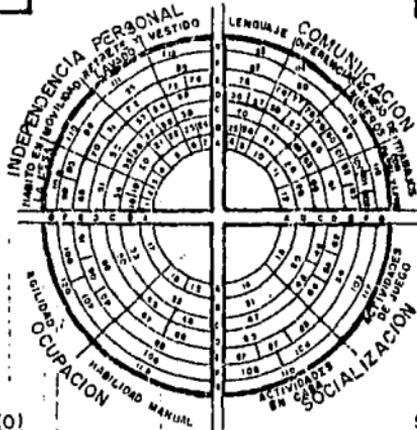
Dr. H. C. GUNZBURG
Traduccion: Lito. Concha Jesus

DEL PROGRESS ASSESSMENT CHART (1964 EDICION INGLESA)

EVALUACION SOCIAL

SCI (SH)

SCI (C)



SCI (O)

SCI (S)

(Nombre del Centro)

Nombre _____ Sexo _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____
Direccion _____
Fecha de examen _____ Nombre del examinador _____

A N E X O 2

PARAMETROS NORMALES DEL DESARROLLO PSICOMOTOR DEL NIÑO DURANTE SU PRIMERA INFANCIA

CÓMO DEBE APRENDER A COMER, A CAMINAR Y A HABLAR,

MESES DE EDAD	APRENDIZAJE PARA COMER	APRENDIZAJE Y DESARROLLO NEUROMOTOR PARA CAMINAR, Y ACTIVIDADES MANUALES	
1	SUCCIONA, TOMA LÍQUIDOS EN BOTELLA.	APRIETA DEDOS Y - MANOS.	
2	TOMA LÍQUIDOS EN BOTE--LLA	MUEVE LA CABEZA.	SOSTIENE OBJETO - INVOLUNTARIAMENTE.
3	TOMA SEMILÍQUIDOS.	LEVANTA LA CABEZA.	SOSTIENE OBJETOS- CON LAS MANOS.
6	TOMA PAPILLAS.	SE SIENTA Y SE -- VOLTEA	LLEVA OBJETOS A - SU BOCA Y LOS GOLPEA.
10	TOMA SU BIBERÓN Y COME PAN (BOLILLO)	GATEA	COMIENZA A JUGAR' CON OBJETOS.
12	BEBE EN VASO.	POSICIÓN DE PIE SIN APOYO.	COMIENZA A ORDE--NAR OBJETOS.
15	BEBE SOLO EN VASO O TAZA.	CAMINA SOLO	HACE TAREAS CON - DADOS.
20	TOMA ALIMENTOS SEMISÓLI--DOS CON CUCHARA.	SUBE Y BAJA ESCA--LERAS.	CONSTRUYE TORRES' CON 5 DADOS.
24	COME SÓLO Y UTILIZA CUBIER--TOS CON AYUDA.	CORRE.	CONSTRUYE TORRES' USA LÁPIZ Y HOJEA LICROS.
30	COME SOLO CON CUBIERTOS.	SALTA, SE VISTE - PARCIALMENTE.	BAILA Y CANTA.
36	SABE COMER TODOS ALIMEN--TOS.	CORRE, BRINCA Y SALTA.	USA AMPLIAMENTE - LAS MANOS.

