

N.º 13654

[Difunter Sánchez, Oralia

La deficiencia mental de
1er. grado . . .

3424

A MI ESPOSO

José Luis Almazán O. por su
apoyo, cariño y comprensión.

ORALIA

3424

INDICE

Página

INTRODUCCION.....	
CAPITULO I	
A. DEFINICION DE DEFICIENCIA MENTAL.....	1
B. ETIOLOGIA DE LA DEFICIENCIA MENTAL.....	3
1.- CAUSAS PRECONCEPCIONALES.....	6
a) Síndrome de Down.....	6
b) Síndrome de Edwards.....	9
c) Síndrome de Cri-du-chat.....	10
2.- CAUSAS CONCEPCIONALES.....	11
3.- CAUSAS POSTCONCEPCIONALES.....	11
a) Causas Prenatales	
Infecciones o Parasitosis.....	12
Rubeóla.....	13
Sífilis.....	13
Toxoplasmosis Congénita.....	14
Por Acción Tóxica.....	15
Por Acción Traumática.....	16
Otras condiciones Patógenas.....	16
b) Causas Perinatales	
Anoxia Perinatal.....	17
Prematurez.....	18

Postmadurez.....	19
Traumatismo Obstétrico.....	19
c) Causas Postnatales	
Meningitis.....	20
Microcefalia.....	21
Macrocefalia.....	22
Traumatismo Craneocerebral.....	22

CAPITULO II

A. NEVELES EN QUE SE HA CLASIFICADO A LA DEFICIENCIA MENTAL	26
.....	26
I. Deficiencia Mental de Primer Grado (Educables).....	27
a) Deficiencia Mental de Frontera o Límitrofes.....	28
b) Deficiencia Mental Subnormal.....	29
c) Deficiencia Mental Superficial.....	30
II. Deficiencia Mental se Segundo Grado (Entrenables)..	31
a) Deficiencia Mental Media.....	31
III. Deficiencia mental Profunda (De Custodia).....	33
Cuadro Sinóptico de las Formas Clínicas de la Deficien-	
cia Mental.....	35
B. DIAGNOSTICO DE LA DEFICIENCIA MENTAL DE PRIMER GRADO....	38
a) Desarrollo de la Conducta Adaptativa.....	40
b) El Desarrollo del Lenguaje.....	41
c) Desarrollo de la Conducta Personal-Social.....	43
d) Desarrollo de la Motricidad.....	46
e) Los Transtornos del Lenguaje.....	51
f) El Examen de la Inteligencia General.....	52

CAPITULO III

Consideraciones Generales.....	60
A. La Educación de niños con Deficiencia mental de Primer - Grado en la Escuela Primaria.....	61
1a. Etapa. Para niños con edades cronológicas de 6 a 8 - años.....	64
2a. Etapa. Para niños con edades cronológicas de 8 a 12- años.....	71
3a. Etapa. Para niños con edades cronológicas de 12 a 14 años.....	73
B. DIRECTORIO DE ESCUELAS DE EDUCACION ESPECIAL EN EL DIS- TRITO FEDERAL.....	75
GLOSARIO.....	82
BIBLIOGRAFIA.....	85

INTRODUCCION

En los pocos años en que he trabajado como profesora en varias escuelas primarias, me he percatado de que en verdad los niños responden de muy diversas maneras ante todo lo que se les presenta; no existen dos respuestas idénticas ante un mismo estímulo ya que cada niño es diferente física, emocional e intelectualmente y al ingresar a la escuela, ya tiene seis años de formación en su hogar, además de que también intervienen en este proceso:

- El medio ambiente en que se ha desarrollado.
- Su forma de ser y de pensar (personalidad).
- Su capacidad intelectual.
- La afectividad que los mayores le hayan proporcionado.

Y otros muchos aspectos más que van conformando ese complejo sistema que es el ser humano, ya que de acuerdo con lo que recibe en los primeros años de su existencia, se determinarán las bases de su vida adulta.

Dentro de las diferencias tan imperceptibles que se pueden presentar en el niño están: falta de fijación en su atención -- le cuesta mucho estar atento--, dificultad para comprender operaciones más complejas, falta de coordinación y de control en sus movimientos, etc.

Esto me ha llevado a tener la inquietud de saber o investigar ¿Porqué se presentan estas dificultades? ¿Cómo se puede -- ayudar al niño que se encuentra en esta situación?, pues los profesores tenemos a nuestro cargo la conducción del proceso que -- lleva al alumno a descubrir y estructurar él mismo su propio co-

nocimiento.

Esto se considera importante porque generalmente se tiende a catalogar al niño que no aprende o que es muy diferente a los demás en su comportamiento como el "burro del salón" o el "flojo que no sabe nada" y, ¿Porque'no decirlo? como el travieso e inquieto del grupo, sin comprender que en muchos casos, ese comportamiento "anormal" puede ser el efecto de una causa: la presencia de una Deficiencia mental poco o muy superficial en el niño y que le lleva a dar estas respuestas.

La Deficiencia mental de ler. Grado (objeto de estudio del presente trabajo) ha pasado inadvertida en la generalidad de los casos -aún en la actualidad- ya que las personas afectadas por este mal, llegan al aprendizaje sólo de las operaciones matemáticas más sencillas y al dominio de algún oficio que les permite valerse por sí mismos.

Cabe mencionar que en nuestros días, los estudios e investigaciones que se han realizado en torno a esta enfermedad, son bastante amplios y de acuerdo con ello, si este síndrome es detectado a una temprana edad, aumentan las posibilidades de que su tratamiento sea más eficiente y se logren resultados más óptimos. Esta es una de las razones por las que el tema de la Deficiencia mental ha llamado mi atención, motivándome a investigar cómo y por qué se produce, cuáles son sus características manifiestas y sobre todo, qué hacer al detectarla.

Considero que el Profesor de Primaria al desempeñar su labor, debe tener los conocimientos necesarios sobre el comportamiento y la psicología infantil, pero también la habilidad para poder guiar a los pequeños en su aprendizaje. Debe comprender -

que independientemente de las condiciones afectivas y sociales -- en que se desarrollen, existen pequeños que no aprenden igual -- que sus compañeros e inclusive no llegan a resolver las cuestiones académicas que aquellos resuelven, no por flojera o negligencia, sino simple y sencillamente porque no tienen la misma capacidad intelectual, es decir, son niños con Deficiencia mental -- pero en un grado tan superficial, que inclusive pueden pasar por niños aparentemente normales en el ambiente escolar; de ahí la -- importancia de que se adquirieran los conocimientos necesarios que permitan lograr inicialmente su detección y posteriormente su -- tratamiento.

Espero proporcionar a mis compañeros maestros las bases -- esenciales que les permitan identificar la presencia de la Deficiencia mental en alguno de sus alumnos y los elementos fundamentales que les permitan discernir entre este Síndrome u otra causal en el atraso escolar de sus alumnos.

Así mismo, deseo ofrecer también las alternativas institucionales a las que se puede recurrir para que se le proporcione al pequeño la ayuda que necesita para su desenvolvimiento y adaptación a la sociedad en que vive.

CAPITULO I

A. DEFINICION DE DEFICIENCIA MENTAL

"La Deficiencia mental es un síndrome causado por un trastorno permanente del funcionamiento y la estructura de las neuronas de la corteza cerebral que aparece antes de o en la infancia caracterizado por una disminución de la capacidad de aprendizaje y de otras funciones mentales provocando desadaptación social."(1)

Se ha utilizado el término de "deficiencia mental" en lugar de otras aseveraciones como "OLIGOFRENIA" (poca mente), "AMBECIA" (falta de inteligencia), "RETARDO" o "DEBILIDAD MENTAL", ya que el fenómeno a tratar puede ser mejor entendido como una Deficiencia, ya que la persona que la padece tiene una falta en el caudal normal de su inteligencia, una debilidad, un atraso o pobreza en dicho caudal.

A continuación se analizará la definición anteriormente presentada:

Se considera a la deficiencia mental como un síndrome presente en muchas enfermedades cuyos componentes son: falta de aprendizaje, disminución de la inteligencia, trastornos en la emotividad, en la conducta, etc.

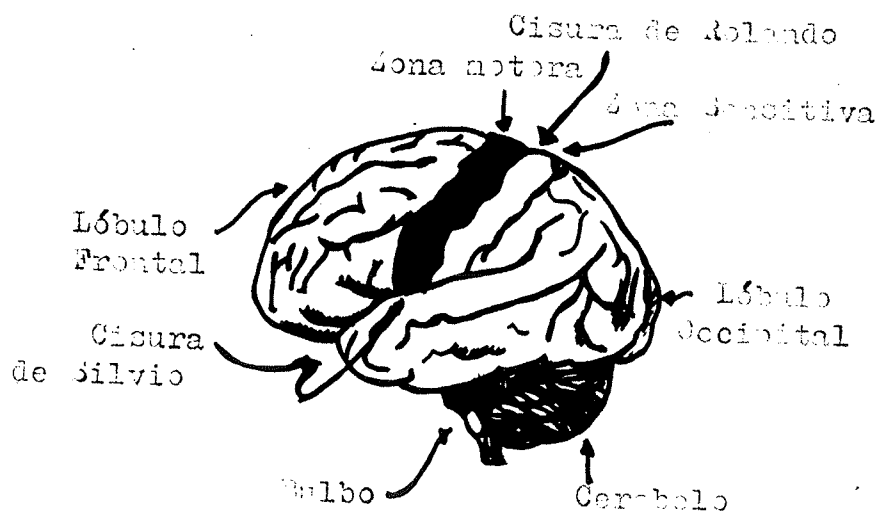
Al definirla como un trastorno permanente, se está distinguiendo como se ve, de aquellas situaciones o enfermedades en que la inteligencia y la capacidad de aprendizaje están disminuidas por razones que pueden ser curables en algunos casos y producto del medio ambiente en otros, es decir, transitorios.

Así también por su misma definición, la deficiencia mental

es incurable desde el punto de vista médico; aunque si, puede mejorar^{2.}se y habilitar al sujeto para que pueda desenvolverse mejor en el medio en el que vive.

Al decir que el trastorno radica en el funcionamiento y la estructura de las neuronas de la corteza cerebral, se le está dando a la definición una base estrictamente orgánica y, por lo tanto, se eliminan aquellos cuadros que tienen retardos producidos por un pobre funcionamiento o un pobre aprovechamiento, cuadros que podrían ser llamados de retardo mental.

La lesión responsable de la deficiencia está en la corteza cerebral y es un trastorno anatomofisiológico, por lo tanto, definir a la deficiencia simplemente como una disminución de la capacidad intelectual del individuo, es insuficiente, puesto que la deficiencia se manifiesta no sólo en lo intelectual o racional, sino que abarca situaciones emotivas, de destreza y capacidad para relacionarse socialmente.



CORTEZA CEREBRAL de la CARA EXTERNA
DEL ENCEFALO

3.
Al especificar que esta enfermedad se origina antes de o en la infancia, se engloban las causas preconceptionales, prenatales, conceptionales y de la infancia, responsables de una deficiencia mental.

Sin embargo, pueden ser muchas y muy variadas, pero es condición común a todas ellas, el hecho de que han provocado una lesión cerebral cortical y un problema en su fisiología.

Cuando se afirma que la deficiencia mental es una falta de capacidad de aprendizaje, está llevándose el problema fisiológico a su verdadero origen: El deficiente mental no es capaz de aprovechar los estímulos que el medio ambiente le proporciona en la misma proporción que el individuo común y los filtros de su atención no actúan en su capacidad normal.

El deficiente mental dada su personalidad deformada, es a la vez prisionero de un ambiente hostil y no puede, por tal motivo, establecer relaciones interpersonales normalmente. Por consiguiente es incapaz de "ampliar sus patrones de independencia y responsabilidad social", derivando su conducta hacia la inhibición, indiferencia o la agresión, convirtiéndose entonces en un ser inadaptado dentro de su familia, escuela y sociedad.

B. ETIOLOGIA DE LA DEFICIENCIA MENTAL

Para poder conocer los efectos que produce la deficiencia mental en el niño y el porqué de las conductas que presenta, es indispensable saber qué la origina, qué es lo que la ocasiona y porqué se produce, es decir, identificar su etiología. Dado que existen más de 200 casos que pueden dar origen a la deficiencia mental, los cuales obedecen a factores etiológicos muy diver

4.
sos que pueden presentarse solos o en conjunto y en este último caso, las consecuencias son mayores y más graves.

Sería objeto de un estudio mucho más profundo el analizar todas y cada una de las causas que originan este mal, razón por la cual se presentan sólo los factores más comunes y generalizados que se han identificado como causales de una deficiencia mental y que se agrupan en el siguiente esquema:

B. ETIOLOGIA DE LA DEFICIENCIA MENTAL

CAUSAS DE ACCION POR MECANISMOS DE ORDEN CRONOLOGICO:

1.-CAUSAS

PRE

CONCEPCIONALES

- a) Síndrome de Down
- b) Síndrome de Edwards
- c) Síndrome de Cri-du-chat

2.-CAUSAS CONCEPCIONALES

Infecciones o Parasitosis

Rubeóla

Sífilis

Toxoplasmosis

- a) Causas
Pre
Natales

Por Acción Tóxica

Alcoholismo

Anticonceptivos

Intoxicación por plomo

3.-CAUSAS

POST-

CONCEPCIONALES.

- b) Causas
Peri
Natales

Anoxia Perinatal

Prematurez

Postmadurez

Traumatismo Obstétrico

- c) Causas
Post
Natales.

a) Meningitis

b) Microcefalia

c) Traumatismo

Craneocerebral

d) Traumatismo

Craneocerebral leve:

Connoción Cerebral

Laceración Cerebral

Fractura Craneal.

1.- CAUSAS PRECONCEPCIONALES

Como su nombre lo indica, éstas se presentan antes de la concepción del bebé y la Deficiencia Mental es entonces el resultado de las modificaciones y transformaciones que sufre el material genético que los padres transmiten al hijo, o en otros casos por la administración de drogas de parte de uno o ambos progenitores que producen anomalías que dan origen a aberraciones o alteraciones cromosómicas en su descendencia.

En las enfermedades ocasionadas por trastornos genéticos, éstas no son obra de la casualidad, sino que existe un conjunto de factores que determinan sus causas, por ejemplo: la edad de la madre (en el caso del Síndrome de Down); las radiaciones o ionizaciones en la época pre o postconcepcional, la formación de anticuerpos en la madre durante una inmunización por invasión viral y sobre todo, las modificaciones producidas por virus durante la concepción.

