

**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**CARACTERÍSTICAS BIOPSICOSOCIALES EN NIÑOS
Y ADOLESCENTES CON RETRASO MENTAL LEVE Y
MODERADO EN EL HOSPITAL VICTOR LARCO
HERRERA PERIODO 2016**

TESIS

PRESENTADA POR BACHILLER

HYBETH ROXANA URETA CRUZ

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

MÉDICO- CIRUJANO

**LIMA – PERÚ
2018**

ASESOR:

Dr. Luis Florian Tutaya

AGRADECIMIENTO

Agradezco a la Universidad San Juan Bautista por haberme aceptado ser parte de ella, de poder estudiar esta carrera profesional, ya que me sirvieron de guía en el camino de la vida, a su vez me hicieron superar etapas.

Agradezco también a mi asesor el Dr. Luis Florian Tutaya por haberme brindado su conocimiento y el tener paciencia en guiarme durante el desarrollo de la tesis, al Abg. Yonhy Lescano Ancieta por la orientación e implicación de la misma, al Dr. Luis Miranda Calderón por su implicación y labor en la evaluación del cuestionario.

Y a mis compañeros y amigos gracias, que de una manera u otra me mostraron un apoyo constante, expresándome palabras de ánimo los cuales aumentaron mis ganas de seguir adelante. Por su amistad brindada durante el periodo de estudio, expreso mi más sincero agradecimiento.

DEDICATORIA

A mi madre que ha sabido formarme con buenos sentimientos que sin entender del todo que pasaba, siempre he recibido su apoyo. A mi padre que con sus palabras de aliento no me dejaba flaquear para que siguiera siempre adelante, siendo firme y continuar con mis aspiraciones. A ambos por darme el ejemplo de luchar contra las adversidades, a llegar a mis metas propuestas hasta agotar todos los recursos que sean necesarios, a motivarme a seguir adelante.

A mi hermano pues quien sentó en mí las bases de responsabilidad y deseos de superación, en todo lo que hago siento que hay parte de él.

Este logro es de ustedes que son mi ejemplo de inspiración, por ser guía e impulso en el cumplimiento de mis metas.

RESUMEN

Objetivo: Determinar las características biopsicosociales en niños y adolescentes con retraso mental leve y moderado en el Hospital Victor Larco Herrera durante el año 2016. **Material y métodos:** Se realizará un diseño de investigación descriptivo- observacional, retrospectivo, cuantitativo-transversal. La población quedó constituida por 165 niños y adolescentes registrados en el Hospital Victor Larco Herrera con retraso mental leve y moderado, empleándose la técnica observación (recolección de documentación), de la fuente principal mediante una ficha de recolección de datos, para luego proceder a ordenar, clasificar, codificar y tabular. **Resultados:** De los 165 pacientes con retraso mental leve y moderado, se excluyó a 15 por no contar con los criterios de inclusión, identificándose la población más afectada es de género masculino, el rango de edad más frecuente fue de 4- 11 años, un mayor porcentaje no presentó antecedentes personales, ni familiares psiquiátricos, pero concomitantemente presentaron algún trastorno psiquiátrico, que acuden a terapia y reciben medicación psiquiátrica. En relación a las características sociales un gran porcentaje pertenece a una familia monoparental, sin educación, siendo su principal pasatiempo ver televisión, expresando una mínima participación comunitaria. **Conclusiones:** Las características biológicas de relevancia son: niñez, género masculino, no presentan antecedentes personales, ni familiares psiquiátricos; en las características psicológicas presentaron asociación con algún trastorno psiquiátrico, uso de terapia y reciben medicación psiquiátrica; y en lo social pertenecen a una familia monoparental, sin educación, siendo su principal pasatiempo ver TV, con una mínima participación comunitaria.

PALABRAS CLAVE: Características biopsicosociales, Retraso mental leve, Retraso mental moderado, Hospital Victor Larco Herrera.

ABSTRACT

Objective: To determine the biopsychosocial characteristics in children and adolescents with mild and moderate mental retardation at Victor Larco Herrera Hospital during 2016. **Material and methods:** A descriptive-observational, retrospective, quantitative-transversal research design will be carried out. The population was constituted by 165 children and adolescents registered in the Victor Larco Herrera Hospital with mild and moderate mental retardation, using the observation technique (collection of documentation), from the main source through a data collection form, and then proceed to order, classify, code and tabulate. **Results:** Of the 165 patients with mild and moderate mental retardation, 15 were excluded because they did not have the inclusion criteria, identifying the most affected population is male, the most frequent age range was 4-11 years, a The highest percentage did not present a personal history, nor psychiatric family members, but concomitantly they presented some psychiatric disorder, they go to therapy and receive psychiatric medication. In relation to social characteristics a large percentage belongs to a single-parent family, without education, being their main pastime watching television, expressing a minimum community participation. **Conclusions:** The relevant biological characteristics are: childhood, male gender, no personal history, or psychiatric family members; in the psychological characteristics they presented association with some psychiatric disorder, use of therapy and receive psychiatric medication; and socially they belong to a single parent family, without education, being their main pastime watching TV, with minimal community participation.

KEYWORDS: Biopsychosocial aspects, mild mental retardation, moderate mental retardation, Victor Larco Herrera Hospital.

PRESENTACIÓN

Los obstáculos de salud mental en nuestro territorio se han visto empeorados de manera significativa a causa de factores socio-económicos y culturales, Asimismo se tiene una alta prevalencia de trastornos psiquiátricos; siendo la principal causa de años de vida perdidos por discapacidad producidos.

En suma a esta en el Hospital Víctor Larco Herrera existe un incremento de la demanda de los servicios de salud mental por adultos con Retraso Mental, en sus diferentes niveles y grados de deterioro de conducta, y como resultado del malestar de la salud pública por los severos efectos que posean estos y puedan llegar a producir, de igual forma para conocimiento de los niños y adolescentes, y para el personal del hospital es indispensable conozcan para así llegar a proporcionar servicios de calidad.

Por lo anterior, esta investigación centra su atención en la ejecución de un estudio.

La presente se realiza por un periodo de 4 meses en el Hospital Víctor Larco Herrera en la Ciudad de Lima, que consta de 6 capítulos:

Capítulo I. El Problema: Se ve involucrado el país en el cual existe una importante necesidad de recursos humanos y económicos para los servicios de salud mental. Asimismo, la ciudad de Lima tiene una alta prevalencia de trastornos psiquiátricos en comparación a las regiones de la selva y sierra. La niñez y adolescencia periodos de vida importantes donde ocurren intensos cambios siendo la última etapa donde se toman decisiones sensatas. Y el hospital Víctor Larco Herrera donde muestra un incremento en la demanda por parte de estos.

Capítulo II. Marco Teórico: Se presenta antecedentes de América de Sur como Colombia, Bolivia y nuestro país; así como antecedentes del resto del mundo, entre ellos India, Reino Unido, España, México y Australia. No se encontraron antecedentes de nuestro país. Seguido a esto se realiza una revisión bibliográfica de Retraso Mental.

Se formula la hipótesis y se describe la variable junto a sus indicadores.

Capítulo III. Metodología de la investigación: La metodología aplicada es un estudio descriptivo- observacional, retrospectivo, transversal con método cuantitativo. Tomando una población de 165 niños y adolescentes con retraso mental leve y moderado en el Hospital Víctor Larco Herrera durante el año 2016. Se utilizó como instrumento una ficha de recolección de datos los cuales se ordenaron y clasificaron en el programa Microsoft Office Excel 2010 para su siguiente análisis en el programa estadístico SPSS versión 24.0.

Capítulo IV. Análisis de los resultados: De los 165 niños y adolescente con retraso mental leve y moderado, se analizó cada ítem que conforma nuestra variable mostrando cada resultado en tablas y gráficos para luego compararla con los antecedentes presentados.

Capítulo V. Conclusiones y Recomendaciones: La población más afectada es del género masculino, la etapa de vida, es la niñez, no presento alteraciones en el pensamiento, ni consumo de sustancia psicoactivas, pero sí hace uso de terapia que pertenece a una familia monoparental, sin educación, siendo su principal pasatiempo ver TV, asimismo expresa una mínima participación comunitaria. Como recomendación se plantea crear las principales características biopsicosociales para conocimiento pleno y llegar a la prevención y mejora de salud mental en niños y adolescentes.

ÍNDICE

CARÁTULA.....	I
ASESOR.....	II
AGRADECIMIENTO	III
DEDICATORIA	IV
RESUMEN.....	V
ABSTRACT.....	VI
PRESENTACIÓN.....	VII
ÍNDICE.....	IX
LISTA DE TABLAS	XI
LISTA DE GRÁFICOS	XIII
LISTA DE ANEXOS	XV
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	1
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	2
1.3. JUSTIFICACIÓN.....	2
1.4. OBJETIVOS	3
1.4.1. OBJETIVO GENERAL	3
1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	3
1.5. PROPÓSITO.....	4
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	6
2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS.....	6
2.2. BASE TEÓRICA.....	12
2.3. HIPÓTESIS	38
2.4. VARIABLES	38
2.5. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS.....	39
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	41
3.1. TIPO DE ESTUDIO.....	41
3.2. ÁREA DE ESTUDIO.....	41
3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA	42

3.4.	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS...	42
3.5.	DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	43
3.6.	PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	43
	CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	45
4.1.	RESULTADOS	45
4.2.	DISCUSIÓN	57
	CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	60
5.1.	CONCLUSIONES	60
5.2.	RECOMENDACIONES	60
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	61
	BIBLIOGRAFÍA.....	67
	ANEXOS.....	68

LISTA DE TABLAS

	PAG
TABLA N°01. DISTRIBUCIÓN POR ETAPA DE VIDA EN AÑOS EN PACIENTES CON RETRASO MENTAL LEVE Y MODERADO EN EL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA, 2016.....	45
TABLA N°02. DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO EN LOS PACIENTES CON RETRASO MENTAL LEVE Y MODERADO EN EL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA, 2016.....	46
TABLA N°03. DISTRIBUCIÓN DE PRESENCIA DE ANTECEDENTES PERSONALES EN LOS PACIENTES CON RETRASO MENTAL LEVE Y MODERADO EN EL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA, 2016....	47
TABLA N°04. DISTRIBUCIÓN DE PRESENCIA DE ANTECEDENTES FAMILIARES PSIQUIÁTRICOS EN PACIENTES CON RETRASO MENTAL LEVE Y MODERADO EN EL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA, 2016.....	48
TABLA N°05. DISTRIBUCIÓN POR TIPO DE TRASTORNO DEL PENSAMIENTO EN PACIENTES CON RETRASO MENTAL LEVE Y MODERADO EN EL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA, 2016.....	49
TABLA N°06. DISTRIBUCIÓN DE RECEPCIÓN DE TERAPIA EN PACIENTES CON RETRASO MENTAL LEVE Y MODERADO EN EL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA, 2016.....	50
TABLA N°07. DISTRIBUCIÓN POR CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN PACIENTES CON RETRASO MENTAL LEVE Y MODERADO EN EL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA, 2016.....	51
TABLA N°08. DISTRIBUCIÓN DE CONVIVENCIA ACTUAL EN PACIENTES CON RETRASO MENTAL LEVE Y MODERADO EN EL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA, 2016.....	52
TABLA N°09. DISTRIBUCIÓN POR NIVEL DE EDUCACIÓN EN PACIENTES CON RETRASO MENTAL LEVE Y MODERADO EN EL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA, 2016.....	53
TABLA N°10. DISTRIBUCIÓN POR TIPO DE OCIO QUE REALIZAN	

LOS PACIENTES CON RETRASO MENTAL LEVE Y MODERADO EN EL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA, 2016.....	54
TABLA N°11. DISTRIBUCIÓN POR PRESENCIA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN PACIENTES CON RETRASO MENTAL LEVE Y MODERADO EN EL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA, 2016.....	55
TABLA N°12. RESUMEN DE LAS CARACTERÍSTICAS BIOPSIOSOCIALES EN PACIENTES CON RETRASO MENTAL LEVE Y MODERADO EN EL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA, 2016.....	56

LISTA DE GRÁFICOS

	PAG
GRÁFICO N°01. DISTRIBUCIÓN POR ETAPA DE VIDA EN AÑOS EN PACIENTES CON RETRASO MENTAL LEVE Y MODERADO EN EL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA, 2016.....	45
GRÁFICO N°02. DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO EN LOS PACIENTES CON RETRASO MENTAL LEVE Y MODERADO EN EL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA, 2016.....	46
GRÁFICO N°03. DISTRIBUCIÓN DE PRESENCIA DE ANTECEDENTES PERSONALES EN LOS PACIENTES CON RETRASO MENTAL LEVE Y MODERADO EN EL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA, 2016.....	47
GRÁFICO N°04. DISTRIBUCIÓN DE PRESENCIA DE ANTECEDENTES FAMILIARES PSIQUIÁTRICOS EN PACIENTES CON RETRASO MENTAL LEVE Y MODERADO EN EL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA, 2016.....	48
GRÁFICO N°05. DISTRIBUCIÓN POR TIPO DE TRASTORNO DEL PENSAMIENTO EN PACIENTES CON RETRASO MENTAL LEVE Y MODERADO EN EL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA, 2016.....	49
GRÁFICO N°06. DISTRIBUCIÓN DE RECEPCIÓN DE TERAPIA EN PACIENTES CON RETRASO MENTAL LEVE Y MODERADO EN EL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA, 2016.....	50
GRÁFICO N°07. DISTRIBUCIÓN POR CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN PACIENTES CON RETRASO MENTAL LEVE Y MODERADO EN EL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA, 2016.....	51
GRÁFICO N°08. DISTRIBUCIÓN DE CONVIVENCIA ACTUAL EN PACIENTES CON RETRASO MENTAL LEVE Y MODERADO EN EL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA, 2016.....	52
GRÁFICO N°09. DISTRIBUCIÓN POR NIVEL DE EDUCACIÓN EN PACIENTES CON RETRASO MENTAL LEVE Y MODERADO EN EL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA, 2016.....	53

GRÁFICO N°10. DISTRIBUCIÓN POR TIPO DE OCIO QUE REALIZAN LOS PACIENTES CON RETRASO MENTAL LEVE Y MODERADO EN EL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA, 2016.....	54
GRÁFICO N°11. DISTRIBUCIÓN POR PRESENCIA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN PACIENTES CON RETRASO MENTAL LEVE Y MODERADO EN EL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA, 2016.....	55

LISTA DE ANEXOS

	PAG
ANEXO N°01: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	69
ANEXO N°02: INSTRUMENTO.....	70
ANEXO N°03: VALIDEZ DE INSTRUMENTO - CONSULTA DE EXPERTOS.....	71
ANEXO N°04: VALIDEZ DE INSTRUMENTO - PRUEBA BINOMIAL.....	72
ANEXO N°05: MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	73

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la mayoría de los países, sobre todo en los de ingresos bajos y medios, los servicios de salud mental padecen de importante necesidad de recursos, tanto humanos como económicos. Mayor parte de los recursos de atención sanitaria libres se destinan a la atención y el tratamiento especializados de los enfermos mentales y, en menor medida, a un sistema integrado de salud mental¹.

Los problemas de salud mental en nuestro territorio se han visto desmejorados de forma relevante debido a aspectos socio-económicos y culturales, tal resultado de expresiones de violencia, crisis política, el aumento de consumo de sustancias adictivas, grave circunstancia de pobreza y la alta tasa de desempleo, en que vive la mayor parte de peruanos². Asimismo, se tiene una mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos (Lima 26.5%); siendo el principal origen de años de vida perdidos por discapacidad provocado por enfermedades neuro-psiquiátricas³.

La niñez y la adolescencia ambas etapas muy importantes siendo la etapa de transición del fin de la infancia e inicio de la adolescencia donde ocurren intensos cambios internos y externos causando un impacto sobre la capacidad emocional, física y mental. Para luego en la fase final de la adolescencia, desarrollarse la capacidad de determinar riesgos y de tomar decisiones sensatas. Es durante esta fase que los adolescentes incorporan en el mundo del trabajo o avanzan en su educación, constituyen su propia identidad y su visión del mundo y empiezan a participar activamente en la organización del mundo a su alrededor⁴.

En el Perú, gran porcentaje de enfermedades que ocasionaron deficiencias están dadas por las que dañan a las funciones neuromusculoesqueléticas y las relacionadas con el movimiento, un segundo lugar están las que afectan las deficiencias de las funciones mentales superiores, entre ellas retraso mental⁵.

Según el Instituto Nacional de Rehabilitación (2014-2015) la principal causa de morbilidad en niños fue el retardo del desarrollo y en adolescentes el retraso mental leve y como quinta el retraso mental moderado⁶.

