

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
"DR. JOSE ASSEF YARA"
CIEGO DE ÁVILA

Caracterización de la autoestima en los pacientes discapacitados de 9 a 11 años, con retraso mental moderado

Characterization of self-esteem in disabled patients from 9 to 11 years, with moderate mental retardation

Idalmis Navarro Pirez (1), Maricela Lara Villa (2), Doris Navarro Pirez (3).

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional descriptivo, prospectivo, con el objetivo de caracterizar el estado actual de la autoestima en los pacientes discapacitados de 9 a 11 años, con retraso mental moderado que no asisten a centros escolares. La muestra estuvo constituida por 22 pacientes dispensarizados en el Servicio Integral de Rehabilitación del Policlínico "Julio Antonio Mella" en la provincia de Camagüey. Las variables utilizadas para medir la autoestima fueron la autovaloración y la autorregulación. Se constató que la mayoría de los pacientes con retraso mental moderado tienen una autoestima inadecuada, no entendían sus limitaciones y desconocían sus posibilidades reales y no eran capaces de autorregularse ante el fracaso, para corregir sus propios errores y el modo en que controlaban las emociones negativas.

Palabras clave: AUTOIMAGEN, DISCAPACIDAD INTELECTUAL, NIÑOS CON DISCAPACIDAD.

1. Licenciada en Defectología. Máster en atención al niño discapacitado. Profesor Asistente.
2. Especialista de 1er Grado en Histología. Máster en Ciencias de la Educación Superior. Profesor Auxiliar.
3. Especialista de 1er Grado en Geriatría. Máster en Atención al Adulto Mayor. Profesor Instructor.

INTRODUCCIÓN

En la sociedad cubana la salud para las personas discapacitadas con retraso mental es de gran prioridad, pues existe una atención especializada que conlleva al despliegue de las potencialidades de aquellas personas con limitaciones que requieren de una incorporación útil a la sociedad, para sentirse autorrealizadas y felices. Este planteamiento ha quedado reflejado en la estrategia de desarrollo para la salud hasta el 2015 (1).

La Revolución cubana ha realizado un enorme esfuerzo para que en cada comunidad exista un servicio integral de rehabilitación, con un equipo de profesionales capacitados para dar respuesta a las necesidades especiales de la población discapacitada, entre ellas, a la afectada por retraso mental (2).

Por esta razón, los especialistas en logopedia de las áreas de salud en la atención primaria y el apoyo de la familia desempeñan un papel decisivo encaminado al buen desarrollo y comportamiento de los pacientes discapacitados con retraso mental (3).

Como fue demostrado en el estudio nacional realizado en Cuba, en el período comprendido entre julio del 2001 hasta abril del 2003, el retraso mental tiene una incidencia de 1.25 por cada 100 habitantes, lo que representa una persona afectada por cada 80 habitantes de todas las edades (4).

Se ha destacado que la discapacidad intelectual es un problema social complejo, pues no constituye solamente un problema médico o científico; sino un problema social (5).

En las "Directrices Metodológicas para la Atención al Retrasado Mental", (DMARM) orientadas por el Ministerio de Salud Pública de Cuba y el Grupo Nacional de Defectología (6), brindan tratamiento priorizado a la atención de estimulación a las edades tempranas, en el programa del retraso mental y diferentes síndromes congénitos o hereditarios.

Este programa se encamina esencialmente hacia la esfera cognitivo- intelectual, no así a la esfera afectiva, que en estos pacientes está muy poco tratada y dentro de ella, se ha detectado la prevalencia de una inadecuada autoestima, asociada a problemas de depresión, ansiedad y aislamiento.

Diversos autores (5, 7) han demostrado en los pacientes discapacitados con retraso mental moderado la autoestima frecuentemente baja, asociada a estados emocionales negativos, como por ejemplo: timidez marcada, depresión, inmadurez y falta de afecto por parte de familiares y personas que los rodean. Estos pacientes atribuyen sus fracasos o sus éxitos a razones externas como la suerte, lo que pudiera constituir tanto una causa como una consecuencia de la regulación autónoma de su conducta (8).

Se considera que la autoestima es una experiencia íntima, son sentimientos que determinan la aceptación y rechazo que un sujeto siente hacia sus cualidades (9), es decir, lo que una persona siente y piensa de sí mismo, en relación con su historia personal, características y habilidades personales, así como su valoración, para de esta forma estar en mejores condiciones de convivir con los demás, presentar una tendencia permanente hacia su mejoramiento y poder incorporarse a la sociedad de forma favorable (9-10); en los niños no discapacitados la autoestima se refleja en su actividad diaria activa, alegre, a través del establecimiento de relaciones afectivas con las personas que le rodean. Conocer cuáles son las características de la autoestima en los pacientes discapacitados contribuirá a una mejor atención especializada de estos pacientes.

Este trabajo tiene como objetivo caracterizar la autoestima en los pacientes discapacitados de 9 a 11 años con retraso mental moderado que no asisten a centros escolares en el área de salud del Policlínico "Julio Antonio Mella".

MÉTODO

Se realizó un estudio observacional descriptivo y prospectivo en el año 2012, en el Servicio Integral de Rehabilitación del Policlínico "Julio Antonio Mella".

El universo estuvo conformado por 52 pacientes con retraso mental moderado, dispensarizados. Como muestra se seleccionaron 22 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión:

- Presentar enfermedades asociadas a su patología que impiden la asistencia a los centros escolares especiales para este tipo de discapacidad intelectual.

El campo de investigación se centró en la autoestima de los pacientes discapacitados de 9 a 11 años, con retraso mental moderado.

Las variables para medir la autoestima fueron la autovaloración y la autorregulación, indicadores determinados por la Dra. Silvia Colunga Santos (11).

Se tuvieron en consideración los siguientes indicadores para determinar una autoestima adecuada:

1. Autovaloración:

Sub-Indicadores:

Quererse a sí mismo tal cual es.

Entender sus limitaciones.

Conocer sus potencialidades.

Conocer sus reales posibilidades.

2. Autorregulación:

Sub-Indicadores:

Modo de reaccionar ante el fracaso.

Capacidad para corregir sus propios errores.

Aprender a controlar las emociones negativas (desinterés, desmotivación).

Aprender a expresar sus verdaderos sentimientos y emociones.

Para evaluar los indicadores y los sub-indicadores se determinaron los siguientes índices: Bien, Regular, Mal (Anexo No. 1).

Se emplearon los siguientes métodos teóricos:

Análisis-síntesis; inducción-deducción, para establecer las relaciones necesarias entre los conceptos objeto de estudio; histórico-lógico, para la determinación de los presupuestos científicos que conforman el aparato teórico de la investigación.

De los métodos empíricos se emplearon:

Revisión documental: para la revisión de los expedientes psicopedagógicos y modelos de historia clínica (Anexo No.2) de los pacientes que asisten a la consulta de tratamiento psicopedagógico.

Observación participante como especialista (Anexo No.3): se realiza con el objetivo de valorar las manifestaciones conductuales y las relaciones interpersonales de la muestra en estudio (12).

Encuesta a niños y padres por preguntas sobre aspectos subjetivos: de esta forma, según criterios de Marín y colaboradores (13), es posible indagar el nivel de satisfacción personal de los discapacitados, así como sugerencias de los padres (Anexo No. 4 y 5).

Planilla de consentimiento informado: para garantizar la aprobación familiar en la realización de la investigación (Anexo No. 6).

El método estadístico: se utilizó a través de la estadística descriptiva, donde se aplicó el análisis porcentual, con empleo del Excel de la plataforma Windows XP.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Al revisar las historias clínicas de la muestra seleccionada se pudo constatar que de un total de 22 pacientes diagnosticados con retraso mental moderado y patologías asociadas a la lesión primaria, existen 9 pacientes que padecen de cardiopatías congénitas, para un 40,9%; 2 pacientes que presentan enfermedades del colágeno (inflamaciones crónicas en los miembros inferiores), para un 9%; 4 pacientes sufren enfermedades autoinmunes del tipo de Lupus Eritematoso Linfo Fijo Discoide a nivel de piel para un 18,8% y 7 pacientes con enfermedades neurológicas para un 31%. Estas enfermedades asociadas impiden la permanencia constante en los centros educacionales para personas con necesidades educativas especiales de carácter intelectual (ver Anexo No.2).

Al aplicarse la guía de observación (ver Anexo No.3) a los pacientes objeto de estudio se pudo apreciar que la participación de estos en las actividades era muy pobre, solamente asistían de manera sistemática 3, lo que representa un 13,6%. Esto evidencia su falta de motivación por los tratamientos psicopedagógicos.