En este grupo etiológico se encuentran las siguientes enfermedades genéticas que conllevan a una Deficiencia Mental, ya sea superficial o más profunda:

- a) Síndrome de Down
- b) Síndrome de Edwards
- c) Síndrome de Cri-du-chat

a.- Síndrome de Down (Mongolismo)

Este síndrome, llamado antes mongolismo, lleva su actual nombre en honor de Langdon Down, que lo descubrió en 1836, pero fue hasta 1959 cuando se le presentó como la primera enfermedad humana de origen cromosómico, gracias a los estudios de René --

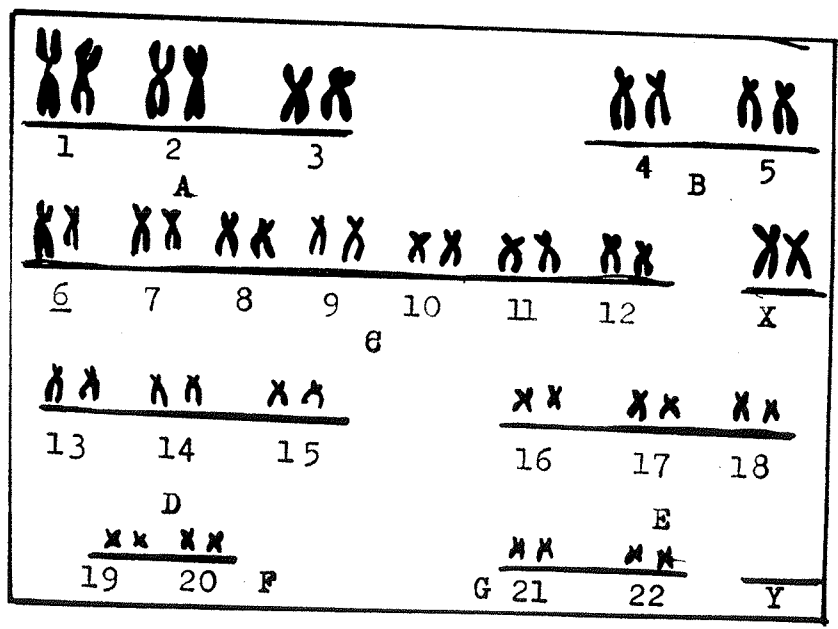
Turpein, Leujene y Gautier, durante el IX Congreso Internacional de Pediatría.

ETIOLOGIA.- La influencia de la edad materna en la época - del embarazo sobre el nacimiento de niños Down, es una evidencia clásica, como lo demuestra el siguiente cuadro:

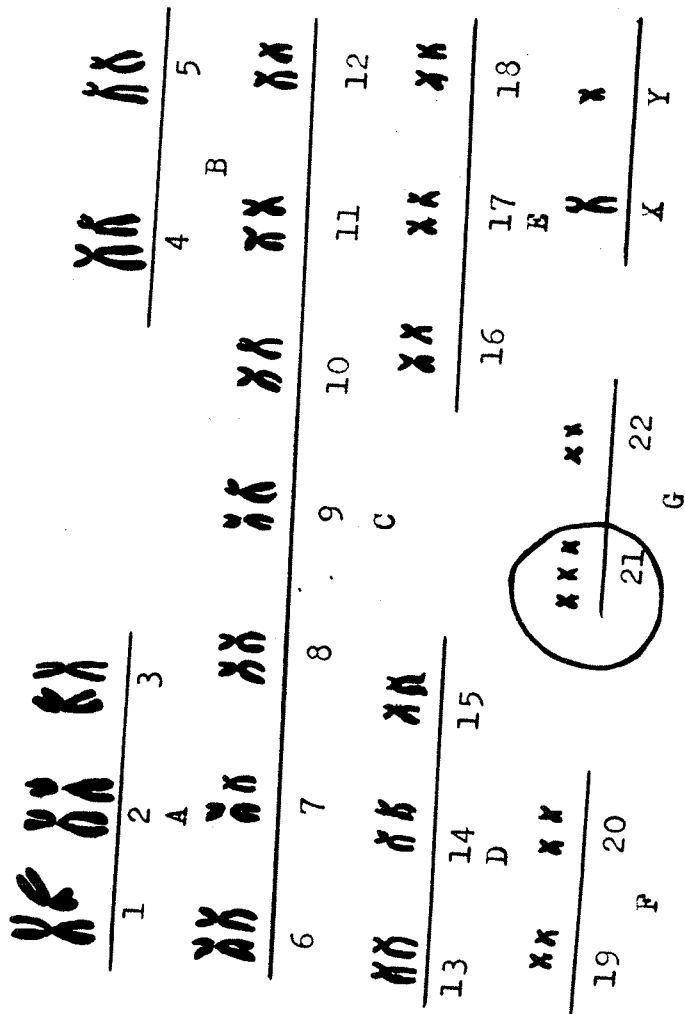
INCIDENCIA DEL SÍNDROME DOWN SEGUN LA EDAD MATERNA			
30 a 34 años	1 a 2%	40 a 44 años	5 a 10%
35 a 39 años	2 a 5%	más de 44 años	10 a 20%

Pero el factor etiológico fundamental del Síndrome Down es la aberración cromosómica que consiste en la formación de un cromosoma extra agrupado en el par 21, haciendo un total de 47 cromosomas, en lugar de 46 que es el número normal. Esto se debe a que en el proceso de la gametogénesis, el aumento de dicho cromosom se debe a la no disyunción de un par cromosómico en la primera o segunda división meiótica.

cariotipo
niño normal
(mujer)



CARIOTIPO NIÑO DOWN (Hombre)



9.
SINTOMATOLOGIA. La cabeza del niño Down es clásica: pequeña, con tendencia a ser redonda, cabello áspero y escaso, aunque a menudo es normal; existe una asimetría craneofacial: frente aplanada, nariz pequeña, ojos oblicuos y pequeños con escasas pestañas; boca chica con labios prominentes conteniendo los dientes mal implantados e irregulares y una lengua escaldada y mayor de lo normal que los obliga a mantener la boca abierta con regularidad.

La mandíbula inferior está poco desarrollada, dándole un aspecto infantil al rostro.

Los miembros son cortos y el desarrollo corporal es escaso, por lo que presentan estatura pequeña coincidiendo muchas veces con obesidad; manifiestan trastornos del lenguaje, emocionalmente son inmaduros y a veces agresivos, pero generalmente, afables y cariñosos.

Tienen daño cerebral con un bajo funcionamiento de la inteligencia.

b.- Síndrome de Edwards:

Este síndrome se debe a la no disyunción de uno de los cromosomas de los pares 17 y 18, debiéndose a veces a una traslocación.

El niño afectado por este mal, presenta dificultad para mantenerse erguido a la edad en que los niños normales lo hacen, asimetría facial y Deficiencia Mental.

c.- Síndrome de Cri-qu-chat, o maullido del gato.

Se debe a la pérdida de material cromosómico de uno de los ^{10.}
brazos cortos de cualquiera de los pares cromosómicos del grupo
4 - 5.

El nombre de este síndrome se debe a que el llanto que emite el niño al llorar, es un sonido parecido al del maullido de un gato.

Presenta Deficiencia Mental profunda y microcefalia (cabeza pequeña)

2.- CAUSAS CONCEPCIONALES.

111

Estas causas se presentan en el momento mismo de la concepción, ya que es fundamental que para su normal realización, se tenga una buena salud física y mental de ambos progenitores (aunque de manera especial, la de la madre), y cualquier malformación o alteración funcional del sistema genital del hombre o de la mujer, pueden modificar la constitución bioquímica de sus células sexuales o gametos, e inclusive, hasta los procesos de la fusión del material genético durante una de las fases de la división celular (la Meiosis) dando así origen a una Deficiencia Mental o a otros males.

Asimismo, las alteraciones de las células germinales de los padres por anomalías de los testículos o del ovario, podrían influir negativamente durante el período de la concepción, debido a carencias alimenticias, inmadurez o envejecimiento de los ovarios. Asimismo, como se mencionó anteriormente, es determinante la edad de la madre en el momento de concebir.

3.- CAUSAS POSTCONCEPCIONALES.

Estas se subdividieron en tres subgrupos que son los siguientes:

- a) Causas Prenatales:
 - Infecciones o parasitosis
 - Por Acción Traumática.
 - Por Acción Tóxica.
 - Otras condiciones patógenas.
- b) Causas Perinatales.
- c) Causas Postnatales.
- a) Causas Prenatales.

Se presentan después de la concepción y actúan durante el proceso de gestación o embarazo, hasta antes del nacimiento del bebé.

Cabe mencionar que durante este período, la madre debe redoblar sus cuidados, ya que principalmente durante los tres primeros meses, se forman en el embrión los órganos fundamentales de su cuerpo y en los meses subsecuentes, se van perfeccionando.

Todo lo que la madre recibe, le afecta no sólo a ella, sino de una manera muy especial a su bebé, ya sean enfermedades, intoxicaciones, infecciones, golpes o traumatismos, factores que pueden o no causar daños irreversibles.

Estos factores se han agrupado de la siguiente manera:

Infecciones o Parasitosis

Por Acción Tóxica

Por Acción Traumática

Otras condiciones Patógenas.

Infecciones o Parasitosis:

Durante los tres primeros meses del embarazo, algunas enfermedades virales como la Rubéola o el Sarampión pueden ocasionar graves embriopatías en el bebé e inclusive, otras enfermedades ináadvertidas para la mujer que pueden producir trastornos y hacerse presentes en este período; por ejemplo, el Dr. Biagi⁽²⁾ practicó a 43 mujeres entre los 20 y 22 años, una hemaglutinación o reacción de aglutinación de glóbulos rojos, encontrando que en un 30% eran susceptibles a la rubeola. Concluye que debe considerarse conveniente detectar a las mujeres que son propensas a adquirir esta enfermedad, a fin de vacunarlas con anticipa

ción a cualquier embarazo, para evitar su contagio.

Dentro de las enfermedades más características que ocasionan una Deficiencia Mental están:

Rubéola.

Es una enfermedad contagiosa, caracterizada por síntomas generales leves, una erupción semejante a la del sarampión y dolor en los ganglios linfáticos.

Etiología: La rubéola es provocada por un virus que es un agente infeccioso que se encuentra en la sangre dos días antes de que aparezca la erupción de la piel de color rojo o exantema. El virus se manifiesta particularmente en las secreciones de la faringe, sangre, heces y orina.

Síntomas: En el síndrome de la rubéola congénita (que es transmitida al bebé por su madre), los defectos permanentes más frecuentes son las cataratas, ceguera, anomalías cardíacas, malformaciones dentales, sordera en un 75% y Deficiencia Mental.

Profilaxis: Al ser la madre portadora del virus, lo transmite al bebé por vía placentaria, por lo tanto, las mujeres embarazadas específicamente al comienzo de su proceso de gestación, pero también durante su curso, deben evitar exponerse a un contagio. Se considera que el peligro de daño para el feto disminuye después de los tres meses de gestación.

Sífilis.

Es una infección contagiosa que se caracteriza por un período de actividad clínica y prolongadas fases de latencia. La ocasiona un microorganismo llamado *Treponema Pallidum*.

La sífilis congénita pasa inadvertida en la 1ra. infancia.

Puede contraerse a través de la madre cuya infección sifilítica se produjo durante su embarazo o mucho tiempo antes y cuyas gestaciones intercaladas pueden haber dado niños sin sífilis.

La gravedad de la enfermedad depende de la época de la gestación en que el feto resultó afectado, de la cantidad de *T. Pallidum* y de su capacidad de multiplicarse en el feto. Aunque el niño nazca sano, debe ser vigilado para prevenir secuelas tardías como son: lesiones ópticas, ceguera, sordera e infatilismo.

Síntomas: La persona afectada presenta fiebre, anemia, falta de aumento de peso, intranquilidad, erupciones, intensa inflamación de la mucosa de las fosas nasales, lesiones húmedas de las zonas de unión de la boca, ano y genitales, aumento del tamaño del hígado, bazo y ganglios linfáticos, siendo éstos últimos un conjunto de células encargadas de originar anticuerpos para la defensa del organismo.

Toxoplasmosis Congénita.

La enfermedad se produce por infección con el microorganismo causante de esta enfermedad conocido como *Toxoplasma Gandii* y que se encuentra en animales domésticos infectados, quienes transmiten la enfermedad al hombre cuando éste los acaricia o tiene contacto con ellos.

La toxoplasmosis congénita se produce mediante la invasión de la sangre del bebé por los parásitos cuando la madre se encuentra infectada.

Síntomas: En el recién nacido, la infección se localiza principalmente en el Sistema Nervioso Central. Presenta hidrocefalia (acumulación de líquido Cefaleoraquídeo) o microcefalia; -

hacia el 3er. mes ceguera, calcificaciones cerebrales y Deficiencia Mental. Se retarda el desarrollo motor y al final puede esperarse que se produzcan estados de grave Deficiencia mental.

Por Acción Tóxica.

Dentro de este cuadro se encuentran los factores externos, que al ser ingeridos o inhalados por la madre, repercuten en el desarrollo del bebé como son:

El alcoholismo materno que ocasiona la muerte de neuronas en el feto y la deficiencia mental; así mismo, Apert y Lang⁽³⁾ afirman que la radioterapia pélvica y en general la exposición de la madre a la influencia de Rayos X ya sea porque tiene un tumor u otro mal, puede producir cáncer en los ovarios, provocando un aborto o trastornos en el Sistema Nervioso Central, microcefalia y Deficiencia Mental.

La ingestión de anticonceptivos al principio de un embarazo puede representar un gran riesgo para tener productos normales y se ha comprobado que las mujeres en estado de gravidez sometidas a un tratamiento anticonceptivo, por una parte presentan abortos excesivos y por la otra, nacimientos múltiples, además de trastornos orgánicos e inclusive a nivel cromosómico (tienen anomalías cromosómicas 4 veces más frecuentes que en la población en general).

Intoxicación por plomo: Es tóxico cuando se ingiere o aspira, ya sea en las pinturas a base de plomo; de agua, cerveza o sidra que hayan estado en recipientes de plomo durante algún tiempo o el comer frutas que hayan estado rociadas con arsénio de plomo.

Por Acción Traumática.

Los traumatismos intensos sobre el útero en general, ya sea ^{16.} como tentativa de aborto o por otras causas, originan lesiones cerebrales que conllevan en ocasiones a una Deficiencia Mental, ya que los traumatismos leves no afectan al producto por la protección hidráulica dada por la placenta y que sirve como "amortiguador"; los traumatismos de mediana intensidad lo lesionan por la asfixia que resulta del desprendimiento de la placenta o por aborto incompleto, los traumatismos intensos al producir una -- fuerte onda de choque, provocarán la muerte del bebé.

Por Otras Acciones Patógenas.

La anemia o falta de alimento de la madre durante el embarazo, provoca en el bebé aborto, pulmonía, raquitismo o bronquitis, entre otros males. Además, la insuficiencia de proteínas en la dieta materna, pueden causar parto prematuro y defectos nerviosos en el bebé, que consume las reservas nutricionales de su madre, y que al agotarse, le crean una deficiencia tal que pueda darse la Deficiencia Mental.

Durante el séptimo mes, el bebé elabora mielina (sustancia de la Médula Espinal), que a causa de la desnutrición de la madre, le produce un mal funcionamiento del cerebro y por consiguiente, Deficiencia Mental.

b) Causas Perinatales.

Se presentan en el momento mismo del parto e interfieren en su correcta realización, causando en el feto daños irreversibles en algunos casos o sin consecuencias, en otros. Son causas perinatales: Anoxia, el Traumatismo Obstétrico, Prematurez y Postmadurez.

