

T. T. 5
003

1

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL

Tesis

"Importancia de la labor del Trabajador Social en la
problemática del Retardo Mental".

RECTOR: Dr. Wulfran Rippoll Merlano

DECANA: Lic. Luz Amalia Trujillo de Berrio

SECRETARIA ACADEMICA: Lic. Carola Herrera de Julio.

1.976

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL

Tesis

"Importancia de la labor del Trabajador Social en la problemática del Retardo Mental".

ALUMNAS: Maria Eugenia Olier Iglesias

Matty Trucco Puello

Beatriz Margarita Vargas Cuadrado

Presidente: Lic. Isabel Pérez de Bula

Asesora: Dra. Lilia Flórez Cortecero

112198

SCIB
00020518

T
362.713
83

INTRODUCCION

Debido a que existen problemas de aprendizaje y pseudo retardo ocasionados por causa de orden social, por problemas de organos de los sentidos, por desnutrición, y deprivación afectiva, es necesario ser muy cautos en calificar como Retardo Mental fenomenos que no lo son y que con un adecuado mejoramiento en el medio ambiente y de las condiciones generales de la educación pueden corregirse.

Consideramos indispensable establecer sistemas de información que permitan identificar las características del problema y su cuantía y los recursos disponibles para hacerles frente en la comunidad de Cartagena. Para detectar adecuadamente el Retardo Mental tendremos en cuenta los siguientes aspectos:

- Niños con diagnóstico médico y psicológico de Retardo Mental.
- Niños expulsados del colegio por bajo rendimiento.
- Niños con avanzado grado de desnutrición lo que supone un deterioro total.

Lo anterior destaca la importancia de tomar datos familiares y de ambiente en cada caso particular.

Para el diagnóstico adecuado y tratamiento de menores limitados mentales (retardo mental) es especialmente necesaria la colaboración de otras disciplinas como son: Pediatría, Neurología, Psiquiatría, Psicología, Especialista en organos de los sentidos y Trabajo Social ya que debe hacerse una evaluación integral del individuo.

Consideramos fundamental el aporte que puede hacer el Trabajador Social tanto en el diagnóstico inicial como integral porque a través de la Metodología del Trabajo Social estamos en capacidad de conocer e interpretar las condiciones en las cuales se ha desarrollado el niño y el

potencial y dinámica de la familia como parte integrante del proceso educativo. Ya que un menor retardado mental tiene mayor necesidad de protección que los menores llamados normales de una comunidad; además tendremos en cuenta que en nuestro medio la casi totalidad de menores con retardo mental son rechazados por la familia y la sociedad y son causa de conflictos intrafamiliares.



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El Retardo Mental se presenta en los siguientes niveles:

- Retardo Mental Profundo o Pre-vocacional
- Retardo Mental Entrenable
- Retardo Mental Educable

Según datos estadísticos obtenidos en relación a este problema el 3% de la población entre los 0 y los 18 años, presentan retardo mental en los grados antes mencionados dando un total aproximado de 230.000.

Debido a lo anterior vamos a realizar un estudio en el Instituto de Rehabilitación del Rosario, donde han sido remitidos niños que por sus continuos fracasos escolares o por la observación directa del maestro han sido clasificados como retardados mentales.

Para en esta forma y mediante un cuestionario conocer que clase de relaciones y actitudes adopta la familia para con estos individuos.

DELIMITACION FORMAL:

a) Espacio:

Este estudio se llevará a cabo en el Instituto de Rehabilitación del Rosario de la ciudad de Cartagena. Esto se hará a partir de que se ebe el proyecto.



b) Tiempo:

Abarcará el periodo comprendido entre el mes de Octubre de 1975 a Mar-

zo de 1976.

DELIMITACION MATERIAL:

Esta investigación abarca los siguientes aspectos:

- Medicina General y Especializada; campo Psiquiatrico, especialmente en que se refiere a tratamiento y ayuda Psicoterapeutica a los padres y niños.
- Psicología: porque esta disciplina permite determinar las posibilidades y limitaciones educativas del niño en la iniciación y desarrollo de todo el proceso educativo.
- Trabajo Social, porque contribuye con el estudio y Diagnóstico al tratamiento del Retardado Mental, integrando la dinámica familiar en el proceso educativo.

OBJETIVOS GENERALES:

Darle a conocer a la Comunidad la importancia que tiene el aspecto social en el tratamiento de menores retardados mentales.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Detectar el retardo mental en la edad pre-escolar.
- Promover el respeto, compañerismo y comprensión de los niños normales para con estos niños.
- Hacer que el equipo profesional considere fundamental el aspecto social para conocer y diagnosticar el retardo mental y alcanzar las metas de tratamiento.

HIPOTESIS:

1. "Consideran los psiquiatras y el personal especializado las relaciones familiares como medio a traves del cual se pueden establecer metas de Tratamiento".
2. "Cumple realmente la familia la parte del Tratamiento que le indica

el Terapeuta?".

3. "Los menores con Retardo mental son causa de conflicto intrafamiliares?".

4. "Cómo afecta a los retardados mentales el hecho de recibir educación especializada?".

METODOLOGIA:

Para efectos de nuestra investigación, realizamos una encuesta por muestreo, para en esta forma, conocer qué clase de relaciones y actitudes adopta la familia con sus hijos retardados mentales.

Debido a lo anterior, hicimos un estudio en el INSTITUTO DE REHABILITACION DEL ECOSARIO, donde han sido remitidos niños que por sus continuos fracasos escolares, la observación directa del maestro o por un diagnóstico médico, han sido clasificados como tales.

Tomamos un universo de 100 familias, quienes son los usuarios más frecuentes de dicho Centro.

En relación con el cuerpo interdisciplinario relacionado con esta problemática, tomamos un universo de 30 personas, a quienes se les aplicó un segundo cuestionario.

DEFINICIONES CONCEPTUALES:

Qué es Retardo Mental?

Funcionamiento intelectual que en general es inferior al promedio, que se origina durante el periodo de desarrollo y se asocia a alteraciones de uno o varios factores: 1) maduración, 2) aprendizaje, y 3) adaptación social.

Qué es Edad Mental?

Edad a la que corresponde el desarrollo intelectual del niño comparado con un niño normal; noción creada por Binet.

Débil Mental:

Deficiente. En el plano mental, retraso sensible en comparación con otros niños normales, debido no a la educación, sino a una falta de inteligencia. Se pueden distinguir: Débiles ligeros, Medios y Profundos.

Cociente Intelectual:

Relación entre la edad mental y la edad cronológica del niño. Noción creada por Stern, en 1912.

Reeducador:

Especialista de los problemas educativos en cuanto a problemas particulares de adaptación, inaptitud, etc.

Neuro-psiquiatra (infantil):

Médico especialista de las enfermedades del sistema nervioso y del psiquismo (del niño). Esta especialidad desborda los límites de la pediatría la sociología y la psicología.

Psicólogo:

Especialista de los problemas del espíritu y del comportamiento. Actualmente los psicólogos se dedican, sobre todo, a medir las aptitudes.

Psicomotricidad:

Relación e interacción entre el psiquismo y la función muscular.

Psicoterapia:

Tratamiento de las enfermedades, especialmente de los nervios, por la sugestión o persuasión y demás agentes psíquicos.

Transferencia:

Consiste en el desplazamiento hacia el terapeuta de sentimientos cariñosos (transferencia Positiva) u hostiles (Transferencia Negativa) procedente de relaciones anteriores del cliente.

Conflicto:

Choque entre dos o más impulsos o deseos opuestos o entre el puro instinto y las varias fuerzas psíquicas que tienden a modificarlo.

Estudio en Trabajo Social:

Es la primera parte del proceso de ayuda y se refiere a la recolección de datos, abarca aspectos del cliente que son: físico, social psíquico y situación actual.

Diagnóstico en Trabajo Social:

Es el elemento de interpretación de los datos del estudio. Es una síntesis entre la teoría y la práctica.

Tratamiento en Trabajo Social:

Es cuando el Trabajador Social trata de resolver los problemas del cliente utilizando sus propios recursos y los recursos de la comunidad.

Madurez Escolar:

Se hace referencia a aquel nivel de desarrollo en la constitución corporal, espiritual y anímica del niño, necesaria para llevar a cabo, con éxito las exigencias de la escuela.

9

PLAN DE TRABAJO

CAPITULO I.

DESARROLLO Y CRECIMIENTO DEL NIÑO NORMAL.

- 1.1. Estructura Biológica.
- 1.2. Estructura del Aparato Mental.
- 1.3. Factores que influyen en el Crecimiento y Desarrollo.
 - 1.3.1. Maduración y Aprendizaje.
 - 1.3.2. Cultura y Procesos de Socialización.

CAPITULO II.

RETARDO MENTAL.

- 2.1. Etiología y Clasificación Etiológica.
 - 2.1.1. Causas que actúan antes del nacimiento.
 - 2.1.2. Causas que actúan durante el nacimiento.
 - 2.1.3. Causas que actúan después del nacimiento.
- 2.2. La Educación Social del Sub-normal.
- 2.3. Papel de la familia en la Reeducación.
 - 2.3.1. Los psicodinamismos de la familia.
 - 2.3.2. Enfermedad psicósomática y perturbaciones de la familia.
- 2.4. El Educador y los niños problemas.

CAPITULO III.

TRATAMIENTO.

- 3.1. Objetivos de la Psicoterapia.
- 3.2. Técnicas de la Psicoterapia.
- 3.3. Factores que influyen en la Terapia.
 - 3.3.1. Influye el ambiente en la aplicación de la Terapia?
 - 3.3.2. Influyen los padres en la Terapia?
 - 3.3.3. Terapia Integradora.

CAPITULO IV.

PAPEL DEL TRABAJADOR SOCIAL CON LOS RETARDADOS MENTALES.

- 4.1. Funciones que le corresponde desempeñar en este campo.
- 4.2. Aplicación de La Metodología del Trabajo Social.
 - 4.2.1. Trabajo Social de Caso.
 - 4.2.2. Trabajo Social de Grupo.
 - 4.2.3. Trabajo Social de Comunidad.
- 4.3. Funciones que le corresponde desempeñar al Trabajador Social en coordinación con el equipo interdisciplinario relacionado con los Retardados Mentales.

CAPITULO V.

INVESTIGACION.

5.1. Tabulación y Analisis.

Conclusiones.

Bibliografía .

Glosario de Terminos.

Anexos.

CAPITULO .I.

Para mejor comprensión del tema que abarcaremos acerca de la problemática del niño con Retardo Mental, consideraremos necesario exponer primero, un marco de referencia teórico que comprenda conceptos generales acerca del crecimiento y desarrollo de un individuo sano y los distintos factores que influyen en estos procesos para más adelante entrar a analizar detenidamente acerca del Retardo Mental en sí, su tratamiento y la labor que puede desempeñar el Trabajador Social en esta problemática.

DESARROLLO Y CRECIMIENTO DEL NIÑO NORMAL

Crecimiento es el desarrollo progresivo del cuerpo especialmente en altura en los primeros tiempos de la vida.

Desarrollo es el desenvolvimiento. Aumento de tamaño. Propiedad elemental que tienen los órganos o seres vivos de crecer en todo sentido y modificarse hasta llegar a su estado perfecto.

No puede considerarse como completo ningún estudio del niño que no valore el estado de su desarrollo, ni puede darse por acabado ningún programa de tratamiento que no valore de forma continua el modo en que la enfermedad o el tratamiento pueden alterar o modificar su patrón de crecimiento o conducta.

El Trabajador Social debe tener en cuenta las formas en que la familia, vecindad, escuela o comunidad en que se desenvuelve el niño facilitan o impiden su progreso.

El estudio del niño empieza con el examen de los patrones de crecimiento del niño normal. Estos deben servir como guía para el estudio, diagnóstico y tratamiento de los trastornos de la infancia. Los encargados del cuidado de niños deberán comprenderles, respetarles y disfrutar de su compañía. Abrigamos la esperanza de que las páginas que siguen con-

tribuirán a esta comprensión, respeto y gozo.

1.1. ESTRUCTURA BIOLÓGICA

La maduración de un huevo humano fertilizado, a través de las etapas de la vida embrionaria y fetal, lactancia, niñez y adolescencia, ofrece aspectos físicos, intelectuales, emocionales, sociales, culturales y de la conducta.

El crecimiento y desarrollo no se realizan, sin embargo, independientemente en distintas áreas o sistemas, sino que representan una continuidad de interacciones entre el potencial genético innato, por una parte, y el medio ambiente, por otra.

El crecimiento y desarrollo físicos incluyen modificaciones en el tamaño y función del organismo. Cambios de tipo funcional, desde aquellos que tienen una significación molecular en la vida fetal y una activación de sistemas en el periodo del recién nacido, hasta las complejas modificaciones metabólicas que acompañan a la pubertad y adolescencia.

El periodo de la vida intrauterina pueden ser debido a dos principales fases, la embrionaria y la fetal. La línea divisoria no está perfectamente delimitada, pero se considera que el periodo embrionario abarca las ocho primeras semanas de desarrollo.

Muchas anomalías infantiles tienen su origen en genes o cromosomas anormales del huevo fecundado o son consecuencia de alteraciones del desarrollo durante el periodo embrionario. Durante este periodo el índice de mortalidad es probablemente superior al de cualquier otra fase de la vida. Entre las causas de mortalidad podemos incluir las anomalías de los genes y las alteraciones en el estado de salud de la madre; ambas causas pueden a veces interrelacionarse.

Por ejemplo, la edad avanzada de la madre predispone, al parecer, a anomalías cromosómicas que pueden dar origen a un síndrome de Down (Mongolismo), de Klinefelter, o a otros procesos.

Durante las primeras siete semanas de desarrollo el embrión es microscópicamente inerte excepto para los latidos cardíacos que empiezan alrededor de la cuarta semana. La primera semana de vida embrionaria es germinativa y consiste en una activa división celular. Durante la segunda semana los tejidos se diferencian en dos capas el endodermo y el ectodermo y durante la tercera se añade una tercera capa, el Mesodermo. Durante la cuarta semana el organismo en vías de crecimiento elabora los somitos y entre las semanas cuarta y octava se produce una rápida diferenciación en una forma esencialmente humana a través de varias etapas que recapitulan la filogenesis del hombre. A las ocho semanas de edad el feto pesa aproximadamente un gramo y tiene una longitud aproximada de 2.5 cms. Al llegar a la semana doce el feto pesa alrededor de 14 gramos y mide unos 7.5 cms. A fines del primer trimestre de la gestación ya puede distinguirse el sexo del feto por examen externo. El segundo trimestre de la gestación, que termina alrededor de la semana 28, se caracteriza por un rápido aumento del tamaño fetal, especialmente lineal y por la rápida adquisición de nuevas funciones. A fines del segundo trimestre el feto pesa aproximadamente 1.000 grs., y mide unos 35 cms. de longitud.

Durante el tercer trimestre, el ulterior crecimiento del tamaño del feto viable afecta de un modo especial al tejido subcutáneo y la masa muscular. El feto efectúa ya movimientos de deglución en el curso de la semana 14 de la gestación; al llegar a la semana 17 puede ya proyectar el labio superior al estimularse la zona oral, y a la semana 20 es capaz de efectuar lo mismo con ambos labios. En la semana 22 frunce los labios al esti-

mularlo, en la 28 ó 29 puede efectuar movimientos activos de succión en un intento de alimentarse.

La actividad neurológica del feto se manifiesta por primera vez de la semana 8a. de la gestación época en la cual ya pueden verse respuestas musculares locales aisladas consecutivas a la estimulación.

En las semanas 13 y 14 pueden producirse movimientos ondulantes por estimulación de todas las regiones a excepción de la espalda, parte posterior de la cabeza y vertice. Al llegar a la semana 17 el reflejo de presión es evidente, y está, bien desarrollada alrededor de la semana 27.

En la semana 22 la respiración puede ir acompañada de debil fenación.

En la semana 25 aparece ya el reflejo de Moro.

Despues de la semana 15 a la 17 de la gestación, existe al parecer cierta disminución de la actividad fetal y permanece el feto relativamente quieto hasta el momento del nacimiento.

Entraremos a considerar después de un somero estudio acerca del desarrollo fetal del ser humano alguna de las principales características del crecimiento y desarrollo de este.

Las características físicas generales de los recién nacidos lo diferencian de modo evidente del lactante de varios meses, del niño o del adulto en cuanto a proporciones corporales, la cabeza es relativamente grande, la cara redonda y la mandíbula algo pequeña. El pecho es mas bien aplanado, el abdomen relativamente prominente y las extremidades algo cortas.

En el momento de nacer el niño está recubierto de vernix caseosa, unto-graso que se adhiere a la piel.

La postura predominante del recién nacido es una actitud de flexión parcial.

Un recién nacido de tipo medio pesa alrededor de 3.4kgs; el peso de los niños es algo superior, de ordinario al de las niñas. Aproximadamente el 95% de los niños nacidos a término tienen un peso que oscila entre 2.5 y 4.6 kgs. La talla suele ser por término medio de 50 cms. y la del 95% de los recién nacidos oscila entre los 45 y los 55 cms.

El perímetro cefálico ofrece un promedio de 35 cms.

El ritmo respiratorio oscila entre 30 y 40 respiraciones por minuto; otras actividades respiratorias útiles al recién nacido son el llanto, el estornudo, la tos, el bostezo y los esfuerzos.

El número de latidos del corazón oscila entre 120 y 160 por minuto.

La actividad del recién nacido dirigida a la satisfacción de sus necesidades nutritivas incluyen el llanto cuando se siente hambriento, una tendencia, en la misma circunstancia a volver la cabeza hacia un lado y buscar el pezón u otro estímulo situado en la proximidades de su área bucal (Reflejo de Búsqueda) y los reflejos de Succión, palatofaríngeos y de deglución. El recién nacido es capaz de presentar nauseas y vomitos. Los tipos de conducta son limitados. Los estados de tensión originados por el hambre, el frío, el dolor y otras molestias producen inquietud o llanto. La adecuada satisfacción de las necesidades indicadas restablecerá, por lo general, la comodidad del niño. Algunos de ellos necesitarán mas "ración de madre" de la habitual pues se soslegan al acariciarlos suavemente, mecerlos, etc.

Con una nutrición y unos cuidados maternos adecuados el recién nacido hará rápidos progresos durante los primeros meses de vida en cuanto a la apreciación y relación con las personas y objetos que los rodean.

En la primera semana de vida el niño es capaz de fijar la mirada en una luz y seguirla con los ojos; a las doce semanas de edad es capaz de man

tener lago erguida la cabeza cuando se sienta, pero si se le pone de pie se inclina hacia adelante; este dominio irregular provoca un movimiento a sacudidas al rededor de la 8a. semana, la mayor parte de los niños es capaz de sonreir cuando se le prodiga una caricia. El niño de tres meses de edad es incapaz de diferenciar personas de su ambiente; no está comprobado que los diversos rostros que se relacionan con el sean reconocidos individualmente. Sin embargo estas respuestas sociales son importantes puntos de referencia, ya que el niño que no sonrie a las 12 semanas debe ser considerado como desviado en lo que respecta a su potencial de desarrollo o al tipo de sus experiencias posteriores.

En el transcurso del primer año de vida, el niño, va desarrollandose gradualmente dá la vuelta con su cuerpo, se sienta y mantiene erguida la cabeza, es capaz de reir ruidosamente cuando lo acaricia alguna persona de su agrado. Por otra parte cuando se interrumpe este contacto agradable es capaz de exteriorizar su disgusto con cambios de expresión alboroto o llanto. Entre los 4 y 7 meses empieza a responder de acuerdo con el tono emocional de las personas que los tratan, a los 7 responderá a los cambios de expresión facial de quienes esten en estrecha relación con él; es capaz de emitir sonidos vocales respectivos y a los ocho es posible que ya pronuncie sonidos consonantes repetidos aunque no necesariamente asociados con objetos.

La misión de la madre y el niño durante el primer año consiste en el desarrollo de interacciones placenteras que llevarán al niño desde una posición de dependencia hasta una actividad independiente. Las satisfacciones del primer año de vida se consiguen en gran parte mediante la actividad oral y los contactos corporales en la alimentación y otros cuidados. El fracaso en la consecución de las metas de desarrollo correspondiente

al primer año conduciran a una insatisfacción emocional o a un estado de ansiedad crónica que puede ser la raíz de alteraciones de la personalidad en toda la vida.

El crecimiento del cerebro disminuye durante el segundo año; el perímetro cefálico crecerá solo 2 cms.

Brotan 8 nuevos dientes, hasta totalizar 14 a 16 incluyendo los primeros premolares y caninos; a los 15 meses ya puede andar solo y a los 18 lo hace con seguridad y entra en la etapa de "correr por todas partes".

Entra en un periodo en que vigorosa e imitativamente sacaría provecho de los objetos que lo rodean puede vaciar cubos de basura cajones y anaquelles e intentará examinar cualquier cosa que esté a su alcance. Son capaces de pronunciar tres palabras seguidas y son probablemente el sujeto, el verbo y el complemento. Utiliza el pronombre "mi" con preferencia pero no tarda en aprender a usar el "yo" de un modo apropiado.

De los 18 a los 24 meses la mayor parte de los niños son capaces de pedir de palabra la satisfacción de sus necesidades orgánicas y al mismo tiempo pueden ser ayudados a seguir unos patrones sociales aceptables para satisfacerlos. En aquellos ambientes en que el niño tiene unos adecuados modelos para imitar, es mucho más evidente que la necesidad de inculcarles la higiene no se convierta en el centro de una actividad educacional con gran contenido emotivo por parte de los padres o en una preocupación disciplinaria.

La necesidad por parte del niño de someter el creciente dominio de su propio cuerpo y de su medio ambiente a las presiones sociales y culturales es con frecuencia origen de frustración y enojo. Las consecuencias corrientes son el temperamento irascible, el tartamudeo y con menos frecuencia las explosiones dramáticas.

Estos episodios son dominados por el padre firme y cariñoso capaz de establecer los necesarios límites al niño.

Durante el tercero, cuarto y quinto año de vida las ganancias en peso y estatura son relativamente constante siendo aproximadamente de 2 kgs. y de unos 8 a 6 cms por año respectivamente. La mayoría de los niños son delgados en relación con su primitiva configuración somática.

Hacia los tres años el niño es capaz de contar tres objetos correlativamente; un niño de cuatro años 4, un niño de cinco años, 10 o más.

El niño de tres años se maneja a si mismo es afable y trata de agradar.

El de cuatro es categórico y expansivo hierve de actividad motriz corre, salta, brinca, trisca, trepa. Bulle de actividad mental tiende a extralimitarse especialmente en su habla y piruetas imaginativas.

A los 3 años los niños saben decir cuantos años tienen y si son niños o niñas, con la idea cada vez más arraigada de que están destinados a convertirse en niños adultos. Empiezan a buscar modelos adecuados de los cuales aprenden sus papeles futuros. La imperfecta percepción por parte del niño de su futuro engendra con frecuencia presiones y ansiedades antagonicas. El llamado complejo de Edipo puede ser considerado como el marco natural en que un niño de 4, 5 o 6 años asume aquellos hábitos de pensamiento, sentimiento y acción que rodean su percepción o fantasías crecientes como a su futura vida; acaso tengan curiosidad sobre cuál puede ser la realidad de los roles sexuales, junto con preguntas y fantasías mas generales sobre el origen de los niños, la diferenciación entre niños y niñas y otros por el estilo.

Esta es una época en que el patrón cambiante de la interacción padre-hijo y de otras relaciones dentro y fuera de la familia, con frecuencia conducen a manifestaciones de hostilidades o agresión en la conducta, pensami

entos o fantasías del niño; los estados de ansiedad pueden manifestarse en forma de pesadillas o temores de separación, muerte o lesión corporal. Los niños con problemas serios pueden presentar enuresis, succión del pulgar, dificultades del aprendizaje y del habla, incapacidad para entrar en una cómoda interrelación con otros, temperamento vilento u otro tipo de comportamiento adquirido en las primeras fases del desarrollo.

Cuando amplíe la capacidad para trasladar su concepción de las formas abstractas o figuras y estructuras, alrededor de los 6 años, ya será apto para la educación formal.

La primera fase de la edad escolar es un periodo de crecimiento relativamente constante que empieza al rededor de los 6 años y termina en la pre-adolescencia, alrededor de los 10 años en las niñas y de los 12 en los niños. El promedio de aumento de peso durante estos años es de unos 3 a 3.5 kgs por año, la estatura crece unos 6 cms por año.

Los años preescolares constituyen una época de vigorosa actividad física. La columna vertebral se hace más recta pero el cuerpo del niño es más flexible, adoptando a veces actitudes posturales que con frecuencia molestan a padres y educadores. Las actividades motoras rudimentarias de los primeros años tales como, correr y trepar se van convirtiendo en mas especializadas que requieren una particular destreza muscular y motora.

Durante la edad escolar la incidencia de enfermedades respiratorias es elevada; no son infrecuentes hasta 7 o 6 enfermedades por año.

Con el cambio de una gran parte de la vida del niño desde el hogar al medio ambiente de la escuela, el niño empieza a hacer una vida cada vez más independiente y a buscar fuera de casa metas y modelos de comportamiento. Esta desviación de intereses es a menudo provocada por la ansiedad de los padres.

La gran responsabilidad de los años escolares es la crear en el niño sentimientos del deber, de responsabilidad y consecución. Existe la posibilidad que se produzca una gran frustración por parte de los padres e hijos cuando los resultados logrados por el niño no colman las esperanzas e ilusiones de los padres.

El niño incapaz de encontrar unos modelos adecuados pueden conocer por primera vez la sensación de fracaso y reaccionar con ansiedad y hostilidad al medio ambiente escolar o a determinadas personas. Acaso origine un comportamiento antisocial, a través del cual el niño intenta obtener una consideración que es incapaz de alcanzar de otra manera.

La maduración biológica y el desarrollo psicológico deben progresar a la par y complementarse mutuamente.

1.2. ESTRUCTURA DEL APARATO MENTAL

Al emplear la expresión "Aparato Mental" nos referimos a todos los procesos componentes de la síquis.

El aparato síquico es básicamente uno, como el ser humano, pero en él es posible distinguir una serie de procesos, o grupos funcionales, íntimamente relacionados entre sí y ejerciéndolo, permanentemente influencias recíprocas. Esta constante influencia que cada de las funciones tiene sobre las otras es lo que hace, casualmente dinámico y funcional este enfoque del aparato síquico. (1)

Freud en su "Teoría Estructural" la cual es la que actualmente se sigue, considera que en el aparato síquico existen tres estructuras o procesos, o grupos funcionales que se influyen recíprocamente de una manera cons--

(1) Freud S; El Ego y El Id, Hogarth Press e Inst. of PSA. Londres 1927.

tante. Estos tres grupos de funciones son conocidos con el nombre del ELLO (ID), el YO (EGO), y el SUPER YO (SUPER EGO).

ELLO (ID). El Ello es un nombre colectivo que se usa para nombrar los impulsos biológicos primitivos (instinto y tendencia).

Representa la parte innata de la personalidad. Allí estarán, no sólo aquellos contenidos mentales genéticamente determinados sino, también todo lo que en el curso posterior de la vida, en particular durante las etapas evolutivas iniciales del desarrollo sico-sexual, ha sido confinado al sistema inconsciente. Por lo tanto, la totalidad de los incidentes a que nuestra amnesia infantil se refiere son partes del ello, el cual pertenece en bloque al inconsciente.

Se piensa que los impulsos coercitivos con determinantes fisiológicas hacia el aire, el alimento, el agua y otras sustancias nutritivas, hacia el mantenimiento de la temperatura corporal y la integridad física y hacia la procreación son funciones del ello. Se piensa también que los anhelos de dependencia, las tendencias a la agresión y a la huida, la rabia y la sexualidad son impulsos coercitivos y efectos del ello.

Si las funciones del Ego son obstaculizadas o se desarrollan mal, los impulsos del ello pueden emerger violentamente hacia la conciencia en forma de fantasía o en expresiones más patentes.

YO (EGO). El Yo está integrado por un grupo de funciones, recíprocas e íntimamente relacionadas entre sí, que en el más amplio de los sentidos, ponen al individuo en relación con su ambiente. El yo es, además a través de sus funciones, el encargado de mantener el equilibrio dentro del aparato síquico, coordinando las fuerzas provenientes del ello y del super yo y actuando ya sea como aliado u opositor de cualquiera de éstos sistemas, según las circunstancias.

El ego se relaciona con el medio ambiente por medio de la percepción consciente, el pensamiento, el sentimiento y la acción; por lo tanto, es la porción de la personalidad que controla al individuo de manera consciente. Podemos ver el ego como la agencia integradora y ejecutiva de la personalidad, ya que se encarga de funciones tan importantes como la percepción, la memoria, la evaluación y comprobación de la realidad y la síntesis de la experiencia, y es el intermedio entre el mundo interior y el exterior. El yo se desarrolla por un proceso gradual de aprendizaje y está determinado, en gran parte por los procesos interactivos que ocurren entre los individuos y los demás.

Para que la personalidad funcione y se desarrolle de manera normal, el yo debe ser capaz de modificar tanto los impulsos coercitivos del ello como las demandas del super yo y así lograr una conducta aceptable sin sacrificar al extremo ni las satisfacciones de las necesidades instintivas y emocionales ni los ideales éticos. Es así como el yo sirve de mediador y dirige la conducta hacia avenencias aceptables entre los ciegos impulsos del ello y las inhibiciones del super yo.

Se dice que el ego es "fuerte y sano" si por medio del control consciente maneja en forma adecuada las causas internas y externas de stress y si, por medio de la razón y la circunspección, se pone en contacto racionalmente con las necesidades de la realidad y de la sociedad. Si el ego es "débil" y lo dominan factores inconscientes, puede sufrir procesos desintegradores. Puede ser incapaz de resistir la tensión de la represión continua, con la consecuente aparición de síntomas mentales o defectos caracterológicos.

SUPER YO (SUPER EGO). El tercer segmento hipotético de la estructura del aparato mental es el "super yo", o sea el componente inhibitor de la per-

sonalidad que incluye la conciencia; funciona para mantener no solo las aspiraciones e ideales del individuo, los valores sociales y morales interiorizados sino que también hace suyos todos los códigos provenientes de la familia, la sociedad y la cultura en general.

El proceso básico de organización de esta función de la personalidad está bastante avanzado a la edad de 5 años; sin embargo, continúa a través de la edad adulta. Durante este periodo, las figuras autoritarias capaces de castigar o gratificar van siendo incorporadas a la personalidad y forman la parte perceptible que conocemos como super ego.

El super yo se deriva en especial de la identificación con los padres y sus sustitutos. Las prohibiciones y las obligaciones que se advierten en estas identificaciones, son interiorizadas y se incorporan a la estructura psicológica inconsciente del niño. Más tarde, los mandatos y las prohibiciones de otras autoridades y de las influencias culturales, son absorbidos y forman parte del super yo, el cual forma un todo que actúa como censor.

El super yo actúa como el supervisor del yo y de las tendencias interiores e inconscientes; por lo tanto, es la parte represora de la personalidad. Critica el ego y le provoca dolor cuando éste tiende a aceptar los impulsos que provienen de la parte reprimida del Id.

Puede contener elementos irracionales y aun sádicos. Puede amenazar y castigar y así tratar de mantener su autoridad. El super yo logra esto último creando angustia y produciendo remordimiento y sentimientos de culpa.

Un aspecto de la función del super yo en estrecha relación con lo mencionado es el ideal del yo, o sea la imagen interiorizada de lo que uno desea llegar a ser, la imagen idealizada que constituye el objetivo de

los esfuerzos del yo. Así, el super yo impulsa a la persona hacia las aspiraciones contenidas en el ideal del yo de cada individuo. Por otra parte, éstos ideales se obtienen por medio de las identificaciones que en el niño que se desarrolla impone el contacto con los padres, maestros y otras figuras importantes para él, tanto entre las gentes mayores como entre los individuos de edad semejante a la suya. La función del super yo en parte es consciente y en parte inconsciente.

Las teorías clásicas sitúan los albores del desarrollo del yo hacia los 5 ó 6 meses de edad, y el establecimiento de un yo más o menos bien estructurado hacia los 3 años, aunque en realidad el yo nunca termina su desarrollo o, sería mejor decir, su perfeccionamiento.

El ello está, obviamente, aislado del mundo externo pero "tiene su mundo propio de percepción. Capta con una claridad extraordinaria ciertos cambios en su interior, especialmente oscilaciones en las tensiones de sus necesidades instintivas." (2)

Oscilaciones que luego se hacen conscientes, ya sea como placer o ausencia de él (displacer).

En el decurso de la vida, desde las etapas iniciales de evolución, los contenidos inconscientes irán aumentando a medida que se repriman actitudes, inclinaciones o tendencias que no son aceptables por el yo o por el super yo. Entonces, por asimilación se puede considerar que el ello irá aumentando sus contenidos a todo lo largo de la vida, salvo en el caso de que el individuo sea analizado.

En cuanto a la evolución del yo, podemos observar, que los adultos es-

(2) Jones E., The life and work of Sigmund Freud. 1961.-

tán acostumbrados a distinguir gran cantidad de fenómenos en sus relaciones con el ambiente; lo cual no ocurre con el niño quien, inicialmente, sólo se interesa en el ambiente como una fuente de gratificación para sus necesidades elementales, o como algo que debe ser evitado porque es una posible fuente de dolor. Además el niño posee un yo inmaduro, que no está capacitado para controlar los innumerables estímulos que, fuera de los interiores, le están llegando continuamente del exterior.

Los factores determinantes del desarrollo del Yo, se pueden dividir en dos categorías:

1a. aquellos provenientes de las características hereditarias y de la acción recíproca entre ellas. Dentro de éste grupo el más importante es la "maduración".

2a. factores ambientales dependientes de las relaciones del Yo con el mundo externo y que vienen a constituir todo el cúmulo de experiencias vividas por el individuo.

Para que el Yo, inicialmente tan débil e inmaduro, pueda desarrollarse de manera efectiva, necesita aprender a controlar el mundo circundante y también los propios impulsos provenientes del ello, los cuales tienden permanentemente a buscar una satisfacción inmediata. Los medios que permiten al Yo alcanzar un control eventual sobre el mundo exterior son:

1. Control motor. Mediante la maduración de las áreas respectivas del sistema nervioso el niño irá obteniendo un progresivo control motor. Adquirirá el control muscular de sus extremidades y de sus diferentes aparatos voluntarios, con lo cual necesariamente, aumentará también su capacidad de controlar el ambiente y lo proveerá al mismo tiempo de un sentimiento de seguridad en sí mismo.

2. Control sensorial. Mediante la maduración de las vías nerviosas corres

pendientes a los órganos de los sentidos el niño mejorará la calidad de su percepción sensorial.

3. Discriminación afectiva. El yo es el sitio donde los efectos son experimentados. En el recién nacido debe existir algo similar a lo que en los adultos se entiende por efecto, algo que con la experiencia y probablemente sólo en términos de placer y displacer, se irá haciendo más sensible y sutil. Por lo tanto el niño asumirá diferentes actitudes ante lo que el mundo exterior le pueda ofrecer, actitudes que utilizará en el control de ese mismo ambiente.

4. Ejercicio de las funciones autónomas. Entre las funciones autónomas e innatas se encuentran: la capacidad de recordar, la memoria. Con la experiencia habrá más recuerdos que almacenar y, entre más memorias se posean, se podrá decidir por comparación, cuál es la actitud más conveniente para el individuo en una situación dada. Los primeros recuerdos están relacionados con las primeras frustraciones, éstas lo mismo que los deseos parcialmente satisfechos, tendrán importancia básica para el desarrollo del Yo y para la distinción entre lo que es Yo y lo que no es Yo.

5. Adquisición del lenguaje. La transformación anterior sólo se cumple con la adquisición del lenguaje. Por medio de él nos podemos comunicar con los otros humanos y, junto con el conocimiento adquirido a través de tal comunicación, anticipar de manera más precisa los acontecimientos por medio de acciones de prueba. Pero tal capacidad se logra plenamente junto con la adquisición del pensamiento lógico, adulto, pensamiento que presupone un Yo maduro y fuerte, capaz de posponer y tolerar tensiones.

6. Juicio de realidad. Esta capacidad de conocer la realidad, de distin

guir entre los estímulos que provienen del ambiente y los que emanan del ello, es una de las mas fundamentales para el desarrollo del Yo y para el logro del control sobre ese ambiente.

El juicio de la realidad se desarrolla mediante un proceso lento y gradual. Inicialmente, el niño no puede distinguir entre los estímulos internos y aquellos provenientes del ambiente; para distinguirlos necesitará tanto una óptima maduración de su sistema nervioso como un suficiente cúmulo de experiencias.

Para el establecimiento del juicio de realidad es básico el reconocimiento de objetos.

CONTROL DEL YO SOBRE EL AMBIENTE

Para que este fenómeno se efectue intervienen varios factores:

- a) Siendo el niño indefenso y no teniendo siempre a mano los objetos externos para que le ayuden a controlar la presión ejercida por sus tendencias instintivas, se verá obligado a tratar de controlarlas por si mismo.
- b) El mundo circundante, con las personas que en el deambulan, emite prohibiciones y amenazas que tratan de impedir la libre gratificación de tales tendencias.
- c) Aunque no exista un peligro externo real, tales peligros pueden ser sólo el resultado de producciones de fantasía del niño, de proyecciones de su propio impulso y, de tal manera facilitan el coartamiento de su libre expresión.
- d) Finalmente, el desarrollo del super-yo, entidad cuyas demandas tendrá que ser obedecidas: A medida que el yo va ganando control sobre el Ello aprenderá simultáneamente, a explorar el ambiente de una manera mejor, mas efectiva.

Mediante el proceso de neutralización de la energía el yo va a conseguir la cantidad que le es necesaria para su funcionamiento y, sin la cual no podría desarrollarse adecuadamente ni cumplir sus funciones de manera apropiada. Este proceso consiste en que toda tendencia instintiva, sexual o agresiva en su naturaleza, tiene una determinada carga de energía psíquica, una cierta cantidad de catexis; si a esa catexis se le quita ya sea el carácter libidinoso o el agresivo, se dice que está neutralizada queda a disposición del yo, el cual la utilizará para el ejercicio de cualquiera de sus funciones.

El proceso de identificación es esencialmente inconsciente que debe distinguirse de la "imitación", la cual es voluntaria y consciente.

La capacidad de identificarse con los objetos se inicia, aproximadamente, desde el 5 mes de vida y persistirá a lo largo de toda ella.

Durante los primeros meses de vida el niño no se identifica en realidad (salvo primariamente por proyección) si no que simplemente imita los objetos, imita los gestos que ve, los sonidos que oye en fin todo lo que llega a sus órganos perceptivos, hasta el punto permitido por su grado de maduración.

El lenguaje tampoco podrá adquirirse si este mecanismo no existiera.

La gratificación de las tendencias por medio de la fantasía es otra de los mecanismos, otra de las maneras como las tendencias instintivas pierden energía, con lo cual el yo se hace proporcionalmente mas fuerte. Debido a la fantasía hay una gratificación parcial del impulso del ello junto con una descarga también parcial de energía, lo que hace al impulso menos fuerte y pone al yo en condiciones de controlarlo efectivamente. Los otros dos medios empleados por el yo para adquirir un control sobre el ello son la capacidad del yo para desarrollar ansiedad, angustia, y

los mecanismos de defensa del yo, mediante los cuales el yo mantiene de una manera inconsciente un cierto control sobre los impulsos y tendencias que provienen del Ello.

1.3. FACTORES QUE INFLUYEN EN EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Una característica destacada que puede observarse en el desarrollo de un niño es que a medida que en el proceso de crecimiento emergen sus aptitudes para hacer, pensar y sentir se siente impulsado a usarlas. El desarrollo implica cambios mecánicos y dinámicos. En el crecimiento hay un impulso positivo, hacia adelante, que representa una especie de búsqueda y no simplemente una especie de lucha por la liberación, el alivio y la huida.

El niño sano, como el joven y el anciano sanos, está envuelto constantemente en un proceso de autorealización. Esto no significa que no tenga que verse las con molestias y que hacer frente a frustraciones.

"La normalidad, o salud es una cuestión de madurez, y no de ausencia de síntomas." (3)

Decimos que una persona en crecimiento no puede alcanzar su desarrollo pleno sin tropezar con dificultades y ser herida. Inclusive hay en su naturaleza algunas posibilidades a las que no puede dar salida si no ha sufrido. Uno de los logros de la persona madura es su capacidad para la compasión, y probablemente nadie puede sentir compasión si no ha sufrido. Pero debemos distinguir entre el sufrimiento que produce desarrollo y el sufrimiento que lo impide. La persona sana no es la que nunca sufre daño. Es la que puede aprender con el daño que sufre. La persona sana

(3) D.W. WINNICOTT. "La Familia y el Desarrollo del Individuo",

no es la que no siente temor, ira, hostilidad o ansiedad. La persona sana no es la que experimenta tensión o inquietud; no es la ausencia de vicisitudes lo que caracteriza a la vida sana. Es más bien la capacidad para arriesgarse a seguir adelante aunque el riesgo pueda ser penoso, y la capacidad para extraer de ello algo constructivo.

Una filosofía del crecimiento debe tener en cuenta tanto al individuo como a la sociedad en que éste vive. Es en un ambiente social donde el niño encuentra los elementos esenciales para el auto-cumplimiento. La humanidad no es una posesión individual. Si se le llega a poseer de alguna manera, es en común con otros. Hasta aquello que podemos considerar como la posesión más individual de una persona -su yo íntimo- tiene orígenes sociales.

En una sociedad sana hay exigencias de diversas clases de disciplinas que son necesarias, si la gente ha de vivir junta, amistosa y productivamente.

Al desarrollo acompaña un proceso de Maduración. La madurez no es un resultado final, sino una cualidad o característica que puede alcanzarse en relación a cualquier etapa de la vida.

Un individuo, en cualquier etapa de su desarrollo desde la infancia hasta la ancianidad, es "maduro" en la medida en que hasta ese momento ha conseguido utilizar los recursos de su naturaleza y ejercitar sus potencialidades para pensar, sentir, hacer y participar de los asuntos de la vida.

Íntimamente relacionada con la madurez, está el Aprendizaje del individuo. Este depende del otro y no se les puede aislar en pura forma.

Otros dos factores que influyen en el periodo de desarrollo de un niño son el proceso de socialización y la cultura, que trataremos a continuación.

1.3.1. MADURACION Y APRENDIZAJE

El término "Maduración" se refiere a los procesos de crecimiento físico que de manera importante influyen para dar lugar a un desarrollo de conducta ordenada, o sujeta a un tipo conocido. Cuando vemos que cierta conducta aparece en todos los miembros de la misma especie, aproximadamente en la misma época, sin que haya entrenamiento especial, podemos decir que ésta conducta es resultado de la maduración más que del aprendizaje.

Al desarrollo acompaña un proceso de maduración. La madurez no es un resultado final, sino una cualidad o característica que puede alcanzarse con relación a cualquier etapa de la vida.

La Psicología Evolutiva reconoce que para comprender al individuo y sus posibilidades en cualquier edad, es más importante examinar sus posibilidades y sus recursos y como los utiliza, que medir en que proporción posee éste al otro rasgo en comparación con otras personas de la misma edad. También es esencial contemplarlo tal como es, pues eso es lo que cuenta, mejor que medir en que proporción posee cierta cualidad la aptitud en comparación con lo que tenía cuando era más joven o la que podría tener cuando fuera más viejo. La madurez en éste sentido no es una meta distante, sino una realidad presente.

Cualquiera es maduro en la medida en que haya realizado, o este en proceso de realizar, sus aptitudes para hacer, pensar y sentir y para participar de la vida en cualquier fase determinada de sus existencia.

Desde éste punto de vista, un niño de 3 años, es más maduro que un muchacho de 13 que puede conseguir mucho más, pero no utiliza los recursos que posee a esa edad.

Un individuo, en cualquier etapa de su desarrollo desde la infancia

hasta la ancianidad, es "maduro" en la medida en que hasta ese momento ha conseguido utilizar los recursos de su naturaleza y ejercitar sus potencialidades para pensar, sentir, hacer y participar de los asuntos de la vida.

APRENDIZAJE

El aprendizaje se ha definido de diversas maneras, pero el término se aplica generalmente a cambios de conducta o de realización como consecuencia de la experiencia. Ernest R. Hilgard eminente teórico del aprendizaje, habla de éste como "El proceso mediante el cual una actividad tiene origen o es modificado por procedimientos de ejercicio (ya sea en el laboratorio o en el medio natural), en cuanto distinto de los cambios no imputables al ejercicio". (4)

Las condiciones por las cuales un niño pone en práctica sus capacidades incluyen un proceso de aprendizaje.

Mediante el aprendizaje un niño en crecimiento adquiere competencia en el uso de sus recursos para hacer, pensar y sentir y establecer su Yo individual.

Cuanto más se adapten las oportunidades y los requisitos para el aprendizaje al proceso de maduración es probable que el aprendizaje sea tanto más eficaz y saludable.

Influyen en éste, y en muchos aspectos los limitan, las disposiciones del medio ambiente externo. Pero importantes aspectos del aprendizaje no consisten solo en un proceso de adaptación a las circunstancias externas, sino también en un proceso de organización interna. El proceso

(4) Hilgard E.R, Theories of Learning. Nueva York: Appleton Century Crofts, 1948 pag. 4.-

de integración del aprendizaje en la personalidad tiene lugar internamente y no se le puede lograr solo por la manipulación externa. Puesto que un niño obtiene la posesión activa de sus recursos afectivos a través de un proceso de aprendizaje, como sucede en otros campos de la experiencia, para ayudar a un niño a realizarse a si mismo hay que proporcionarle oportunidades de aprender no solo en las habilidades manuales, motrices e intelectuales, sino también en la esfera del sentimiento y la emoción.

Además de la importancia que tiene por si misma, la emoción puede constituir también una ayuda ó un obstaculo para el aprendizaje. Dado un grado de capacidad adecuado, el fracaso en el aprendizaje probable se debe con más frecuencia a las actitudes del que aprende que a los defectos de los métodos mecánicos particulares empleados para dar la instrucción. El problema es más personal que pedagógico.

El control del intestino y de la vejiga constituyen dos ejemplos adicionales de conducta en que intervienen tanto la maduración como el aprendizaje. Estas funciones dependen del control de los musculos de los esfinteres que intervienen en éstos actos, y el control voluntario de estos musculos es imposible antes que el niño haya llegado a una etapa específica de crecimiento o de desarrollo.

El aprendizaje, naturalmente es de primordial importancia en el entrenamiento en éstos hábitos, pero éste entrenamiento depende del control voluntario de los musculos específicos que antes mencionamos.

Por lo tanto, los intentos para el entrenamiento de los esfinteres en niños que no están maduros desde el punto de vista del crecimiento, inevitablemente fracasarán.

El habla, o sea el empleo del lenguaje, es otra posibilidad de conducta

determinada tanto por la maduración como por el aprendizaje. Los aspectos puramente vocales del habla aparentemente dependen del crecimiento de ciertas partes del cerebro, es decir de la zona de broca, y el desarrollo de los musculos que intervienen en la vocalización. El empleo significativo del lenguaje, sin embargo, comprende algo más que vocalización. El lenguaje se desarrolla a partir de la capacidad para emplear los simbolos o conceptos, y esta capacidad depende del funcionamiento normal de ciertas zonas del cerebro, los lóbulos frontales del lóbulo temporal. El empleo del lenguaje, entonces depende de la maduración del aparato del habla y de ciertas partes del cerebro esenciales para el funcionamiento simbólico. Sin embargo, es indispensable que el lenguaje no se desarrolla exclusivamente como resultado de la maduración. El aprendizaje interviene en la adquisición de un lenguaje específico. Estos ejemplos ilustran el principio de que el aprendizaje y la maduración intervienen en el desarrollo de la mayor parte de la conducta. La eficacia de éste aprendizaje, sin embargo depende de la aparición del punto en que se encuentre el desarrollo del organismo en que se presenta éste fenómeno. En el lenguaje, o el habla por ejemplo, hicimos notar que el uso significativo de sonidos depende del aprendizaje y de la maduración, y en que la vocalización, es decir la base de la mayor parte de nuestro medio de comunicación verbal, depende primordialmente de la maduración.

En los generos de conducta como éste, estamos interesados en los efectos del entrenamiento impartido en distintas etapas del desarrollo del niño, y en que puede introducirse tal entrenamiento.

GENERALIDADES ACERCA DE LA MADURACION

PRIVACION EXTREMA: Diversos estudios realizados por Dennis (1957-1960),

sugieren que el crecimiento físico o la maduración y el aprendizaje actúan recíprocamente, de tal manera que uno depende del otro. Ninguna forma de conducta se presenta exclusivamente como resultado de la maduración, ni exclusivamente como resultado del aprendizaje. Más bien, los dos conjuntos de factores actúan recíprocamente sobre el resultado de la conducta, como interactúan la herencia y el medio ambiente.

1.3.2. CULTURA Y PROCESO DE SOCIALIZACION

SOCIALIZACION:

La socialización se refiere al aprendizaje de los modos de conducta aceptados y aprobados. Cuando un niño ha sido socializado ha aprendido a comportarse de acuerdo con ciertas maneras normales (ajustadas a ciertas normas) de conducta, que son características del grupo en que ha sido criado. Estos modos normales de conducta son conocidos con el nombre de normas sociales.

PERIODO DE SOCIALIZACION:

En nuestra cultura occidental, la última parte de la niñez, o sea el período de los 6 o 7 años a los 12, es el lapso en el cual el niño establece contacto social con personas fuera de la familia. La influencia de los maestros como figuras autoritarias fuera del hogar, de los compañeros de juego mayores y menores en edad, y de otros parientes y amigos, proporcionan oportunidades importantes para nuevas identificaciones y distinciones que adquieran, modifican o intensifican las pautas de reacción y de conducta que se establecieron en la familia, y también proporcionan oportunidades para que el niño adquiriera nuevas habilidades y nuevas formas de funcionar en la sociedad.

El niño está ansioso de hacer cosas y tiene la oportunidad de aprender hábitos de dedicación. No obstante, si no logra adquirir las pautas co-

munes y por lo tanto no se mantiene al nivel de sus semejantes en la escuela y en el juego, se instala en el sentimiento de inferioridad. Sus juegos le permiten sentir el placer de dominar su tarea y a veces, el del prestigio que acompaña el éxito. El juego en grupos permite el desarrollo gradual y la satisfacción en la compañía de otros individuos y en el hecho de compartir los problemas. Esta era trae consigo también el aprendizaje de otras pautas de comportamiento en grupo o sea el molestar a otros, el desdén y el ostracismo. Si el joven sufre a consecuencia de las acciones de su grupo, es posible que sus respuestas profundicen las reacciones de la personalidad.

En esta etapa de la vida del niño, la curiosidad sexual es limitada. Esto se conoce como el periodo de latencia en el desarrollo sicosexual, según la escuela psicoanalítica.

Aunque los intereses y las actividades sexuales no desaparecen, no hay cambios sicosexuales tan importantes y notables como en los periodos precedentes y siguientes. Sin embargo, el niño se identifica más estrechamente con el padre de su mismo sexo y se inicia una diferencia mayor entre los rasgos masculinos y los femeninos. Por lo tanto en esta etapa es importante que haya una asociación estrecha y satisfactoria con el progenitor o alguna otra persona del mismo sexo, con quien el niño pueda identificarse al establecer su masculinidad y femineidad. Es notable en este periodo que el niño adquiera entrenamiento en lo que respecta a costumbres y actitudes de la sociedad.

LA FAMILIA Y LA SOCIALIZACION

Cooley (1922) reconoció hace muchos años que la cultura no influye directamente, sobre la conducta individualmente, lo que sucede mas bien es que ciertos aspectos de cualquier cultura son transmitidos a los in-

individuos por medio de grupos a los que estan afiliados el individuo. La familia es el mas importante de estos grupos en que intervienen la socializacion. Si examinamos cómo ocurre típicamente la socialización dentro de nuestra propia cultura, estos hechos se harán enteramente claros.

El lactante nace en un grupo ya existente que es la familia, que tiene modos de conducta normales (es decir que aceptan ciertas normas) valores aceptados actitudes, y así sucesivamente. Estos modos normales de conducta y de pensamiento son señalados como normas sociales y cada familia tiene innumerables normas sociales relacionada con muchos aspectos de la vida.

Algunas de estas normas sociales se encuentran en otras familias dentro de la misma cultura, y algunas son únicas en lo que se refiere a una familia en particular, dentro de nuestra cultura, la comida de la noche puede ser denominada con el nombre de "cena" en vez de "comida". Puede ser servida esta comida exactamente a las 5.30 PM, con todos los miembros de la familia, de quienes se esperan "lleguen a tiempo". Los platillos que forman la comida pueden ser servidos en un orden particular, y se espera que cada cual ingiera estos alimentos en el orden adecuado. En otras familias algunas de estas normas sociales pueden existir pero otras pueden ser enteramente diferentes de las que hemos mencionado antes. Este hecho se hace particularmente patente cuando examinamos las normas sociales de diferentes grupos socio-economicos dentro de nuestra propia cultura.

Es indiscutible que en cualquier familia particular existen normas sociales relacionadas no sólo con la comida, sino también con asuntos re

ferentes al vestido, el lenguaje que se emplea, las reacciones que se tienen con respecto a los parientes, lo que constituye una conducta adecuada masculina y femenina, etc. Es también indiscutible que algunas de estas normas son de muchas mayores consecuencias para los miembros de un grupo que para los de otros.

Existen por lo tanto, cierta "amplitud o tolerancia de la conducta aceptable", (5) relacionada con cada norma social que vemos en un grupo particular.

Dentro de cualquier cultura; virtualmente todas las familias tienen ciertas normas sociales en común. Por ejemplo, en nuestra cultura el llorar en los hombres es una conducta que se considera rechazada. Mientras que se espera más o menos que las mujeres, puedan abiertamente demostrar sus emociones.

Existen por lo tanto, normas sociales en todas las familias dentro de nuestra cultura que se relacionan con la conducta femenina y masculina. Pero mientras que algunas normas concernientes a esa conducta se encuentran virtualmente en todas las familias, otras normas difieren de familia a familia; y la tolerancia de la conducta aceptable para esas pueden ser variables también, lo cual depende de la familia de que se trate.

Si comprendemos la idea de que la socialización tiene lugar primordialmente en las relaciones íntimas dentro de la familia, y que cada familia tiene normas sociales a las que se conforman sus miembros, comenzamos a ver más específicamente como las influencias culturales forjan la

(5) Sherif y Houland, 1961.-

conducta dentro de las distintas culturas. Existen algunos otros puntos sin embargo, que son igualmente importantes de comprender en relación con la socialización. El primero de estos actos subraya la dependencia del lactante con respecto a otras personas para la satisfacción de las necesidades.

Sherif y Sherif (1956) han hecho notar que "desde el momento que nace un niño, depende de otros seres humanos al principio totalmente" y que "el hecho de la prolongada dependencia del niño tiene consecuencias de gran importancia para los problemas del desarrollo social". Como ciertos adultos son de vital importancia para satisfacer las necesidades del niño durante un periodo considerable, estos adultos con el tiempo, llegan a adquirir valor en si mismo. En otras palabras, el niño llega a buscar la aprobación y el reconocimiento de los padres por lo que estos valen. El niño comienza a conformarse a las normas sociales de la familia, no sólo por el temor del castigo, sino porque cada genero de conducta que lo conforman le producen la aprobación y el reconocimiento de los padres. Debe enseñarseles, además, que si bien el niño al principio se conforma con ciertas normas por el interes de la aprobación de los padres estas normas en último término se exteriorizan y sirven como normas de su conducta mucho tiempo despues de que ha dejado su familia.

También podemos mencionar que las influencias culturales como estas no actúan sobre los individuos pasivos. Las características específicas del niño, individualmente considerado en otras palabras, pueden determinar que ciertas normas sociales se interioricen, es decir, que lleguen a formar parte de la misma personalidad del niño mientras que otras no lo hacen. Por lo tanto ningún niño es nunca un reflejo como un espejo de todas las influencias sociales a que ha estado expuesto.

El lenguaje es también de importancia crucial para la socialización, porque sólo después de que el niño es capaz de formular conceptos es cuando puede adquirir los movimientos que marcan su conducta como distintivamente humana.

El lenguaje se imbrica con el proceso de socialización, de tal modo que el niño adquiere métodos de responder a los sucesos con los que había tenido contacto directo.



CULTURA Y PROCESO DE SOCIALIZACION

Para comprender como las diferencias en la socialización conforman la conducta. Principiemos por examinar la conducta "masculina" y la "femenina" en distintas culturas. En nuestra propia cultura es evidente que podemos diferenciar los dos sexos en términos de conducta considerada apropiada para cada sexo. Los hombres, por ejemplo, lloran rara vez, mientras que las mujeres son mucho más fácilmente perturbables. En la manera de hacer la corte, los hombres son más agresivos, y generalmente se considera como "impropio de una dama" para una muchacha el ser "muy abierta" en sus relaciones con los hombres. Además, consideramos ciertas actividades como masculinas o femeninas en sus caracteres. Así el tejido como aguja o con ganchos es casi virtualmente interes exclusivo de la mujer, mientras que la caza y la pesca son recreos típicos del hombre. Naturalmente que encontramos algunos hombres que tejen con agujas o con ganchos o algunas mujeres que cazan y pescan pero en su mayor parte tales actividades ya sea con los hombres o con las mujeres. Además, hay ocupaciones que típicamente asociamos con un sexo o el otro. En nuestra cultura, encontramos pocas mujeres que sean contadores o ingenieros, por ejemplo, y pocos hombres que sean enfermeros o Trabajadoras Sociales.

Diferencias como éstas en el interés y la actividad de los dos sexos se hacen patentes muy pronto en la vida.

SOCIEDAD Y CULTURA

El término "sociedad" se refiere al grupo más amplio al que pertenece cualquier individuo. La sociedad consiste en la población de ambos sexos y de todas las edades, organizadas con diferentes objetivos: 1. conservar el funcionamiento biológico de los miembros de los grupos. 2. reproducir nuevos miembros del grupo. 3. socializar a los nuevos miembros convirtiéndoles en adultos que trabajen., 4. producir y distribuir los bienes y servicios necesarios para la vida., 5. sostener el orden dentro del grupo, entre los grupos y los extraños, y 6. definir la "significación de la vida" y mantener las causas motivadas para sobrevivir y participar en las actividades necesarias para la supervivencia (Bennet y Tumin 1948). Además, el individuo que forma parte de una sociedad tiende a compartir cierto número de las creencias, actitudes y modos de accionar comúnmente. (Green 1968).

La cultura por otra parte, se refiere al "conocimiento, creencias arte y moral, leyes, costumbres y otras entidades y hábitos adquiridos por el hombre como miembro de una sociedad" (Kroeber, 1948).

De ésta manera, según podemos verlo, la sociedad y la cultura son grupos íntimamente relacionados. No existe cultura sin sociedad, e inversamente por lo menos en el hombre, no existe sociedad sin cultura. De manera general, por lo tanto sociedad se refiere a la organización o estructura de los grupos más grandes dentro de los cuales viven los seres humanos, mientras que la cultura se refiere al concepto o productos terminales de éstas organizaciones.

Para expresarlo de otro modo: "Una sociedad es un pueblo, mientras que la cultura consite, no en las gentes, sino en la manera de actuar".

(6) Herbel, 1966.-

CAPITULO /II.

"ANORMAL", significa Anómalo, irregular, se aplica al individuo, especialmente niño, con deficiencia mental ó más comunmente, Retardo.

Por el contrario, llámase "NORMAL" al "estado natural" es decir, el que concuerda con el tipo regular y establecido o norma.

La existencia de un niño Retardo Mental en el seno de una familia provoca inevitablemente numerosas dificultades educativas y problemas de adaptación difíciles de adaptación difíciles de resolver.

El estado de estos niños, los cuidados prolongados que necesitan, las reacciones que provocan, llevan con frecuencia a hacer de ellos niños difíciles.

Creemos conveniente conocer estas consecuencias de la debilidad mental a fin de favorecer el equilibrio de estos sujetos y su proceso de socialización.

En este capítulo, tras de definir la limitación mental y describir sus principales causas abordaremos sus aspectos más frecuentes y nos detendremos más extensamente en estudiar cómo influye el núcleo familiar del individuo en esta problemática.

RETARDO MENTAL:

Existe un amplio grupo de individuos cuyas limitaciones en la personalidad se deben esencialmente a que su capacidad intelectual no se desarrolla lo suficiente para hacer frente a las exigencias del ambiente y poder así establecer una existencia social independiente.

La incapacidad intelectual se deriva de una limitación innata en el desarrollo del cerebro, a una enfermedad o a una lesión cerebral que se produjeron durante la vida prenatal; o bien es la consecuencia de una falta de maduración debida a insuficientes estímulos ambientales y culturales. Actualmente no existe acuerdo total respecto a la terminología y la cla-

sificación adecuada de estos trastornos de la personalidad. La "American Psychiatric Association" usa el término "debilidad mental", mientras que la "American Association on Mental Deficiency" recomienda que se utilice el nombre "retardo mental", para designar "un funcionamiento intelectual que en general es inferior al promedio, que se origina durante el periodo del desarrollo y se asocia a alteraciones de uno o varios de los siguientes factores: 1) la maduración, 2) el aprendizaje y 3) la adaptación social. (1)

En 1954, el comité Mixto de Expertos de la OMS declaró el término "Deficiencia Mental" impreciso, utilizado para designar un "desarrollo general incompleto o insuficiente de las capacidades intelectuales".

Esta amplia definición engloba tres nociones importantes y con frecuencia confundidas: la insuficiencia de la inteligencia general, la insuficiencia escolar, traducidas por un grave retraso, y la insuficiencia social, que no permite a los débiles asumir "la plena responsabilidad de sus conductas" (Bacon).

En resumen podemos decir, que "la debilidad mental caracteriza a la insuficiencia adquirida o congénita, estructural o lesional y trófica de la función intelectual". (2)

De esta manera, la insuficiencia mental no parece constituir por sí misma una entidad clínica. Agrupa un conjunto de estados muy dispares, liga

(1) "A Manual on Terminology and classification in mental retardation".

Suplemento Monográfico. AM. J. Mental Deficiency, 64: 1-111, 1959.

(2) Lafon R. "Vocabulario de Psicopedagogía y de Psiquiatría del niño".

Vol 1., P.U.F., 1963.-

dos entre sí por un elemento constante; el déficit intelectual.

El Retraso Mental, tal como esta denominación se emplea desde el punto de vista Diagnóstico representa un menoscabo de la inteligencia desde el comienzo de la vida y un desarrollo mental insuficiente a lo largo de todo el periodo de crecimiento. Se manifiesta por una maduración lenta e incompleta, disminución de la actitud para aprender y mala adaptación social.

En un número reducido de casos el Retraso Mental es primordialmente un problema médico por ejemplo, cuando es debido a lesión cerebral y tiene que ser tratado por un médico neurólogo.

Como causas importantes de incapacidad para toda la vida y como complejo problema médico, social, educacional y económico, el Retraso Mental representa corrientemente un importante reto para la ciencia y la sociedad, al cual no se le encuentra solución fácil.

Es posible que el Retraso Mental sea el trastorno infantil que da lugar a un mayor impedimento.

El retraso mental parece ser más frecuente en los niños que en las niñas.