CONT. ANEXO 2

APRENDIZAJE PARA LA COMUNICACION HUMANA

MESES EDAD	VER	OIR	HABLAR	CONVIVENCIA SOCIAL
1	VE MOMENTÁNEA- MENTE A LAS - PERSONAS	REACCIONA A LOS SONIDOS (PARPA- DEA).	EMITE SONI- DOS GUTURA- LES	SE MUEVE INCONS- CIENTEMENTE.
2	FIJA LA VISTA EN ORJETOS Y' PERSONAS	BISCA EL ORIGEN DE LOS SONIDOS.	SE SONRÍE	SE MUEVE CUANDO - LE HABLAN.
3	TOCA Y VE LOS ORJETOS.	VUELVE LA CABEZA AL OÍR UN SONIDO.	SE RÍE	RESPONDE CON RISA AL HABLARLE.
6	SOSTIENE UN - ORJETO Y LO - MIRA.	LOCALIZA SONIDOS ABAJO/OÍDOS.	BALBUCEA.	DISTINGUE A SU - MAMÁ Y PAPÁ.
10	MIRA CON ATEN- CIÓN LOS ORJE- TOS.	LOCALIZA SONIDOS ARRIBA/OÍDOS.	DICE MAMÁ	COMPRENDE AFIRMA- CIONES Y NEGACIO- NES.
12	VOLTEA Y VE - AL OÍR SU NOM- BRE.	VOLTEA AL OÍR - SU NOMBRE.	DICE MAMÁ Y PAPÁ.	OBEDECE ÓRDENES - SENCILLAS.
15	DISTINGUE Y - VE A SU ALRE- DEDOR.	REACCIONA SEGÚN LA INTENSIDAD DE LOS SONIDOS.	USA 2 Ó 3 - PALABRAS - SUeltas	SEÑALA PARA BEBER Y COMER.
20		DISTINGUE.	USA FRASES - SENCILLAS.	JUEGA Y GUARDA SUS JUGUETES.
24		OYE BIEN.	FORMA ORACIO- NES CON 2 PA- LABRAS.	ESCOGE SUS JUGUE- TES Y SUS VESTI-- DOS.
30	VE BIEN	CANTA	FORMA ORACIO- NES DE 3 A 4 PALABRAS.	SE VISTE PARCIAL- MENTE.

MESES EDAD	VER	Oír	HABLAR	CONVIVENCIA SOCIAL.
36	IDENTIFICA PER- SONAS CON LA - VISTA.	APRENDE Y DIS- TINGUE GANCIO- NES.	USA AMPLIO VOCABULA-- RIO.	SE LAVA LAS MANOS Y LA CARA.

⁺ FUENTE : CORONADO, GUILLERMO. LA EDUCACIÓN. . . 66 Y 67 PP.

A N E X O 3

ESTUDIO SOCIOECONOMICO

I.- DATOS GENERALES

NOMBRE DEL ALUMNO _____

NOMBRE DE LA FAMILIA _____

DOMICILIO _____

II.- INTEGRACION FAMILIAR

NOMBRE EDAD SEXO OCUPACIÓN ESCOLARIDAD PARENTESCO EDO.CIVIL.

III.- DATOS DE LA VIVIENDA

UBICACIÓN _____

TENENCIA: PROPIA _____ RENTADA _____ PRESTADA _____

PISO : TIERRA _____ CEMENTO _____ MOSAICO _____

TIPO DE VIVIENDA: UNIFAMILIAR _____ DEPARTAMENTO _____ COMPARTI

DA _____ VECINDAD _____ OTROS _____

CONSTRUCCIÓN: LADRILLO _____ ADOBE _____ CARTÓN _____ OTROS _____

NÚMERO DE CUARTOS _____ USO DE LAS HABITACIONES ; ESTANCIA _____
COMEDOR _____ COCINA _____ RECÁMARA _____ OTROS _____
TODAS _____
BAÑO _____ FOSA SÉPTICA _____
MOBILIARIO _____
CONDICIONES _____
VENTILACIÓN _____ ILUMINACIÓN _____
HIGIENE DE LA VIVIENDA _____
CONDICIONES DEL BARRIO: ASENTAMIENTO REGULAR _____ IRREGULAR _____
PAVIMENTO _____ BANQUETA _____ ALUMBRADO _____ DRENAJE _____
AGUA _____ VIGILANCIA _____ TRANSPORTE _____ CORREO _____

IV.- DATOS ECONÓMICOS

INGRESOS PADRE
MADRE
HIJOS
OTROS
TOTAL

EGRESOS

ALIMENTACIÓN
VESTIDO
EDUCACIÓN
RECREACIÓN
OTROS
TOTAL

OBSERVACIONES:

V.- ASPECTO SALUD

PROBLEMAS DE SALUD ASENTADOS :