La oficina de estadística e informática del Hospital Victor Larco Herrera, presentó la información estadística de “Morbilidad en consultorio externo de niños y adolescentes” para el 2016, el cual muestra un incremento de la demanda en el departamento de niños y adolescentes respecto al año anterior. Asimismo, expresa que en 2016 el diagnóstico de Retraso Mental Leve presentó una cantidad inferior en relación al 2015 pero muy similar a demás años anteriores y en el grado Moderado presentó un incremento muy cerca a duplicarse el número de atendidos con respecto al 2015⁷.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las características biopsicosociales en niños y adolescentes con retraso mental leve y moderado en el Hospital Victor Larco Herrera Moderado periodo 2016?

1.3. JUSTIFICACIÓN

En nuestro país se tiene una alta prevalencia de trastornos psiquiátricos; siendo el principal origen de años de vida perdidos por discapacidad, las

enfermedades neuro-psiquiátricas³.

En Hospital Victor Larco Herrera existe un incremento del requerimiento de los servicios de salud mental en el departamento de niños y adolescentes con Retraso Mental, en sus diferentes niveles y/o grados de deterioro⁶; y como resultado del malestar de la salud por los severos efectos que tienen los problemas de salud mental en el desarrollo biopsicosocial, esta investigación se realiza. De este modo para identificar, describir y medir las características biológicas, psicológicas y sociales que caracteriza a esta patología; para finalmente concluir con una propuesta de un programa para generar actitudes positivas hacia el cuidado y autocuidado, prevención del daño de la salud mental y por lo consiguiente su desempeño académico y social dirigido a propios y terceros que acuden al Hospital Victor Larco Herrera., asimismo promoviendo mejores equipos de trabajo.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

Identificar las características biopsicosociales en niños y adolescentes con retraso mental leve y moderado en el Hospital Victor Larco Herrera periodo 2016.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar las características biológicas en niños y adolescentes con retraso mental leve y moderado en el Hospital Victor Larco Herrera periodo 2016.

- Establecer las características psicológicas en niños y adolescentes con retraso mental leve y moderado en el Hospital Victor Larco Herrera periodo 2016.
- Reconocer las características sociales en niños y adolescentes con retraso mental leve y moderado en el Hospital Victor Larco Herrera periodo 2016.

1.5. PROPÓSITO

Este estudio constituye un aporte en diversas dimensiones:

Al país, ya que a través de ella se podrá identificar las características biopsicosociales que caracteriza a los pacientes diagnosticados con Retraso Mental Leve y Moderado; así mismo beneficiará al Hospital Victor Larco Herrera y demás centros de salud, porque esta investigación se realizó en el mismo, y con los resultados obtenidos además de tener el conocimiento pleno se propondrá algunas sugerencias que ayuden a la prevención del deterioro y mejora de la salud mental en los mismos.

A las personas, ante diferentes manifestaciones psicológicas y el deseo de estar afectivamente normal, y no poder realizarlo optan por una asistencia médica, constituyéndose la atención psicológica y psiquiátrica como su única opción, por lo que les ayudará a tener el conocimiento y tomar medidas preventivas de las principales características biopsicosociales para ayudar a que esto no deteriore su estado de salud mental y por lo consiguiente su desempeño académico y social.

A Universidad San Juan Bautista y a la Facultad de Ciencias de la Salud que será un aporte informativo asimismo lograr que dicha investigación despierte el interés en el área de Psiquiatría y Psicología la cual es fundamental para

el buen funcionamiento y atenciones en servicios de salud. Y personalmente es enriquecedor para la carrera, para la vida profesional, y como la experiencia de realizar una investigación de campo en un hospital del estado de un nivel socioeconómico medio en Lima.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

1. Cabarcas L, et al. En su estudio: “Etiología del retardo mental en la infancia: experiencia en dos centros de tercer nivel” Colombia- 2013⁸.

Este estudio determinó la etiología en pacientes con retraso mental, donde tomó como muestra a 239 pacientes diagnosticados con retardo mental; siendo retardo mental leve (39%), moderado (37,7%), grave (13,4%), y profundo (9,6 %), 144 (60,3 %) eran del género masculino. Dicha investigación observó una gran población con antecedentes como prematuridad e hipoxia neonatal, mientras que los antecedentes familiares (consanguinidad, retardo mental familiar, abortos previos) estuvieron cercanos al 25%; y el 23,8% continuo sin diagnóstico. Por lo tanto, concluye que la hipoxia perinatal es el origen habitual de discapacidad cognitiva, seguida de causa genética.

2. Taboada LN, et al. En su estudio: “Caracterización clínica y etiológica de las diferentes discapacidades en el Estado Plurinacional de Bolivia, 2009-2010”. Bolivia-2012⁹.

Se estudiaron 82 087 personas con algún tipo de discapacidad. Mostró que el 22% pertenecen a discapacidad intelectual, con un predominó en menores de 20 años. Se constató una etiología prenatal (34% representado por causas genéticas, síndrome de Down), seguido de la perinatal (30% debido a encefalopatía hipóxico isquémica) y postnatal (18% siendo identificada como primera causa los traumatismos craneoencefálicos, consecutiva de las infecciones (meningoencefalitis bacteriana)).

3. Cabada RE, et al. En su estudio: "Valoración integral de adolescentes y adultos con discapacidad intelectual e integración de grupos de apoyo". México-2012¹⁰.

En este estudio se evaluó a 28 pacientes mayores de 13 años con discapacidad intelectual utilizando la Escala de inteligencia de Wechsler. El 64% eran de género masculino, se diagnosticó un 57% de pacientes con daño orgánico cerebral, 32% con síndrome de Down, 7% con hipotiroidismo, 4% con autismo; 21% con trastorno psiquiátrico.

Asimismo, reporta que más de la mitad presentó problemas de lenguaje, déficit en protección y defensa, en educación (por inadecuada asimilación lectoescritura) y en empleo (por sus problemas de atención y concentración); el 90% tenía problemas nutricionales (dentro del cual 57% tenía un peso por encima para su talla) y el 100% presentó algún grado de caries dental. A su vez permitió diseñar programas individualizados y grupales con intervención multidisciplinaria, para la práctica de hábitos de vida sana con base en las necesidades reales, considerando el contexto socio-familiar para dar soporte.

4. Katiyar J, et al. En su estudio: "Pre-natal and Post-natal Risk Factors for Mental Retardation among Children in Varanasi". India -2017¹¹.

La presente investigación consideró como objetivo investigar los factores de riesgo prenatal y postnatal para el retraso mental en niños en Varanasi. La muestra consistió en 150 niños con retraso mental los cuales se categorizó en tres categorías: 34 leves, 96 moderados y 20 graves en el grupo de edad de 5-20 años. Los resultados del estudio indicaron que la edad materna en el momento de la concepción, el uso excesivo de nicotina y alcohol durante el período prenatal, la

prematuridad infantil y el trastorno nutricional en el período natal y postnatal fueron las principales causas del retraso mental.

5. Pert C. En su estudio "Cognitive behavioural therapy from the perspective of clients with mild intellectual disabilities: a qualitative investigation of process issues". Reino Unido- 2012¹².

En esta investigación participaron quince pacientes con discapacidad mental leve y problemas de ansiedad, depresión e ira quienes fueron entrevistados con respecto a su experiencia de la terapia cognitiva conductual. Los resultados expresaron que los participantes valoraron la oportunidad de hablar sobre problemas con su terapeuta y se beneficiaron de relaciones terapéuticas caracterizadas por calidez, empatía y validación, asimismo identificaron áreas de cambio positivo; sin embargo, muchos pensaron que esto podría ser de corta duración o no mantenerse más allá del alta.

6. Vereenooghe L, et al. En su estudio: "Psychological therapies for people with intellectual disabilities: a systematic review and meta-analysis". Reino Unido- 2013 ¹³.

A través de una revisión sistemática y metaanálisis este estudio tuvo como objetivo evaluar la eficacia de las terapias psicológicas para las personas con discapacidad intelectual

El estudio arrojó que las intervenciones grupales tuvieron un efecto de tratamiento moderado pero menor que las intervenciones basadas en individuos. La terapia cognitivo conductual fue eficaz para la ira y la depresión, mientras que las intervenciones destinadas a mejorar el funcionamiento interpersonal no fueron efectivas, asimismo, no hubo

pruebas suficientes sobre la eficacia de otras terapias psicológicas destinadas a tratar problemas de salud mental en niños y jóvenes con retraso mental.

7. Tsiouris, J. A. En su estudio: "Pharmacotherapy for aggressive behaviours in persons with intellectual disabilities: treatment or mistreatment?". Nueva York- 2010¹⁴.

El presente, revisó literatura sobre conductas agresivas, sus asociaciones con trastornos psiquiátricos y otros factores contribuyentes y las opciones de tratamiento actuales y pasadas en personas con retraso mental, reportando que los trastornos genéticos, la victimización precoz, ambientes no enriquecidos y restrictivos, y la lesión cerebral traumática, son comunes en esta población, asociándose con conductas agresivas. La mayoría de las personas con retraso mental con conductas agresivas no tienen un diagnóstico de trastorno psicótico, siendo los antipsicóticos el tratamiento teniendo en cuenta una falta de evidencia sólida que respalde las propiedades anti-agresivas, siendo estos indicados solo para los asociados a trastornos psicóticos y las características psicóticas, explicándose el uso por la noción vieja y errónea de que se asocia principalmente con trastornos psicóticos. Asimismo, recomienda que para revertir esta práctica de prescripción excesiva se debe divulgar información básica de investigación sobre la agresión, abandonando la búsqueda de la "solución rápida" y desalentando la promoción de los antipsicóticos como fármacos anti-agresivos.

8. Ferrer P, et al. En su estudio “Funcionamiento familiar según el modelo Circumplejo de Olson en familias con un niño que presenta retardo mental”. Lima- 2013¹⁵.

El presente estudio, tomó a 42 tutores de niños diagnosticados de retraso mental, en una Institución educativa especial con la finalidad de conocer el funcionamiento familiar en familias que convivan con un niño con retraso mental, a través de la dimensión de adaptabilidad y cohesión.

La investigación obtuvo resultados que indican que el 48%, muestra un funcionamiento familiar de rango medio (tiene tendencia a la disfuncionalidad familiar.), que según la dimensión de cohesión el 38% pertenecen al tipo de familia semi-relacionada (presencia de un vínculo afectivo moderado entre los familiares) y según adaptabilidad se alcanzó que el 42.9% de las familias son altamente caóticas (alteraciones en la dinámica familiar, los papeles familiares no están definidos).

9. Verdugo M, et al. En su estudio: “La inclusión educativa en España desde la perspectiva de alumnos con discapacidad intelectual, de familias y de profesionales”. España-2012¹⁶.

En este artículo se establece 18 grupos focales en 6 comunidades españolas, la investigación recoge resultados sobre el presente de la incorporación educativa de los estudiantes con retraso mental, incluyendo su perspectiva, de las familias y de los profesionales, reportando que los obstáculos inician, primordialmente, en la Secundaria etapa en la cual donde se interacciona socialmente y la disposición de los compañeros de aula y de los profesionales; a la vez, expreso la exigencia de aumentar de soporte psicológico. Concluyendo la necesidad de seguir un diseño universal del aprendizaje y del currículo, desde un

enfoque multidimensional centrado en los indicadores de la calidad de vida del alumno.

10. Badia M, et al. En su estudio “El ocio en las personas con discapacidad intelectual: participación y calidad de vida a través de las actividades de ocio”. España- 2009¹⁷.

Este estudio analiza las características, impedimentos en su acceso en personas con retraso mental, identificando al ocio como constituyente esencial en calidad de vida, asimismo, siendo estas limitadas en su población. Algunos de los impedimentos en su acceso son: la autodeterminación limitada, escasas relaciones de amistad (educación secundaria), la dependencia de su tutor, difícil acceso a los recursos que prestan los servicios, edad y gravedad de la discapacidad; los cuales impiden y limitan la organización y participación en actividades de ocio.

Las actividades en momentos de ocio que realizan son en el hogar y pasivas, la mayoría realiza actividades como ver la televisión y escuchar la radio, pero aproximadamente 40% no hace nada, el 12% actividades manuales y artísticas y un 5% actividades deportivas y excursiones. Asimismo, refiere que la inclusión, participación activa, educación integrada, fomentar la autodeterminación y servicios de apoyo; vienen siendo colaboradores en la participación de actividades, los cuales mejoran la calidad de vida de cada individuo.

11. Shields N, et al. En su estudio: “Is participation among children with intellectual disabilities in outside school activities similar to their typically developing peers? A systematic review”. Australia- 2014¹⁸.

Este estudio compara la experiencia de la participación en actividades escolares externas de niños con discapacidad intelectual y sus compañeros con desarrollo típico, el resultado informó que los participantes tenían una participación similar en actividades de ocio, pero que los niños con discapacidad intelectual participaban en menor frecuencia en actividades recreativas, sociales, de enriquecimiento familiar y formales en la comunidad que los niños con desarrollo típico.

2.2. BASE TEÓRICA

INTRODUCCIÓN

Salud mental no es sólo la ausencia de trastornos mentales. Se define como un estado de bienestar en el cual el individuo hace posible que las personas materialicen su potencial, sea consciente de sus propias capacidades, pueda afrontar y superar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad^{19, 20, 21}.

El retraso mental es una condición extremadamente estigmatizante, que no sólo depende de las condiciones o limitaciones de salud, sino también de los factores ambientales compatibles con la plena participación y su inclusión en la sociedad^{21, 22}.

Las personas con trastornos mentales presentan tasas elevadas de discapacidad y mortalidad; estos con frecuencia hunden en la pobreza. La carencia de hogar y la encarcelación impropia son más frecuentes, y exacerbaban su marginación y vulnerabilidad²¹. Debido a esto sufren frecuentes violaciones de los derechos humanos, se les niegan derechos económicos, sociales, culturales, civiles y políticos, se le imponen restricciones al trabajo, educación, libertad personal, de voto, de participación plena y efectiva en la vida pública, de ejercer su capacidad

jurídica, al matrimonio, derechos reproductivos y de salud. Pueden sufrir también condiciones de vida inhumana y poco higiénica, maltrato físico y abuso sexual, falta de atención y prácticas terapéuticas nocivas y degradantes en los centros sanitarios²³.

La DI es el problema socio-económico de primer orden de la atención médica, pero establece un proyecto postergado en salud pública incluso en países desarrollados^{24, 25}.

CONCEPTOS PREVIOS

Trastornos Mentales: Trastornos mentales se caracterizan por alguna combinación de pensamientos perturbados, las emociones, el comportamiento y las relaciones con los demás²¹.

Funcionamiento intelectual También llamada inteligencia se refiere a la capacidad mental general, tales como el aprendizaje, razonamiento, resolución de problemas, y así sucesivamente. Una forma de medir es un test de inteligencia (coeficiente intelectual (CI) de 70- 75 indica una limitación)²⁶.

DEFINICIÓN

En cuanto a la definición de retraso mental (RM) (también conocido como retardo mental o discapacidad intelectual (DI)) no hay uno específico y el cual con el paso del tiempo experimentó modificaciones. De acuerdo a ello se expone algunas definiciones:

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS): Una capacidad reducida de manera significativa a entender la información nueva o compleja y de aprender y aplicar nuevas habilidades (alteraciones de la inteligencia). Esto

resulta en una disminución de la capacidad para hacer frente de forma independiente (alteraciones de funcionamiento social), y comienza antes de la edad adulta, con un efecto duradero en el desarrollo^{24, 27}.

Según la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, 10.a revisión (CIE-10): Versión 2016

Una condición de desarrollo detenido o incompleto de la mente, que se caracteriza sobre todo por el deterioro de las habilidades que se manifiestan durante el periodo de desarrollo, habilidades que contribuyen al nivel general de inteligencia, es decir, cognitivo, lenguaje, motoras y habilidades sociales²⁸.

Según Asociación Americana sobre la discapacidad intelectual y de desarrollo:

Discapacidad caracterizada por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa, que abarca muchas habilidades sociales y prácticas cotidianas. Esta discapacidad se origina antes de la edad de 18 años²⁶.

Caraveo ME, et al. En su estudio: “Epidemiología y manejo integral de la discapacidad intelectual. Salud Mental”. 2011: Existencia de CI menor a 70, restricción adaptativa (como las habilidades de la vida cotidiana, la comunicación y la socialización) y comienzo antes de los 18 años²⁴.

Simonoff E. En su estudio: “Discapacidad intelectual”. 2015: Es una reducción global y persistente en las capacidades cognitivas que comienza temprano en el desarrollo uniéndose con un deterioro en el funcionamiento diario incluyendo la comunicación, habilidades sociales, la autonomía personal y la escuela / trabajo funcionamiento²⁹.

Shapiro BK, et al. En su estudio: “Discapacidad intelectual”. 2011: Se refiere a un grupo de trastornos que tienen en los defectos comunes de adaptación,

la función intelectual significativamente inferior al promedio y de una edad de inicio es antes de la madurez alcanzado (18 años)³⁰.