En sus relaciones con el terapeuta pudo observarse que de un total de 22 pacientes, solamente 10 saludaban al llegar al centro de rehabilitación para un 45%; 8 se comunicaban con el especialista de forma adecuada para un 36,3%, y 14 se manifestaban retraídos para un 63,6%. Únicamente 7 pacientes se relacionaban de forma adecuada con los demás para un 31,8%, 9 elegían con quienes vincularse para un 40,9% y 4 no mantenían comunicación entre sí para un 18,0%.

Por otra parte, con relación ante el fracaso podemos comentar que 13 pacientes, para un 59,0%, se mostraban intranquilos cuando no sabían o se equivocaban, 12, para un 54,4%, se mostraban disgustados ante el desconocimiento y 15 se negaban a realizar la actividad cuando no lo hacían bien para un 54,4%, 7 no se esforzaban por realizar bien lo que se les orientaba, se rehusaban a reintentar.

De estos pacientes 12, para un 54,5% se mostraban con una actitud indiferente, serios, desmotivados, disociados, 13 de ellos, se manifestaban intranquilos e indiferentes para un 59%. Se pudo apreciar que 12 pacientes, para un 54,5%, no se relacionaban de forma adecuada con otros pacientes, que, aunque no constituyan parte de la muestra, participaban en determinadas actividades. De ellos, 18 (para un 81,4%), no permitían ni aceptaban el contacto con los pacientes, 14 se mostraban disgustados para un 63,6%, se mostraban desmotivados y de forma general 20 pacientes para un 90,9% pues no querían participar en las actividades psicopedagógicas diseñadas.

Al tener en cuenta los indicadores y sub-indicadores propuestos para este proceso de investigación se observó también que de estos pacientes, 19 (86,3%), no mostraban interés por quererse tal cual son; de ellos, 18, para un 81,1%, eran capaces de entender sus limitaciones (tanto físicas como cognitivas); 20 (para un 90,9%), no reconocían sus potencialidades; igual cifra no era capaz de reconocer sus reales posibilidades; y 17, para un 77,2%, no reconocían cuáles eran sus reales limitantes.

Estos pacientes reaccionaban de forma negativa ante los fracasos para un 90,9%. De ellos 18 (para un 81,4%), no tenían capacidad para corregir sus propios errores. El 81,1% de estos pacientes no aprendían a corregir sus emociones negativas ni a expresar sus verdaderos sentimientos y emociones.

Al aplicar la escala (Anexo No.1) para medir los indicadores con sus sub-indicadores se constató que los resultados en el corte inicial, de forma general, son muy bajos a la hora de evaluar los resultados, pues culminan con la puntuación de 1, al asumir la forma de su ejecución y los pasos a seguir en la aplicación.

En la encuesta realizada a los pacientes (ver Anexo No.4) se observó que al 70% no les gustaba participar en las actividades que se realizaban; al 81,4% no les gustaba compartir con sus coetáneos durante la ejecución de las mismas, el 90% no disfrutaba realizar las actividades orientadas por el especialista, el 76,6% no se sentía a gusto en las actividades; el 90,4% no se estimulaba a realizar las actividades en unión de los pacientes discapacitados con otras patologías, el 89,8%, cuando algo le salía mal se molestaba y se tornaba agresivo, por lo que se tenían que realizar charlas para explicarles en qué consistió el error para que fuera capaz de asimilarlo y que volviera intentar la realización de la actividad.

Los pacientes discapacitados objeto de estudio cuando estaban frente a algún miembro de la familia se mostraban retraídos (para un 90,9%). No se mostraba cooperador un (89,7%); el 77,2% se distraía y no participaba de la actividad; el 68,1%, necesitaba de la estimulación y el 90,1% necesitaba que sus padres lo orientaran de forma constante.

Resulta de vital importancia el consentimiento de la familia para la inserción de los discapacitados en cualquier tratamiento. Sin su aprobación el especialista queda limitado y el paciente se priva de este tipo de atención. De ahí que sean los padres los primeros en involucrarse y motivarse ante cualquier tipo de atención dirigida a sus hijos.

Se obtuvo, en respuestas de los padres, que existe una falta de estímulo por parte de la familia, de críticas constantes ante lo mal hecho que limitan la espontaneidad y toma de decisiones de estos pacientes, así como de incomprendiciones y experiencias de temor de ellos hacia sus padres. Estos factores han influido en su autoestima.

En este sentido, se sugirió a la familia su participación y asistencia de forma permanente y la de sus hijos a los tratamientos que se indiquen para fortalecer la autoestima de los pacientes.

