MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
"Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÙ-JAPÒN

N° 253 -2012-SA-DG-INR

Resolución Directoral

Bellavista, 08 de NOVIEMBRE del 2012

Visto el expediente N°010033-2011 e Informe N°586 -2012-DEIDRIFMENT/INR, de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Mentales del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÙ-JAPÒN;

CONSIDERANDO:

Que, con la finalidad de estandarizar la atención de los pacientes que se atienden en los Departamentos de: Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en el Aprendizaje, Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en la Comunicación, Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en las Deficiencias Intelectuales y de Adaptación Social y Departamento de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en el Desarrollo Psicomotor de la Dirección de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral las Funciones Mentales y el Departamento de Investigación, Docencia y Atención en Ayuda al Diagnóstico de la Dirección Ejecutiva de Investigación y Docencia en Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento, los profesionales responsables de las citadas unidades orgánicas han elaborado los documentos técnicos, normativos y orientadores denominados: "Guía Clínica : Guía de Práctica Clínica para Orientar la Evaluación de la Persona con Retraso Mental Grave y Profundo, determinar los tratamientos y servicios de apoyo necesarios para promover su desarrollo, educación, intereses, bienestar personal e incrementar su funcionamiento individual e inclusión en la Comunidad", Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento Médico Rehabilitador del Niño con Hipoacusia Neurosensorial", Guía Técnica: Guía Clínica de la Atención del Paciente con Retardo Mental Leve-Moderado", Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Pautas de Manejo del Trastorno Específico de la Lectura" y Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Pautas de Manejo del Trastorno Específico del Calculo"; Guía Clínica de Atención en Rehabilitación de la Esclerosis Lateral Amiotrofica, Guía Clínica de Atención en Rehabilitación de Traumatismo Cráneo Encefálico y Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para la Detección Temprana y Manejo den Rehabilitación en Parálisis Facial Periférica de Bell para Profesionales del INR, que contienen conceptos, procedimientos y recomendaciones para la atención a pacientes que demandan atención especializada en Medicina Física y Rehabilitación en los citados Departamentos.

Que, los citados documentos técnicos, han sido revisados por el Director Ejecutivo de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Mentales y el Director de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico , órgano asesor en aspectos técnico y normativos ;

Que, en tal virtud, resulta pertinente proceder a la aprobación de las Guía Clínicas propuestas con la Resolución respectiva; para su implementación en el nivel correspondiente.

De conformidad con la Ley N°26842, Ley General de Salud, Ley N°27657, Ley del Ministerio de Salud, su Reglamento, aprobado con Decreto Supremo N°013-2002-SA, Resolución Ministerial N°519-2006-SA/DM, Sistema de Gestión de Calidad en Salud, Resolución Ministerial N°422-2005/MINSA, que aprueba la Norma Técnica para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica NT N°027-MINSA/DGSP-V.01, Resolución Ministerial N°715-2006/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Rehabilitación y en uso de las facultades conferidas;

Con la visaciòn de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Mentales, Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento

..//

./

y la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÙ-JAPÒN;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- *Aprobar los documentos técnicos formulados por los Jefes de los Departamentos de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en el Aprendizaje, Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en la Comunicación, Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en las Deficiencias Intelectuales y de Adaptación Social e Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en el Desarrollo Psicomotor de la Dirección de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral las Funciones Mentales y el Departamento de Investigación, Docencia y Atención en Ayuda al Diagnóstico de la Dirección Ejecutiva de Investigación y Docencia en Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento, denominados:*

1. ***GUIA CLINICA:*** *Guía de Práctica Clínica para Orientar la Evaluación de la Persona con Retraso Mental Grave y Profundo, determinar los tratamientos y servicios de apoyo necesarios para promover su desarrollo, educación, intereses, bienestar personal e incrementar su funcionamiento individual e inclusión en la Comunidad", que consta de Catorce (14) títulos, Bibliografía y un Flujograma: Atención del Paciente con Retardo Mental Grave y Profundo, que forman parte integrante de la presente resolución.*

2. ***GUIA CLINICA:*** *Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento Médico Rehabilitador del Niño con Hipoacusia Neurosensorial", que consta de Ocho (08) títulos y Dos (02) anexos, que forman parte integrante de la presente resolución.*

3. ***GUIA CLINICA:*** *Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Pautas de Manejo del Trastorno Específico de la Lectura", que consta de Seis (06) títulos, un flujograma de Atención al Paciente con trastorno Específico de la Lectura y la bibliografía, que forman parte integrante de la presente resolución.*

4. ***GUIA CLÌNICA:*** *Guía Clínica de la Atención del Paciente con Retardo Mental Leve-Moderado", que consta de Seis (06) títulos, bibliografía y un Flujograma de Atención al Paciente con Retardo Mental Leve o Moderado Menor de 12 Años, que forman parte integrante de la presente resolución.*

5. ***GUIA CLINICA:*** *Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Pautas de Manejo del Trastorno Específico del Calculo", que consta de seis (06) títulos, un Flujograma de Atención al Paciente con Trastorno Especifico de Cálculo y la bibliografia, que forman parte integrante de la presente resolución.*

6. ***GUIA CLINICA:*** *Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento Médico Rehabilitador del Niño (0-7 Años) con Displasia del Desarrollo de la Cadera en el Tercer Nivel de Atención, que consta de Veintidós (22) folios, que forman parte integrante de la presente resolución.*

7. ***GUIA CLÌNICA:*** *Manejo de Rehabilitación en Tortícolis Muscular Congénita , que consta de Once (11) títulos, Fluxograma y bibliografía, que forman parte integrante de la presente resolución.*

..//

8. ***GUIA TÈCNICA:*** *Guía de Práctica Clínica para la Detección Temprana y Manejo en Rehabilitación en Parálisis Facial Periférica de Bell para Profesionales del INR que consta de Diecinueve (19) folios, que forman parte integrante de la presente resolución.*

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
"Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÙ-JAPÒN

Nº 253 -2012-SA-DG-INR

Resolución Directoral

Bellavista, 08 de NOVIEMBRE del 2012

./

Articulo 2º.- Encargar a la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Mentales la difusión e implementación de los documentos técnicos aprobados, en el ámbito correspondiente.

Regístrese y Comuníquese,

INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
"DRA. ADRIANA REBAZA FLORES"
AMISTAD PERÚ-JAPÓN

Dr. