

UNIVERSIDAD AUTONOMA
DE NUEVO LEON

Facultad de Psicología

"DEFICIENCIA MENTAL, ASPECTOS
MEDICO, PSICOLOGICO, SOCIAL Y
EDUCATIVO".

MONOGRAFIA

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A

María Antonieta Castillo Lazcano

MONTERREY, NUEVO LEON

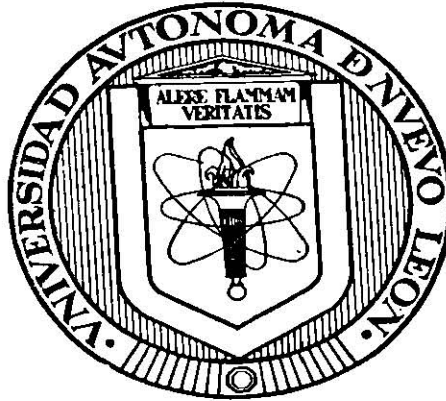
JULIO DE 1976

P
J5 06
M4
23
1

052



1080070830



UNIVERSIDAD AUTONOMA
DE NUEVO LEON

Facultad de Psicología

"DEFICIENCIA MENTAL, ASPECTOS
MEDICO, PSICOLOGICO, SOCIAL Y
EDUCATIVO".

MONOGRAFIA

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A

María Antonieta Castillo Lazcano

MONTERREY, NUEVO LEON

JULIO DE 1976

000052

T
Rd 506
.m4
c3



I N D I C E

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

CAPITULO I.- LA DEFICIENCIA MENTAL.

A) DESCRIPCION Y ETIOLOGIA

Malformaciones congénitas

La herencia

B) DEFINICION DE LA DEFICIENCIA MENTAL.

CAPITULO II.- CLASIFICACION Y CAUSAS DE LA DEFICIENCIA MENTAL.

A) CLASIFICACION

B) CAUSAS

1) Padecimientos hereditarios

2) Lesiones producidas en el momento de la concepción.

3) Lesiones producidas durante el embarazo.

4) Lesiones producidas por trastornos durante el parto.

5) Lesiones durante los primeros meses o años de vida.

CAPITULO III.- ASPECTOS DE LA DEFICIENCIA MENTAL.

ASPECTO MEDICO.

A) CAMBIOS ANATOMOFISIOLOGICOS EN CEREBRO.

B) ORIGEN DE LAS LESIONES QUE PRODUCEN DEFICIENCIA MENTAL.

CAPITULO IV.-

ASPECTO PSICOLOGICO.

A) PROBLEMAS PSICOLOGICOS EN LA FAMILIA.

Rechazo

Sobreprrotección

B) LA CONDUCTA.

PITULO V.-

ASPECTO SOCIAL

Factores Económicos.

CAPITULO VI.-

ASPECTO EDUCATIVO.

CAPITULO VII.-

TRATAMIENTO DE LA DEFICIENCIA MENTAL

Tratamiento quirúrgico

Tratamiento psicológico

CAPITULO VIII.-

FACTORES QUE IDENTIFICAN LA DEFICIENCIA MENTAL.

CAPITULO IX.-

PRUEBAS QUE SE UTILIZAN EN DEFICIENCIA MENTAL.

Escala Wechler de Inteligencia

Pruebas de Binet

Escala de Desarrollo de Gesell

Pruebas para Pre-escolares

Otras pruebas psicométricas

Pruebas Proyectivas

CAPITULO X.-

ENFERMEDADES QUE PRODUCEN DEFICIENCIA MENTAL MAS FRECUENTES.

1) CONVULSIVANTES.

EPILEPSIA

Etiología

Gran Mal

Pequeño Mal

2) DEGENERATIVAS

PARALISIS CEREBRAL INFANTIL

Etiología

Tratamiento

3) SINDROME DE DAWN

Etiología

Tratamiento.

C O N C L U S I O N

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

INTRODUCCION

Uno de los padecimientos que había estado hasta hace poco rezagado en sus estudios, investigación y tratamiento, en el marco de la ciencia médica y biológica, es la deficiencia mental, sobre la cual basamos esta monografa.

La identificación de sus causas ha sido lenta - además de que otros tipos de enfermedades o problemas de salud han acaparado la atención de la ciencia médica, esto aun y cuando se reconsideran los factores sociales que motivan todavía el aislamiento de quienes fueron víctimas de una lesión en su cerebro, provocándose consecuentemente la disminución de su capacidad mental y un desarrollo físico impropio.

Sin embargo en la actualidad se han llegado a conocer muchas causas de la subnormalidad mental e incluso - se han encontrado las formas de prevenirse el retraso ocasionado por algunas de ellas.

Por otra parte está confirmado que la causa decisiva del defecto mental se determina sólo en una minoría de los casos.

Varios aspectos se hacen necesarios tratar para enfocar la deficiencia mental, como son los fenómenos biológicos, el aspecto médico y social, de los cuales todo niño deficiente va a depender en cuanto a su desarrollo. Indudablemente que durante el desarrollo de estos tres aspectos vamos a encontrarnos con factores que van a influir en gran forma, sino a determinar la conducta del deficiente.

Se tienen conocimientos de la deficiencia mental desde la más remota antigüedad hasta el año de 1800, cuando no se distinguía claramente la deficiencia mental de otros padecimientos mentales, aunque se tenía una idea exacta de lo que era.

El Corán mencionaba los cuidados que deben tenerse con los débiles mentales, a quienes Lutero y Calvino llamaron poseídos del demonio.

Este es el primer período de la historia de los conocimientos acerca de la deficiencia mental.

En América la cultura Olmeca se interesa por los anormales y cuando menos por curiosidad son estudiados y reproducidos en figuras de arcilla.

El fin del período lo marca el trabajo de Itard, quien inició sin proponerselo la educación de anormales.

En el segundo período, a partir de 1845 se elaboraron y aplicaron las primeras pruebas educacionales (Horacio Mann).

En 1847 Dorotea Dix funda en Massachusetts una escuela especial para "cretinos".

En 1853 Little describe la forma de Parálisis Cerebral Infantil, que lleva su nombre; este trabajo es complementado en 1863 con el estudio sobre la relación entre el parto distósico, prematuridad y trastornos mentales, deformaciones y desordenes nerviosos.

En 1869, en Francia, Galton describe el método estadístico, llamado de puntuación promedio o estándar, método que se ha empleado en fechas posteriores.

En 1887 Chaille es el primero que crea una prueba mental - especialmente para niños de 3 a 4 años y en 1890 Cattell - utiliza el término de test mental.

J.M. Rice emplea su test educacional, que consiste en una lista de palabras que los alumnos debían aprenderse en un tiempo limitado. Es quien inicia los test comparativos.

En 1896 Krapelin elaboró el método de las adiciones sucesivas para la atención.

La educación para anormales empezó con el movimiento de Itard, Seguin y Esquirol, seguidos por Montesano, Montessori, Demor, Godard, Decroly, Lafora, Menchamp y otros

El tercer período abarca de 1900 a la fecha y se caracteriza porque los test mentales son usados en forma profusa dandose importancia a los deficientes mentales superficiales .

Desde el siglo XIX se fueron colocando poco a poco los peldaños que llevaron al conocimiento moderno de la deficiencia mental.

Binet en 1886 critica a los investigadores anteriores por haber dado mayor importancia a los procesos inferiores que superiores de la mente.

Indicaba que "los individuos se distinguen mejor por su capacidad de atención, su inteligencia o su imaginación, que por sus capacidades olfativas o táctiles.

Binet y Simon hicieron en París una investigación de la cual obtuvieron como resultado las escalas de Inteligencia que llevan su nombre.

En estas pruebas surge la idea fundamental sobre la cual se basa toda la psicometría.

En 1906 se utiliza en Inglaterra el llamado criterio social para la incapacidad de los deficientes.

El paso más importante es el que da Terman al revisar las pruebas de Binet, utilizando el concepto de cociente intelectual, introducido por H. Stern.

En la actualidad y en base al trabajo realizado por Binet se han utilizado Test como: Complementar oraciones, de causas y efectos, de reconocimiento de figuras geométricas, de razonamiento, de capacidad de observación y discriminación.

Actualmente el deficiente es considerado ya no como un motivo de lástima o burla, sino como un ser humano que necesita ayuda inmediata y eficaz para que se baste así mismo.

CAPITULO PRIMERO.

LA DEFICIENCIA MENTAL.

A) DESCRIPCION Y ETIOLOGIA.

Se han establecido dos tipos de factores etiológicos en el estudio de la deficiencia mental; los patológicos y los sociales, siendo interdependientes.

Los factores patológicos son agentes físicos o biológicos responsables del inicio de una encefalopatía o disfunción neural.

Los factores sociales pueden impedir que se utilicen las reducidas capacidades de la persona afectada.

ASPECTO PATOLOGICO.- En la mayoría de los casos de deficiencia mental profunda, las alteraciones cerebrales estan ya presentes desde el nacimiento y una minoría adquiere las lesiones en las primeras etapas de la vida -- post-natal.

No se conoce la relación precisa de casos congénitos o adquiridos, pero las malformaciones congénitas graves afectan frecuentemente al sistema nervioso, más que a cualquier otra parte del organismo.

Casi en todos los países las malformaciones congénitas del sistema nervioso, ocupan un segundo lugar, después de las del sistema cardiovascular.

MALFORMACIONES CONGENITAS.

Las malformaciones neurológicas que se citan en estudios publicados señalan sólo las formas más reconocibles, como la hidrocefalia, microcefalia, síndrome de Dawn y espina bífida.

La mayoría de las anomalías cerebrales asociadas con retraso mental son mucho menos obvias, por lo cual la auténtica incidencia de malformación neural ha sido muy subestimada.

LA HERENCIA.

La herencia es otro aspecto asociado con la deficiencia mental, considerando la incidencia familiar. También al problema de la deficiencia mental se asocia la consanguinidad, de lo cual la incidencia es también alta en condiciones específicas, como fenilcetonuria, lipidosis y algunos otros desórdenes metabólicos. Esto es de acuerdo con la teoría de la transmisión recesiva de estos casos.

Los riesgos de un niño que adquiere dos genes patológicos, por lo que es homocigótico para un carácter anormal aumentan en el caso de casamiento de parientes próximos.

Otra de las causas que causa el retraso mental, como en el síndrome de Dawn, son las anomalías en el número y la estructura de los cromosomas.

El número diploide normal de cromosomas en el hombre es de 46. Este incluye un par de cromosomas sexuales, XX en la mujer y XY en el varón.

Los cromosomas varían en tamaño y forma y se dis

tinguen siete grupos.

Cuando el número diploide total de cromosomas es de 47, en lugar de 46 es que hay una duplicación anormal, - de uno de los cromosomas sexuales.

La anomalía cromosómica más común es la presencia de anus ploidia , o sea el exceso o falta de uno de los cromoso--- mas de las células diploides.

Esto resulta de una disyunción inadecuada durante una de - las dos divisiones meióticas antes de la formación del óvulo o espermatozoide.

B) DEFINICION DE LA DEFICIENCIA MENTAL.

Para definir la deficiencia mental hay que tomar en cuenta una serie de límites del problema para evitar la confusión con otras entidades clínicas o sociales que se - le parecen.

"La deficiencia mental es un síndrome causado por un tras-torno permanente del funcionamiento y la estructura de las neuronas de la corteza cerebral, que aparece antes o en la infancia, se caracteriza por la disminución de la capaci-- dad de aprendizaje y de otras funciones mentales, provocando desadaptación social".

Analizando esta definición, se da el nombre de - deficiencia mental, porque el fenómeno puede entenderse -- mejor como una deficiencia , o sea un defecto, falta o ca- rencia de algo, ya que el niño tiene una falta en el cau- dal normal de su inteligencia, no una debilidad del caudal sino un atraso, una escasez, ausencia ó pobreza de dicho -

caudal.

La deficiencia mental se considera como un síndrome presente en muchas enfermedades siendo sus componentes la falta de aprendizaje, disminución de la inteligencia, trastornos en la conducta, de la emotividad, y en sí las facultades mentales y motoras se ven alteradas, dependiendo de la localización de la lesión cerebral.

Equivocadamente se habla de retardo o debilidad mental en este caso, ya que el trastorno radica en el funcionamiento y la estructura de las neuronas de la corteza cerebral, por lo cual se da a la deficiencia mental una base estrictamente orgánica, eliminándose los cuadros en los que el retardo se debe a un pobre funcionamiento o pobre aprovechamiento, a lo que podría llamarse retardo mental.

La lesión responsable de la deficiencia está en la corteza cerebral y debe ser un trastorno anatomo-fisiológico.

Al decir que la deficiencia mental se origina antes de o en la infancia se engloban las causas preconceptuales, prenatales y en la infancia que originan el problema, las cuales pueden ser muchas y variadas teniendo como característica común que provocan una lesión cortical y un problema en la fisiología.

El deficiente mental no es capaz de aprovechar los estímulos que el medio ambiente le brinda, de igual forma que una persona común o normal.

Este trastorno debe ser proyectado en el ambiente, por lo tanto; atendiendo la falta en la adaptación social, lo cual requiere de cuidado, educación especial y otras medidas de protección.

OTRAS DEFINICIONES.- La Sociedad Médica Americana define la deficiencia mental como "todos los grados de déficit debido a un desarrollo mental imperfecto o detenido como resultado del cual las personas afectadas están incapacitadas para competir en términos de igualdad con sus semejantes o bien de manejarse ellos mismos con la prudencia ordinaria".

Tredgald la define como "un estado de potencialidad restringida por detención del desarrollo cerebral, por lo cual la persona afectada es incapaz de madurar y adaptarse a su medio ambiente o a los requerimientos de la comunidad, para mantener una existencia independiente fuera de un apoyo por parte de la sociedad.

CAPITULO SEGUNDO

CLASIFICACION Y CAUSAS DE LA DEFICIENCIA MENTAL.

A) CLASIFICACION.

Son muchos los padecimientos que pueden causar deficiencia mental y existen también muy diversos grados de ella.

Los deficientes pueden clasificarse desde aspectos distintos para comprender el problema.

Tales son:

- 1) De acuerdo con el momento en que se produjo.
- 2) De acuerdo con el grado o intensidad de la deficiencia
- 3) De acuerdo con la enfermedad causal.

La clasificación de acuerdo con el momento en que la deficiencia mental se produjo en algunas ocasiones es imposible de lograr, pero es de mucha importancia en el aspecto preventivo.

No es fácil determinar en qué momento se presentó la causa productora del problema.

Generalmente existe una orientación en relación al tiempo, pero ningún síntoma aislado es indicativo del momento en que se produjo.

Esto no es posible ni aún en los hallazgos de autopsia. Tampoco se puede conocer el momento en que se produjo - por la conducta del deficiente.

De acuerdo a esta clasificación la deficiencia mental puede producirse debido a causas:

B) CAUSAS.

- 1) Hereditarias
- 2) Concepcionales
- 3) Durante el embarazo
- 4) Durante el parto
- 5) Durante los primeros meses o años de vida.

1) PADECIMIENTOS HEREDITARIOS.

La transmisión se hace por medio de los gametos por el padre o la madre, debido a que el trastorno está en los genes. Estos pueden existir en forma dominante, aunque los padres tengan sólo formas frustradas del padecimiento, y cuando no interfieran en la reproducción.

Se encuentran también en forma recesiva dependiendo de la existencia del mismo gen patológico en ambos padres.

Por esto existe peligro en los matrimonios -- consanguíneos o ligados al sexo.

Algunas enfermedades hereditarias por genes - dominantes que causan deficiencia mental son:

Corea de Huntington
Esclerosis Tuberosa
Distrofia Muscular Progresiva
Neurofibromatosis
Aracnodactilia
Acrobraquicefalia.

Enfermedades hereditarias por genes recesivos: ✓

Fenilcetonuria u Oligofrenia Fenilpirúvica
Microcefalia
Parálisis Cerebral Infantil
Ataxia de Friedreich
Retinitis Pigmentosa.

La herencia juega un papel muy importante en la epilepsia idiopática, ya que existen antecedentes de crisis convulsivas en familiares.

2) LESIONES PRODUCIDAS EN EL MOMENTO DE LA CONCEPCION. ✓

Este tipo de lesiones en muchos casos es difícil de distinguir de las lesiones hereditarias.

Tales son:

- 1) Trisomías: duplicación de un par cromosómico. ✓
 - a) El Mongolismo ✓
 - b) El Síndrome de Klinefelter
 - c) Las trisomías del grupo D. (cromosomas 13, 14 y 15) ✓
 - d) Mosaicismo.

- e) Trisomía del cromosoma 17, 18.
- 2) La ausencia de algún cromosoma:
 - a) Síndrome de Turner ✓
 - b) La enfermedad del maullido de gato.
- 3) Las mutaciones: en ocasiones indemostrables.

bles.

4) Las lesiones por agentes o sustancias tóxicas, tales como Rayos X, las radiaciones, el azul de tripano.

5) Los factores genéticos inespecíficos difícilmente demostrables, como la edad de los padres o la correlación entre coeficiente intelectual de los padres y los hijos.

3) LESIONES PRODUCIDAS DURANTE EL EMBARAZO.

Durante las primeras nueve semanas del embarazo, cuando se forma, el sistema nervioso es particularmente sensible a los agentes infecciosos o tóxicos.

Pueden afectar al producto trastornos en la irrigación placentaria, la oclusión vascular del cordón y trastornos metabólicos.

Las causas pueden ser:

- a) Virales: sarampión, rubeola, gripa, ictericia.
- b) Por bacterias: sífilis, tuberculosis.
- c) Por protozoario.

También por agentes teratogénicos: Rayos X, Rayos ultra violetas o sustancias similares.

4) LESIONES PRODUCIDAS POR TRASTORNOS DURANTE EL PARTO.

Anoxia.- Después de un número determinado de minutos sin aporte de oxígeno. Se calcula que el límite entre recuperación total y lesiones es de cinco minutos.

Lesión por hemorragia.- Se produce por la combinación de varios factores:

La desproporción fotopélvica.

Esfuerzos uterinos para la expulsión

Fractura del cráneo por el uso de fórceps.

5) LESIONES DURANTE LOS PRIMEROS MESES O AÑOS DE VIDA.

Pueden ser resultantes de infecciones, degeneraciones, traumatismos, asfixia o problemas metabólicos, que aparecen durante este período.

Se ha establecido que se debe hablar de deficiencia mental cuando la lesión aparezca antes de la adolescencia, - después se deberá considerar como demencia.

Este grupo de causas aumenta cada vez más ya que antibióticos y nuevas técnicas terapéuticas están conservando - la vida o evitando que sean mortales, aun y cuando dejen graves secuelas.

CAPITULO TERCERO

ASPECTOS DE LA DEFICIENCIA MENTAL.

ASPECTO MEDICO.

A) CAMBIOS ANATOMOFISIOLOGICOS EN EL CEREBRO.

La actividad cerebral se divide en tres grandes sistemas: el primero de ellos, el más primitivo es el encargado de las funciones viscerales; el segundo, -- sistema límbico se encarga de las emociones y de los aspectos subconscientes de la mente, y el tercero, sistema supralímbico, tiene su máximo desarrollo en el hombre y es el asiento fundamental de la inteligencia.

En la deficiencia mental son afectados en mayor grado los elementos supralímbicos.

En lo que respecta al tamaño, los cerebros de los deficientes mentales pueden ser en promedio más pequeños que los normales y en relación con su forma los cerebros de los deficientes mentales pueden ser: eumórficos, que sólo presentan anomalías microscópicas o no apreciables, pero sí demostrables, por ejemplo: los cambios en el EEG después de la encefalitis por parotiditis.

Otro grupo que tiene anomalías numerosas son los cerebros dismórficos, con anomalías macroscópicas.

Entre los cambios macroscópicos se distinguen

- 1) la franca disminución del tamaño.
- 2) Diversas malformaciones, como la falta de opercularización de la insulina de Reil.
- 3) Cambios notables en la forma y tamaño de los hemisferios.

Entre los cambios microscópicos pueden encontrarse:

- 1) Falta en el número de neuronas, así como alteraciones en el tamaño, aspecto, orientación y estructura.
- 2) Delgadez de la corteza cerebral.
- 3) Trastornos del metabolismo neural.
- 4) Defectos de mielinización de las fibras.

B) ORIGEN DE LAS LESIONES QUE PRODUCEN DEFICIENCIA MENTAL.

Las lesiones que producen deficiencia mental pueden tener tres orígenes distintos:

- 1) Falta de desarrollo, 2) Trastornos cicatriciales por asfixia, traumatismos o inflamación y 3) Trastornos metabólicos.

Todos estos orígenes se caracterizan porque son capaces de lesionar la corteza en forma extensa, más que intensa.

La lesión circunscrita a un sólo lugar, aunque sea muy grave no produce deficiencia, sino algún

trastorno localizado en el área correspondiente, por ejemplo: parálisis cerebral o hemiplejia, pero no causan disminución de la inteligencia.

En cambio las lesiones difusas, son la que ocasionan ésta.

Es así que la deficiencia mental debe ser considerada como un déficit global y no una lesión circunscrita de la corteza cerebral.

CAPITULO CUARTO.

ASPECTO PSICOLOGICO.

Desde el punto de vista de su posición ante la vida el deficiente mental puede dividirse en dos grandes grupos, que son:

Deficientes profundos, quienes son incapaces de comprender su propia deficiencia, por lo cual su visión del mundo es egocéntrica.

A este tipo de enfermos no les importa el mundo que los rodea, pero en ocasiones responden con angustia, agresividad, anorexia o pasividad ante conflictos entre sus deseos y las personas que los manejan.

El otro grupo es el de los deficientes medios y superficiales, los que se dan cuenta en forma semitotal de su deficiencia y quienes observan las diferencias en la forma en que son tratados en relación con sus hermanos y demás compañeros. Se caracterizan a menudo por la agresividad como respuesta a un medio hostil y exigente con ellos.

A) PROBLEMAS PSICOLOGICOS EN LA FAMILIA.

Ante la presencia del problema, la familia en donde existe un deficiente mental, se ha moldeado.

Esto es que en casos de enfermedades agudas - la familia no tiene ocasión de responder en forma típica, ya que se crea un estado de alarma y todas las fuerzas psicológicas se unen en un esfuerzo común ante la - emergencia.

Debido a que la amenaza desaparece antes de que el cambio psicológico se haga permanente el individuo y la familia regresan a su antigua forma de pensamiento.

El estado de alarma se presenta en los casos de enfermedades crónicas en un principio, pero como el padecimiento no evoluciona con rapidez, ya sea a la curación o - a la muerte, los miembros de la familia se van amoldando poco a poco ante la situación creada por el enfermo.

Cada uno de los miembros de la familia modifica su forma de vida y forma de pensar de acuerdo con su punto de vista ante la enfermedad.

En una familia en donde hay un deficiente mental surgen una serie de problemas psicológicos, por --- ejemplo las estadísticas señalan que a causa de estos - problemas el 16 por ciento de los matrimonios se ha divorciado y el 13 por ciento se ha separado.

RECHAZO.

La presencia de un niño anormal, representa - una dura prueba para un matrimonio, ya que se trata de un trastorno crónico, molesto, sin posibilidad alguna - de curación.

Además el cariño que los padres sienten hacia los hijos, les impide actuar libremente.

En los padres se crea un sentimiento de amor y rechazo, originándose una deformación en la personalidad aunque normal, con determinadas áreas muy sensibles y actitudes raras.

Se obtiene la normalidad cuando el problema del hijo anormal ha sido aceptado y se adapta una actitud realista frente al mismo.

Si predominan los sentimientos rechazantes se llegará al abandono, latente o manifiesto, y de manera inconciente, a la falta de interés por el estado del niño, a la indiferencia y hasta la negación del padecimiento del niño.

Cuando la situación amor-rechazo no es resuelto se pueden originar diversas situaciones.

SOBREPROTECCION.

También existe por parte de los padres de un deficiente mental, la tendencia a la sobreprotección, la cual se da en alta escala en nuestro medio.

La fijación emocional crea una dependencia y sobreprotección en el niño e impide dejar crecer al niño anormal.

Generalmente el padre o la madre hacen que su vida gire alrededor del niño sin tratar de ayudarlo, ni educarlo.

Los sentimientos de culpa del padre o la madre, o de ambos conducen al divorcio. Debido a la tensión emotiva a la cual están sujetos los padres, estos manifiestan trastornos psicosomáticos. También muy a menudo se presentan cuadros de neurosis en los padres, debido a que no hubo una personalidad previa resistente.

Un caso patológico ya, son las psicosis; pero para que esta aflora se debe a una condición patológica, existente anteriormente. El niño anormal viene a ser el factor desencadenante de esa condición pre-establecida.

Otro fenómeno, exagerado en sí es el homicidio suicidio, que es un hecho agresivo, ya sea hacia la propia persona, la pareja o el niño, como una explosión de los sentimientos de culpa, llevados al extremo. Esto sólo se presenta en muy escasos casos.

Para que un niño deficiente mental sea aceptado se requiere un alto grado de madurez, que involucra cierto grado de cultura, posición y preparación, por parte de los padres.

Sin embargo al encontrarse estos factores bajos o escasos en una gran población de matrimonios se encuentra poca aceptación de la deficiencia mental, incluso negación.

Muy recomendable es el tratamiento psicológico para los padres el cual puede ser por psicoterapia o terapia de grupo.

B) LA CONDUCTA.

El deficiente mental se ve afectado más en la calidad de su mente que en la cantidad.

Algunos aspectos son más afectados que otros, por ejemplo:

- 1) En la capacidad de planear su vida a largo plazo.
- 2) La relativa incapacidad de captar situaciones diversas.
- 3) La incapacidad de someterse a un sistema de moralidad por sí mismo.

Otras funciones están afectadas en grado mínimo, como el instinto sexual y el instinto de adquisición de poder.

Esta discrepancia produce varios de los fenómenos sociales observados desde tiempo atrás, como: la prostitución y los delitos menores.

La prostitución tanto femenina como masculina es frecuente entre los deficientes. Es común entre ellos tener relaciones sexuales promiscuas e hijos ilegítimos, así como cometer pequeños delitos, como robo.

Este es resultado de una organización cerebral defectuosa y no se trata de perversidad congénita.

Dado que los deficientes mentales son altamente sugestionables pueden adquirir fácilmente normas externas de conducta y teniendo un buen guía se les puede inducir con relativa facilidad a llevar una vida religiosa y moral.

La sexualidad está mucho más exaltada en los deficientes mentales, que en los niños e adultos normales, según los estudios de la generalidad de los investigadores, sin embargo hay una minoría que considera que el interés del deficiente por el sexo es superficial y poco duradero.

"En el caso del deficiente lo que ocurre es que no es capaz de tener el mismo disimulo como el niño normal y es fácilmente descubierto. Además la disminución menor que tiene la esfera sexual, en relación con otros aspectos, hace ver que su sexualidad está exaltada."

El deficiente roba particularmente por la incapacidad que tiene de distinguir lo bueno de lo malo, sumado a este su deseo de posesión el cual es precoz y está presentado aún y cuando se tenga gran pérdida de la inteligencia.

La influencia de la educación permite en muchos casos que el niño e adolescente confiese que ha robado y como espera un castigo desfraza el hecho, cuando tiene capacidad para ello, diciendo que encontró el objeto e que le guardó para que no se perdiera.

La conducta del deficiente mental regularmente se caracteriza por tendencias afectivas y en algunos casos por agresividad, según el trato e desenvolvimiento que el niño reciba.

Algunos padecimientos que ocasionan deficiencia mental caracterizan la conducta por imitaciones, actitudes, gestos y comportamiento inadecuados.

También depende de la forma en que sean educados - el que los deficientes presenten o no una conducta relativamente estable, pero por lo general tienden a la travesura negativa, algunos llevados por su hiperactividad son impulsivos y caprichosos.

El niño deficiente es muy a menudo un problema emocional de difícil solución para los padres y la forma en que le afronten es determinante sobre el desarrollo del niño.

La familia se da cuenta poco a poco de que el niño no se está desarrollando en forma normal por lo cual la madre empieza a presentar un sentimiento de fracaso y de culpa. La actitud que ella asuma va a repercutir en el niño, y cuando esta es hostil es percibida por él como frustración y aislamiento.

La conducta del niño va a ser hostil cuando se siente rechazado por los padres o las personas más cercanas que lo rodean, se va a volver inquieto, inseguro y hasta delincuente.

Se puede dar el caso también de deficientes mentales que tienen menor capacidad a causa de sus problemas emocionales que por su misma deficiencia.

CAPITULO QUINTO

ASPECTO SOCIAL.

Las sociedades de todos los tiempos han mantenido siempre un rechazo rotundo hacia quienes padecen la -- deficiencia mental, sin embargo y a diferencia de años atrás, por diversas causas la sociedad contemporánea, ha ido adaptando, y apenas empieza a hacerlo, un criterio que tiende a considerar al deficiente mental como a un ser más en una estructura social que requiere de -- atención, educación y del afecto de los demás.

Con todo y esto existe cierta resistencia a querer aceptarse como debiera ser la existencia de tal padecimien--te, como cualquier otro.

La sociedad ha tendido a privar a estos enfermos -- de los beneficios a que tienen derecho y se ha resistido a confiar en que puedan formar parte de la misma, ya que en muchos de los casos es difícil la adaptación del mismo.

Sin embargo y de acuerdo a los grados de deficien--cia, pueden llegarse a integrar en la sociedad o en la familia desempeñando algunas actividades por más sim--ples que sean.

Los factores culturales, sociales, económicos, familiares y emocionales de los padres y no sólo la condición del niño deben tomarse en cuenta para decidir el internamiento de un deficiente mental.

También el estado del niño, su índice de capacidades deben determinar y tomarse en cuenta para decidir cual será la atención que recibirá.

Esta puede ser de varios tipos, pues puede mantenerse al niño en instituciones privadas u oficiales en donde sea atendido y reciba el adiestramiento adecuado en caso de tener una deficiencia superficial o bien internarse en dependencias especiales o dejarlo en casa a cargo de maestros y especialistas que esten asesorando a los padres en la forma de educarlo controlarlo y dirigirlo.

La dificultad en el manejo del niño, los problemas de la conducta, las facilidades escolares existentes, el mejor aprovechamiento y otros factores más son los que determinan el internamiento.

En el aspecto intelectual los superficiales pocas veces necesitan ser internados, ya que su adaptación a la familia y el aprovechamiento escolar son generalmente adecuados, sin embargo cuando no se manejan adecuadamente pueden presentar una conducta difícil y provocar perturbaciones serias.

Los deficientes medios algunas ocasiones deben ser internados, cuando no haya facilidades escolares en la población, o cuando tengan problemas graves en los demás hermanos u otros familiares.

FACTORES ECONOMICOS:

A excepción de los superficiales y en algunos casos de los medios, el deficiente mental generalmente constituye una carga económica permanente para la familia y -- también con su sólo presencia , por las atenciones y cuidados que requiere disminuye las posibilidades de mejoría económica al impedir el empleo de la madre, ya que está -- generalmente se centra en su atención, e bien de los her-- manos.

CAPITULO SEXTO.

ASPECTO EDUCATIVO.

La educación de un deficiente mental tiene igual - importancia que la que se da a un niño normal y aunque los resultados sean aparentemente desalentadores, la - diferencia que hay entre el deficiente educado escolarmente y el no educado se puede apreciar claramente. Aún y cuando en los últimos años la educación de los de ficientes mentales ha recibido un gran impulso, todavía no se le da la importancia que tiene, y en muchos países aún no se ha alcanzado la saturación de este campo. Se ha establecido que un sistema completo de educación - especial para deficientes requeriría de una serie de - instituciones tales como:

- Una escuela de entrenamiento de maestros especialistas
- Un centro de diagnóstico para deficientes con servicios psicológicos agregados.

Pueden ser parte de los servicios hospitalarios comunes donde se podrían entrenar médicos y psicólogos.

- Escuelas especiales para niños deficientes mentales me dios.

- Clases especiales para deficientes mentales
- Guardería especializadas o escuelas para deficientes mentales profundos.
- Clases especiales y grupos organizados por padres de familia.
- Escuelas con internamiento.
- Centros de entrenamiento para adultos deficientes
- Talleres protegidos, para deficientes que mediante algunas técnicas de habilitación pueden desarrollar alguna actividad manual.

Esto es de acuerdo a una investigación realizada por Purcell y con él coincide Mario Ramos Palacios, de la Universidad Nacional Autónoma de México, en su libro "La Epilepsia en el niño".

Además esta estructura para ubicar el aspecto educativo se ha formulado en algunos países de América Latina como en México, adaptándose y estableciéndose algunas dependencias.

Se ha recomendado asimismo que no deben existir deficientes internados en hospitales, hospitales psiquiátricos y otras organizaciones e instituciones de este tipo.

La tendencia actual se encamina a la creación de pequeños centros regionales con un sistema de centros educativos con un programa de conducta individual.

Las escuelas especiales deben contar con servicio médico. Entre los diferentes problemas tan simples como la necesidad de usar anteojos, o tan complejo como la presenta-

ción de crisis epilépticas con la lectura, requieren un internamiento y una evaluación muy cuidadosa.

TECNICAS.

Hasta la actualidad han sido creadas un gran número de técnicas, las cuales son aplicables en las escuelas o instituciones de educación especial y algunas de ellas tienen la finalidad de adaptar, habilitar a los niños o desarrollar alguna de sus facilidades de acuerdo al tipo de deficiencia presentada.

Las técnicas o los programas adecuados para la educación especial implican desde entrenamiento especial para la coordinación motriz, equilibrio, velocidad, fuerza, carrera, hasta incluir aspectos artísticos manuales etc.

Esto se realiza con el uso de material especial.

Es característica en los niños deficientes, ser sucios, sobretodo por defecto de la enseñanza. Mediante la higiene personal, la repetición constante del aseo personal (manos, dientes, nariz, etc.), se llega a formar hábitos adecuados de higiene.

A una institución de educación especial asisten a ser entrenados niños cuyo retraso les origina problema de aprendizaje y conducta, ya que es lo que generalmente presentan niños cuya deficiencia es media o bien cuyos C.I. están entre 60 - 85 e incluso más bajos.

Para los padres es difícil aceptar o decidir que estos niños deban ir a una escuela especial, cuya enseñanza es totalmente variable a la normal, sin embargo representa un avance y un aliciente para el desenvolvimiento de la vida de los deficientes contar con una estructura educativa que les abra las puertas para una mejor adaptación al medio.

Se han llegado a crear también en nuestro medio -- escuelas para adolescentes, en donde son instruidos -- mediante entrenamiento previo, en artes manuales, oficios y diversas actividades productivas, los que les reditúa un beneficio, para bastarse a sí mismos.

CAPITULO SEPTIMO

TRATAMIENTO DE LA DEFICIENCIA MENTAL.

El criterio médico en general nos lleva a la con-
clusión de que la deficiencia mental no puede ser tra-
tada, a pesar de que existen tratamientos y procedi-
mientos para prevenir la presentación de la misma.
Existen medicamentos que tienen algún valor por los -
efectos que producen en estos padecimientos, pero hay
otros que dan resultados negativos.
Hay algunos que se consideran como auxiliares, que de-
ben anexarse a los demás.

La deficiencia mental no tiene curación alguna, -
incluso este término no puede ser ni siquiera empleado
para indicar las posibilidades del tratamiento.
Los tratamientos aplicables en la deficiencia mental -
vienen siendo, médico, quirúrgico, psicológico y peda-
gógico.

Debido a que no sólo existe retardo intelectual, -
sino de toda la estructura mental, con una desadaptac-
ción desorganizada, además de otros problemas, el tra-
tamiento médico debe enfocarse hacia diversos puntos -
de vista, tales como:

- el control de las crisis convulsivas y de la disritmia cerebral en los casos en que se presentan
- Medicamentos para mejorar la capacidad intelectual
- Energetizantes
- Ataráxicos y tranquilizadores
- Tratamiento etiológico de ciertos padecimientos.

Muchas veces los medicamentos anticonvulsivantes que desaparecen las crisis convulsivas permiten al niño su asistencia a la escuela, ya que en todos los deficientes, las crisis convulsivas ocasionan una disminución de su rendimiento.

Hay algunos padecimientos que pueden ser tratados quirúrgicamente, sin embargo siendo la deficiencia una carencia, poco puede hacerse desde este punto de vista.

TRATAMIENTO QUIRURGICO.

El tratamiento quirúrgico puede aplicarse en los siguientes padecimientos.

- en la derivación del exceso de líquido cefalorraquídeo
 - en la craneostenosis total
- La hemisferotomía es otro tipo de tratamiento quirúrgico que se utiliza en la Parálisis Cerebral Infantil de tipo rigidez, la cual convierte en flacidez.
- También la craneotomía descompresiva o sea que cuando los tumores se encuentran en sitios inoperables la operación evita la atrofia cerebral.
 - Se ha utilizado también la lobotomía transorbitaria

.para modificar la agresividad de los deficientes mentales.

Mediante esta puede modificarse favorablemente y hacer posible la convivencia de un deficiente mental, antes excesivamente agresivo o hiperactivo, bien lo hace -- más sensible a los medicamentos.

Del tratamiento educativo se habló ya en el punto anterior a este y el psicológico es aplicable en la mayoría de los casos.

Como parte del tratamiento psicológico el niño deficiente debe estar rodeado de afecto y sentirse aceptado como parte de la familia o de un grupo ajeno a ella

De esta forma, rodeado de afecto y siendo manejado con paciencia y estimulado psicológicamente el niño va a tener un sentimiento de seguridad y se va a -- sentir protegido, lo cual contribuye a un desarrollo estable de la personalidad, y la conducta.

CAPÍTULO OCTAVO.

FACTORES QUE IDENTIFICAN LA DEFICIENCIA MENTAL.

La deficiencia mental se manifiesta en muchos niños desde el primer año de vida, dependiendo del padecimiento y los rasgos que lo identifican.

Hay manifestaciones de inferioridad biológica o de las -- secuelas de procesos traumáticos o inflamatorios anteriores en el sistema nervioso central. Los signos de inferioridad biológica son las anomalías en el cráneo , como la microcefalia, la oxicefalia o cráneo en forma de torre, la hidrocefalia, el cráneo esférico del mongol y la asimetría del cráneo.

Otros de los rasgos que caracterizan la deficiencia mental son las asimetrías de la cara, las malformaciones del oído externo, las anomalías del ojo, las deformidades en la nariz, los labios gruesos, la mandíbula hundida, -- los dientes imperfectos y las malformaciones del paladar.

La deficiencia mental viene a advertirse desde que -- el niño es un bebé recién nacido, en el retardo del desarrollo de las funciones fisiológicas, psicológicas o sociales.

000052

Los primeros indicios de la deficiencia en el niño recién nacido son la ausencia del reflejo de succión, la ausencia del reflejo del Moro, así como los reflejos de prensión, y la ausencia de llanto — como respuesta a los estímulos de dolor. También se presenta en algunos casos incapacidad para cerrar los párpados y falta de la contracción de las pupilas. Se ve que el niño tiene dificultad para mamar y se — observa después que hay dificultad y retardo en el — inicio del uso del aparato motor, en comparación con — la etapa normal de maduración.

El grado de inteligencia se indica por la edad en que el niño empieza a hablar, por el tipo de articulación que da a las palabras, si es clara, si arrastra las pa labras, así como la extensión de su vocabulario .

El niño normal habla generalmente ya algunas palabras — a la edad de un año y articula las palabras correctamen te entre los tres y cuatro años.

CAPITULO NOVENO

PRUEBAS QUE SE UTILIZAN EN DEFICIENCIA MENTAL.

Algunas pruebas fueron diseñadas para deficientes y existen para todas las edades, como los "baby tests" para pre-escolares, adolescentes y adultos.

Las pruebas para determinar el grado de inteligencia y ubicar al deficiente mental de acuerdo a sus capacidades incluyen aspectos de ejecución, verbal y hay otras que cubren los aspectos motores, sensoriales etc.

El psicólogo debe hacer la selección de las pruebas — que aplicará basandose en las condiciones y la conducta del niño.

ESCALA WECHLER DE INTELIGENCIA.

Esta compuesta de dos escalas, una verbal con los sub-tests, información, comprensión, semejanzas, retención de dígitos, aritmética y vocabulario. La escala de ejecución la integran los sub-tests , complementación de figuras, ordenamiento de figuras, diseño con cubos, ensamble, código y laberintos. Dependiendo de la capacidad del niño pueden aplicarse unicamente algunos de los subtests.

Esta prueba nos va a dar resultados de CI verbal, CI de ejecución y CI global.

PRUEBAS DE BINET

Estas consisten en una serie de reactivos para - cada edad, verbales o de ejecución y para cada edad hay un determinado número de preguntas.

Terman y Merrill revisaron en 1916 la escala Binet y - Simon e hicieron algunas correcciones, aumentando hasta 90 pruebas en niveles desde dos años hasta adultos. Las pruebas comprenden la colocación de figuras geométricas en un tablero sencillo, también el niño debe reconocer objetos sencillos, repetir cifras, copiar círculos , así como solucionar problemas aritméticos, dependiendo de la capacidad que demuestre para hacerlo.

En 1937 aumentó a dos escalas, la L y la M y a 129 pruebas .

En 1960 se hizo una nueva revisión condensandose las -- dos escalas y se dieron resultados en edad mental y CI.
ESCALA DE EJECUCION DE GRACE ARTHUR.

Esta prueba se diseñó especialmente para niños con alteraciones en el lenguaje y está integrada por cinco - sub-pruebas, que son:

- a) Cubos de Knox, el niño debe golpear un determinado - número de cubos que estan dispuestos en una tira de madera, (cuatro cubos) en el orden en que el examinador lo hace.
- b) El tablero escabado de Seguin.- que consiste en un - tablero con diez figuras geométricas diferentes que el niño debe colocar en su lugar correspondiente.

- c) Los diseños con esténciles: Estos son tarjetas de -- colores, perforadas en diferente forma, con las que -- colocando varias, una sobre otra en determinado orden reproduce los diseños que se le dan.
- d) El completamiento de dibujos de Healy.- que consiste en diez diferentes dibujos con situaciones cotidianas a los que les falta una parte que el niño debe elegir entre sesenta posibles.
- e) Los laberintos de Porteus. Dibujos de laberintos, ca vez más complicados.

Los resultados se expresan en años y meses mentales y pueden convertirse en CI.

También dentro de las pruebas no verbales están la es-- cala de ejecución de Pinter-Paterson, el Test no verbal de Pinter, la Forma no verbal de SRA de McMurray, el -- test de Habilidad General de Flanagan, el Test de Matrices Progresivas de Raven, el dibujo del la Figura Humana de Goodenough, etc.

Para bebés existen test infantiles para saber si se está desarrollando adecuadamente, tales pruebas son las de -- Cattel, la prueba de Bühler, Gesell y otras.

ESCALA DE DESARROLLO DE GESELL.

Esta es una de las pruebas más usadas basándose en el desarrollo neurológico en forma paralela a su desa-- rrollo intelectual, o sea que la maduración debe ser -- simultánea en ambos aspectos.

Gesell califica en su prueba, cuatro aspectos - fundamentales, estos son:

- La esfera motriz, o sea desde el movimiento simple- del pateo hasta la marcha y los movimientos finos
- La esfera verbal, aquí se investiga la adquisición - del lenguaje, su calidad y riqueza.
- La esfera personal-social, investiga los procesos de la relación de su persona con el medio ambiente, des de la sonrisa espontánea hasta la manera de pedir y dar las cosas.
- La esfera adaptativa, investiga cómo el niño acepta situaciones nuevas; esto es desde como reacciona ante una sonaja hasta construir modelos con dados e repetir números.

El examen se hace por edades clave y existen niveles de maduración.

Los resultados se expresan en edad de maduración y coeficiente de desarrollo . Califica desde las cuatro semanas de nacido hasta los 42 meses.

PRUEBAS PARA PRE-ESCOLARES.

Estas pruebas incluyen los conceptos de las pruebas tipo Binet y los tests infantiles; son entre ellos, el Merrill Palmer, la escala Pre-escolar de Minnesota ambas incluyen escalas verbales y de ejecución y califica niños de dos a cinco años y sus resultados se dan edad mental y CI.

OTRAS PRUEBAS PSICOMETRICAS.