CONCLUSIONES

Los pacientes estudiados padecen mayoritariamente de cardiopatías congénitas, lo que impide la permanencia constante en tratamientos psicopedagógicos.

Los pacientes con retraso mental moderado, en su mayoría, tienen una autoestima inadecuada, se muestran indiferentes antes las actividades y poco afectivos.

Los pacientes con retraso mental moderado no entienden sus limitaciones y desconocen sus posibilidades reales, tampoco son capaces de autorregularse ante el fracaso, corregir sus propios errores y controlar las emociones negativas.

La falta de estímulo al paciente con retraso mental moderado, por parte de la familia es insuficiente.

RECOMENDACIONES

Proponer acciones con la familia para fortalecer la autoestima en pacientes discapacitados de 9 a 11 años, con retraso mental moderado que no asisten a centros escolares.

ABSTRACT

A descriptive, prospective, observational study was carried out with the aim of characterizing the current status of self-esteem in disabled patients from 9 to 11 years, with moderate mental retardation who are not attending schools. The sample consisted of 22 dispensarized patients in the integral rehabilitation service of Julio Antonio Mella Polyclinic in Camagüey. The variables used to measure self-esteem were the self-appraisal and self-regulation. It was found that the majority of patients with moderate mental retardation have inadequate self-esteem, they did not understand the limitations and were unaware of its real possibilities and they were not able to

self-regulate in failure to correct their own mistakes and the way in which controlling negative emotions.

Key words: INTELLECTUAL DISABILITY, SELF-IMAGE, MENTAL RETARDATION, CHILDREN WITH DISABILITIES

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Proyecciones para el Mejoramiento de la Salud de la Población Cubana hasta el 2015. La Habana: MINSAP; 2006.
2. Castro Ruz F. Discurso pronunciado en el teatro Astral. Granma; Abril 8 de 2003.
3. García Eligio de la Puente MT, Arias Beatón G. Psicología Especial. La Habana: Félix Varela; 2006.
4. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Estudio psicosocial de las personas con discapacidad y estudio psicopedagógico, social y clínico-genético de las personas con retraso mental en Cuba. La Habana: Abril; 2003.
5. Vived E, Betbesé E, Díaz M, González Simancas A, Matías A. Avanzando hacia la vida independiente: planteamientos educativos en jóvenes con discapacidad intelectual [Internet]. 2013 [citado 12 Sep 2013] [aprox. 30 pantallas]. Disponible en: http://riberdis.cedd.net/bitstream/handle/11181/3893/avanzando_hacia_la_vida_independiente.pdf?sequence=1
6. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Atención al Adulto Mayor y Asistencia Social. Grupo Nacional de Defectología. Directrices Metodológicas. La Habana: MINSAP; 2001.
7. Emerson E, Einfeld S, Stancliffe RJ. The mental health of young children with intellectual disabilities or borderline intellectual functioning. Soc Psychiatr Epidemiol [Internet]. 2010 [citado 12 Sep 2013]; 45(5):579-587. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19618095>
8. Riso W. El derecho a decir no: cómo ganar autoestima sin perder asertividad. Madrid: Grupo Planeta Spain; 2010.
9. Crespo GS, Gómez FJ, Barragán VM. Autoestima y autocontrol en adolescentes: una reflexión para la orientación educativa. Rev Psicol [Internet]. 2013 [citado 12 Sep 2013]; 15(2): 201-221. Disponible en: <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/5958/5966>
10. Portillo Estrada CJ, Torres Velázquez LE. Efectos en la crianza de familias uniparentales: la autoestima. Rev Electr Psicol Iztacala [Internet]. 2010 [citado 12 Sep 2013]; 10(1): [aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol10num1/art2vol10no1.pdf>
11. Colunga Santos S, Trenal ME, Mena EL. Relación entre la autoestima y la capacidad de aprendizaje en niños con diferentes niveles de asimilación. Camaguey: Universidad de Camagüey; 1997.
12. Artiles Visbal L, Iglesiasa Otero J, Barrios Ozuna I. Metodología de la investigación. La Habana: Ciencias Médicas; 2008.
13. Alvira Martín F, García Ferrado M, Sanmartín R, Jesús Varas M, Rubio I, Ibarra Martín F. Selección de lecturas de metodología, métodos y técnicas de investigación social II. La Habana: Editorial Félix Varela; 2005. p. 71-113.

