

UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE
Facultad de Medicina
Escuela de Enfermería



“Grado de Madurez Social de los Alumnos de la Escuela Especial Municipal Ayelen de Lautaro. Año 2005 y su nivel de competencia en su autocuidado “

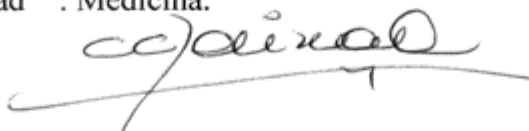
**Tesis presentada como parte de
los requisitos para optar al grado
de Licenciado en Enfermería**

ELIETH ELIZABETH MANZANARES MANRIQUEZ

VALDIVIA CHILE
2006

Profesor Patrocinante:

Nombre : Sra. Cecilia Molina Díaz
Profesión : Enfermera y Matrona
Grados : Magíster en Enfermería, mención Médico Quirúrgica
Instituto : Enfermería.
Facultad : Medicina.
Firma:



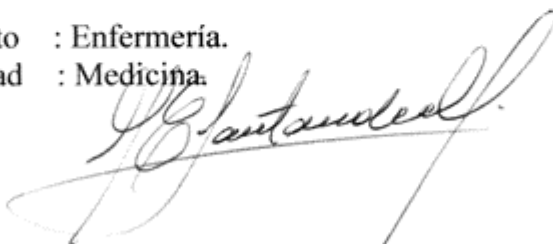
Profesores Informantes:

1. Nombre : Sra. Gema Santander Manríquez.
Profesión : Enfermera.
Grados : Magíster en Salud Pública, Mención en Epidemiología.

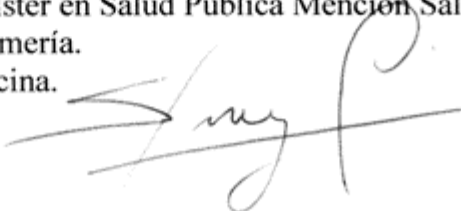
Instituto : Enfermería.

Facultad : Medicina.

Firma:



2. Nombre : Sr. Fredy Andrés Seguel Palma
Profesión : Enfermero.
Grados : Magíster en Salud Pública Mención Salud Ocupacional
Instituto : Enfermería.
Facultad : Medicina.
Firma:



Fecha de Exámen de Grado:

DEDICATORIA

En primer lugar quiero darle infinitas gracias a Dios por su incomparable amor, fidelidad y misericordia, porque sin él no hubiese terminado esta etapa de mi vida, porque siempre sentí que él estaba a mi lado dándome su apoyo, consuelo y amor.

A mi familia por su gran amor y apoyo incondicional, en especial a mi madre por su comprensión y su esfuerzo, sin tu visión jamás sería lo que soy, a mi padre por enseñarme a disfrutar la vida, a mis hermanos Johanna y Cristian por estar siempre dispuestos a ayudarme.

En especial a Lily Flores por haberme apoyado desde el principio, por ser más que una amiga, una hermana, y por enseñarme que estar en una silla de ruedas para ti es una bendición.

A todas las personas que Dios puso en mi camino durante estos años y que de alguna u otra forma me han ayudado a ser una mejor persona.

Muchas gracias y que Dios los bendiga.

“No mires a su parecer, ni a lo grande de su estatura, porque yo lo desecho; porque Dios no mira lo que el hombre mira; pues el hombre mira lo que está delante de sus ojos, pero Dios mira el corazón.”

I Samuel 16:7

INDICE.

CAPITULO	PÁGINA
1. RESUMEN	01
2. SUMMARY	02
3. INTRODUCCIÓN	03
4. MARCO TEÓRICO	04
5. OBJETIVOS	16
6. MATERIAL Y MÉTODO	17
7. RESULTADOS	24
8. DISCUSIÓN	41
9. CONCLUSIONES	45
10. BIBLIOGRAFÍA	47
11. ANEXOS	49

RESUMEN

Esta investigación pretende mostrar a las personas con retraso mental, no como enfermos, porque no lo son, sino como personas que más allá del campo académico de la inteligencia, y de la medición del CI, presenta habilidades sociales y prácticas, que le permiten integrarse a la sociedad en forma satisfactoria. A raíz de este nuevo paradigma con que se visualiza el retraso mental, este estudio plantea como objetivo central establecer la madurez social de los alumnos de la Escuela Especial Municipal Ayelen de Lautaro en relación a sus capacidades de autocuidado. Para ello se aplicó la Escala de Vineland, que midió las conductas adaptativas de los 30 alumnos de esta investigación.

Determinada la edad social de los sujetos, un hallazgo significativo se relaciona con los alumnos con retraso mental leve, que en relación a sujetos con la misma edad cronológica, no presentan gran diferencia en su edad social y autocuidado. Esto nos lleva a concluir que son personas que presentan habilidades y destrezas necesarias para incorporar aprendizajes significativos para mejorar su autocuidado, las que se pueden potenciar utilizando estrategias de intervención de salud pertinentes, que favorezcan su desarrollo biosicosocial.

Mientras que los alumnos con retraso mental moderado y severo en relación a su autocuidado presentan dificultades para comprender, reconocer y valorar sus propios síntomas, lo que limita su colaboración durante una consulta o cualquier intervención sanitaria. Por esta razón se hace necesario incluir dentro de la formación técnica de los profesionales de enfermería, conocimientos sobre déficit intelectual en general, la relación entre retraso mental y salud (trastornos asociados y prevención principalmente) y la comunicación y manejo de pacientes con estas características.

SUMMARY

This investigation tries to show the people late mental, not like patients, because they are not it, but like people who beyond the academic field of intelligence, and the measurement of the CI, display social and practical abilities, that they allow him to integrate itself to the society in satisfactory form. As a result of this new paradigm whereupon the mental delay visualizes, this study raises like central objective to establish the social maturity of the students of the Special School Municipal Ayelen de Lautaro in relation to its capacities of autocuidado. For it the Scale of Vineland was applied, that measured the adaptive conducts of the 30 students of is investigation.

Determined the social age of the subjects, a significant finding is related to the students late mental weighs, who in relation to subjects with the same chronological age do not present great difference in their social and autocuidado age. This takes to us to conclude that they are people who present abilities and skills necessary to incorporate learnings significant to improve their autocuidado, those that can be harnessed using strategies of pertinent intervention of health, which they favor its biosicosocial development.

Whereas the students mental moderate and late severe in relation to their autocuidado present difficulties to include, to recognize and to value their own symptoms, which limits its collaboration during a consultation or any sanitary intervention. Therefore he is made necessary to include within the technical formation of the professionals of infirmary, knowledge on intellectual deficit in general, the relation between mental delay and health (upheavals associate and prevention mainly) and the communication and handling of patients with these characteristics.

3. INTRODUCCIÓN

La presente Investigación pretende indagar la madurez social de los alumnos con déficit intelectual asistentes a la escuela Especial Municipal Ayelen de Lautaro, en el segundo semestre del 2005.

La investigación se justifica en la medida que el tema de la atención integral a las personas con discapacidad, toma gradualmente mayor relevancia en las políticas públicas en el sistema de Salud, dándoles la imagen que les corresponde; es decir, la de ser personas que con apoyos especiales se integrarán a la sociedad de acuerdo a sus capacidades y habilidades individuales.

Una de las motivaciones del estudio, es el escaso conocimiento en enfermería sobre las características de las personas con retraso mental, una segunda motivación es, conocer esta población para poder entregar mejores servicios de acuerdo a sus necesidades y una tercera motivación es que como profesionales de enfermería debemos fomentar el autocuidado, y estas se aprenden conforme el individuo madura. Es aquí donde se centra el objetivo de esta tesis, en establecer la madurez social de ellos, para conocer su edad social, la que nos entrega el nivel de madurez en que se encuentra el individuo y por ende su grado de autonomía personal para acatar, comprender y llevar a cabo una instrucción de manera eficiente, con lo que se mejora su calidad de vida, viéndolos en su real dimensión, como personas con capacidades diferentes.

Se encuadra el marco teórico en los aspectos más relevantes de la discapacidad intelectual desde el paradigma de la integración social, y el papel preponderante que tienen los profesionales de enfermería en potenciar la imagen social de las personas con déficit intelectual. Las personas con discapacidad intelectual no son enfermos, son personas más que en el ámbito de la salud y de la asistencia sanitaria pueden presentar singularidades y especialidades que el sistema de salud tiene que atender y dar respuesta, no como una carencia o desventaja de la persona, sino como una diferencia o diversidad propia de algunos seres humanos, y cómo debemos estar preparados para acoger cada una de estas diferencias.

4. MARCO TEÓRICO

La enfermera(o) es la o el profesional responsable de la atención de enfermería; que promueve, conserva o restablece la salud de los individuos, familias o comunidades en una amplia variedad de entornos.

Dorothea Orem (1971) define el objetivo de la enfermería como: “Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad”. Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficit, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo. EL modelo de cuidados de Dorothea Orem está dentro de la tendencia de suplencia o ayuda y concibe el papel de enfermera como la realización de acciones que el paciente no puede llevar a cabo en un determinado momento en su ciclo vital (enfermedad, niñez, anciano), fomentando el autocuidado por parte del paciente.

El modelo de Autocuidado de Orem define el autocuidado como “la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar”. Se considera que un individuo capaz de satisfacer sus necesidades de salud posee una agencia de autocuidado desarrollada, ya que realiza acciones efectivas para su cuidado o bien busca la ayuda necesaria para dar solución a su problema cuando considera que no cuenta con las herramientas necesarias. En cambio una agencia de autocuidado en desarrollo es la que poseen los niños, ya que se encuentran aprendiendo los hábitos y conductas a través de los cuales sean capaces de realizar su autocuidado futuro.

Es en este contexto que aparece el concepto de agencia de cuidado dependiente, en el que personas con limitaciones de edad o de naturaleza físicas, mentales, sensoriales o de multidéficit realizan acciones que buscan satisfacer las necesidades de autocuidado de aquellos (niños, adolescentes, ancianos) que no poseen la capacidad de realizarlo en forma independiente; proporcionando cuidados parciales o totales. (Cavanagh, 1993).

Este concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud. Hace necesaria la individualización de los cuidados y- la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto.

Por otro lado, supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta aspectos novedosos a la hora de atender a los individuos (percepción del problema, capacidad de autocuidado, barreras o factores que lo dificultan, recursos para el autocuidado, etc.) y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo.

El concepto de Enfermería es proporcionar a las personas y/o grupos, asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales. Los cuidados de Enfermería se definen como ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por si mismo, acciones de autocuidado para conservar la Salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de está. Estas definiciones sirven de base para el trabajo que tiene enfermería con las personas discapacitadas y con las personas que presentan déficit intelectual en Chile.

Teniendo en cuenta la importancia del autocuidado en la promoción de la vida y el bienestar de los seres humanos, surge la necesidad de apoyar a las personas que manifiestan un grado de discapacidad intelectual, pero para eso es necesario conocer la realidad y el entorno que rodea a estas personas.

Por tal motivo esta tesis tiene el objetivo de describir la realidad de la Escuela Especial Ayelen de Lautaro. Esta escuela fue fundada hace 13 años, con dependencia administrativa de la Municipalidad, consta de tres cursos: básico 8, básico 10 y taller laboral, separados de acuerdo a su edad cronológica.

El establecimiento educativo presenta una matricula actual de 45 alumnos, provenientes en un 70% de la comuna y un 30% de sectores rurales aledaños. El nivel socioeconómico de los alumnos es bajo, destacando un alto porcentaje de madres jefas de hogar, padres y/o tutores con trabajos esporádicos y un nivel educacional que no supera la enseñanza media incompleta.

El colegio esta ubicado en el sector Santa Ana de la comuna de Lautaro, enclavado en un sector marginal de la comuna. Durante su funcionamiento ha obtenido cuatro proyectos de mejoramiento educativo, que a permito mejorar el desarrollo integral de los alumnos. Además

posee Jornada Escolar Completa, situación que permite la ejecución de talleres de libre elección, que favorecen el aprendizaje.

El cuerpo docente lo constituye tres educadoras diferenciales con mención en deficiencia mental e integración escolar, un asistente de educación especial. La directora del establecimiento cumple la función de educadora del básico 8, a demás de sus labores administrativas propias de su cargo.

Otro aspecto a destacar, es el haber generado diferentes redes de apoyo, con instituciones tales como: universidades, iglesias, otros establecimientos educacionales y organismos pertenecientes al estado, que potencian la labor que se desarrolla en esta institución.

“En Chile el 12,9% de las personas presentan algún tipo de discapacidad, lo que nos indica que existen actualmente 2.068.072. Es decir, 1 de cada 8 personas presentan esta condición” (Primer Estudio Nacional de la Discapacidad en Chile 2004 ENDISC-CIF). De esta población el 9% presenta deficiencia intelectual”. Otro dato a considerar es que de 3 a 4 personas con discapacidad en Chile ha tenido acceso a los Servicios de Salud, y de éstos el 75,7% recibe servicios del sector público y 24,3% del sector privado.