Esta disparidad puede ir ligada en parte a factores biológicos (trastornos genéticos ligados al sexo) y en parte a la diferencia de lo que socialmente se espera de ambos sexos. El 75% de los retardados no tienen estigmas físicos manifiestos, aunque el grupo en conjunto representen un porcentaje mayor que la población general de defectos de los sentidos, trastornos del habla, deficiencias neuromusculares, accesos y anomalías físicas. (3)

(3) "Manual diagnóstico y estadístico" de la American Psychiatric Association. 1959.-

Durante los primeros años de la alternación en el desarrollo, el ritmo de la maduración o de la adquisición de las actividades sensoriales y motoras suele proporcionar la evidencia para diagnosticar Debilidad Mental. Así, los retardados o las fallas en la evolución progresiva de la motilidad, el lenguaje, el control de la micción y la defecación, y la capacidad de interactuar con otros niños, revelan indicios del trastorno, la incapacidad de adquirir y retener conocimientos, como resultado de la experiencia, indica la presencia de una deficiencia en la capacidad de aprender y se observa especialmente durante los años escolares.

Si la deficiencia mental es leve, el niño tal vez muestre pocos signos hasta que entre en la escuela. La adaptación social se vuelve importante como un índice de retardo mental, en especial a nivel adulto pero se refleja desde antes en la capacidad del individuo para relacionarse con sus padres y maestros y con personas de su misma edad.

Los retrasados mentales, los niños con defecto físico y aquellos con problemas emocionales son más vulnerables desde el punto de vista emocional. En términos del funcionamiento intelectual, al débil mental le es difícil retener y recordar, y por lo tanto no puede adquirir información.

Estas fallas, a su vez, limitan la capacidad de estos pacientes para analizar y sintetizar la información y para resolver problemas elementales. Cuando estos individuos se encuentran en circunstancias que sobrecargan su capacidad intelectual, ya sea que tales circunstancias impliquen tareas intelectuales definidas o situaciones complejas que incluyan factores emocionales y sociales, se vuelve patente su ineptitud y deficiencia al planear o utilizar su juicio.

Cuando estos individuos se encuentran en circunstancias que no sobrecargan su capacidad, funcionan bien en el marco social y vocacional que les es familiar, siempre que su desarrollo emocional haya sido sano.

Con el objeto de determinar si en realidad es débil mental un niño en quien se sospecha este trastorno, y con el objeto de planear un tratamiento constructivo, se deben estudiar los múltiples factores que condujeron hacia su defecto intelectual y a la estructura de su personalidad.

Si se sabe que en uno de los padres del niño, o en ambos, hay debilidad mental, es posible que la herencia haya sido un factor importante. Sin embargo hay que recordar que los padres débiles mentales no solo aportan genes defectuosos, sino que habitualmente proporcionan una atmósfera hogareña deficiente en lo que respecta a las influencias intelectuales, sociales y formadoras de la personalidad, que estimulan la potencialidad del crecimiento mental.

En muchos débiles mentales existen manifestaciones ya sea de inferioridad biológica general o de secuela de procesos traumáticos. Son signo de inferioridad biológica las anomalías en el cráneo, como la Microcefalia, la Oxicefalia (cráneo en forma de torre) la Hidrocefalia, el cráneo esférico del Mongol y la asimetría del cráneo. La implantación frontal baja del cabello, las malformaciones del oído externo, las anomalías del ojo y sus apéndices, las deformaciones de la nariz, los labios gruesos, la mandíbula hundida o prominente, los dientes con forma imperfecta o arreglo irregular y las malformaciones del paladar, son mucho más frecuentes entre los retardados mentales que entre las personas con inteligencia promedio.

En el lactante los primeros indicios del déficit son apatía y dificultad para succionar y para comenzar a usar su aparato motor en la etapa

de la maduración habitual. Muestra debilidad o imposibilidad para succionar, ausencia del reflejo de Moro y de los reflejos de presión en el recién nacido, falta de llanto en respuesta a los estímulos dolorosos, incapacidad para cerrar los párpados y ausencia de contracción de las pupilas. El retardo en la adquisición de las habilidades motoras sugiere una alteración en el desarrollo cerebral.

Existe una relación importante entre la inteligencia y la capacidad para desarrollar el habla correcta y definida. El grado de inteligencia está indicado en forma casi exacta por la edad en que el niño empieza a hablar, por el tipo de articulación que da a las palabras y por la extensión de su vocabulario.

Para apreciar la presencia o ausencia del defecto mental, el conocimiento práctico y la información general que el individuo posee tiene más valor que los antecedentes de progreso en la escuela o el examen de trabajo escolar.

En el débil mental encontramos defectos en la capacidad para observar las cosas con amplitud y profundidad, y en la capacidad de comprobar, planear y discriminar, factores esenciales para solucionar con éxito los problemas prácticos que se conectan con las ocupaciones y los negocios.

También está limitada la amplitud de sus conocimientos acerca de los objetos y hechos comunes en su ambiente. Los débiles mentales a menudo muestran una capacidad variable para aplicar su inteligencia a las situaciones concretas de la vida.

Las diferentes categorías de débiles mentales son casi siempre determinada por las escalas sicométricas, concluyendo con una clasificación clara y precisa. Estas nociones orientan la distribución de los de

ficientes mentales en los establecimientos de reeducación. No es correcto atribuir a la noción de Coeficiente Intelectual, un valor absoluto, puede ocultar mas de los que se pone de manifiesto. Generalmente no está estabilizado y puede ser modificado por numerosos factores, en gran parte ambientales. Con frecuencia el C.I. puede hallarse disminuido en caso de déficit sensorial, trastornos afectivos, hiperactividad u oposición. En especial, la medida del coeficiente intelectual no nos parece válida en los niños pequeños que han padecido una carencia materna prolongada. Cada caso merece ser estudiado individualmente teniendo en cuenta el nivel mental así como la adaptación familiar, escolar y social.



Las personas con un coeficiente intelectual entre los 50 y 75 se consideran medianamente retrasadas y "educables". Este grupo comprende del 85 al 90% del total. Suelen ser capaces de alcanzar el nivel de un 4o. ó 5o. grado en el sistema corriente de las escuelas y por lo general puede alcanzar una adaptación social moderadamente satisfactoria.

La mayoría de las personas de este grupo son diagnosticadas en los primeros años de colegio a consecuencia del poco rendimiento escolar.

Los niños moderadamente retrasados tienen un coeficiente intelectual aproximadamente en el rango de 35 a 50. Se les considera "adiestrables" ó "entrenables" y pueden ser capaces de su propio cuidado físico. También ellos, si son aceptados, pueden obtener una buena adaptación social en la casa y en la vecindad, y algunos alcanzan cierto grado de rendimiento o en una ocupación de tipo protegido. Este grupo comprende del 5 al 10% del total. Suelen ser reconocidos en la edad pre-escolar debido a manifestaciones del desarrollo evidentemente retrasado y muchos de ellos tienen defectos físicos.

Las personas con un C.I. por debajo de 35 se consideran gravemente retrasadas y, por debajo de 20 profundamente retrasadas. Ofrecen respuestas mínimas a lo que le rodea, generalmente son consideradas "no adiestrables ó pre-vocacionales", y para la mayor parte de las cuestiones de su cuidado dependen en general de los demás. Constituyen el 5% del grupo retrasado total. La mayoría son reconocidos como tales en la infancia y tienen incapacidades múltiples que requieren diagnóstico médico y cuidados especiales.

2.1. ETIOLOGIA Y CLASIFICACION ETIOLOGICA

ETIOLOGIA:

La debilidad mental es un síntoma que se asocia a un gran número de entidades patológicas que afectan al organismo en sus primeras etapas de crecimiento y desarrollo. No constituyen una entidad clínica en sí misma. El grupo de retardos mentales no es homogéneo desde ningún punto de vista; se caracteriza por amplias diferencias en Etiología, fenomenología clínica y patología, que se relacionan entre sí por el criterio común de un intelecto sub-normal. Hay que excluir del grupo los casos en que se altera el intelecto a consecuencia de un daño cerebral después de la adolescencia, a los cuales se aplica el término demencia. Antes se acostumbraba a clasificar las deficiencias mentales en términos de la relación temporal entre el factor nocivo y el nacimiento. La "American Association on Mental Deficiency" en fecha reciente ha recomendado una clasificación Etiológica de la debilidad mental con términos complementarios para indicar la existencia de un componente genético, de anomalías craneales secundarias, de alteraciones en los órganos de los sentidos y de alteraciones motoras.

CLASIFICACION ETIOLOGICA

DEBILIDAD MENTAL DEBIDA A INFECCIONES:

Aunque todavía existe controversia respecto a si las infecciones maternas causan daño cerebral congénito sin que el feto tenga una infección directa, múltiples datos muestran que en muchas afecciones ocurre una infección directa en el cerebro del feto.

A veces esta infección se presenta sin que en la madre aparezcan signos clínicos de una enfermedad. Hay cinco entidades importantes en este grupo:

1.- La ENFERMEDAD CON CUERPOS DE INCLUSION CITOMEGALICOS es una infección viral en la madre, que produce en el feto daño cerebral, eritroblastosis, e ictericia.

2.- La RUBEOLA CONGENITA, que se asocia al mismo padecimiento en la madre durante el primer trimestre del embarazo, provoca déficit mental y otras anomalías congénitas como sordera, catarata y malformaciones cardíacas.

3.- La SIFILIS CONGENITA se diagnóstica tomando como base la infección materna, con prueba serológica positiva para la sífilis congénita en el niño, inflamación de la Coroides y la Retina, anomalías pupilares.

4.- La TOXOPLASMOSIS aparece cuando el feto se infecta en el útero y adquiere de la madre el organismo de tipo protozoario que se conoce como Toxoplasma. Al nacer o poco tiempo después, el lactante muestra convulsiones, inflamaciones en la cornea, hidrocefalia y microcefalia. Este último grupo incluye otros procesos infecciosos a los que el feto está expuesto, por ejemplo Meningitis y Encefalitis Equina.

DEBIDA A INTOXICACIONES:

Este trastorno existe cuando el lactante muestra somnolencia, incapa-

cidad para alimentarse bien, temperatura corporal inestable, llanto de tono agudo y alteraciones en el reflejo de Moro.

La pérdida del reflejo de Moro y los signos oculares graves indican que existe un daño. Las secuelas tardías comunes son déficit mental y sordera.

DEBIDA A TRAUMATISMOS O AGENTES FISICOS:

Las dificultades en el parto, por ejemplo las que ocurren cuando el niño está en una posición defectuosa o nace con una presentación anormal o cuando hay desproporción entre la cabeza del niño y la pelvis de la madre, tienden a aumentar la probabilidad de daño cerebral del recién nacido. Se produce entonces, con frecuencia, hemorragia cerebral y desgarramiento de la meninge.

Estas lesiones pueden inferirse de inmediato cuando el recién nacido está pálido, no puede efectuar movimientos de succión, tiene dificultad para respirar, llora en forma débil y tono agudo. En etapas posteriores al nacimiento, puede ser hiperactivo o hipoactivo, alteraciones en los movimientos asociados, actividad refleja primitiva, y problemas para mantener una postura corporal determinada; el niño se encuentra en desventaja para adquirir habilidades motoras complejas como caminar, patinar, y andar en bicicleta; los procesos perceptuales están alterados, y las respuestas normales ante los estímulos son limitados.

El desarrollo de la conducta social se desvia debido a la frustración y a la confusión y aunque la tendencia que más a menudo se encuentra es hacia una conducta agresiva e hiperactiva, algunos son pasivos se aíslan y muestran actitud ritual y compulsiva.

El cuadro sintomático del individuo es por completo específico y depende de la localización y el grado de la lesión cerebral.

La debilidad mental de este tipo también puede deberse a asfixia durante el parto.

DEBIDA A TRASTORNOS EN EL METABOLISMO, EL CRECIMIENTO O LA NUTRICION:

Es de gran importancia reconocer la mayoría de estos defectos durante sus primeras etapas, ya que si se aplican las medidas dietéticas adecuadas, es posible prevenir o reducir en su mayor parte el daño cerebral y la subsecuente alteración de la función mental.

LIPOIDOSIS CEREBRAL:

La mayoría de estos casos ocurren en familias indias pero también las hay entre personas no indias.

Al momento de nacer el niño tiene aspecto normal, pero antes de cumplir el año de edad se detiene su desarrollo. El lactante se vuelve apático, muestra debilidad muscular, no puede mantener erecta la cabeza y pierde la habilidad para asir objetos, hay deterioro visual progresivo, la muerte ocurre en uno o tres años.

FENILCETONURIA:

Es una forma de debilidad mental hereditaria. Por cada embarazo la posibilidad de tener un niño Fenilcetonúrico es de uno en cuatro; la posibilidad de dar un niño normal es de tres en cuatro. Hay aproximadamente un Fenilcetonúrico por cada 25.000 nacimientos; se estima que el uno por ciento de los enfermos en instituciones psiquiátricas tienen esta enfermedad.

El retardo en el desarrollo mental y motor se observa antes del primer año, y se piensa que todo el daño al sistema nervioso tiene lugar durante los 2 primeros años de vida. El defecto mental es grave, y el cociente de inteligencia es de menos 50. Se ha publicado el caso de un niño con un C.I. de 100.

Habitualmente los niños tienen cabellos rubios y ojos azules y con frecuencia presenta dermatitis concomitante. La postura del enfermo habitualmente es de flexión general, con la cabeza y el cuerpo doblado hacia adelante. Muchos pacientes muestran manifestaciones hipercinéticas o discinéticas. La orina tiene un olor rancio y penetrante y se considera conveniente hacer en todos los lactantes una prueba de orina para descartar este padecimiento, entre la, 3a. y 9a. semana de edad.

ENFERMEDAD DE LA ORINA CON OLOR A MAPLE:

Es hereditaria; el nombre de este padecimiento se debe a, que la orina tiene un olor característico semejante al de la miel de Maple. (4)

En la primera semana de vida el niño tiene un aspecto espático, pierde el reflejo de Moro, después presenta un deterioro cerebral progresivo y muere al cabo de unos cuantos meses. La ENFERMEDAD DE HARTNUPP se asocia a una dermatitis semejante a la pelagra y con frecuencia a un déficit mental. Se ha publicado que otras enfermedades tienen poco defecto mental pero en etapas posteriores de la vida presentan alteraciones de la personalidad y dermatitis.

GALACTOSEMIA CONGENITA:

Produce una grave alteración en el crecimiento y el desarrollo, y conduce hacia el retardo mental a menos que se le reconozca durante sus primeras etapas y se le trata en forma adecuada. El recién nacido con Galactosemia tiene aspecto normal durante varios días, pero al poco tiempo comienza a mostrar dificultad para alimentarse, vomita, y puede desarrollar diarrea. Si se continua alimentando con leche, puede aparecer icte

(4) Menkes, J.H: "Maple syrup disease". Neurology, 9:826-835, 1959.-

ricia notable, crecimiento del abdomen y signos de defecto mental; es decir, se retrasa la fecha en que el niño puede mantenerse de pié, caminar y hablar.

El diagnóstico temprano, con el tratamiento adecuado, puede prevenir el daño cerebral permanente.

La debilidad mental también puede acompañar a la glucogenosis (enfermedad de Von Gierke), que se asocia al depósito de glucógeno en diversos órganos que a veces afecta el cerebro. En los hijos de las madres hipoglisémicas se ha presentado hipoglisemia transitoria con retardo mental posterior.

GARGOLISMO:

También se conoce como enfermedad de Hurler. Cuando el niño nace puede tener la cabeza de tamaño aumentado, moviendo articulares limitados. A la edad de tres meses, la radiografía de la parte superior de la columna vertebral y los huesos largos muestran ya deformidades.

Los rasgos característicos de la enfermedad son protusión de la frente, cuerpo contrahecho, nariz en silla de montar, cejas espesas, rasgos faciales burdos y un profundo pliegue entre los gruesos labios y el mentón. La mayoría de estos niños mueren antes de los 20 años de edad.

HIPOTIROIDISMO:

Este padecimiento, ya sea congénito o adquirido, puede producir un retardo en el crecimiento mental. A veces es posible reconocerlo cuando el niño nace, pero habitualmente hay que esperar a que hayan pasado varios meses. El lactante tiene dificultad para crecer en longitud, los rasgos faciales son burdos y la piel de los pies es seca y fría. El niño se vé tonto y tiene un aspecto abotagado. La lengua protruye y los labios son gruesos.

En las áreas donde existe el bocio el tipo congénito de Hipotiroidismo puede ser la consecuencia de una deficiencia de yodo en la madre. No obstante, el grado de retardo mental que se encuentra en cada individuo está relacionado también con la frecuencia familiar de inteligencia baja, promedio o elevada, y con las oportunidades que el paciente tiene para educarse.

Los estudios han demostrado que aproximadamente la mitad de los niños que sufren el tipo más grave de cretinismo, cuyo padecimiento comienza antes del nacimiento y se hace aparente en los primeros meses de la vida, si reciben tratamiento antes de los 6 meses de edad, alcanzan cocientes de inteligencia promedios y menos de la quinta parte del grupo muestran un moderado retardo persistente. El retardo en el comienzo del tratamiento es menos desastroso para los niños cuya enfermedad se inicia en forma insidiosa, en el momento del nacimiento, y cuyos síntomas no se pueden reconocer hasta que tienen más de un año de edad.

Se ha sugerido que existe un periodo crítico en el desarrollo del cerebro durante la vida prenatal o en los primeros meses de la vida posnatal, en el cual puede ocurrir daño irreparable como resultado de la deficiencia tiroidea.

DEBIDA A NEOPLASIAS:

ESCLEROSIS TUBEROSA

Esta forma clínica de debilidad mental, que a veces se conoce como Epiloia, se caracteriza por epilepsia, defecto mental y erupciones en la piel en forma de mariposa. La enfermedad es hereditaria.

La Neurofibromatosis, que es igualmente hereditaria, la Angiomatosis cerebral y del Trigémino (enfermedad de Sturge-Weber-Dimitri), que se caracteriza por "la mancha de un vino oporto" o sea el tumor cutáneo de

la cara, pueden asociarse a defecto cerebral y retardo mental.

DEBIDA A INFLUENCIAS PRENATALES DESCONOCIDAS:

MONGOLISMO:

Esta frecuente variedad de debilidad mental fué descrita por Langdon-Down; se denomina Mongolismo porque los rasgos fisionómicos del enfermo son semejantes a los que normalmente exhibe la raza Mongólica.

Se estima que de 3 a 4 lactantes serán mongoloides por cada 1.000 nacimientos, y que de 5 al 10 por ciento de todos los debiles mentales pertenecen a esta categoría.

Clinicamente el Mongol se caracteriza por estatura corta y cfaneo pequeño y redondo, con aplanamiento en la cara. El cabello es grueso y escaso; un pliegue cutaneo que comienza en el parpado superior y cubre el ángulo interno del ojo, contribuye al semblante asiático; la lengua es grande presenta fisuras, sus papilas estan hipertrofiadas y a menudo se observa que el niño la saca y la mete constantemente a traves de la boca siempre abierta. La nariz es corta y ancha con su puente deprimido; las manos son grandes y regordetas, el quinto dedo es especialmente corto y a menudo presenta una curvatura; sus músculos tienen una movilidad poco habitual. El paladar en muchos casos está deformado, el abdomen es grande y los genitales están sub-desarrollados. La palma de la mano y las huellas digitales son características, ya que los dos pliegues principales que cruzan la palma son reemplazados a menudo por uno solo (línea de los simios). En una decima parte los pacientes se encuentra un defecto congénito del corazón.

El buen humor y la tendencia a la imitación que presentan los mongoloides, a menudo esconden durante los primeros años la gravedad de su defecto mental.

La mayoría tiene un coeficiente intelectual entre 15 y 40 con límite superior de 50.

Los estudios citogenéticos que Lejeune hizo en 1959 mostraron que las células somáticas de los pacientes con mongolismo tienen 47 cromosomas en vez de 46 normales. Los estudios estadísticos muestran con claridad que el mongolismo ocurre con mayor frecuencia en los niños cuyas madres tienen mayor edad, y probablemente reflejan anomalías que actúan dentro del útero.

Actualmente es posible establecer el diagnóstico unos cuantos días después del nacimiento.

PADECIMIENTOS DIVERSOS:

Hay otros tipos de defecto mental que también se han ligado a falta de división en los Cromosomas.

EL SÍNDROME DE KLINEFELTER, que se asocia a un defecto mental grave y ocurre con una frecuencia del 1% aproximadamente en hombres internados en instituciones, se asocia a un complemento cromosómico sexual anormal, con dos cromosomas "X" y uno "Y".

Estos hombres son normalmente altos y delgados y muestran crecimientos de los pechos con atrofia de los testículos y ausencia de esperma. El SÍNDROME DE TURNER, que también se debe a una falta de división, ocurre en mujeres y se asocia a la presencia de un solo cromosoma "X" que se denomina variante "Xo".

Estas mujeres muestran falta de características sexuales secundarias y, además del defecto mental, presentan otras anomalías congénitas, incluyendo estatura corta, cuello "palmeado", sordera y malformaciones cardíacas. Entre los casos de retardo mental cuya etiología definida no se ha establecido se encuentran varios que se asocian a diversas anomalías

lias craneales y cerebrales. La CRANEOSTENOSIS de diversos tipos, la HIDROCEFALIA y el HIPERTELORISMO corresponden al primer grupo. Los MICROCEFALOS pertenecen al grupo relativamente pequeño de débiles mentales con características distintivas del craneo, con una conformación general del cuerpo y con rasgos de estructura cerebral, que permiten reconocerlo como una variedad clínica definida.



En forma arbitraria se dá el nombre de MICROCEFALOS a los retrasados, en su mayoría imbeciles o idiotas cuyo craneo no mide más de 43 cms. de circunferencia. Los retrasados mentales de este tipo clínico no solo muestran peculiaridad en el tamaño de la cabeza, sino también en la forma de la misma, que se caracteriza por la frente inclinada; el pelo que tiene una implantación baja en la frente, tiene la textura del alambre; el cuero cabelludo del mayor tamaño del necesario para cubrir el craneo, de lo cual resulta que el exceso se acomoda en pliegues; el mentón habitualmente es inclinado y la estatura corta; el cerebro del microcefalo se desarrolla muy poco. Son comunes grandes anomalías.

2.1.1. CAUSAS QUE ACTUAN ANTES DEL NACIMIENTO:

A menudo es difícil determinar si el defecto mental fué causado por factores inherentes a los genes o si por factores tóxicos infecciosos, endocrinos, traumáticos, nutricionales o de otro tipo patógeno prenatal, actuaron sobre la célula germinal o sobre la madre embarazada y debilitaron o distorsionaron la capacidad que el cerebro tenía para desarrollarse. Entre los factores prenatales puede contarse la Tosferina, la Parotiditis, y otras infecciones por virus especialmente el virus de la rubéola la cual, si se presenta durante el final del primer trimestre del embarazo puede pasar a través de la placenta y dañar el cerebro del feto. A menudo coexisten con este defecto anomalías en diver

62.

sos organos. Otras causas pueden ser la Toxoplasmosis, el Factor RH (habitualmente si el feto es RH positivo y la madre RH negativa) las influencias responsables del Mongolismo, y las dosis terapeuticas de Rayos Roentgen (rayos "X") que dañan el feto. La deficiencia de oxigeno fetal como una causa de daño cerebral y defecto mental subsecuente habitualmente se presentan durante el parto pero también puede ocurrir en etapas mas tempranas. La debilidad mental del cretinismo puede ser provocada por Hipotiroidismo en una edad prenatal muy corta o bien coexistir con el defecto hormonal sin que haya una relación de causa efecto entre ambos factores.

Los factores tóxicos, anóxicos e infecciosos que en el sistema nervioso adulto pueden ser reversibles o lograr una recuperación completa son capaces de producir cambios neurales permanentes en las estructuras fetales, y producir una alteración en la potencialidad para desarrollarse. Hay sin duda muchas causas posibles de una falla o un accidente en la evolución neural durante la vida intrauterina, pero hasta la fecha no se han entendido en forma adecuada.

No hay seguridad respecto al grado en el cual la Sifilis congénita provoca debilidad mental pero probablemente no actua en más de 1% de los casos y en la actualidad es una causa que se presenta con mucha menor frecuencia.

2.1.2. CAUSAS QUE ACTUAN DURANTE EL NACIMIENTO:

Los traumatismos durante el nacimiento resultan ya sea de una lesión mecánica en el cerebro o de asfixia con anoxia consecuente, y puede ser una causa de defecto mental. En años recientes la extracción quirurgica de los hematomas subdurales han prevenido en cierto grado el defecto mental que de otra manera se habría desarrollado despues de una lesión du-

rante el nacimiento. Las causas más frecuentes de hemorragia cerebral durante el nacimiento son prematuridad y el parto difícil. La asfixia durante el nacimiento es una causa frecuente de defecto mental. Si la anoxia consecuente persiste durante un tiempo suficientemente largo, producirá una degeneración permanente de células de la corteza cerebral con la alteración resultante en la capacidad mental. Se estima que cerca del 8% de los defectos mentales son el resultado de causas que actúan durante el nacimiento.

Es probable, sin embargo, que el 50% de los niños que muestran evidencias clínicas de lesión cerebral no sean débiles mentales.

2.1.3. CAUSAS QUE ACTUAN DESPUES DEL NACIMIENTO:

Las diversas formas de encefalitis y meningitis por virus y por bacterias son los factores más frecuentes que actúan después del nacimiento en la producción de la debilidad mental. Aunque los traumatismos de la cabeza con daño cerebral durante la lactancia o durante los primeros años de la niñez ocasionalmente dan como resultado debilidad mental, las personas no enteradas exageran este factor. En los débiles mentales internados en instituciones especializadas, se encontrará que cerca del 1.5% de los enfermos el defecto es el resultado de un traumatismo cerebral posnatal. La Toxemia y las insuficiencias vitamínicas durante la lactancia y durante los primeros años de la niñez pueden producir, si se prolonga durante mucho tiempo cambios irreversibles en la corteza con grados variables de retardo mental. Los trastornos convulsivos a menudo acompañan a la debilidad mental que resulta de una debilidad organizada del cerebro.

En los ciegos y sordos congénitos, el número reducido de estímulos que reciben a través de sus exteroceptores, da como resultado un cier-

to grado de defecto mental, a menos que se proporcione al paciente un adiestramiento compensatorio.

En general, también se está de acuerdo en que un retardado en el desarrollo intelectual puede ser provocado por factores emocionales sin que exista defecto orgánico. Probablemente del 25 al 30% de los casos de debilidad mental son el resultado de causas que actuaron después del nacimiento.

2.2. LA EDUCACION SOCIAL DEL SUB - NORMAL

Aquí expondremos en forma somera la formación social de un niño sub-normal. En esta formación es conveniente considerar tres aspectos:

- a) Adquisición de hábitos
- b) Aceptación de prohibiciones o límites
- c) Socialización

a) Adquisición de hábitos: Los primeros hábitos a adquirir se refieren a la alimentación, control de esfínteres y sueño, para extenderse posteriormente al vestido, comportamiento, limpieza corporal y orden. En estos hábitos elementales, la parte que desempeña la inteligencia es mínima. Esta misma educación es la que hay que dar al niño normal. El procedimiento consiste en la ininterrumpida repetición, con mandatos idénticos a los que corresponden situaciones idénticas para obtener idénticas respuestas.

b) Aceptación de prohibiciones o límites: Contrariamente a lo que sucede con la adquisición de hábitos, las prohibiciones se refieren a los actos que no deben cometerse o realizarse a los modos de comportamiento no admitidos por la colectividad: suciedad, gula, espíritu destructor, violencia etc. Estos "malos hábitos" corresponden a tendencias primarias que debemos frenar si queremos cumplir nuestro deber educativo. Al exi-

gir obediencia tratamos de obtener la inhibición consciente o no de éstas tendencias primarias.

Para imponer las limitaciones o prohibiciones a los niños, procedemos como en el caso de los hábitos a adquirir, pero en sentido inverso; ligamos una experiencia negativa a cada prohibición. La adquisición de buenos hábitos y la obtención de una inhibición de las tendencias sociales no se realizará con igual facilidad en todos los individuos; depende del denominado "tipo nervioso" para poder establecer una clasificación; en un plano puramente fisiológico, Pavlov, distingue entre el "tipo nervioso fuerte", que lleva consigo una reacción nerviosa vigorosa, y el tipo nervioso "débil", en el que el sistema nervioso reacciona con blandura. Los tipos nerviosos fuertes pueden desequilibrarse de varios modos. Para la educación de los insuficientes mentales esta clasificación tiene una gran importancia, ya que influye sobre el éxito de los tratamientos terapéuticos psicótropos iniciados. En todos los casos, los tipos nerviosos fuerte ofrecen mejor pronóstico. No obstante los niños irascibles o coléricos no son necesariamente tipos nerviosos fuerte. Desde el punto de vista práctico, la actitud educativa del adulto es más difícil de regular respecto al niño sub-normal que al normal, con el cual se puede razonar. Con el niño sub-normal, a pesar del gran amor que se le tenga, se corre el riesgo de adoptar un tono rígido que provoca la oposición. Ante el fracaso, la madre toma una actitud nerviosa y no es capaz de mantener una actitud normal que es esencial. De nada vale ser severo, autoritario, si el niño advierte que las riendas pierden después su tensión; el intento de tomar nuevamente el control del caso provocaría una oposición hostil muy difícil de vencer. Es igualmente nefasto que el padre y la madre adopten actitudes opuestas, siendo el uno

severo y excesivamente indulgente el otro. El niño tendrá temor al padre, tanto más cuanto que éste tiene la ventaja de permanecer fuera de casa la mayor parte del día, mientras que con la madre será insoportable si ésta no consigue dominar la propia ansiedad para adoptar una conducta equilibrada y regular.

Las ordenes han de ser proporcionadas a las posibilidades del niño, tanto en lo que se refiere a la dificultad de ejecución como en lo relativo a la duración de la atención que exigen. Será necesario estimular el éxito conseguido o desaprobar el mal hecho, a fin de provocar un sentimiento de satisfacción o de disgusto, según los casos, y no de temor u oposición. Incluso en el niño sub-normal se puede conseguir que reconozca si ha obrado bien o mal, lo que nuestras reacciones ante sus actos han de ser claras, precisas y regulares.

c) La socialización: El niño recién nacido depende totalmente de las personas que le rodean. Por este simple hecho se encuentra inmediatamente ligado a la sociedad, representada por la familia. La educación y la vida diaria refuerzan éste vínculo y el niño no lo romperá si no es para integrarse en otros grupos sociales.

La socialización de los niños deficientes mentales nos enfrenta con un problema muy específico y generalmente mal resuelto en el ámbito de la familia. Para lograr tal socialización es conveniente que los padres incorporen a éstos niños en una colectividad para escolar que funcione en régimen para externado, o que se agrupen con otras familias que tengan el mismo problema para construir un ambiente colectivo adecuado. La creación de jardines de infancia para deficientes debería preceder a la organización de centros de reeducación.

-Si el origen del retraso a través del grado de insuficiencia, la anor-

malidad se pone de relieve al observar la sociabilidad del niño. Por ejemplo los mongólicos son, en su mayoría, dulces y sociables, mientras que los epilépticos suelen ser agresivos y asociables. Los que resultan más incapaces de establecer un contacto social son los que padecen "autismo", sujetos que permanecen insensibles al afecto de los demás, sin demostrar ninguno por su parte.

Su lenguaje, pobre y estereotipado en la mayoría de los casos, no es válido para comunicarse con otras personas.

Es importante distinguir entre lo que es una actitud educativa, por una parte, y el comportamiento dominado por la enfermedad, por otra. Cualquier niño sea subnormal o no, puede adoptar actitudes de "mala educación" más o menos favorecidas por su constitución nerviosa. Por el contrario, el comportamiento impulsivo o agresivo, que se advierte en muchos epilépticos, así como el desinterés social de la autista, forman parte de sus enfermedades sin que cedan a los esfuerzos educativos.

Integrado en una pequeña colectividad donde puede ocupar su puesto, o mantenido en el ámbito familiar, donde tal lugar ha de conservar su adecuada importancia, el niño insuficiente mental aprenderá también a situarse. Ante todo, aprenderá a ofrecer, después de convivir, y finalmente, a seguir unas directrices. Un día comprenderá lo que es el dolor de otro niño, y en ese momento se observará el verdadero instinto social.

El niño tendrá en cuenta la existencia de los otros. Será vanidoso, celoso, compañero agradable, servicial, protector de los más pequeños, será como todos. Desde ese momento, el niño insuficiente será mejor aceptado por la sociedad.

2.3. EL PAPEL DE LA FAMILIA EN LA REEDUCACION:

Los padres desempeñan un papel muy especial en la vida del niño retardado

do mental. El papel que tienen que desempeñar a veces puede resultar di-
ficilísimo, particularmente si hay otros niños en la familia. Los padres
tendrán que ser muchas veces interpretes concienzudos, ante otros padres
ante dirigentes de los grupos de acción social, y a veces, aún ante el
propio personal de la escuela.

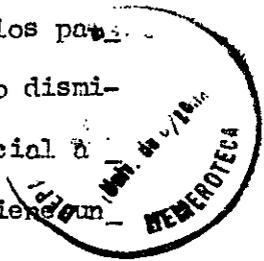
Es esencial que el niño limitado mental tenga experiencias de éxito con
sus amigos; ya que no se les puede aislar de ellos. No obstante, su hi-
peractividad y su respuesta instantánea ante otros niños a menudo lo
pondrán en conflicto físico.

En algunos hogares la presencia del retardado mental sirve de mayor vin-
culo de unión, mientras que en otros representa su desintegración, y
cuando la limitación no es severa y el niño tiene aparición normal es
más difícil aceptar que existe.

La etapa de la negación y duda respecto al diagnóstico del médico es la
más difícil de superar, pero aunque los padres se empeñen en desconocer
la realidad diciendo que han conocido otros niños con las mismas carac-
terísticas que presenta su hijo, y luego siguieron completamente bien,
más tarde o más temprano llegan al convencimiento de que efectivamente
es limitado, aunque aún entonces se nieguen a aceptar esa incapacidad
como permanente, y al considerarla transitoria esperan la curación. El
camino que se debe seguir es acudir al personal especializado y altamen-
te calificado para tratar de averiguar el porqué de la disminución del
niño, así lo hacen algunos padres; otros encambio sufren una gran desor-
ganización emocional que amenaza con destruir el buen funcionamiento de
los demás miembros que conforman el hogar.

Es necesario lograr el suficiente autodominio para colocarse en un plan
realista y constructivo, buscando solución al problema e intentar la re-

Habilitación del hijo, brindándole además comprensión y cariño, pues los limitados mentales deben ser queridos y comprendidos, recordando que sus reacciones tienen origen en su disminución. Más cuando los padres no logran por sí mismo comprender éstas exigencias del hijo disminuido, es necesario que recurran al sicólogo o al Trabajador Social a que los oriente, teniendo siempre presente que la afectividad tiene un gran porcentaje en la técnica de rehabilitación.



La mayoría de las veces los padres, presentan sentimientos de culpa los cuales se pueden observar de la siguiente forma:

- a) Rechazo abierto
- b) Rechazo encubierto
- c) Indiferencia

a) Rechazo abierto: Cuando se le exige y agrade pidiéndoles más de lo que pueden hacer, corrigiéndoles constantemente. Esto sucede más frecuentemente con los padres, debiendo la madre afrontar el problema y luchar sola por la rehabilitación del hijo de quien el padre no quiere saber nada y ordena mantenerlo alejado y ocultarlo a los extraños como si se tratara de un estigma.

b) Rechazo encubierto: Sobreprotección, en el cual incurre generalmente la madre. Consiste en un cuidado excesivo por el niño a quien le hace todo. Cuando un niño sobreprotegido asiste a un Instituto tiene una doble conducta. En el Instituto se somete al reglamento y se comporta bien mientras que en la casa hace su voluntad. Ambas actitudes son igualmente perjudiciales a la personalidad del niño, pues lo atrofian más; pero al protegerlo al máximo la madre, impide el desarrollo de la deficiente personalidad del niño, anulándolo y haciéndolo cada vez más dependiente, siendo rechazado por todos y no pudiendo adaptarse a los

demás; mientras, que el rechazo abierto es más doloroso pero el niño limitado puede defenderse, optando conductas agresivas, mientras que contra la sobreprotección no tiene defensa.

Si el niño débil mental es rechazado en su hogar, pueden estimularse sentimientos de odio y resentimiento, que se transfieren a todas las personas que remplazan a los padres. Por otra parte la conducta agresiva y destructiva puede representar una compensación para un sentimiento primario de incompetencia.

c) Indiferencia; Consiste en creer que como no hay curación posible no se debe intentar nada por él, limitandose a atender sus más elementales necesidades, obrando como si la limitación fuera estática, siendo ésta también una actitud errada, pues por grave que sea el caso, no hay uno totalmente negativo.

Es indispensable que los padres una vez superadas las etapas que crean en cualquier hogar la presencia del niño retardado mental lo acepten plenamente. Una vez desechado el sentimiento de culpa y habiendo vencido la ignorancia que nos ha hecho creer durante siglos que la limitación mental es un motivo de vergüenza en la familia, comprenderemos que el niño aprenderá de acuerdo con el desarrollo que pueda tener su inteligencia; entonces se le podrá encomendar cosas que el pueda hacer sin dificultad, pues al lograr el éxito se despertará su interés. Lograda la aceptación, los padres deben afrontar el problema con serenidad, pues se considera que ya en ésta época han adquirido el suficiente autodominio, debiendo pensar en el futuro del hijo.

La parte positiva que hay en cada niño limitado, muchas veces es inhibida por la angustia de los padres que pretenden un ritmo más acelerado en su rendimiento.

Los padres no deben tener gran preocupación por conocer el coeficiente intelectual del niño, pues aunque éste no sea relativamente muy bajo, puede no ser apto para ciertas tareas ocupacionales que tal vez ejecute mejor otro de un coeficiente inferior.

La familia facilita el trabajo del médico que busca la etiología, o sea el origen de la deficiencia, cuando precisa los antecedentes, sobre todo aquellos que se refieren a las dificultades sufridas durante el embarazo y los detalles del parto: si el niño no ha llorado enseguida, si ha sido reanimado etc. En cualquiera de éstos casos, los centros nerviosos del niño han podido dañarse en mayor o menor grado.

Otros niños dejan de hablar en la primera infancia debido a una enfermedad infecciosa a un traumatismo o a un choque emocional, o bien a una causa desconocida. Entonces se impone la reeducación, empezando cuanto antes. En el caso de una familia con un niño mongólico, es importante, no sumirse en una pasividad desesperada y comenzar cuanto antes su reeducación. Los padres, en su angustia, no deben obligar al médico a que, por no decepcionarlos, intente un nuevo tratamiento. No hay que visitar indefinidamente todas las consultas de los hospitales, pues sólo servirá para que el niño, ante los continuos reconocimientos, inyecciones y análisis de sangre, se sienta angustiado guardando como primera experiencia de su vida una fuerte aversión hacia todo aquel que no sea su madre.

Los médicos confían cada día más en la reeducación sistemática, la aconsejan y la apoyan. Dicha reeducación no es más que la movilización progresiva de todo lo que está sano en el organismo; es la puesta en marcha coordinada de todo aquello que el niño puede hacer.

El primer pronóstico que se hace del futuro del niño retardado mental

se halla determinado, más que por el nivel mental, por la existencia o ausencia de trastornos del carácter, factor que condicionará más tarde su adaptación al medio social. Un retardado mental que presente, además importantes perturbaciones en el comportamiento, ofrecerá grandes dificultades en la reeducación y también, más tarde, en la vida cotidiana. La familia, angustiada cuando se trata de enfermedad aguda, inquieta al hacerse más evidente la regresión mental, se preocupa forzosamente del aspecto médico, tratando de curar lo que efectivamente es una enfermedad grave sin embargo, no piensa en la reeducación sino mucho después que la enfermedad ha terminado, teniendo entonces que empezar por la reeducación de la palabra.

La familia, tan pronto haya pasado el período crítico de la enfermedad, debe pensar en conservar cueste lo que cueste las aptitudes ya adquiridas. De ésta manera, tal vez se logre conservar en el cerebro aquello que existía anteriormente, por lo menos en una pequeña medida, facilitando así el comienzo de la reeducación.

De todo ello se desprende la necesidad de tener al niño en el ambiente familiar conocido, siempre que ésto sea posible, fuera de los días de enfermedad aguda en los que necesita los cuidados del hospital.

Aunque la enfermedad provoca, en primer lugar un estacionamiento en la adquisición de conocimientos, seguido de la dificultad más o menos grande en el aprendizaje ulterior; es muy importante evitar todo aquello que pueda originarse como consecuencia de un inmovilismo educativo.

La reeducación debe empezar inmediatamente, si el estado físico del niño lo permite. Sin embargo, no conviene comenzar antes que la atención del niño haya aparecido, ya que es ella el principio de toda reeducación eficaz.

El primer trabajo será, pues, captar dicha atención. El peligro no está en comenzar demasiado pronto, ya que la inercia y apatía del niño funcionan como reguladores. El auténtico peligro está en ir demasiado de prisa, saltándose etapas necesarias por ambición y exceso de optimismo. De ésta forma pueden dejarse lagunas que impedirán más adelante todo progreso notable, provocando primero una oposición por parte del niño, a la que seguirá una regresión en lo aprendido, terminando con el fracaso total.

En la orientación vocacional, los padres desempeñan un papel importante, pues si a los hijos normales no se les debe imponer tal o cual carrera porque a nosotros nos guste, mucho más a éstos niños de quienes se trata de aprovechar su parte positiva. Es necesario anteponer al niño a las propias aspiraciones y aceptar el tipo de trabajo que él puede desempeñar pues hay que recordar que debido a su limitación sólo puede desenvolverse en determinadas áreas, siendo necesario muchas veces una permanente orientación.

El éxito de la reeducación emprendida en los Institutos depende en gran parte de la comprensión y colaboración de los padres, siendo necesario que exista una buena comunicación entre el Instituto y el hogar, para que los padres reciban orientación sobre como tratar a los niños en el hogar, pues ningún plan de estudios por bueno que sea dará resultados satisfactorios sino es complementado en la vida cotidiana del niño, mucho más en los retardados mentales que necesitan repetir y afianzar lo aprendido y en la época de vacaciones dependen únicamente de los padres. A medida que el niño va creciendo es preciso que los padres acepten representar diferentes papeles y llevar a cabo adaptaciones psicológicas que en todo caso no habrían sido necesarias, debido a que el niño de-

pendiendo de ellos. Los problemas de aislamiento social, desarrollo sexual y conducta desagradable van adquiriendo cada vez más importancia para la familia a medida que el niño va siendo mayor.

En resumen, la misión de la familia en la reeducación consiste, sobre todo, en ir preparándolo en la iniciación del aprendizaje, en el que podrá basarse una enseñanza especializada una vez que el niño se encuentre preparado para recibirla.

2.3.1. LOS PSICODINAMISMOS DE LA FAMILIA:

Algunas formas de la familia se han estructurado visiblemente como una unidad económica y se han ligado poco a su matriz biológica. Familia no siempre significa padre, madre e hijo. A veces ha representado el funcionamiento complicado y unitario de una casa que se somete a la autoridad de una cabeza suprema, un grupo de personas unificado con el propósito de regular eficazmente lo social.

Así los vínculos familiares se hacen a través de una combinación de factores: biológicos, psicológicos, sociales y económicos. Biológicamente la familia sirve para perpetuar la especie.

Pero las funciones biológicas de la familia sólo pueden cumplirse en una organización adecuada de las ciencias sociales. Psicológicamente, los miembros de la familia están ligados en interdependencia mutua para la satisfacción de sus necesidades afectivas respectivas, y están ligadas económicamente en interdependencia mutua para la provisión de sus necesidades materiales.

A través de todo el proceso la unidad psicológica de la familia es moldeada continuamente por las condiciones externas tanto como por su organización interna. Así como en el desarrollo del individuo hay crisis decisivas así también en la vida de la familia hay periodos críticos en los

que el vínculo de la familia misma puede fortalecerse o debilitarse.

En cada generación, la configuración de la familia sufre cambios importantes con cada etapa de transición. Tiene una clase de estructura en el periodo del parto, otra cuando el hijo entra en la pubertad y los padres en su madurez, y aún otra cuando los hijos maduran, se casan, siguen sus variados caminos y los padres envejecen. Además cada hombre no tiene una, sino varias familias.

En cada uno de los distintos periodos de la vida en familia, el individuo debe integrar sus disposiciones emocionales en los roles familiares adecuados.

Los cambios adaptativos de la estructura familiar están determinados tanto por la organización interna como por su posición externa en la comunidad. Por lo común se reconoce que la trama de las relaciones familiares pueden estar influenciadas en amplia variedad de formas, sea por un ambiente social amistoso, protector, o por uno hostil y peligroso. Un ambiente social que impone peligros puede hacer que una familia se desintegre; la unidad familiar puede desmoronarse al ser invadida por fuerzas externas. O por contraste, una familia puede reaccionar con un reforzamiento defensivo de su solidaridad. Un ambiente externo amistoso que proporciona oportunidades de autoexpresión y recompensa en la comunidad más amplia puede aflojar los lazos de la familia y fomentar en sus miembros una movilidad social incrementada. O, si la familia está organizada así internamente, puede reaccionar con mayor acercamiento y satisfacción incrementada para los miembros individuales que se congregan en ella. Y sabemos que con un cambio de estructura familiar en respuesta de cambio social; las ligaduras de amor y lealtad pueden fortalecerse o debilitarse; pueden cambiar notoriamente la participa-

ción en las experiencias, la división del trabajo, y la distribución de la autoridad entre el padre y la madre. La familia debe ajustarse desde dentro a la amplia gama de vicisitudes que afectan las relaciones de cada uno de sus miembros a todos los otros.

El niño puede experimentar tanto amor como odio hacia sus padres. El niño feliz, razonablemente satisfecho, consigue dominar eficazmente su odio. Predomina su amor por sus padres y se identifica con ellos, moldeándose a su imagen. El niño infeliz, frustrado, experimenta odio excesivo y puede identificarse con sus padres sobre una base de odio y miedo más que amor, renunciar desafiante a identificarse con ellos o desarrollar una conciencia patológicamente por miedo a la retaliación paterna. El control eficaz de este equilibrio entre amor y odio está profundamente determinado por las actitudes y conducta de los niños. El carácter de los padres ya está profundamente grabado como resultado de su propio condicionamiento familiar temprano. Pueden transportar desde esta experiencia temprana las mismas actitudes que sus padres mostraban hacia ellos; o, si se han sentido maltratados por sus propios padres, pueden desplegar ahora una variedad de actitudes exactamente opuestas a la que ellos mismos experimentaban en su infancia.

La forma característica en que los padres muestran su amor entre ellos y hacia los hijos es de mayor significación para determinar el clima emocional de la familia. El conflicto provoca tensión hostil, que al no disminuirse amenaza con la desorganización familiar.

El clima emocional de la familia evoluciona constantemente. No tiene una incesante monotonía; el cambio en el tipo de la interacción familiar es a menudo sutil.

Las relaciones entre la identidad individual y la identidad familiar se caracteriza por el interjuego de procesos de combinación y diferenciación. La identidad individual requiere el apoyo de la identidad familiar, ya la identidad familiar requiere a su vez, el apoyo de la comunidad más amplia.

La tarea de la familia es socializar al niño y fomentar el desarrollo de su identidad. Hay dos procesos centrales involucrados en éste desarrollo: Primero, el paso de una posición de dependencia y comodidad infantil a la autodirección del adulto y la satisfacción concomitantes; segundo, el paso de un lugar de importancia, esto es, de la dependencia a la independencia y desde el centro de la familia a la periferia. Ambos procesos son funciones psicológicas de la familia como unidad.

Es esencial que estos procesos sean imperceptiblemente graduales en beneficio de la salud emocional del niño.

Las perturbaciones emocionales de muchas personas convergen en la experiencia de la vida familiar cotidiana. El punto muerto de todas las fuerzas que "forman o destruyen" la salud mental es el "dar y tomar" emocional de esa relaciones. El grupo familiar ejecuta la tarea esencial de socializar al niño, y moldea el desarrollo de su personalidad, determinando así en gran parte su destino mental. Aquellos procesos por los que el niño absorbe o rechaza, total o parcialmente, su atmosfera familiar, determinan su caracter. Para el adulto, la experiencia cotidiana de la vida familiar representa un factor central en la estabilización y acrecentamiento de su salud mental, mejora la satisfacción personal, promueve el éxito de la integración social, y estimula un nuevo desarrollo de la personalidad. La familia provee la clase específica de experiencias formadoras que permiten que una persona se adapte a situaciones

vitales diversas. Las relaciones familiares regulan la corriente emocional, facilitan algunos canales de desahogo emocional e inhiben otros. La configuración familiar controla tanto la calidad y cantidad de expresión familiar, como su dirección. Alienta algunos impulsos individuales y subordina otros. Del mismo modo, estructura la forma y escala de oportunidades para la seguridad, placer y auto-realización. Moldea el sentido de responsabilidad que debe tener el individuo por el bienestar de los otros. Proporciona modelos de éxito y fracaso en la actuación personal y social. La estabilidad de la familia y de sus miembros dependen de un patrón sutil de equilibrio e intercambio emocional. Cada miembro influye en la conducta de todos los otros. Una desviación de la interacción emocional de un par de personas en una familia dada altera los procesos de interacción en otros pares familiares.

La enfermedad emocional puede integrar o desintegrar la relación familiar. Una crisis en la vida de la familia puede tener efectos profundos y de gran alcance en la salud mental de la familia y de sus miembros individuales.

2.3.2. ENFERMEDAD PSICOSOMÁTICA Y PERTURBACIONES DE LA FAMILIA.

Hay tres niveles de fenómenos implicados en la interacción entre el individuo y el grupo: la estructura del ambiente, las relaciones interpersonales y la organización interna de la personalidad. Se suelen interpretar a estos fenómenos como procesos distintos, pero son, sin embargo, facetas de una unidad más amplia: el proceso vital mismo. Abafcan las expresiones de la personalidad dentro de un ambiente delimitado. Funcionan conjuntamente como partes interconectadas de un sistema de "feedback". En forma circular, los acontecimientos que tienen lugar en cualquiera de estos niveles se superponen e interpenetran con acontecimien-

tos de los otros niveles. El papel de la familia en la enfermedad psicósomática plantea algunas dificultades especiales. Algunos estudiosos del problema enfatizan el papel de la tensión emocional en las relaciones interpersonales, especialmente dentro del grupo familiar. En el estudio de la psicodinámica de la familia se ha prestado atención a las perturbaciones del funcionamiento equilibrado de las fuerzas internas de la personalidad. A los componentes intrapsíquicos del conflicto se les ha dispensado el énfasis primero, el aspecto interno del conflicto entre el individuo y su medio aunque objeto de considerable especulación, sólo rara vez ha sido tema de investigación sistemática. Los estudios clínicos del problema general se concentran sobre las manifestaciones de enfermedad dentro del individuo, pero omiten una consideración sistemática de las fuerzas ambientales. Por otra parte los enfoques sociológico y cultural de los desórdenes psicósomáticos excluyen por lo general, o reducen al menos, a un mínimo el factor de la personalidad individual.

El estudio de la enfermedad psicósomática tomando como principal punto de referencia a la relación familiar y conflictos entre persona y ambiente, constituye un aspecto importante para la investigación futura.

La enfermedad psicósomática debe ser examinada desde los siguientes puntos de vista: 1) factor constitucional, si lo hay; 2) el factor de vulnerabilidad hacia el derrumbe psicósomático que se establece en la familia de la infancia, 3) la influencia de la adaptación del individuo a roles familiares y extrafamiliares en la adolescencia y edad adulta, 4) factores patogénicos en las pautas interpersonales del grupo, familia, comunidad y cultura.

La investigación clínica de estas condiciones introduce algunos proble

mas críticos; diferencias agudas de precisión como entre la medida de lo fisiológico y lo psicológico, las dificultades especiales de llevar a cabo mediciones fisiológicas en pacientes bajo psicoterapia; el problema del estudio de la familia de los pacientes con enfermedad psicósomática entre el niño y el adulto.

La aparición de síntomas psicósomáticos refleja daño de las capacidades integrativas de la personalidad manifestado en una disminución del dominio del medio y del control de las enfermedades básicas. Las perturbaciones psicológicas con disfunción psicósomática, parecen en efecto representar un esfuerzo inútil para compensar esta falta de control. El potencial homeostático del organismo está variablemente lesionado. El organismo se enfrenta con una excesiva carga de estímulos, tanto de fuera como de adentro, que no puede superar adecuadamente.

La reacción psicósomática se concibe como un recurso sustitutivo e inútil y regresivo para la descarga de impulsos en abierta acción; su propósito implícito es restaurar el control sobre una amenaza del ambiente por medio del restablecimiento del dominio mágico.

A continuación ilustraremos con el siguiente ejemplo de retardo mental algunos de estos problemas.

RETARDO MENTAL Y FAMILIA:

Se trata de un niño moreno, delgado, de porte regular, tiene 12 años de edad, inquieto, desea llamar la atención en todo momento, es muy juguetón, ocupa el segundo lugar entre 4 hermanos. El embarazo y el parto se presentaron difíciles y su hogar en esa época atravesaba por una apremiante situación económica, fue necesario extraerlo por cesárea para facilitar el nacimiento del niño; no recibió alimentación materna, ésta fue a base de biberón, caminó a los 17 meses, habló a los 4 años, eneurético.

sufre terrores nocturnos y crisis de excitación.

Es una familia abandonada por el padre, el hogar está constituido por la madre y 4 hijos; los niños por las características familiares, se han visto reclusos en diferentes internados de la región, la madre debe trabajar fuera de la casa y por ello no les puede brindar toda su atención, asume la responsabilidad en el plano económico y material, pero en el afectivo los tiene abandonados, expresa en los niños los mismos sentimientos que tiene por ser abandonada por el esposo.

Se presenta poca comprensión frente a la situación del niño, al ingresar a la escuela su comportamiento y rendimiento son difíciles y poco aceptados por sus superiores, es desobediente, peleador, cobarde cleptómano a más de tener dificultades en el estudio presenta un C.I. de 69, además existe dificultad inicial para adaptarse a los diferentes ambientes.

El problema del niño se refleja en la atmósfera emocional, y en el área de intelectualidad, el niño se presenta ansioso de recibir afecto, lo que repercute en una conducta difícil, lo que no le permite actuar de acuerdo a lo debido en la etapa de su desarrollo personal, creándole todo esto dificultades para relacionarse con niños de su edad y personas mayores a la vez de no poder dar un buen o mediano rendimiento en el ambiente escolar.

El trabajo con el niño se redujo a ayudarlo a actuar por sí mismo, a hacerle sentir más seguro en cuanto a la relación frente a los demás; el niño responde favorablemente al ser considerado como él es, con sus características personales y limitaciones en los aspectos intelectual y en las relaciones interpersonales. Con la madre fué bastante difícil, ella no veía ninguna implicación en el problema del niño, por el contrario consideraba esta situación como normal puesto que estaban entre sus

valores y la visión que siempre había tenido de lo que es la educación y el desarrollo de los niños.

La afectividad del tratamiento solo es parcial: se reduce a lo que se puede lograr con el niño y la adecuada orientación que pueda brindarle su maestro. Con lo anterior podemos apreciar claramente que cuando la familia se margina de la atención a los niños problemas, el tratamiento resulta en la casi totalidad de las ocasiones infructuoso, por ello siempre manifestamos que la necesidad primordial de la atención en estos tratamientos debe partir de la familia y por eso se hace necesario crear servicios para el fortalecimiento de los lazos familiares y así obtener la participación de los mismos en los tratamientos de niños y adolescentes excepcionales.

2.4. EL EDUCADOR Y LOS NIÑOS PROBLEMAS:

Entendemos como medio escolar el ambiente que permite al individuo tener experiencias más amplias de relacionarse con sus semejantes, es decir, se amplía fuera del grupo familiar.

Al medio escolar ingresan los niños de nuestro medio entre los 7 y 9 años, allí tienen la oportunidad de integrar nuevas experiencias para el desarrollo y crecimiento de su personalidad. No solo ingresan para adquirir nuevos conocimientos intelectuales, sino que tienen la oportunidad de relacionarse con un mayor número de personas diferentes a las propias de su hogar, maestros y compañeros. De acuerdo como el niño se ha desempeñado en su hogar, sabrá hacerlo con los demás, es decir, aceptará a otras personas, ideas, conceptos distintos a los propios, tendrá otra figura importante con quien identificarse fuera de sus padres, el maestro, persona que llegará a ser muy importante en la vida del niño.

Este personaje puede ejercer una influencia trascendental en el desarrollo de sus pupilos, por lo que debe reunir una serie de cualidades personales, morales y sociales aceptables, positivas y favorables para ser tomadas como patrón de identificación fuera del primer medio a que pertenece el niño, o sea al de su familia.

Cuando un niño ingresa a la escuela se encuentra con una situación que es completamente nueva para él. Como todas las nuevas situaciones, la entrada a la escuela puede considerarse como un test de preparación previa. Si el niño ha sido debidamente educado, pasará el test de una manera normal; si no se prescribirán de un modo claro los defectos de su preparación. (5)

Para mayor apreciación del tema veremos que entendemos por medio escolar adecuado e inadecuado, a fin de tomar el punto de referencia en cuanto al apoyo que queremos brindar en ésta área al tratamiento de los niños y adolescentes retardados mentales y la repercusión que traen éstos problemas en la estabilidad familiar y social de todos los individuos que directa o indirectamente tienen que ver con la realización y efectividad de todos los servicios que van en pro de los niños en éstas condiciones de inferioridad.

Tenemos entonces que un medio escolar adecuado es aquel donde el alumno puede recibir lo que está más acorde con su desarrollo personal, intelectual y social; donde el número de alumnos participantes no es muy elevado, los programas de estudio van de acuerdo con el curso y en donde el maestro es una persona equilibrada y capaz de transmitir a

(5) Alfred Adler, La Educación de los niños. Buenos Aires, Editorial Paidós 1964, Pag. 68-69.-

sus discípulos sus conocimientos, sea un modelo positivo de identificación para que los niños puedan introyectar otra figura, hacer diferencias con las de sus padres y donde exista además un vínculo o enlace entre la familia y la escuela.

Como la familia, la escuela es una Institución reconocida que representa la autoridad adulta de la sociedad. A diferencia de la familia, la escuela está formalizada mediante reglas establecidas, y dado que el niño por una clase diferente cada año, no le es posible comúnmente formar lazos interpersonales perdurables con los maestros.

Los lazos de unión entre la familia y la escuela son íntimos. Que un niño sea receptivo o que tenga miedo serio cuando va a la escuela, que tienda a aceptar o a rechazar las autoridades escolares, como reacciona con los maestros como modelos de conducta, todo en una medida muy importante, es una función de las actitudes y orientaciones que se han desarrollado en el ambiente familiar.

Un medio escolar inadecuado lo podemos describir como aquel en que el número de alumnos es tan elevado que el maestro es incapaz de manejarlo por la diversidad de características que presentan los niños. Además las pocas conexiones que existen entre la familia y la escuela, puesto que muchos padres consideran que hasta allí su labor frente a sus hijos está cumplida y en adelante corresponde a los maestros llevarla a efecto. Error grave ya que el uno complementa lo otro.

La aceptación es la base para una completa comprensión entre el alumno y el maestro. Esta comienza en el momento en que el alumno ingresa a la escuela. Los primeros días son de orientación, en ellos el maestro trata de observar y conocer la conducta y características especiales del niño; para lograr esto debe seguir varios pasos: Investigación y

Observación. Investigación: conocer los antecedentes de la vida familiar y escolar del alumno. Conocer todo el expediente que se tenga del alumno, en lo posible realizar entrevistas con los padres, y alguna visita familiar, nunca olvidar los datos de otros maestros o profesionales que con anterioridad han atendido al niño. Datos que deben ser consignados y tomados como pautas en el tratamiento de los niños que están bajo su dirección y cuidado y orientación.

Observación y anotación de datos: Esto para dar conceptos e informes efectivos en relación con las necesidades y capacidades de cada uno de los alumnos. Esto sirve además para la comprensión de todos los problemas que puedan presentarse. Los maestros no deben crear moldes para encajar a los alumnos válidos de su criterio. Es necesario que conozcan realmente las habilidades, capacidades, necesidades y aficiones de cada uno de los niños.

Cuando se presentan dentro del grupo un niño que puede considerarse como problema no debe pensarse que es un estorbo por el contrario es necesario a los servicios que tenga la comunidad para la atención y tratamiento de niños con problemas de insuficiencia mental. Darles oportunidades especiales al igual que a los niños en condiciones de normalidad.

A continuación haremos énfasis en los retardados mentales educables porque consideramos que son los que por su grado de deficiencia mental tienen más relación con el educador, además, éste grupo constituye del 85% al 90% del total y suelen ser capaces de alcanzar el nivel de un 4o. 6 5o. grado en el sistema corriente de las escuelas.

Programas escolares para los retardados mentales educables: Los test de rendimiento, juntamente con las observaciones del maestro, indican por lo general el nivel del material de enseñanza apropiado para el niño.



El maestro deberá atemperar los propósitos educativos teniendo en cuenta la auto percepción del niño. Aunque un texto de primer grado puede ser el indicado para un retardado mental educable que esté en tercer grado, conviene pensar dos veces los efectos de poner en sus manos un texto tan elemental. El niño verá a sus compañeros de clase leer cuentos que les interesan, en otros textos y se dará cuenta de que ellos adelantan y progresan a otro ritmo. Simultáneamente, no sólo se encontrará aislado de los grupos de lectura de la clase, sino que deberá luchar con un texto totalmente lleno de ilustraciones para niños y escrito en lenguaje infantil. Como resultado muchos de éstos niños no quieren leer, algunos porque sencillamente no les gusta y otros porque el texto los pone en ridículo.

La aritmética no constituye un problema tan humillante para los retardados como lo es el de la lectura, a menos que el maestro use únicamente textos preparados específicamente para los primeros grados.

El maestro no debe dejar jamás que el texto enseñe por él. Es demasiado fácil darle al niño retardado mental largas listas de palabras para copiar o para que las asocie con figuras. También es muy fácil darle una página tras otra de sumas y restas, o hacerle pintar los cuadros de rojo y los círculos de azul. Infortunadamente, al retardado mental educable resulta casi imposible aprender en las páginas del texto los conceptos que tanto necesita. Es preciso tomarse tiempo, todos los días para ayudar al niño retardado a atender el porqué, el cómo y el cuándo de todo, en la medida que le sea posible.

Generalmente, el niño retardado puede participar en los estudios sociales junto con el resto de la clase si el maestro toma los recaudos necesarios.

Estos recursos deben tener en cuenta las actividades en que el retardado mental educable pueda desempeñarse. Es probable que pueda participar en los comentarios de la clase si se le dirigen preguntas a la altura de su capacidad. Puede trabajar con equipos y con grupos si tenemos en cuenta sus habilidades y su capacidad al planear éstos trabajos de conjunto. Lo mismo puede hacerse para abordar la higiene, la seguridad, la música, la pintura y la educación física. El planeamiento adecuado permitirá destacar las partes del tema de estudio en el que el niño pueda cooperar.

Finalmente, los programas escolares para los retardados mentales educables de las clases comunes deben incorporar un ingrediente que no es de la naturaleza académica, si bien es esencial para la buena salud mental. Este ingrediente es la integración del retardado mental educable con la totalidad de la clase.

Algunos niños retardados mentales educables son aceptados por sus compañeros y otros, en cambio son rechazados. Parece razonable que los niños retardados mentales aceptados son verdaderos antipodos de sus compañeros menos afortunados. Probablemente sean más sensitivos a la escala de valores de sus compañeros y capaces de adoptar los criterios de asimilación en la clase. En cuanto al nivel de tolerancia se sabe, que algunos grupos pueden tolerar características particulares, y conductas de ciertos tipos, mientras que otros grupos reaccionan negativamente. También es muy importante la actitud del maestro y las actitudes de otros miembros del personal escolar, ya que éstas influyen en las decisiones de muchos de sus alumnos mediante actos y manifestaciones sutiles. Para obtener la integración de retardados, el maestro debe aquilatar los límites de tolerancia típicos de su clase. No basta con los

limites del maestro. Estos pueden ser demasiado exigentes o demasiado tolerantes, y, como resultado puede ocurrir que el niño no esté bien preparado sea sometido a una presión excesiva.

El maestro debe ser objetivo y preguntarse a si mismo en qué forma puede él afectar la aceptación del niño retardado por los miembros de la clase.

La observación del niño le permite al maestro encontrar las formas de atacar el problema.

Puede observar que ciertas conductas o actitudes del niño retardado son motivos de fricción que conviene corregirlos. Empero éstas, no son de la exclusiva responsabilidad del niño rechazado. La totalidad de la clase desempeña un papel para efectuar la integración. El maestro, pues, debe trabajar con todos los niños para ayudarles a advertir y apreciar habilidades e incapacidades, para aceptar lo que está fuera de lo común juntamente con la familia, y para comprender los motivos de la conducta de otro.

Al planear la estrategia necesaria para unificar grupos el maestro debe buscar la forma de efectuar los cambios deseables. Muchos piensan que el adoctrinamiento es la mejor forma de educar a los niños retardados. Este procedimiento es análogo a la programación. Al presentar ciertos estímulos se producen respuestas muy específicas. Por ejemplo, se puede programar al niño de tal manera de que se quite el sombrero cuando se encuentra dentro de un edificio. Esta programación de la conducta debe ser cuidadosa para que pueda ser eficiente.

Lo contrario de enseñar para que se adquiriera una conducta auténtica en forma de hábito es enseñar los conceptos que posibilitan la conducta de adaptación.

Las investigaciones han demostrado que los niños mentalmente retardados pueden aprender éstos conceptos y aplicarlos en forma independiente en la vida cotidiana. Este procedimiento tiene muchas ventajas, particularmente si le proporcionamos al niño oportunidades de práctica que le permitan generalizar los conceptos de una manera conveniente. Enseñar el concepto y su generalización mediante situaciones apropiadas y en condiciones convenientes ayuda al niño a aplicar lo que ha aprendido y le proporciona un medio de adaptación que puede usar cuando advierte la necesidad.

Ya hemos esbozado el programa correspondiente al papel constructivo del maestro en la educación de esos niños con retardo mental educable que asisten a los grados comunes. La tarea más sencilla consiste en señalar que hay que hacer y porqué. La tarea más difícil consiste en encontrar la forma de hacerlo.

El problema que hace tan difícil la tarea de trabajar con el niño retardado es la combinación de las diferencias individuales entre los miembros de la clase y la necesidad perentoria de desarrollar el plan de estudio normal. En conjunto éstos factores actúan contra la posibilidad del maestro de hacer frente a los extremos de capacidad o de conducta de cualquier tipo. Estas presiones se hacen más evidentes en cada grado sucesivo, a medida que aumenta la diferencia entre los extremos.

A medida que la clase adelanta en funciones y estudios cada vez más abstractos, resulta más evidente la capacidad limitada del alumno retardado para manejar éstos elementos. A partir del tercer grado, el maestro se ve obligado a trabajar simultáneamente en dos frentes: Mientras que la mayoría de la clase se ocupa en el plan de estudio normal,

El niño retardado todavía está luchando con trabajos de nivel elemental. Para enfrentar las dificultades propias de trabajar simultáneamente en dos frentes, no hay ningún restituto del esfuerzo consciente. La tarea puede ser desorientadora, y lo es con frecuencia, especialmente si el maestro tiene las mismas aspiraciones para todos los alumnos. Si bien no se deben descuidar las habilidades escolares, tampoco, debe hacerse con el desarrollo de un niño retardado ya que tiene una importancia igual. Por lo tanto, en habilidades académicas dejan de ser un fin por sí mismo para el alumno retardado y se convierte en un medio para obtener un fin. La función del maestro respecto del niño subnormal debe consistir en ayudarlo a desarrollar habilidades académicas hasta donde le sea posible, y luego guiarlo para aplicar éstas habilidades en la solución de problemas. Para poder hacer esto, muchos maestros tendrán que ampliar sus conceptos sobre la lectura y la aritmética. La lectura no tiene porque estar necesariamente circunscrita al libro de texto. Debe comprender secciones apropiadas de los diarios, como, por ejemplo, los avisos de empleo, anuncios de venta y comprender las propagandas es también, en cierto sentido, leer. De la aritmética podemos decir algo similar. Hay que aprender habilidades que estén más allá del cálculo y la medición. Hay conceptos cuantitativos y cualitativos que se pueden aprender mediante el comentario y la acción. Entre éstos, hay aspectos sobre el dinero, el tiempo y el tamaño las formas y otras informaciones que son fundamentales en la edad adulta. A veces el maestro se toma el tiempo necesario para trabajar con el niño retardado y en momentos determinados experimenta el tormento de la duda "vale la pena?", la respuesta es evidente. Si los esfuerzos del maestro contribuyen al desarrollo social del niño para que como adulto tenga posibilidades de adaptación que impidan su internación en alguna

institución o que se conviertan de alguna otra forma en una carga para la comunidad, el esfuerzo es verdaderamente valioso.

Para evaluar el estado y progreso a los retardados mentales educables que asistan a las clases comunes el maestro debe tener presente.

1. Los retardados mentales educables deben ser evaluados de acuerdo con el nivel de capacidad que indica su condición intelectual, y no según las normas fijadas según el resto de la clase.

Es posible que un niño retardado esté rindiendo de acuerdo con el límite de sus posibilidades aunque esté muy atrasado con relación con el resto de la clase.

2. Los retardados mentales educables deben seguir un program de estudio apropiado para obtener un sano desarrollo social y emocional. Estas son bases importantes para la evaluación y no deben ser pasadas por alto en favor del estudio academico.

3. Como considera el niño a la escuela? Se adopta a sus condiciones y es aceptado por sus compañeros a pesar de ellas?

Uno de los medios de evaluación que posee el maestro, es la evaluación que de su propia situación pueda hacer el niño retardado mental.

Los maestros de los niños retardados mentales no deben desanimarse cuando la evaluación demuestre que los cambios son lentos y leves, pues es de suponer que el ritmo de los cambios sea compatible con la capacidad intelectual. Cualquiera que sea el cambio en sentido positivo, debe considerarse como un resultado importante y promisorio de los esfuerzos del maestro.

CAPITULO III.

TRATAMIENTO:

Aunque la inteligencia tiene en su mayor parte límites fijos de desarrollo, es posible, en cierto grado, que se desarrolle con el uso y se atrofie con la falta de uso.

Se ha encontrado que si se separa a dos gemelos idénticos al poco tiempo de nacer, y a uno se proporcionan oportunidades definitivamente superiores para educarse, éste desarrollará un coeficiente intelectual más o menos favorable; aunque la capacidad intelectual no puede mejorarse en quienes más se necesita; es decir en los débiles mentales de grado superior.

Hay que recordar que el desarrollo de una personalidad normal requiere no solo una cierta dotación intelectual innata, sino también factores emocionales esenciales como afecto, seguridad, tener un valor que los demás reconocen, lograr objetivos y vivir experiencias nuevas. Según esto es necesario hacer sentir al niño retardado o débil mental, que lo quieren, que lo aprueban y que lo aceptan como parte de la familia y de grupos ajenos a la familia. Rodeado de afecto, manejado con paciencia devota y estimulado psicológicamente por medio de mimos y juegos, el niño débil irá adquiriendo el sentimiento de que es importante y de que está protegido, factores esenciales para el desarrollo de una personalidad estable.

No expondremos en este capítulo, un curso de farmacología para uso de familiares o educadores. El manejo de las drogas rigurosamente reglamentado por las leyes, está reservado a médicos y farmacéuticos, teniendo en cuenta la creciente complejidad de la actual farmacología. La medicina moderna se funda cada vez más sobre la bioquímica, ciencia exacta que presupone conocimientos que no cabe improvisar.

Es necesario conocer las "indicaciones", es decir, las enfermedades susceptibles de tratamiento con la aplicación de un medicamento determinado, y, aún más, las contraindicaciones, o casos en que los mismos productos pueden ser nocivos. Finalmente, es necesario conocer la "Posología" que indica que la dosis más allá de las cuales se corre el riesgo de que las drogas terapéuticas tengan efectos peligrosos.

Es necesario para la familia del niño retardado mental, así como para cualquier otra persona (profesional) que intenta ayudar a la superación de éste problema, que un mayor sector de público conozca mejor las tendencias de la medicina moderna. Para ello conviene explicar, en los límites que pueda ser útil, el sentido de la acción terapéutica de las medicinas, hacer desaparecer el temor y las sospechas irracionales que, procedentes de tantas familias, dificultan el esfuerzo del personal especializado, siendo así que la confianza representa un fuerte factor psicológico de apoyo.

Realmente, la aprobación y la comprensión del esfuerzo terapéutico sobrepasan el simple hecho psicológico; en el contexto de la terapéutica moderna, tienden a una cooperación real entre la familia y el médico o entre el pedagogo y el médico o Trabajador Social especializados en Psiquiatría Infantil.

Todo cuanto se necesita para poder apreciar la acción de una terapéutica "psicótropa" constituye una observación larga y paciente con controles muy precisos. El médico no puede, por sí solo, asegurar este control a no ser que se realice, dentro de una clínica o un hospital. El, de hecho, está obligado a ver al enfermo con intervalos más o menos largos, durante los cuales aparecen y desaparecen síntomas, manifestándose pequeñas modificaciones que escapan a quien no se halla en un contacto

frecuente con el niño; se corre el riesgo de que incluso, escapen a la observación de la familia o a la del educador mal informado o con escasa preparación para preveer y valorar cada dato. En cuanto al control de los "progresos", se puede utilizar como instrumento auxiliar algunos de los métodos sicométricos denominados test, si bien nos parecen insuficientes para medir los cambios imponderables que realiza un retardado mental.

Es conveniente precisar en qué consisten estos "progresos", que se presentan esencialmente en el nivel síquico sin que se traduzcan de inmediato en avances escolares o de cualquier otro tipo. No obstante, todo lo que se pueda obtener repercutirá sobre el conjunto de las actividades del niño.

Los cambios más notables se apreciarán en todo lo relativo al comportamiento: en el niño inestable advertiremos una disminución de la agitación de su inestabilidad psicomotriz, y llegado el caso, una atenuación de la actitud de oposición y una mayor docilidad; en el apático, tratado con otros medicamentos, se observará una mejoría de su tono síquico, menor cansancio, una mayor resistencia hacia los deberes escolares, cierta sociabilidad en el ambiente familiar o en la colectividad, manifestándose mediante la participación en juegos y una mayor facilidad para entablar contactos con otras personas. En casi todos los casos encontraremos una mayor viveza de atención que repercutirá sobre la calidad memoria. En fin, algunos tratamientos terapéuticos más específicos conseguirán éxito en nivel lingüístico, de manera especial con un enriquecimiento del lenguaje espontáneo, una expresión verbal más fácil, mayor riqueza de vocabulario y en los casos más evolucionados un modo más perfecto de construir frases y cierta ex-

ponencia de ideas. Los adelantos en lo que se refiere a articulación según se puede comprobar en muchos casos, nos hacen ver nuestro lenguaje articulado depende en gran parte de las habilidades matrices de los órganos matrices, de los órganos de fonación; ésta fonación sicomotriz, provocada por las técnicas terapéuticas, se manifiesta también cuando los niños consiguen mayor habilidad en otros terrenos. Dentro de este tipo de progreso está el caso de los que de un día a otro aprenden a abrir las puertas, manejar las llaves o adquieren más desenvolturas para vestirse. Sin descender a muchos detalles, cabe afirmar que ésta mayoría se puede comprobar simplemente observando el "tono muscular" que proporciona a los niños una actitud postural claramente superior. Estos progresos pueden representar el punto de partida para una evolución positiva. La observación, controlada y anotada continuamente por un miembro de la familia o un educador, facilitará enormemente la labor terapéutica. Lo mismo hay que decir en lo que se refiere a la aparición de signos negativos ocasionados por una terapéutica inadecuada. Esta es la razón por la que hemos creído necesario incluir este capítulo sobre tratamiento terapéutico que permitiera a familias y educadores colaborar en forma clara y eficaz con el médico, psiquiatra infantil y el Trabajador Social.

Durante el siglo XIX, en que se iniciaron estudios sobre la limitación mental, el esfuerzo de los científicos buscaba esencialmente la elaboración de métodos pedagógicos. Son conocidos los nombres del doctor ITARD, que quiso iniciar la educación del "salvaje de aveyron", y del doctor SEGUIN, colaborador del anterior, y eminente experto en el campo de la reeducación, al que debemos la organización del material didáctico y los primeros tratados sobre la deficiencia mental; igualmente hay que

citar a la doctora Montessori, cuyas ideas continuan animando gran parte de la pedagogia moderna.

Pero fue necesario esperar a finales del siglo pasado para consignar el primer éxito de la terapeutica farmacologica: se trataba de la insuficiencia tiroidea que puede llevar a la "Idiotez mixedemastosa". Gracias a un tratamiento precoz "sustitutivo" con Tiroidina, puede evitarse o reducirse la deficiencia mental.

No se han realizado otros experimentos con terapeutica "sustitutiva" de este tipo. A principios del siglo actual la ciencia quimica permitió que los médicos afrontasen el sintoma más enojoso en los retrasados mentales: la agitación. Sin embargo, el bromo y los barbituricos no permiten iniciar las tareas educativas, ya que la actividad mental, reducida de por sí, quedaba aún más aminorada. Por ello, lo que debe permanecer como fin esencial de toda terapeutica eficaz en materia de deficiencia mental es la mejora del trabajo intelectual.

Antes de la última guerra mundial, los investigadores habian advertido la presencia de acido GLUTAMINICO en las células nerviosas.

Las síntesis de este aminoacido ha hecho posible su utilización en la práctica terapeutica, y llegó a creerse que se habia descubierto el "Suero de la inteligencia". Tras un periodo en que los éxitos parecian confirmar éstas esperanzas, se vio que el acido glutaminico era muy mal asimilado por el organismo humano y no podia ser eficaz bajo esta forma. Pero en 1952 se produjo una verdadera "revolución" en el campo de la terapeutica siquiátrica: En el laboratorio de RAHONE - POULENC, los quimicos realizaron las síntesis de la CHLORPROMAZINE, cuyos efectos no se descubrieron inmediatamente. El profesor JIM DELAY y sus colaboradores introdujeron en su uso un siquiátra.

La Clorpromazina tiene entre otros, los siguientes efectos: frena la "sicomotricidad" y disminuye la excitación, la agitación y la agresividad con una acción altamente "sicosedante". No actúa como los hipnóticos, ya que la atención y lucidez permanecen intactos, aunque al principio del tratamiento se produce cierta somnolencia.

Paralelamente a éste descubrimiento se han sintetizado los ESTIMULOS SIQUICOS, drogas que actúan en distintos sentidos: citaremos como ejemplo las amfetaminas, de las que popularmente se conocen algunas aplicaciones por el abuso que han hecho de su efecto estimulante.

Entre los derivados de las "amfetaminas", algunos han tenido efectos muy útiles para combatir la apatía de los deficientes mentales, ya que en orden a su reeducación aquella puede representar un obstáculo más serio que la agitación. Este grupo constituye el de los denominados "estimulantes" de la vigilia (psicotónicos).

Finalmente existen verdaderos "estimulantes del humor" (TIMOANALEPTICOS) cuyo empleo se ha manifestado particularmente eficaz en los insuficientes mentales y mucho más en los Mongólicos.

De este modo, numerosos medicamentos "psicotrópicos" 2 se han puesto en uso en menos de 20 años.

Todos ellos tienen en común la cualidad de ser "susceptibles" de modificar la actividad mental, ya sea aumentándola, disminuyéndola o desviándola. 1. Los investigadores designan cada producto con un nombre científico; los laboratorios los cambian a veces (por ejemplo CHLORPROMAZINE - LARGACTIL). El "modo de empleo" de cada medicamento no basta para iniciar un tratamiento; es el médico, documentado de modo más preciso, quien ha de prescribirlo.

2. El término "PSICOTROPO" es útil, en razón de su propia generalidad,

para designar el conjunto de sustancias químicas, de origen natural o artificial, que poseen un tropismo sicológico, es decir, que son sustancias susceptibles de modificar la actividad mental sin prejuzgar el tipo de ésta modificación. No obstante, es necesario restringir la aceptación a aquellos cuerpos cuya acción esencial -o bien uno de los efectos principales- se ejerce sobre la parte síquica, porque de otra forma se habrían de incluir bajo tal denominación los innumerables productos, farmacéuticos y fisiológicos, capaces de influir en el sistema nervioso. Un campo de acción inmenso se abre ante los de la terapéutica: se trata de precisar las "indicaciones" de cada uno de éstos productos. El efecto de cada droga varía según la dosis, el modo de suministrarlas, la duración del tratamiento y la reactividad individual.

La asociación de nuevas sustancias produce efectos, lo cual justifica la advertencia de no "mezclar" nunca medicamentos que no hayan sido combinados intencionalmente por el médico.

Del mismo modo, la dosis no puede sumarse de igual forma que puede aumentarse un somnífero para dormir más profundamente, si bien son susceptibles de "potencializarse". El comienzo y terminación de un tratamiento deben ser siempre progresivas, a fin de lograr cualquier efecto nocivo. Nunca debe interrumpirse un tratamiento en marcha, ya sea por negligencia o simplemente porque los resultados no parezcan positivos. A éste propósito, hay que decir que éstos medicamentos nuevos y eficaces puedan provocar efectos "secundarios" a el margen de aquellos que se pretende conseguir. De cualquier manera, es necesario aceptar estos

(1-2) J. Delay y P. Deniker: Methodes chimiotherapiques en psychiatrie, Paris, 1959.-

inconvenientes que siempre son menos graves que la misma enfermedad. _

Aún más: las reacciones son diversas según los individuos; puede producirse sopor o somnolencia, excitación o movimientos mal controlados.

La mayoría de las veces los síntomas son pasajeros; si se prolongan, _ la única actitud razonable es acudir al médico que ha prescrito el tratamiento y no interrumpir bruscamente la medicación. El juzgará si es conveniente continuar o modificar la dosis.

Ante la medicina moderna es preciso adoptar una actitud de cooperación adecuada al progreso de la misma ciencia médica.

En cuanto a los resultados cabe esperar de una terapéutica, podría suceder que el médico informase anteriormente a los responsables del niño para influir en la observación. Trataremos de resumir someramente la acción de los medicamentos más usados. Los del primer grupo, que se han indicado bajo el nombre de "NEUROLEPTICOS", tratan de corregir la inestabilidad y la agitación de sus diversos grados; se buscará la creación de una actitud sosegada en el niño y se orientará su necesidad de movimiento hacia actividades recreativas proporcionadas a sus capacidades. Los del segundo grupo, descritos bajo el nombre de "PSICOANALEPTICOS", deberán usarse en los casos de apatía; mediante ellos, el niño se volverá más despierto y menos astenico; se utilizarán para que el niño consiga un mayor interés por el ambiente y las cosas así como para mejorar su estado mental.

En pocas palabras: los efectos del tratamiento serán ventajosos solamente si la familia y los educadores consiguen utilizarlos para mejorar el contacto del niño con el ambiente. .

El esfuerzo deberá abarcar simultáneamente la educación social e intelectual, observando con cuidado su evolución en ambos sectores.

En la presentación que hemos hecho de los tratamientos farmacológicos es forzosamente reducida.

Hemos evitado nombrar medicamentos concretos, aunque los intervalos en el tema incluimos un cuadro tomado de los trabajos del profesor J. Delay, indicado en la nota al pie de página alguna bibliografía sobre el tema. (3)

A. PSICOLEPTICOS O SEDANTES SIQUICOS:

1. HIPNOTICOS.
2. NEUROLEPTICOS (TIMOLEPTICOS).
3. TRANQUILIZANTES.

B. PSICOANALEPTICOS O ESTIMULANTES SIQUICOS:

1. Estimulantes de la atención.
2. Estimulantes del humor (TIMOANALEPTICOS).
3. Otros estimulantes.

C. PSICODISLEPTICOS (Trastornos del siquismo para la memoria).

Hasta ahora hemos hablado de la misión observadora de los padres. Observar las reacciones y actitudes de un niño es más difícil cuanto mayor es el contacto con él. El menor cambio en un día solamente puede ser apreciado por quien se mantiene a cierta distancia del niño.

(3) J. Delay y P. Deniker: Methodes chimiotherapiques en psychiatrie. Masson, Paris, 1961.

F. Brauner y L. Designolle: Quelques medications Psychotropes dans le traitement éducatif des enfants déficients mentaux/chaer de groupement, 1962.

F. Brauner y G. Pringuet: Traitement medicamenteux des enfants déficients mentaux.

Reveu de Neuropsychiatrie Infantile, Paris 1963, XI (9-10), con bibliografía detallada.-

Las atenciones y preocupaciones cotidianas hacen que, tanto para la madre como para el educador, la observación constante pase a un segundo plano. No obstante, es necesario conocer lo que hay que observar, a fin de no correr el riesgo de atribuir excesivo valor a observaciones que no tienen importancia, olvidando lo que es un índice de autentico mejoramiento, aunque sea más lento.

El mejor método de observación consiste en anotar, sistemáticamente y sin partidismos, los datos relativos a la colaboración y comportamiento del niño.

Indicaremos los sectores y modos en que pueden manifestarse más frecuentemente los efectos de la medicación antes indicada:

1. ASEO: una incontinencia de orina puede mejorar o cesar.
2. SUEÑO: el niño se duerme más rápidamente o más lento, su sueño es más tranquilo o más agitado.
3. ALIMENTACION: el apetito es mayor o menor.
4. HUMOR: el niño puede comportarse con menor inhibición y más viveza, siendo menos rígido y tenso; puede presentar un rostro más expresivo o por el contrario más amorfo. Todo esto se verá especialmente al finalizar el tratamiento.
5. COMPORTAMIENTO GENERAL: agitación o apatía disminuidas; iniciativas en la vida ordinaria (participación en los trabajos domésticos); manifestaciones de independencia. Emotividad, timidez, inestabilidad o cólera disminuidas. Alguna vez, al comienzo del tratamiento, somnolencia o agitación.
6. COMPORTAMIENTO SOCIAL: mayor interés por el ambiente, por los juegos de los otros; ayuda a los niños más pequeños y a los adultos; integración en un grupo; disciplina; aumentan las preguntas, menor oposición

ón; signos de afecto.

7. COMPORTAMIENTO EN EL TRABAJO: aumento del interés, atención y resistencia; mejora en la imitación; ritmo de trabajo más constante; progresos.

8. MOTRICIDAD: reacciones más rápidas; progreso en las actividades ordinarias; mejor destreza en los gestos y mayor perfección en el equilibrio.

9. LENGUAJE: lenguaje espontáneo, observaciones acertadas, aparición de nuevas palabras, mejoría en la pronunciación y frases mejor construidas.

10. CAMBIOS: pueden ser temporales o permanentes, crecientes o decrecientes.

3.1. OBJETIVOS DE LA PSICOTERAPIA:

El único objetivo del tratamiento y el que lo abarca todo es la curación. En la etapa actual, es seguro afirmar que las normas de curación con la enfermedad y con los procesos de curación, no son en ningún modo uniformes. En lo que a esto respecta hay actualmente grandes divergencias de orientación, entre las diversas escuelas de psicoterapia y entre los mismos terapeutas individuales. En cierto sentido cada terapeuta desarrolla una serie de criterios relativamente personales para los objetivos del tratamiento y las señales de la curación. Desde cierto punto de vista, esto quizás será siempre así, desde otro reflejo un estado actual de casos que de ninguna manera es el ideal.

El destino de cualquier empresa sicoterapeuta está influida por lo menos por cuatro factores; el carácter del paciente, el carácter del terapeuta, los rasgos singulares de la comunicación emocional entre ellos y la influencia entre ambos y en lo que pasa entre ellos de las fuerzas

ambientales. En la actualidad toda discusión de éstos temas debe innecesariamente incompleta porque nuestra comprensión de la curación y del proceso de curación, refleja las mismas lagunas que prevalecen en nuestra comprensión de los procesos de enfermedad y salud.

La delimitación de los objetivos de la psicoterapia debe reflejar éstos conceptos cambiantes. Por lo tanto, las hipótesis actuales deben considerarse como de ensayo y provisionarias. Sin embargo deben ser cuidadosamente evaluadas.

Uno de los objetivos actuales del tratamiento es mantener una salud óptima. Deben alentarse las actividades físicas y mentales (proporcionales a cada caso específico), especialmente las que permiten una combinación del ejercicio muscular, interés intelectual y diversión. Hay que recordar que el rechazo consciente o inconsciente de los padres desvía en la forma más grave la personalidad que se está desarrollando en el niño. Tampoco debe ser objeto de sobreprotección ni de atenciones excesivas por parte de los padres o demás miembros de la familia.

Otro objetivo importante en la aplicación de la terapia a retardados mentales es poner especial interés en aliviar las causas de stress emocional o de otro tipo síquico, y en promover una vida normal dentro de los límites psicobiológicos del paciente.

Cualquier programa de ayuda, debe contemplar también los siguientes objetivos: 1) Darle al paciente la oportunidad de conservar su auto estimación, 2) Desarrollar sus capacidades, 3) Capacitarlo para hacerlo útil a la sociedad en la medida de sus fuerzas.

Se espera del tratamiento que fortifique la personalidad del paciente que debe haber sufrido un cambio básico, lo que significa la capacidad de realizaciones potenciales, de capitalizar sobre fuentes personales

sus necesidades y ser una persona eficiente y productiva. Finalmente, curación también puede significar desarrollar su capacidad de amor a otros, poder compartir tanto placer como algunas responsabilidades; y puede experimentar toda gama de satisfacciones haciendo una contribución positiva al bienestar de la familia.

Así, los fines de tratamiento con notaciones de curación, constituyen una jerarquía de significados.

En algunos puede tener sentido contentarse con una curación menor, en otros es acertado y correcto que aspiremos a una curación más completa y superior y esto dependerá del grado de limitación del retardado mental.

3.2. TECNICAS DE LA PSICOTERAPIA:

La psicoterapia actual tiene a su alcance una cantidad de técnicas útiles: terapia de apoyo, terapia catártica, orientación, consejo, ayuda social, psicoanálisis y terapia de grupo. Otras técnicas están en desarrollo.

Sin embargo la actualidad, el terapeuta tiene dos métodos fundamentales -el individual y el de grupo- de los que se derivan los demás. Una comparación cuidadosa de ambos, tal como son utilizados ahora, indicará, según creemos, su utilidad en varias situaciones y las formas en que pueden ser utilizadas para las necesidades especiales de la terapia de la familia. El terapeuta no debe descartar ningún método que pueda aliviar la perturbación; la rigidez de algunas orientaciones terapéuticas hace que se pase por alto el hecho de que no se puede tratar exactamente de la misma forma a todos los pacientes. Se necesita gran flexibilidad por la complejidad del diagnóstico para el tratamiento de la familia.

Fundamentalmente, ninguna de las técnicas principales es compleja en sí misma, pues cada una señala diferentes facetas del progreso patológico. El psicoanálisis ejerce su mayor influencia correctiva sobre perturbaciones tempranas de las simbiosis niño-padre familia, mientras que la terapia de grupo concentra mayormente su influencia correctiva en los conflictos que sobrevienen con la adaptación de la personalidad individual al rol social.

Las bases dinámicas de ambos son los procesos naturales de crecimiento de la personalidad dentro de las pautas del ambiente social. Estos procesos son inherentes a la experiencia temprana del niño, de sus relaciones con su madre, luego con ambos padres y la familia como un todo. Es evidente que las pautas de experiencia interpersonal que se desarrollan espontáneamente y que corren paralelos a los procesos de maduración, pueden explotarse con propósitos terapéuticos. Al igual que, bajo condiciones controladas, los procesos dinámicos de interacción madre e hijo pueden servir para objetivos terapéuticos, las experiencias de relaciones dentro del grupo.

Para la terapia de grupo queremos naturalmente adoptar del psicoanálisis los conocimientos penetrantes de los procesos internos de la mente individual y algunas técnicas parciales que han demostrado producir cambios terapéuticos. Los métodos no son idénticos. Aunque algunas técnicas parciales comúnmente utilizadas en uno de los procedimientos pueden ser utilizadas adecuadamente en el otro, sin embargo, éstos dos métodos deben seguir siendo distintos.

La técnica psicoanalítica puede concebirse como sirviendo principalmente para aportar elementos autistas de la patología individual, que bloquean el proceso de socialización.

En un grupo terapéutico, se desarrolla una situación humanamente estructurada, que equivale a una relación individual con la sociedad. El grupo es una microsociedad. En algunos aspectos difiere de una familia.

EL TRATAMIENTO DE LOS NIÑOS:

El tratamiento de los niños plantea en principio problemas algo diferentes, el niño es por lo general conducido al terapeuta con poca o ninguna idea de lo que puede significar para él la ayuda psicológica de ese extraño adulto. Por esto las técnicas del tratamiento infantil son en cierto modo cualitativamente diferentes. El rol del terapeuta es triple primero padre auxiliar; segundo maestro que favorece el crecimiento y dominio progresivo de experiencias nuevas y salud mental positiva; tercero, agente terapéutico que facilita la expresión, alivio y comprensión mejor del conflicto y angustia patógena del niño.

Es deber del terapeuta estar asociado con los padres para proporcionar cuidado, protección y afecto al niño. Proporciona al niño sensación de seguridad, respeto y aceptación ante el peligro. Satisface sus necesidades de ser comprendido y amado. A menudo debe dar al niño las satisfacciones emocionales de que se vio privado en su propia familia.

Hasta este punto el terapeuta, como versión auxiliar y mejorada del padre provee un tipo de experiencia emocional positiva con un adulto, que ha faltado al niño en sus relaciones familiares.

El terapeuta colabora con los padres y el maestro en socializar al niño, lo ayuda a integrarse a la comunidad social, porque el niño es inmaduro y aún no está integrado a la sociedad.

El terapeuta debe discriminar éticamente sobre si se debe permitir o cometer ciertos impulsos y actos. Permite la descarga de formas inofensivas y seguras de actividades destructivas, a fin de lograr acceso al

conflicto, angustia y culpa del niño, pero no perdona la destructibilidad. Cuando los impulsos destructivos se convierten en una verdadera amenaza para la seguridad del niño, la persona del terapeuta o algo valioso que le pertenece, el terapeuta interviene conteniéndolo firmemente. La responsabilidad del terapeuta es fomentar el desarrollo de una relación emocional íntima y firme con el niño, lo que le facilita la comunicación, aceptación mutua y comprensión.

Esto toma tiempo. No se puede anticipar al principio, la confianza del niño hacia el terapeuta, debe desarrollarse gradualmente a medida de que el niño prueba una y otra vez las intenciones del terapeuta con él. A menudo se usa la actividad del juego, que es el medio de expresión natural del niño a comunicarse por medio de la expresión corporal de la actividad motora. El juego cumple un importante papel para el niño porque le permite probar la realidad y ampliar su dominio ante ella. Es también una forma de comunicación. El terapeuta habla al niño a través del juego. El tipo de juego dramatiza la experiencia emocional del niño, sus conflictos, culpas y temores, y refleja el espacio libre entre lo que es real y lo que es fantasía en la mente del niño. A medida que se desarrolle la relación y que el niño, después de poner a prueba numerosas veces las intenciones del terapeuta se siente más seguro y confiado, el terapeuta logra cada vez mayor acceso a la vida emocional interna del niño. A través del recurso de la interpretación, el terapeuta traduce al niño los fundamentos irreal de sus conflictos y temores aliviándolo así de ésta carga. Pero justamente éste rol del padre auxiliar plantea un problema especial al terapeuta de niños. Es bien cierto que niños limitados mentales son con frecuencia víctimas de una carencia emocional.

Padecen de una deficiencia emocional, pero ésta condición puede ser equivalente a una simple enfermedad por carencia. La deficiencia en la alimentación es complicada. Estos niños están emocionalmente necesitados de amor y, sin embargo a menudo están imposibilitados de recibirlos. Desconfían de la demostración de afecto de un adulto se inclinan a creer que no es sincero, frecuentemente están en guardia y desconfianza, y antes de arriesgarse a aceptar un ofrecimiento de calor y afecto, lo ponen a prueba muchas veces. Cuando por fin los aceptan pueden sentirse culpables y que no lo merecen, cometen alguna provocación para incitar castigo, y con ello anulan el valor de ofrecimiento de afecto. Si el temor y la suspicacia son muy intensos, el niño puede negar su necesidad de dependencia oral, dejará de forzarse por obtener amor, y cambiará su actitud por una de desapego emocional. Si el terapeuta vence prematuramente éste desapego defensivo, el niño puede reaccionar con agresividad, ocasionalmente, el desenfreno provocativo de un niño limitado, es una forma de expresión enmascarada del hambre emocional subyacente del mismo.

Consideraciones como ésta enfrentan al terapeuta infantil con un problema especial: Dar o no dar amor, y cómo?. Debe considerarse claramente el problema de la falta de amor en un niño limitado. Es fácil para un terapeuta equivocarse en su concepción y utilización del concepto "dar amor". En la terapia infantil, dar en forma equivocada puede surgir de tres maneras: De un conocimiento inadecuado del desarrollo infantil normal psicopatológico, por la instrucción en la relación de actitudes inadecuadas que surgen de necesidades inconscientes del terapeuta, por mal racionalizadas que estén; por mera deficiencia de habilidad terapéutica.

Dar amor a un niño emocionalmente hambriento no puede ser una "técnica" terapéutica.

De ser efecto verdadero y sincero. Y un terapeuta puede dar ésta satisfacción amorosa a un niño, sólo cuando ha apartado paso a paso la barrera de suspicacia y de defensa que el niño ha construido alrededor suyo. La desconfianza y agresividad provocativa de un niño limitado constituye un obstaculo que impida al niño seguir el camino de la amistad y el afecto. A veces, la agresividad defensiva del niño le puede hacer perder el control. Cuando ésto sucede, el terapeuta debe proveer control desde fuera en forma de contención física pasiva. Esta contención está indicada si un niño aterrorizado y enojado irrumpe ciegamente y hay peligro de que se dañe a si mismo, al terapeuta o algún objeto valioso. Si éstos estallidos son controlados por una contención física pasiva, sin ninguna intención de venganza por parte del terapeuta disminuye la culpa del niño, y lo prepara paulatinamente, para recibir el cariño del terapeuta como demostración sincera de comprensión y amor. Es correcto darse cuenta de que un terapeuta infantil no puede nunca remplazar o compensar la falta de cariño que el niño puede haber experimentado en su infancia. Esto ya pasó. No puede anularse magicamente. Lo que el terapeuta puede hacer es modificar gradualmente las percepciones plenas de angustia y las expectativas emocionales del niño, para que luego pueda aprender y aceptar el amor como tal, sacar provecho de él y finalmente, retribuirlo.

Al enfrentarse con éste problema, el terapeuta debe estar atento al riesgo de que se introduzca una serie de motivos inconscientemente inadecuados, que pueden expresarse conscientemente como necesidad de "dar amor", pero que contienen en forma encubierta motivos menos saludables: Una necesidad de controlar o intimidar al niño para cerrar la corriente de hostilidad de éste, la necesidad neurotica de ser querido y endio

ñado por el niño, temor al rechazo del niño, una excesiva e incontrolada identificación con él, que expresa rivalidad con la necesidad de afecto del niño o con su rebeldía destructiva; temor al fracaso terapéutico necesidad de "dar afecto" como recurso para conquistar o desarmar al niño o expresar en forma enmascarada una hostilidad competitiva con la madre del niño o con otros terapeutas del niño.

En sicoterapia, como en la vida, un ofrecimiento de cariño, interés y afecto, debe ser un ofrecimiento sincero, no una técnica de manejo.

Debería saberse bien cuando la suspicacia, miedo y odio del niño están neutralizados y la matriz de la vida emocional del niño está adecuadamente receptiva.

Además de las técnicas antes mencionadas, se utilizan también las siguientes técnicas: 1) terapia social, 2) orientación educativa, 3) primeros auxilios psiquiátricos, 4) sicoterapia para parejas familiares, 5) psicoterapia individual para miembros seleccionados de la familia.

Las técnicas que se emplean son de tipo simple, y la selección de la misma está determinada por muchos factores, como por ejemplo las características de la personalidad, la edad, la situación que vive el niño y específicamente la naturaleza de su problema.

3.3. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PSICOTERAPIA:

Aunque se pueden emplear muchos métodos psicológicos diferentes al tratar de aliviar los trastornos en los limitados mentales, y hacer del paciente una persona segura. Un importante factor terapéutico que se encuentra en cada uno de éstos métodos es la relación entre terapeuta y el retardado mental, con las experiencias interpersonales que esto implica. A través de esta relación el enfermo se da cuenta de que puede compartir sus sentimientos, actitudes y experiencias. Tiene una tremen-

da necesidad de hablar con alguien que le ayude a proporcionarle su propia estructura para integrar sus nociones de sí mismo y la imagen que se está formando de lo que realmente es en lo que respecta a su incapacidad y en función de lo que los adultos desean de él.

Otro factor que influye en la terapia en el logro de las metas de tratamiento sería un ambiente adecuado para la aplicación de la terapia y la actitud de los padres y del núcleo familiar en general.

3.3.1. Influye el ambiente en la aplicación de la Terapia?

Los supuestos relativos al valor de un ambiente de reducidos estímulos tienen validez también para otros ambientes aparte del salón de clase y del hogar del niño. El doctor WILLIAM M. CRUICKSHANK, ha observado que los niños que padecen daño cerebral, cuando un psicólogo clínico les pone test, actúan de manera más satisfactoria en una pequeña habitación desprovista de distracciones. Muy a menudo todo el aparato de la profesión psicológica se encuentra exhibido en el despacho del psicólogo, y esto distrae al niño que sufre de retardo mental.

Las reproducciones y los diplomas que se encuentran colgados en las paredes, las cajas con material para la administración de test que haya en los anaqueles, una cubierta de escritorios llena de informes de las actividades que se están llevando a cabo, y otras cosas semejantes reducen la posibilidad de obtener óptimos resultados de los test por parte del niño Retardado Mental. En toda buena clínica psicológica o de Rehabilitación la habitación en la que se efectúe el examen real deberá estar separada del despacho profesional utilizado por el personal. A los niños se les dará la oportunidad de hacerlo lo mejor que puedan.

La estimación de su capacidad mental no debe quedar deformada por distracciones sobre las cuales no puede ejercer un control, como sucede

con la multitud de objetos que se suelen encontrar en cualquiera oficina. El terapeuta del habla también debe darse cuenta de la necesidad de crear un ambiente que tenga un número reducido de estímulos, en el cual lleve a cabo la terapia del habla o el desarrollo del lenguaje. Las ilustraciones y los modelos anatómicos los libros y revistas profesionales, así como los materiales de enseñanza que el terapeuta usa provocará distracciones.

La atención que el niño con limitación mental pondría invertir en el terapeuta se desviará hacia actividades infructuosas y apenas a lo que se quiere.

La validez de los supuestos se comprueba aún en otro campo profesional. En la clínica dedicada al tratamiento de la parálisis cerebral, el terapeuta ocupacional y el terapeuta físico se quejan a menudo de que algunos de sus clientes no responden con provecho a sus instrucciones, uno de tales niños, observado por el doctor WILLIAM M. CRUICKSHANK, no solo tenía parálisis cerebral, si no que estaba caracterizado también por muchas de las perturbaciones de la percepción. El terapeuta físico estaba tratando de dirigir la atención del niño mientras se encontraba éste tendido de espaldas sobre una mesa de tratamiento, en una habitación en que habían otros 3 terapeutas, otras 3 mesas para tratamiento y otros 3 pacientes. Había tantos estímulos innecesarios en la habitación que el niño de que se trata fue simplemente incapaz de responder adecuadamente a su propia terapeuta, se tendieron cortinas en torno a su mesa de tratamiento, a fin de que la atención del niño no se apartase del terapeuta, no tardaron en advertirse adelantos significativos en el aspecto de la terapia física del programa del tratamiento.

El entrenamiento motor, en el ambiente escolar, de igual manera, debe

llevarse acabo en un ambiente tan exento de estímulos como sea posible crear. El ambiente recomendado aquí podrá aparecer estéril y frío, pero por lo contrario, el salón de clase de la clínica, a pesar de su falta de estímulos, puede ser un lugar cálido y cordial. Se usa el color; la maestra y su ayudante se muestran cordiales y afectuosos; y las actividades del grupo pequeño desarrollados por los niños hacen posible el establecimiento de contactos sociales. El hecho más importante es que el ambiente estimula el aprendizaje y esto es, en efecto, el fin perseguido.

Influyen los padres en la terapia?

3.3.2. El doctor RAPPAPORT, y otros han señalado que el individuo atraviesa por un curso normal de desarrollo emocional posnatal, así como recorre un definido ciclo de desarrollo fetal prenatal, el doctor RAPPAPORT llama a esto "Epigénesis" posnatal, que es la continuación del crecimiento, el aprendizaje y el ajuste que comenzó siendo tan solo un ciclo de crecimiento físico en la vida prenatal.

La falta de destrezas motoras delicadas puede afectar inicialmente las relaciones madre - hijo y a partir de estas experiencias iniciales, las relaciones a largo plazo entre la madre y el hijo pueden quedar formados también. Además el trastorno de la madre y el niño puede llegar a ejercer efectos perturbadores en la relación padre - hijo. El padre se forma una idea confusa en lo tocante a la influencia del niño en el ajuste de la madre, y propende a apoyar a la madre en contra de las amenazas físicas y emocionales del hijo.

La culminación de esta serie de crecientes tensiones, tensiones resultantes de la incapacidad de desarrollarse de manera normal, de los sentimientos de culpa de parte de los padres por no haber podido cumplir

cabalmente las expectativas de la paternidad, y toda una serie de experiencias en las que el niño se va quedando aislado de los demás niños del barrio y de los compañeros de la escuela, es un "yo" todavía más lesionado en el niño y unos padres cada vez más trastornados, que se esfuerzan para proteger sus propios egos. Los padres se encuentran en un estado constante de conflicto al tratar, al mismo tiempo, de obligar al niño a ajustarse a pautas normales de conducta y de protegerlo contra las presiones de la comunidad. La incapacidad que tiene el niño de obtener satisfacciones positivas para su "yo" lo incita a recurrir a aquellos tipos de conducta más primitivos que le han dado algún sentimiento de su propio status, pero no obstante son impropios de su edad cronológica, sus acciones, provocadas por impulsos inhibidos del "ello", reciben ahora poca aprobación, aunque sabe que en un momento de la experiencia de su vida se las dispensó, aceptó y esperó como parte de su conducta. Ocurrió esto cuando era un niño muy pequeño, pero el tiempo no le importa ahora. El hecho es que lo que hizo entonces fué aceptado porque era un niño pequeño, y su conducta le produjo algunas satisfacciones. Ahora que es mayor y no puede adquirir satisfactoriamente modos de conducta aceptables para sus padres y amigos, utilizará aquellas conductas anteriores que le produjeran alguna satisfacción.

Las pautas anteriores de conducta están completamente fuera de lugar; y el niño sabe que no son propios, pero tiene que usar algo como fuerza de ajuste. La conducta inmadura, torpe, del "id" lo aliena todavía más de los individuos cuya ayuda, amor y seguridad busca. Rápidamente se está cerrando un círculo vicioso.

Hay que dar a este niño ayuda psicoterapéutica; no puede resolver satisfactoriamente sus problemas. Carece de un fondo de aprendizaje satisfactorio.

torio a partir del cual trazar un nuevo curso a su conducta. El doctor WILLIAM ADAMSON, dice de esta situación que requiere una estructuración total de las relaciones vitales. El niño está tan apartado del curso normal del crecimiento y desarrollo de los demás niños y está tan enredado en su esquema perceptivo-motor anormal que, sin quien pueda ayudarlo a reestructurar sus relaciones vitales, jamás alcanzará un nivel de integración de la personalidad y el aprendizaje aceptable para la sociedad. Los conflictos "id-ego" seguirán obrando como fuerzas dinámicas, inintegrados, en su vida de adulto. Aunque un programa educativo bien construido y ejecutado, por sí solo puede hacer mucho por lo que toca a proporcionar la estabilidad que el niño necesita, es nuestra experiencia que el programa psicoterapéutico debe acompañar paralelamente a la educación para obtener un máximo de beneficio para el niño.

Problemas emocionales:

El niño retardado o débil mental implica a veces para los padres, un problema de difícil solución: la forma en que lo afrontan tiene gran influencia sobre el desarrollo futuro del niño. A menudo la familia se da cuenta poco a poco de que el niño no se está desarrollando normalmente, la madre a veces rechaza la situación y desarrolla sentimiento de vergüenza personal, de fracaso e incluso de culpa. El hecho de verla llorar en forma casi constante y la desilusión iracunda del padre pueden producir confusión, frustración y aislamiento en el niño. Por otra parte, si los padres lo rechazan, lo privan de afecto, lo hostilizan o le pegan (cosa que llega a suceder), el niño se volverá inquieto, agresivo, hostil y tal vez delincuente. Los sentimientos de frustración e inutilidad son más frecuentes entre los padres de los niños débi-

les mentales que entre los padres de los niños que nacen con defectos físicos, ya que estos progenitores pueden experimentar a menudo un sentimiento de compensación al observar el crecimiento intelectual y emocional del niño. En casos de los niños débiles o retardados mentales no existen tales satisfacciones, lo que intensifica los problemas subyacentes a los padres, problemas que a menudo se expresan en la actitud hacia el hijo; como consecuencia el niño desarrolla hostilidad y problemas de conducta. Muchos débiles mentales tal vez la mayoría, tienen al igual que los individuos, normales conflictos propios respecto a sus esperanzas sus miedos sus angustias y sus frustraciones. La forma en que los padres y los maestros del débil mental afronten dichos conflictos, ejercerá gran influencia sobre la conducta y la adaptación social del enfermo. Muchas personas con defectos mentales están incapacitadas por sus dificultades emocionales que por su déficit intelectual. Al igual que en los niños con dotación intelectual normal, las frustraciones, las humillaciones, el ridículo, las angustias, la falta de afectos y las inseguridades pueden expresarse en forma de conducta delictiva.

3.3.3. TERAPIA FAMILIAR INTEGRADORA:

Logicamente considerado, un tratamiento sistemático de la familia, debe abarcar técnicas dirigidas a las múltiples relaciones que se interpenetran dentro de la familia y a los procesos de adaptación de ésta a la comunidad, tanto, como técnicas de psicoterapia para los miembros individuales. En este contexto, el enfoque terapéutico del grupo familiar "Per se" es lo principal, y la psicoterapia de los miembros individuales es secundaria.

Un enfoque terapeutico de las perturbaciones emocionales de la vida familiar debe empezar, por consiguiente, con la evaluación sicosocial de la familia como un todo. Luego debe venir la aplicación de los niveles adecuados de apoyo social y orientación educativa, y un acercamiento terapeutico a las relaciones familiares conflictivas. Sólo entonces es posible considerar la posibilidad de psicoterapia individual para el miembro o miembros seleccionados de la familia, y ésta terapia debe estar orientada inicialmente hacia las relaciones dinámicas específicas de la personalidad y el rol familiar, y el equilibrio entre conflicto intrasíquico y el conflicto familiar. Así, y en un sentido muy real, la psicoterapia individual es auxiliar de un programa terapeutico integrado para la familia como unidad social, y depende también de este programa los niveles adecuados de acción, para afectar en etapas sucesivas componentes específicas de la perturbación familiar,

En una base empirica, se han desarrollado una cierta variedad de procedimientos. En una secuencia de paso a paso, avanza el diagnostico y el tratamiento de la familia a través de una serie de entrevistas planeadas. Estas entrevistas implican secciones separadas con el paciente y otros miembros de la familia. Dado que se considera al paciente como una persona limitada, la limitación de éste paciente se torna el punto de apoyo o vía de acceso para los niveles adecuados de intervención en el trastorno de las relaciones familiares. Se ordena la secuencia de las entrevistas en vista a una progresiva elucidación de las interrelaciones de la afección del paciente con la psicopatología de la familia, determinar las perturbaciones en el vinculo de la identidad individual y familiar, y la interdependencia de la personalidad individual con el equilibrio de relaciones de un todo.

Es entonces posible señalar las pautas de interacción familiar que están potencialmente disponibles para la solución del conflicto o para el reconocimiento.

Los conocimientos obtenidos por evaluación clínica en las entrevistas en el consultorio y en observaciones íntimas resultantes de visitas al hogar, proporcionan los datos necesarios para fijar la necesidad y momento oportuno de intervención de cualquier número de técnicas - terapia social, orientación educativa, primeros auxilios siquiátricos, psicoterapia para parejas familiares conflictivas, psicoterapia individual para miembros seleccionados de la familia -. En las familias gravemente perturbadas, en las que pérdidas del control emocional trae una conducta cada vez más desorganizada, designar una persona entrenada profesionalmente para que viva por un tiempo con la familia, logra a menudo restaurar el equilibrio de las relaciones familiares y tiene tanto valor preventivo como terapéutico. Ocasionalmente, la utilización de tal recurso como primera ayuda logra el efecto aparentemente milagroso de calmar una atmósfera familiar caótica y violenta, y reducir sustancialmente los efectos destructivos sobre la adaptación individual.

Esto está relacionado especialmente con la protección de niños emocionalmente vulnerables y de adultos con una tendencia latente a la desorganización psicótica.

Es importante apreciar el grado en que el conflicto familiar está controlado, compensado o descompensado, y hasta dónde el conflicto familiar induce un daño progresivo en las relaciones principales, perturba la complementariedad en las relaciones de roles, y predispone así a la ruptura de la adaptación individual.

En conexión con esto, la complementariedad en las relaciones de roles

familiares recíprocos es de importancia especial, en la medida en que asegura la satisfacción mutua de las necesidades, vía de solución para el conflicto, apoyo de una imagen necesaria de sí mismo, y formas cruciales de defensa contra la ansiedad.

La perturbación de la complementariedad socava la estabilidad de la integración emocional a la familia, agrava la tensión interna del paciente, debilita su control del conflicto e intensifica su trastorno. Algunas formas de conflicto son temporarias y benignas; en realidad pueden profundizar y enriquecer los vínculos familiares, y estimular la maduración de los miembros de la familia.

Otras formas de conflicto familiar que son prolongadas, graves e inadecuadamente neutralizadas, tienden a separar a la familia y a dañar progresivamente la adaptación individual.

Por consiguiente, en la terapia familiar es de importancia fundamental el apoyo de las formas constructivas de complementariedad en las relaciones de roles familiares.

De la evaluación del equilibrio dinámico entre el conflicto intrapsíquico del individuo y el conflicto interpersonal en las relaciones familiares se derivan las sugerencias adecuadas para saber cómo introducir sucesivamente en la terapia a los múltiples miembros de la familia. Necesariamente varía de familia en familia, la secuencia adecuada de entrevistas diagnósticas y terapéuticas que implican individuos, parejas familiares o todo el grupo familiar. En el caso de un paciente infantil, las entrevistas pueden tener, por ejemplo, el siguiente orden: una entrevista con madre e hijos juntos, una entrevista con el niño solo, una entrevista con el niño y el padre y, finalmente, una entrevista con ambos padres y sin el niño, o el niño y hermanos junto

a uno o ambos padres. En ciertos estadios, puede ser adecuado trabajar concretamente con la madre e hijo juntos, marido y mujer juntos, o incluso madre, padre e hijo juntos. En éste encuadre uno puede manejar directamente ciertas distorsiones de percepción mutua, de los miembros de la familia, además trabajando en éste nivel a través de un proceso de delimitación de la realidad, con la mediación del terapeuta, se pueden disolver proyecciones irracionales de miembros entre sí.

Así se desarrolla un modelo de procedimiento que es una combinación flexible de psicoterapia individual y de grupo, implicando parejas familiares o trios sobresalientes, o al grupo familiar integro.

El planeamiento de las sesiones individuales con uno o más miembros de la familia debe hacerse en el momento oportuno. De un estadio a otro de la terapia, a medida que varía el equilibrio de reciprocidad en las relaciones de roles familiares, y el foco de perturbación patógena varía de una parte a otra de la familia, el terapeuta debe estar preparado para establecer variaciones correspondientes en el nivel de intervención terapéutica en la perturbación familiar.

Es obvio que la terapia familiar es compleja. Enfrenta múltiples niveles de conflicto.

Puede necesitar una división del trabajo en la que diferentes miembros del equipo clínico llevan a cabo diferentes fases de la terapia. Pero estos terapeutas no operan aisladamente con miembros familiares individuales. Por el contrario, los terapeutas involucrados deben reunirse periódicamente con todo el grupo familiar para manejar ciertos niveles de conflicto compartido.

Además, el equipo clínico debe trabajar junto constantemente porque, para que puedan ser eficazmente utilizados con propósitos terapéuticos,



el diagnóstico y la evaluación dinámica, deben ser procesos sobre la _
 marcha. El diagnóstico y la evaluación dinámica de la conducta desvia-
 da abarcan la totalidad de la experiencia humana, evalúan la desviaci-
 ón de procesos vitales en tiempo y espacio, en profundidad y en super-
 ficie. Por otra parte, la psicoterapia interviene solo sobre ciertas _
 partes de la experiencia vital.

Por su misma naturaleza la psicoterapia es un tipo parcial, selectivo,
 de intervención.

Por consiguiente, para asegurar una utilización adecuada y exitosa de,
 ella, nunca podemos separarla del diagnóstico. Esta conjunción es par-
 ticularmente necesaria en el complejo nivel de la psicoterapia famili-
 ar.-



CAPITULO IV.

PAPEL DEL TRABAJADOR SOCIAL CON LOS RETARDADOS MENTALES:

La lucha por un puesto en la sociedad que dignifique a la persona física y mentalmente impedida constituye la misión del Trabajador Social en el área de la salud cuyos fines tradicionales constituyen en proporcionar bienestar a todos.

Esta lucha es en definitiva el propósito de cualquier tipo de programa de rehabilitación.

El Trabajador Social ha seguido esta tendencia porque al hacerlo contribuirá a alcanzar sus objetivos intrínsecos.

Así se abrirá un nuevo camino conducente a la solución de los problemas de la persona con limitación o retardo mental haciéndose extensivo ésta a su medio familiar.

Se puede afirmar que el objetivo de la profesión de Trabajo Social, dentro de un programa de rehabilitación para retardados mentales es el conocimiento de los aspectos sociales culturales y económicos de las personas grupos o comunidades a quien se dirigen los servicios, también resolver en forma científica y práctica los conflictos que trae consigo la debilidad mental y lograr la utilización de los recursos y potencialidades por parte tanto del retardado mental como de su familia para alcanzar el máximo de su bienestar.

El Trabajador Social en este campo, es posiblemente, uno de los que exige mayor cuidado en la aplicación de los métodos de trabajo. No sólo porque la presencia del retardado mental es traumatizante y perturbador desde el punto de vista emocional sino también porque, la sensibilidad, variabilidad del espíritu infantil y la naturaleza misma del padecimiento requieren conocimientos especializados y profundos. Y no solamente debemos ser capaces de poseerlo sino ser capaces de transmitirlos a sus

familiares, en especial a los padres o personas que tienen a su cargo la tutoría del niño.

La acción del profesional sirve de enlace entre el servicio médico y el medio ambiente familiar, interpretando ante la familia el diagnóstico, las indicaciones profilácticas y terapéuticas ordenadas, y ante el médico las causas socio-económicas familiares que interfieren y en muchos casos detienen los resultados del tratamiento.

Como es bien sabido el desempeño de una función está determinada por el tipo de institución donde se trabaja y por los programas y políticas que este tenga, consideramos como función principal en este tipo específico de problemática como es el retardo mental, la de ejecutar tareas conducentes a verificar las condiciones psicosociales en que viven los individuos y sus familiares que afecten su salud mental, programar y dar los pasos necesarios para lograr su mejoramiento y bienestar.

4.1. FUNCIONES QUE LE CORRESPONDE DESEMPEÑAR EN ESTE CAMPO:

1. Participar en las actividades del equipo interpersonal para realizar en conjunto el Estudio, Diagnóstico y Tratamiento del paciente.
2. Aplicar la metodología de Caso, Grupo y Organización y Desarrollo de la Comunidad.
3. Trabajar en los diferentes ambientes del paciente, familiar, escolar y social para lograr cambios de actitudes modificaciones en el medio inadecuado; localiza recursos de la comunidad, consigue éstos y logra que el paciente y su familia los utilice en forma adecuada.
4. Participar activamente en la realización de Investigaciones Sociales relacionadas con la salud mental presentado informes y estadísticas de sus investigaciones y proyectos.

5. Planear, Organizar, Ejecutar y evaluar programas de salud para la comunidad.

6. Participar en la formulación de políticas sociales adecuadas a este tipo de problemática como es el retardo mental.

7. Colaborar con el paciente y sus familiares en la aceptación del diagnóstico, haciendo énfasis en el aspecto emocional, para un mejor tratamiento.

8. Colaborar con el personal médico en la localización de pacientes que abandonan el tratamiento y motiva al paciente y a su familia para la atención en los casos de abandono material y moral (coordinación con tribunales de menores u otras entidades que brindan protección).

FUNCIONES DEL TRABAJADOR SOCIAL A NIVEL DE EQUIPO INTERDISCIPLINARIO:

1. Realizar la evaluación de la situación socio-económica y ambiental, del limitado mental y de la familia, en coordinación con los miembros del equipo que actúa en otras áreas.

2. Participación en las reuniones del equipo interdisciplinario en las cuales se discuten los problemas de los retardados mentales para colaborar en el plan general de rehabilitación.

3. Continúa conjuntamente con los miembros del equipo el proceso de seguimiento del retardado mental, tratando de integrarlo a la comunidad.

ROL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN ESTE CAMPO:

Los roles que desempeña el Trabajador Social en este campo de rehabilitación son: Orientador, Coordinador, Terapeuta, Promotor de cambio y docente.

ORIENTADOR:

1. El Trabajador Social asesora y orienta al equipo interdisciplinario en relación a los factores sociales que afecta el proceso de rehabilitación.

tación del paciente.

2. Orienta al paciente y a su familia sobre su limitación y los recursos disponibles para una mejor solución de la situación.
3. Orienta al paciente y su familia sobre el uso adecuado de los servicios de rehabilitación.
4. Dentro del centro de rehabilitación orienta al paciente para una mejor utilización de los servicios de capacitación ocupacional.
5. Orienta tanto al limitado como a su familia en la solución de cualquier problema familiar o económico que afecte su rehabilitación.
6. El Trabajador Social orienta al paciente y a su familia para evitar o preveer complicaciones o recaídas en el transcurso del proceso.

COORDINADOR:

1. Coordina con los directivos la formación de planes y programas.
2. Coordina con miembros del equipo, presentando informes estadísticos y narrativos sobre los programas específicos en la rehabilitación del retardado mental.
3. Coordina con otras instituciones que pueden colaborar en la solución de los casos que no corresponden específicamente al proceso de rehabilitación.
4. Coordina la participación de los grupos para la formación humana de los limitados a través de actividades sociales, culturales y recreativas.

INVESTIGADOR:

1. Investiga para obtener datos sobre la situación social del paciente, relaciones familiares y recursos económicos.
2. Investigar la causa de ausencia o retiro del paciente en su proceso de rehabilitación.
3. Efectúa investigaciones en la comunidad para saber con que recursos

dispone, y en base de ellos hacer la formulación del programa.

TERAPEUTA:

1. Ayuda al retardado mental individualmente a través de los métodos de ayuda ya sea en el hospital o en el centro de rehabilitación.
2. Realiza actividades grupales con participación de los familiares del retardado mental.
3. Motiva a la comunidad a tener una actitud positiva frente al limitado.

PROMOTOR DE CAMBIO:

1. Busca el cambio de actitudes negativas de la familia sobre el retardado mental.
2. Promueve relaciones adecuadas entre los miembros del equipo rehabilitador, contribuyendo al mejor manejo del paciente y a su curación integral.

DOCENTE:

1. Realiza programas y actividades dirigidas al paciente, familia y comunidad que conduzca a obtener mayores conocimientos sobre el retardo mental y sus consecuencias.
2. Prepara y desarrolla programas educativos tendientes a elevar el nivel cultural; mejorar las relaciones del personal asistido y auxiliar.

MEDIOS UTILIZADOS:

Para cumplir los roles antes mencionados se usan:

1. A nivel INDIVIDUAL:

- a. Entrevistas individuales al paciente, familiares, personas relacionadas con el retardado mental, como condiscípulos y maestros, para una evaluación situacional y con una finalidad terapéutica y de modificación del medio ambiente.

b. Conexión con los recursos institucionales para la solución de sus problemas.

2. A nivel GRUPAL:

- a. Reuniones con toda la familia o con los miembros más comprometidos en el tratamiento del paciente para lograr su compromiso y responsabilidad en el mismo.
- b. Terapia conyugal: para tratar conflictos matrimoniales que influyen negativamente en el tratamiento del paciente.
- c. Terapia familiar: para tratar familias patológicas con perturbaciones que inciden en la salud de sus miembros.
- d. Visitas domiciliarias para evaluar situaciones socio-económicas como parte del tratamiento cuando la situación lo exija.
- e. Terapia de grupo:
Tratamiento encaminado a producir modificaciones en la conducta del individuo a través del intercambio de ideas y emociones de unos miembros con otros.

3. A nivel de COMUNIDAD:

- a. Investigación de aspectos sociales relacionados con la salud mental.
- b. Realización de campañas educativas con charlas y conferencias sobre salud mental con el fin de orientar, concientizar acerca de la causalidad de la patología mental y promover la creación de grupos dentro de la comunidad que trabajen como grupos de presión en la consecución de mejores condiciones de salud mental.
- c. Reuniones de juntas y asambleas de Acción Comunal, padres de familia y grupos de maestros para informar y motivar acerca de la salud mental.

4. A nivel ADMINISTRATIVO:

- a. Planes de trabajo, informes escritos y estadísticas del trabajo _
realizado.
- b. Reuniones de staff con la participación activa de todo el equipo_
interprofesional en donde se analiza la problemática del paciente
desde todos los puntos de vista.
- c. Reuniones de coordinación con el personal y con otras secciones o
departamentos de la institución.
- d. Supervisión de alumnos y personal auxiliar y de voluntarios.

FUNCIONES DE LAS AUXILIARES DE TRABAJO SOCIAL:

1. Colaborar con la Trabajadora Social en diversos aspectos de sus acti_
vidades de trabajo..
2. Orientar y tratar a los niños retardados mentales y a su familia acer_
ca del funcionamiento y ubicación de las distintas dependencias de _
la clínica o instituto de rehabilitación.
3. Llenar formularios o papelería administrativa relacionada con el as-
pecto social del paciente.

4.2. APLICACION DE LA METODOLOGIA DEL TRABAJO SOCIAL:

4.2.1. TRABAJO SOCIAL DE CASO:

El método de trabajo social de casos de gran importancia en la terapia
de retardo mental. Podría llevarse a cabo con el mismo niño retardado _
mental, cuando su grado de deficiencia mental es educable pues podría _
lograrse hasta determinado límite un mejoramiento en su funcionamiento_
social logrando una mayor adaptación tanto en el medio familiar como en
el escolar y social.