También existen pruebas para determinar habilidades e aptitudes, sin embargo en el caso de la deficiencia mental son más importantes aquellas que midan el aprendizaje, para lo cual se cuenta con pocos elementos. Esta por ejemplo, la prueba de Andre Rey que consiste en cuatro tablas cuadradas con nueve pivotes cada una, todos estan sueltos menos uno, que en cada tabla está en diferente lugar, el niño debe aprender cuál es y -- mediante ensayo y error debe levantar las cuatro tablas tomándolas del pivote que está fijo.

PRUEBAS PROYECTIVAS.

La aplicación de este tipo de pruebas resulta difícil en este tipo de niños aún y cuando hay niños neuróticos y psicóticos entre los deficientes. Practicamente el diagnóstico de personalidad se basa en la conducta mostrada por el niño y en la entrevista dirigida.

Para medir la maduración perceptiva en los niños, es aplicable el Test Gestáltico Visomotor de Bender, lo que también es un buen instrumento proyectivo, para los adultos.

CAPITULO DECIMO.

ENFERMEDADES QUE PRODUCEN DEFICIENCIA MENTAL MAS FRECUENTES.

1) CONVULSIVANTES.

EPILEPSIA:

La epilepsia es el más común de los trastornos del sistema nervioso en los niños (el 28.13 por ciento) y es el más frecuente diagnóstico en la consulta neurológica.

La frecuencia entre la población es de 10 a 15 por mil y entre los deficientes mentales es de 15.4 por ciento y la frecuencia con que se presenta la deficiencia es de 27.63 por ciento.

Es un síndrome crónico caracterizado por la presentación ocasional o periódica de episodios repentinos de pérdida de la conciencia, convulsiones u otras manifestaciones de hipersincronismo de un grupo de neuronas.

ETIOLOGIA:

Las crisis principian generalmente en los primeros tres años de vida. La gran mayoría de los casos de epilepsia, son idiopáticos, (del 75 al 80 por ciento).

Entre los factores importantes para la presentación -

de la epilepsia , está la herencia.

Son muy numerosos los padecimientos que pueden -
causar crisis convulsivas que a la vez pueden dar ori-
gen a la deficiencia mental.

Las causas de epilpesia sintomática o adquirida -
pueden ser:

1) Congénitas:

Aplasia cerebral

Traumatismo del parto

Sífilis congénita, rubeola y toxoplasmosis

Idiocia congénita

Hemiatrofia cerebral

Esclerosis difusa

Incompatibilidad sanguínea, factor Rh.

2) Degenerativas:

Atrofia lobular

Degeneraciones cerebrales, encefalitis

3) Inflamatorias:

Encefalitis epidémica

Meningoencefalitis

4) Vasculares:

Trombosis, hemorragia y embolia cerebrales

Aneurismas cerebrales

5) Traumáticas:

Contusión y heridas cerebrales

Cicatrices cerebrales

6) Tumorales:

Angioma de Sturge-Weber

7) Intoxicaciones:

Plomo.

La epilepsia puede clasificarse en:

Gran mal: tónico-clónico, tónico, clónico, amiotónico.

Pequeño Mal: Tónico (espasmo infantil), clónico o mio-clónico (periódico o esporádico), amiotónico, ausencia, vegetativo.

GRAN MAL.

Esta es la única forma reconocida por la gente común como epilepsia.

Antes del ataque se presenta la aura, sensación o actos que indican que va a producirse un ataque apareciendo minutos u horas antes de él. También indican el foco-epileptógeno o el primer lugar capaz de dar sintomatología. Puede ser visceral, sensitiva, psíquica, psicomotiz, hipotalámica, visual, laberíntica, del lenguaje o inclasificable.

Los movimientos tónico-clónicos- en el momento en que se propaga la onda epiléptica a toda la corteza, se presentan tres fenómenos simultáneos.

1) pérdida del conocimiento

2) Contracción de todos los músculos.

3) Pérdida del equilibrio y caída, seguida de contracciones clónicas durante pocos minutos, con espuma sanguinolenta en la boca, ya que por las mordeduras -

de la lengua la espuma se tiñe de sangre, también hay cianosis, (perturbación de la respiración).

Al desaparecer las contracciones se relajan los esfínteres con micción y evacuación involuntaria y el paciente queda en estado de coma durante 5 a 15 minutos. Después se recupera poco a poco quedando confuso y somnoliento durante algunas horas. La recuperación tarda hasta días, sobre todo en los niños deficientes mentales.

PEQUEÑO MAL.

El pequeño mal, tipo ausencia, se caracteriza por crisis generalizadas, no convulsivas. El niño suspende lo que está haciendo y prescinde de la conciencia durante segundos, queda estupefacto y luego continúa con lo que estaba haciendo, algunas veces hay movimiento de los párpados, brazos o cuello.

El pequeño mal mioclónico: se caracteriza por contracciones pequeñas en diferentes grupos musculares, esporádico o de repetición periódica.

El pequeño mal amiotónico, es la caída brusca, con pérdidas muy breves del conocimiento.

Las crisis tónicas: la contracción dura hasta un minuto.

En las crisis clónicas, exclusiva de los niños, los movimientos son generalizados, con pérdida del conocimiento.

Crisis amiotónicas: También se presentan sólo en el

niño , y hay pérdida del conocimiento, falta de tono y movimientos.

Un numeroso grupo de epilépticos presenta deficiencia mental en grado variable, que perdura aún después de haber desaparecido las crisis ya que las lesiones que ocasionan la epilepsia pueden producir al mismo tiempo deficiencia mental.

2) DEGENERATIVAS.

PARALISIS CEREBRAL INFANTIL.

Este padecimiento se presenta con una frecuencia de 4 por mil habitantes y tiene una frecuencia entre los deficientes mentales, del 6 al 16.7 por ciento.

La PCI es un síndrome neuromuscular causado por una lesión de los centros motores del cerebro o cerebelo. No reconocen una etiología común.

Los síntomas principales son la espasticidad, atetosis, ataxia o flaccidez.

ETIOLOGIA: Es un padecimiento muy frecuente y tiene predominio sobre el sexo masculino, (58) por ciento.

Penrose cita que entre las múltiples causas que pueden producir parálisis cerebral, están los factores hereditarios, demostrado por la influencia de la consanguinidad de los padres.

También los traumatismos durante el embarazo, maniobras abortivas, infecciones o intoxicaciones serias

alcoholismo en los padres, parto anormal, parto prematuro, maniobras obstétricas, asfixia así como encefalitis y meningitis y accidentes vasculares durante los primeros seis meses de vida son factores que pueden producir la PCI.

La Parálisis Cerebral Infantil presenta cinco formas clínicas que son:

- 1) Espástica
- 2) Hipotónica o atónica
- 3) Hipercinética
- 4) Atáxica
- 5) Falta de destreza congénita

La forma espástica es causada por lesiones degenerativas de la corteza cerebral y sus formas clínicas son:

La hemiplejía espástica, la lesión se encuentra en un hemisferio y la sintomatología en los miembros del lado opuesto.

La diplejía espástica congénita o enfermedad de Little Triplejía.

Cuadriplejía, y otras.

Un problema común que presentan los paralíticos cerebrales es la dificultad en el lenguaje, pero en algunos casos no existe aunque la comprensión sea perfecta.

Un 20 por ciento de los paralíticos cerebrales son deficientes mentales y otra cifra igual da la impresión de serlo, llamándose falsos deficientes.

TRATAMIENTO:

El tratamiento que se puede aplicar a los paralíticos cerebrales comprende el tratamiento médico, quirúrgico, ortopédico, fisioterápico, psicológico y pedagógico.

SINDROME DE DAWN (MONGOLISMO).

La frecuencia entre la población de este padecimiento es de 2 a 3 por 1000 nacimientos y la frecuencia con que se presenta la deficiencia mental es de 100 por ciento .