EPIDEMIOLOGÍA

3 de las 15 principales enfermedades responsables de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) son los trastornos de salud mental³¹.

Los trastornos neuro-psiquiátricos son la tercera causa de AVAD en Europa y representan el 15,2%, después de las enfermedades cardiovasculares y tumores malignos, y dentro de estos el RM es la primera causa de años vividos con discapacidad (AVD) en Europa (36,1%)³¹.

Las tasas más prominentes se observaron en países de bajos y medianos ingresos. En Latinoamérica la prevalencia alcanza a ser 4 veces más, por su unión a factores de riesgo tales como complicaciones obstétricas y perinatales, prematuridad, desnutrición, intoxicación por plomo, las infecciones del Sistema Nervioso Central y la pobreza; siendo estos aventajados por los países desarrollados^{22,24}.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV), muestra una prevalencia de 2,5%, de la cual RM leve (CI=50-69) representa 85%; moderado (CI=35-49) el 10%; intenso (CI=20-34) el 4% y profundo (CI= <20) 1%^{24,30}.

La prevalencia fue mayor en niños y adolescentes en comparación con los adultos^{22,35}. Los niños con RM leve representan alrededor de 85%, mientras los niños con RM moderado representan al 10% de la población con DI³³. Más varones con DI severa que en las mujeres (1,2: 1). En parte, esto puede ser una consecuencia de los muchos trastornos ligados al cromosoma X asociados con DI, siendo el más prominente frágil síndrome X^{30, 32}.

Debido a que es más difícil de diagnosticar la DI leve que las formas más graves, los profesionales podrían diferir el diagnóstico. El número de DI leve está disminuyendo como resultado de las medidas de salud pública, educación para prevenir la prematuridad y proporcionar programas de intervención temprana. En cambio, la DI grave no ha cambiado apreciablemente desde la década de 1940 con una prevalencia de 0,3-0,5%, debido a que esta implica malformaciones cerebrales congénitas o genéticas³⁰.

El retraso puede acontecer con cualquier otra condición mental o física. Sin embargo, los individuos con RM pueden experimentar toda la gama de trastornos mentales, siendo esta alrededor de 3 a 4 veces más en esta población que en la general. Asimismo, las personas con RM tienen un considerable riesgo de explotación y abuso físico / sexual³⁴.

ETIOLOGÍA

Son múltiples, y se incluye causas orgánicas (en la mitad de los casos), alteraciones genéticas o cromosómicas (en una sexta parte, la mayoría de las formas graves), otros como la adversidad psicosocial, la exposición a infecciones prenatales y el alcohol, la exposición postnatal a las toxinas ambientales y la privación temprana severa. En un 30 a 60% de las personas no puede establecer una causa^{21, 24, 25, 29,30, 35}.

Es fundamental que el médico de atención primaria se habitúe con las características fenotípicas de los síndromes que más se relacionen al RM como el Síndrome de Down (causa cromosómica más importante)^{24, 36}.

Portadores de una permutación son propensos neuro-degeneración a mitad de la vida por el síndrome de ataxia-tremor asociado al X frágil³⁷. En hombres la DI ligado al cromosoma X (XLID), es el más común de los síndromes hereditarios y representa el 5% -12%^{25, 36,38}.

DI leve que está más asociada a las influencias ambientales identificables en <50% y grave con causas biológicas, identificables en >75%³⁰.

Algunos de los factores ambientales son lesiones traumáticas al cerebro, diversos trastornos tóxicos (altos niveles de plomo o mercurio, deshidratación, hipoglicemia) y malnutrición³².

Asimismo, mujeres con un contacto psiquiátrico ambulatorio anterior tenían más del doble de probabilidades de tener un niño con autismo o DI. Y madres de un niño con DI tienen trastornos psiquiátricos más, después del nacimiento de sus hijos (posiblemente relacionado con la carga de cuidar a los niños) ^{39,40}. Cuanto antes el problema se produce en el desarrollo, los más graves sus consecuencias tienden a ser³⁰.

DI leve es 4 veces más probabilidades de ser encontrado en los hijos de mujeres que no han completado la escuela secundaria que en las mujeres que se han graduado, debido a causas genéticas (heredar RM) y factores socioeconómicos (pobreza, desnutrición, privación cultura, mala atención de salud) ^{25,30}.

A continuación, se presenta una tabla de resumen:

IDENTIFICACIÓN DE CAUSA EN LOS NIÑOS CON DISCAPACIDAD INTELLECTUAL GRAVE		
CAUSAS	EJEMPLO	PORCENTAJE
Trastorno cromosómico	Trisomías 21, 18, 13 La delección 1p36 síndrome de Klinefelter's síndrome de Wolf Hirschhorn	20
Síndrome genético	Síndrome X frágil Síndrome de Rett Síndrome de Prader-Willi	20
Mutaciones autosómicas no sindrómica	Las variaciones en el número de copias, mutaciones en SYNGAP1, GRIK2, TUSC3 y oligosacariltransferasa.	10

Anomalías del desarrollo cerebral	Hidrocefalia mielomeningocele, lisencefalia	8
Errores congénitos del metabolismo o trastorno neurodegenerativo.	PKU, enfermedad de Tay-Sachs, diversas enfermedades de almacenamiento (mucopolisacaridosis).	7
Infecciones congénitas.	VIH, toxoplasmosis, rubéola, CMV, sífilis, herpes simple.	3
Discapacidad intelectual familiar.	Medio ambiente, sindrómico, o genético.	5
Causas perinatales.	HIE, meningitis, IVH, PVL, síndrome de alcoholismo fetal.	4
Causas postnatales.	Trauma (abuso), meningitis, hipotiroidismo.	4
Desconocido.	Parálisis cerebral.	20

CMV, citomegalovirus; HIE, encefalopatía hipóxico-isquémica; VIH, virus de la inmunodeficiencia humana; IVH hemorragia intraventricular; PKU, fenilcetonuria; PVL leucomalacia periventricular. Modificado de Stromme P, G Hayberg: Etiología en el retraso mental grave y leve: un estudio basado en la población de niños noruegos, Dev Med Child Neurol 42:76 – 86, 2000.

CLASIFICACIÓN

Según la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, 10ª revisión (CIE-10) describe a los trastornos mentales, capítulo V (Trastornos mentales y del comportamiento, F00 a F99)⁴¹. Dentro de estos, se clasifica al RM (F70-F79)⁴².

F70 Retraso mental leve: CI de 50 a 69. Lenguaje con un poco de retraso, pero mantiene conversaciones, y participa en la entrevista clínica. La mayoría logra la plena independencia de autocuidado y en las habilidades prácticas y domésticas. Las principales dificultades se ven en el trabajo escolar académico, en la lectura y la escritura. Sin embargo, pueden ser ayudados por la educación diseñada.

La mayoría de los que están en los rangos más altos de RM son potencialmente capaces de realizar un exigente trabajo práctico en vez de habilidades académicas. Pero existe una falta de madurez emocional y

social (incapacidad para hacer frente al matrimonio o la crianza de los hijos, o dificultad para encajar con las tradiciones culturales y las expectativas).

Los problemas de conducta, emocionales y sociales en el RM leve, y las necesidades de tratamiento son similares a los de inteligencia normal.

Una etiología orgánica es identificable sólo en una minoría de los sujetos. Condiciones asociadas como el autismo, otros trastornos del desarrollo, epilepsia, trastornos de conducta, o discapacidad física, si estos están presentes, deben ser codificadas de forma independiente^{34,42}.

F71 Retraso mental moderado: CI de 35 a 49. Es probable que determine algún marcado retraso del desarrollo en la niñez. Son lentos en el desarrollo de la comprensión y uso del lenguaje, y su logro es limitado. El logro de autocuidado y habilidades motoras también se retarda, y algunos necesitan supervisión durante toda la vida. Limitado progreso en el trabajo escolar, algunos aprenden habilidades básicas necesarias para la lectura, la escritura, y contar.

Como adultos, son capaces de hacer sencillo el trabajo práctico, si las tareas son cuidadosamente estructuradas y se proporciona una supervisión competente. Pero rara vez se logra una vida independiente.

Estas personas son móviles y físicamente activo, la mayoría muestra evidencia de desarrollo social en su capacidad para establecer contacto, para comunicarse con los demás, y, para participar en actividades sociales.

Una etiología orgánica puede ser identificada en la mayoría de las personas RM moderado. Autismo infantil u otros trastornos del desarrollo están presentes en una minoría. La epilepsia y discapacidades neurológicas y físicas también son comunes, son capaces de caminar sin ayuda. A veces

se identifica otros trastornos psiquiátricos, pero el lenguaje dificulta el diagnóstico y depende de la información de otros. Cualquiera de estos trastornos asociados debe de ser codificados de forma independiente^{34, 42}.

F72 Retraso mental grave: CI de 20 a 34. Es probable que determine la necesidad de un apoyo constante. Similar al cuadro clínico de RM moderado, presencia de una etiología orgánica, y las condiciones asociadas. Existe un marcado grado de deterioro motor u otros déficits asociados, lo que indica la presencia de daño significativo o trastornos del desarrollo del sistema nervioso central^{34,42}.

F73 Retraso mental profundo: CI < a 20. Limitados en su capacidad de comprender o cumplir con las peticiones o instrucciones. Severa limitación del cuidado personal (requieren ayuda y supervisión constante), continencia, la comunicación y la movilidad^{34, 42}.

F78 Otros tipos de retraso mental: Solo para uso, cuando la apreciación del grado de RM por medio de los procedimientos habituales resultó difícil o imposible por deficiencias sensoriales o físicos asociados³⁴.

F79 Retraso mental, no especificado: Hay evidencia de RM, pero la información disponible es insuficiente para señalar asignar al paciente a una de las categorías anteriores^{34, 42}.

CUADRO CLÍNICO

No hay características físicas específicas de la DI. Las discapacidades del desarrollo asociados (trastornos convulsivos, parálisis cerebral, hipotonía, y el autismo); se observan con mayor frecuencia en DI³⁰. Debido al estigma asociado con DI, para evitar ser considerado como "retardado(a)" y se

refieren a sí como discapacitados en el aprendizaje, disléxicos. Algunos emulan su entorno social para ser aceptados³⁰.

PRESENTACIONES COMUNES DE RM POR LA EDAD.	
AÑOS	ÁREA DE PREOCUPACIÓN
Recién nacido	Síndromes dimórficos, (múltiples anomalías congénitas), microcefalia. Disfunción orgánica importante. (Por ejemplo, la alimentación y la respiración).
Primera infancia (2-4 meses)	La falta de interacción con el medio ambiente. La preocupación por las deficiencias de visión y audición.
Infancia tardía (6-18 meses)	Retraso de la motricidad gruesa.
Niños pequeños (2-3 años)	Retrasos en el lenguaje o dificultades.
Preescolar (3-5 años)	Las dificultades lingüísticas o retrasos. Dificultades de comportamiento, incluido el juego. Retrasos en las habilidades motoras finas: cortar, colorear, dibujar.
Edad escolar (> 5 años)	Bajo rendimiento académico Dificultades de comportamiento (atención, ansiedad, estado de ánimo, conducta, etc.)

Shapiro BK, Batshaw ML. Discapacidad intelectual. En: Kliegman RM, Stanton BF, St. Geme JW, Behrman RE, Schor NF. Nelson- Libro de texto de Pediatría. 19ª ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2011: cap 33: 125

DIAGNÓSTICO

La inteligencia no es una característica unitaria pero se evalúa sobre la base de un gran número de diferentes habilidades, más o menos específicos. La estimación del nivel intelectual se realiza con toda la información disponible, incluyendo los hallazgos clínicos, la conducta adaptativa (juzgarse en relación a los antecedentes culturales del individuo), y el rendimiento de pruebas psicométricas.

Los niveles de CI dados se proporcionan como una guía y no deben aplicarse rígidamente. El CI debe determinarse a partir de las pruebas estandarizadas de inteligencia, administrados de forma individual y la prueba

seleccionada debe ser apropiada para el nivel individual de funcionamiento y condiciones de discapacidad específico adicional. Escalas de madurez social y la adaptación, se deben completar, si es posible, entrevistando a un padre o proveedor de cuidado que está familiarizado con las habilidades de la persona en la vida cotidiana. Sin el uso de procedimientos estandarizados, el diagnóstico debe considerarse como temporal³⁴.

Los estudios basados en la identificación de los casos mediante el uso de evaluaciones o escalas psicológicas mostraron mayor prevalencia en comparación con aquellos que utilizan sistemas de diagnóstico estándar e instrumentos de discapacidad²².

El diagnóstico formal de la DI requiere la administración de las pruebas individuales de inteligencia y funcionamiento adaptativo.³⁰ Grados de RM son convencionalmente determinados mediante pruebas estandarizadas de inteligencia (Escala de Wechsler, Bayley). Estos pueden perfeccionarse con escalas de evaluación de la adaptación social en un entorno determinado (Escala de Vineland, Woodcock-Johnson)^{24, 28,29}.

El comportamiento adaptativo puede ser evaluada según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales- Cuarta Edición- Text Revision (DSM-IV-TR) y Asociación Americana sobre Discapacidad Intelectual y Desarrollo (AAIDD), siendo el primero los más utilizados³⁰.

Los déficits en la conducta adaptativa se encuentran a menudo en el síndrome de Asperger y ADHD en presencia de la función intelectual típico. Cabe señalar que los déficits de conducta adaptativa deben distinguirse de conducta inadaptada (como, la agresión, el contacto sexual inapropiado).

El diagnóstico de DI puede hacerse después de 18 años de edad, pero la disfunción cognitiva y adaptación debe haberse manifestado antes de los 18.

Un diagnóstico de DI se hace generalmente cuando las pruebas de CI revelan un CI de menos de 70, lo que significa que a menudo el diagnóstico no se hace hasta el final de la niñez o en la adultez temprana.

Sin embargo, mayor parte de las personas con retraso mental se identifican en la infancia temprana sobre la base de su preocupación por retrasos en el desarrollo, que pueden incluir motoras, cognitivas, y retrasos en el habla³⁶.

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO PARA LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL
<p>A. De manera significativa el funcionamiento intelectual inferior a la media: un CI de 70 o menos en un test de inteligencia administrada individualmente (para bebés, un juicio clínico de manera significativa el funcionamiento intelectual inferior a la media).</p> <p>B. déficits concurrentes o alteraciones en el funcionamiento adaptativo presente (es decir, la eficacia de la persona en el cumplimiento de los estándares esperados para su edad por su grupo cultural) en al menos dos de las siguientes áreas: comunicación, cuidado personal, vida en el hogar, habilidades sociales e interpersonales, utilización de recursos de la comunidad, autodirección, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad.</p> <p>C. El inicio es antes de los 18 años.</p>
<p>Código basado en el grado de severidad que refleja el nivel de discapacidad intelectual:</p> <p>La discapacidad intelectual leve, el nivel de CI 50-55 a ≈ 70.</p> <p>La discapacidad intelectual moderada, el nivel de CI 35-40 a 50-55</p> <p>La discapacidad intelectual grave, el nivel de CI 20-25 a 35-40</p> <p>La discapacidad intelectual profunda, nivel de CI por debajo de 20-25</p> <p>La discapacidad intelectual, gravedad no especificada, cuando hay una fuerte presunción de la discapacidad intelectual, sino la inteligencia de la persona no es comprobable mediante pruebas estándar.</p>

FUENTE: Desde la Asociación Americana de Psiquiatría: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, revisión del texto, Washington, DC, 2000, Asociación Americana de Psiquiatría, pag 49.

Es sustancial efectuar una evaluación médico-genética en caso de presunción de etiología de este origen, como también factores personales, familiares y comunitarios que consigan soporte en desarrollo del paciente y modificar aquellos que lo perjudiquen.

La etiología y diagnóstico del retraso mental de origen genético, la participación del profesional de la salud se comienza con una historia clínica cuidadosa haciendo hincapié en antecedentes familiares/genéticos (otro familiar afectado, consanguinidad, muerte súbita inexplicable, etc.). El examen físico radica evaluando de manera completa a la persona para determinar referencias. Estos procedimientos se recomiendan en algunas guías clínicogenéticas, sin embargo, están muy pocas veces disponibles en las instituciones públicas de atención a la salud²⁴.

El rendimiento diagnóstico es: examen dismorfológico 39-81%; examen neurológico 42%; neuroimagen 30%; X frágil 5,4%; estudios citogenéticos convencionales 9,5%; estudio de anomalías subteloméricas 4,4%; arrays CGH 19%, y enfermedades neurometabólicas 1%. Las decisiones sobre las pruebas de diagnóstico deben basarse en el historial médico y familiar, examen físico, pruebas de otras disciplinas, y los deseos de la familia^{30,36}.