Indica la falta de oxígeno y es una causa inmediata de muerte perinatal, en ocasiones, o de una lesión permanente en el S. N. C. (Sistema Nervioso Central) y que se traduce posteriormente en Parálisis Cerebral, Deficiencia Mental o en ambas cosas a la vez. La anoxia fetal puede ser debida a:

- Falta de oxígeno en la sangre materna por sobredosis de anestesia, e insuficiencia cardiaca o intoxicación por Monóxido de Carbono.
- Baja Tensión Sanguínea de la madre.
- Insuficiente relajación del útero que dificulta el paso de la sangre a la placenta.
- Obstáculo a la circulación de la sangre por el cordón umbilical, a consecuencia de una compresión o formación de nudos en él.
- Mal funcionamiento de la placenta debido a numerosas causas, - entre ellas: falta de madurez por la corta edad de la madre.

Síntomas: Los signos de la anoxia en el feto se observan entre algunos minutos y algunos días antes del parto. Se produce un aumento de la actividad fetal como si el feto luchase en el interior del útero.

En el feto próximo al término, estos signos deben conducir a la administración de altas concentraciones de oxígeno a la madre y el parto inmediato para evitar la muerte o lesión del S. N. C.

Después del parto, la anoxia es debida a una insuficiencia respiratoria y circulatoria. La falta de oxígeno en el feto, le ocasiona la muerte de neuronas en la corteza cerebral y la presencia de una D. M., que será leve o profunda dependiendo de la magnitud del daño ocasionado.

Se conoce como niños prematuros a los que nacen teniendo menos de 37 semanas de gestación y que presentan las siguientes características:

- Peso de menos de 2 300 g. El que nace pesando menos de 1300 g. se le considera gravemente prematuro
- Piel arrugada y transparente
- Cabeza y lengua desproporcionadas
- Mal tono muscular
- Ojos prominentes y separados entre sí
- Mayor tendencia a sufrir anoxia
- Pérdida de peso
- Más propenso a sufrir infecciones en los primeros meses de edad
- Puede ser más inquieto y distraíble
- Desarrollo motor y cognoscitivo ligeramente retrasado
- Expuestos a lesiones cerebrales, por lo cual pueden contraer graves defectos psicológicos

Los niños prematuros en ocasiones pueden tener daños neuronales, de acuerdo a un estudio realizado por el Dr. M. Schachter del Hospital de Neuropediatría de Marsella, Francia, quien analizó a 269 niños prematuros, encontrando 130 anormales (48.33%) y 139 (51.67%) con Deficiencia Mental; mientras en otro grupo de 459 prematuros, 232 (53.2%) resultaron normales y 227 (46.8%) con Deficiencia Mental, cuya etiología en estos últimos, no sólo obedecería a la Deficiencia, sino a las siguientes causas:

Por Anoxia	202 prematuros
Por Hemorragia Intracraneal	13 prematuros

Por Anemia Congénita	4 prematuros
Por Choque Quirúrgico	2 prematuros
Por Choque Anestésico	1 prematuro
Por Encefalitis	<u>2 prematuros</u>
Total	227 prematuros

Postmadurez.

- El niño postmaduro nace después de las 40 semanas que dura el proceso de gestación normal.
- Pesa más de 2 500 g. e inclusive hasta 4 o 5 kg.
- Aparece con cabello abundante en la cabeza.
- Mal tono muscular.
- Tendencia a sufrir anoxia.
- Más inquieto y distraíble.

Traumatismo Obstétrico.

Dentro de las causas prenatales que dan como resultado una Deficiencia Mental, el traumatismo obstétrico que se presenta en el nacimiento es uno de los más frecuentes.

Muchas causas entorpecen el aporte de oxígeno del feto durante el trabajo del parto y de hecho, el agente que ocasiona el traumatismo en esos momentos es la estrechez de la pelvis materna, que al oponerse al paso de la cabeza fetal, produce asfixia y hemorragia en el producto; también influyen en esta causa las drogas administradas a la madre en forma irracional (analgésicos y anestésicos); anomalías del cordón umbilical o intervención obstétrica mediante maniobras externas como el uso de fórceps o la práctica de cesáreas sin indicación adecuada.

La Deficiencia Mental es la secuela en el 10% de los casos

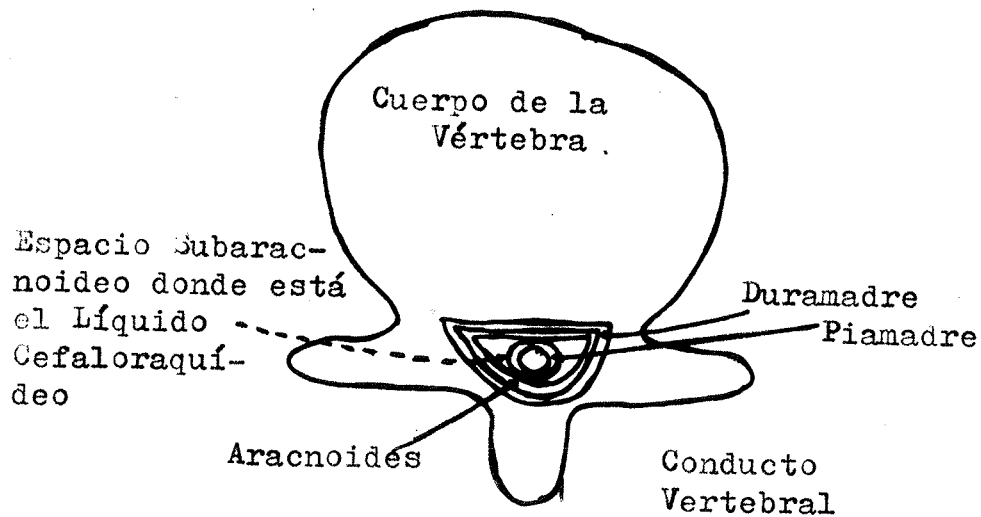
en que se presenta traumatismo en el parto por fórceps o cesárea la degeneración de la placenta, su desprendimiento prematuro o hemorragia, son causas que la producen.

c) Causas Postnatales

Estas se hacen presentes durante la 1a. y 2a. infancias, es decir, desde los primeros días del recién nacido, hasta los 7 años; las más características son:

a.- Meningitis

Es una inflamación de las meninges que son cada una de las 3 membranas o capas que envuelven el encéfalo y la médula espinal; sus nombres son: Piamadre, Duramadre y Aracnoides.



MEDULA ESPINAL

Es una de las causas más comunes e importantes de la Deficiencia Mental, ya que las secuelas irreversibles que deja, por una inflamación del encéfalo, ocasiona daños en la corteza.

La meningitis es ocasionada por diversos microorganismos (virus, bacterias, hongos); por la forma en que se origina, puede ser por una herida penetrante del cráneo o fractura. Por infección, cuando están infectados los oídos (otitis), el cuero cabelludo, la cara, en el Líquido Cefálo Raquídeo en las vías respiratorias (sinusitis), e inclusive cuando el bebé presenta fiebres muy altas y prolongadas.

Síntomas: Es más grave mientras más pequeño es el niño, presenta un exudado purulento, rigidez muscular, agitación, insomnio. En realidad esta sintomatología no la presentan todos los niños afectados, sino que va a depender de la profundidad del daño ocasionado.

Las secuelas que deja esta enfermedad pueden ser de varios tipos: sordomudez, epilepsia, alteraciones motoras, daño mental, parálisis, hidrocefalia y en casos graves, la muerte.

b.- Microcefalia

Es el cráneo más pequeño de lo normal. Se distinguen dos tipos:

- Debido a una detención en el desarrollo cerebral por acción de rayos X en radiaciones ováricas, por meningitis; a ésta se le denomina microcefalia "falsa".
- La que presenta causas hereditarias, denominada microcefalia "verdadera". Se debe a un gen recesivo simple. Los padres son siempre de estatura inferior a la normal y el cráneo está -

más disminuído en el diámetro vertical, que en el lateral, cara más pequeña de lo normal, cuero cabelludo grueso y áspero, talla menor que la normal (no siempre), orejas y nariz ligeramente mayores. Según Gall,⁽⁴⁾ la existencia de un perímetro del cráneo menor de 33.28 cm al nacer, indica una D.M.

c.- Macrocefalia.

Cualquier cráneo que esté por encima de las medidas normales, se puede llamar macrocéfalo, aunque se debe distinguir entre el cráneo cuyo crecimiento se debe a una acumulación de líquido cefaloraquídeo (C.F.R.) o a un crecimiento de la sustancia cerebral, en cuyo caso pueden no existir trastornos como una D. M. o epilepsia, puede ser un crecimiento de la corteza cerebral en forma de nódulos, crecimiento de un sólo lóbulo o de un hemisferio completo.

d.- Traumatismo Craneocerebral.

Los traumatismos craneocefálicos en el niño, pueden ser muy variados, de acuerdo con las estructuras anatómicas que afecten; ocurren en todas las etapas de la infancia, desde el recién nacido hasta el escolar y el pronóstico es impredecible en un niño que ha sufrido una agresión física que lesione su cráneo y el S. N. C., a veces puede evolucionar rápidamente hacia la mejoría o agravarse en unos cuantos minutos y originar la muerte.

Las lesiones varían desde el simple edema (hinchazón) de la piel, hasta la desintegración total de la cabeza, pasando por toda una gama que comprende los hundimientos óseos, conmoción, contusión o laceraciones cerebrales, hasta llegar a la fractura craneal.

El niño que camina, por su gran actividad física, está expuesto constantemente a los accidentes. En el preescolar y escolar, las posibilidades son infinitas y constantes; travesuras y juegos, atropellamientos, caídas, accidentes físicos, ocasionan caídas y golpes.

Los traumatismos se clasifican de la siguiente forma:

Traumatismos craneocerebrales leves: Un traumatismo puede catalogarse como insignificante si el golpe no es seguido de inconciencia durante las 26-48 horas después de un traumatismo de este tipo, pueden aparecer mareos, náuseas, y vómito lo que no debe ser causa de alarma, a menos de que vaya acompañada de sueño considerable o progresivo.

Los padres deben estar alertas para verificar que el niño pueda despertarse y que no presente disminución en la frecuencia cardíaca, ya que después de un traumatismo aparentemente leve, pueden aparecer hemorragias intracraneales.

Comoción Cerebral: Se designa así al daño neuronal pasajero que no deja ningún trastorno intelectual, pero que va acompañado de una ligera pérdida de la conciencia.

Contusión Cerebral: Es un traumatismo asociado a pérdida de la conciencia de mayor duración, factor que determina su gravedad. Puede presentar amnesia (pérdida de la memoria de los sucesos que precedieron al golpe), que llega a desaparecer durante el tratamiento, así también estado de coma de duración variable.

Al destruirse el tejido cerebral a causa del edema y las hemorragias, producen una deficiencia intelectual.

Laceración Cerebral: Es la destrucción directa del tejido

cerebral con daño neurológico permanente causado por el efecto ^{24.} del agente traumático; al ser de mayor intensidad, provoca daños irreversibles e incluso la muerte si es un traumatismo fuerte.

En lo referente a la deficiencia mental, sus efectos son semejantes a los de la contusión pero de una forma más grave.

Fractura Craneal: Este dato se obtiene por demostración radiológica que manifiesta su localización.

La fractura en la base del cráneo puede producir derrame del líquido cefaloraquídeo en el oído con abombamiento de la membrana timpánica si el tímpano está perforado, también puede producir meningitis y D. M.

Las fracturas considerables deben ser corregidas quirúrgicamente.

Las fracturas craneales en la infancia pueden producir defectos craneales progresivamente mayores en el curso del tiempo, por la penetración de las meninges en la línea de la fractura y que pueden originar la formación de quistes, es por ello que en ocasiones, las consecuencias de un traumatismo se manifiestan mucho tiempo después.

Síntomas Posttraumáticos:

- Algunos niños muestran recuperación satisfactoria.
- El 10% presenta epilepsia que inicia antes de haber pasado un año del traumatismo.
- Secuelas en problemas de conducta y aprendizaje.
- Hidrocefalia, en caso de que se haya presentado hemorragia.
- Deficiencia mental.

CITAS TEXTUALES

CAPITULO I

- (1) Mario Ramos Palacios, Deficiencia Mental, pág. 5
- (2) Guillermo Coronado, Tratado sobre Clínica de la Deficiencia Mental, pág. 32.
- (3) Mario Ramos Palacios, Deficencia Mental, pág. 83
- (4) Mario Ramos Palacios, Deficiencia Mental, pág. 110

CAPITULO II

A. NIVELES EN QUE SE HA CLASIFICADO A LA DEFICIENCIA MENTAL

Antes de presentar esta clasificación es importante que se realice una pequeña explicación sobre el término "Coeficiente Intelectual", ya que es una de las bases que se toman para especificar los niveles de deficiencia.

A principios de siglo, el investigador Binet y su colaborador Simon, dieron a conocer sus estudios sobre el desarrollo intelectual de los niños, haciendo saber la escala elaborada para cuantificar dicho desarrollo. La aparición de la escala Binet--Simon se fundó en un gran número de observaciones e investigaciones y permitió precisar el grado de evolución intelectual -- del ser humano.

Posteriormente, Stern unió el dato de "Edad Mental", incorporada y proporcionada por escalas, con la edad cronológica, -- mediante la siguiente relación que llamó "Cociente Intelectual":

$$\frac{\text{EDAD MENTAL} \times 100}{\text{EDAD CRONOLOGICA}} = \text{COCIENTE INTELECTUAL}$$

La Edad Mental es el conjunto de pruebas que hacen el común de los niños de una edad cronológica determinada, siendo fáciles para los de edad cronológica superior y que sólo pueden -- realizarlas una minoría de los de la edad inferior. El tipo de pruebas que determinarán la edad mental, serán las que se ajusten a este criterio.

De esta manera quedó evaluado por una sola cifra, el grado

alcanzado por un sujeto en la evolución mental, estableciéndose la siguiente graduación:

Normal	de 110 a 90
Subnormal	de 90 a 80
D.M. Superficial	de 80 a 66
D.M. Semiprofunda	de 50 a 31
D.M. Profunda	de 30 a 0

Ahora bien, se especificarán los niveles en que se ha clasificado a la Deficiencia Mental:

El Dr. Guillermo Coronado⁽⁵⁾ ha clasificado a la Deficiencia Mental en tres grandes grupos, tomando en cuenta el Cociente Intelectual (C.I.) y su sintomatología:

- I Deficiencia Mental De Primer Grado (Educables)
- II Deficiencia Mental de Segundo Grado (Entrenables)
- III Deficiencia Mental de Tercer Grado (De Custodia)

Se ha tomado como parámetro fundamental en esta clasificación, el Cociente Intelectual, pero a la vez teniendo muy en cuenta los síntomas presentables. A los trastornos de la inteligencia, incluyendo el C. I. como índice cuantitativo, se aunaron los trastornos físicos y psíquicos, los trastornos de la comunicación, los trastornos emocionales y los psicosociales, para realizar una clasificación más completa.

I.- Deficiencia Mental de Primer Grado (Educables)

En este grupo quedan comprendidos los deficientes mentales educables, es decir, aquellos que son motivo de recuperación fa-

vorable para incorporarlos a una vida de trabajo y ser útiles a sí mismos y a la sociedad, dentro de sus carencias y sus recursos posibles; su cociente intelectual se sitúa desde el 95 al 64, teniendo en cuenta las modalidades clínicas de grupo, se divide a su vez, en los siguientes subgrupos:

- a) Deficiencia Mental de Frontera o Límitrofes
- b) Deficiencia Mental Subnormal
- c) Deficiencia Mental Superficial

a) Deficiencia Mental de Frontera o Límitrofes.