ANEXOS

Anexo No. 1

Evaluación para medir los indicadores y sub-indicadores de la autoestima en los pacientes objeto de investigación.

Indicador. Autovaloración.

I.

- (1) B. Cuando el 100% de los pacientes se quiere a sí mismos tal cual son.
R. Cuando el 50% o más de los pacientes se quiere a sí mismos tal cual son.
M. Cuando el 50% de los pacientes no se quiere a sí mismos tal cual son.

- (2) B. Cuando el 100% de los pacientes entienda sus limitaciones (desde el punto de vista físico y cognitivo)
R. Cuando se logra que el 50%, o más, de los pacientes entienda sus limitaciones (desde el punto de vista físico y cognitivo)
M. Cuando se obtiene menos del 50% que los pacientes no entienda sus limitaciones (desde el punto de vista físico y cognitivo)
- (3) B. Cuando se logra que el 100% de los pacientes logre reconocer sus potencialidades.
R. Cuando el 50% o más, de los pacientes logre reconocer sus potencialidades.
M. Cuando no se alcanza que el 50% de los pacientes logre reconocer sus potencialidades.
- (4) B. Cuando el 100% de los pacientes discapacitados reconozca sus reales posibilidades.
R. Cuando solo se logre que el 50% de los pacientes discapacitados reconozca sus reales posibilidades
M. Cuando no se logra ni el 50% de que los pacientes discapacitados reconozcan sus reales posibilidades

Indicador. Autorregulación.

II.

- (1) B. Cuando el 100%, de los pacientes tenga un modo positivo de reaccionar ante el fracaso.
R. Cuando el 50%, o más, de los pacientes tenga un modo positivo de reaccionar ante el fracaso.
M. Cuando el 50%, de los pacientes tenga un modo positivo de reaccionar ante el fracaso.
- (2) B. Cuando el 100%, de los pacientes tenga la capacidad de corregir sus propios errores.
R. Cuando se logre que el 50%, o más, de los pacientes tenga la capacidad de corregir sus propios errores.
M. Cuando menos del 50%, de los pacientes no tenga la capacidad de corregir sus propios errores.
- (3) B. Cuando se logre que el 100%, de los pacientes aprenda a controlar sus emociones negativas (desinterés, desmotivación).
R. Cuando el 50%, o más, de los pacientes aprenda a controlar sus emociones negativas (desinterés, desmotivación).
M. Cuando el 50%, o menos, de los pacientes aprendan a controlar sus emociones negativas (desinterés, desmotivación).
- (4) B. Cuando el 100%, de los pacientes aprenda a expresar sus verdaderos sentimientos.
R. Cuando solo se logre que el 50%, o más, de los pacientes aprendan a expresar sus verdaderos sentimientos.
M. Cuando no se logre que el 50%, de los pacientes aprenda a expresar sus verdaderos sentimientos.

Escala valorativa: de 1 a 5 puntos.

5. Si todas se encuentran con la categoría de B.
4. Si en una sola se alcanza la categoría de R.
3. Si en ninguna se obtuvo la categoría de M.
2. Si en una sola se obtuvo la categoría de M.
1. Si alcanzó dos o más con la categoría de M.

ANEXO No.2

Modelo de revisión de las Historias Clínicas del paciente con retraso mental moderado.

Fecha del examen _____

1- REFERENTES AL NIÑO:

1- Municipio: _____ 2- Edad ____ 3- Fecha Nac._____

Nombre	Primer apellido	Segundo apellido
--------	-----------------	------------------

Dirección. (Calle, número, entre calles, reparto)

4- Área de salud._____ # Consultorio ____ # Identidad.-----

5- Sexo 1-M__ 2-F__

6- Raza 1-Blanca__ 2-Negra____ 3- Mestiza____ 4- Amarilla____

7- Lugar de nacimiento_____

2- REFERENTE A LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL PACIENTE.

Patologías asociadas al retraso mental moderado de los pacientes.

Enfermedades de cardiopatías congénitas o heredadas.

Enfermedades neurológicas.

Enfermedades del Colágeno (inflamatorias crónicas).

Enfermedades Autoinmune del tipo Lupo Eritematoso.

ANEXO No.3.

Guía de Observación.

Objetivo: Identificar manifestaciones del comportamiento que están en relación con la autoestima de los pacientes objeto de estudio durante la realización de las actividades.

Participación.

- Asiste todos los días.
- Falta algunos días.
- No asiste.

Relación con el terapeuta.

- Saluda al llegar al terapeuta.
- Se comunica con este.

Relación con los demás pacientes.

- Se relaciona con los demás pacientes.
- Elige con quién relacionarse.
- No se relaciona con los demás pacientes.
- Se muestra retraído.

Reacción ante el fracaso.

- Se muestra tranquilo cuando no sabe o se equivoca.
- Se muestra disgustado cuando no sabe.
- Se muestra agresivo.
- Se niega a realizar la actividad otra vez.
- Se esfuerza porque salga bien, intenta nuevamente.

Actitud durante la actividad.

- Se muestra activo y cooperador.
- Se muestra independiente.
- Se muestra alegre.
- Está serio o disgustado.
- Está desmotivado.
- Se muestra callado, aislado.
- Se muestra intranquilo, ansioso.
- Hay que insistirle para que se incorpore.

Relación con otros pacientes discapacitados que no son parte del grupo muestrado.

- Se relaciona bien.
- Permite el contacto.
- Está alegre.
- No acepta el contacto.
- No quiere participar.
- Se muestra desmotivado.
- Se muestra disgustado.
- Se muestra ansioso.
- Se muestra intranquilo.

En presencia del familiar (padre, madre u otro familiar).

- Se muestra cooperador.
- Está activo y alegre.
- Se retrae, no participa.
- Hay que estimularlo más que cuando está solo.
- Se muestra ansioso.
- No se motiva ante la actividad.
- Se muestra tranquilo.
- Participa de forma activa.
- Está motivado.

En relación con otras personas que participan con el paciente en las actividades.

- Logra una buena relación.
- Se acerca a la persona.
- Permite el contacto.
- No quiere participar.
- Se muestra alegre.
- Se niega a la relación.
- Permanece alejado del resto de los pacientes.

ANEXO No.4.

Encuesta a los pacientes discapacitados con retraso mental moderado.

Objetivo: Valorar el nivel de autoestima personal de los pacientes objeto de estudio.

1. ¿Te gusta participar en actividades orientadas por el especialista?

Sí _____ No _____ A veces _____

1. ¿Te gusta compartir con tus compañeros en las actividades?

Sí _____ No _____ A veces _____

2. ¿Disfrutas realizar las actividades orientadas por el especialista?

Sí _____ No _____ A veces _____

4. ¿Te esfuerzas para que la actividad orientada te salga bien?

Sí _____ No _____ A veces _____

5. ¿Cuando te sale algo mal te deprimes?

Sí _____ No _____ A veces _____

6. ¿Aceptas la crítica de otro compañero cuando algo no está bien?

Sí _____ No _____ A veces _____

ANEXO No.5.

Encuesta realizada a los padres de los pacientes discapacitados con retraso mental moderado.

Objetivo: Valorar el nivel de expectativa y de satisfacción de los padres de los pacientes objeto de estudio.

1. ¿Cuando el niño se regaña en el hogar es capaz de asimilar el regaño?
Sí _____ No _____ A veces _____
2. ¿El niño se adapta fácil cuando sale del medio?
Sí _____ No _____ A veces _____
3. ¿Se relaciona el niño con personas ajena a su medio familiar?
Sí _____ No _____ A veces _____
4. ¿Cuándo el niño va a realizar una actividad y no sabe, o se equivoca, se torna agresivo?
Sí _____ No _____ A veces _____
5. ¿Se esfuerza para lograr realizar la actividad que se le orienta en el hogar?
Sí _____ No _____ A veces _____
6. ¿Se muestra intranquilo en el hogar?
Sí _____ No _____ A veces _____
7. ¿Se muestra activo y alegre en el hogar?
Sí _____ No _____ A veces _____
8. ¿Permanece alejado del resto de la familia en el hogar?
Sí _____ No _____ A veces _____

ANEXO No.6.

Consentimiento informado:

Estimado papá/mamá o persona directamente encargada del cuidado del niño:

Nuestro equipo de trabajo se ha propuesto desarrollar una investigación para conocer la autoestima en los pacientes afectados por retraso mental moderado de 9 a 11 años, que asisten al Servicio Integral de Rehabilitación del policlínico Julio Antonio Mella. Para ello necesitamos de su colaboración.

La información por usted brindada será completamente confidencial y se utilizará solo para los fines previstos en el estudio.

Su participación será de gran valor para incrementar la calidad de la atención a la población infantil discapacitada de nuestra provincia.

En caso de aceptar participar en el estudio, puede expresarlo con su firma.

Nombre completo: _____