Ya que no solo todos los problemas son psicosociales-interiores y exte-
riores- sino que la mayoría de los problemas son interpersonales, lo que

significa que el tratamiento atañe generalmente a más de una persona; en el caso de niños retardados mentales específicamente está de hecho, implicada la familia por lo tanto el tratamiento se hace extensivo a ella. El Trabajo Social de caso con niños retardados mentales deberá a lo largo del proceso ayudarlos en sus esfuerzos, y aún, quizá, intervenir activamente en su situación a fin de reducir las presiones sociales, familiares y personales que le agobien es decir brindarle apoyo. El Trabajador Social empleará los determinantes psicológicos en la deficiente estructura de la personalidad del niño retardado mental para modificar sus sentimientos de culpabilidad e inculpabilidad para ayudarle a asumir responsabilidades sociales con su familia y la comunidad y por medio de la comprensión y soporte emocional, a disminuir sus instintos agresivos, su ansiedad, su rigidez y orientar sus relaciones sociales logrando de esta forma su rehabilitación.

Los pasos que deben dar el Trabajador Social para identificarse con el cliente (niño retardado mental), son los siguientes: aceptarlo como persona humana íntegramente considerada, analizar y definir la situación, y tratar de deducir o averiguar que clase de ayuda puede serle más útil para sacar el mejor partido de sí mismo y de los recursos propios del Trabajador Social.

Para el estudio es importante obtener datos concretos que faciliten la comprensión de la situación presente, conocer el origen inmediato y los factores principales que determinen su retardo mental, el modo en el que el niño se manejó en el pasado y la forma en que interviene el grupo familiar directa o indirectamente en el problema.

El estudio del Caso incluye como factor esencial el conocimiento de la forma y del grado en que el niño está afectado mentalmente y la reper-

cusión que tiene también el problema en su medio. Todos estos datos pueden obtenerse por medio de entrevistas con el niño retardado mental y con las personas que intervienen de un modo importante en la situación, padres, hermanos y colaterales.

También através de informes proporcionados por los demás profesionales de distintas disciplinas que lo han atendido.

El Diagnóstico se va haciendo más patente y más penetrante a medida que se van analizando los factores socio-económicos, psicológicos y culturales en relación con su significado recíproco para el niño retardado mental y su familia.

Los TS., de Casos con niños con retardo mental utilizan los servicios de los expertos en otros campos para complementar sus propias investigaciones y llegar así a la más segura comprensión del problema.

En estos casos de Retardo Mental el médico o el psiquiatra hacen el diagnóstico, ya que el tratamiento médico es de su incumbencia.

En muchos casos el Trabajador Social de acuerdo con el Psiquiatra o el médico, pueden llevar acabo el tratamiento social adecuado, y aún en otros casos pueden asumir la responsabilidad completa del tratamiento psico-social. Los TS deben, no obstante, obrar con mucha reserva y estar bien impuestas de las distintas disciplinas profesionales para saber discernir claramente los casos que son o no de su competencia.

El tratamiento está siempre condicionado por la cultura, las costumbres y oportunidades de la comunidad, así como por la actitud y destreza del Trabajador Social.

Para lograr el tratamiento existen técnicas básicas apropiadas al problema del retardo mental, entre estas figuran las encaminas a: crear una atmósfera que facilite la confianza, reducir el estado de ansiedad por

medio de la aceptación, prestar apoyo moral, fomentar las defensas constructivas y trabajar con la parte relativamente sana de la personalidad del niño retardado mental.

Ahora vamos a tratar de manera leve los casos de TS con las personas que tienen relación con el niño en su ambiente familiar.

Hay que examinar las actitudes paternas y maternas puesto que, como ya se indicó, el problema del niño habitualmente se origina en la relación cotidiana que existen entre él y uno de sus progenitores; la relación desde luego obedece a la actitud de dicho progenitor. En consecuencia, muchas veces lo que requiere el tratamiento no es el síntoma sino la relación que existe entre el niño y sus padres.

Habitualmente conviene tener una serie de entrevistas con ambos padres antes de conversar con el niño, con el objeto de discutir el problema de este último.

Se le debe dar oportunidad a los padres de expresar su perturbación y angustia, gana confianza el progenitor, en casi todos los casos obtiene información reveladoras respecto a las características de la personalidad de los padres, y ayuda a la madre a ver el problema de su hijo con una perspectiva mas verdadera. Es posible que ella se incline a explicar la conducta del niño como resultado de un factor hereditario.

Las expresiones maternas de culpa, acusación, hostilidad, angustia y excusa pueden revelar las naturaleza de las relaciones interpersonales que pueden influir en una conducta negativa del niño.

Las entrevistas también permitirán al Trabajador Social, probablemente obtener información conveniente acerca de los antecedentes culturales del niño, la forma en que vive la familia, las creencias, los problemas

familiares, las relaciones entre el padre y la madre y las relaciones que el niño tiene con su grupo. El conocer las actitudes presentes y pasadas que los padres han mostrado a sus hijos, el TS. podrá interpretar a que situación se adapta el niño por medio de su conducta.

El objetivo es descubrir un cuadro dinámico de las experiencias y las emociones del niño en relación con las personas que lo rodean.

El problema de retardo mental pudo haber surgido de las relación entre el padre y el niño, pero lo más frecuente es que se origine entre la relación madre-niño en cuyo curso ambos requieren tratamiento. No obstante, no conviene entrevistarlos juntos. En la institución de rehabilitación los TS., se ocupan de los problemas socio familiares con la madre, al mismo tiempo que el psicólogo trata al niño. En otras clínicas el psicólogo trata a la madre mientras que la TS., trata al niño.

El psicólogo y la TS. colaboran para ayudar a los padres y al niño para resolver sus dificultades que han surgido de vivir juntos. Por medio de visitas a la TS., la madre adquiere una nueva comprensión de la relación con el niño. La simultaneidad que suelen tener lugar una vez por semana, ayudan a la madre y al niño a darse cuenta de que el problema que requiere tratamiento no sólo existe en la madre y el niño, sino en la relación que se ha establecido entre ambos. Los problemas psicológicos de los padres suelen ser uno de los principales obstáculos para resolver los problemas del niño.

La tarea del psicólogo o del Trabajador Social., es ayudar a la madre a comprender mejor y aceptar su propia imagen en la relación que ha establecido con el niño.

Si la madre experimenta hacia el niño retardado mental un sentimiento de rechazo, el tratamiento del problema infantil puede ser difícil.

La Trabajadora Social; tiene que valerse de Métodos Indirectos para ayudar a la madre a visualizar el problema y formular sus pensamientos, sus sentimientos de culpa. La Trabajadora Social; ayudará a la madre a establecer una relación normal y satisfactoria con el niño lo cual permitirá que en la personalidad de la misma madre se efectúe un crecimiento progresivo y sano.

No se debe intentar que la madre reconozca que acude al Trabajador Social para que la trate como una enferma. Se establece una relación favorable entre ambas, la madre acepta su relación con la Trabajadora Social como una búsqueda de las causas que han originado la dificultad del niño en dicha búsqueda al examinar la vida familiar, ella empieza a examinarse a sí misma.

La Trabajadora Social; puede ayudarla a ver las relaciones que existen entre los diversos miembros de la familia; ya conociendo las experiencias que han vivido dichos miembros tal vez la madre empiece a encontrar un nuevo significado en la conducta de todos ellos lograr una mejor comprensión y aceptación del niño limitado. La Trabajadora Social; debe hacer que se efectúen las modificaciones necesarias en el ambiente.

A continuación haremos la exposición de un caso que nos puede ilustrar la manera como estas situaciones repercuten y afectan directamente la estabilidad familiar.

Se trata de una niña rubia, delgada, vivaracha, de 10 años de edad cuyo C.I. es de 61, desde la iniciación de la consulta los padres desean internar la niña por considerarla insoportable y por pensar que en una institución ésta estará mejor orientada.

Con todo esto la madre, persona de avanzada edad, de patrones culturales muy rígidos e ideas muy especiales veía una posible solución, al

problema que les representaba la niña. Los padres proyectaban todos los sentimientos negativos hacia la niña; creando en ésta, complejos de inferioridad, temores e invalidez; ella a su vez se sentía rechazada, la causante de las dificultades del hogar.

El cariño lo había recibido en forma de rechazo y era la única manera en que ella sabía pedirlo.

Una vez conocida la situación por el TS; se ayudó a la familia a analizar y a observar todos los pasos del desarrollo de la niña y en base a estas discusiones se les orientó y encauzó en la comprensión de las capacidades y necesidades de ella. Al final la familia integró todo esto con base en el trabajo realizado con la madre y directamente con la niña. El Trabajador Social continuará el tratamiento para reforzar lo logrado y así la niña, mientras, ingresará en una clase especial para niños de su nivel con características y necesidades similares, donde se tendrá especial atención en la orientación de carácter individual y la ayuda en cuanto se refiere al proceso de socialización dentro del grupo. Con este ejemplo podemos comprender que no todos los niños que presentan estas dificultades y problemas deben ser retirados del hogar para su adecuada atención y tratamiento. Por el contrario, se realiza una atención paralela y el menor permanece vinculado a su ambiente familiar y social.

4.2.2. TRABAJO SOCIAL DE GRUPO:

El método de Trabajo Social de Grupo resulta de fundamental importancia en la aplicación de la terapia de los niños retardados mentales.

El Trabajador Social; puede prestar los servicios de la terapia grupal tanto a los niños retardados mentales como a la familia y al personal interdisciplinario.

La psicoterapia de grupo se recomienda a los niños retardados mentales ya que por medio de ésta logran eliminar las restricciones innecesarias, la expresión verbal inhibida, disminuye la angustia individual y cambia sus reacciones depresivas por formas de conductas más aceptables.

Para la formación del grupo se tendrá en cuenta lo siguiente: que la selección del mismo sexo, de inteligencias más o menos similares, sean más o menos semejantes y con cierto equilibrio entre sí respecto a los rasgos de personalidad.

La homogeneidad en el sexo previene la expresión de conflictos en forma de actos. Se verá que la similitud en la inteligencia es importante ya que el niño con mayor grado de retardo mental que se coloque en un grupo de limitados más educables pueden retardar el desarrollo de los mismos. Es primordial tener en cuenta el grado de limitación en estos grupos. También es importante la cercanía de edad porque se necesita cierta uniformidad en los valores sociales.

Es necesario tener cierto equilibrio en el grupo con objeto de evitar la sobrecarga con un particular conglomerado de síntomas, que pueden servir como muro de resistencia contra el esfuerzo terapéutico. El número de integrantes debe ser de 6 a 7 más o menos. Una vez formado el grupo el TS; buscará actividades que sirvan a los retardados mentales para lograr las metas de tratamiento, entre estas actividades se encuentran, la psicoterapia de grupo a base de juegos. Se les proporcionan materiales de juego a los niños por medio de los cuales vierten su resentimiento, sus miedos.

La actividad del juego es el medio de expresión natural del niño; al comunicarse por medio de la expresión corporal de la actividad motora.

Es por lo tanto, el mejor medio para percibir las relaciones familiares

a través de la psicoterapia de grupo el TS; logra por medio de las relaciones psicofuncionales una figura con quien identificarse, apoyados en las actividades positivas, asignarles puestos de responsabilidad, realizar actividades en las que puedan sobresalir, utilizar al grupo como medio para satisfacer sus necesidades de aceptación.

La realización de estos medios de tratamiento requieren la estrategia del Trabajador Social. Por esta razón el Trabajador Social, sirve como persona "central" en el contexto del grupo: él es el punto clave para las emociones del grupo, las reacciones emocionales constituyen en el TS; vínculos: él es el objeto de identificaciones e impulsos. En estos grupos los niños tratan de identificarse con el personal central debido a su débil personalidad, los miembros del grupo tratan luego de identificarse entre sí a medida que experimentan las semejanzas de sus relaciones con el TS.

El punto central de estos medios de influencia está en las relaciones psicológicas que se establecen entre el Trabajador Social; y los mismos retardados mentales.

Estas respuestas psicológicas de los miembros pueden manifestarse en forma aparente de conducta, por ejemplo: evidencias de caricias y de afectos, obediencias a las ordenes del TS; e imitación de la conducta de éste, o pueden permanecer en un nivel oculto. Pueden en este último caso tomar la forma de cambio de actividades, un cambio en los valores. Tales respuestas de los miembros al TS; no son directamente aparentes pero pueden ser tan importantes y reales como los cambios en la conducta. Entremos ahora a considerar la Terapia grupal con la familia, ya que ésta juega un papel primordial en la terapia de los niños retardados mentales.

Se hace indispensable hacer grupos con la familia debido a que ésta muchas veces va a sentir sentimientos de rechazo o sobreprotección y puede obstaculizar la recuperación del limitado.

El Trabajador Social; reunirá a los padres de familia que tengan el mismo problema en cuanto al manejo y educación de sus niños limitados, la terapia grupal es un esfuerzo para ayudar a los padres a comprender su propia situación y la de sus hijos.

Es conveniente realizar esta terapia con la participación de ambos padres. En estos grupos la terapia se llevará a cabo a base de sistema de preguntas y discusión lo cual sirve a los padres para liberar sus sentimientos de culpa ya que en estos grupos la labor del TS; será más que todo de orientador y educador.

Las metas de tratamiento se reducen a lograr que los padres comprendan los problemas de sus hijos y adquirir conocimientos mas claros acerca de estos problemas, que rechacen los sentimientos de vergüenza personal de fracaso e incluso de culpa.

Se hace también Grupo con el equipo interdisciplinario y la labor del TS; es participar en las actividades del equipo interprofesional para realizar en conjunto el estudio, diagnóstico y tratamientos del niño limitado.

Este concepto lo ampliaremos mas adelante en el numeral 4.2.

4.2.3. TRABAJO SOCIAL DE COMUNIDAD:

- 1.- Investigar la Cd. con el fin de hacer un analisis de las condiciones, situaciones, recursos y objetivos a realizar, y de esta forma darle participación en los servicios de Salud mental que se programen en el Instituto de Rehabilitación.
- 2.- Elabora planes y programas para determinar los cursos de acción y

de esta forma alcanzar los objetivos formulados con anterioridad.

- 3.- Formar grupos de trabajo con los miembros de la comunidad con el fin de detectar líderes que sean voceros de los servicios asistenciales del centro.
- 4.- Establecer contacto con instituciones, hospitales y otras personas importantes de la comunidad.
- 5.- Planear, Organizar, Ejecutar, Controlar y Evaluar programas sobre la problemática del retardo mental con proyecciones comunitarias y fines educativos.

4.3. FUNCIONES QUE LE CORRESPONDE DESEMPEÑAR AL TRABAJADOR SOCIAL EN COORDINACION CON EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO RELACIONADO CON LOS RETARDADOS MENTALES.-

El trabajo en equipo que es la coordinación e integración de los servicios en beneficio de la persona y la familia, ha llegado a ser el mejor enfoque para solucionar el complejo problema de la recuperación.

Ningún profesional del campo médico posee todos los conocimientos y destrezas para solucionar problemas que requieren técnicas pertenecientes a distintas disciplinas como en los casos de retardo mental, las que deben ser aportadas por el médico, el trabajador social, psicólogo, y otros terapeutas. Cada uno de estos profesionales trabajando aislados o individualmente con un mismo paciente no podrían de ninguna manera lograr su recuperación aunque aplicasen al máximo sus conocimientos. es por ello que una de las características modernas es el trabajo en equipo.

Fundamentalmente el tratamiento debería ser integral y no médico, social, psicológico, o de cualquier otro aspecto parcial. La naturaleza de las necesidades del paciente deben ser claramente reconocidos en la

evaluación de un ser humano, desde que cada miembro del equipo que describe la situación o diagnóstico, no está situado dentro de una estricta división en un plan general sino que meramente vislumbra el problema desde un aspecto unilateral.

Si la atención medica del retardado mental va a ser planeada a la luz de su situación social particular, es importante que el material que describe al retardado mental, su actitud hacia la enfermedad, el ambiente en que vive y su situación total, esté disponible para los profesionales que están trabajando con el niño retardado mental y para los que podrían trabajar con el en el futuro.

Los informes sociales para la historia clínica siempre deben estar incluidas con la demás información medica que refleja la evaluación del caso. También puede ir el informe social en la hoja de inter-consulta incluida en la carpeta medica de cada paciente.

El informe social es un resumen muy conciso acerca del retardado mental y sus problemas, así como el tratamiento social efectuado, que ayuda al medico a ver el cuadro total del individuo para poder aislarlo más adecuadamente.

La elaboración de un diagnóstico y de una historia clínica completa es una laboriosa y prolongada tarea. Por consiguiente, los padres deberán tener paciencia durante muchas de las pruebas y entrevistas, y no deberán confiar en que se les notifique inmediatamente de los resultados.

La rapidez con que se lleva a cabo el proceso dependerá del número de especialistas con que se cuenta así como la cantidad de pruebas que el niño pueda tolerar.

Tal vez se necesitarán varias visitas para completar tan solo las evaluaciones sociales y psicológicas.

La primera persona con que la familia tendrá contacto en un gran centro medico o un instituto de rehabilitación para niños retardados mentales será el trabajador social. Es el que recaba de los padres los datos familiares iniciales.

Presentan la información que reúnen, al personal examinador, e incluso acompaña al niño a algunos exámenes, para ver por lo menos que se concierten y se cumplan adecuadamente las citas. ESTA persona participará en todas las conferencias del personal en lo relativo al niño, y tal vez por su conducta se hagan circular todos los informes de los especialistas. Luego se le pedirá al Trabajador Social que integre la información recibida, la interprete para toda la familia o la envíen a la escuela o institución de donde proceda el niño.

En otras ocasiones, el Trabajador Social podrá encargarse del asesoramiento de los padres o de mantener una relación terapéutica con el niño durante meses o años.

La entrevista De Trabajo Social que ofrecemos mas adelante, se realizó con los padres de un niño con Retardo Mental que al ser examinado por primera vez, tenia un poco mas de ocho años.

Se podrá observar que en este informe aparecen datos que provienen de mas de un examen.

Cuando se entrevisto por primera vez, las autoridades de la escuela habian dicho a los padres que su hijo tenia un problema que no se podía tratar en un grupo escolar común y corriente, y les habian recomendado que buscara enseñanza especial. Los padres no estaban seguros de la conveniencia de inscribir al niño en un grupo especial para niños hiperactivos, o con Retardo Mental pero sabian que tenian un hijo con problema y dieron comienzo a la evaluación total.

EL PROBLEMA:

Los problemas de Alfonsito, al parecer, se manifestaron primero en la esfera del habla, recibió terapia Ortológica (tratamiento especial para el problema del lenguaje) e hizo progresos. Después le costó algo de trabajo leer (cosa como dijo su padre ya lo esperaban). En el último año tuvo problemas de disciplina en la escuela.

Por las dificultades del habla y la lectura se le inscribió en un grupo de educación especial (al final de su primer año de escuela).

Al parecer cuando ocurre algo nuevo, el niño se excita y esto se puso de manifiesto sobre todo cuando pasó al segundo año. En su casa, se afirma, no ofrece muchas dificultades de disciplina, aunque se dice que es muy terco; la lectura le es difícil, tal vez porque tiene un problema de inversión de las b y sus p su w y sus n, los padres se dieron cuenta de ello, le practicaron un examen neurológico, sin exceptuar un E.E.G. (Efecto encefalograma) que aparentemente fue normal.

En la clínica en la que se lo hicieron no descubrieron la razón alguna de sus dificultades y entonces fue cuando le sugirieron pruebas psicológicas y la conveniencia de ponerlo en un grupo de educación especial.

Parece que el año anterior se desarrolló bien en dicho grupo.

Recibe de un vecino que al parecer realiza bien su trabajo, instrucción correctiva para la lectura. El aspecto del habla no nos muestra retardo manifiesto; simplemente esque no habla notablemente, aún cuando hay todavía uno o dos sonidos que no pronuncia bien.

Tal vez se sentía mal en la escuela por los lios con algunos compañeros de juegos, que se burlaban de El porque no podía desenvolverse a su mismo nivel. Propende a excitarse fácilmente en grupos y sin duda es mas

facil manejarlo en un grupo pequeño o cuando esta solo.

Se dice que es mas desenvuelto con otras personas que en su casa, con _ sus propios padres.

HISTORIA FAMILIAR:

1. La abuela materna vive.
2. El abuelo materno vive y esta bien. los abuelos estan separados.
3. La abuela paterna murió cuando el padre tenia dos años de edad durante la epidemia de influenza.
4. El abuelo paterno murio de cancer.
5. La madre tiene un hermano que vive y está sano.
6. El padre tiene un hermano y una hermana sanos y vivos los dos.
7. La hermana tiene dos niñas que al parecer, tienen también problemas _ de lectura.

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Padre: 41 años de edad. Goza de buena salud, usa lentes por miopia y padece retinitis pigmentosa. Es investigador asistente en un laboratorio _ de física, y se ha graduado en ingenieria electrica. Intereses: lectura, participación en las discusiones de grupo de la comunidad.

Problemas: lo crió una tia, se fueron a vivir con su padre pero anduvo _ mucho tiempo de un pariente a otro hasta los siete años. Fue siempre pequeño para su edad y por consiguiente, le resultó difícil defenderse.

Personalidad: tranquilo, retraído de quien se dice que no es extrovertido.

Actitud respecto a los problemas del paciente: Trata de ser muy comprensivo y resignado y dice que tal vez era un poco mas estricto que otros _ padres del vecindario.

Madre: 38 años de edad. Goza de buena salud. Solia hacer trabajo de ofi-

cina y terminó secundaria.

Intereses: trabajos manuales y fotografía.

Personalidad: tranquila, jovial, equilibrada.

Actitud: no le parece preocupar tanto las dificultades de Alfonsito como a otras personas.

Matrimonio: los padres han estado casados durante 14 años. Es el primer matrimonio de ambos, y parece existir compatibilidad.

Hermanos: ninguno (Alfonsito tiene un gato, y mas recientemente ha adquirido un conejo).

HISTORIA MEDICA DE LA MADRE DURANTE EL EMBARAZO:

Despues de dos abortos, uno de seis semanas y cuatro años despues nacio Alfonsito.

Mas tarde la madre sufrió un nuevo aborto de cuatro semanas.

Aparentemente no se han dado explicaciones de estos abortos. Durante el embarazo, recibió tratamiento hormonal.

Parece que la amenaza de aborto (hemorragias), obligaron a la señora a guardar cama durante seis meses antes del parto, bajo tratamiento con estilbestrol. Tenia 30 años de edad el día del alumbramiento de su hijo Alfonsito. Nació éste en un hospital local.

La fuente se rompió prematuramente seis u ocho horas antes de la expulsión. El parto ocurrió sin incidentes, salvo el hecho de que aparentemente se trató de un nacimiento prematuro; producto de ocho meses. El peso del bebe fué 2.490 KG y estuvo bajo observación las primeras doce horas. Se alimentó desde el principio bajo fórmula mediante biberón, y se mostró lento al mamar. Aunque parece se cansaba facilmente, no tuvo dificultades para mamar o tragar.

ANTECEDENTES MEDICOS DEL PACIENTE:

Durante el primer año de vida se le vacunó contra la difteria y la viruela, y se le inmunizó contra la poliomielitis. Padece varicela a los cinco años, paperas a los seis y sarampión a los siete.

Cuando tenía tres años fue hospitalizado al regresar de un viaje porque presentó algunas dificultades para respirar, que se consideró de carácter asmático. Durante su estancia en el hospital se descubrió una anemia y le hicieron transfusiones.

Desde entonces ha estado bajo tratamiento y al parecer actualmente ya no sufre anemia. Nunca ha tenido convulsiones y por lo general no se le han dado medicamentos.

HISTORIA DEL DESARROLLO:

Alfonsito fue siempre lento para comer, lento para sentarse, para ponerse en pie y para caminar; le salieron tarde los dientes y tardó también en comenzar a hablar. No obstante pareció ser un bebé feliz. Le apoyaban el biberón; dormía bien. Comenzó a contar al ingresar al kínder y pudo comprender y ejecutar órdenes e instrucciones.

Al parecer no tuvo problemas visuales ni auditivos. Le gustaba jugar mucho fuera de su casa y solo se queda sentado mirando la televisión cuando está interesado. No le gusta ir al catecismo. Aprendió a hacer sus necesidades sin mayor trabajo, y a los tres años de edad completó su entrenamiento respecto a esto. Sin historia de enuresis. Se dice también que puede vestirse solo y que se entiende mejor con un solo compañero de juego que con un grupo grande. Sabe andar en bicicleta y en patín y se muestra activo en general. En la mesa no podía estar quieto, pero ahora se conduce mucho mejor. Se dice que es diestro y hubo un momento en que pensaron que pudiera ser ambidestro. No se chupa el dedo ni se golpea la cabeza, se mece la mayor parte del tiempo que es-

ta sentado.

Personalidad: logico le gusta discutir, no es particularmente cordial.

Castigos: le dan nalgadas o lo encierran en su cuarto.

Pelea: sabe pelear y le gusta.

Frustración: tira objetos al suelo pero realmente rabietas.

Podemos observar por medio de este informe que el Trabajador Social en (todo trabajo) ha obtenido mucha información que rápidamente ofrecerá antecedentes que facilitará la comprensión de cada uno de los especialistas que la examinarán. Los padres no tendrán que recitar de nuevo esto ante cada una de las personas que vean al niño. Se puede notar ya en varias de las cosas que contaron los padres al Trabajador Social, elementos que pueden empezar a formar un cuadro de posible Retardo Mental: deformaciones del habla, irritabilidad, historia de aborto y otros signos prenatales positivos, problemas de respiración, anemia, transfusión y la cuestion de si el niño era diestro o ambidextro. Por supuesto, hay también muchas cosas de este historial que son características de todos los niños.

Con lo anterior podemos decir que el papel del Trabajador Social en todo trabajo en equipo relacionado con los niños y adolescentes excepcionales es de suma importancia ya que corresponde obtener en coordinación con los otros especialistas el estudio, diagnostico integrado y combinado del niño, y la familia y su relación con otros ambientes y de esta manera ayudar a lograr un mejor tratamiento.



CAPITULO V.



ANALISIS GENERAL

Las encuestas fueron hechas a partir del día 10 de Enero hasta el día 28 de Febrero de 1976.

La población por hectárea fué de 35 a 60 años; fué hecha a 30 personas de sexo femenino y 26 de sexo masculino.

El nivel de instrucción de la familias encuestadas abarca desde 4o. elemental hasta bachillerato y comercio; el nivel de instrucción del equipo interdisciplinario es profesional.

En términos generales, podemos concluir que aún cuando las encuestas (cuestionario #1) fueron hechas a familias (que con regularidad) envían a sus hijos a la institución para efectos de su rehabilitación, estas a pesar de que aceptan plenamente a sus hijos y consideran cumplir con sus deberes familiares no poseen los suficientes conocimientos sobre esta problemática que los atañe tan directamente, esto se demuestra, en el hecho de que tan sólo un 50% de los encuestados saben en que grado de retardo mental se encuentra el hijo; tan solo un 60% de las personas es ayudada por el conyuge en el tratamiento; un 60% de las familias se sienten apoyadas por los profesionales con que cuenta la institución; un 70% de los padres continúan las pautas de tratamiento en vacaciones; un 40% lleva a sus hijos donde el especialista de organos de los sentidos, etc.

Hemos considerado necesario, volver a insistir sobre estos aspectos por que todo nos da la oportunidad para fijar nuestra posición respecto a esta problemática que afecta a un alto porcentaje de nuestra población.

A través del análisis detallado de las encuestas, estamos en capacidad de hacer un llamado a la comunidad para que vuelva la cara a esta otra dramática faceta de la vida del ser humano como es, ser un retardado mental.

A través del desarrollo de nuestra tesis, hemos expuesto conceptos y argumentos para demostrar que nuestro medio es relativamente pobre en lo que se relaciona a conocer que es limitación mental, cuales son sus causas y sus consecuencias.

Por medio de ésta investigación (cuestionario #1), consideramos demostradas las hipótesis número 2 y 3, que formulamos al iniciar nuestro trabajo de monografía, todas las preguntas fueron formuladas, con el objetivo de llegar a un conocimiento real de la posición que adopta una familia que precisamente, por suponer que tienen conocimiento de la problemática, ya que están directamente afectados por ella, tienen a sus hijos en el Instituto de rehabilitación del Rosario; pero, a pesar de ésto, la encuesta arrojó, si bien, no un porcentaje absolutamente negativo, sí un índice bastante pobre en relación con la situación que nosotras consideramos ideal, como es un conocimiento integral de esto.

Además el retardo mental en un país como el nuestro, en vías de desarrollo, forma parte del gran engranaje en el que nos vemos envueltos. En nuestra realidad Latinoamericana, el retardo mental, obedece a un sinnúmero de factores, que aquí se agravan.

Existe un altísimo porcentaje de individuos en Colombia que encabezan las listas de analfabetismo, la delincuencia, la violencia en todas sus más desastrosas manifestaciones, que poseen en un grado u otro una limitación mental; el retardo mental, no es sólo (y lo hemos expuesto con bastante suficiencia a lo largo de nuestro trabajo), aquel que se manifiesta por signos físicos externos, no es solo el cretino o el idiota, puede ser cualquier persona con un bajo coeficiente de inteligencia.

Hacemos referencia al aspecto particular de las políticas que rigen nuestro país, porque para tratar de dar soluciones reales y positivas a ésta

problemática, habría que empezar necesariamente gastando miles de pesos elaborando costosísimos presupuesto destinados al estudio y la investigación, que muchas veces dada la burocracia administrativa a que estamos sometidos representa únicamente pérdida de tiempo y de buenas voluntades que realmente estarían interesadas en la solución de este problema; habría que empezar, concientizando a la gente, realizando campañas masivas de educación, pero antes que todo, llevar a los líderes políticos y sociales de la comunidad el conocer que es el retardo mental, sus funestas consecuencias y cuáles serían las más acertadas soluciones y medidas profilácticas más adecuadas.

Una campaña educativa masiva, a través de todos los actuales medios de comunicación social de que disponemos, de seminarios, charlas ilustrativas, proyección de películas, edición de libros científicos, una campaña que llegue a las masas, sería la realización de nuestro ideal; nosotras, desde nuestra posición de estudiantes que optan por un título académico, queremos que éste modesto estudio sea no solo únicamente la recopilación de importantes datos teóricos acerca de la naturaleza de éste problema, sino algo que muestra datos concretos y a través del cual o impulsados por éste se lleven a cabo realizaciones en procura de soluciones tangibles.

Queremos además, utilizando nuestro trabajo monográfico, promover el respeto y consideración, como anunciamos anteriormente a los objetivos específicos, no sólo de los niños normales para con los niños retardados mentales, sino también promover un cambio de actitud de la comunidad, respecto a éste.

En lo que al equipo interdisciplinario que tiene que ver con el retardo mental, buscamos hacer que considere indispensable la labor que podría

desempeñar el Trabajador Social, en el estudio, diagnóstico y tratamiento de la limitación mental.

Creemos que a través de todo el proceso investigativo, hemos resaltado el aspecto social de la problemática, en una forma suficientemente clara y positiva.

Afortunadamente el cuerpo especializado de nuestra comunidad, casi en su mayoría reconoce el fundamental aporte que puede hacer el profesional de Trabajo Social en este campo, como también cuales serían nuestras limitaciones, esta ubicación en el plano profesional, nos produjo, al realizar el Cuestionario #2, enorme satisfacción, pues, consideramos que esto es ya un enorme paso hacia el éxito, asentamiento y acogida de la labor del Trabajador Social en este campo de acción.

Realmente, hace falta, tan solo, un cambio en las políticas de Bienestar Social y Salud, a altos niveles para lograr el objetivo que consideramos sea el más adecuado para nuestro país como es la socialización efectiva de la salud mental, la utilización del profesional de TS; en esta área para darle así, la importancia que tiene el aspecto social en la consecución de la Salud en su más alto significado.