Aquí se agrupa a los deficientes mentales cuyos valores -- cuantificables de su inteligencia, según el nivel mental, es de un CI=95 a un CI=91, y en cuanto a sus características clínicas, se aprecia sintomatología muy discreta.

Por la inspección somatopsíquica, su aspecto orgánico es -- aparentemente normal y salvo en algunas ocasiones circunstanciales, se aprecian dificultades en los movimientos finos que pueden llegar a entorpecerse, aunados a algunas anomalías de la inteligencia, como ligeras perturbaciones en la ideación, en la -- conceptualización y en el razonamiento, obstaculizando el aprendizaje de la lecto-escritura y el cálculo.

Se conjugan en estos trastornos algunos de orden emocional principalmente la hiperquinesia (constante movimiento corporal) y se contempla una inadaptación social discreta en detrimento de la normalidad del aprendizaje en general.

Se tiene la impresión de que la diferencia mental entre las cifras citadas en un CI=95 y un CI=91 son el resultado de un daño cerebral mínimo.

Estos niños con Deficiencia Mental de frontera o Límite---
fes, gracias a un tratamiento multidisciplinario-cuidadoso, oportuno y eficiente-, pueden superar sus mínimas carencias encefálicas y su evolución adquiere una aparente normalidad.

b) Deficiencia Mental Subnormal.

Esta forma clínica de Deficiencia Mental, se sitúa entre un CI=90 y un CI=81, correspondiendo a una lesión cerebral difusa, generalmente leve, pero aquí ya aparece una disminución de la psicomotricidad y del lenguaje.

Los trastornos de la inteligencia afectan más o menos en semejante grado las áreas comprometidas en el grupo anterior, aunque se hacen más perceptibles aquí, y además repercuten negativamente sobre el juicio de la memoria, sobre todo en el cálculo, en mayor perjuicio para el aprendizaje.

En este cuadro clínico se observan perceptibles trastornos en la comunicación, en el lenguaje, y en los órganos sensoriales.

Los trastornos emocionales y psicosociales, cobran aquí un efecto muy marcado, siendo muy frecuentes los problemas de conducta en sus normas de inmadurez e inestabilidad emocional, o de hiperquinesia, en ocasiones de gravedad.

El porvenir de un Deficiente Mental Subnormal, es bastante halagador, y bajo el tratamiento adecuado e integral, puede fácilmente adaptarse a un medio social y obtener logros muy favorables.

c) Deficiencia Mental Superficial.

En esta variedad clínica el deterioro neuronal es todavía -

bastante discreto, aunque evidente, en los trastornos de la inteligencia se cuantifica en un CI = 30 a un CI = 66.

Prácticamente permanece más o menos normal la constitución corporal y anatomofuncional, aunque por la inspección se describen a veces, ligeras asimetrías craneofaciales, así como algunas deformaciones óseas.

Los trastornos de la psicomotricidad se inician con la aparición temprana de su falta de evolución (hipoevolución) y ésta seguirá presentándose en las siguientes formas clínicas más avanzadas de la Deficiencia Mental. Regularmente se ve aquí, inmadurez neuromotriz, incoordinaciones motrices y hasta alguna imprecisión de la percepción de la imagen corporal en una gran proporción; anomalías que contribuyen a acentuar las dificultades del aprendizaje.

Asimismo, la patología de la comunicación humana se hace más perceptible con la iniciación obligada de la baja evolución del lenguaje y diferentes grados de perturbaciones lingüísticas acompañándose de otras tantas anomalías sensoriales: sorderas, estrabismos, falta de visualidad, etc.

Los trastornos emocionales se presentan en numerosas series de matrices, aunados a los psicosociales, aunque relativamente pueden controlarse.

Los diversos grados de conducta que se presentan, se acentúan cuando se unen a síndromes convulsionantes (epilepsias), desencadenándose entonces, formas hiperquinéticas y otras manifestaciones de agresividad, pero a pesar de ello, ante un minucioso examen y una correcta terapéutica psicofarmacológica, logran notable mejoría.

En general, este grupo clínico el tratamiento multidisciplinario es gratificado ampliamente y la reincorporación y adaptación social se obtiene en un alto porcentaje.

Justamente a estos tres grandes subgrupos que forman la entidad clínica del primer grado de la Deficiencia Mental, se les denomina deficientes mentales educables.

II.- Deficiencia Mental de Segundo Grado (Entrenables).

Estos deficientes mentales llamados "entrenables", por sus propias carencias psicomentales, no alcanzan muchas veces a ser incorporados con éxito a su comunidad, porque no se pueden bastar a sí mismos plenamente; si bien, algunos pueden desempeñar un trabajo que les permita vivir y ser igualmente útiles a la sociedad, aunque en condiciones un tanto azarosas.

Teniendo en cuenta esto, y dadas las posibilidades de triunfo de unos ante las metas inalcanzables de otros, este grupo clínico se reduce a dos subdivisiones: la Deficiencia Mental Media y la Deficiencia Mental Severa o Semiprofunda, aún cuando con el progreso de la atención multidisciplinaria y multiprofesional y las nuevas técnicas y metodologías psicopegagógicas así como los avances de la medicina moderna, en particular los de la medicina psicosomática y los de la psicofarmacológica, se han obtenido notables éxitos en este sentido.

a) Deficiencia Mental Media.

Este cuadro clínico de la Deficiencia Mental forma un contingente muy numeroso, y los trastornos de la inteligencia corresponden a un nivel mental que comprende desde un CI=65 hasta

un CI=51.

Entre estos índices de cuantificación mental, se revela una gran cantidad de carencias de las funciones cerebrales superiores, registrando su negatividad con los resultados de las pruebas psicológicas, rindiendo promedios habitualmente situados al 50% de los normales, haciéndose notar graves problemas en el aprendizaje de la lecto-escritura y más aún del cálculo.

Los trastornos somatopsíquicos son pronunciados, adquieren una mayor variedad que los otros grupos clínicos, y presentan ligeras deformaciones del cráneo, pero en cambio aparecen numerosas asimetrías craneofaciales, tal vez un 80%, además de anomalías de forma e implantación de las orejas y del rostro en general.

El poco desarrollo de la estatura es también frecuente y no falta alguna que otra anomalía orgánica. Los trastornos de psicomotricidad se presentan en forma semejante a los del cuadro anterior.

A estos niños con Deficiencia Mental media es más difícil incorporarlos al trabajo y a la sociedad, sobre todo por las complicaciones múltiples en ellos, de mayor problemática.

Todavía los Deficientes Mentales de este subgrupo alcanzan a ser entrenados para desempeñar algún trabajo manual, aunque los problemas de aprendizaje son mayores, siendo en general su sintomatología más acentuada.

Su inteligencia, catalogada entre un CI=50 hasta un CI=31, les ocasiona notables anomalías somatopsíquicas y psicometales, siendo mayores y más pronunciadas las lesiones encefálicas, la

lecto-escritura, el cálculo y demás elaboraciones psicometales tropiezan con grandes dificultades en la enseñanza y muy pocos logran aprender las primeras letras, más aún por los graves problemas agregados de la comunicación, influenciados por los problemas emocionales y sociales que se originan y promueven en mayor escala la negatividad de su ambiente familiar y social, puesto que el rechazo, las agresiones o la indiferencia de los padres, hermanos y parientes cercanos son más notables en su círculo hogareño.

La intervención del médico se hace en estos casos más necesaria que la del psicólogo y la del maestro, debido a las manifestaciones somatopsíquicas, y a sus más frecuentes y a veces graves complicaciones múltiples, que en éstos y en los profundos, ocupan un primer plano.

Estas formas severas de la Deficiencia Mental colindan entre la sintomatología de la Deficiencia Mental media y profunda, acercándose más a esta última.

Sin embargo, explotando sus escasos recursos pueden capacitarse para vivir por sí mismos y cubrir sus necesidades primarias, alejándose de la custodia obligada, y hasta desempeñar algún trabajo sencillo y recibir a la vez un poco de amor y felicidad.

III.- Deficiencia Mental Profunda (De Custodia).

Con toda razón a estos deficientes se les llama de custodia pues como su nombre lo indica, no pueden realizar en ocasiones sus más elementales necesidades fisiológicas, estando obligados a depender de los demás.

Los problemas de todo orden que se presentan son muy serios, y se les relega al rincón más apartado de los hogares o a las - instituciones públicas o privadas más insalubres.

Presentan bajísimos coeficientes intelectuales: CI=30 a 0,- resultado de grandes lesiones cerebrales; los intentos del psicólogo y del maestro son improductivos y los del médico, indispensables, a veces logra sólo escasos frutos, al igual que todo el equipo multidisciplinario.

Las deformaciones y anomalías orgánicas y funcionales comprometen todos los sistemas orgánicos: el sistema casi está nullificado en sus funciones superiores, al igual que los reflejos y la sensibilidad, el control de esfínteres; aparecen temblores, - modificaciones del equilibrio y de la fuerza.

La persona afectada por este tipo de deficiencia, tiene deformaciones en el cráneo y en su sistema óseo.

En cuanto a la comunicación, existen grandes trastornos - del lenguaje y a veces éste no se dá, sustituyéndose por expresiones guturales y gritos que no se comprenden; asimismo, presentan trastornos de vista y oído muy notables.

La gran mayoría tiene complicaciones múltiples entre ellas la epilepsia y otras afecciones en grado profundo, además de - - agresividad en su conducta o por el contrario, estados de inhibición.

CUADRO SINOPTICO SOBRE LAS FORMAS CLINICAS DE LA
DEFICIENCIA MENTAL

I. DEFICIENCIA MENTAL DE PRIMER GRADO (EDUCABLES) CI 95/66
(Primacía del maestro en el equipo Multiprofesional)

A. De Frontera (límitrofes)

- a) Daño cerebral mínimo
- b) Ausencia de sintomatología somática
- c) Dificultad de movimientos finos
- d) Perturbaciones en la formulación de ideas, conceptos y juicios
- e) Dificultades para la lecto-escritura y el cálculo
- f) Hiperquinesia
- g) Inadaptación social discreta
- h) Con tratamiento adecuado, aparente normalidad (Pueden - realizar alguna carrera superior, pero con fracaso profesional)

B. Subnormal CI 90/81

- a) Daño cerebral leve
- b) Ausencia de sintomatología somática
- c) Hipoevolución discreta de la psicomotricidad y del lenguaje
- d) Dificultad en la realización de movimientos finos
- e) Perturbaciones en la formulación de ideas, conceptos y juicios
- f) Mayores dificultades para el aprendizaje en general
- g) Mayor dificultad para el cálculo
- h) Perceptibles pero discretos trastornos de la comunica---

ción humana

- i) Problemas de conducta o hiperquinesia a veces con agresividad

C. Superficial CI 80/66

- a) Francas lesiones cerebrales difusas (se detectan por medio del Electroencefalograma EEG)
- b) Sintomatología somática discreta
- c) Ligeras anomalías craneofaciales y deformaciones leves
- d) Hipoevolución de la psicomotricidad y del lenguaje
- e) Inmadurez neurológica
- f) Imprecisión de la imagen corporal
- g) Patología de la comunicación humana apreciable (Trastornos del lenguaje, baja visualidad, estrabismo, etc.)
- h) Problemas de conducta y emocionales
- i) Trastornos psicosociales discretos
- j) Complicaciones múltiples (Epilepsia)
- k) Dificultades de adaptación

II. DEFICIENCIA MENTAL DE SEGUNDO GRADO (ENTRENABLES) CI 65/31

(Primacía del Médico-Maestro-Psicólogo)

A. Media CI 65/51

- a) Daño cerebral acentuado
- b) Trastornos somáticos más notables que en el grupo anterior, algunos corregibles (80% de asimetrías craneofaciales)
- c) Trastornos notables de la comunicación humana
- d) Trastornos emocionales variados y a veces serios
- e) Trastornos psicosociales acentuados
- f) Complicaciones múltiples diversas (epilepsia)

- g) Dificultades para su incorporación social
- B. Severa o Semiprofunda 50/31
 - a) Daño cerebral grave
 - b) Sintomatología más acentuada en general, que en el grupo anterior
 - c) Mayores problemas de la comunicación humana
 - d) Serios problemas de aprendizaje
 - e) Complicaciones múltiples más graves
 - f) Pueden cubrir sus necesidades primarias
 - g) Dificultades para bastarse a sí mismos
 - h) Difícil incorporación social, pero pueden desempeñar trabajos en talleres protegidos

III. DEFICIENCIA MENTAL DE TERCER GRADO (DE CUSTODIA) CI 30/0

Primacía del Médico en el equipo multiprofesional

- A. Profunda CI 30/0
 - a) Graves y generalizadas lesiones cerebrales
 - b) Serios y graves problemas somáticos (Deformaciones óseas y musculares)
 - c) Graves trastornos de la comunicación, con ausencia a veces del lenguaje
 - d) Complicaciones múltiples graves y numerosas
 - e) No pueden satisfacer sus necesidades primarias
 - f) Incapacidad para bastarse a sí mismos
 - g) Insignificantes posibilidades de adaptación social

Es necesario saber qué es la Deficiencia Mental, qué la origina y la forma en que se ha clasificado en cada uno de los niveles, pero lo que determina su localización y posterior tratamiento, es el diagnóstico que se efectúe.

En el caso de la D. M. de 3er. grado o profunda, es descubierta en los primeros meses y años de vida, por la sintomatología y atraso en la psicomotricidad que presenta; la D. M. de 2do. grado o media, también durante los primeros años y al iniciar la educación preescolar y primaria (tanto ésta como la anterior, - requieren de la intervención de un equipo multiprofesional: neurólogo, psiquiatra, médico, profesor de educación especial, asistencia social, etc.); y la Deficiencia Mental de 1er. grado, durante la educación primaria e inicio de la secundaria, o en ocasiones puede no llegar a detectarse por confundirsele con falta de responsabilidad o de atención por parte de la persona que la presenta.

Dado que el presente trabajo se enfoca específicamente a la Deficiencia Mental de 1er. grado, se profundizará en las pautas que puedan llevar al profesor de Educación Primaria o a los padres de familia para diagnosticarla o delimitarla claramente, ya que se considera que los padres y profesores deben contar con medios claros y sencillos para saber si su hijo o alumno, respectivamente, manifiesta alguna deficiencia y la forma en que se puede tratar siendo este último, el objeto de estudio del Capítulo III.

Es importante porque en muchos de los casos, los padres de familia atribuyen el fracaso escolar de sus hijos a una falta de

voluntad e interés en el estudio, cuando en verdad se trata de una Deficiencia Intelectual ignorada. Es muy importante por tanto que los padres y los maestros que intervienen directamente en el proceso de educación del niño sepan detectar esta deficiencia desde la edad más temprana, para cambiar las exigencias y reproches, por una postura de comprensión y estímulo, ya que el Deficiente Mental no fracasa por falta de voluntad e interés, sino porque es intelectualmente deficiente y necesita la ayuda de una educación que le permita superar sus deficiencias. Los padres de familia tienden generalmente a negar que su hijo poco estudioso, vago, despitado o distraído, sea menos inteligente que sus hermanos; en el caso del profesor, atribuye en ocasiones el retraso escolar y la reprobación a una flojera o desinterés de parte de su alumno. Pero ¿cómo diagnosticarla? ¿qué pautas se pueden seguir para su identificación? muy sencillo: comparando la evolución del niño con la evolución alcanzada por el niño normal de su edad, así como con la aplicación de diversos Test y exámenes de motricidad, lateralidad, lenguaje, etc.