LUGAR A DÓNDE ACUDEN A TRATAMIENTO:

OBSERVACIONES :

VI.- ALIMENTACION

ALIMENTO	F R E C U E N C I A			
	DIARIO	c/3 DÍAS	c/8 DÍAS	c/ 15 DÍAS
LECHE				
CARNE				
HUEVOS				
FRUTA				
VERDURA				
FRIJOL				
TORTILLAS				
PAN				
OTROS				

SU ALIMENTACIÓN ES : SUFICIENTE _____ INSUFICIENTE _____
ADECUADA _____ INADECUADA _____

CONTIENE LOS NUTRIENTES BÁSICOS: SÍ ___ No ___ ALGUNOS _____

INGIERE ALIMENTOS EN LA VÍA PÚBLICA: SÍ ___ No ___ ALGUNOS _____

¿ CUÁLES ?

FRECUENCIA

VII.- AMBIENTE FAMILIAR

MIEMBROS DE LA FAMILIA, ROLES, RELACIONES, AFECTIVIDAD, PROBLEMAS,
ETC.

VIII.- HISTORIA SOCIAL FAMILIAR

FAMILIA DE ORIGEN (NOMBRE DE PADRES, NÚM. DE HIJOS, LUGAR DE NACI-
MIENTO); CÓMO SE CONOCIERON LOS PADRES; NOVIAZGO; CASAMIENTO O UNIÓN LI-
BRE Y PROBLEMAS PRESENTADOS.

IX.- CLASIFICACION DE LA FAMILIA

A) PUNTO DE VISTA DE DESARROLLO: MODERNA _____ TRADICIONAL _____

B) PUNTO DE VISTA DEMOGRÁFICO: URBANA _____ RURAL _____

MARGINADA _____ SUBURBANA _____

C) PUNTO DE VISTA DE COMPOSICIÓN: NUCLEAR _____ COMPUESTA _____

D) PUNTO DE VISTA TIPOLOGICO: CAMPESINA _____ OBRERA _____

PROFESIONAL _____ COMERCIANTE _____ OTROS _____

E) PUNTO DE VISTA DE INTEGRACIÓN: INTEGRADA _____ SEMI-INTEGRADA _____

DESINTEGRADA _____

X.- ROLES

ROL PREDOMINANTE DE LA MADRE: ESPOSA-MADRE _____

ESPOSA-COMPAÑERA _____

ESPOSA-COLABORADORA _____

ROL DEL PADRE :

OBSERVACIONES:

XI.- FAMILIOGRAMA

XII.- INFORMACION RELACIONADA CON EL ALUMNO

¿ CUÁNDO Y CÓMO SE DIERON CUENTA DEL PROBLEMA DEL ALUMNO?

¿ QUIÉN LES INFORMÓ ?

PROBLEMAS DE SALUD RESENTADOS DURANTE EL EMBARAZO, NACIMIENTO
O PRIMEROS AÑOS DE VIDA.

ATENCIÓN BRINDADA AL ALUMNO ANTES DE INGRESAR A LA ESCUELA.

EXPECTATIVAS DE LOS PADRES HACIA SU HIJO.

PROBLEMAS SURGIDOS EN LA FAMILIA A PARTIR DEL NACIMIENTO DEL ALUMNO.

XII.- FUNCIONES DE LA FAMILIA QUE AMERITAN ATENCION

SOCIALIZACIÓN _____ CIUDADANO _____ AFECTO _____
REPRODUCCIÓN _____ OTROS . . .

XIV.- DIAGNOSTICO FAMILIAR

PROBLEMA, CAUSAS Y EFECTOS. LA VIDA FAMILIAR DE ACUERDO A SU FUNCIONA-
LIDAD: AFECTO, ROLES, COMUNICACIÓN, SOCIALIZACIÓN

XV.- PLAN SOCIAL

REALIZO :

PASANTE EN LIC.EN T.S. PATRICIA B. MOLINA GUTIERREZ.

FECHA :