Formulamos nuestras hipótesis de trabajo #1 y #2, encaminadas a conocer la posición de los especialistas acerca del retardo mental, no específicamente desde el punto de vista propio de cada uno de ellos, sino haciendo hincapié en el aspecto social y lo que representa, y estuvieron de acuerdo en afirmar que el aporte del Trabajador Social es un punto de referencia a partir del cual formular metas y planes de tratamiento para conseguir la rehabilitación del individuo y su reintegración a la sociedad, puesto que es la única profesión que concede primera importancia al núcleo familiar, de donde provienen y a donde van los retardados men

tales. Es así como después de aplicar el Cuestionario #2, tabular los resultados y efectuar el análisis parcial de ellos, consideramos en este análisis general, respondidas satisfactoriamente nuestras hipótesis de trabajo.

Para dar por finalizado este análisis queremos una vez más manifestar nuestros deseos de que esta monografía sirva de base para futuras realizaciones en este campo tan importante como es la consecución de la salud mental de nuestro pueblo y el descenso del nivel de retardo mental en nuestra realidad social.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A traves de nuestra tesis hemos querido dar a conocer la importancia que tiene el Trabajo Social en la terapia familiar de los niños Retardados Mentales.

Despues de haber hecho un analisis muy profundo sobre este problema en el cual está implicada no solo la familia de los Retardados Mentales sino la sociedad en general; hemos llegado a las conclusiones siguientes:

1. La importancia que tienen padres, maestros, sociedad y estado en la atención, educación e integral desarrollo de los niños y adolescentes retardados mentales.
2. La familia es la base de todo tratamiento reeducativo y por lo tanto debe proveer el ambiente adecuado para el normal desarrollo sicológico tanto en el aspecto emocional como en el intelectual y educativo.
3. Fortalecer los lazos familiares y extender los servicios que proporcionan la atención adecuada a la familia, a los niños y adolescentes retardados mentales.
4. La iniciación de los métodos educativos especializados para los niños retardados mentales deberán comenzar en lo que para niños normales sería el primer año de primaria o el sexto año cronológico. Despues, el programa educativo para éstos niños, no adelantará de grado en grado, como en el caso de los niños normales; sino que consistirá en la ampliación continua de su aprendizaje, basada en su edad mental y en su capacidad de reaccionar con provecho al entrenamiento que el maestro le proporcione.
5. La familia y los Institutos de Rehabilitación deben estar intimamente unidas en la labor y tratamiento que se lleve acabo con éstas personas.
6. Se deben formar profesores universitarios capacitados para preparar a los maestros para niños retardados mentales antes de dar comienzo a cual

quier programa de rehabilitación.

7. Todos los centros de consulta deben tener entre sus objetivos la clarificación e interpretación del comportamiento de éstos niños para con sus padres, maestros y demás encargados de su tratamiento, al igual que el análisis tanto de la actitud positiva como negativa y la forma como repercute en ellos, los centros a su vez deben ser guía y orientadores en los tratamientos que sean necesarios para cada caso en particular.

8. No sólo se debe trabajar en la reeducación de los niños Retardados Mentales sino a la vez se debe establecer programas para la educación de los padres.

9. Fortalecer y coordinar todos aquellos recursos y entidades que tienen como objetivo común el bienestar integral de la familia y el niño y a la vez promover cursos para la mejor preparación y capacitación técnica de las personas que se encargan de la atención y orientación no sólo de los programas sino de los individuos que utilizan éste servicio.

10. Para la atención, orientación y tratamiento de niños Retardados Mentales debe contarse con un equipo técnico y profesional en el que deben estar vinculados Médicos, Pediatras, Psiquiatras, Psicólogos, Pedagogos, Enfermeras, Trabajadores Sociales, Terapistas del lenguaje, Fisioterapeutas, Odontólogos y Especialistas de los órganos de los sentidos.

11. En todo trabajo de equipo debe hacerse un estudio y diagnóstico integral al niño y la familia.

12. Sólo debe separarse el niño Retardado Mental de su hogar cuando el ambiente es abiertamente perturbador e impide el normal desarrollo de los mismos.

13. Deben llevarse a cabo campañas de divulgación que abarque los distintos aspectos que encierra ésta problemática.

14. Debe ser obligación del Estado crear Institutos de Rehabilitación para niños Retardados Mentales.

15. La labor del Trabajador Social es fundamental en los Institutos de Rehabilitación para niños Retardados Mentales, ya que es la persona que va a servir de vínculo entre la Familia y el equipo profesional y por lo tanto es la más indicada para hacer el estudio y diagnóstico integral del niño y la familia, como también las pautas del tratamiento.

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

1. ARANGO, JARAMILLO C. "Psicología Dinámica"; Primera edición, Ediciones Lerner Ltda, Bogotá, 1966.
2. ACKERMAN, NATHAN W; "Diagnóstico y Tratamiento de las relaciones Familiares". Buenos Aires, Ediciones Hormé, 1961.
3. BARRY Y BRICKLIN PATRICIA; "Causas psicologicas del bajo rendimiento escolar"; Centro Regional de ayuda técnica; AID; México 1971.
4. BRAUNER Y BRAUNER; "La Educación de un niño deficiente mental"; Editorial Aguilar 1972.
5. BRUECKNER. L; GUY. L. BONOL; "Diagnostico y Tratamiento de las dificultades en el Aprendizaje"; Ediciones Rialp, Madrid, 1971.
6. CRUICKSHANK WILLIAM; "El niño con daño cerebral"; Editorial Trillas México 1973.
7. DESPERT "El niño y sus perturbaciones emocionales". Ediciones Hormé.
8. DYBWAD - GUNNAR "Desafío al Retardo Mental"; Editorial bibliografico Argentina.
9. ELKIN FREDERICK; "El niño y la sociedad", Buenos Aires. Editorial Paidós 1964.
10. ENAPP ROBERTH; "Orientación del Escolar"; Ediciones Morata, 1962.
11. ECHEVERRY, ELSSIE; QUIN., YOLANDA; "Pautas de trabajo con los niños Retardados Mentales"; Mimeografiado Ministerio de Educación, 1970.
12. ERICKSON MARIAN; "Cómo es el niño Retardado y cómo enseñarle", Editorial Paidós, 1968.
13. GORDON HAMILTON; "Teoría y Práctica del Trabajo Social de Casos", Segunda edición, Impreso en los talleres de ferrocarril de Cuernavaca México D.F. 1965.
14. HILIEBRAND, M.J; "Psicología del Aprendizaje y la Enseñanza"; Editorial Aguilar; segunda edición 1970, Madrid, España.
15. JOHANNOT, HENRY; "El individuo y el grupo"; Editorial Aguilar, 1972 Madrid.
16. JEFFS, ARTHUR; "Psicología del niño".
17. NOYES Y KOLB; "Psiquiatría Clínica Moderna". Prensa Médica Mexicana. tercera edición en español.
18. PRUDHOMMEFAU, M. "Educación de la Infancia Anormal"; Editorial Luis Mirade; S.A., Barcelona.

19. RILEY, CLARA; "Asistencia al niño pre-escolar"; B.S. A.S., 1970.
20. RECA; TELMA Y COLABORADORES; "Problemas psicopatológicos en Pediatría". Buenos Aires; EUDEBA, 1961.
21. RILEY, M.D; "Asistencia a los niños en Instituciones"; por expertos de Las Naciones Unidas; editorial Humanitas; Buenos Aires.
22. SAINT - CLAIR; S; "La Educación de los niños sub-normales". Barcelona, 1970.
23. SPITZ, RENE; "El primer año de vida de un niño". Editorial Aguilar.
24. WALL, W.D; "Educación y Salud Mental". Madrid Editorial Aguilar, 1972.
25. WITTAKER, JAMES, "Psicología". Editorial Interamericana, 1970.

GLOSARIO DE TERMINOS

ANGIO MATOSIS CEREBRAL: Presencia de angiomas calcificados en la cara interna del craneo en las regiones temporal y occipital.

COROIDES: Capa oscura vascular del ojo, situada entre la esclerótica y la retina, cuya función es nutrir a ésta y al cristalino.

CRANECOSTENOSIS: (de craneo y esclerosis) Osteoclerosis de los huesos craneales.

ERITROBLASTOSIS: Formación excesiva de eritroblastos o presencia de eritroblastos en la sangre, fenómeno que se observa en diversos estados morbosos, Anasarca feto placentaria, ictericia grave de los recién nacidos, anemia de tipo Coley etc. Fetal: enfermedad hemolítica de los recién nacidos que ocurre cuando la madre es RH negativo y desarrolla anticuerpos contra un feto RH positivo.

HIPERTELORISMO: Separación excesiva entre dos órganos. Ocular: mayor separación entre los ojos por deformidad craneal; enfermedad de Crouzon.

ICTERICIA: Coloración amarilla de la piel, mucosa y secreciones, debido a la presencia de pigmentos, especialmente biliares, en la sangre.

LIPIODOSIS CEREBRAL: Infiltración adiposa de las células o tejidos.

PELAGRA: Enfermedad general crónica, progresiva, endémica en algunos países del Sur de Europa, descrita por primera vez en España por Casal. En 1935, caracterizada principalmente por un eritema rosado de la piel, seguido de exfoliación de la epidermis.

PROTRUSION: Protrusión, avanzamiento anormal de una parte, tumor u órgano, por aumento de volumen o por una causa posterior que los empuja.

SOMITOS: (de soma) Segmento primitivo mesodérmico del tronco del embrión compuesto de dermatoma, miotoma y esclerotoma; miotoma; Protovertebra; metámara.

ANEXOS.

CUESTIONARIO #1

No. de la Encuesta _____

Fecha _____

Edad _____ Sexo _____

Nivel de instrucción _____

- 1.- Cómo se dió cuenta Ud. que su hijo es un limitado mental?
- a) Vocabulario reducido _____
 - b) Rendimiento escolar escaso _____
 - c) Problemas de conducta _____
 - d) Atención dispersa _____
 - e) Lentitud _____
 - f) Actividad excesiva _____
 - g) Aspecto físico _____
 - h) Otros _____
- 2.- Compartió su cónyuge sus sospechas, ó por el contrario las rechazó?
- SI _____ NO _____
- 3.- El conocer que su hijo es Retardado Mental sirvió para que se fortalecieran los vínculos de la familia?
- SI _____ NO _____
- 4.- Considera Ud. al Retardado Mental de su hijo como una enfermedad?
- SI _____ NO _____
- 5.- Conoce Ud. con certeza en qué consiste la limitación de su hijo?
- SI _____ NO _____
- 6.- Una vez recibido el diagnóstico del especialista, lo ha aceptado Ud. plenamente?
- SI _____ NO _____

- 7.- Le ayuda su cónyuge al cumplimiento del tratamiento impuesto por el especialista?
SI _____ NO _____
- 8.- Acepta Ud. plenamente a su hijo tal como es?
SI _____ NO _____
- 9.- Protege en exceso a su hijo y le satisface todos sus deseos?
SI _____ NO _____
- 10.- Sabe Ud. que existen distintos grados de limitación?
SI _____ NO _____
- 11.- En cuál se encuentra su hijo:
a) Entrenable _____
b) Educable _____
c) Pre-vocacional _____
- 12.- Para corregir a su hijo Ud. le exige disciplina o castiga corporalmente?
a) Disciplina _____
b) Castiga _____
- 13.- Los demás miembros de la familia rechazan al niño?
SI _____ NO _____
- 14.-Influye en Ud. la actitud de sus amistades respecto a su hijo?
SI _____ NO _____
- 15.- Ha acudido Ud. a curanderos para rehabilitar a su hijo mediante drogas?
SI _____ NO _____

16.- Cumple Ud. con sus deberes familiares?

SI _____ NO _____

17.- Cuales considera Ud. de mayor importancia:

- a) alimentación _____
- b) Vivienda _____
- c) vestido _____
- d) educación _____
- e) afecto _____
- f) atención médica _____

18.- Mantiene Ud. con el Instituto una buena comunicación para conocer los avances y limitaciones del niño?

SI _____ NO _____

19.- Ha notado Ud. cambios positivos en la conducta de su hijo en el tiempo que ha permanecido en la Institución?

SI _____ NO _____

20.- En la época de vacaciones continúa Ud. con las pautas de tratamiento?

SI _____ NO _____

21.- Visita Ud. con frecuencia al especialista de los sentidos con su hijo Retardado Mental para completar su tratamiento?

SI _____ NO _____

22.- Se siente Ud. apoyado y guiado por los profesionales con que cuenta la Institución en cuánto al manejo del tratamiento de su hijo Retardado Mental?

SI _____ NO _____

23.- Conoce Ud. la labor de una Trabajadora Social en estos casos?

SI _____ NO _____

Nº-1	A	B	C	D	E	F	G	H	Total
	23.08%	20.51%	15.38%	5.13%	5.13%	20.51%	7.69%	2.57%	100%

En las familias encuestadas de niños con retardo mental, la tabulación arrojó los siguientes resultados: el vocabulario reducido es la característica más notable y actúa como índice de este padecimiento. Siguen en orden de importancia, el Rendimiento escolar escaso y la actividad excesiva en un segundo lugar; 3o. problemas de conducta; 4o. lugar Atención dispersa y Lentitud; 5o. lugar el Aspecto Físico, y, por último, otras causales, tales como un reconocimiento médico rutinario.

Nº 2	SI	NO	Total
	60%	40%	100%

Un 60% de parejas compartió las sospechas con su conyuge, lo que nos demuestra que en las familias encuestadas existe alguna comunicación, relaciones familiares y se les dispensa atención al desarrollo y crecimiento de los hijos.

Nº 3	SI	NO	Total
	60%	40%	100%

Al conocer que sus hijos son Retardados Mentales un 60% de las familias contestó que este problema ha servido para fortalecer los vínculos entre ellas, por el contrario, un 40% de respuestas negativas indica que sufren una gran desorganización emocional que amenaza con destruir la paz del hogar.

Nº4	SI	NO	Total
	70%	30%	100%

Un 70% de los encuestados consideran el Retardo Mental como una enfermedad, concepto que consideramos erróneo ya que el Retardo Mental es una condición de la personalidad y no se trata de una enfermedad en el sentido etimológico de la palabra.

Nº 5	SI	NO	Total
	60%	40%	100%

El 60% de la familia demostró tener conocimientos claros sobre el R. M. pero, consideramos este índice muy pobre, ya que esta problemática debe ser un 100% conocida no sólo por los padres sino por toda la comunidad.

Nº 6	SI	NO	Total
	80%	20%	100%

Un 80% de las familias han aceptado plenamente el diagnóstico del especialista, considerandolo aunque incurable, re-habilitable.

Nº 7	SI	NO	Total
	60%	40%	100%

Un 60% de familias respondió positivamente; el 40% restante respondió negativamente. Estos datos indican una vez más la ignorancia que existe en nuestro medio en relación con este problema ya que a pesar de aceptar el diagnóstico del especialista, no se han preocupado por proveerle al niño un medio ambiente familiar adecuado para lograr las metas del tratamiento.

Nº 8	SI	NO	Total
	100%		100%

El 100% de las familias aceptan plenamente tal como es, pero no han logrado comprender lo que significa para lograr la rehabilitación del niño, el cumplir (la pareja por igual), las pautas trazadas de tratamiento por el especialista.

Nº 9	SI	NO	Total
	60%	40%	100%

El 60% de las familias protegen en exceso al hijo, lo cual impide el desarrollo de su deficiente personalidad, anulándolo y haciéndolo aún más dependiente, siendo rechazado por todo el mundo y no pudiendo adaptarse a los demás lo cual impide su rehabilitación.

Nº 10	SI	NO	Total
	50%	50%	100 %

El 50% respondió positivamente; el 50% restante lo negó. Se observa en forma más patética el desconocimiento que tienen los padres acerca de este problema.

Nº II	A	B	C	Total
	20%	20%	10%	50%

La encuesta dió los siguientes resultados:

- a) ENTRENABLE en un 20%
- b) EDUCABLE en un 20%
- c) PRE-VOCACIONAL en un 10%

Esto nos indica que a pesar de ser la población escogida para esta encuesta, usuarios del INSTITUTO DE REHABILITACION DEL ROSARIO de la ciudad, no tienen adecuado conocimiento sobre esto.

NOTA: Los datos anteriores arrojan un total de 50%, esto se debe a que en la respuesta anterior sólo el 50% sabía que existían distintos grados de retardo.

Nº12	A	B	Total
	90%	10%	100%

El 90% respondió que le exigen disciplina al niño y tan sólo un 10% lo castigan corporalmente. Estas cifras reflejan un alto índice de tolerancia.

Nº.13	SI	NO	Total
	20%	80%	100%

Un alto porcentaje, (80%) de miembros de la familia aceptan al niño. El 20% restante lo rechazan, pero estas cifras corresponden a niños que viven en familias desintegradas.

Nº14	SI	NO	Total
	60%	40%	100%

El 60% del comportamiento familiar depende enormemente de la actitud favorable o desfavorable que pueden tener los vecinos y amistades respecto al hijo retardado mental. Una vez más el medio ambiente social tiene marcada influencia en esta problemática, considerando nosotras, que debemos hacer hincapié en campañas educativas sobre este problema a nivel comunitario, para evitar la adopción de una actitud negativa que podría perjudicar directamente el proceso de rehabilitación del niño.

Nº15	SI	NO	Total
	20%	80%	100%

A pesar del alto índice de analfabetismo que existe en nuestra comunidad, y que el curanderismo es uno de los engaños más crueles practicados en este sector, la investigación reveló que solamente un 20% de las familias han acudido a estos medios para lograr, en un desesperado esfuerzo, la rehabilitación del retardado mental.

Nº16	SI	NO	Total
	100%	0%	100%

La encuesta arrojó que en un 100% los padres consideran cumplir con sus deberes familiares, pero con ser esto tan importante, consideramos que no es suficiente, ampliaremos más este concepto en el análisis de la siguiente pregunta.

Nº 17	A	B	C	D	E	F	Total
	26.67%	3.33%	3.33%	30.00%	13.33%	23.34%	100%

Los padres consideran de mayor importancia el deber de darle a sus hijos, 1o.) educación, 2o.) alimentación, 3o.) atención médica, 4o.) afecto, 5o.) vivienda y vestido.

La familia debe también proveer el ambiente adecuado para el normal desarrollo psicológico tanto en el aspecto emocional como en el intelectual y educativo, ya que el niño necesita poder actuar y desenvolverse en un ambiente de cariño, comprensión y seguridad para poder tener la oportunidad de demostrar su propia iniciativa y habilidades, adquirir madurez y equilibrio y, establecer relaciones normales con otros.

Nº18	SI	NO	Total
	90%	10%	100%

El 90% de los padres han respondido que mantienen con el INSTITUTO, buena comunicación, pero, a pesar de esto y basadas en el análisis de las preguntas anteriores, no han logrado al parecer asumir una actitud de colaboración real con el INSTITUTO en lo que se refiere a proporcionarle al niño un medio ambiente familiar adecuado.

Nº19	SI	NO	Total
	80%	20%	100%

El 50% de las familias han considerado que han habido cambios positivos en sus hijos en el tiempo en que han permanecido en la institución. Al ubicar al niño en el centro donde pueda rehabilitarse disminuirá la atención de las familias colaborando con el INSTITUTO y siguiendo las pautas que le den para el niño, tendrá la satisfacción de ver a largo plazo el progreso del niño.

Nº 20	SI	NO	Total
	70 %	30 %	100 %

Un 70% de las familias continúan en la época de vacaciones con las pautas de tratamiento. Porcentaje no considerado como ideal debido a que de esta manera el proceso de tratamiento sufre un receso.

Nº21	SI	NO	Total
	40%	60%	100%

De las familias encuestadas solamente 40% lleva con frecuencia a su hijo al especialista de los órganos de los sentidos. Esto es de gran importancia ya que estos órganos deben de estar en perfecto estado para completar el tratamiento y conseguir la rehabilitación.

Nº-22	SI	NO	Total
	60%	40%	100%

Solamente un 60% de las familias se sienten apoyadas por los profesionales con que cuenta la institución.
En esta clase de Instituciones no podemos dejar solo a los padres y/o familiares, estos deben sentirse apoyados y guiados en cuanto se trata del manejo de estos niños.

Nº 23	SI	NO	Total
	60%	40%	100%

Tan solo un 60% de las familias demostró tener conocimiento acerca de la labor que puede desempeñar un Trabajador Social en este campo.

Este relativamente bajo porcentaje indica la importancia que tiene que en todas las entidades que atienden este problema, incluyan en sus programas el trabajo directo con la familia para lograr una labor total que tenga en cuenta todos los aspectos que interesen al niño Retardado Mental y a su familia y esta labor unicamente la puede desempeñar a cabalidad el profesional de Trabajo Social.

CUESTIONARIO #2

No. de la Encuesta _____

Fecha _____

Edad _____ Sexo _____

Nivel de instrucción _____

- 1.- Enumere de las siguientes, cuáles son las características que usted considera más notable en un Retardado Mental.
- a) Inestabilidad _____
- b) Lentitud _____
- c) Hiperactividad _____
- d) Atención dispersa _____
- e) Agresividad y hostilidad _____
- f) Lenguaje limitado _____
- g) Pasividad _____
- 2.- Utiliza usted una prueba sicométrica específica para establecer el diagnóstico de un Retardado Mental?
SI _____ NO _____
- 3.- El comportamiento de los padres en el momento de la concepción influye en la formación del futuro ser?
SI _____ NO _____
- 4.- Considera usted que el medio familiar influye en el desarrollo físico y síquico del niño?
SI _____ NO _____
- 5.- La actitud de la familia ante un caso de Retardo Mental depende de su medio ambiente?
SI _____ NO _____
- 6.- El abandono físico y emocional de los padres, el comportamiento inadecuado de los mismos y el mal desempeño de sus funciones como tales, ejercen influencia negativa en el desarrollo del menor?
SI _____ NO _____



- 7 .- Considera usted que los Retardados Mentales provienen de familias con conflictos?
SI _____ NO _____
- 8 .- Considera usted que las dificultades de origen emocional vinculadas a las circunstancias más diversas pueden influir para que un individuo sea un Retardado Mental?
SI _____ NO _____
- 9 .- Considera usted que la adaptación social es necesaria para que el Retardado Mental logre su rehabilitación?
SI _____ NO _____
- 10.- Considiera usted que uno de los principales factores en la rehabilitación de un niño retrasado mental es la afectividad?
SI _____ NO _____
- 11.- Ingresar a un niño sub-normal en una Institución para niños normales, influirá en su tratamiento en forma positiva o negativa.
a) Positiva _____
b) Negativa _____
- 12.- Es conveniente separar a los Retardados Mentales de sus padres o familiares cuando el medio ambiente es abiertamente perturbador e impiden el normal desarrollo de éstas personas?
SI _____ NO _____
- 13.- Considera usted que un Retardado Mental tiene los mismos derechos que una persona normal?
SI _____ NO _____

14.- Enumere en orden de importancia, de las siguientes, las medidas que usted considere más efectivas para prevenir el Retardo Mental en nuestro ambiente.

- a) Fortalecer los lazos familiares, lo que traería la estabilidad física y emocional de los niños _____
- b) Instruir a los padres y maestros con respecto a los problemas de la niñez, en lo que se refiere al desarrollo de éste tipo de programas _____
- c) Educar al individuo, los grupos y las comunidades _____
- d) Incluir un mayor número de técnicas y especialistas entre ellos, médicos pediatras, psiquiatras, psicólogos, pedagogos, enfermeras, Trabajadoras Sociales, etc. en éste tipo de programas a nivel local, regional y nacional _____
- e) Motivar a las comunidades a colaborar en la solución de éste tipo de problemas _____
- f) Motivar a los que rigen los destinos del estado en la creación, organización y fortalecimiento de todos los programas y servicios que son necesarios para la atención del Retardado Mental _____



15.- Considera usted que los niños Retardados deben tener derecho a recibir una educación especial gratuita por parte del Estado?

SI _____ NO _____

16.- Considera usted necesario que las personas que trabajan en la educación especial sean entrenadas en éste campo?

SI _____ NO _____

17.- Considera usted que las personas Retardadas Mentales no pueden contribuir al progreso de la comunidad, ya que no están capacitados adecuadamente para ellos?

SI _____ NO _____

- 18.- Influye la actitud de la comunidad en el comportamiento de los niños sub-normales?
SI _____ NO _____
- 19.- Al emitir usted el diagnóstico y metas de tratamiento trabaja a nivel de equipo interprofesional o individual?
a) Interprofesional
b) Individual
- 20.- Debe hacerse en todo trabajo de equipo un estudio integral del niño y la familia?
SI _____ NO _____
- 21.- Considera usted fundamental el aporte que podría dar el Trabajador Social en el diagnóstico y tratamiento del retardado mental a nivel familiar e individual.
SI _____ NO _____

Nº I	A	B	C	D	E	F	G	Total
	19.23 %	15.39 %	11.54 %	11.54 %	11.53 %	15.39 %	15.38 %	100 %

Todos los profesionales encuestados estuvieron de acuerdo en afirmar que en un Retardado mental, se dan todas las características antes mencionadas. La encuesta al tabularla, arrojó un mayor porcentaje la Inestabilidad; siguiéndole en orden de importancia la Lentitud, lenguaje limitado y la pasividad. Y en ultimo lugar la Hiperactividad, atención dispersa, Agresividad y Hostilidad. No quiere decir esto que en un retardado mental, se van a presentar todas estas características al mismo tiempo; sino que de acuerdo al grado de defecto y circunstancias particulares, se darán con mayor o, menor o ninguna frecuencia.

Nº 2	SI	NO	Total
	70 %	30%	100 %

El 90% del cuerpo profesional entrevistado dió un resultado positivo al hecho de usar una prueba específica, ya que a través de ésta pueden ayudarse a establecer un diagnóstico real de retardo mental y fijar pautas de tratamiento.

Nº 3	SI	NO	Total
	30%	70%	100%

El 30% de los especialistas consideró la respuesta afirmativa, el 70% restante respondió en forma negativa ya que consideraron el comportamiento no marca influencias negativas en la formación del ser, pero si consideraron importante el hecho de que los hijos sean deseados y frutos del amor pues en caso contrario los padres abrigaran sentimientos de culpa y no tendrán el suficiente equilibrio emocional para ayudar a su hijo limitado.

Nº4	SI	NO	Total
	100%		100%

Los profesionales encuestados, le dieron un 100% de importancia a las influencias del ambiente familiar en el desarrollo físico y psíquico del niño. Tienen influencia decisiva en la vida de cualquier ser humano, los componentes de su hogar; el clima afectivo en que está inmerso y la clase de relaciones familiares. Todos estos factores tienen participación e influencia en el desarrollo y formación de la personalidad.

Nº 5	SI	NO	Total
	90 %	10 %	100%

Un 90% de las respuestas fué afirmativa, esto nos demuestra una vez más la importancia que tienen la familia en esta problemática, y que la actitud que asuma con relación a este, depende en gran parte de las normas sociales propias y del grupo al cual pertenece.

Nº 6	SI	NO	Total
	100%		100%

En este análisis podemos observar como el 100% de los profesionales estuvieron de acuerdo en afirmar como influye negativamente en la actitud y el abandono de los padres en el niño retardado mental, ya que el ambiente así tiene una fuerza poderosa de marcada influencia en el desarrollo tanto físico como psíquico del niño.

Nº7	SI	NO	Total
		100%	100%

La encuesta nos dió un 100% de resultados negativos. Los profesionales no consideraron como causas del retardo mental los conflictos familiares, aunque estos si pueden agravar el problema del niño

Nº8	SI	NO	Total
	60%	40%	100%

El 60% de respuestas fueron positivas, considerando los profesionales el factor emocional, de importancia influencia en un cuadro de retardo mental. Estos niños a su vez pueden presentar una marcada dificultad para la adaptación en el ambiente escolar y por ende sus actitudes son inadecuadas, no los aceptan ni comprenden los padres, maestros y demás personas que deban velar por su integridad física y emocional.

Nº 9	SI	NO	Total
	100%		100%

La adaptación social es absolutamente necesaria para que el niño logre su rehabilitación; ya que se hace indispensable lograr integrarlo por completo a su medio ambiente familiar y social.



Nº IO	SI	NO	Total
	80%	20%	100%

Un 80% de respuestas negativas nos permite observar que el mayor porcentaje de los especialistas consideran la afectividad como un medio de rehabilitación del niño, pues hay que proporcionarles oportunidades de aprender no solo en las habilidades motrices normales e intelectuales sino también en la esfera del sentimiento y afectividad, por lo tanto a un Retardado Mental que se le proporcione estos dos factores vá a lograr un mayor aprendizaje y lo que es lógico una mayor rehabilitación.

Nº II	A	B	TOTAL
		100%	100%

Los resultados de la encuesta nos demuestran que ingresar a un niño sub-normal en una institución para niños normales influye en su tratamiento en forma negativa ya que de esta manera no logra adquirir las normas comunes y por lo tanto no se mantiene al nivel de sus semejantes en la escuela y en el juego y se infunde en él sentimientos de inferioridad.

Nº12	SI	NO	Total
	100%	0%	100%

Los profesionales han considerado que solamente bajo estas circunstancias debe separarse al niño de sus familiares y a que el hecho de carecer de un hogar normal puede ocasionar perturbaciones en la conducta del niño e impedir su rehabilitación.

Nº13	SI	NO	Total
	60%	40%	100%

Un 60% de los profesionales consideraron que los retardados mentales no tienen los mismos derechos que los niños normales, en lo que respecta a derechos civiles pero sí derecho a la vida, educación, alimentación, protección y afecto.

Nº14	A	B	C	D	E	F	Total
	15.3%	15.8%	22.2%	15.5%	23.1%	12.1%	100%

Los profesionales consideraron en orden de importancia, la alternativa (d) como la ideal para prevenir el retardo mental en nuestro ambiente, siguen en su orden

- 2 alternativa (f)
- 3 " (a)
- 4 " (b)
- 5 " (c)
- 6 " (e)

NOTA: En esta pregunta hicimos una variación en la tabulación ya que el menor porcentaje ocupa el primer lugar, debido a que este análisis se hace por orden de importancia.

Nº 15	SI	NO	Total
	90%	10%	100%

Así como los niños normales tienen derecho a recibir educación por parte del estado los especialistas han considerado que de igual forma deben tenerlo los niños con limitación física. El gobierno en su interés por promover el bien común debe tener muy clasificada la envergadura del problema y actuar oportunamente en la solución del mismo.

Nº 16	SI	NO	Tótal
	100 %	0%	100%

Las personas que trabajan en la educación de los Retardados Mentales deben necesariamente estar capacitados a fin de evitar posibles errores y falta de eficiencia que incidirán directamente en el logro de las metas de tratamiento.

Nº17	SI	NO	Total
	20%	80%	100%

El 80% de los profesionales contestó que las personas retardadas mentales no contribuyen al progreso de la comunidad cuando no estan capacitadas.

Peró, una vez capacitadas sí pueden hacerlo, y a su propio mantenimiento.

Nº18	SI	NO	Total
	100%		100%

Los profesionales han considerado de fundamental importancia la influencia que tiene la actitud de la comunidad en el comportamiento de los niños retardados mentales, porque se les rechaza y se les convierte en el hazme reir de la comunidad, a más de atropellar sus derechos como personas humanas, se tornan agresivos tratando de evadirse de la realidad que les es hostil, su limitación puede convertirse en algo más grave todavía.

Nº 19	A	B	Total
	80%	20%	100%

Se hace necesariamente indispensable en este problema tan complejo como es el retardado mental la intervención del equipo interdisciplinario ya que ningún profesional del campo médico, psicológico, Trabajador Social, en particular poseen todos los conocimientos y destrezas para solucionar problemas que requieren técnicas pertenecientes a distintas disciplinas como es el Retardo Mental.

Nº20	SI	NO	Total
	100%	0%	100%

El 100% de los profesionales consideraron fundamental hacer un estudio y diagnóstico integral del niño y la familia, ya que a través de esto se pueden obtener informaciones acerca de la situación del niño y factores psicológicos, sociales, económicos y culturales que inciden directamente en la problemática del niño.

Nº21	SI	NO	Total
	90%	10%	100%

El 90% han considerado importantísimo el aporte que podría dar el Trabajo Social véase capítulo IV, numeral 4.3.