Cada niño desde que nace va mostrando de una manera espontánea su grado de madurez por medio de destrezas, gestos, actitudes, etc. Así pues, una manera sencilla de conocer el grado de desarrollo del Deficiente Mental en los primeros 5 años de vida, es la aplicación de las escalas de Gesell con las que se obtiene el nivel de desarrollo que puede compararse en estos primeros años de vida, a la edad mental antes presentada.

Este autor ha observado e investigado la evolución del niño de 1 a 5 años y el conocimiento de sus investigaciones es indispensable para detectar anomalías que se pudieran presentar.

Gesell agrupó en 4 grandes áreas la evolución del niño:

- a) Conducta Adaptativa
- b) Conducta Personal-Social
- c) Desarrollo del Lenguaje

Y ha ordenado las pautas del desarrollo conforme van apareciendo en el niño normal. En el niño con Deficiencia Mental, su aparición tiene otra cadencia y marca en cada caso el grado de atraso en que se encuentra.

A continuación se presentan algunos de los ítems más representativos de los aspectos mencionados anteriormente, cuyo conocimiento se considera importante para compararlos con lo observado en el niño:

- a) Desarrollo de la Conducta Adaptativa

El conjunto de actitudes de imitación o copiado de formas es el siguiente:

- 15 meses: Garabatos espontáneos
- 1 año y medio: Imita la línea vertical
- 2 años: Imita el círculo
- 4 años: Copia la cruz
- 5 años: Copia el triángulo
- 6 años: Copia el rombo

El desarrollo de la adaptación en relación a la cantidad y con conceptos de "más" y "menos", así como del concepto de número según el autor, se presenta el siguiente orden de aparición:

- 2 años y medio: Da, si se le pide, uno solo de varios objetos.

- 3 años: Da sólo dos objetos, cuenta hasta 5 sin señalar los objetos
- 4 años: Cuenta, sin señalarlos, 8 objetos
- 5 años: Cuenta 10 objetos señalándolos; dice el número de dedos de una mano
- 6 años: Suma hasta 5

La actividad en cuanto a imitación y repetición de frases, es la siguiente:

- 2 años: Repite frases de 3 ó 4 sílabas como: "dame pan", -- "quiero dormir", "mi gato". Los errores consisten en la supresión del artículo.
- 2 años y medio: Repite frases de 6 y 7 sílabas como: "Mamá, dame pan", "el niño se peina".
- 4 años: Repite frases de 12-13 sílabas como: "Ese niño se llama Juan y es muy bueno". Los errores consisten en agregar, quitar o cambiar palabras.
- 6 años: Repite fácilmente una frase de 12-13 sílabas o más; las repite usando sus propias palabras.

b) El Desarrollo del Lenguaje

El lenguaje es la manifestación extrema más elaborada de la inteligencia del hombre, y su desarrollo es un reflejo del nivel intelectual que tiene. Este lenguaje se enriquece a lo largo de la vida, sin embargo, su desarrollo depende de la inteligencia de cada persona.

Según Gesell, el vocabulario del niño hasta los 12 años se distribuye de la siguiente forma:

EDAD	NUMERO DE PALABRAS
8 meses	0
10 meses	1
12 meses	3
15 meses	19
18 meses	22
21 meses	118
24 meses	272

El lenguaje individual hasta los 2 años y medio presenta - la siguiente evolución:

15 meses: Dice 4 ó 6 palabras

18 meses: Dice 10 palabras, incluyendo nombres propios

1 año 9 meses: Dice 20 palabras incluyendo nombres propios;
utiliza combinaciones de dos palabras

2 años: Usa combinaciones espontáneas de 3 ó 4 palabras.
Utiliza pronombres: yo, tú, mi.

2 años y medio: Maneja el tiempo pasado y los plurales

Los Test de lenguaje en edades de 3 a 5 años son de difícil aplicación, porque no es fácil lograr la simpatía e interés del niño, sin embargo, Gesell recomienda el Test de Acción-Agente -- formado por estas 20 preguntas:

1.- ¿Qué araña?

2.- ¿Qué duerme?

3.- ¿Qué vuela?

4.- ¿Qué muerde?

5.- ¿Qué nada?

6.- ¿Qué quema?

- | | |
|-------------------|-----------------------|
| 7.- ¿Qué corta? | 8.- ¿Qué sopla? |
| 9.- ¿Qué mata? | 10.- ¿Qué se derrite? |
| 11.- ¿Qué navega? | 12.- ¿Qué hierve? |
| 13.- ¿Qué flota? | 14.- ¿Qué gruñe? |
| 15.- ¿Qué pica? | 16.- ¿Qué galopa? |
| 17.- ¿Qué duele? | 18.- ¿Qué explota? |
| 19.- ¿Qué ruge? | 20.- ¿Qué maúlla? |

Los resultados en esta prueba son los siguientes:

- A los 3 años: 6 ó 7 respuestas correctas
- A los 4 años: 8 respuestas correctas
- A los 5 años: 15 respuestas correctas

Existen otros tipos de pruebas, pero este en especial es de fácil comprensión y aplicación y puede dar una idea a los padres y maestros de niños deficientes sobre lo que pueden o no corregirles.

C. Desarrollo de la Conducta Personal-Social

El desarrollo de la conducta personal-social es analizado por Gesell desde el punto de vista de la alimentación (uso de la cuchara o de la taza, comer solo, etc.) del sueño, de la eliminación y control de esfínteres, actividades del juego. Presenta la serie evolutiva en el siguiente cuadro:

DESARROLLO PERSONAL Y SOCIAL DEL NIÑO

15 meses

CONDUCTA PERSONAL

CONDUCTA SOCIAL

-Reacciona ante el baño, señalando los pantalones o pañales.

-Expresa negativas por medio de protestas corporales.

18 meses

-Suele despertarse por la noche llorando para que lo cambien.

-Las palabras empiezan a reemplazar a los ademanes.
-Responde a órdenes simples.
-Las negativas se empiezan a expresar por un "no".

2 años

-Se mantiene seco en la noche, si se levanta.

-Formula preguntas como "¿Qué es eso?".
-El habla acompaña el actuar.
-Se refiere a sí mismo por su nombre.

3 años

-Verbaliza la diferencia entre niños y niñas.
-Toma sobre sí mismo la responsabilidad de ir al baño.
-Tiene tendencia a retener demasiado tiempo.

-Dice su nombre.
-Expresa su deseo verbalmente: "quiero esto o aquello".
-Expresa su deseo de adaptarse a las normas con preguntas como ¿Está bien?.

4 años

-Va solo al baño y se arregla la ropa.

-Puede mezclar historias de realidad y fantasía.
-Pregunta ¿Porqué? muchas veces.
-Manda y critica a los demás.

5 años

-
- | | |
|---|---|
| -Se las arregla por sí mismo, -
incluida la rutina de limpieza | -Puede contar un cuento. |
| -Empieza a ser conciente en --
cuanto a exponerse a ser visto | -Todo es "fácil" antes de ha--
ber iniciado la tarea. |
| | -Formula preguntas acerca de -
cómo funcionan las cosas, pa-
ra qué sirven y el significa-
do de las palabras. |
-

d) Desarrollo de la Motricidad.

Este es uno de los aspectos del desarrollo infantil más importante ya que las deficiencias intelectuales van unidas casi siempre a deficiencias motoras.

En el desarrollo motor se da una 1.ª fase que comprende las primeras cuatro semanas, caracterizada por la reacción de los reflejos, si éstos continúan posteriormente o no se dan, marcan el indicio de una falla en este sistema; de los 2 a los 5 meses, la prensión voluntaria aparece, así como el enderezamiento de la cabeza y el desarrollo de los músculos oculares (el bebé empieza a seguir objetos con la mirada, así como figuras) y es al final del 1er. año de vida cuando comienza a caminar, permitiéndole una exploración del mundo exterior.

Cabe mencionar que es inútil y contraproducente forzar al niño normal o deficiente para que camine, pues ésta actividad debe surgir como una necesidad interna de ejercicio, así como de la necesidad interna de la comunicación se da el desarrollo del lenguaje.

En los tres primeros años de vida, el desarrollo motor en el niño es el siguiente:

EVOLUCION MOTRIZ



1. A los 3 meses de edad se lleva a cabo la erección de la cabeza.



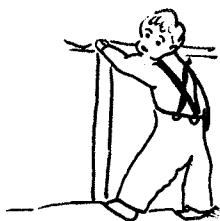
2. A los 5 meses, rueda sobre sí mismo.



3. De los 6 a los 8 meses, se sienta por sí solo.



4. De los 9 a los 10 meses, gatea.



5. Se para solo alrededor de los 10 meses.



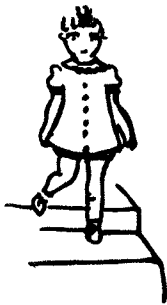
6. Camina entre los 12 a 14 meses.



7. A los 18 meses sube escaleras con ayuda.



8. A los 2 años sube escaleras solo.



9. A los 3 años sube y baja escaleras solo.



10. A los 3 y medio años corre fácilmente.

EVALUACION PSICOMOTRIZ



1. A los 7 meses ingiere alimentos sólidos.



2. A los 9 meses bebe solo en su biberón



3. A los 2 años come solo.



5. A los 2 años controla esfínteres avisando,



4. A los 20 meses bebe en vaso.



6. A los 2 años se viste parcialmente



7. A los 2 y medio años, controla esfínteres en el día.



8. A los 3 y medio años, se lava las manos y la cara.



9. A los 3 años controla esfínteres en la noche.



10. A los 4 años se viste completamente y se asea.

Es muy importante la observación que se realice de este desarrollo, ya que en base a ello, se pueden planear actividades y ejercicios escolares de motricidad, para estimular su desarrollo y lograr correcciones.

Un test que puede proporcionar datos sobre la Lateralidad- aspecto muy importante dentro de la motricidad-, es el denominado "Test de madurez Derecha-Izquierda" de Piaget:

- 1.- Dime, ¿cuál es tu mano derecha? (1 punto)
- 2.- Dime, ¿cuál es tu mano izquierda? (1 punto)
- 3.- Bien, ahora atención. ¿cuál es mi mano derecha? (2 puntos)
- 4.- ¿Y mi mano izquierda? (2 puntos)
- 5.- Ahora vas a abrir los brazos (se tiene enfrente sobre una mesa un bolígrafo, un llavero y un reloj) y me vas a decir, ¿está el bolígrafo a la derecha o a la izquierda de las llaves? (2 puntos)
- 6.- ¿El bolígrafo está a la derecha o a la izquierda del reloj? (2 puntos)
- 7.- Las llaves, ¿están a la derecha o a la izquierda del bolígrafo? (3 puntos)
- 8.- ¿Están las llaves a la derecha o a la izquierda del reloj? (3 puntos)
- 9.- ¿El reloj está a la derecha o a la izquierda de las llaves? (2 puntos)
- 10.- El reloj, ¿está a la derecha o a la izquierda del bolígrafo? (2 puntos)

La medida de los resultados obtenidos en las diferentes edades es la siguiente:

6 años 12 puntos

7 años	13 puntos
8 años	14 puntos
9 años	18 puntos
10 años	19 puntos
11 años	20 puntos
13-14 años	20 puntos

Otros dos aspectos a considerar en el desarrollo del niño - lo constituyen los trastornos del lenguaje y el Examen de la Inteligencia General, cuyas características se presentan a continuación:

e) Los Trastornos del Lenguaje

Tanto el lenguaje oral como el escrito, son una manifestación de la Inteligencia, un reflejo del pensamiento, ya que en una conversación la creación de la respuesta y la elaboración de las órdenes son la genuina función del cerebro en la elaboración del lenguaje; de ahí que la interrupción o el mal funcionamiento de la actividad de los órganos que intervienen en el proceso de comprensión auditiva, creación de respuestas o expresión oral y escrita, originan un trastorno que es reflejo de una deficiencia.

En el caso del niño en edad escolar, si se observan defectos en el lenguaje o retrasos escolares que no se explican, se pueden deber a la existencia de una sordera parcial. Dentro de los defectos que se detectan a consecuencia de lo anterior están: ⁽⁶⁾

- Retraso simple del lenguaje, trastornos graves o leves - (afasias)
- Dificultades para el aprendizaje de la escritura
- Tartamudez, o disartría: El niño sabe, pero no puede pro-

nunciar bien.

- Afasias: Pérdida de fluidez verbal, así como dificultad para encontrar palabras, para su retención y repetición.
- Dislalia: Sustitución de un fonema por otro. Por ejemplo: dice "tane" en lugar de "dame".

Aunque se debe aclarar que si el niño presenta algún grado de sordera, no podrá expresarse correctamente.

f) El Examen de la Inteligencia General.

Como ya se mencionó anteriormente, las pruebas o test creados por Binet-Simon, proporcionan un resultado global y representativo de la Edad Mental del sujeto o nivel intelectual.

Es importante especificar que el Cociente Intelectual tiene un valor práctico en la infancia, porque aunado a otra serie de pruebas, (psicomotrices, de conducta, etc.), proporcionan las bases elementales al profesor para conocer el desarrollo del niño, así como la detección de algunas anomalías.

Binet y Simon elaboraron una hoja de examen a nivel de fácil comprensión y aplicación; consiste en una prueba de cuatro preguntas para cada año. La respuesta correcta a cada pregunta representa 3 meses de edad cronológica. Se investiga el año en que todas las respuestas fueron afirmativas o positivas y éste año es el llamado "año base", ya que a él se suman las respuestas positivas posteriores, lo que dará como resultado la Edad Mental del sujeto.

Las pruebas propuestas por Binet son las siguientes:

3 años: 1. Decir el apellido.

2. Repetir 2 cifras
3. Repetir una frase de 6 sílabas
4. Señalar nariz, ojos y boca

- 4 años:
1. Repetir 3 cifras
 2. Decir a qué sexo pertenece: "¿Eres niño o niña?"
 3. Nombra 3 objetos: llave, cuchillo, moneda
 4. Comparar 2 líneas: "¿Cuál es mayor?"

- 5 años:
1. Repetir una frase de 10 sílabas
 2. Contar 3 monedas sencillas señalándolas
 3. Comparar 2 monedas
 4. Copiar un cuadrado

- 6 años:
1. Contar trece monedas sencillas de un montón
 2. Distinguir entre la mañana y la tarde
 3. Definir por el uso; "¿Qué es una taza, un cuchillo, un zapato, una plancha, un automóvil?". Las cinco - han de ser positivas

- 7 años:
1. Contar nueve monedas tres de las cuales sean dobles
 2. Tocar con la mano derecha la oreja izquierda
 3. Nombrar cuatro colores de la gama del arcoiris
 4. Ejecutar tres acciones: "Coloca el lápiz, luego cierra la puerta y después me traes la cajita"

- 8 años:
1. Repetir cinco cifras
 2. Contar de 20 a 0
 3. Decir la fecha del día
 4. En qué se parecen y en que se diferencian:
 - Pelota-naranja

- Mar-río
- Aeroplano-cometa
- Duro-blando

9 años: 1. Devolver el cambio de 1000 pesos

2. Ordenar frases:

"Un tengo perro yo negro"

"Niño el jugando en el está jardín"

3. Decir 10 meses del año

4. Reconocer el valor de las monedas

10 años: 1. Ordenar 10 000 pesos

2. Nombrar 30 palabras sueltas en un minuto (positivo si dice más de 28)

3. Nombrar animales en un minuto (positivo desde 12)

4. Palabras abstractas: explicar lo que significan: - curiosidad, pena, sorpresa.

11 años: 1. Repetir frases de 28 sílabas

2. Nombrar 30 palabras sueltas en un minuto

3. Palabras abstractas, explicar lo que significan: - conquistar, obediencia, venganza, esperanza

4. Buscar semejanzas entre tres cosas: (serpiente, vaca y gorrión; rosa, papa y árbol; lana, algodón y cuero). Dos contestaciones positivas

12 años: 1. Inventar frases incluyendo tres palabras dadas

2. Decir más de 60 palabras en un minuto

3. Definir palabras abstractas (las mismas de los 11-años)

4. Ordenar frases desordenadas

Con las Series Evolutivas de Gesell se puede conseguir un conocimiento muy aproximado del desarrollo hasta los 5 años, y con la Hoja de Examen Binet-Simon se puede observar el desarrollo mental de los 3 a los 12 años.

Entre estas dos pruebas se abarcan todos los grados de Deficiencia Mental, y son suficientes para que los padres y los profesores puedan llegar a una fundamentada presunción de que su hijo o alumno la padece.

Otra prueba sencilla y de fácil aplicación para observar el desarrollo de la inteligencia y que puede complementarse con las anteriores es la Prueba de Vocabulario del Test de Terman en su forma L, formada por las 40 palabras ordenadas de menor a mayor dificultad:

- | | |
|--------------|----------------------|
| 1. Naranja | 16. Percibir |
| 2. Sobre | 17. Reposar |
| 3. Bata | 18. Tolerar |
| 4. Charco | 19. Lamentar |
| 5. Bozal | 20. Destreza |
| 6. Grifo | 21. Desproporcionado |
| 7. Morena | 22. Astuto |
| 8. Pestañas | 23. Superficial |
| 9. Paja | 24. Inapreciable |
| 10. Discurso | 25. Incrustacion |
| 11. Rugido | 26. Enojo |
| 12. Tostar | 27. Ambar |
| 13. Prisa | 28. Mosaico |
| 14. Mirada | 29. Frustrar |
| 15. Marte | 30. Devastación |

- | | |
|------------------|--------------------|
| 31. Altanero | 36. Sudorífico |
| 32. Estrofa | 37. Particularidad |
| 33. Loto | 38. Juglar |
| 34. Organización | 39. Filantropía |
| 35. Ornitorrinco | 40. Homúnculo |

Se le presentan al niño una a una estas palabras y se le pide que explique lo que significan. El número de contestaciones positivas que debe alcanzar a cada edad es el siguiente:

Nó. de Respuestas:	
6 años	5
8 años	8
10 años	11
12 años	14

La serie de Test, pruebas y observaciones propuestas anteriormente, constituyen un buen elemento de diagnóstico de la Deficiencia Mental, ya que si se conoce el desarrollo normal que se lleva a cabo en los niños, es más sencillo identificar conductas y habilidades anormales. Aunque cabe aclarar que la serie de ítems presentados son los más representativos de cada área de estudio y dado que cada niño es diferente en sus manifestaciones personales, es importante llevar a cabo una buena observación y aplicación de pruebas, que conlleven a un diagnóstico acertado.

Por otra parte, e independientemente de las pruebas y observaciones que realice el profesor en el aula, debe tomar en cuenta la presencia de las siguientes actitudes características del niño Deficiente Mental:

- Muestra falta de atención en clase, se distrae fácilmente fijando su vista en algún punto, o por el contrario, la dirige hacia diversos lugares constantemente.
- Hiperquinesia, es decir, estar en constante movimiento aún sentado en su pupitre, que se manifiesta por movimientos de las extremidades inferiores o superiores (específicamente en los dedos de las manos y de los pies).
- No tienen control en sus movimientos corporales y en la motricidad fina se percibe dificultad para la escritura, realizándola generalmente con trazos grandes y gruesos.
- Cuando se encuentra emotivamente alterado (en situaciones de enojo o tristeza o coraje), le es difícil expresarse, ya que no coordina las ideas que desea manifestar, limitándose a decir una serie de palabras incongruentes.
En caso de que el profesor en ese momento le cuestione poco a poco, va respondiendo a ello, con lo que se logra la comprensión de lo que desea expresar.
- Puede aprender matemáticas sencillas (de acuerdo con el grado de educación primaria en que se encuentre), pero en el momento en que aumenta su complejidad, aumenta la dificultad para su aprendizaje y puede darse el caso de que éste no se pueda llevar a cabo completamente (específicamente en los contenidos de 6o. año que son más complicados).
- Falta de "Retención" de los conocimientos adquiridos, pues aún y cuando lo haya comprendido perfectamente y resuelva ejercicios de una manera satisfactoria, al día siguiente

no lo sabe, ni recuerda cómo debe resolverlos.

- Manifiesta tener "más" energía que sus compañeros, distinguiéndose en actividades deportivas por su constante actividad.
- Al no controlar sus emociones, puede llorar desconsoladamente o mostrar una alegría exagerada, fuera de los comportamientos de sus compañeros.
- Se nota su esfuerzo al querer estudiar, pero no logra obtener resultados satisfactorios en ello.
- Al llegar a tener problemas de conducta, como lo es la agresividad, no mantiene amistades, ya que presenta problemas, por su misma inestabilidad, llegando a aislarse en ocasiones.

Lo anterior sirve de pauta al profesor de Educación Primaria para darse cuenta de que no sólo se trata de un niño flojo y problemático, sino de alguien que tiene deficiencias, que no se pueden superar con llamadas de atención o quejas a los padres de familia, sino más bien con un poco más de disposición y preparación del maestro para ayudarle a superarlas.

CITAS TEXTUALES

CAPITULO II

- (5) Guillermo Coronado, Tratado sobre Clínica de la Deficiencia Mental, pág. 172.
- (6) Emilio Gómez, Diagnóstico del Deficiente Mental, Patología y Prevención, pág. 71.

CAPITULO III

LA EDUCACION DE NIÑOS CON DEFICIENCIA MENTAL DE 1ER. GRADO (EDUCABLES) EN LA ESCUELA PRIMARIA Y CENTROS DE CANALIZACION

Una vez que se ha detectado la presencia de Deficiencia -- Mental en el niño y que se ha diagnosticado correctamente, el -- Profesor debe saber qué hacer en caso de que no cuente con la ayuda de la Escuela de Educación Especial a donde se canalizaría; la manera en que puede ayudar a su alumno a superar poco a poco sus deficiencias dentro del grupo escolar.

Consideraciones Generales

Cabe especificar que la preparación del maestro especialista se realiza durante 4 años en la Institución Oficial denominada Escuela Normal de Especialización o en Instituciones Particulares en donde se prepara al profesor para que atienda y ayude -- en el aspecto pedagógico, a niños con Deficiencia Mental de 1o. y 2o. grado (Educables y Entrenables).

Ya que el presente trabajo no está dirigido a los maestros especialistas, sino a profesores normalistas que laboran en escuelas primarias, las actividades propuestas no abarcan todo el contenido programático de la Escuela Especial, ya que sólo sirven de base para que el maestro, haciendo uso de su iniciativa e imaginación, utilice y ponga en práctica más actividades.

Se considera que para desempeñar adecuadamente su labor, el profesor debe tener vocación para ello, cuya base es el cariño -- que siente por los niños y que le mueve a ayudarles y a guiarles en la adquisición de conocimientos; ninguna persona debería aten-

der a niños (ya sean éstos normales o deficientes, con mayor razón) sin tener amor, paciencia y una actitud sincera de dedicación por sus alumnos.

A. La Educación de Niños con Deficiencia Mental de ler. Grado en la Educación Primaria

Un detalle en el aspecto pedagógico que puede llevar al maestro a tener la certeza de que alguno de sus alumnos es Deficiente Mental (independientemente de las técnicas y observaciones que se proponen en el capítulo anterior) es el hecho de que, aunque el niño asista a la escuela regularmente, siempre obtiene calificaciones bajas en todas sus asignaturas y presenta un atraso de 2 años aproximadamente en sus capacidades y habilidades; por ejemplo: un niño de 11 años que cursa el 6o. grado realiza el trabajo de uno de 4o. año, siendo incapaz de trabajar y comportarse como sus demás compañeros. Su condición de retraso casi siempre es permanente y alcanzará siempre un rendimiento académico muy inferior al de los niños de su misma edad cronológica. Ni el mejor maestro, ni un programa especial, ni técnica alguna puede convertir un niño Deficiente Mental en un niño de inteligencia normal; pero sí puede ayudarlo a adaptarse mejor a la sociedad en que vive y valerse por sí mismo.

El primer paso en la educación del niño Deficiente Mental es la educación de los padres, que deberán ser asesorados para que adopten una actitud realista y no se engañen creyendo que su niño es normal o que su condición desaparecerá según vaya creciendo. Una vez que los padres han sido orientados correctamente y comprendieron la importancia de la ayuda que pueden proporcionar a su hijo y al maestro, es necesaria la adecuada educación del niño.

¿Cómo puede el maestro de un grupo heterogéneo ayudar a los niños Deficientes Mentales?, esta es una tarea difícil que exigirá todas las destrezas que el maestro posea: una mayor paciencia, gran imaginación y un alto grado de estabilidad emocional para lograr algún rendimiento académico del niño Deficiente Mental, pues to que el maestro deberá ocuparse tanto del aspecto cognoscitivo como emocional de los niños, pues los factores emocionales son los que mayormente evitan que ellos realicen una labor escolar al nivel de su propia capacidad.

Los puntos que debe tomar muy en cuenta el profesor con un grupo heterogéneo en que existan niños D. M. son los siguientes:

- Tratar de que el niño deficiente mental participe en tantas actividades de la clase como le sea posible. Por ejemplo: hacer mandados, pasar lista de asistencia, ayudar en la preparación de material, etc.
- Dejar que algunos de los niños más adelantados ayuden a los que están atrasados.
- Preparar material especial suficiente para los niños Deficientes tal como lecturas más sencillas, problemas matemáticos menos difíciles, etc.
- Crear una atmósfera de comprensión y simpatía, así como de confianza que despierte la seguridad en el alumno y en el grupo.
- Discutir con el niño el progreso alcanzado en la escuela tan a menudo como sea posible, señalándole sus puntos fuertes e indicándole con franqueza sus puntos débiles.
- Llevar a cabo actividades en las cuales todos los niños puedan tomar parte. Ejemplo: coros, actividades deportivas, bailes -

folklóricos, representaciones dramáticas.

- Evitar críticas, comparaciones o expresiones de censura por la cualidad de su trabajo.
- ~~Tener una actitud comprensiva ante las necesidades y dificultades que se presenten, estimulando e impulsando al niño para que actúe evitando suprimir su participación.~~
- Suplir las calificaciones negativas por estímulos verbales para una mejor realización del trabajo, y en los casos en que no se pueda mejorar, facilitar la realización simplificando el ejercicio.
- Evitar actitudes que lesionen la personalidad del niño, lo ridiculicen o dañen en cualquier forma.

Cabe recordar que la educación debe ser lo más práctica posible y el profesor debe usar el vocabulario adecuado al nivel de los niños; así mismo, no debe desesperarse o sentirse fracasado si a pesar de su esfuerzo no logra que los niños aprendan lo deseado o no alcanzan un nivel aceptable en las materias académicas. La mayoría de los Deficientes Mentales debido a su capacidad mental limitada, siempre quedan a la zaga de su grupo, pues su inteligencia inferior no les permite aprender al mismo ritmo que los niños mentalmente normales, pero si pueden desarrollar habilidades que les permitan superarse y aprender actividades manuales.

El programa estructurado por el profesor debe comprender las siguientes áreas:

- 1.- Ejercicios de motricidad y recreación adaptada a la etapa de desarrollo del niño.
- 2.- Area de Autoayuda:

- a) Formación de hábitos de alimentación
 - b) Formación de hábitos de aseo y lavado
 - c) Formación de hábitos de vestirse
- 3.- ~~Area Cognoscitiva:~~ Adquisición de los conocimientos fundamentales de Español, Matemáticas, Ciencias Naturales y -- Ciencias Sociales.
- 4.- Area de Actividades Artísticas: Desarrollo de las habilidades que posea el niño en el aspecto artístico; aprender a -- tocar algún instrumento: pander, flauta, harmónica, etc.
- 5.- Ocupación
- a) Desempeño de actividades de la vida diaria
 - b) De ser posible, aprendizaje de algún oficio, por medio de actividades de taller

El niño con Deficiencia Mental de 1er. grado pertenece al -- grupo del cual se espera llegue a obtener independencia cuando -- sea adulto, es decir, que se baste a sí mismo para su sosteni--- miento, mediante el desempeño de una actividad laboral y logre -- integrarse socialmente.

Para poder trabajar de una mejor manera con los niños, es -- conveniente clasificar los grupos en tres etapas, mismas que --- comprenden los siguientes aspectos a tratar:

Ira. Etapa. Para niños con edades cronológicas de 6 a 3 años

1.- Psicomotricidad Gruesa

Las metas que se pretenden alcanzar en este aspecto son:

- a) Conseguir que el niño sepa dirigir sus movimientos
- b) Saber conducirse y guiarse por medio de los sentidos
- c) Eliminar movimientos inútiles

- d) Aprender a estar inmóvil.
- e) Aumentar la complejidad de los movimientos.

Para poder lograr esto se deben practicar: marchas, conservación de la distancia, movimientos de marcha, sincronismo, relación con música, marchar con los ojos vendados, marchas por una línea trazada en el piso.

Para el ritmo: palmadas y golpes con los pies, marchar dando palmadas sincrónicamente, giros, media vuelta y un cuarto de vuelta, caminar libremente corrigiendo la postura (realizar esto con la ayuda de un espejo es muy útil). Ejercicios gimnásticos: pasar de puntas, de talones, rotación de brazos, flexión y semiflexión de los miembros inferiores con los ojos abiertos, cerrados y tendidos boca arriba; ejercicios de equilibrio: saltos, levantar alternativamente un pie y el otro, etc. Respiratorios: tapar una fosa nasal por determinados segundos, alternar con la otra, relajar el cuerpo para "sentir" el ritmo de la respiración y demás ejercicios que tiendan a mejorarla.

2.- Psicomotricidad Fina.

Este aspecto comprende los movimientos realizados por el brazo, antebrazo, muñeca y dedos; movimientos que son indispensables para el aprendizaje de la escritura y demás trabajos que requieran de movimientos más precisos.

Actividades para ejercitar la Motricidad Fina:

Para establecer habilidad del movimiento brazo-mano.

- Lijar maderas rústicas sosteniendo la madera con la mano izquierda y moviendo la derecha (para los diestros), con los zurdos proceder a la inversa.

- Rallar pan sosteniendo el rallador con la izquierda y moviendo con la derecha (para los diestros), con los zurdos proceder a la inversa.
- Mover rápidamente la manivela de un batidor (las mismas indicaciones de las manos que los ejercicios anteriores), el batidor en forma vertical.

Destreza Mano-Dedos.

- Enhebrado de perlas grandes con hilo plástico (u otro material).
- Enhebrado de perlas con hilo y aguja.
- Abotonar y desabotonar una serie de botones de tamaño mediano.
- Iluminar diversos dibujos.
- Ensartar anillos pequeños, medianos y grandes (en tamaño decreciente) en un alambre fijo.
- Pasar bolitas grandes por el agujero de la tapa de una caja de cartón (tomar primero de una en una, luego dos en dos y por último de tres a la vez).
- Ejercicios de "trenzado" y rasgado de papel.
- Ejercicios de selección de objetos pequeños tales como semi---llas, canicas, confetti, etc.

3.- Educación Sensoperceptual.

Este aspecto es muy importante para el desarrollo del niño en los siguientes campos:

Afectivo: El niño requiere de un tono emocional, un sentimiento, un grado de aceptación o rechazo.

Cognoscitivo: Requiere recordar o reproducir algo suuestamente aprendido, la solución de una tarea intelectual.

Psicomotor: Requiere una habilidad muscular o motora y la manipulación de materiales u objetos.

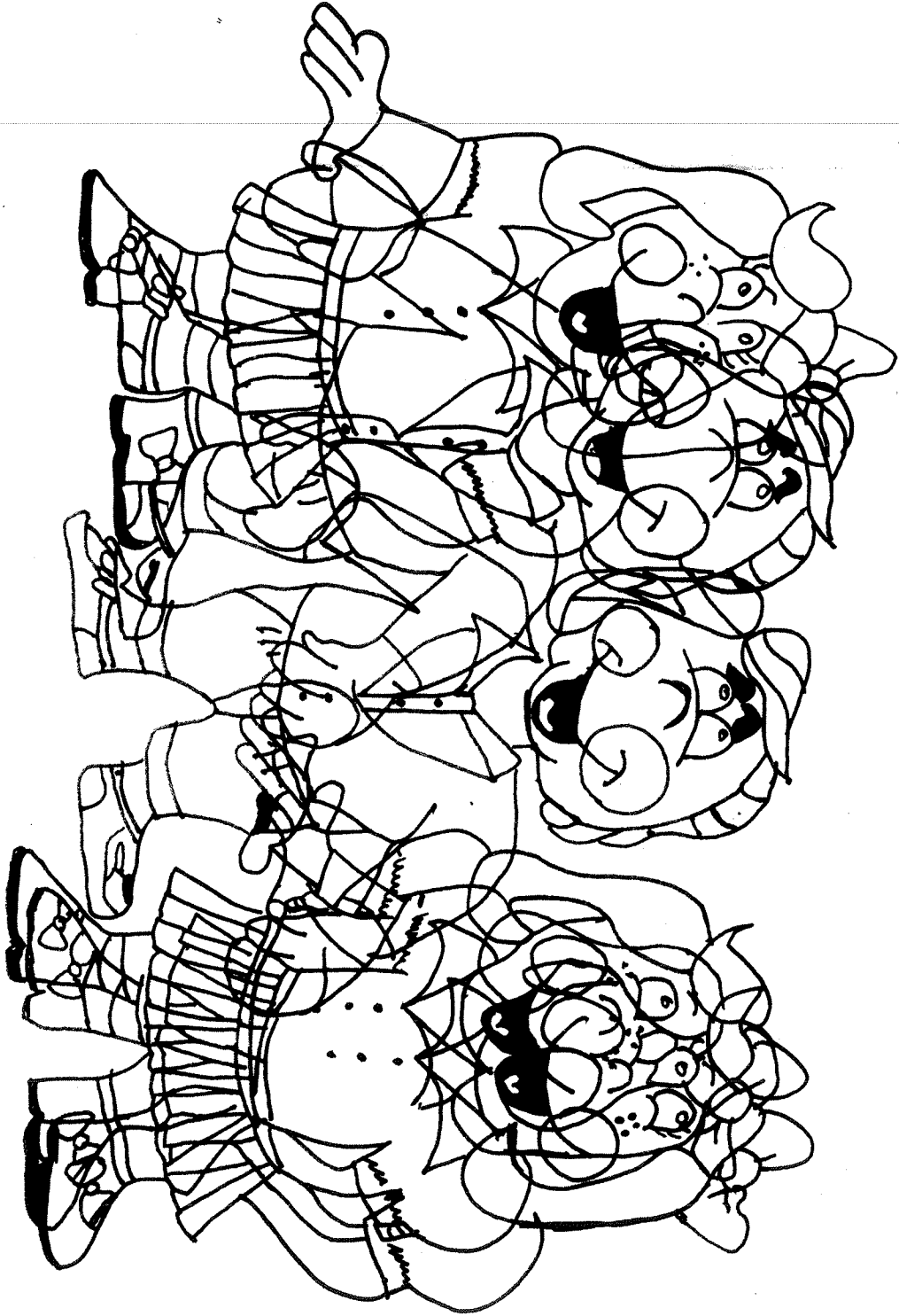
Las percepciones son indispensables para la mejor formación intelectual, ya que la adquisición de una educación perceptual - permite que el niño transforma, seleccione y organice correctamente sus conceptos mentales, los que poco a poco van a dar al niño la facilidad de memorizar, discriminar, hacer juicio, fijar su atención, elaborar y adquirir un razonamiento lógico que contribuya a su maduración, facilitándole el aprendizaje de la lectura y escritura. Comprende entre otros aspectos:

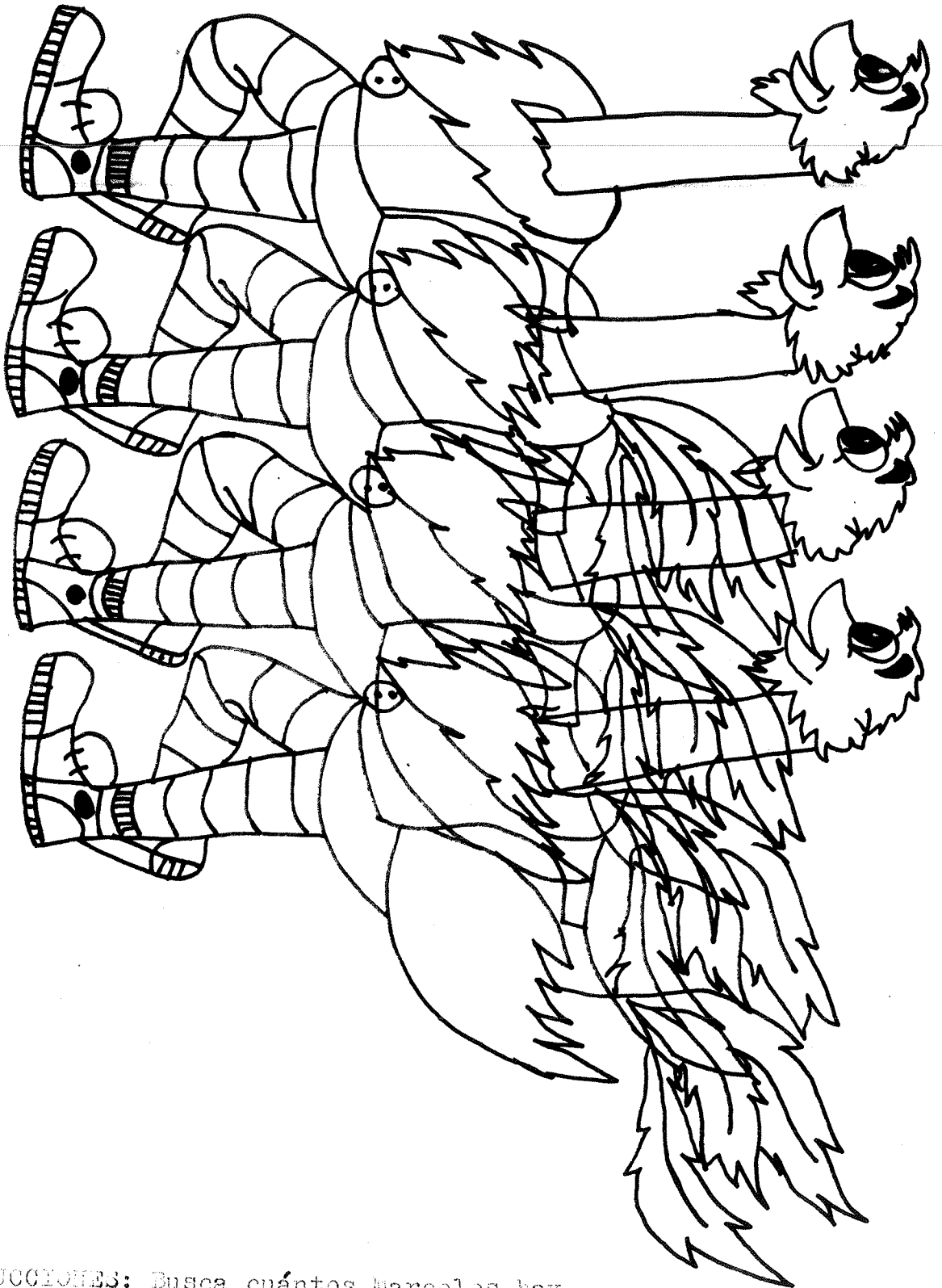
3.1 Figura-Fondo.

Es la habilidad para distinguir la figura principal del campo visual en que se encuentra nuestra atención.

La problemática que se presenta aparece cuando al leer, el niño pierde la línea, confunde letras o palabras o bien las omite. Estos ejercicios ayudan a la fijación de la atención de objetos determinados o a la selección de los mismos en relación con otros. Los ejercicios sugeridos son los siguientes:

INSTRUCCIONES: Repasa de azul a los niños.
Repasa de rojo a las niñas.





INSTRUCCIONES: Busca cuántos Marcelos hay.
Ilumina al último Marcelo.

4.- Cantos y Ritmos

70.

Incluir cantos que puedan ser acompañados de movimientos corporales.

5.- Formación de hábitos higiénicos, discriminación de los sentidos.

Higiene Personal: Es importante fomentar la adquisición de hábitos higiénicos por medio de la repetición constante del aseo de manos, dientes, nariz, etc. ya que es común que los niños Deficientes Mentales tiendan a ser sucios y a descuidar su limpieza personal, debido a defectos de enseñanza.

Juegos y técnicas para mejorar la capacidad de discriminación de los sentidos:

Oído: Los niños con los ojos vendados se dividen en dos grupos: "silbato" y "tambor", dos niños sin vendar son los capitanes y se colocan a cada extremo del patio, los demás a partir del centro, tratan de reunirse guiándose por el sonido.

Otro: Diferenciar entre ruido, sonido, timbre y voz. Ejemplo: Distinguir entre una campanita y un golpe sobre la mesa entre la intensidad del mismo ruido, entre dos sonidos de campanas y notas musicales; todo esto con los ojos vendados y localizando de dónde parte el sonido.

Vista: Distinguir entre varias formas de semillas y separarlas, reconocer objetos familiares (silla, mesa, cama, etc.) dibujos, cartones, juguetes, dominós de figuras; después se van agregando otros colores para hacer más complicados los ejercicios. De la misma manera, los tonos de un mismo color.

Tacto: Reconocimiento de superficies y texturas. Ejemplo de ejercicios: distinguir entre diferentes grados de papel lija o entre lija y papel lustre (grandes o pequeñas diferencias). Identificar objetos por el tacto: esferas, cilindros, cubos o relieve de los mismos (encaje de objetos en su silueta), hacer una torre con los cubos teniendo los ojos vendados.

Gusto y Olfato: Reconocer sustancias por el olfato (café, perfume, frutas, etc.) y por el sabor (dulce, salado, amargo y ácido).

7.- Comunicación

Se sugieren ejercicios que amplíen el vocabulario del niño como son: descripciones, conversaciones, observaciones, narración de cuentos o de sucesos acontecidos en la vida diaria.

8.- Conceptos Básicos

Uso y manejo de los siguientes conceptos, buscando siempre la manipulación de objetos:

- a) Mucho - Poco
- b) Largo - Corto
- c) Alto - Bajo
- d) Grande - Chico
- e) Cerca - Lejos
- f) Adentro - Afuera

2a. Etapa. Para niños con edades cronológicas de 8 a 12 años.

Esta etapa comprende:

- 1.- Realización de diversas actividades de psicomotricidad gruesa, incluyendo la enseñanza de los conceptos arriba, abajo, izquierda, derecha. Ejemplo: Una pelota en la mesa, abajo,-

a la izquierda o a la derecha de otro objeto. La orientación es difícil de lograr, pero puede enseñarse por medio del sol o en forma objetiva: enseñándole al niño sobre el piso, cómo ir a determinado lugar que tiene X orientación.

2.- Ampliación del Programa de Psicomotricidad Fina.

Actividades Sugeridas:

- Realizar un rápido punteado en áreas relativamente largas.
- Realizar actividades de iluminar áreas libres.
- Pintar figuras utilizando acuarelas, cuidando de no salirse de los límites.
- Buscar que los trazos de letras y números sean realizados lo mejor que se pueda.

3.- Ampliación del Programa de Ejercitación Sensorial.

En este nivel se incluye:

- Conciencia del cuerpo: bilateralidad, lateralidad y equilibrio.
- Diversificación táctil: áspero, suave, duro, blando; realización de actividades de picado de papel.
- Constancia de forma: Posibilidades de reconocer igualdades y diferencias en el tamaño y la forma de diversos objetos. Se debe fomentar la intervención del niño en juegos y actividades de recorte, rasgado, dibujo, rompecabezas, memorias y dominó, ya que son medios adecuados para lograr una buena coordinación motriz.

4.- Enseñanza de la Lecto-Escritura.

Este aspecto puede efectuarse inclusive en el nivel anterior, si el niño posee la maduración adecuada que le permita adquirir esta destreza. Es importante que el Profesor utilice el método

que considere adecuado para los niños y sobre todo, que trate de llevar a cabo una educación personalizada con el alumno que presente problemas, para que le ayude y conduzca en la adquisición de tan importante aspecto.

3a. Etapa. Para niños con edades cronológicas de 12 a 14 años.

Esta Etapa Comprende:

1.- Ampliación del Programa de Psicomotricidad Gruesa.

a) Ejercitación.

b) Deportes.

2.- Iniciación a Talleres.

Es muy recomendable la enseñanza de un oficio para los niños Deficientes Mentales educables ya que independientemente de las habilidades motrices que desarrolla la práctica de determinado trabajo, resulta de mucha utilidad el que al desempeñar algún oficio se obtienen ingresos económicos que le son de mucha utilidad, pues hay que tomar en cuenta que dadas las limitaciones intelectuales que poseen estos niños, las actividades manuales les brindan una muy buena opción para que en el futuro, puedan valer se por sí mismos.

Al afirmar que el trabajo manual es una contribución sensorio motriz y bajo este ángulo puede buscarse la destreza, el gesto preciso, económico y eficaz, que presupone vista y precisión: golpear con un martillo, atornillar o desatornillar con una mano y con la otra, adecuar el gesto al utensilio (martillo, puntas y clavos de diversas formas y tamaños, mazo, atornillador, llave, pinzas, tenazas, etc.).