Otros estudios chilenos demuestran que existe un 35% de niños que no alcanzan el desarrollo normal de sus capacidades, especialmente en niveles socioeconómicos bajos, detectándose retardo mental leve en un 25% de ellos y 1.4% en niveles socioeconómicos altos.

A lo anterior, se suma el promedio de cobertura en educación prebásica que alcanza un 32% en sectores urbanos y un 15% en el medio rural, registrándose en establecimientos para niños de 0 a 3 años una situación de 5% y 1%, respectivamente.

Existen muchas definiciones y formas de calificar la discapacidad. Para ello se utilizan palabras tales como: discapacitado, minusválido, diferente, excepcional, de las cuales, algunas conllevan en sí mismas cierto contenido discriminatorio (por ejemplo: minusválido: menor valía). Cada una de ellas entrega distintas connotaciones dependiendo de cómo cada persona interprete o perciba esta temática.

Al definir discapacidad, se observan dos líneas bastante claras: la que más ha imperado a lo largo de la historia es la que ve la discapacidad como una carencia o desventaja de la persona y por tanto, ella debe adecuarse a la sociedad, asumiendo los costos que ésto implica. Otra más nueva, y no manejada aún por todas las personas, plantea la diversidad o diferencia entre las personas y cómo la sociedad debe estar preparada para acoger cada una de estas diferencias.

En relación a la primera línea de definición, se ve que se dan distintas consideraciones.

- Según la LEY DE INTEGRACIÓN SOCIAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD N°19.284, se considera persona con discapacidad a “todas aquellas que, como consecuencia de una o más deficiencias físicas, psíquicas o sensoriales, congénitas o adquiridas, previsiblemente de carácter permanente y con independencia de la causa que las hubiera originado, vean obstaculizada, en a lo menos un tercio, su capacidad educativa, laboral o de integración social”.
- La ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) definió el concepto de discapacidad, cuyas manifestaciones son deficiencia, discapacidad y desventaja en el desempeño del rol social, como “cualquier restricción o falta de capacidad para llevar a cabo una actividad en la forma o dentro del rango considerado normal”.
- Según NACIONES UNIDAS (ONU), con la palabra “discapacidad” se resume un gran número de diferentes limitaciones funcionales que se registran en las poblaciones de todos los países del mundo. La discapacidad puede revestir la forma de una deficiencia física, intelectual o sensorial, una dolencia que requiera atención médica o una enfermedad mental. Tales deficiencias, dolencias o enfermedades pueden ser de carácter permanente o transitorio.

En base a la segunda línea de definición, en esta investigación se trabajará con el siguiente concepto de discapacidad:

“Discapacidad es un término genérico, que incluye deficiencias de las funciones y/o estructuras corporales, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación, indicando los aspectos negativos de la interacción entre un individuo, (con una “condición de salud” y sus factores contextuales (factores ambientales y personales)” (“Clasificación Internacional de Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)”, promulgada por la OPS - OMS 2001)

Las discapacidades tratadas como tal, que histórica y socialmente han significado una profunda dificultad de integración social, se pueden agrupar en la siguiente área: (Ley 19.284, de Integración Social para Personas con Discapacidad).

1. *Deficiencias Sensoriales:* Aquellas deficiencias visuales, auditivas o de la fonación que disminuyen en a lo menos un tercio la capacidad del sujeto para desarrollar actividades propias de una persona no discapacitada, en situación análoga de edad, sexo, formación, capacitación, condición social, familiar y localidad geográfica.

2. *Deficiencias Físicas:* Aquellas que producen un menoscabo en a lo menos un tercio de la capacidad física para la realización de las actividades propias de una persona no discapacitada cuya edad, sexo, formación, capacitación, condición social, familiar y geográfica son análogas a la persona con discapacidad.

3. *Deficiencia Mental:* La Organización Mundial de la Salud (O.M.S) define a los deficientes mentales como “individuos con una capacidad intelectual sensiblemente inferior a la media, que se manifiesta en el curso del desarrollo y se asocia a una clara alteración en los comportamientos adaptativos”.

La Asociación Americana para la Deficiencia Mental (A.A.M.D) define la Deficiencia Mental como un “***funcionamiento intelectual general significativamente inferior a la media o promedio, originado durante el período de desarrollo y asociado a un déficit en la conducta adaptativa***”

Es en este grupo de estudio donde se insertan las Escuelas Especiales Municipal Multidefícit de Lautaro que atienden a niños y jóvenes con Discapacidad Intelectual , entendiéndose a éste como “ *Capacidad Intelectual significativamente inferior al promedio: un C.I. aproximado o inferior a 70 en un Test de C.I.*”

Déficit o alteraciones concurrentes de la actividad adaptativa actual (ésto es, la eficacia de las personas para satisfacer las exigencias planteadas para su edad y por su grupo cultural), en por lo menos dos de las áreas siguientes: comunicación, cuidado personal, vida doméstica, habilidades sociales/interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad. Su inicio es anterior a los 18 años” (D.S.M- IV, 1995).

Esta Definición origina Criterios Psicométricos que se traducen en escala a:

- Deficiencia Mental Leve : C.I. entre 50-55 y aproximadamente 70.
- Deficiencia Mental Moderada: C.I: entre 35-40 y 50-55.
- Deficiencia Mental Severo: C.I: entre 20-25 Y 35-40.
- Deficiencia Mental Profunda: C.I. inferior a 20 o 25.

Como se puede apreciar, si bien la perspectiva actual de deficiencia Mental o Déficit Intelectual, permite variar en el lenguaje aspectos clasificatorios de los déficit en la interrelación con el entorno, la práctica oficial sigue siendo en la mayoría de los casos la clasificación psicométrica la que prima a la hora de los diagnósticos y las alternativas de apoyo.

Es pertinente determinar en términos generales algunas características en el desarrollo de los deficientes mentales (D.M.). Los D.M. leves, por ejemplo, antes de los 5 años, son capaces de desarrollar habilidades sociales y de comunicación. Tienen un retraso psicomotor mínimo y en general en este período, el retraso puede no ser obvio. Desde los 5 años en adelante “puede alcanzar el 6° básico aproximadamente. Hay aceptación social” (Kirk, 1979, citado por Castagnedo, 1997). Estudios relacionados con ellos, han demostrado que con apoyo psicopedagógico adecuado logran integrarse al sistema educacional normal e incluso llegar a la universidad.

El Deficiente Mental Moderado, hasta los 5 años, puede hablar y comunicarse. Posee una conciencia social pobre y necesita una supervisión moderada. Después de los 6 años, “El progreso superior al 2° año básico es poco probable. Puede tener un entrenamiento en destrezas sociales y ocupacionales” (Kirk, 1979, citado por Castagnedo, 1997). Pueden adquirir hábitos de autonomías personales y sociales. Pueden aprender a comunicarse mediante el lenguaje oral pero presentan con bastante frecuencia dificultades en la expresión oral y en la comprensión de los convencionalismos sociales. Aceptable desarrollo motor y pueden adquirir las habilidades pre-tecnológicas básicas para desempeñar algún trabajo. Difícilmente llegan a dominar las técnicas instrumentales básicas.

Por otra parte el D.M. Severo, antes de los 5 años “habla poco, sus destrezas de comunicación son pocas o nulas, tiene un desarrollo motor pobre. Desde esta edad en adelante, puede hablar o aprender a comunicarse...” (Kirk, 1979, citado por Castagnedo, 1997). Generalmente necesitan protección o ayuda ya que su nivel de autonomía tanto social como personal es muy pobre. Suelen presentar un importante deterioro psicomotor. Pueden aprender algún sistema de comunicación, pero su lenguaje oral será muy pobre. Puede adiestrarse en habilidades de autocuidado básico y pre-tecnológicas muy simple

Para el caso del D.M. profundo, se mencionan en la literatura, mínimas posibilidades de funcionamiento psicomotor, requiere de entrenamiento en auto cuidado y requiere de atención continua en la vida. Presentan un grave deterioro en los aspectos sensorios motrices y de comunicación con el medio. Son dependientes de los demás en casi todas sus funciones y actividades, ya que las deficiencias físicas e intelectuales son extremas. Excepcionalmente tienen autonomía para desplazarse y responden a entrenamientos simples de autoayuda, como por ejemplo: Puede hablar o aprender a comunicarse; puede aprender los hábitos de higiene elementales.

En las Escuelas Especiales de Deficiencia Mental, es común la presencia en mayor número de Deficientes Mentales leves, moderados y severos, siendo estos un 34%,46% y un 19,4% respectivamente. (Provincial Educación Cautín, IX Región). Los deficientes mentales profundos, por el daño presente en ellos es casi nula su participación en Chile.

Al utilizar los parámetros de la nueva definición de Deficiencia mental, es decir, aquella que contempla las limitaciones adaptativas en las áreas de comunicación, cuidado personal, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, auto gobierno, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, ocio y trabajo, se debe tener en consideración las cuatro premisas siguientes planteados por Egea y Luna (2.000):

1. Una evaluación válida debe tener en cuenta la diversidad cultural y lingüística, así como las diferencias en los modos de comunicación y en factores comportamentales.
2. Las limitaciones en habilidades adaptativas se manifiestan en entornos comunitarios típicos para los iguales en edad del sujeto y reflejan la necesidad de apoyo individualizados.

3. Junto a las limitaciones adaptativas específicas, existen a menudo, capacidades en otras habilidades adaptativas o capacidades personales.

4. Si se ofrecen los apoyos apropiados durante un periodo prolongado, el funcionamiento en la vida de la persona con retraso mental, mejorará generalmente.

Las implicancias antes mencionadas, asegurarían que la conducta adaptativa sea considerada como la relación de las diez áreas mencionadas y no como un término global, siendo además preponderantes los sistemas de apoyo. Es así como en el mejor de los casos podría “abandonarse la subclasificación en función de la persona (ligero, medio, severo y profundo), en beneficio de la subclasificación, en función de la intensidad y el patrón de sistemas de apoyos (intermitente, limitado, extenso y generalizado).” (Egea y Luna, 2000).

Según lo expuesto, el paradigma de la autonomía personal o para otros de la accesibilidad, es la alternativa a la que actualmente debieran adscribirse las instancias preocupadas de la discapacidad. En países como Chile, se entretajan diferentes visiones que intentan modernizar sus estructuras, adaptando las posibilidades a la realidad económica, política y social, de una nación eminentemente conservadora.

Lo expuesto anteriormente nos devela que las personas que presentan un déficit intelectual, son sujetos que presentan en mayor o menor grado *habilidades sociales y una vez determinadas, se puede identificar la edad social del sujeto*, que no son otra cosa que capacidades o destrezas sociales específicas requeridas para ejecutar competentemente una tarea interpersonal. Al hablar de habilidades, se refiere a un conjunto de conductas aprendidas. Son algunos ejemplos: decir que no, hacer una petición, responder a un saludo, manejar un problema con una amiga, empatizar o ponerse en el lugar de otra persona, hacer preguntas, expresar tristeza, decir cosas agradables.

Para llegar a un concepto de madurez Social, el que se asocia con la edad, Freud (1946) propuso una teoría basada en el concepto de la libido. Definió libido como el impulso de eludir el conflicto para producir sensaciones placenteras. Describió varios estadios infantiles, las fases oral, anal, fálica y de latencia. Formuló la teoría acerca de que el desarrollo de la personalidad se completa durante la etapa genital. Desde los doce hasta los veinte años de edad.

Según Maslow (1943), las necesidades básicas que el hombre debe satisfacer son cinco: necesidades fisiológicas; de seguridad; de amor; de estima; de autorrealización. El proceso de socialización en el hombre comienza desde muy temprana edad, y no se detiene hasta que el hombre muere. Dependiendo de cómo sea ese proceso de socialización a lo largo

de la vida será más fácil o más difícil la adaptación del hombre a cualquier ambiente en el que debe desenvolverse a lo largo de su existencia.

Dentro de las Teorías Psicosociales encontramos las de Erikson (1950), describe ocho estadios de desarrollo en un continuo desde el nacimiento hasta la muerte. Indica que cada una de las cuatro fases de la vida -infancia, adolescencia, edad adulta y ancianidad- tiene desempeños evolutivos específicos que se deben alcanzar para madurar. El modelo de Erikson difiere de Freud en que el primero subraya las fuerzas sociales y ambientales a lo largo del ciclo de la vida. También destaca el desarrollo psicosocial del yo, mientras acepta la posición freudiana acerca de que los instintos y la libido motivan la conducta.

Robert J. Havighurst (1949) fué influenciado por la teoría Eriksoniana del desarrollo psicosocial, y produjo sus conceptos de crecimiento y desarrollo en asociación con teóricos muy conocidos, durante su vida académica. Identificó desempeños evolutivos críticos para el desarrollo sano. *Su concepto de los desempeños evolutivos se basa en el aprendizaje; es decir, aprender viviendo.*

Para llegar a un concepto consensuado de lo que significa *madurez social*, se tomarán algunas conclusiones a las que llegó Robert J. Havighurst, en otras palabras los seres humanos aprenden viviendo. Se puede deducir de esta última afirmación, **“que todos aprenden”**

El concepto de madurez hace referencia a los cambios en la conducta de un sujeto, que se producen como resultado de la influencia genética (que determina su calendario madurativo) y de la experiencia incidental, excluyéndose de este concepto los cambios que tienen lugar como resultado de práctica específica, es decir, del aprendizaje.

Por otro lado el término social habla de las habilidades y estrategias socio-cognitivas con las que el sujeto cuenta en la interacción social. Dentro de las competencias sociales se incluyen las habilidades sociales, el autocontrol, la autorregulación emocional, el reforzamiento social y las habilidades de resolución de problemas, puesto que permiten al individuo hacer frente con éxito a las demandas de la vida diaria.

Entendemos por tanto que la madurez social se puede definir como el máximo desarrollo de las habilidades sociales, que permiten al individuo relacionarse de forma integral con el resto de la sociedad.

Para efectuar este estudio es necesario establecer las normas de conducta adaptativas, las que varían de acuerdo a la edad, por lo que las evaluaciones de independencia personal y responsabilidad social deben ser correspondientes a la edad cronológica de la persona. Actualmente son pocas las pruebas objetivas que evalúan la conducta adaptativa. Entre éstas es de especial utilidad la Escala Vineland de Madurez social y la escala del comportamiento adaptativo de la AAMR, para realizar este estudio, se utiliza:

La Escala Vineland de Madurez Social: es la mejor medida que se dispone en la actualidad y está basada en el test que Edgar Doll construyó para medir la competencia social. Sparrow, Balla y Cicchetti revisaron ese test y construyeron así la Escala Vineland 1935 de madurez social. Existen tres versiones diferentes: Dos de ellas consisten en entrevistas semiestructuradas para padres y otras personas que cuidan de los niños, las cuales pueden utilizarse desde el nacimiento hasta los 18 años de edad (utilizada en esta investigación). La tercera versión consta de ítems que van dirigidos a los profesores de los niños de tres a doce años de edad (Wicks-Nelson e Israel A., 1997). Todas estas escalas constan de 117 actividades agrupadas en 8 categorías de conducta, las cuales abarcan cuatro áreas del comportamiento: comunicación, habilidades para la vida cotidiana, socialización y habilidades motoras (Davison y Neale, 1980).

Este instrumento que se utiliza en este estudio, fue creado con el fin de detectar a través de sus categorías la edad social de las personas, independiente de su edad cronológica, o sujetos que puedan manifestar algún tipo de dificultad físico, motora o sensorial. Cualquier puntuación dada en la escala de Vineland, que este por debajo de la edad cronológica del individuo, indica que existe una deficiencia en el conjunto de habilidades conceptuales, sociales y prácticas que las personas aprenden para el funcionamiento de su vida diaria. Estas limitaciones en la conducta adaptativa afectan tanto a la vida diaria como a la capacidad de responder a cambios vitales y a demandas ambientales. Por ello es importante detectar las capacidades de los usuarios y sus necesidades de apoyo, así como el poder evaluarlas a lo largo del tiempo para no permitir el deterioro, y mantenerlas o mejorarlas proporcionándoles una mayor autonomía.

Los estudios o investigaciones en esta área y con el tipo de metodología que aquí se plantea son pocos, por no decir casi inexistentes. Primero, porque los esfuerzos se han orientado a demostrar que las personas con retraso mental en primer lugar son personas con capacidades diferentes, que tienen derechos iguales a todos, otro porcentaje importante de los estudios referidos a este tipo de discapacidad está orientado al área labor, sexualidad o integración educacional y las competencias que tienen para desarrollarlas en forma normal. Las investigaciones relacionadas con el área de la salud, están referidas a las personas con enfermedades mentales con patologías. En relación a lo que esta investigación plantea, no existen registros, lo que dificulta la comparación de resultados.

Se puede concluir hasta aquí, que las personas objeto a esta investigación, han adquirido una serie de habilidades comportamentales que posibilitan su adaptación a las exigencias del medio social y al establecerlas se puede determinar su edad mental. Entre tales habilidades se incluyen las relacionadas con autonomía e independencia personal (independencia en el comer, locomoción...). Estas últimas son objeto de interés, por ser las que nos permite relacionar el grado de dependencia e independencia de llevar a cabo el autocuidado en los aspectos de su salud.

Entre las profesiones del área de la salud, enfermería *es la única cuyo objeto de estudio es la persona en su totalidad*, con la cual interactúa permanente como sujeto de atención. Implícito esta el concepto de *respeto* de todos los seres humanos, ya que de este principio formal deriva directamente el hecho de que todo ser humano debe ser considerado y respetado como un sujeto moral autónomo, responsable de sus propias decisiones.

“Consecuentemente, el derecho al máximo nivel posible de salud y bienestar físico y mental está ligado a los otros derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales y a las libertades fundamentales. Para las personas con discapacidades intelectuales, como para las otras personas, el ejercicio del derecho a la salud debe hacerse asegurando la presencia de la inclusión social, un nivel de vida adecuado y el acceso a una educación inclusiva, a un trabajo justamente remunerado y a servicios integrados dentro de la comunidad”. (Conferencia internacional OPS/OMS de Montreal sobre la discapacidad intelectual, 6 de octubre de 2004)

Este principio puede pasarse a llevar, cuando se carece del conocimiento necesario para su adecuada atención, dado que presentan problemas de comunicación y en un porcentaje importante no saben explicar los síntomas. La falta de información les impide ejercer sus derechos en la práctica diaria en razón a su discapacidad o por el prejuicio social referente a ellos, lo cual le crea un sentimiento de ser un “ciudadano de segunda”.

La visión estereotipada de personas diferentes a los que se consideran “normales”, no hacen apreciarlas en su real dimensión, y se ven como seres ***totalmente dependientes***.

Aunque en algunos casos es así, no es una generalidad, y un objetivo implícito en este estudio es poder demostrarlo. Como se ha visto hay una clasificación de los grados de deficiencia mental, y el profesional de enfermería tiene que estar capacitado para atender a personas con déficit mental en sus diferentes grados, para así no atentar en contra de la autonomía y el derecho de ser persona.

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Establecer el grado de madurez social de los alumnos de la Escuela Municipal Especial Ayelen de Lautaro en relación a sus capacidades de autocuidado y algunas características sociodemográficas.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

5.2.1. Describir las características de los alumnos de la escuela especial de Lautaro, en relación a: nivel deficiencia intelectual, sexo, edad, con quién vive, enfermedades concomitantes y saneamiento básico de la vivienda.

5.2.2 Identificar la edad social obtenida por los alumnos de la Escuela Especial Ayelen y compararlos con las puntuaciones de la Escala de Vineland con una misma edad cronológica

5.2.3 Comparar los resultados obtenidos por los niños(as) de la Escuela Especial Ayelen en relación a su autocuidado, con las puntuaciones de la Escala de Vineland con una misma edad cronológica.

5.2.4 Determinar las características de los padres y/o cuidadores de los alumnos de la escuela especial Ayelen de Lautaro, en relación a: nivel educacional, ingreso mensual, previsión de salud y número de habitantes del la vivienda.

6. MATERIAL Y METODO

6.1 TIPO DE ESTUDIO.

El tipo de Investigación a realizar es de corte cuantitativo, con diseño descriptivo exploratorio y transversal.

Responde al método cuantitativo en cuanto se estudió un hecho social cuyos datos fueron medidos y cuantificados, permitiendo objetivar la información traducida en las variables en estudio.

Es descriptiva en la medida en que permite describir la edad social de los alumnos de la Escuela Especial Ayelen de Lautaro, clarificando que son personas que poseen «*las conductas necesarias para interactuar y relacionarse con los iguales y con los adultos de forma efectiva y mutuamente satisfactoria*» (Monjas, 1993, Pág. 29).

Cabe mencionar entonces, que “los estudios de esta índole tratan de obtener información acerca del estado actual de los fenómenos. Con ello se pretende precisar la naturaleza de una situación, tal como existe en el momento de estudio. No se aplica ni se controla el tratamiento. El objetivo consiste en describir “lo que existe” con respecto a las variaciones o a las condiciones de una situación. La investigación descriptiva, casi nunca busca la comprobación de hipótesis” (Ary, Cheser y Razabich , 1994). Al respecto, pudiesen resultar hipótesis emergentes al concluir la investigación en cuestión, del mismo modo que pueden aparecer relaciones simples entre las variables en estudio, lo que no le otorga a la investigación el carácter de correlacionar en si.

El estudio es transversal en la medida en que la información es levantada en un momento determinado del tiempo.

Es de carácter exploratorio, en cuanto la unidad de análisis no ha sido estudiada en esta población. Ha sido poco estudiado en otras poblaciones discapacitadas intelectuales, especialmente insertas en el sistema educacional, que por otra parte genera el discurso de inclusión y respeto a la diversidad, sin asumir sin embargo realidades que sean equivalentes a

las relacionadas con el déficit intelectual y como éste interfiere e influye en el autocuidado de su salud.

6.2 POBLACIÓN.

La población corresponde a 33 alumnos entre 7 y 20 años de edad, de la Escuela Especial Ayelen de Lautaro que presentan retraso mental. Este déficit está determinado por criterio psicométrico, aplicado por expertos en la materia (psicólogos(as)).

6.3 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Alumnos que presentaron ausentismo escolar en el período en que se aplicó el instrumento.
- Alumnos cuyos C.I. no sean cuantificables.

De acuerdo a esto la población en estudio quedó delimitada en 30 alumnos.

6.4 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

El instrumento de recolección de información presenta dos partes: la primera recoge los antecedentes personales y familiares del sujeto en estudio, consta de 11 preguntas cerradas en relación a edad, sexo, C.I, nivel de deficiencia mental, con quien vive, escolaridad de padres, nivel socioeconómico, grado de autonomía , previsión y tipo de vivienda.

La segunda parte corresponde a la *Escala de Madurez Social* Vineland (Doll, 1953). Instrumento estandarizado que puede utilizarse repetidas veces y que consta de 117 elementos ordenados según su dificultad y edad cronológica, agrupados en las siguientes categorías:

- Autoayuda general
- Autoayuda en las conductas de alimentación
- Autoayuda en las conductas de vestido
- Autodirección
- Ocupación
- Comunicación
- Locomoción
- Socialización

Importante destacar que este instrumento detecta la edad social de los sujetos de estudio, independiente de la edad cronológica que presenten o discapacidad, y será el parámetro de comparación entre los resultados obtenidos al aplicar el cuestionario a los alumnos del establecimiento.

Para la aplicación de esta Escala el entrevistador debe elaborar detalladamente una definición del elemento que indique para que sirve, esto ayuda al examinador a decidir claramente cuando un elemento debe o no recibir crédito o que clase de crédito debe otorgársele. La persona que aplica la Escala, debe obtener del sujeto, tantos detalles como le sea posible, relativos al comportamiento del sujeto que revelen el modo y la extensión en que realiza en forma efectiva cada elemento. Esta encuesta fue aplicada a los padres y/o tutores a cargo de los niños(as)

En cuanto a los niveles de medición de este instrumento, es posible precisar que existen seis criterios diferentes para su tabulación de cada elemento y que dependen de lo que es capaz de realizar el sujeto.

Estos criterios son los siguientes:

Criterio	Valor
(+): Realizado satisfactoriamente en el momento de tomar la escala	1 pto.
(+F): No se realiza en el momento, pero realiza en forma exitosa continuamente.	1 pto.

(+ S.O): No desarrolla la conducta por falta de oportunidad	½ pto.
(+ -): Se realiza la conducta ocasionalmente	½ pto.
(-): No lo ejecuta	0 pto.
(- S.O): Aún presentándose la oportunidad, el sujeto no podrá ejecutar la conducta.	0 pto.

Después de aplicada la escala al sujeto se obtiene un puntaje básico que es la suma de todos los elementos más (+) continuados. Luego se suma el puntaje adicional, que son todos los elementos adicionales dispersos que están más allá del cómputo básico, obteniendo el puntaje total de la prueba. Posteriormente este cómputo total debe convertirse a cómputo edad por interpolación de acuerdo al cómputo año de la hoja de registro, realizar los cálculos correspondientes, se anota la edad equivalente, expresada en años y meses, a esto se le denomina Edad Social.

Ejemplo:

Puntaje básico + puntaje adicional = Edad Social (registrado tabla Vineland)

6.5 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS.

Las etapas que se siguieron en el análisis de los datos, corresponden a la tabulación de estos mismos y para ello se realizó el siguiente procedimiento:

1. Se aplicó el criterio establecido en la escala, con sus códigos y valores por cada ítem, para convertirlos en Coeficiente Social (ver anexo Escala Vineland).
2. Tabulación y captura de datos. En esta etapa se realizó la transcripción de la información del instrumento a una planilla electrónica (Excell), en la que se asignó un campo para cada respuesta según la codificación del instrumento.
3. Confección matriz de corresponsabilidad en relación a variable y preguntas de cuestionario antecedentes personales y Escala de Vineland

6.6 DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES

VARIABLE	OPERACIONAL	NOMINAL
Nivel de Deficiencia Mental	Esta Variable alude a un criterio Psicométrico, (medido por psicólogo) sin considerar los cuadros asociados a la Discapacidad Intelectual. Se relaciona al nivel habilidades sociales.	<ul style="list-style-type: none"> • Deficiencia Mental Leve : C.I. entre 50-55 y aproximadamente 70. • Deficiencia Mental Moderada: C.I: entre 35-40 y 50-55 • Deficiencia Mental Severo: C.I: entre 20-25 Y 35-40 • Deficiencia Mental Profunda: C.I. inferior a 20 o 25.
Sexo	Es la condición orgánica que distingue al macho de la hembra.	<ul style="list-style-type: none"> • Femenino • Masculino
Edad	Tiempo en años vividos desde el nacimiento hasta hoy.	<ul style="list-style-type: none"> • 0 – 5 años • 6 – 10 años • 11 – 15 años • 16 – 20 años • + de 21 años
Con quien vive	Variable que indica si existe una relación parental con los responsables de su cuidado	<ul style="list-style-type: none"> • Ambos padre • Madre • Padre • Otro familiar • Otro
Enfermedades concomitantes	Esta variable se refiere a patologías crónicas que posee el alumno.	<ul style="list-style-type: none"> • Presenta • No presenta • Cuales

Saneamiento Básico de la vivienda	Poseer las condiciones básicas de sanidad dentro del hogar Luz, agua y alcantarillado	<ul style="list-style-type: none"> • Completa • Incompleta
Autocuidado	Capacidad del niño según edad cronológica que le permite recibir educación y realizar acciones de autocuidado	<ul style="list-style-type: none"> • niño menor de 2 años, totalmente dependiente • niño entre 2-6 años dependiente de cuidado • niño de 6-10 años dependientes cuidado, pero realiza acciones de autocuidado • niño 11-15 años capacidad de autocuidado individual
Escolaridad Padres y/o tutores :	Esta Variable refleja el nivel de preparación profesional de los padres y/o tutores y se estudiará en cuanto a la posible influencia de esta sobre el desarrollo de la madurez social de sus pupilos.	<ul style="list-style-type: none"> • Sin Escolaridad • Educación Básica Incompleta. • Educación Básica Completa. • Educación Media Incompleta • Educación Media Completa • Técnico Profesional Incompleta • Técnico Profesional Completa • Superior Incompleta • Superior Completa.
Ingreso mensual :	Variable que toma importancia en cuanto incide en el nivel de vida de las familias en relación a su ingreso.	<ul style="list-style-type: none"> • De 0 a \$ 111.500 • De \$ 111.500 a \$250.000 • De \$250.000 a \$ 400.000 • De \$ 400.000 a \$600.000 • Sobre \$ 600.000

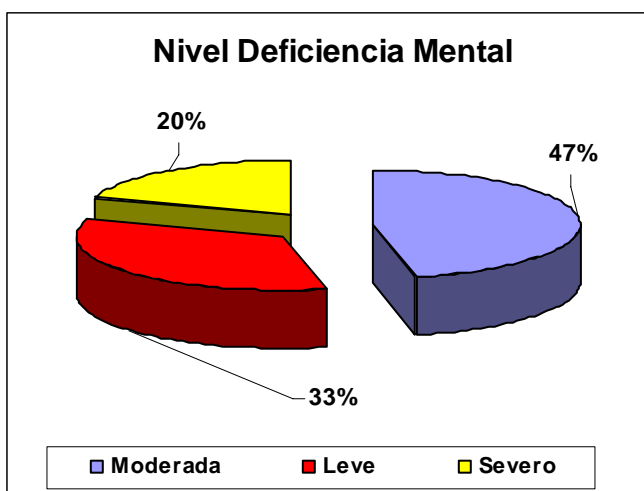
<p>Previsión de Salud</p>	<p>Organismo público o privado encargado de otorgar cobertura de atención en salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fonasa • Isapres • Otros
<p>Número de habitantes de la propiedad</p>	<p>Variable que tiene que ver con la cantidad de personas que habitan la propiedad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • De 1 a 3 personas • 4 a 6 personas • más de 7 personas

7. RESULTADOS

Nivel Retraso Mental

Se presentaran los resultados por el orden en que tenían anteriormente, comenzando por el nivel de déficit intelectual, ésta variable obedece a criterios psicométricos y es el elemento diagnóstico que determina que los niños puedan o no asistir a una Escuela Especial de Deficiencia Mental.

Gráfico N° 1: Distribución Porcentual según Nivel de Déficit Intelectual que existe de los alumnos de la escuela Ayalen, de Lautaro, año 2005.



Fuente: “Grado De Madurez Social De Personas Deficientes Mentales en relación a su autocuidado, De La Escuela Municipal Especial Ayalen De Lautaro, año 2005”.

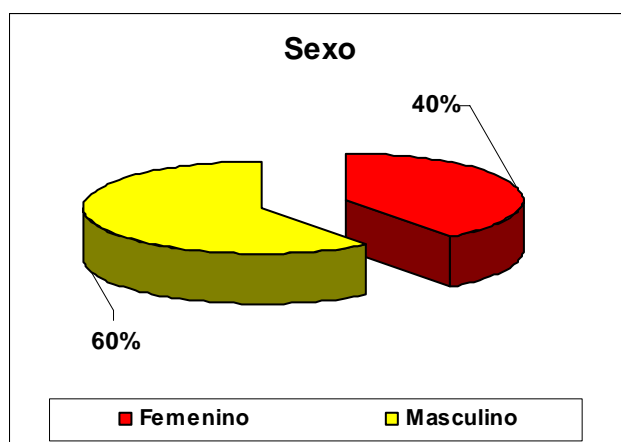
Los resultados obtenidos reflejan que el mayor porcentaje de alumnos, son los que presentan RMM (retraso mental moderado) con un 47.0%, seguido por un 33% de niños con Retraso Mental Leve (RML) y un 20% de Deficiencia Mental Severo (RMS). Factores posibles pueden ser el bajo nivel educacional presentado por los padres y/o tutores y nivel socioeconómico de las familias a cargo de los niños(as).

Estos indicadores no concuerdan con los parámetros nacionales e internacionales, donde el mayor porcentaje se encuentran entre los individuos con RML, seguido de los RMM, para finalizar con los de RMS.

Sexo

La variable que se presenta ahora alude al sexo de los alumnos con discapacidad intelectual de la Escuela Ayelen Especial de Lautaro.

Gráfico N° 2: Distribución Porcentual de los alumnos de la escuela Ayelen de Lautaro según Sexo

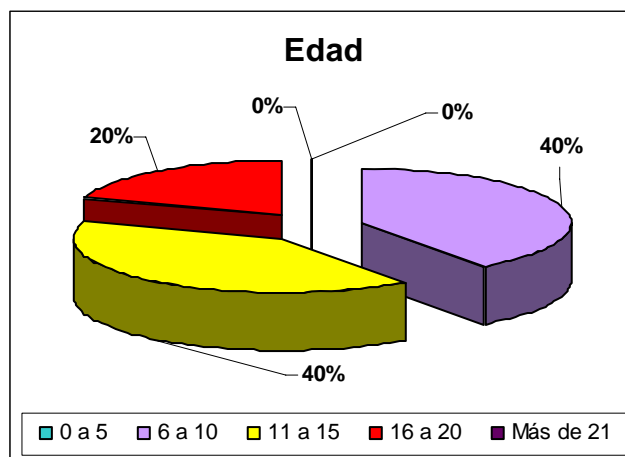


Fuente: Idem

Al observar el gráfico se aprecia una mayor proporción de hombres (60%), alcanzando el sexo femenino el 40%. A nivel nacional las estadísticas muestran todo lo contrario.

Edad Cronológica

Gráfico N°3: Distribución Porcentual de los alumnos de la escuela Ayalen, de Lautaro, año 2005, según Edad



Fuente: Idem

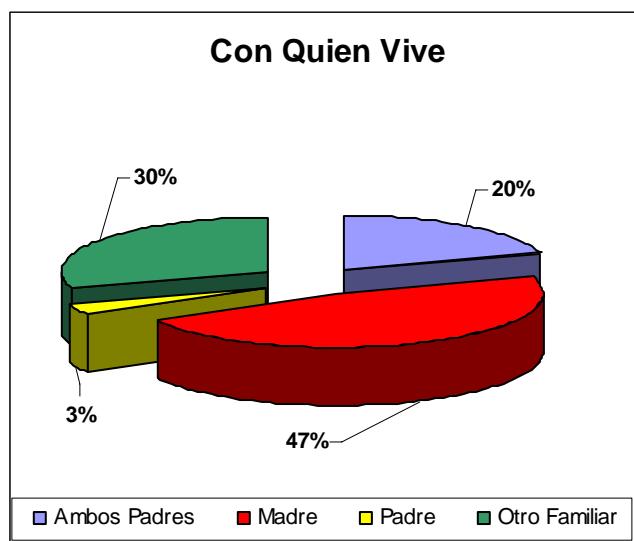
Es posible observar en cuanto a la variable Edad cronológica de los alumnos de la Escuela Especial Ayalen de Lautaro, la existencia de un 40% que tienen entre 6 y 10 años, seguido por un 40% que tiene entre 11 y 15 años.

El menor porcentaje se encuentra en el segmento 16 a 20 años con un 20% y hay que tener en cuenta que no se presentaron alumnos con edades mayor a 21 años.

Con quien Vive

Esta variable indica si existe o no una relación parental con los responsables de su cuidado.

Gráfico N° 4: Distribución Porcentual de los alumnos de la Escuela Ayalen, de Lautaro, año 2005, según Con quien vive



Fuente: Ídem

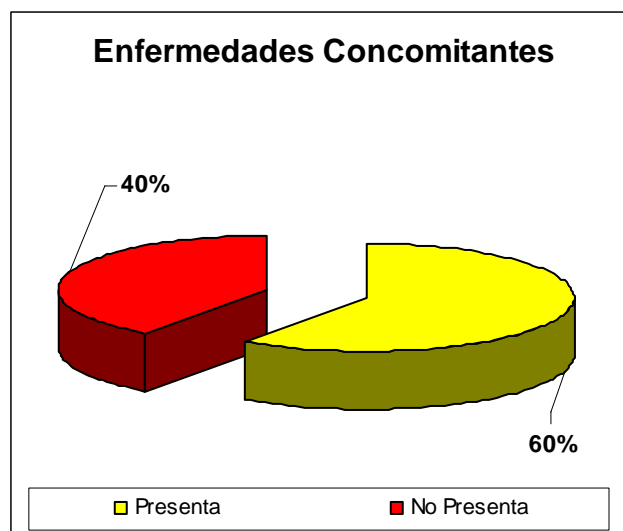
Del gráfico se puede observar: que la mayoría de los(as) alumnos viven con su madre 47%, seguido de un 30% que vive con otro familiar. El 20% nos muestra que viven con ambos padres. En un porcentaje inferior, 3% se encuentra viviendo solo con el padre.

Estos datos, revelan una realidad bastante común en las familias donde nace o existe un integrante con discapacidad, un porcentaje no menor queda a cargo de mujeres, que toman el rol de jefa de hogar.

Enfermedades Concomitantes

Esta variable describe posibles patologías crónicas que posee el alumno, como: Bronconeumonias, epilepsia, problemas motores en alguna extremidad.

Gráfico N° 5: Distribución Porcentual de los alumnos de la Escuela Ayalen, de Lautaro, año 2005, según Presencia de enfermedades concomitantes



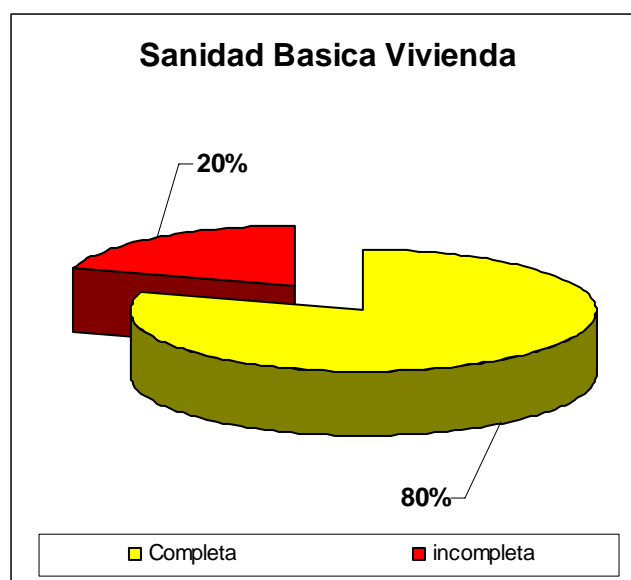
Fuente: Ídem

En este caso se puede decir que el 60% del alumnado presenta enfermedades concomitantes y el resto no presenta, representado por el 40% de la población en estudio.

Saneamiento Básico Habitacional

Esta variable se relaciona con las condiciones básicas de sanidad dentro del hogar, como ser; luz, agua y alcantarillado.

Gráfico N° 6: Distribución Porcentual de los alumnos de la Escuela Ayalen, de Lautaro, año 2005, según Saneamiento básico habitacional



Fuente: Ídem

En el Gráfico N° 6 se observa que en el grupo de estudio, se encuentra un 80% con su saneamiento básico habitacional completo y el 20% lo posee en una condición incompleta.

Autocuidado

Vamos a entender esta variable como la capacidad del niño(a) de realizar actividades en favor de sí mismos para mantener la vida, la salud y el bienestar.

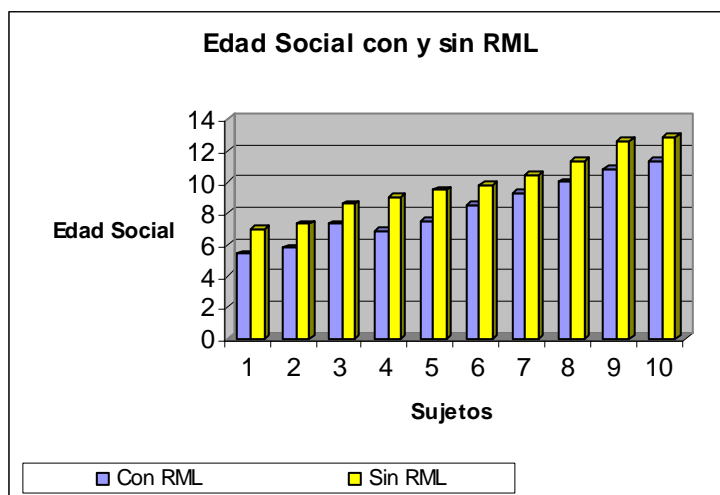
Para una mejor comprensión de estos resultados, se incluye una tabla con las Puntuaciones de la Escala Vineland de Conductas Adaptativas, con la misma edad cronológica que tienen los alumnos (as) que son objeto de estudio, de tal forma que nos sirva como parámetro de comparación con los resultados obtenidos al aplicarle el cuestionario.

Por ejemplo un niño(a) con una edad cronológica de 7 años, debe tener una puntuación de 65.0 puntos (ver Escala Vineland), si la puntuación esta bajo este rango, indicaría que el sujeto presenta algunas limitaciones relacionadas con dos o más conductas adaptativas: comunicación, autocuidado, vida en el hogar, conductas sociales, vida en la comunidad, independencia, uso del tiempo libre, aspectos académicos, trabajo. En otras palabras el individuo carece de las habilidades requeridas para funcionar independientemente en el entorno social e y nos indicaría un tipo de retraso mental, con sus características.

De cada una de las tablas se obtienen los datos que se necesitan para correlacionar la edad cronológica que presentan, con su edad social que se obtiene al aplicar el cuestionario. Se procede a confeccionar una tabla, para luego graficar y analizar resultados.

Para una mejor comprensión de la relación existente entre la edad social y las capacidades de autocuidado, se presentan los gráficos comparativos entre la edad social y cronológica de los sujetos de estudio, de acuerdo a su nivel de discapacidad intelectual Para luego compararlas y lograr tablas correlacionales y gráficos que permitan medir el grado de capacidad de autocuidado, de acuerdo al nivel de retraso intelectual presentes en ellos.

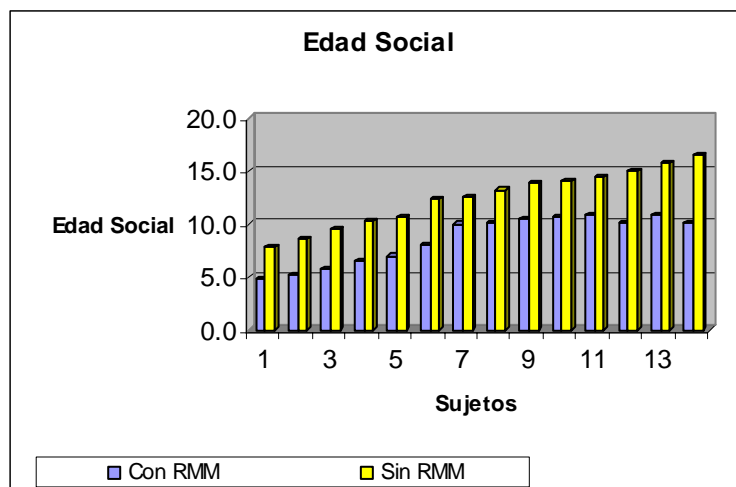
Grafico N° 7 Distribución comparativa de la edad social de los sujetos con y sin RML a una misma edad cronológica



Fuente: Tabla N° 1 y 2, ver anexos

La edad social nos revela el grado de dependencia-independencia que tiene el individuo. Aquí el grafico nos muestra una diferencia de la edad social, entre los sujetos con y sin retraso mental leve que fluctúa entre un año cuatro meses a dos años frente a una misma edad cronológica. Esto nos indica que existen limitaciones en dos o más áreas de las conductas adaptativas que se midió con la escala Vineland, pero que pueden ser mejoradas o corregidas con una adecuada estrategia de intervención.

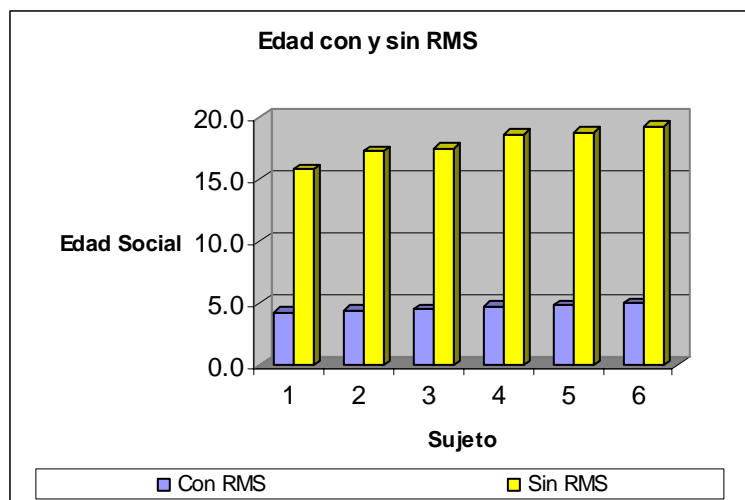
Grafico N° 8 Distribución comparativa de la edad social de los sujetos con y sin RMM a una misma edad cronológica



Fuente: Tabla N° 1 y 2, ver anexos

El contraste de edad social, para sujetos con la misma edad cronológica es mucho mas grande que en el anterior grafico, mientras mas edad cronológica presenta el sujeto con RMM mayor es la diferencia de edad social. Esta divergencia se debe principalmente por ser personas que presentan un déficit a nivel de funciones cognitivas básica mas limitado, lo que coarta más su comunicación y aprendizajes que el grupo anterior. Este grupo necesita un mayor reforzamiento para alcanzar un grado más apropiado en sus competencias de autocuidado.

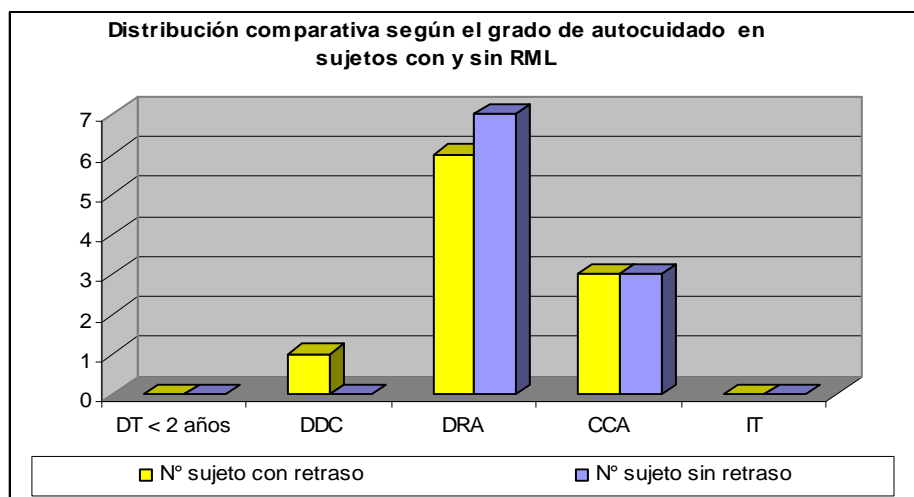
Grafico N° 9 Distribución comparativa de la edad social de los sujetos con y sin RMS a una misma edad cronológica



Fuente: Tabla N° 1 y 2, ver anexos

El grafico nos muestra que frente a una misma edad cronológica los sujetos presentan una gran diferencia en su edad social. Esta diferencia se ve reflejada por ser alumnos que presentan un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, que tiene lugar junto a limitaciones asociadas en dos o más de las siguientes áreas de habilidades adaptativas posibles: comunicación, cuidado personal, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, autogobierno, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, ocio y trabajo. En resumen necesitan gran apoyo para realizar actividades cotidianas.

Gráfico N° 10 Distribución comparativo grado de Autocuidado en los alumnos con y sin RML a una misma edad cronológica.

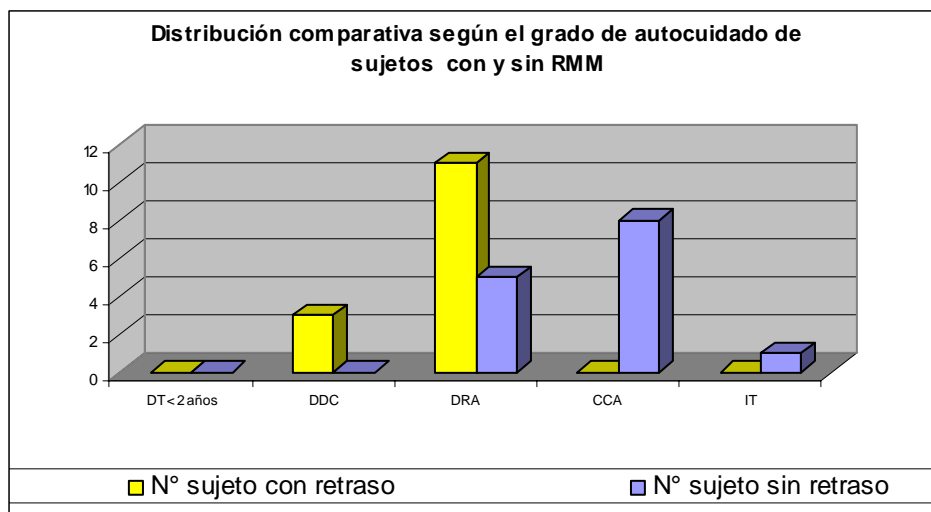


Fuente: Tabla N° 3 y 4, ver anexos

Al ver la grafica se observa una leve diferencia en con respecto a los individuos que presentan un RML en la categoría des dependiente de cuidado, en relación a los sin RML. Tanto para los sujetos con y sin retraso mental leve, el mayor porcentaje se presenta en la categoría de dependiente de cuidado y comparten el mismo número de sujetos, es decir, tres con necesidad de autocuidado.

Al comparar ambos barras, se puede ver que una leve diferencia que la establece por un individuo, lo que indica que la edad social entre ambos no afecta en gran medida la capacidad de autocuidado.

Gráfico N° 11 Distribución comparativa del Grado de Autocuidado en niños con y sin RMM, a una misma edad cronológica

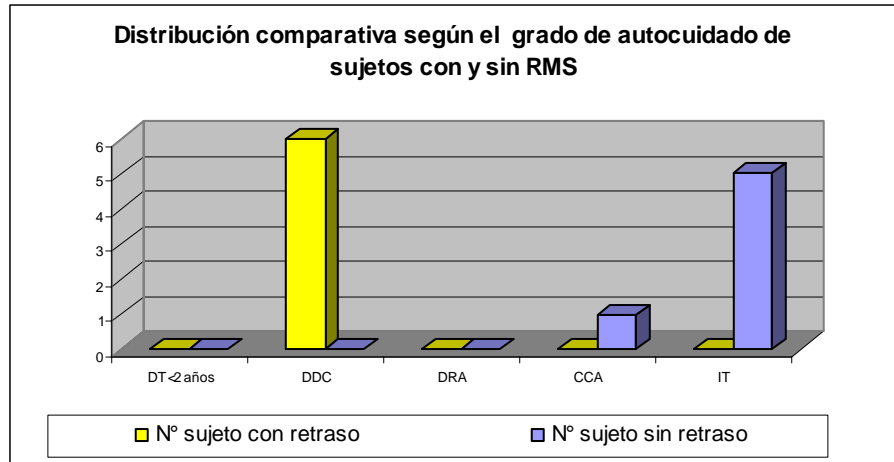


Fuente: Tabla N° 3 y 4 ver anexos

Al comparar a los sujetos con y sin RMM, podemos ver una diferencia más notoria, esto se nota en la barra de dependiente de cuidado, donde el porcentaje mayoritario se encuentra en los individuos con retraso, mientras que en los sujetos sin retraso el porcentaje mayoritario se presenta en aquellos con capacidad de autocuidado.

Al comparar se puede observar el contraste, entre aquellos sujetos que presentan una discapacidad intelectual, lo que se refleja por tener un mayor grado de dependencia en relación a su capacidad de autocuidado. En síntesis podemos inferir que el nivel de retraso esta directamente ligado al grado de autocuidado en relación a personas sin RMM, que presentan un mejor desempeño en esta misma área.

Gráfico N° 12 Distribución comparativo del grado de Autocuidado en sujetos con y sin RMS, a una misma edad cronológica.

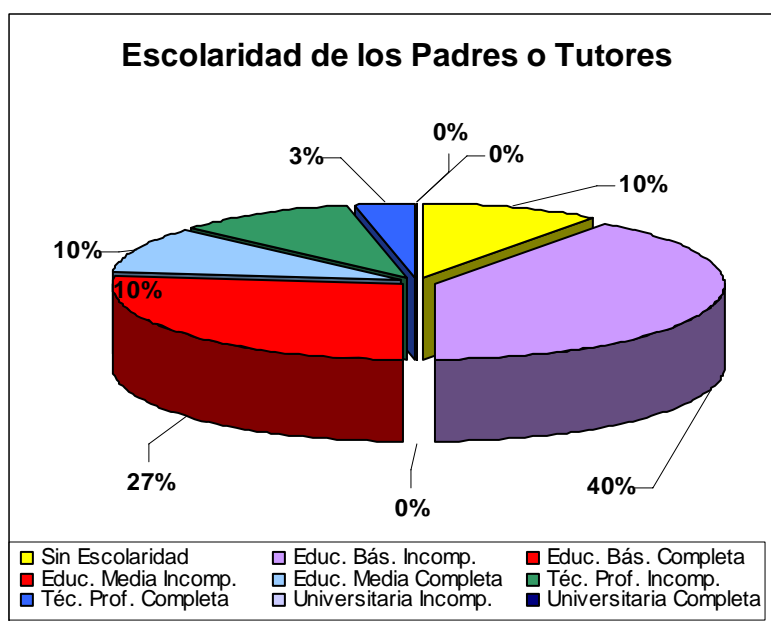


Fuente: Tabla N° 3 y 4 ver anexos

Aquí la diferencia se observa a simple vista, mientras que los sujetos sin RMS, casi en su totalidad son independiente total, los alumnos del establecimiento que presentan un RMS, en su totalidad dependen de cuidado, por tanto son personas que necesitan ayuda para realizar determinadas funciones básicas, como las relacionadas con la comunicación y lenguaje, motricidad, etc. y por consecuencia necesitan apoyo para su autocuidado. Aquí sí observamos un enorme contraste entre la edad cronológica y edad social y autocuidado, dado por el nivel de discapacidad intelectual presentado por los sujetos de estudio.

Nivel Educativo

Gráfico N° 13 Distribución Porcentual según el nivel Educativo de los Padres de los alumnos de la Escuela Ayalen, de Lautaro, año 2005.



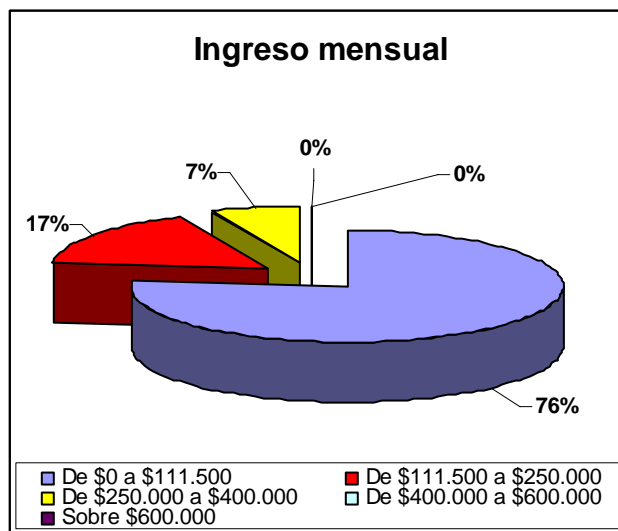
Fuente: “Grado De Madurez Social De Personas Deficientes Mentales en relación a su autocuidado, De La Escuela Municipal Especial Ayalen De Lautaro, año 2005”.

Aparece representado en el gráfico, la opción de Educación Básica incompleta con el mayor porcentaje, un 40%, seguido de un 27% por Educación Media Incompleta. Así mismo es posible apreciar que tan sólo el 10% no tiene escolaridad. En la misma situación, o sea con un 10% se encuentran las opciones Educación Media completa y Técnico Profesional Incompleto

Sólo un 3% presenta estudios Técnico Profesionales completos. El resto de las opciones no reflejan ningún porcentaje.

Ingreso Mensual

Gráfico N° 14 “Distribución Porcentual según Nivel de Ingreso Mensual, en las familias de los alumnos de la Escuela Ayalen, de Lautaro, año 2005.”

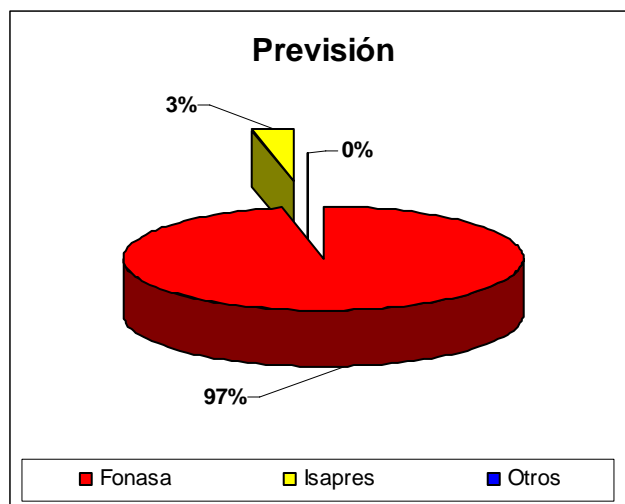


Fuente: Idem

Según los resultados obtenidos un 76% de los entrevistados dice que sus familias perciben mensualmente menos de \$111.500, seguido de un 17% con ingresos de \$ 115.000 a \$250.000, en contraste con el 7% que contestaron que el ingreso de su familia es de entre \$250.000 a \$400.000. Hay estudios que relacionan que el ingreso familiar, sería un factor que influye en el déficit intelectual.

Previsión

Gráfico N° 15: Distribución Porcentual según Previsión, de los alumnos de la Escuela Ayalen, de Lautaro, año 2005.



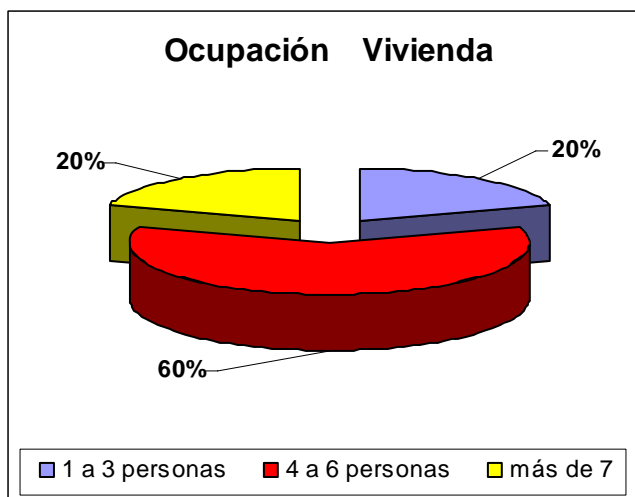
Fuente: Idem

El gráfico muestra los siguientes resultados: un 97% de los encargados del cuidado de los alumnos tienen Fonasa y el resto que alcanza el 3%, corresponde a Isapres.

Este dato, nos revela el tipo de cobertura de salud a los que pueden acceder nuestros sujetos de estudio, lo que lleva a interpretar que ninguno se encuentra en la categoría de indigente.

Ocupación de la Vivienda

Gráfico N° 16: Distribución Porcentual según Ocupación de la Vivienda, de los alumnos de la Escuela Ayalen, de Lautaro, año 2005.



Fuente: Idem

Se puede apreciar a través del gráfico N° 16, que el 60% vive en una propiedad que es habitada por 4 a 6 personas, seguida por las de 1 a 3 personas que constituyen el 20%. Un porcentaje similar al último, o sea, un 20% son aquellas donde viven más de 7 personas.

8. DISCUSIÓN

Se sabe que la salud es un tema clave en la calidad de vida. Las personas con discapacidad intelectual representan el 9% en Chile. De acuerdo a distintos estudios e investigaciones, son más vulnerables en el ámbito de la salud que el resto de las personas, datos del Primer estudio de la discapacidad en Chile, realizado por la Fonadis en el 2004, revelan que 1 de cada 5 personas con discapacidad presenta buena salud. A continuación se detalla las características de 30 alumnos con distintos niveles de retraso mental, de la Escuela Especial Ayelen de Lautaro, IX Región, donde se dan a conocer las respuestas de cuales son las condicionantes que limitan sus capacidades en el autocuidado.

La edad de los alumnos varia entre los 6 a 20 años, en el caso de los retraso mental leve se encuentran edades entre los rango 6 a 12 años representando el 33% de la población en estudio, mientras que los sujetos con retraso mental moderado constituye el grupo mayoritario con un 47% del total de la muestra, entre rangos de edades que van de los 7 a 16 años y por último los con retraso mental severo, representando el 20%, con edades que van 15 a 19 años. Si estos porcentajes se relacionan con las estadísticas existentes a nivel mundial se puede observar que la categoría de los RML son aproximadamente el 85% del total, los moderados constituyen el 10% y los con retraso mental severo fluctúan entre el 3% al 4%.

Con respecto al sexo de los sujetos de investigación, el femenino es el que se encuentra en menor proporción, alcanzando el 40% y el masculino el 60%, si se confrontan con los resultados que existen a nivel nacional tenemos que el 54,54% representa al sexo femenino y 45,46 % al masculino, datos obtenidos Estudio Discapacidad en Chile, Fonadis 2004.

La familia es el primer agente socializador, que ejerce indiscutiblemente influencias sobre el sujeto, transmitiendo normas, costumbres, pautas de comportamiento y valores, por consecuencia es el primer lugar donde el individuo aprende. La responsabilidad de los cuidados de los sujetos de investigación recae principalmente en la madre, seguida de otro familiar. El mayor porcentaje que vive con ambos padres., son los que tienen RML (retraso mental leve), en el caso de los moderados, ninguno vive con ambos padres, más bien es el grupo donde casi la totalidad de ellos vive con su madre y la situación de los severos revela que están a cargo de otro familiar. La modificación de la estructura familiar, genera un ambiente de inseguridad y abandono que dificulta la convivencia e impide a los padres crear espacios de socialización que satisfagan las necesidades de un niño(a).

La falta de uno o de ambos padres en el cuidado de sus hijos, aumentan los problemas de comunicación presentes en este grupo, específicamente en el desarrollo del lenguaje, lo cual afecta mucho más a las personas con discapacidad intelectual y en este estudio se ve reflejado en los con retraso mental severo, por ende limitan su preocupación sobre su propia salud. Esto queda claramente demostrado en la investigación realizada a los alumnos de la Escuela Especial Ayelen de Lautaro.

Las enfermedades más comunes en las personas con discapacidad intelectual son de tipo, respiratorias, neurológicas, traumatológicas y digestivas (alimentación) de acuerdo al Estudio nacional sobre la Discapacidad en Chile realizado por la Fonadis 2004. Al revisar los resultados obtenidos en relación a las enfermedades concomitantes, la totalidad de los sujetos de esta muestra con retraso mental severo (RMS) tiene una enfermedad asociada a su discapacidad. Ellos necesitan de más asistencia que aquellos con retraso mental ligero o moderado; las personas con retraso mental profundo necesitan de una gran cantidad de atención para satisfacer sus necesidades físicas básicas o de mucha supervisión para vivir. Si esta variable se relaciona con las capacidades de autocuidado, se aprecia que este grupo es el que presenta mayor dependencia en los cuidados de su salud y presenta menos habilidades para lograr satisfacer sus necesidades básicas.

El análisis en este estudio del tipo de saneamiento de la vivienda y sus características, corresponde a la relación existente entre estos datos y la capacidad de autocuidado, se observa que no existe diferencia entre los grupos de acuerdo a su nivel de déficit intelectual, ya que solo el 20% presenta un estado incompleto de saneamiento de su vivienda.

Luego de procesar los resultados obtenidos, mediante la aplicación de la Escala Vineland de las conductas Adaptativas, se desprende que los sujetos de estudio que presentan mayor dificultad en su autocuidado, son los con retraso mental severo, seguido de los moderados. En cambio los con déficit intelectual leve son los que menos problemas poseen en relación a sujetos de la misma edad, pero sin retraso mental, que son los que tienen un nivel intelectual esperado para su edad cronológica

Al analizar las puntuaciones obtenidas al aplicarle la Escala Vineland que proporciona información al respecto de la manera en que el individuo mantiene su independencia personal en la vida cotidiana y cumple con las expectativas sociales de su ambiente. Se puede observar que en los alumnos con RML al compararlos con sujetos de la misma edad cronológica sin retraso, se aprecia que las diferencias de edad social no distan más allá de uno a dos años y medio de edad. Esto significa la existencia de las habilidades y

destrezas necesarias para el autocuidado por parte de los sujetos que presentan déficit intelectual leve, lo que se ve reflejado en las Tabla N° 3 y 4 (ver anexos).

De los 10 sujetos, con deficiencia intelectual leve, sólo uno tiene dependencia casi total, quedando claro que el resto puede recibir instrucciones y presenta menos dificultades para comprender, reconocer y valorar sus propios síntomas, permitiendo una mayor colaboración durante una consulta o cualquier intervención sanitaria. Esto implica que no hay que olvidar que tiene un grado de déficit, por ello la comunicación debe garantizar la comprensión del paciente, en relación a los tratamientos o pruebas que se les aplique, dándole la información adecuada.

En relación a los alumnos que presentan RMM, que en este caso son 14, y al comparar las puntuaciones entre los con y sin retraso, se aprecia que la diferencia de edad social oscila entre tres años y siete meses hasta seis años y cuatro meses (Tablas N° 1 y 2 ver anexos). Esta situación se aprecia con mayor claridad, por ser sujetos que presentan mayor dificultad en su autocuidado que uno con retardo mental leve, a pesar de tener mayor edad cronológica. Esto confirma que al determinar la edad social de un sujeto podemos obtener la información necesaria, para crear las herramientas adecuadas que vayan en apoyo directo de las dificultades que le impiden un mejor autocuidado

El grupo con Retardo Mental Severo (RMS), presenta puntuaciones en relación a sujetos sin déficit intelectual que varían entre los 11 años y seis meses hasta 14 años y tres meses, (Tablas N° 1 y 2, ver anexos). La diferencia de años que existe entre ellos con la misma edad cronológica es demasiado grande. Pero concuerdan con las características propias de estas personas, que desarrollan un mínimo de comunicación con el entorno, dependientes y requieren protección constante, pero posee potencialidades para el logro de habilidades adaptativas funcionales. Los resultados muestran que en su totalidad son sujetos que necesitan de cuidado, por lo tanto, no son capaces de autocuidarse.

El nivel de estudios de los padres y el interés e implicación en la educación de sus hijos tiene una enorme repercusión en el nivel intelectual de sus hijos, a mayor escolaridad, mejor desarrollo de habilidades sociales y cognitiva de los niños(as). En la muestra con la que se trabajó, se ve que sólo una cuarta parte de los padres o tutores a cargo del cuidado de ellos presenta educación básica completa y sólo uno presenta un agrado de especialización técnica. La baja escolaridad de los cuidadores, en particular los sujetos de estudio que presentan retraso mental severo, seguidos del grupo con retraso moderado, se ve reflejada en la deficiente capacidad que estos tienen para su autocuidado.

La distribución del ingreso, está directamente relacionada con la escolaridad de los cuidadores, mientras más estudios poseen mejora el ingreso familiar. Por lo tanto, el sujeto de estudio perteneciente a familias con mejor educación y nivel de ingreso presenta mayor autonomía personal, la que facilita el autocuidado. Nuevamente el nivel de dependencia y cuidado por parte de otros, se ve acentuado en los alumnos(as) con RMS.

Con respecto a la previsión de los alumnos en estudio, la mayoría pertenece a FONASA, sólo uno tiene Isapre y pertenece al grupo de retraso mental leve y corresponde además al ingreso mayor obtenido por el grupo familiar. Al no existir estudios previos públicos en relación a esta variable y la discapacidad intelectual, se hace difícil establecer comparaciones, con el autocuidado y el sistema de previsión.

En relación al número de personas que ocupa la vivienda, se advierte que el 60% del grupo familiar es integrado por 4 a 6 personas y el resto es distribuido en un 20% integrado por 1 a 3 personas y con igual porcentaje las familias de más de 7 personas, se relaciona esto con el nivel de retraso y capacidad de autocuidado. Aparentemente no existe influencia del número de personas en el autocuidado de las personas de esta muestra.

Las personas con discapacidad intelectual representadas en esta investigación, muestran una serie de características que tienen que ser consideradas por el sistema de salud; dentro del marco global de los principios que inspiran a éste: universalidad, gratuidad, calidad y atención a la diversidad.

Chile dispone de un sistema de Salud que ha de ser considerado como un valor social irrenunciable, que para alcanzar mayores niveles de equidad y satisfacción social ha de atender las particularidades asociadas a grupos de población específicos, como es el caso de las personas con retraso mental.

9. CONCLUSIONES

Un hallazgo relevante se relaciona con los alumnos con retraso mental leve, que de acuerdo a los resultados que se obtienen no presentan una diferencia significativa en relación a sujetos con la misma edad cronológica en sus competencias de autocuidado, lo que indica que con los apoyos apropiados pueden alcanzar adecuados niveles para comprender, reconocer y valorar sus propios síntomas, lo que facilita una eficaz y eficiente atención de salud, son personas con discapacidad capaces de manifestar sus necesidades y participar activamente en las decisiones que le atañen. Estas mismas características no son compartidas por los alumnos que muestran retraso mental moderado y severo, por ser personas como poca o nula capacidad de autocuidado.

Frente a los resultados arrojados, es necesario tomar medidas importantes en el tema de la Formación de los Profesionales de Enfermería, en lo que se refiere a sus conocimientos sobre discapacidad intelectual en general, la relación entre discapacidad intelectual y salud (trastornos asociados y prevención principalmente) o la comunicación y manejo de pacientes con estas características en consulta. Como a la manera de comunicar el diagnóstico y de cómo manejar las implicaciones emocionales que se generan, para los propios profesionales y los familiares / cuidadores, al comunicar el diagnóstico o al afrontar el tratamiento de una persona con discapacidad intelectual

Existe la necesidad urgente de crear equipos multidisciplinario en los equipos de salud de los consultorios, que incluyan profesionales como: educadoras de párvulos, educadoras diferenciales y psicólogos(as), para el diagnóstico y la atención de las lesiones neurológicas invalidantes, que con frecuencia se realizan tardíamente, es decir una vez que se han establecido secuelas y cuando las capacidades plásticas y de aprendizaje ya no son las óptimas, en consecuencia, el área donde se puede asegurar en primer lugar el diagnóstico temprano es el servicio de Neonatología, situación que requerirá de una sólida preparación de la enfermera (o) encargada del cuidado en esta etapa de la vida en donde la persona es totalmente dependiente de otros. Estos antecedentes, sitúan a enfermería en un nuevo escenario, por ser el profesional que tiene mayor contacto con el recién nacido.

Además deben desarrollarse programas preventivos y de educación para la salud tanto para las personas con discapacidad intelectual como para sus familias. La responsabilidad del diseño, aplicación y seguimiento de estos programas ha de ser compartida por todas las servicios que se relacionen con el tema.

Es necesario la coordinación de las acciones de todos los profesionales y servicios encargados de prestar la asistencia sanitaria a las personas con retraso mental, cuya finalidad es mejorar la atención de estas y sus familias eliminando así las barreras especialmente difíciles de superar como son las burocráticas y administrativas.. Para dar respuesta a esta necesidad se proponen las siguientes iniciativas: crear equipos multidisciplinarios en los consultorios con manejo por parte de un integrante del equipo en discapacidad intelectual, crear registro de todas las personas con discapacidad atendidas en los servicios de salud, establecer convenios de colaboración entre los servicios de salud y las escuelas especiales,

Debe producirse un acercamiento entre los profesionales de enfermería y el sistema educativo, con el propósito de ayudar a los padres y /o cuidadores a través de capacitaciones que les proporcione las herramientas necesarias para ayudar en el autocuidado a sus hijos

Los profesionales de enfermería deben acercarse a las asociaciones y agrupaciones de padres de personas con Discapacidad Intelectual, para trabajar en el desarrollo de competencias personales que les permitan beneficiarse de las oportunidades que ofrece el sistema de salud, para un mejor acceso y uso más efectivo del mismo.

10. BIBLIOGRAFIA

1. **EGEA, C; LUNA J. 2000. El Nuevo Paradigma del Retraso Mental: Afinidades y diferencias con visiones anteriores.** (Disponible en: <http://usuarios.discapnet.es/disweb2000/art/-contenido>), consultado el 20 de Septiembre del 2005.
2. **EGEA, C; SARABIA, A. 2003. "Nuevos Conceptos y Términos de la Discapacidad de la OMS"**, Revista de Servicios Sociales y Política Social (España), (62): pp.9 a 14.
3. **HERNANDEZ, R; FERNANDEZ, C. 1991. Metodología de la Investigación.** 2 ed. Madrid, España, McGraw Hill Interamericana. pp. 21-68, 341-418.
4. **INE; FONADIS (Chile). 2004. Primer Estudio De La Discapacidad En Chile.** (Disponible en: www.ine.cl/ine/canales/chile_estadistica/calidad_de_vida/discapacidad/discapacidad.php), consultado el 15 de agosto del 2005.
5. **MONJAS, I; GONZALEZ, B.1998. Las Habilidades Sociales.** Madrid, España, Editorial CCS. 256p.
6. **LEY 19284, Integración Social Para Personas Con Discapacidad.** (Disponible en: www.fonadis.cl/index.php?seccion=78¶metro=28), consultado el 15 de agosto del 2005.
7. **ONU. 1993. Normas Uniformes Sobre La Igualdad de Oportunidades Para las Personas con Discapacidad.** (Disponible en: www.wanadoo.cl/personal/avesbi/Articles/comenfer.html), consultado el 20 septiembre de 2005.
8. **PICHOT, F. 1995. DSM IV.** Barcelona, España, Editorial Masson. pp. 20-22
9. **URIBE, P. 1992. Redacción de Referencias Bibliograficas en Educación.** Programa de educación continúa. Facultad de filosofía y humanidades. Universidad Austral de Chile. Valdivia.

10. **VERA, VICTOR. 2004. Psicología del Desarrollo.** Chile, Universidad Arturo Prat.
pp. 13-27,157 -215.
11. **WESLEY, R. 1997. Teorías Y Modelos De Enfermería;** Madrid, España, McGraw -Hill
Interamericana. 194 p.

ANEXOS 1

Tabla N° 1 Puntuaciones Escala Vineland de Conductas Adaptativas para sujetos con la misma edad cronológica de los alumnos de las Escuela especial Ayelen de Lautaro

Sujeto RML	Edad Cronológica	Puntuación Escala Vineland	Edad Social
1	7	65.0	7
2	7.3	66.5	7.3
3	8.6	72.5	8.6
4	9.0	74.0	9.0
5	9.5	75.5	9.5
6	9.8	76.5	9.8
7	10.4	78.5	10.4
8	11.3	82.0	11.3
9	12.6	85.0	12.6
10	12.9	85.5	12.9
Sujeto RMM			
1	7.9	69.5	7.9
2	8.6	72.5	8.6
3	9.5	75.5	9.5
4	10.3	78.0	10.3
5	10.6	79.5	10.6
6	12.3	84.5	12.3
7	12.6	85.0	12.6
8	13.2	86.0	13.2
9	13.8	87.0	13.8
10	14.1	87.5	14.1
11	14.4	88.0	14.4
12	15	89.0	15
13	15.8	90.5	15.8
14	16.5	92.0	16.5
Sujeto RMS			
1	15.8	89.0	15.8
2	17.3	93.5	17.3
3	17.5	94.0	17.5
4	18.7	97.0	18.7
5	18.8	97.5	18.8

6	19.3	99.0	19.3
---	------	------	------

Tabla N° 2 Puntuaciones Escala Vineland de Conductas Adaptativas y edad social obtenida por los sujetos de estudio CON Retraso Mental Leve, Moderado y Severo

Sujeto Estudio CON RML	Edad Cronológica	Puntuación obtenida Escala Vineland	Edad Correspondiente Social
1	7	58.0	5.4
2	7.3	60.0	5.8
3	8.6	66.5	7.3
4	9.0	64.5	6.9
5	9.5	67.5	7.5
6	9.8	72.0	8.5
7	10.4	75.0	9.3
8	11.3	77.0	10.0
9	12.6	80.0	10.8
10	12.9	82.0	11.3
Sujeto Estudio CON RMM			
1	7.9	54.0	4.8
2	8.6	57.0	5.2
3	9.5	60.0	5.8
4	10.3	63.5	6.5
5	10.6	65.0	7.0
6	12.3	70.0	8.0
7	12.6	77.0	10.0
8	13.2	77.5	10.1
9	13.8	78.5	10.4
10	14.1	79.0	10.6
11	14.4	80.0	10.8
12	15	77.5	10.1
13	15.8	80.5	10.9
14	16.5	77.5	10.1
Sujeto Estudio CON RMS			
1	15.8	51.0	4.2

2	17.3	52.5	4,4
3	17.5	53.0	4,5
4	18.7	54.0	4.7
5	18.8	55.0	4.8
6	19.3	56.0	5.0

Tabla N° 3 Sujetos sin Retraso mental versus Autocuidado

Capacidad Autocuidado Sujetos sin retraso mental leve	N° Alumno	Total
Dep. Totalmente < 2 años	0	0%
De. De Cuidado 2-6 años	0	0%
Dependiente realiza acciones autocuidado 6-10 años	7	70%
Con capacidad autocuidado 11-15 años	3	30%
Capacidad Autocuidado Sujetos sin retraso mental Moderado		
Capacidad Autocuidado		
Dep. Totalmente < 2 años	0	0%
Dep. de cuidado 2-5 años	0	0%
Dependiente realiza acciones autocuidado 6-10 años	5	36%
Con capacidad autocuidado 11-15 años	8	57%
Independiente 16 a 20 años	1	7%
Capacidad Autocuidado Sujetos sin retraso mental Severo		
Capacidad Autocuidado		
Dep. Totalmente < 2 años	0	0%
Dep. de cuidado 2-5 años	0	0%
Dependiente realiza acciones autocuidado 6-10 años	0	0%
Con capacidad autocuidado 11-15 años	1	17%
Independiente 16 a 20 años	5	83%

Tabla N° 4 Sujetos con Retraso Mental versus Autocuidado

Capacidad Autocuidado Sujetos con retraso mental leve	N° Alumno	Total
Dep. Totalmente < 2 años	0	0%
De. De Cuidado 2-6 años	1	0%
Dependiente realiza acciones autocuidado 6-10 años	3	70%
Con capacidad autocuidado 11-15 años	7	30%
Independiente 16 a 20 años	0	
Capacidad Autocuidado Sujetos con retraso mental Moderado		
Dep. Totalmente < 2 años		
	0	0%

Dep. de cuidado 2-5 años	3	0%
Dependiente realiza acciones autocuidado 6-10 años	11	36%
Con capacidad autocuidado 11-15 años	0	57%
Independiente 16 a 20 años	0	7%
Capacidad Autocuidado Sujetos sin retraso mental Severo		
Dep. Totalmente < 2 años	0	0%
Dep. de cuidado 2-5 años	6	0%
Dependiente realiza acciones autocuidado 6-10 años	0	0%
Con capacidad autocuidado 11-15 años	0	17%
Independiente 16 a 20 años	0	83%

ANEXO 2

ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

INVESTIGACIÓN: “Grado De Madurez Social De Personas Deficientes Mentales De La Escuela Municipal Especial Ayelen De Lautaro, año 2005”.

1. Se me ha solicitado participar voluntariamente en el estudio que realiza la Srta. Elieth Manzanares, Estudiante de enfermería de la Universidad Austral de Chile.
2. Mi participación consiste en responder un Cuestionario en relación a mi pupilo.
3. Se me ha informado que el objetivo de la investigación es conocer algunos aspectos sobre mi pupilo.
4. Se me ha permitido realizar preguntas sobre la razón del estudio, no responder alguna pregunta o retirarme de él si lo creo necesario.
5. Este estudio es confidencial y su resultado será publicado.
6. Yo entiendo que esto no implica riesgos para mí, ni para mi familia y puedo negarme a contestar algunas preguntas.

Escuela de Enfermería, Universidad Austral de Chile (UACH).

Yo _____ doy

(Nombres, Apellidos)

Libremente mi consentimiento para participar en el estudio.

.....

Firma participante.

Lautaro, 2005.

ANEXO 3

INSTRUMENTO RECOLECTOR DE INFORMACIÓN

ANTECEDENTES PERSONALES

Nombre: _____

1.- Nivel de deficiencia Mental

- a) Deficiencia Mental Leve: C.I. entre 50-55 y aproximadamente 70.
- b) Deficiencia Mental Moderada: C.I: entre 35-40 y 50-55
- c) Deficiencia Mental Severo: C.I: entre 20-25 Y 35-40
- d) Deficiencia Mental Profunda: C.I. inferior a 20 o 25.

2. Sexo: M_____ F_____

3. Edad Cronológica

- a) 0 – 5
- b) 6 – 10
- c) 11 – 15
- d) 16 – 20
- e) + de 21

- a) Fonasa
- b) Isapres
- c) Otros

4. Con quien vive

- a) Ambos padre
- b) Madre
- c) Padre
- d) Otro familiar
- e) Otro

7.-Autocuidado

- a) niño menor de 2 años, totalmente independiente
- b) niño entre 2-6 años dependiente de cuidado
- c) niño de 6-10 años dependientes cuidado, pero realiza acciones de autocuidado
- d) niño 11-15 años capacidad de autocuidado individual

5. Enfermedades concomitantes

- a) Presenta
- b) No presenta

6. Previsión

ANTECEDENTES FAMILIARES

8. Escolaridad De Los Padres

- a) Sin Escolaridad
- b) Educación Básica Incompleta
- c) Educación Básica Completa.
- d) Educación Media Incompleta
- e) Educación Media Completa
- f) Técnico Profesional Incompleta
- g) Técnico Profesional Completa
- h) Superior Incompleta
- i) Superior Completa.

9. Ingreso Mensual

- a) De 0 a \$ 111.500
- b) De \$ 111.500 a \$250.000
- c) De \$250.000 a \$ 400.000
- d) De \$ 400.000 a \$600.000
- e) Sobre \$ 600.000

10. N° Ocupantes de la vivienda

- a) 1 a 3 personas
- b) 4 a 6 personas
- c) más de 7 personas

11. Sanidad Básica De La Vivienda

- a) Completa
- b) Incompleta

Escala De Maduración Social De VINELAND

Menor de 1 año

Puntaje	Nº	Categorías	Habilidad
	1	C	Gorjea, sonrío.
	2	A.A.G.	Sostiene la cabeza.
	3	A.A.G.	Coge objetos que están a su alcance.
	4	S	Da los brazos a personas que no son sus familiares.
	5	A.A.G.	Se da vuelta sobre el mismo.
	6	A.A.G.	Alcanza objetos cercanos.
	7	C	Se entretiene solo(cuando esta desatendido).
	8	A.A.G.	Se sienta sin apoyo.
	9	A.A.G.	Se yergue.
	10	C	“Conversa”(imitando sonidos).
	11	A.A.	Bebe de una taza o un vaso con ayuda.
	12	L	Gatea y se desplaza por el piso.
	13	A.A.G.	Coge con el pulgar y otro dedo.
	14	S	Requiere atención personal.
	15	A.A.G.	Se para solo.
	16	A.A.	No saliva.
	17	C	Sigue instrucciones simples.

1 a 2 años

Puntaje	Nº	Categoría	Habilidad
	18	L	Camina por la pieza sin ayuda.
	19	C	Hace rayas con lápiz o crayón.
	20	A.A.	Mastica el alimento.
	21	A.V.	Se saca los calcetines.
	22	O	Traslada objetos.
	23	A.A.G.	Supera pequeños obstáculos.
	24	O	Va a buscar y trae objetos familiares.
	25	A.A.	Bebe de una taza o vaso sin ayuda.
	26	A.A.G.	Abandona el transporte en coche de guagua.
	27	S	Juega con otros niños.
	28	A.A.	Come con cuchara.
	29	L	Deambula por la casa o patio.
	30	A.A.	Discrimina entre sustancias comestibles.
	31	C	Usa nombres de objetos familiares.
	32	L	Sube las escaleras sin ayuda.
	33	A.A.	Desenvuelve dulces.
	34	C	Habla pequeñas frases.

2 - 3 años

Puntaje	Nº	Categoría	Habilidad
	35	A.A.G.	Pide ir al baño.
	36	O	Inicia sus propias actividades de juego.
	37	A.V.	Se quita la chaqueta o vestido.
	38	A.A.	Come con tenedor.
	39	A.A.	Obtiene bebidas sin ayuda.
	40	A.V.	Se seca las manos solo.
	41	A.A.G.	Evita pequeños riesgos.
	42	A.V.	Se pone la chaqueta o vestido sin ayuda.
	43	O	Corta con tijeras.
	44	C	Relata experiencias.

3 – 4 Años

Puntaje	Nº	Categorías	Habilidades
	45	L	Baja las escaleras colocando un pie por peldaño.
	46	S	Juega cooperativamente a nivel de kindergarten.
	47	A.V.	Se abotona la chaqueta o vestido.
	48	O	Ayuda en pequeñas labores domesticas.
	49	S	Actúa para los demás.
	50	A.V.	Se lava sus manos sin ayuda.

4 – 5 Años

Puntaje	Nº	Categorías	Habilidades
	51	A.A.G.	Cuida de si mismo en el baño.
	52	A.V.	Se lava la cara si ayuda.
	53	L	Anda por el vecindario sin que se le preste atención.
	54	A.V.	Se viste solo, excepto anudar.
	55	O	Usa lápiz o tiza para dibujar.
	56	S	Participa en juegos de competencia.

5 – 6 Años

Puntaje	Nº	Categorías	Habilidades
	57	O	Usa patines, velocípedos, bicicleta o coche.
	58	C	Escribe palabras muy simples.
	59	S	Participa en juegos simples de mesa.
	60	A.D.	Se le puede confiar dinero.
	61	L	Va solo al colegio.

6 – 7 Años

Puntaje	Nº	Categorías	Habilidades
	62	A.A.	Usa el cuchillo para esparcir.
	63	C	Usa el lápiz para escribir.
	64	A.V.	Se baña con ayuda.
	65	A.V.	Se acuesta sin ayuda.

7 – 8 Años

Puntaje	Nº	Categorías	Habilidades
	66	A.A.G.	Dice la hora(en cuartos de hora).
	67	A.A.	Usa el cuchillo para cortar.
	68	S	Pone en duda leyenda del viejo pascuero.
	69	S	Participa en juegos de pre- adolescentes.
	70	A.V.	Se peina o cepilla su cabello.

8 – 9 Años

Puntaje	Nº	Categorías	Habilidades
	71	O	Usa herramientas o utensilios.
	72	O	Realiza tareas domesticas de rutina.
	73	C	Lee por iniciativa propia.
	74	A.V.	Se baña sin ayuda.

9- 10 Años

Puntaje	Nº	Categorías	Habilidades
	75	A.A.	Cuida de si mismo en la mesa
	76	A.D.	Hace compras menores
	77	L	Deambula por su ciudad

10 – 11 Años

Puntaje	Nº	Categorías	Habilidades
	78	C	Escribe ocasionalmente caretas breves
	79	C	Hace llamadas telefónicas.
	80	O	Hace pequeños trabajos remunerados
	81	C	Contesta avisos; compra por correo

11 – 12 Años

Puntaje	Nº	Categorías	Habilidades
	82	O	Ejecuta trabajos creativos simples.
	83	A.D.	Cuida de si mismo u otros.
	84	C	Se entretiene con libros, periódicos, revistas.
	85	S	Realiza juegos difíciles.
	86	A.V.	Cuida su ropa completamente.
	87	A.D.	Compra sus propios accesorios de vestuarios.
	88	S	Participa en actividades de grupos de adolescentes.
	89	O	Ejecuta trabajos de rutina en forma responsable.

13 – 15 Años

Puntaje	Nº	Categorías	Habilidades
	90	C	Se comunica por carta
	91	C	Se mantiene informado de los sucesos de actualidad
	92	L	Va solo a lugares cercanos
	93	A.D.	Sale en el día sin vigilancia
	94	A.D.	Tiene su propio dinero para sus gastos
	95	A.D.	Compra toda su ropa

15 – 18 Años

Puntaje	Nº	Categorías	Habilidades
	96	L	Va solo a lugares distantes
	97	A.D.	Se preocupa de su propia salud
	98	O	Tiene una ocupación o continua su escolaridad
	99	A.D.	Sale en las noches sin restricciones
	100	AD.	Controla sus gastos mayores
	101	A.D.	Asume responsabilidades

18 - 20 Años

Puntaje	N°	Categorías	Habilidades
	102	A.D.	Usa el dinero con prudencia
	103	S	Asume responsabilidades mas allá de sus propias necesidades
	104	S	Contribuye al bienestar social
	105	A.D.	Economiza para el futuro.

20 y más

Puntaje	N°	Categorías	Habilidades
	106	O	Ejecuta trabajo de destreza.
	107	O	Participa en actividades recreativas.
	108	O	Sistematiza su trabajo.
	109	S	Inspira confianza.
	110	S	Promueve progresos cívicos.
	111	O	Supervisa labores ocupacionales.
	112	A.D.	Compra para otros.
	113	O	Dirige o maneja negocios de otros.
	114	O	Ejecuta trabajo experto o profesional.
	115	S	Comparte responsabilidades de la comunidad.
	116	O	Crea sus propias oportunidades
	117	S	Promueve el bienestar general

Puntaje básico _____

Edad Equivalente (E.S) _____

Puntos adicionales _____

Coeficiente Social _____

Puntaje Total _____

Apreciación del informante _____

Examinador: _____ Fecha: _____