Es un padecimiento congénito con deficiencia mental y características con facies que recuerdan a individuos de la raza mongólica, causado por un defecto cromosómico, la trisomía del par 21-22, (grupo G).

ETIOLOGIA:

Se desconoce el mecanismo productor sin embargo - se sabe que se debe a la trisomía o anomalía del par 21-22, y no sólo se ha encontrado la duplicación de este par, sino de otras duplicaciones asociadas, Klinefelter y Turner.

Se tienen sospechas de que se produce a través - del óvulo, ya que la edad de las madres influye en la producción del trastorno, por lo que tienen 30 veces mas de probabilidad de tener un niño mongólico, las - madres maduras.

La sintomatología del mongoloide es la deficiencia mental claramente apreciable, cráneo pequeño arredondado, retraso en el cierre de las fontanelas.

También frente aplanada, desarrollo menor de la cara, huesos nasales, maxilares y diámetro sagital del cráneo muy corto; ojos oblicuos con aberturas palpebrales pequeñas y almendrados, iris moteado, estrabismo en el 28 por ciento de los casos, nistagmus, manos cortas y anchas, dedos iguales en tamaño con pliegues en la base, mano en tridente, pliegues palpebrales, pestañas escasas, pliegues continuos en la palma de la mano y triradius. Penrose opina que existe en todos los mongólicos y que tiene una mayor frecuencia en los familiares del mismo.

Otros de los rasgos del mongólico son el dedo meñique corto y doblado hacia adentro, algunos hiperflexibilidad de las articulaciones, labios secos, boca abierta, lengua saliente debido al poco tamaño de la cavidad bucal, la lengua escrotal, dientes malformados, piorrea alviodontaria frecuente, orejas pequeñas, muy bajas con deformación del antihélix y del trago.

Presenta también defectos cardíacos, casi siempre perforación interventricular, su estatura es pequeña, obesidad frecuente, pelo áspero y escaso. Entre otras características presentan infantilismo sexual, pie plano, hipertrofia de los grandes labios y clítoris, desarrollo rudimentario de la vagina y el útero, piel áspera y seca, pies cortos pequeños, amenorrea y dismenorrea, casi siempre son estériles.

En su estado mental el mongólico presenta trastornos del carácter, en el 25 a 50 por ciento, inestabilidad psicomotriz, impulsividad, son agresivos, negativos, opositoristas y el resto son afables, cooperadores y dan la impresión de ser más inteligentes de lo que en realidad son.

La mortalidad es elevada en el primer año de vida, así como a lo largo de la misma, seis veces más elevada que los deficientes mentales no mongólicos, y en relación con los niños normales 52 veces más.

TRATAMIENTO:

No existe tratamiento específico, ya que el mongolismo debe tratarse únicamente por la deficiencia mental.

C O N C L U S I O N

En el desarrollo de este tema se ha tratado de exponer los diversos aspectos en que se ubica el padecimiento de la deficiencia mental, desde su etiología, clasificación, desarrollo, tratamiento etc.

Es indudable que en la actualidad las causas que provocan la deficiencia del funcionamiento del sistema nervioso central por la atrofia en la corteza cerebral están situadas en una correcta clasificación, en el aspecto médico.

Apreciamos sin embargo, que en el aspecto social y educativo de este padecimiento no hay aún una congruencia y aceptación que reafirme la importancia que requiere la educación, rehabilitación y adaptación del deficiente al medio en que se desarrolla.

Con todo y los avances culturales todavía se encuentra la problemática de rechazo y aislamiento de estos enfermos.

Desde el punto de vista de la educación especial que los deficientes requieren, así como la atención, en la actualidad se tienen ciertos adelantos que permiten que el deficiente viva en un medio propio de acuerdo a sus limitaciones, como muchos autores lo han citado.

Con esto consideramos que el trato, la atención y consideración apropiadas que estos niños deben tener desde su nacimiento cada vez más con más considerados y desarrollados, lo que sin duda repercutirá ex un, sino "sano desarrollo" en un "adecuado desenvolvimiento, si se toma en cuenta el nivel de adaptación y capacidades del infante en su medio familiar y extorno.

Tanto la familia, como la sociedad tienden aún a rezagar al niño deficiente a un plano secundario, sin embargo con la apertura e institucionalización de de--pendencias especiales de educación, que cada vez de extienden más, se está llegando a un mayor grado de aceptación del padecimiento; labor que bien puede estar a cargo de psicólogos, maestros, médicos etc, en un plano multidisciplinario mediante la información de esta anormalidad, aunque sea en forma general, pero que ubique a los padres o parientes.

Esto a su vez contribuirá a atenuar los sentimientos de culpa de la madre y la problemática y conflictos provocados por la angustia de la pareja o la familia -- por la presencia de un hijo anormal, disminuyendo por ende los problemas psicológicos desencadenados por tal motivo.

A esto se puede añadir la importancia y repercusión de la medicina preventiva, comprendida en esta la información u orientación concerniente, así como tratamiento como una medida de prevención o para evitar este proble

ma en los casos que pueda ser evitable.

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

- CROME L., J. Stern, "Patología del Retraso Mental",
Editorial Científico Médica, Barcelona -
1972.
- LEMUS A. Luis "Manual de la Evaluación del Rendi-
miento Escolar." Publicaciones Culturales,
S.A., La Habana, Cuba 1963.
- OTIS W, Stuart, A.C. "Then and Now in Education", --
Yonkers World Book Co.
- YAKOVLEV, Paul "Anatomy of the Human Brain and the
problem of the Mental Retardation", Grund --
and Stratton, New York 1955.
- PENROSE, Lionel S. "Biología del Deficiente Mental",
Grund and Stratton, New York.
- DASSEN, Rodolfo y Fustinoni, Oswaldo, "Sistema Ner-
vioso", Biblioteca de Semiología, El Ateneo,
Buenos Aires,
- RAMOS, Contreras, "Deficiencia Mental", Problemas en
Pediatría, Ediciones Médicas del Hospital In-
fantil. México, 1963.
- 110

Universidad Autónoma de Nuevo León

**Biblioteca Universitaria Raúl Rangel Frías
Recomendaciones de Libro Alquilado**

1. Este libro se alquila sólo por un semestre o un período escolar. Ten siempre presente la fecha de vencimiento del alquiler.
2. Recuerda que si no devuelves el libro a más tardar en la fecha de vencimiento, *deberás pagar un multa por cada día de retraso, incluyendo sábados, domingos, días festivos y períodos vacacionales.*
3. Cuida muy bien este libro. Recuerda que *el maltrato, la mutilación o el extravío de este material causan multa.*
4. Si extravías este libro, te recomendamos reportar esta situación con nosotros antes de la fecha de vencimiento del alquiler.
5. Cuida la integridad y visibilidad de la etiqueta, el código de barras y los sellos de este libro. Su pérdida o maltrato se considera daño físico al libro y ocasionan multa.
6. Por favor *nunca subrayes este libro.* El subrayado se considera maltrato, y por lo tanto causa multa.
7. Si lo deseas, puedes forrar este libro. Sin embargo, comunícate antes con nosotros, para indicarte cuáles son los materiales autorizados y las maneras como debes forrarlo.
8. Recuerda nuestro teléfono para cualquier duda, notificación o comentario:
83 29 40 90, extensión 6522.

MULTAS VIGENTES:

SEMESTRE FEB.-JUL / AGO.-ENE. Y
VERANOS

Por cada día de retraso: \$ 10.00 ,M.N.
Maltrato: \$ 50.00 ,M.N.
Extravío: \$ 100.00 ,M.N.