Factores que influyen en la capacidad de establecer diagnósticos incluyen problemas de lenguaje y comunicación, el efecto de la baja inteligencia en la capacidad de describir experiencias subjetivas complejas, y la presencia de trastornos o alteraciones (como la epilepsia, deficiencias sensoriales o autismo) adicionales. Estos pueden impedir que la descripción de las características cardinales de un trastorno, o pueden resultar en un comportamiento que se asemeja a la observada en los trastornos psicóticos. Algunos trastornos adicionales (como la epilepsia) predisponen al trastorno psiquiátrico.

Si un paciente tiene un grave deterioro cognitivo o trastorno de la comunicación, el clínico puede ser incapaz de hacer algunos diagnósticos, (como, la esquizofrenia). En tales, diagnósticos menos específicos pueden tener que ser utilizado (F28 otros trastornos psicóticos no orgánicos)³⁴.

El diagnóstico precoz facilita una intervención más temprana, la identificación de las capacidades, la fijación de objetivos realistas, la flexibilización de la ansiedad de los padres, y una mayor aceptación del niño en la comunidad³⁰.

DI leve a menudo no se reconocen y los médicos deben estar alerta a las señales de advertencia, incluyendo pobres resultados académicos, inasistencia a la escuela y antecedentes familiares de problemas de aprendizaje y enseñanza²⁹.

EVALUACIÓN DEL NIÑO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL / RETRASO EN EL DESARROLLO GLOBAL	
PRUEBA	COMENTARIO
Historia a profundidad.	Incluye eventos pre, peri y postnatales (incluyendo convulsiones); logros de desarrollo; 3 generaciones del árbol genealógico en la historia familiar.
Examen físico.	Especial atención a las anomalías leves o sutiles; examen neurológico para focalidad y anomalías en el cráneo. Fenotipo conductual.
Evaluación de visión y auditiva.	Esencial para detectar y tratar; puede enmascarar como retraso en el desarrollo.
Cariotipo.	Debe incluir copia de microarrays variación del número de determinantes si cariotipo y el bandedo de cromosomas son normales.
Screen de X frágil.	Preselección por motivos clínicos, puede aumentar el rendimiento hasta el 7,6%.
Neuroimagen.	MRI preferido. Lo positivo aumentaron por anomalías de contorno cráneo o microcefalia y macrocefalia, o un examen neurológico focal. En general tiene un mayor rendimiento. Identificación de etiologías específicas es raro. La mayoría de las condiciones que se encuentran no alteran el plan de tratamiento. Necesitar a pesar del riesgo de la sedación en contra rendimiento posible.
Tiroidea (T4, TSH).	Cerca de 0% en los ajustes con programa de cribado neonatal universal.

Plomo en suero.	Si existen factores de riesgo identificables para una exposición excesiva al plomo ambiental.
Pruebas metabólicas.	Ácidos orgánicos de orina, aminoácidos en plasma, amoníaco, lactato, y un gas de sangre capilar. Pruebas enfocadas basada en los hallazgos clínicos se justifica.
Supresión subtelo mérico sustituido por CGH.	Obtener en presencia de dismorfismos pero con un cariotipo normal y el estudio de ADN X frágil. Superior en la discapacidad intelectual grave.
MECP2 para el síndrome de Rett.	Las mujeres con discapacidad intelectual grave.
EEG.	Podrá diferirse en ausencia de antecedentes de convulsiones.
Repetición de historia y examen físico.	Se puede dar tiempo para la maduración del fenotipo físico y conductual. La nueva tecnología podría estar disponible para su evaluación.

CGH, la hibridación genómica comparativa; EEG, electroencefalograma; T4, tiroxina; TSH, hormona estimulante de la tiroides.

Sobre la base de Curry et al, 1997; Shapiro BK, Batshaw ML: El retraso mental. En Burg FD, Ingelfinger JR, Polin RA, et al: Gellis y terapia pediátrica actual de Kagan, ed 18, Philadelphia, 2005, WB Saunders, que se utiliza con el permiso; y Shevell M, S Ashwal, Donley D, et al: Práctica de parámetros: evaluación del niño con retraso global del desarrollo, Neurología 60: 367 - 380, 2003.

COMPLICACIONES

Las personas con DI son reconocidas a nivel mundial como un grupo de individuos con menor acceso a la atención médica apropiada y tienen peores resultados de salud que la población general, incluidos reducido significativamente la esperanza de vida. Estudios recientes que buscan en la información de los certificados de defunción encuentran las personas con DI murieron 15 años más joven que las personas sin DI.⁴³

La evidencia reciente sigue mostrando que las personas con DI tienen peores resultados de salud que la población general. Tienen tasas más altas de asma y enfermedades orales, la visión, la audición, neurológica, ortopédica, y trastornos de conducta o emocionales que no se desarrollan

típicamente, pero las tasas similares de la hipertensión. Y estos pueden afectar negativamente al resultado individual más que la propia DI^{30, 43}.

Asimismo, existe evidencia de alta calidad limitada de los medicamentos utilizados para tratar la epilepsia en esta población, a pesar de la epilepsia es una de las principales causas de muertes prematuras⁴³.

Estudios con los adultos con DI reportan una prevalencia de trastorno de ansiedad general que van desde <2% al 17,4%. Se sabe poco sobre los factores asociados en esta población.

En un estudio de 1023 adultos con DI se identificó que 3.8% tenía un trastorno de ansiedad en el momento de la evaluación. El trastorno de ansiedad generalizada fue la más común (1,7%) y la agorafobia (0,7%)⁴⁴.

La prevalencia de caries no tratadas en la población de estudio fue del 32,2%, de la periodontitis fue del 80,3 por ciento y del 10,9 por ciento era edentulismo. La gestión de la salud bucal presenta retos significativos en adultos con DI mediante estrategias preventivas⁴⁵.

Conocer la causa de la DI puede ayudar a predecir qué impedimentos asociados son más probable que ocurra. El síndrome X frágil y el síndrome de alcoholismo fetal se asocian con una alta tasa de trastornos de la conducta. Síndrome de Down tiene muchas complicaciones médicas (hipotiroidismo, enfermedad celíaca, enfermedad cardíaca congénita).

Deficiencias asociadas pueden requerir terapia continua física, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje, el equipo de adaptación. El fracaso para identificar y tratar estas deficiencias de manera adecuada puede dificultar la rehabilitación exitosa y dar lugar a dificultades en la escuela, el hogar, el medio ambiente y/ o barrio³⁰.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Las preocupaciones y observaciones acerca del desarrollo de sus hijos los padres deben ser escuchadas con atención, debido a que sus observaciones encontradas son tan exactas como las pruebas de evaluación del desarrollo.

Factores de riesgo médicos, genéticos y ambientales deben ser reconocidos. Antes de hacer el diagnóstico de DI, otros trastornos que afectan a las capacidades cognitivas y el comportamiento de adaptación deben ser considerados (unos que imitan y otros que involucran la DI). Déficits sensoriales (auditivas severas y pérdida de la visión), trastornos de la comunicación, y trastornos convulsivos mal controlados pueden imitar DI.

Más de la mitad con parálisis cerebral o autismo también tienen DI como un déficit asociado; siendo estos asociados, la evaluación clínica puede incorporar algunas modificaciones dependiendo de si el paciente tiene una limitada capacidad para comprender, comunicar, interpretar, o generalizar. Por ejemplo, la depresión en un paciente sin lenguaje obliga a considerar síntomas más objetivos. La agresividad sin lenguaje, considerar síntomas como insomnio, la hiperactividad, la hipersexualidad y la irritabilidad, puede orientar hacia la manía. La agresión con hiperventilación y agitación psicomotriz unida a un estrés ambiental estaría señalándonos ansiedad^{24, 30}.

La diferenciación de la parálisis cerebral aislada de la DI se basa en las habilidades motoras siendo más afectados que las habilidades cognitivas y de la presencia de reflejos patológicos y cambios de tono³⁰.

En los trastornos del espectro autista, el lenguaje y las habilidades sociales adaptativas son más afectados que las habilidades de razonamiento verbal, mientras que en la DI por lo general hay más déficits equivalentes en el ámbito social, motrices, de adaptación y las habilidades cognitivas³⁰.

TRATAMIENTO

En la actualidad no existen tratamientos eficaces para los déficits cognitivos fundamentales de la DI. Pero, muchas deficiencias asociadas son susceptibles de intervención y por lo tanto se benefician en la identificación temprana. Algunas de estas se centran en la educación y el apoyo adecuado a los afectados y sus familias que maximizan la calidad de vida y la participación comunitaria^{29, 30}.

A pesar de que la enfermedad mental es generalmente de origen biológico y responde a la medicación, trastornos de la conducta puede resultar de una falta de correspondencia entre las capacidades del niño y las exigencias de la situación, los problemas ecológicos, y/o dificultades familiares. Pueden representar los intentos del niño para comunicarse, llamar la atención, o evitar la frustración. Al evaluar el comportamiento desafiante, también hay que considerar si es apropiado para la edad mental del niño, en lugar de la edad cronológica. Cuando se necesita la intervención, un cambio ambiental, puede mejorar ciertos problemas de comportamiento.

Técnicas de manejo de conducta son útiles; agentes psicofarmacológicos pueden ser apropiados en ciertas situaciones³⁰.

Ante la indicación de fármacos en los problemas psiquiátricos asociados, se debe enfatizar que los fármacos no curan el retraso mental (ningún agente se ha encontrado para mejorar la función intelectual) pero representan un gran apoyo, especialmente si su uso se combina con técnicas psicológicas específicas. La farmacoterapia debe involucrar a las dosis iniciales más bajas, los aumentos más graduales y una vigilancia cuidadosa, como las personas con DI son más sensibles a los efectos adversos. Las intervenciones psicológicas deberían utilizar estrategias de comportamiento, apoyadas con materiales visuales y la participación de los padres, cuidadores y otros profesionales como maestros^{24, 29,30}.

Previo a su utilización se recomienda reconocer los factores ambientales que se vinculen a las conductas problemáticas (ambientes restrictivos y de baja estimulación, experiencias de victimización temprana, trauma cerebral).

Un 18 a 49% de las personas con retraso mental hace uso de psicotrópicos, conociéndose poco de las consecuencias colaterales en esta población, por lo que antes de iniciar el tratamiento a largo plazo con cualquier agente psicofarmacológico, un ensayo corto debe llevarse a cabo. Incluso si un medicamento tiene éxito, su uso debe ser reevaluado por lo menos anualmente para evaluar la necesidad de continuar el tratamiento^{24, 30}.

TERAPIA Y GESTIÓN

Históricamente, las personas con DI y de desarrollo (IDD) han experimentado las disparidades de salud relacionado con varios factores, entre ellos: la falta de accesibilidad a atención médica de alta calidad, preparación inadecuada de los profesionales de la salud para satisfacer sus necesidades, los determinantes sociales de la salud (por ejemplo, la pobreza, la raza y el género), y la no inclusión de las personas con IDD en los esfuerzos de salud pública y otras actividades de prevención.

Durante la última década, se ha hecho un mayor esfuerzo para identificar y comenzar a abordar las disparidades de salud experimentados por miles de personas con IDD través de una variedad de actividades que incluyen programas que abordan estilos de vida saludables y una mayor atención a la formación de los profesionales de la salud⁴⁶.

Gestión interdisciplinaria

La planificación del tratamiento debe ser multidisciplinar. El pediatra tiene la responsabilidad de consultar con otras disciplinas para hacer el diagnóstico de DI y coordinar los servicios de tratamiento.

Pueden incluir la psicología, patología del habla y del lenguaje, terapia física, terapia ocupacional, audiología, nutrición, enfermería, y / o trabajo social, así

como especialidades médicas (neurología, la genética, la psiquiatría, y/o especialidades quirúrgicas) ^{29,30}.

Apoyo familiar, cuidado de los grupos de voluntarios y servicios sociales pueden ser muy valiosa. El cuidado debe ser centrado en la familia y la sensibilidad cultural^{29, 30}.

Reevaluación periódica

Conforme el niño crece, mayor aclaración se debe proporcionar al niño y la familia, los objetivos deben ser evaluados, y las necesidades de programación deben ser ajustadas. Una revisión periódica debe incluir información sobre el estado de salud del niño, así como su funcionamiento en el hogar, en la escuela y en otros entornos comunitarios. Otros datos, como las pruebas psicológicas o de educación formal, pueden ser útiles.

Re-evaluación debe llevarse a cabo a intervalos de rutina (6-12 meses durante la primera infancia), en cualquier momento el niño no está cumpliendo con las expectativas, o cuando él o ella se está moviendo de un sistema de prestación de servicios a otro. Transición a la edad adulta, comenzando a la edad de 14 años³⁰.

Servicios educativos y actividades físicas

La educación es la única disciplina más importante implicada en el tratamiento DI³⁰.

Personas con DI tienen niveles muy bajos de actividad física⁴⁷. Mayor prevalencia de la obesidad entre las mujeres con DI, los individuos con síndrome de Down, y las personas con DI leve⁴⁸.

La actividad física regular es vital para las personas adultas con DI. Revisión crítica reveló moderada a fuerte evidencia de que la actividad física afecta positivamente el equilibrio, la fuerza muscular y la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual⁴⁹.

Ocio y actividades recreativas

La participación definida como la involucración en las situaciones de la vida, incluyendo el ocio y las actividades recreativas, estas han demostrado que favorece su inclusión en la comunidad, mejora la percepción de calidad de vida y la adquisición de habilidades adaptativas.

En la actualidad los resultados de participación son considerados como una de las metas más importantes para la oferta de servicios dirigidos a las personas con DI.

Sin embargo, los estudios sobre participación han encontrado que las personas con DI participan menos en actividades sociales y recreativas en comparación con las personas sin discapacidad y a menudo carecen de las habilidades esenciales para la interacción social y la autodeterminación.

La AAIDD define el ocio como el tiempo disponible, libremente elegido, y aquellas actividades elegidas individualmente, no relacionadas por sus aspectos en el trabajo o con otras formas de actividad obligatoria, de los cuales se espera que promuevan sentimientos de placer, amistad, felicidad, espontaneidad, fantasía o imaginación, gozo, creatividad, expresividad y desarrollo personal⁵⁰.

La participación en el deporte debería fomentarse, ofreciendo muchos beneficios (control de peso, coordinación física, el mantenimiento de la condición cardiovascular, y la mejora de la propia imagen). Las actividades sociales (bailes, viajes, citas, eventos sociales y recreativos) son igualmente importantes³⁰.

Orientación Familiar

Muchas familias se adaptan bien a tener un hijo con DI, pero algunos tienen dificultades emocionales o sociales. Los riesgos de la depresión y el abuso

infantil y la negligencia de los padres son más altos. Entre los factores que se han asociado con una buena familia haciendo frente y habilidades de los padres son la estabilidad del matrimonio, buena autoestima de los padres, número limitado de hermanos, estatus socioeconómico más alto, más bajo grado de discapacidad o asociados impedimentos, padres, expectativas apropiadas y la aceptación del diagnóstico, miembros de apoyo de la familia ampliada, y la disponibilidad de programas de la comunidad y los servicios de descanso.

En las familias en las que la carga emocional de tener un hijo con DI es grande, asesoramiento familiar, grupos de apoyo para padres, cuidado de relevo y servicios de salud en el hogar debe ser una parte integral del plan de tratamiento³⁰.

PRONÓSTICO

El envejecimiento de las personas con DI y de sus cuidadores, conduce a situaciones en las que toda la familia requiere adaptaciones para mantener una buena calidad de vida. Diversos autores consideran los 45 años como edad en la que las personas con DI inician a expresar síntomas de declive funcional (envejecimiento prematuro).

Un inconveniente es que no hay un adecuado soporte empírico que permita un conocimiento riguroso y exacto de las necesidades de las familias mayores que tienen un hijo con DI adulto. Esta situación se ve abandonada de instrumentos de evaluación para medir la calidad de vida familiar, siendo esta un obstáculo para el desarrollo de una adecuada red de servicios, para la correcta planificación de recursos económicos, materiales y humanos, que permitan dar respuesta y atención a las necesidades presentes y futuras de este colectivo.

Las dimensiones de Interacción Familiar, la Salud y Seguridad, y el Papel de padres, actúan de manera positiva en la calidad de vida familiar; sin embargo, las relacionadas con los apoyos, tanto para la familia como para la persona con DI, revelan un mayor desequilibrio mermando el bienestar percibido. Gran parte de las familias expresaban su fastidio con la asistencia sanitaria en la necesidad de contar con una mayor especialización para el tratamiento de las personas con discapacidad por parte de los médicos y personal sanitario. Asimismo, desde el ámbito rural se pudo ver cómo las familias requerían una oferta de atención más especializada y accesible.

Se han detectado discrepancias entre los padres y las madres relacionadas con la interacción familiar y la satisfacción con los apoyos para el mantenimiento del hogar⁵¹.

El resultado a largo plazo de las personas con DI depende de la causa subyacente, la categoría de déficit cognitivos y adaptativos, la presencia de impedimentos médicos y de desarrollo asociados, las capacidades de las familias y la escuela y la comunidad apoyos, servicios y formación a que esté sometido y de la familia. Como adultos, muchas personas con DI leve son capaces de obtener la independencia económica y social con la alfabetización funcional. Ellos pueden necesitar supervisión periódica, especialmente en circunstancias de estrés socio-económico. La mayoría vive con éxito en la comunidad. La esperanza de vida no se ve perjudicada negativamente por la propia DI³⁰.

Para las personas con DI moderada, los objetivos de la educación son para mejorar las capacidades de adaptación y habilidades académicas y vocacionales "supervivencia" por lo que son más capaces de vivir en el mundo de los adultos. El concepto de empleo con apoyo ha sido muy beneficioso para estos individuos; siendo entrenada para hacer un trabajo específico en el que es trabajadora. Esto ha dado lugar a una adaptación

exitosa. Estas personas generalmente viven en el hogar o en un entorno supervisado en la comunidad³⁰.

GRAVEDAD DE LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL Y FUNCIONAMIENTO EN EDAD ADULTA		
Nivel	Edad mental como adulto	Adaptación para adultos
Leve	9-11 años	Lee a nivel de 4 y 5 grado, multiplicación y división simple, escribe simple carta, listas; completa de solicitud de empleo; habilidades de trabajo independientes básicos (llegan a tiempo, permanecer en la tarea, interactuar con compañeros de trabajo); utiliza el transporte público, podría calificar para la licencia de conducir; mantiene la casa, cocina con recetas.
Moderado	6-8 años	Lectura de palabras a primera vista; copia la información, por ejemplo, la dirección de la tarjeta de solicitud de empleo; iguala número escrito con el número de elementos; reconoce el tiempo en el reloj; comunica; cierta independencia en el autocuidado; faenas domesticas con supervisión o tarjetas de referencia; preparación de la comida, puede seguir imagen tarjetas de recetas; habilidades de trabajo aprendidas con mucha repetición; utiliza el transporte público, con un poco de supervisión.
Severo	3-5 años	Necesita el apoyo continuo y supervisión; podría comunicar sus deseos y necesidades, a veces con técnicas de comunicación aumentativa.
Profundo	<3 años	Limitaciones de autocuidado, la continencia, la comunicación y la movilidad; puede ser que necesite la custodia completa o un coche de enfermería.

Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, 10ª edición (Organización Mundial de la Salud). Del Dr. Robert L. Schum, presentación de grandes rondas en el Hospital de Niños de Wisconsin, 2003.

PREVENCIÓN

El conocimiento público de la DI y creencias causales son áreas particularmente poco investigada. Hay una notable ausencia de evaluaciones bien diseñadas de los esfuerzos para reducir los conceptos erróneos acerca de la DI y combatir las actitudes negativas⁵².

Programas de atención primaria para prevenir la DI incluyen:

- El aumento de la concienciación del público acerca de los efectos adversos del alcohol y otras drogas de abuso en el feto^{25, 30}.
- Prevención del embarazo adolescente y la promoción de la atención prenatal temprana.
- Prevención de lesiones traumáticas, intoxicaciones.
- Fomentar las prácticas sexuales seguras.
- Detección pre-sintomática de ciertos trastornos puede resultar en un tratamiento que previene consecuencias adversas³⁰.

Instruir a médicos generales y psicólogos con el propósito de atender las inquietudes de los tutores sobre el desarrollo de sus hijos, principalmente en el área del lenguaje, con el fin de dar los primeros pasos en la detección clínica.

Renovar el acceso a los servicios de salud, debido a que las personas con DI se enfrentan a barreras como la dificultad en la comunicación, ignorancia de la existencia de servicios, dificultad para transportarse, su dependencia de los cuidadores y el aislamiento²⁴.

Aminorar los factores de riesgo y la mejora de los factores de protección asociados a la mala salud mental con el objetivo de reducir riesgo, incidencia, prevalencia y recurrencia de los trastornos mentales²¹.

El comportamiento adaptativo siempre está dañado, sin embargo, en entornos sociales protegidos en el cual donde el apoyo está disponible este deterioro puede no ser del todo evidente en los sujetos con RM leve³⁴.

El término RM debe ser dejada de lado porque es estigmatizante, se ha utilizado para limitar los logros de la persona, y no ha cumplido su objetivo inicial de proporcionar asistencia a las personas con el trastorno. El término DI se utiliza cada vez más en su lugar, pero no se ha adoptado

universalmente; las leyes vigentes y sus derechos concomitantes siguen utilizando el término RM. En Europa, el término discapacidad de aprendizaje a menudo se utiliza para describir la DI.

Implicaciones para reducir las disparidades de salud en personas con DI son: la mejora del control y tratamiento de las enfermedades crónicas comunes, comprensión de cómo promover la salud en la población con DI que están envejeciendo, necesidades de salud que no forman parte del sistema de servicios de discapacidad, el desarrollo de una mejor comprensión de cómo incorporarlas en los programas de salud y bienestar, y la mejora de los métodos frente a las necesidades de salud de manera eficiente y rentable, ya sea a través de un mejor acceso a la atención médica general o programas especializados⁴⁶.

2.3. HIPÓTESIS

Por ser un estudio descriptivo no se formula hipótesis.

2.4. VARIABLES

Variable:

Características biopsicosociales: Variables cualitativa compuesta-Politómica.

Pertenece o relativo al conjunto de características biológicas, psicológicas y sociales de una persona.

Indicadores:

- Edad: 4-11; 12-17
Cada uno de los periodos en que se considera dividida la vida humana
- Género: Masculino, Femenino.
Condición orgánica, masculina o femenina
- Antecedentes personales: Si, No
Resumen de datos personales (prenatales, perinatales, postnatales) que se almacenan en la historia clínica del mismo.
- Antecedentes familiares psiquiátricos: Si, No.
Resumen de datos familiares psiquiátricos (consanguinidad, retraso mental familiar, abortos previos) que se almacenan en la historia clínica del mismo.

- Trastorno mental: Si, No
Síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a una discapacidad.
- Terapia: Recibe, no recibe.
Tratamiento destinado a solucionar problemas psicológicos.
- Medicación psiquiátrica: Ha consumido, consumo actual.
Administración metódica de uno o más medicamentos con un fin terapéutico determinado prescrita por un médico psiquiátrica.
- Convivencia: Nuclear, extendida, monoparental, ensamblada, equivalencia, abandono.
Vivir en compañía de otro u otros.
- Educación: Analfabeta, Primaria, secundaria, especial.
Nivel que alcanza durante el proceso educativo.
- Ocio: Radio, ejercicios, Televisión, Lectura, ninguna, otra.
Tiempo libre que se dedica a actividades que no son ni trabajo ni tareas domésticas o académicas, y pueden ser recreativas.
- Participación comunitaria: Si, No
Formar parte de la comunidad.

2.5. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

Características bio-psico-sociales: Pertenece o relativo al conjunto de aspectos biológicas, psicológicas y sociales de la vida.

Retraso Mental: Trastorno caracterizado por función intelectual inferior a la

media, con déficits o anomalías en la capacidad de aprendizaje y adaptación social.

Edad: Tiempo que ha vivido una persona.

Género: Grupo al que pertenecen los seres humanos de cada sexo.

Antecedentes personales: Resumen de datos personales (prenatales, perinatales, postnatales) que se almacenan en la historia clínica del mismo.

Antecedentes familiares psiquiátricos: Resumen de datos familiares psiquiátricos (consanguinidad, retraso mental familiar, abortos previos) que se almacenan en la historia clínica del mismo.

Trastornos mentales: Síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar o a una discapacidad.

Terapia: Tratamiento de una enfermedad o de cualquier otra disfunción.

Medicación psiquiátrica: Administración metódica de uno o más medicamentos con un fin terapéutico determinado prescrita por un médico psiquiátrica.

Convivencia: Vivir en compañía de otro u otros.

Educación: Instrucción por medio de la acción docente.

Ocio: Tiempo libre de una persona.

Participación comunitaria: Formar parte de la comunidad.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO DE ESTUDIO

Según la intervención del investigador: Estudio observacional

Las variables no son manipuladas, exclusivamente son observadas y analizadas.

Según el alcance que tienen de demostrar una relación causal es: Estudio descriptivo

Se orienta a profundizar casos específicos y no a generalizar (niños y adolescentes con Retraso Mental Leve y Moderado), su preocupación es cualificar y describir (características biopsicosociales)

Según el número de mediciones de las variables de estudio: Estudio transversal

Se realizó con los datos obtenidos en el periodo 2016.

Según la planificación de la toma de datos: Estudio retrospectivo

El estudio es posterior a los hechos estudiados y los datos se obtienen de archivos (historia clínica).

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN: Descriptivo- Transversal

3.2. ÁREA DE ESTUDIO

Servicio de Psiquiatría del niño y del adolescente del Hospital Victor Larco Herrera

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

Población: 165 niños y adolescentes (entre niños y adolescentes) con Retraso Mental Leve y Moderado en el Hospital Víctor Larco Herrera durante el año 2016. (Fuente: Oficina de Estadística e Informática del Hospital Víctor Larco Herrera)

Criterios de Inclusión

- Niños y adolescentes de ambos géneros.
- Niños y adolescentes de edades entre 4 y 17 años 11 meses 30 días.
- Niños y adolescentes con retraso mental Leve o Moderado.
- Historia clínica abordable y con información requerida completa.

Criterios de Exclusión

- Niños y adolescentes con Retraso Mental sin especificación.

Muestra: No hay muestra, se está tomando a toda la población.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se empleó técnica de observación (recolección de documentación), durante el periodo de estudio para recolectar información de fuente principal que corresponde a las historias clínicas del servicio de Psiquiatría de los niños y adolescentes.

El instrumento será una ficha de recolección de datos, elaborado por el autor del estudio, el cual cuenta con 11 ítems dividida en 3 partes: características biológicas (edad, género, antecedentes personales, antecedentes familiares psiquiátricos) características psicológicas (trastorno mental asociado, terapia, medicación psiquiátrica) y características sociales (convivencia, educación, ocio y participación comunitaria). Siendo esta evaluada y

validada por un especialista en Psiquiatría, un estadista, y el asesor del trabajo. Ver anexo N°2.

Validez del instrumento

Se realizó el Juicio de Expertos, entrevistando a X profesionales considerados expertos en el tema motivo de investigación, a cada uno de los cuales se le presentó un resumen del Proyecto, el instrumento propuesto por el investigador, y una Guía para la validez, para emitir su juicio de manera individual.

Los juicios emitidos permitieron determinar la consistencia interna del instrumento mediante la prueba binomial, el cual nos señala que el instrumento de observación es válido. (Anexo N°3 y N°4)

3.5. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se ejecutó la autorización de la Dirección del Hospital Victor Larco Herrera y el recojo de datos fue directamente de las historias clínicas, ejecutándose de acuerdo al Cronograma de Actividades en el mes de enero del 2018, por el investigador, para garantizar el cumplimiento del plan de recolección.

Se coordinó con el personal de la institución que intervino en el estudio.

3.6. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Se identificó las historias clínicas de los niños y adolescentes que se encuentran dentro del periodo de estudio (2016).

Se recolectó información correspondiente a las características de la población de investigación, mediante la técnica de observación (recolección de documentación), de la fuente principal (historias clínicas), que se procedió a registrar en una ficha de registro, para lo cual se identificó a cada paciente

con su respectivo código. Una vez identificados las características, se procedió a ordenar, clasificar, codificar y tabular, según los criterios definidos en la operacionalización de variables, registrándolo en una hoja de cálculo en el programa Microsoft Office Excel 2010, para luego realizar su correspondiente análisis en el programa estadístico SPSS versión 24.0.

Para nuestra variable cualitativa se determinó en tablas de referencia y diagrama de barras o rectangulares, para presentar y sintetizar la información del estudio.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1. RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS

TABLA N° 01.

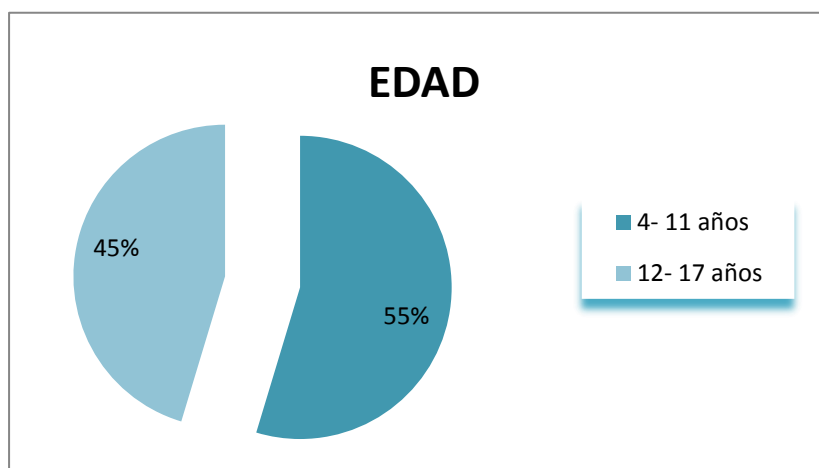
Distribución por etapa de vida en años en pacientes con retraso mental leve y moderado en el Hospital Víctor Larco Herrera, 2016.

ETAPA DE VIDA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
4- 11 años	82	55%
12- 17 años	68	45%
TOTAL	150	100%

Fuente: Hospital Víctor Larco Herrera- Archivo de historias clínicas,2016.

GRÁFICO N°01.

Distribución por etapa de vida en años en pacientes con retraso mental leve y moderado en el Hospital Víctor Larco Herrera, 2016.



Fuente: Hospital Víctor Larco Herrera- Archivo de historias clínicas,2016.

Interpretación: En el análisis del ítem, el rango de edad más frecuente diagnosticado con Retraso Mental es la de **4 -11 años** que corresponde a la etapa de vida de **niño** con un **55% (n=82)**, seguido del rango de edad **12-17 años** con **45% (n=68)**.

TABLA N°02.

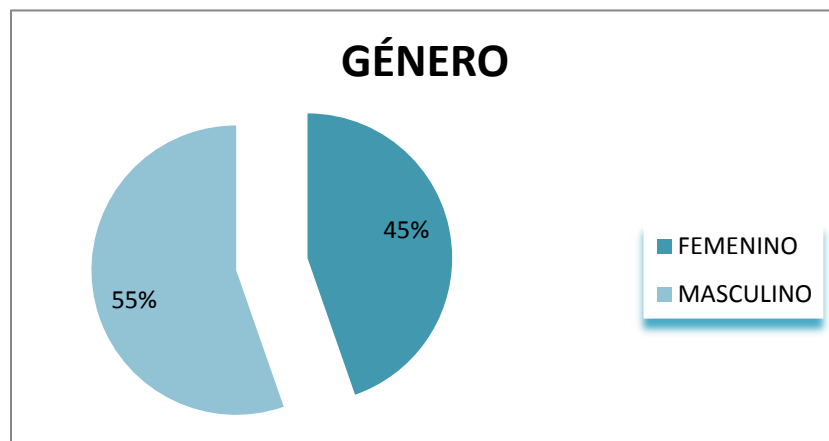
Distribución por género en los pacientes con retraso mental leve y moderado en el Hospital Victor Larco Herrera, 2016.

GÉNERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FEMENINO	67	45%
MASCULINO	83	55%
TOTAL	150	100%

Fuente: Hospital Victor Larco Herrera- Archivo de historias clínicas, 2016.

GRÁFICO N° 02.

Distribución por género en los pacientes con retraso mental leve y moderado en el Hospital Victor Larco Herrera, 2016.



Fuente: Hospital Victor Larco Herrera- Archivo de historias clínicas, 2016.

Interpretación: En el análisis del ítem, de los 150 niños y adolescentes con Retraso Mental diagnosticadas en Hospital Victor Larco Herrera se identificó **83 pacientes (55%)** del género masculino y **67 (45%)** del género femenino.

TABLA N°03.

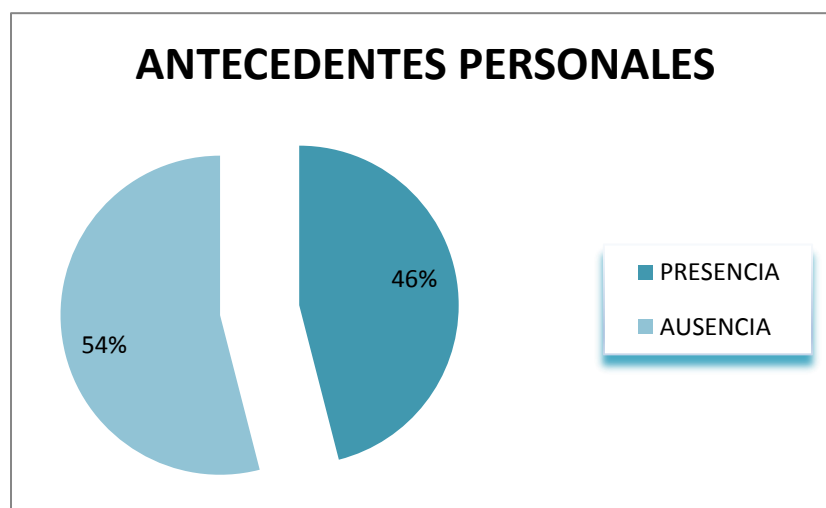
Distribución de presencia de antecedentes personales en los pacientes con retraso mental leve y moderado en el Hospital Victor Larco Herrera, 2016.