Como el trabajo manual se apoya más en las actividades sen-

sorio motrices que en las verboconceptuales, ofrece a los individuos no favorecidos en este último aspecto, un medio privilegiado para la afirmación de sí mismos; de la misma forma, genera también adiestramiento y conocimientos técnicos; algunos de nivel muy elemental, se presentan no obstante a un profundo análisis, por ejemplo, el acto de pintar que varía según la superficie (madera, metal, ladrillos, yeso), según la extensión y materia empleada. Por otra parte, el trabajo manual da el sentido de responsabilidad, al mismo tiempo que el de la integridad intelectual; mediante las actividades que suscita, el alumno adopta costumbres de orden, exactitud, limpieza, atención y perseverancia.

Si se trata de niñas, es conveniente la enseñanza de labores tales como: bordados, tejidos, corte y confección y las labores propias del hogar, ya que generalmente se tiende a permanecer en el hogar.

Para niños se sugiere la enseñanza de los siguientes oficios: carpintería, pintura, electricidad (nociones sencillas), colocado de vidrios, etc.

4.- Formación de Hábitos Personales y Sociales:

a) Personales: Autonomía, cumplimiento, responsabilidad.

b) Sociales: Convivencia, colaboración.

En todas las actividades existe combinación de ejercicios de destreza y aplicación de ellos, y que pueden realizarse según el avance de los alumnos, ya que quedan a iniciativa de los maestros y padres de familia.

El programa presentado comprende una serie de actividades

que se sugiere puedan realizarse en un grupo heterogéneo (formado por niños D. M. y niños que no presentan ninguna deficiencia) pero queda a consideración del profesor su total cumplimiento o por el contrario, aumentar o suprimir alguna actividad, de acuerdo con las necesidades de sus niños.

Para concluir, se presenta a continuación un Directorio en el que se incluyen todas las Escuelas de Educación Especial en el Distrito Federal que atienden a niños con Deficiencia Mental de 1er. y 2o. grado.

**B. DIRECTORIO DE ESCUELAS DE EDUCACION
ESPECIAL EN EL D. F.**

Delegación Azcapotzalco:

- ESC. DE EDUCACION ESPECIAL 57 V
Acatl y Centeotl s/n Col. Santa Lucía C.P. 02760
Tel. 5 61 56 23
- ESC. DE EDUCACION ESPECIAL 4
Av. de las Granjas No. 590 Col. Sto. Tomás C.P. 02020
Tel. 5 61 30 14
- ESC. DE EDUCACION ESPECIAL 23
Av. Juárez y Veracruz s/n Col. Cuajimalpa C. P. 05000
Tel. 8 12 34 21
- CENTRO DE CAPACITACION DE EDUCACION ESPECIAL 5
Lago Texcoco y Laguna del Carmen s/n Col. Anahuac C. P. 11320
Tel. 3 96 48 54

- ESC. DE EDUCACION ESPECIAL 1
Lago Bangeolo 24 A 2o. Piso Col. Granada C. P. 11520
 - ESC. DE EDUCACION ESPECIAL 12
11 de Abril No. 188 Col. Tacubaya C. P. 11870
Tel. 5 16 91 91
- Delegación Miguel Hidalgo:
- ESC. DE EDUCACION ESPECIAL 24
Av. Margarita Maza de Juárez s/n C. P. 07720
Tel. 5 37 13 22
 - ESC. DE EDUCACION ESPECIAL 3
Colchahuacan y Huitzilihuitl s/n Col. Sta. Isabel Tola
Tel. 5 77 00 83
 - CENTRO DE CAPACITACION DE EDUC. ESPECIAL No. 4
Anáhuac y las Rosas Col. Sta. Isabel Tola C. P. 07010
Tel. 5 77 55 43
 - INSTITUTO DE EDUCACION ESPECIAL EMIL KRAEPELLIN
Acueducto No. 663 Col. San Pedro Zacatenco C. P. 07020
Tel. 5 77 23 36
 - ESC. DE EDUCACION ESPECIAL 58
Av. Politécnico Nal. y Pte. 112 Col. Tlacamaca C.P. 07380
Tel. 5 17 78 22
 - ESC. DE EDUCACION ESPECIAL 5
Pray Pedro de Gante 43 Col. Vasco de Quiroga C.P. 07410
Tel. 7 57 20 11

- ESC. DE EDUCACION ESPECIAL 18
Calz. Misterios No. 60 Col. Villa de Gpe. C. P. 07050
Tel. 7 81 96 65

Delegación Iztacalco:

- ESC. DE EDUCACION ESPECIAL 30
Sur 161 s/n Col. Carlos Zapata Vela C.P. 08040
Tel. 5 60 28 72
- CENTRO DE CAPACITACION DE EDUC. ESPECIAL 8
Av. Canal de Tezontle s/n y Río Churubusco Col. Reforma
Iztaccíhuatl C.P. 08840
Tel. 5 79 18 22

Delegación Cuauhtémoc:

- ESC. DE EDUCACION ESPECIAL SANTA MARIA
Dr. Enrique González Martínez 139 Col. Sta. Ma. La Ribera
Tel. 5 41 03 81
- ESC. DE EDUCACION ESPECIAL 33
Almacenes No. 84 Col. Unidad Nonoalco Tlatelolco C.P. 06900
Tel. 5 97 60 70

Delegación Venustiano Carranza:

- CENTRO DE CAPACITACION DE EDUCACION ESPECIAL 2
Río Frío s/n Col. Magdalena Mixhuca C.P. 15850
Tel. 5 52 46 70
- CENTRO DE CAPACITACION DE EDUC. ESPECIAL 9
Congreso de la Unión No. 15 Col. Popular Rastro C.P. 15222

- ESC. DE EDUCACION ESPECIAL 13
Av. 4 No. 447 Col. Puebla

Delegación Magdalena Contreras:

- ESC. DE EDUCACION ESPECIAL 60
Av. México y Calle Toluca Col. Sta. Teresa C.P. 10580
Tel. 5 68 38 32
- ESC. DE EDUCACION ESPECIAL 54
Av. Contreras No. 428
Col. San Jerónimo Lidice C.P. 10200
Tel. 5 95 02 37
- CENTRO DE CAPACITACION DE EDUCACION ESPECIAL 10
Av. Escuadrón 201 No. 144 Col. Cristo Rey C.P. 01150
Tel. 5 15 17 10

Delegación Alvaro Obregón:

- ESC. DE EDUCACION ESPECIAL 6
Antiguo Camino Acapulco 138 Col. Progreso C.P. 01080
Tel. 6 83 02 10
- CENTRO DE CAPACITACION DE EDUCACION ESPECIAL No. 3
Antiguo Camino Acapulco 128 Col. Progreso C.P. 01080
Tel. 6 83 02 10
- ESC. DE EDUCACION ESPECIAL 7
Calzada de las Aguilas s/n Col. Axomiatla C.P. 01820
Tel. 6 30 00 30

- ESC. EDUCACION ESPECIAL 15

Av. San Buenaventura No. 4866 Col. Centro de Tlalpan C.P.14610

Delegación Tlalpan:

- ESC. DE EDUCACION ESPECIAL 22

Catazaga s/n Esq. Zibalchen Col. Fracc. Residencial Acoxpa
C.P. 1420

- ESC. DE EDUCACION ESPECIAL 61

Felipe Villanueva No. 11 Col. Vértiz Narvarte C.P. 03910
Tel. 5 98 47 75

Delegación Coyoacán:

- ESC. DE EDUCACION ESPECIAL No. 38

Francisco Sosa No. 253
Tel. 6 58 78 59

- ESC. DE EDUCACION ESPECIAL 55

Calle Iris s/n Col. Jardines de Coyoacán C.P. 04890
Tel. 6 34 72 31

- ESC. DE EDUCACION ESPECIAL 27

Xicoténcatl 164 Col. Del Carmen C.P. 04100
Tel. 6 38 31 54

Delegación Benito Juárez:

- ESC. DE EDUCACION ESPECIAL 2

Castilla No. 148 Col. Alamos C.P. 03220
Tel. 5 19 31 77

- CENTRO DE CAPACITACION DE EDUCACION ESPECIAL No. 7
Calle de Tigre No. 8 Col. Del Valle C.P. 03810
Tel. 5 43 04 62

- ESC. DE EDUCACION ESPECIAL 11
Emiliano Zapata 300 Col. Portales C.P. 03300
Tel. 6 33 67 62

- ESC. DE EDUCACION ESPECIAL 10
Canarias 306 Col. Portales C.P. 03300
Tel. 5 39 04 33

Delegación Iztacalco:

- ESC. DE EDUCACION ESPECIAL 63
Av. Río Churubusco s/n Col. Juventino Rosas C.P. 03700
Tel. 6 57 52 48

Delegación Iztapalapa:

- Benito Juárez s/n Col. Iztapalapa C.P. 09700
Tel. 7 97 36 40
- ESC. DE EDUCACION ESPECIAL 8
Colima No. 1 Col. San Sebastián Tecoloxtitla C.P. 09520
- ESC. DE EDUCACION ESPECIAL 9
Samuel Gompers y Calle 39 Col. Santa Cruz Meyehualco
C.P. 09290 Tel. 6 91 04 05

- CENTRO DE CAPACITACION DE EDUCACION ESPECIAL No. 11
Benito Juárez y Chimalpopoca Col. La Noria C.P. 09750

Delegación Xohimilco:

- ~~ESC. DE EDUCACION ESPECIAL 62~~
Mártires de Río Blanco y Av. México Col. La Huichapan C.P.16030
- CENTRO DE CAPACITACION DE EDUCACION ESPECIAL No. 11
Calle Comercio No. 43 Col. Santa Cruz Aochitepec C.P. 16100
- ESC. DE EDUCACION ESPECIAL 19
Camino Ancho No. 34 Col. Aldama C.P. 16780
Tel. 3 42 12 83

- Aberraciones cromosómicas:** Alteración del material genético contenido en los cromosomas, que ocasiona desviaciones fisiológicas respecto del tipo normal.
- Anatomofuncional:** Relativo al funcionamiento de los órganos que componen el cuerpo de un ser vivo.
- Cariotipo:** Nombre dado al conjunto de cromosomas propio de cada especie, representados gráficamente por el cariograma (clasificación numeral y morfológica de los cromosomas), para el caso humano, los criterios son tamaño y forma.
- Cromosoma:** Cuerpo del núcleo de la célula que contiene los genes que determinan los caracteres hereditarios.
- Exantema:** Erupción de la piel de color rojo, precedida o acompañada de fiebre.
- Ganglios Linfáticos:** Pequeñas células que forman glándulas que están en la red de nervios y canales linfáticos.
- Hemoglutinación:** Concentración del plasma sanguíneo.
- Hiperquinesia:** Excesiva movilidad o inquietud motora, cuyas características son: correr de un lado a otro en exceso, imposibilidad de quedarse quieto en un sitio, exceso de movilidad durante el sueño.
- Latencia:** Se dice que una enfermedad está latente o en latencia cuando clínicamente los síntomas aún no son perceptibles.
- Líquido Cefalorraquídeo:** Líquido incoloro e inodoro que ocupa --

los espacios que rodean al sistema nervioso central y -- las cavidades encefálicas. Actúa como un fluído amorti-- guador para el encéfalo y la médula espinal, disminuyen-- do la dureza de las trepidaciones y de la fuerza del gol-- pe.

Meiosis: División celular que se inicia después de la unión del -- óvulo con el espermatozoide (concepción), por medio de -- la cual la célula huevo o cigoto se divide en 2, 4, 8 -- etc. e inicia así la formación de un nuevo ser.

Médula Espinal: Es la prolongación del bulbo raquídeo y se encuen-- tra dentro de la columna vertebral.

Meningitis: Inflamación de las membranas del cerebro o espina dor-- sal llamadas meninges.

Neuronas: Células que forman la unidad fundamental del sistema --- nervioso. Tienen en común su capacidad para reaccionar -- ante los estímulos, transmitir con rapidez la excitación resultante a otras porciones de la célula e influir en -- el funcionamiento de otras células nerviosas, musculares o ganglionares.

Patología: Estudio de las características y desarrollo de las en-- fermedades, así como de sus manifestaciones.

Psicofarmacológica: Rama de la ciencia médica que estudia aque--- llas sustancias o drogas que tienen algún efecto sobre-- el psiquismo.

Síndrome: Conjunto de síntomas específicos que tienen un origen-- común.

Sintomatología: Parte de la patología que estudia los síntomas --
de las enfermedades.

Toxoplasmosis: Enfermedad causada por un organismo microscópico --
que produce calcificaciones cerebrales, daño visual y --
Deficiencia Mental.

Trisomía: Mutación del gen, por la cual se presentan 3 cromoso---
mas en lugar de 2 en alguno de los 23 pares cromosómicos--
que constituyen el cariotipo humano y que dá como resul--
tado alteraciones en el desarrollo físico, intelectual y
emocional de la persona afectada.

Viral: Que es producido por un virus.

BIBLIOGRAFIA

- CORONADO, Guillermo. Tratado sobre Clínica de la Deficiencia Mental. México, Ed. C.E.C.S.A. 1933 350p.
- GOMEZ, Emilio. Diagnóstico del Deficiente Mental, Patología y Prevención. México, Ed. Nuevas Ediciones, 1934.
- INGALLS, Robert. Retraso Mental. España. Ed. Herder, 1979.
- KEPHART, Newell C. El Alumno Retrasado. España, Ed. Luis Miracle, 1972.
- MARTINEZ, Pablo. Técnicas Pedagógicas para la educación del Deficiente. México, Ed. Nuevas Ediciones, 1930.
- ROBIN, Roberto E. Tratamiento y Diagnóstico del Deficiente Mental. 2a. ed. Puerto Rico, Edición de la Universidad de Puerto Rico, 1935. 267p.
- MOISES, Roger. El niño Deficiente Mental. Argentina, 1975, Ed. Presses Univeritaries France.
- NOT, Louis. La educación de los débiles mentales. 2a. ed. España, Ed. Herder, 1978.
- RAMOS PALACIOS, Mario. Deficiencia Mental. 3a. ed. México, Rendón Impresores, 1968. 130p.
- SAN LUIS RODRIGUEZ, Angel. La Operatividad del diagnóstico en el Deficiente Mental. México, 1937. 250p.

CONCLUSIONES

- Los niños que tienen Deficiencia mental de 1er. Grado, con la ayuda necesaria, el cariño y comprensión de sus familiares, pueden llegar a tener una vida normal y semejante a la del resto de los demás niños.

- El profesor de la escuela primaria puede llegar a identificar a algún niño que presente este problema, con sólo un poco de atención y dedicación de su parte y ayudar así al proceso de desarrollo y mejoramiento de su alumno.

- Debe incluirse en el programa de formación de los Profesores de Educación Primaria, materias que traten sobre los problemas de aprendizaje en el niño y sus posibles causas, para que de esta manera el maestro cuente con las bases necesarias que le permitan desempeñar eficientemente su labor y elevar el nivel de nuestra educación.

- Todo ser humano, por el hecho de serlo, tiene derecho a vivir, y la presencia de malformaciones, incapacidades o deficiencias en el aspecto intelectual del niño, no dan derecho a la madre para decidir si vive o no.