ANTECEDENTES PERSONALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRESENCIA	69	46%
AUSENCIA	81	54%
TOTAL	150	100%

Fuente: Hospital Victor Larco Herrera- Archivo de historias clínicas, 2016.

GRÁFICO N°03.

Distribución de presencia de antecedentes personales en los pacientes con retraso mental leve y moderado en el Hospital Victor Larco Herrera, 2016.



Fuente: Hospital Victor Larco Herrera- Archivo de historias clínicas, 2016.

Interpretación: En el análisis del ítem, de los **150** niños y adolescentes con Retraso Mental diagnosticadas en Hospital Victor Larco Herrera se identificó **81 (54%)** que no presentó ningún antecedente familiar y **69 (46%)** sí los presentó.

TABLA N°04.

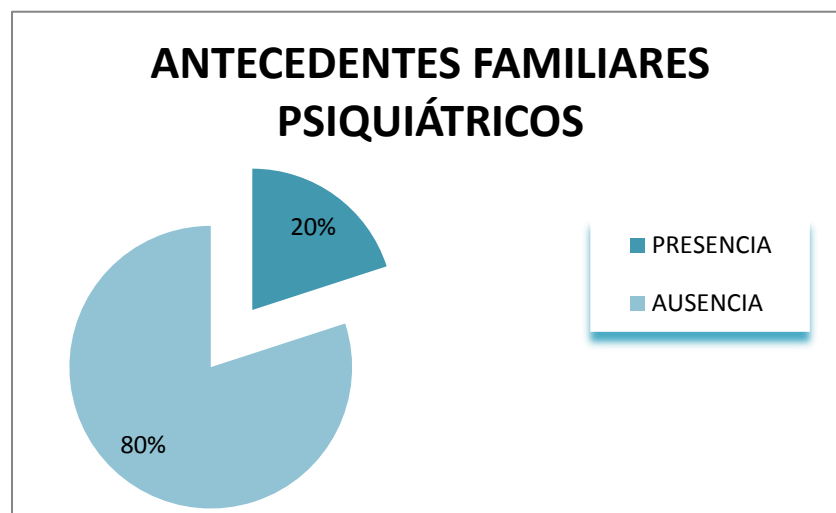
Distribución de presencia de antecedentes familiares psiquiátricos en pacientes con retraso mental leve y moderado en el Hospital Víctor Larco Herrera, 2016.

ANTECEDENTES FAMILIARES PSIQUIÁTRICOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRESENCIA	30	20%
AUSENCIA	120	80%
TOTAL	150	100%

Fuente: Hospital Víctor Larco Herrera- Archivo de historias clínicas, 2016.

GRÁFICO N°04.

Distribución de presencia de antecedentes familiares psiquiátricos en pacientes con retraso mental leve y moderado en el Hospital Víctor Larco Herrera, 2016.



Fuente: Hospital Víctor Larco Herrera- Archivo de historias clínicas, 2016.

Interpretación: En el análisis del ítem, el gráfico refleja que de los **150** niños y adolescentes con Retraso Mental en el Hospital Víctor Larco Herrera se identificó un **30 (80%)** que no presenta ningún antecedente familiar y un **120 (20%)** sí los presenta.

CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS

TABLA N°05.

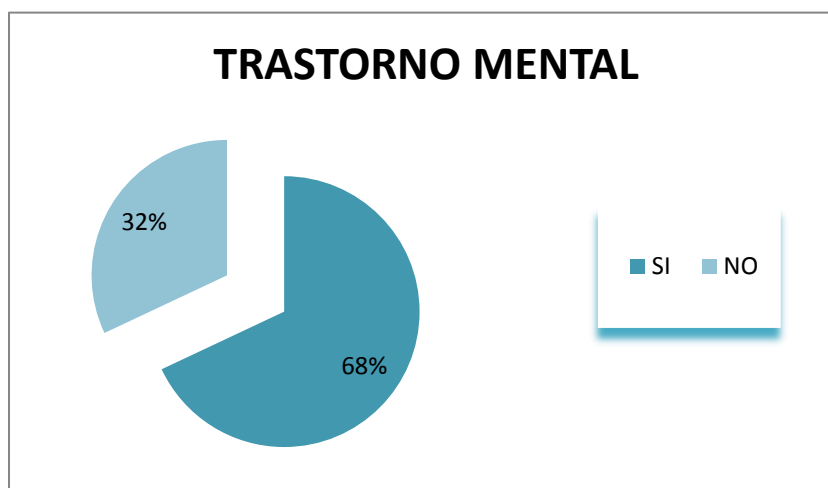
Distribución por presencia de algún trastorno mental en pacientes con retraso mental leve y moderado en el Hospital Victor Larco Herrera, 2016.

TRASTORNO MENTAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	102	68%
NO	48	32%
TOTAL	150	100%

Fuente: Hospital Victor Larco Herrera- Archivo de historias clínicas, 2016.

GRÁFICO N°05.

Distribución por presencia de trastorno tipo de trastorno del pensamiento en pacientes con retraso mental leve y moderado en el Hospital Victor Larco Herrera, 2016.



Fuente: Hospital Victor Larco Herrera- Archivo de historias clínicas, 2016.

Interpretación: En el análisis del ítem, el gráfico refleja que de los **150** niños y adolescentes con Retraso Mental en el Hospital Victor Larco Herrera la población más numerosa con **68% (n=102)** está asociado a algún trastorno mental, y un **32% (n=48)** no lo presenta.

TABLA N°06.

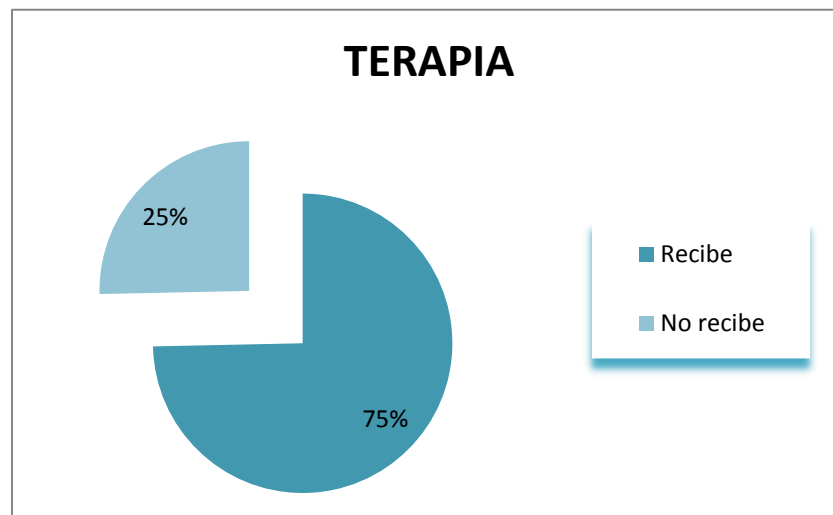
Distribución de recepción de terapia en pacientes con retraso mental leve y moderado en el Hospital Victor Larco Herrera, 2016.

TERAPIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
RECIBE	112	75%
NO RECIBE	38	25%
TOTAL	150	100%

Fuente: Hospital Victor Larco Herrera- Archivo de historias clínicas, 2016.

GRÁFICO N°06.

Distribución de recepción de terapia en pacientes con retraso mental leve y moderado en el Hospital Victor Larco Herrera, 2016



Fuente: Hospital Victor Larco Herrera- Archivo de historias clínicas, 2016.

Interpretación: En el análisis del ítem, el gráfico refleja que de los **150** niños y adolescentes con Retraso Mental en el Hospital Victor Larco Herrera el **75% (n=112)** recibe terapia y un **25% (n=38)** no lo recibe.

TABLA N°07.

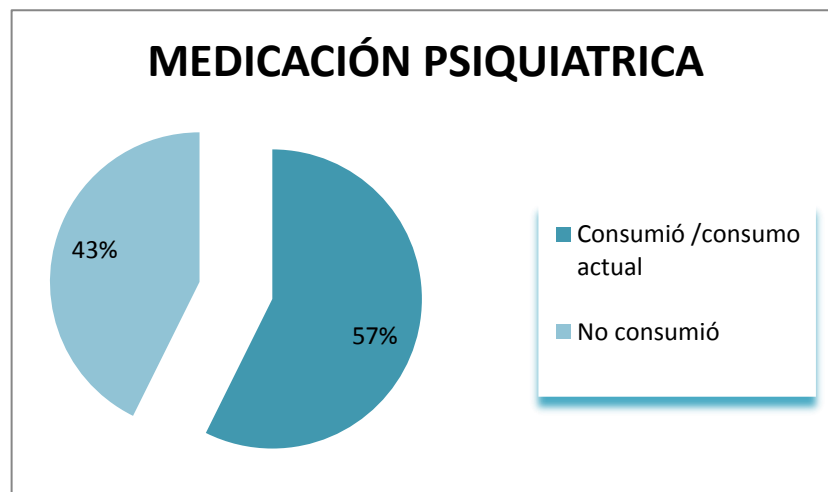
Distribución por consumo de medicación psiquiátrica en pacientes con retraso mental leve y moderado en el Hospital Victor Larco Herrera, 2016.

MEDICACIÓN PSIQUIATRICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CONSUMIÓ /CONSUMO ACTUAL	86	57%
NO CONSUMIÓ	64	43%
TOTAL	150	100%

Fuente: Hospital Victor Larco Herrera- Archivo de historias clínicas, 2016.

GRÁFICO N°07.

Distribución por consumo de medicación psiquiátrica en pacientes con retraso mental leve y moderado en el Hospital Victor Larco Herrera, 2016.



Fuente: Hospital Victor Larco Herrera- Archivo de historias clínicas, 2016.

Interpretación: En el análisis del ítem, el gráfico refleja que de los **150** pacientes entre niños y adolescentes con Retraso Mental en el Hospital Victor Larco Herrera **57% (n=86)** consumen o consumieron medicación prescrita por el psiquiatra, y el **43% (n=64)** no consumen ni consumieron.

CARACTERÍSTICAS SOCIALES

TABLA N°08.

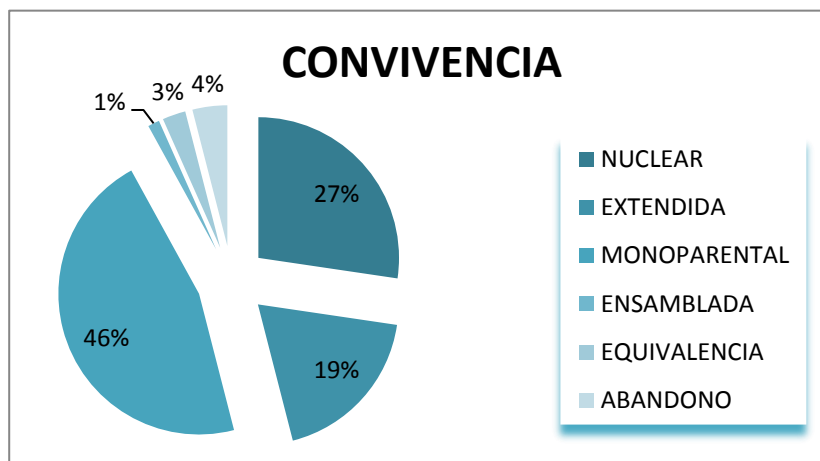
Distribución por convivencia actual en pacientes con retraso mental leve y moderado en el Hospital Victor Larco Herrera, 2016.

CONVIENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NUCLEAR	41	27%
EXTENDIDA	28	19%
MONOPARENTAL	69	46%
ENSAMBLADA	2	1%
EQUIVALENCIA	4	3%
ABANDONO	6	4%
TOTAL	150	100%

Fuente: Hospital Victor Larco Herrera- Archivo de historias clínicas, 2016.

GRÁFICO N°08.

Distribución por convivencia actual en pacientes con retraso mental leve y moderado en el Hospital Victor Larco Herrera, 2016.



Fuente: Hospital Victor Larco Herrera- Archivo de historias clínicas, 2016.

Interpretación: En el análisis del ítem, el gráfico refleja que de los **150** niños y adolescentes con Retraso Mental en el Hospital Victor Larco Herrera se identificó **144 pacientes (96%)** conviven en familia dentro de los cuales la más representativa es la familia monoparental con **46%** seguida de la familia nuclear **27%** y una menor frecuencia de **6 pacientes (4%)** se encuentra en abandono.

TABLA N°09.

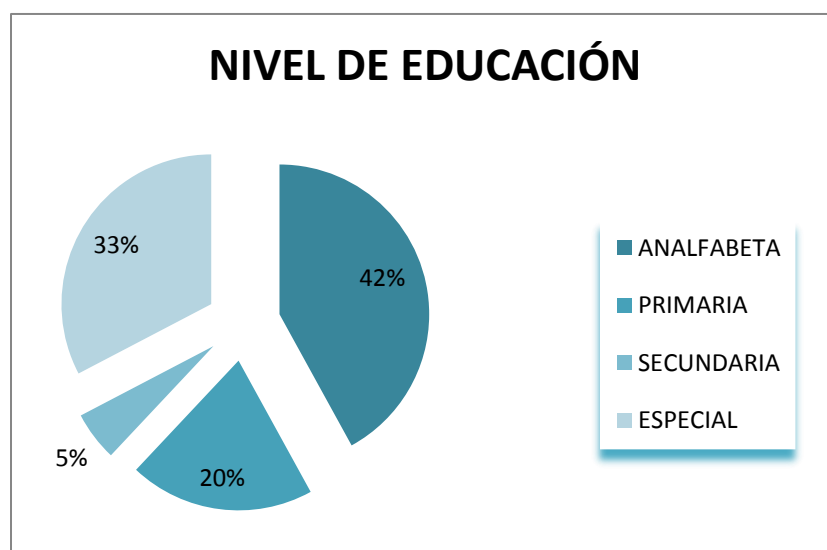
Distribución por nivel de educación en pacientes con retraso mental leve y moderado en el Hospital Victor Larco Herrera, 2016.

NIVEL DE EDUCACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ANALFABETA	63	42%
PRIMARIA	30	20%
SECUNDARIA	8	5%
ESPECIAL	49	33%
TOTAL	150	100%

Fuente: Hospital Victor Larco Herrera- Archivo de historias clínicas, 2016.

GRÁFICO N°09.

Distribución por nivel de educación en pacientes con retraso mental leve y moderado en el Hospital Victor Larco Herrera, 2016.



Fuente: Hospital Victor Larco Herrera- Archivo de historias clínicas, 2016.

Interpretación: En el análisis del ítem, el gráfico refleja que de los **150** niños y adolescentes con Retraso Mental en el Hospital Victor Larco Herrera se identificó que la población más numerosa es analfabeta **42% (n=63)**, seguida de una población que estudia en un centro educativo especial con un **33% (n=49)** y un **25% (n=38)** con educación escolarizada.

TABLA N°10.

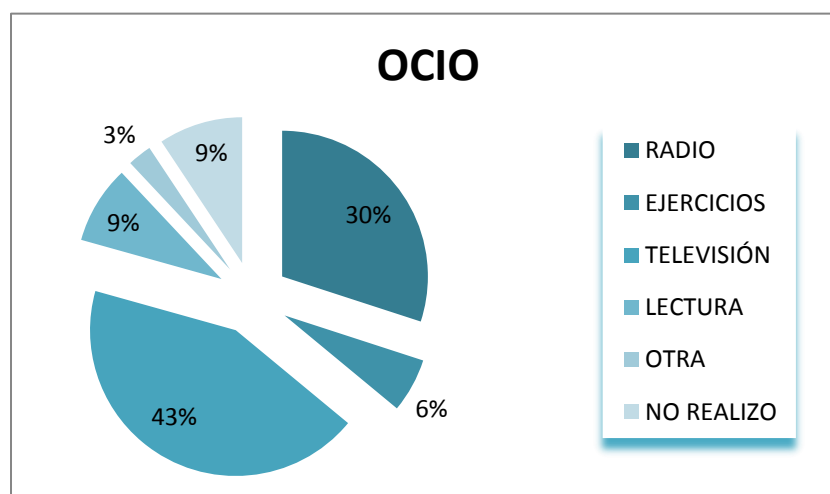
Distribución por tipo de ocio en pacientes con retraso mental leve y moderado en el Hospital Victor Larco Herrera, 2016.

OCIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
RADIO	45	30%
EJERCICIOS	9	6%
TELEVISIÓN	65	43%
LECTURA	13	9%
OTRA	4	3%
NO REALIZA	14	9%
TOTAL	150	100%

Fuente: Hospital Victor Larco Herrera- Archivo de historias clínicas, 2016.

GRÁFICO N°10.

Distribución por tipo de ocio en pacientes con retraso mental leve y moderado en el Hospital Victor Larco Herrera, 2016.



Fuente: Hospital Victor Larco Herrera- Archivo de historias clínicas, 2016.

Interpretación: En el análisis del ítem, el gráfico refleja que de los **150** niños y adolescentes con Retraso Mental en el Hospital Victor Larco Herrera se identificó que el pasatiempo más frecuente es la televisión **46% (n=69)**, seguida de escuchar radio con **28% (n=42)**, practica la lectura en un **10% (n=15)**, práctica de ejercicios **8% (n=13)** y un pequeño grupo de **5% (n=7)** no realiza.

TABLA N°11.

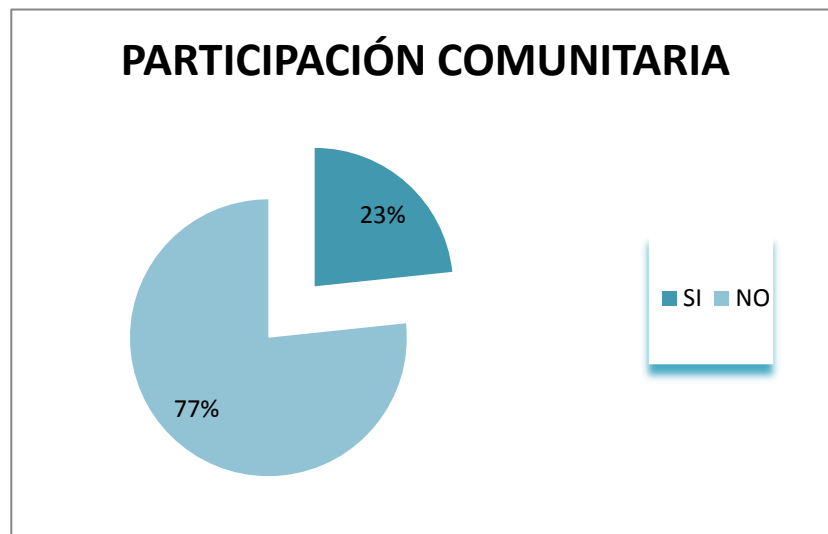
Distribución por presencia de participación comunitaria en pacientes con retraso mental leve y moderado en el Hospital Víctor Larco Herrera, 2016.

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	35	23%
NO	115	77%
TOTAL	150	100%

Fuente: Hospital Víctor Larco Herrera- Archivo de historias clínicas, 2016.

GRÁFICO N°11.

Distribución por presencia de participación comunitaria en pacientes con retraso mental leve y moderado en el Hospital Víctor Larco Herrera, 2016.



Fuente: Hospital Víctor Larco Herrera- Archivo de historias clínicas, 2016.

Interpretación: En el análisis del ítem, el gráfico refleja que de los **165** niños y adolescentes con Retraso Mental en el Hospital Víctor Larco Herrera se identificó que la población más numerosa no participa en ninguna actividad comunitaria **56% (n=79)**, y el **15% (n=21)** si lo hace.

TABLA N°12.

Resumen de las características biopsicosociales en pacientes con retraso mental leve y moderado en el Hospital Víctor Larco Herrera, 2016.

ITEMS	n (%)		n (%)	
	4-11 años		12- 17 años	
CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS	ETAPA DE VIDA		82 (55%)	
	GÉNERO		68 (45%)	
	Femenino		Masculina	
	67 (45%)		83 (55%)	
CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS	ANTECEDENTES PERSONALES		Ausencia	
	Presencia		81 (54%)	
	ANTECEDENTES FAMILIARES PSIQUIÁTRICOS		Ausencia	
	Presencia		120 (80%)	
CARACTERÍSTICAS SOCIALES	TRASTORNO MENTAL		Si	
	No		No	
	102 (68%)		48 (32%)	
CARACTERÍSTICAS SOCIALES	TERAPIA		No recibe	
	Recibe		38 (25%)	
	MEDICACIÓN PSIQUIÁTRICA		No consume	
	Consume		64 (43%)	
CARACTERÍSTICAS SOCIALES	CONVIVENCIA		Ejercicio	
	Nuclear		Otro	
	41 (27%)		4 (3%)	
	Analfabeta		Especial	
63 (42%)		49 (33%)		
CARACTERÍSTICAS SOCIALES	NIVEL DE EDUCACIÓN		Secundaria	
	Primaria		Especial	
	30 (20%)		49 (33%)	
	OCIO		No realiza	
Televisión		14 (9%)		
65 (43%)		14 (9%)		
CARACTERÍSTICAS SOCIALES	PARTICIPACIÓN COMUNITARIA		Si	
	35 (23%)		115 (77%)	

4.2. DISCUSIÓN

El interés de conocer las características biológicas, psicológicas y sociales radica en que en nuestro país se tiene una alta prevalencia de trastornos psiquiátricos, siendo el principal origen de años perdidos por discapacidad. Y como resultado del malestar de la salud pública por los graves efectos que representa el retraso mental.

En el año 2012, en Bolivia un estudio de caracterización clínica y etiológica de las diferentes discapacidades, constató que el predominio de personas con discapacidad intelectual fue de personas menores de 20 años de edad, presentando el 82% antecedentes personales (prenatal en 34%, perinatal 30% y posnatal 18%); mismo año en México en la investigación de valoración integral en personas con discapacidad intelectual reportó que aproximadamente más de la mitad de los pacientes estudiados presentó daño orgánico cerebral, mismo cantidad presentó problemas de lenguaje, una cuarta parte se acompañaba de algún tipo de trastorno psiquiátrico. No muy alejado en 2013, en Colombia en un estudio donde se determinó la etiología de retraso mental, estimó que 60% eran de género masculino, 59% contó con antecedentes personales (26% antecedentes de prematuridad y 33% hipoxia neonatal), un porcentaje de 25% presentó antecedentes familiares (consanguinidad, retardo mental familiar, abortos previos) y 24% no se determinó la etiología; una investigación más actual en 2017 en Varanasi de factores de riesgo prenatal y postnatal para el retraso mental en niños indicó como principales causas de retraso mental los antecedentes personales (edad materna en el momento de la concepción, el uso excesivo de nicotina y alcohol durante el período prenatal, prematuridad infantil y el trastorno nutricional en el período natal y postnatal); comparando con nuestros resultados hace referencia a una relación, el cual refleja que la niñez es la etapa más frecuente de diagnóstico de retraso mental(55%), al igual que el género masculino (55%). Mientras que en comparación con los

antecedentes personales y familiares psiquiátricos se presentó una ligera disminución, expresando 46% y 20% respectivamente su presencia, esto debe considerarse sólo referencialmente; ya que la metodología, población, lugar y año de estudio de los diferentes trabajos son diferentes.

En relación al aspecto psicológico, en 2010 en Nueva York una revisión sobre farmacoterapia para conductas agresivas en personas con retraso mental donde reporta que tanto como los antecedentes personales y el ambiente donde viven puede asociarse a conducta agresiva, no presentando un diagnóstico de trastorno psicótico, por lo tanto, refleja que existe una falta de respaldo para la administración de antipsicóticos, siendo estos el tratamiento indicado ante la conducta agresiva. Dos años después en Reino Unido en la investigación de terapia cognitivo conductual desde la perspectiva de las personas con discapacidad intelectual leve, quienes a su vez tenían problemas de ansiedad, depresión e ira, expresó beneficio junto a cambios positivos con respecto a su experiencia de la terapia cognitiva conductual, un año más tarde en el mismo lugar un estudio de evaluar la eficacia de las terapias psicológicas para las personas con discapacidad intelectual expresa que en niños y adolescentes con retraso mental asociado a algún trastorno psiquiátrico la terapia eficaz fue la cognitivo conductual y con mayor efecto las realizadas en intervenciones individuales, realizando la comparación con nuestros resultados a pesar de la población y lugar de los estudios expresa una relación, que gran parte de nuestra población se asocia a algún trastorno mental (68%), concomitantemente recibe terapia psicológica (75%), y un menor porcentaje medicación psiquiátrica (57%) no precisando el motivo del uso, teniendo en cuenta para ello mayor estudio.

Con respecto a las características sociales estudios en España en 2009 una investigación sobre el ocio en las personas con discapacidad intelectual identifico al ocio esencial en calidad de vida, presentando algunos de los impedimentos en su acceso y participación social como la autodeterminación

limitada, escasas relaciones de amistad (educación secundaria), la dependencia de su tutor, difícil acceso a los recursos que prestan los servicios, edad y gravedad de la discapacidad. Las actividades que realizan la mayor parte son ver televisión y escuchar radio, pero aproximadamente 40% no hace nada, el 12% actividades manuales y artísticas y un 5% actividades deportivas y excursiones; y en el 2012 un artículo que describe resultados sobre la inclusión educativa de alumnos con discapacidad intelectual expresando que los obstáculos se inician en el nivel de secundaria etapa en la cual donde se interacciona socialmente. Posteriormente en 2013 en Lima un estudio que tuvo la finalidad de conocer el funcionamiento familiar en niños con retraso mental reportó que un 48% tiene tendencia a la disfuncionalidad familiar, 38% pertenece a una familia semi-relacionada, 42% presentan alteraciones en la dinámica familiar. En 2014, en Australia estudio que compara la experiencia de la participación en actividades escolares externas de niños con discapacidad intelectual y sus compañeros con desarrollo típico, dando a conocer que los niños con discapacidad intelectual participaban en menor frecuencia en actividades recreativas, sociales, de enriquecimiento familiar y formales en la comunidad que los niños con desarrollo típico; comparando estos estudios con nuestros resultados que gran porcentaje vive en una familia monoparental, teniendo un mayor porcentaje a niños y adolescentes sin ningún nivel de educación junto a un escaso valor de 5% que se encuentra en el nivel de secundaria, en relación a actividades en momentos de ocio su principal pasatiempo fue ver televisión, seguido de escuchar radio, por ultimo teniendo en cuenta nuestro último ítem que expresa una mínima participación comunitaria (23%).

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- La niñez es la etapa más frecuente de diagnóstico de retraso mental, al igual que el género masculino, sin embargo, mayor parte de la población de estudio no presento antecedentes personales, ni familiares.
- Gran parte de la población presentó algún trastorno psiquiátrico asociado, que recibe terapia psicológica y medicación psiquiátrica.
- En relación a las características sociales un gran porcentaje pertenece a una familia monoparental, sin educación, siendo su principal pasatiempo ver televisión, asimismo expresa una mínima participación comunitaria.

5.2. RECOMENDACIONES

- Mayor intervención médica multidisciplinar, que será beneficioso en el diagnóstico temprano y tratamiento.
- Fomentar la terapia psicológica tanto para los pacientes como para los familiares contemplando la totalidad de su entorno social y familiar, dando un apoyo pertinente mediante la realización de una charla dirigida.
- Realizar charlas educativas a la comunidad para el conocimiento de los principales padecimientos de las personas con discapacidad intelectual, para así tener en cuenta sus destrezas y capacidades y lograr la inclusión de los mismos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. ¿Qué es la salud mental?. En: <http://www.who.int/features/qa/62/es/> (Fecha de acceso 01 de marzo del 2016).
2. Ministerio de Salud, Defensoría del pueblo, Organización Panamericana de la Salud. Derechos humanos y libertades fundamentales de las personas con discapacidad por enfermedad mental. En: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1021_CPS8.pdf (Fecha de acceso 07 de marzo del 2016).
3. Ministerio de Salud. Día Mundial de la salud mental. En: http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2009/salud_mental/index.html (Fecha de acceso 01 de marzo del 2016).
4. Fondo de las Naciones Unidas para la infancia. Situação Mundial Da Infância 2011. En: https://www.unicef.org/brazil/pt/br_sowcr11web.pdf. (Fecha de acceso 12 de enero de 2018).
5. Oficina de Estadística e Informática del Ministerio de Salud. Reporte Estadístico de la Discapacidad en el Perú 1999-2000. En: <http://www4.congreso.gob.pe/comisiones/2002/discapacidad/documentos/ReporteEstadisticoDiscapacidadPeru1999-2000.pdf> (Fecha de acceso 07 de marzo del 2016).
6. Instituto Nacional de Rehabilitación. Boletín Estadístico del Módulo de Información de Discapacidad. En: http://www.inr.gob.pe/transparencia/relaciones%20publicas/NotasDePrensa2016/Boletin_avance2016.pdf (Fecha de acceso 12 de enero de 2018).
7. Oficina de Estadística e Informática del Hospital Victor Larco Herrera. Análisis situacional de Establecimientos Hospitalarios año 2016. En: https://www.larcoherrera.gob.pe/images/documentos/estadisticas/epidemiologia/2017/ASEH_2016.pdf (Fecha de acceso 3 enero del 2018).
8. Cabarcas L, Espinosa E, Velasco H. Etiología del retardo mental en la infancia: experiencia en dos centros de tercer nivel. *Biomédica*, 2013; 33: 402-410.

9. Taboada LN; Minaya RG. Caracterización clínica y etiológica de las diferentes discapacidades en el Estado Plurinacional de Bolivia, 2009-2010. *Revista Peruana de Epidemiología*; 16 (3): 01-07.
10. Cabada RE, Camarillo ON, Esquivel HM, Zamora VA, Montoya RM, Alamilla OE. Valoración integral de adolescentes y adultos con discapacidad intelectual e integración de grupos de apoyo. *Revista de Especialidades Médico Quirúrgicas*. 2012; 17(4):284-290.
11. Katiyar J, Gupta K. Pre-natal and Post-natal Risk Factors for Mental Retardation among Children in Varanasi. *Studies on Home and Community Science*, 2014: 8 (2):101-107.
12. Pert C, Jahoda A, Stenfert B, Trower P, Dagnan D, Selkir M. Cognitive behavioural therapy from the perspective of clients with mild intellectual disabilities: a qualitative investigation of process issues. *Journal of Intellectual Disability Research*; 2013, 57 (4): 359–369.
13. Vereenoghe L, Langdon PE. Psychological therapies for people with intellectual disabilities: a systematic review and meta-analysis. *Research in Developmental Disabilities*. 2013 Nov;34(11):4085-102.
14. Tsiouris, J. A. Pharmacotherapy for aggressive behaviours in persons with intellectual disabilities: treatment or mistreatment?. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2010; 54: 1–16.
15. Ferrer P, Miscán A, Pino M, Pérez V. Funcionamiento familiar según el modelo Circumplejo de Olson en familias con un niño que presenta retardo mental. *Rev enferm Herediana*. 2013;6(2):51-58.
16. Verdugo M, Rodríguez A. La inclusión educativa en España desde la perspectiva de alumnos con discapacidad intelectual, de familias y de profesionales”. *Revista de Educación*, 2012; 358: 450-470.
17. Badía M, Longo E. El ocio en las personas con discapacidad intelectual: participación y calidad de vida a través de las actividades de ocio. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual* 2009;40(3):30-44.
18. Shields N, King M, Corbett M, Imms C. Is participation among children with intellectual disabilities in outside school activities similar to their

- typically developing peers? A systematic review. *Developmental Neurorehabilitation*. 2014; 17(1): 64-71.
19. Organización Mundial de la Salud. ¿Qué es la salud mental?. En: <http://www.who.int/features/qa/62/es/> (Fecha de acceso 17 de Marzo del 2016).
 20. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre salud mental 2013- 2020. En: http://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/es/ (Fecha de acceso 17 de Marzo del 2016).
 21. World Health Organization. Intellectual Disability. En: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/key-terms-and-definitions-in-mental-health#intellectual> (Fecha de acceso 17 de Marzo del 2016).
 22. Pallab M, Maya M, Colin M, Tarun D, Shekhar S. Prevalence of intellectual disability: a meta-analysis of population-based studies. *Research in Developmental Disabilities*. 2011; 32 (2): 419–436.
 23. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre salud mental 2013- 2020. En: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf?ua=1 (Fecha de acceso 25 de Noviembre del 2018).
 24. Caraveo ME, Zanabria SM, Pérez BV, Aguirre GE, Arciniega BL, Galván GC. Epidemiología y manejo integral de la discapacidad intelectual. *Salud Mental* 2011; 34:443-449.
 25. Ropers HH. Genetics of early onset cognitive impairment. *Annu. Rev. Genomics Hum. Genet.* 2010; 11: 161–187.
 26. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. Definition of Intellectual Disability. En: <http://aaid.org/intellectual-disability/definition#.VuVTXvnhDIW> (Fecha de acceso 25 de Marzo del 2016).
 27. World Health Organization. Definition: intellectual disability. En: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2010/15/childrens-right-to-family-life/definition-intellectual-disability> (Fecha de acceso 25 de Marzo del 2016).

28. World Health Organization. International Classification of Diseases- 10: Versión 2016- Mental Retardation. En: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#/F70-F79> (Fecha de acceso 25 de Marzo del 2016).
29. Simonoff E. Intellectual disability. En: Thapar A, Pine D., Leckman J, Scott S., Snowling M, Taylor E. Rutter's Child and Adolescent Psychiatry. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2015. 719-737.
30. Shapiro BK, Batshaw ML. Intellectual disability. En: Kliegman RM, Stanton BF, St. Geme JW, Behrman RE, Schor NF. Nelson Textbook of Pediatrics. 19ª ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2011: cap 33.
31. World Health Organization. Data and statistics. En: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-and-statistics> (Fecha de acceso 25 de marzo del 2016).
32. Hatton C. Intellectual Disabilities – Classification, Epidemiology and Causes. En: Emerson E, Hatton C, Dickson K, Gone R, Caine A, Bromley J. Clinical Psychology and People with Intellectual Disabilities, Second Edition. Reino Unido: John Wiley & Sons; 2012.
33. Black D, Andreasen N. Texto introductorio de psiquiatría. 1ª edición. México: Editorial El Manual moderno; 2014.
34. World Health Organization. ICD-10 Guide for mental retardation. En: http://www.who.int/mental_health/media/en/69.pdf (Fecha de acceso 25 de marzo del 2016).
35. Shin-Young Y. Diagnostic approach for genetic causes of intellectual disability Journal of Genetic Medicine. 2015; 12: 6-11.
36. Mefford HC, Batshaw ML, Hoffman EP. Genomics, Intellectual Disability, and Autism. N. Engl. J. Med. 2012; 366: 733–743.
37. Turk J. Fragile X syndrome: lifespan developmental implications for those without as well as with intellectual disability. Current Opinion in Psychiatry. 2011; 24: 387-397.

38. Lubs HA, Stevenson RE, Schwartz CE. Fragile X and X-Linked Intellectual Disability: Four Decades of Discovery. *The American Journal of Human Genetics.* ; 90, 579–590.
39. Fairthorne J, Hammond G, Bourke J, De Klerk N, Leonard H. Maternal Psychiatric Disorder and the Risk of Autism Spectrum Disorder or Intellectual Disability in Subsequent Offspring. *Journal of Autism and Developmental Disorders.* 2016; 46 (2): 523-533.
40. Fairthorne J, Jacoby P, Bourke J, de Klerk N, Leonard H. Onset of maternal psychiatric disorders after the birth of a child with intellectual disability: A retrospective cohort study. *Journal of Psychiatric Research.* 2015; 61, 223-230.
41. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision. Version for 2010. En: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/V> (Fecha de acceso 25 de marzo del 2016).
42. Organización Panamericana de Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud- 10a revisión. Washington DC: ©Organización Panamericana de Salud; 2003(3).
43. McCarthy J; O'Hara J. Ill-health and intellectual disabilities. *Curr Opin Psychiatry.* 2011; 24:382–386.
44. Reid K, Smiley E y Cooper A. Prevalence and associations of anxiety disorders in adults with intellectual disabilities. *Mental Health and Intellectual Disability.* 2011; 55 (2): 172-181.
45. Morgan J, Minihan P, Stark P, Finkelman M, Yantsides K, Park A, Nobles C, Tao W, Must A. The oral health status of 4,732 adults with intellectual and developmental disabilities. *J Am Dent Assoc.;* 143 (8):838–846.
46. Anderson L, Humphries K, McDermott S, Marks B, Sisirak J, Larson S. The State of the Science of Health and Wellness for Adults With

- Intellectual and Developmental Disabilities. *Intellect Dev Disabil.* 2013; 51 (5): 385-398.
47. Hilgenkamp T, Reis D, Wijck R, Evenhuis H. Physical activity levels in older adults with intellectual disabilities are extremely low. *Res Dev Disabil.* 2012 ; 33 (2): 477-483.
48. Stancliffe R, Lakin C, Larson S, Engler J, Bershadsky J, Taub S, Fortune J, y Ticha R. Overweight and Obesity Among Adults With Intellectual Disabilities Who Use Intellectual Disability/Developmental Disability Services in 20 U.S. States. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities.* 2011, 116(6): 401-418.
49. Bartlo P y Klein P. Physical Activity Benefits and Needs in Adults with Intellectual Disabilities: Systematic Review of the Literature. *Am J Intellect Dev Disabil.* 2011, 116 (3): 220-232.
50. Badia C, Orgaz B, Verdugo A, Ullán A, Martínez A, Longo A. Inventario de evaluación del ocio en jóvenes y adultos con discapacidad intelectual. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual.* 2011; 42 (3): 7-22.
51. Rodríguez A, Verdugo MA, Sánchez M. Calidad de vida familiar y apoyos para los progenitores de personas con discapacidad intelectual en proceso de envejecimiento. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual.* 2008, 39 (3): 19-34.
52. Scior K. Public awareness, attitudes and beliefs regarding intellectual disability: a systematic review. *Res Dev Disabil.* 2011; 32 (6): 2164- 2182.

BIBLIOGRAFÍA

- Real Academia Española. Edad. En: <http://dle.rae.es/?id=EN8xffh> (Fecha de acceso 12 de enero del 2018).
- Antomás J., Huarte del Barrio S..Confidencialidad e historia clínica: Consideraciones ético-legales. Anales Sis San Navarra. 2011 Abr; 34(1): 73-82.
- Grupo Oceano. Diccionario de Medicina OCÉANO MOSBY. MMIV editorial océano. 4ª ed. 2004.
- Londoño M., La importancia de la psicoterapia cognitivo-conductual en el tratamiento de los trastornos mentales. Poiésis. 2017; 33: 139-145.
- Real Academia Española. Medicación. En: <http://dle.rae.es/srv/search?m=30&w=medicaci%C3%B3n> (Fecha de acceso 12 de enero del 2018).
- Real Academia Española. Convivencia. En: <http://dle.rae.es/?id=AhWzQrv> (Fecha de acceso 12 de enero del 2018).
- Wikipedia, la enciclopedia libre. Ocio. En: <https://es.wikipedia.org/wiki/Ocio> (Fecha de acceso 12 de enero del 2018).
- Trastorno mental. En: http://www.psicomed.net/dsmiv/dsmiv_int_def.html (Fecha de acceso 12 de enero del 2018).
- Real Academia Española. Terapia. En: <http://dle.rae.es/?id=ZWmeaFc> (Fecha de acceso 12 de enero del 2018).
- Real Academia Española. Educación. En: <http://dle.rae.es/?id=EO5CDdh> (Fecha de acceso 12 de enero del 2018).
- Real Academia Española. Ocio. En: <http://dle.rae.es/?id=QrvsNB1> (Fecha de acceso 12 de enero del 2018).

ANEXOS

ANEXO N°01 : OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

CARACTERÍSTICAS BIOPSIICOSOCIALES EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON RETRASO MENTAL LEVE Y MODERADO EN EL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA DURANTE EL PERIODO 2016.

VARIABLE: CARACTERÍSTICAS BIOPSIICOSOCIALES						
SUB-VARIABLES	INDICADORES	N° ITEMS	NIVEL DE MEDICIÓN	CATEGORIA	INSTRUMENTO	% ITEMS
Edad	<ul style="list-style-type: none"> • 4 - 11 años • 12-17 años 	2	De razón	Dicotómica	Ficha de recolección de datos	6.2%
Género	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino 	2	Nominal	Dicotómica		6.2%
Antecedentes personales	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	2	Nominal	Dicotómica		6.2%
Antecedentes familiares psiquiátricos	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	2	Nominal	Dicotómica		6.2%
Problemas psiquiátricos asociados	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	2	Nominal	Dicotómica		6.2%
Terapia	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	2	Nominal	Dicotómica		6.2%
Medicación psiquiátrica	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	2	Nominal	Dicotómica		6.2%
Convivencia	<ul style="list-style-type: none"> • Nuclear • Extendida • Monoparental • Ensamblada • Equivalencia familiar • Abandono 	6	Nominal	Politómica		18.8%
Educación	<ul style="list-style-type: none"> • Analfabeta • Primaria • Secundaria • Especial 	4	Nominal	Politómica		12.5%
Ocio	<ul style="list-style-type: none"> • Radio • Ejercicio • Televisión • Lectura • Otros • No realiza 	6	Nominal	Politómica		18.8%
Participación comunitaria	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	2	Nominal	Dicotómica	6.2%	
TOTAL						100%

ANEXO N°02: INSTRUMENTO

**UNIVERSIDAD SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**

**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
CARACTERÍSTICAS BIOPSIICOSOCIALES EN NIÑOS Y
ADOLESCENTES CON RETRASO MENTAL LEVE -MODERADO EN EL
HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA PERIODO 2016.**

Nº de HC _____ Fecha de recolección: _____

CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS

1. Edad: 1) 4-11. 2) 12-17.
2. Género: 1) Masculino. 2) Femenino.
3. Antecedentes personales: 1) Si.
(prenatales, perinatales, postnatales) 2) No.
4. Antecedentes familiares psiquiátricos: 1) Si.
(consanguinidad, retraso mental familiar, abortos previos) 2) No.

CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS

5. Trastorno mental asociado: 1) Si.
(Depresión, insomnio, hiperactividad, agresión) 2) No.
6. Terapia: 1) Recibe.
 2) No recibe.
7. Medicación psiquiátrica: 1) No ha consumido.
 2) Ha consumido o consumo actual.

CARACTERÍSTICAS SOCIALES

8. Constitución familiar:
 - 1) Nuclear (padres, hijos)
 - 2) Extendida (padres, hijos, tíos)
 - 3) Monoparental (padre o madre e hijos)
 - 4) Ensamblada (reconstituída)
 - 5) Equivalencia familiar (*abuelos, tíos, pareja homosexual*)
 - 6) Abandono (*albergue*)

9. Nivel de educación:

- 1) Analfabeta.
- 2) Primaria.
- 3) Secundaria.
- 4) Especial.

10. Tipo de ocio:

- 1) Radio.
- 2) Ejercicios.
- 3) Televisión.
- 4) Lectura.
- 5) Otros.
- 6) No realiza.

11. Participación comunitaria: 1) Si.
(pertenece a alguna organización) 2) No.

ANEXO N° 03: VALIDEZ DE INSTRUMENTO – CONSULTA DE EXPERTOS

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
1	BIOLÓGICOS Edad	/				/		
2	Género	/				/		
3	Antecedentes personales	/				/		
4	Antecedentes familiares	/				/		
5	PSICOLÓGICOS Trastorno mental asociado	Si	No	Si	No	Si	No	
6	Terapia	/				/		
7	Medicación psiquiátrica	/				/		
8	SOCIALES Convivencia	Si	No	Si	No	Si	No	
9	Educación	/				/		
10	Ocio	/				/		
11	Participación comunitaria	/				/		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable [✓]** **Aplicable después de corregir []** **No aplicable []**

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/Mg: **Luis Enrique Herrera Calderón**
 DNI: **41.33.59.91**

Especialidad del validador: **PSIQUIATRA**

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

17 de Enero del 2018
 Ministerio de Salud
 "Herrera"
 Departamento de Niños y Adolescentes
 Hospital General de Niños y Adolescentes
 Med. Luis Enrique Herrera Calderón
 Médico Psiquiatra
 R.N.E. 26255
 S.M.P. 49745

Firma del Experto Informante.

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
1	BIOLÓGICOS Edad	/				/		
2	Género	/		/		/		
3	Antecedentes personales	/		/		/		
4	Antecedentes familiares	/		/		/		
	PSICOLÓGICOS							
5	Trastorno mental asociado	/	No	/	No	/	No	
6	Terapia	/		/		/		
7	Medicación psiquiátrica	/		/		/		
	SOCIALES							
8	Convivencia	/	No	/	No	/	No	
9	Educación	/		/		/		
10	Ocio	/		/		/		
11	Participación comunitaria	/		/		/		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): /

Opinión de aplicabilidad: Aplicable No aplicable []

Aplicable después de corregir []

No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: ...**FLORIAN TUTAYA, LUIS**..... DNI: **09.607.488**.....

1 de 02 del 2018

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

MINISTERIO DE SALUD
Hospital Nacional "Arzobispo Loayza"

Dr. **LUIS FLORIAN TUTAYA**
JEFE DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA
C.M.P. 32712 - RNE 44773

Firma del Experto Informante.

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
1	BIOLÓGICOS Edad	/		/		/		
2	Género	/		/		/		
3	Antecedentes personales	/		/		/		
4	Antecedentes familiares	/		/		/		
5	PSICOLÓGICOS Trastorno mental asociado	Si	No	Si	No	Si	No	
6	Terapia	/		/		/		
7	Medicación psiquiátrica	/		/		/		
8	SOCIALES Convivencia	Si	No	Si	No	Si	No	
9	Educación	/		/		/		
10	Ocio	/		/		/		
11	Participación comunitaria	/		/		/		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si hay suficiencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X]

No aplicable []


Aplicable después de corregir []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: Aquino Dolores Sava DNI: 07438001

30 de 01 del 2018

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión


Sara Aquino Dolores
 ESTADÍSTICO
 COESPE - 023

Firma del Experto Informante.

ANEXO N°04: VALIDEZ DE INSTRUMENTO - PRUEBA BINOMIAL

Prueba binomial						
		Categoría	N	Prop. observada	Prop. de prueba	Significación exacta (bilateral)
juez1	Grupo 1	SI	11	1,00	,50	,001
	Total		11	1,00		
juez2	Grupo 1	SI	11	1,00	,50	,001
	Total		11	1,00		
juez3	Grupo 1	SI	11	1,00	,50	,001
	Total		11	1,00		
juez4	Grupo 1	SI	11	1,00	,50	,001
	Total		11	1,00		

ANEXO N°05: MATRIZ DE CONSISTENCIA

CARACTERÍSTICAS BIOPSIOSOCIALES EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON RETRASO MENTAL LEVE -MODERADO EN EL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA PERIODO 2016.

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES
<p>Problema general ¿Cuáles son las características biopsicosociales en niños y adolescentes con RM Leve y moderado en el Hospital Victor Larco Herrera periodo 2016?</p> <p>Problemas específicos •¿Cuáles son las características biológicas en niños y adolescentes con retraso mental leve y moderado en el Hospital Victor Larco Herrera periodo 2016?</p> <p>•¿Cuáles son las características psicológicas en niños y adolescentes con retraso mental leve y moderado en el Hospital Victor Larco Herrera periodo 2016?</p> <p>•¿Cuáles son las características sociales en niños y adolescentes con retraso mental leve y moderado en el Hospital Victor Larco Herrera periodo 2016?</p>	<p>Objetivo general Identificar las características biopsicosociales en niños y adolescentes con Retraso Mental Leve y moderado en el Hospital Victor Larco Herrera periodo 2016.</p> <p>Objetivos específicos •Determinar las características biológicas en niños y adolescentes con retraso mental leve y moderado en el Hospital Victor Larco Herrera periodo 2016.</p> <p>•Establecer las características psicológicas en niños y adolescentes con retraso mental leve y moderado en el Hospital Victor Larco Herrera periodo 2016.</p> <p>•Reconocer las características sociales en niños y adolescentes con retraso mental leve y moderado en el Hospital Victor Larco Herrera periodo 2016.</p>	<p>Hipótesis general Por ser un estudio descriptivo no se formula hipótesis.</p>	<p>Características biológicas Edad • 4-11 • 12- 17</p> <p>Género • Masculino • Femenino</p> <p>Antecedentes personales. • Si • No</p> <p>Antecedentes familiares • Si • No</p> <p>Características psicológicas Trastornos mentales Terapia • Si • No</p> <p>Medicación psiquiátrica • Ha usado • No actual</p> <p>Características sociales Constitución familiar • Nuclear • Extendida • Monoparental • Abandono</p> <p>Educación • Analfabeta • Primaria • Secundaria • Especial</p> <p>Ocio • Radio • Lectura • televisión • Otra</p> <p>Participación comunitaria • Si • No</p>
<p>DISEÑO METODOLÓGICO Nivel: Descriptivo Tipo: Cuantitativo, no experimental Alcance: descriptivo Diseño: Descriptivo- transversal</p>	<p>POBLACIÓN 165 niños y adolescentes con Retraso Mental Leve y moderado en el Hospital Victor Larco Herrera periodo 2016. Lima- Perú.</p> <p>Criterios de inclusión •Niños y adolescentes de ambos géneros. •Edades entre 4 y 17 años 11 meses 29 días. •Niños y adolescentes con retraso mental Leve o Moderado. •Historia clínica accesible y con información requerida completa.</p>	<p>TECNICAS E INSTRUMENTOS TECNICA Observación (Recolección de documentación)</p> <p>INSTRUMENTO Ficha de recolección de datos</p>	

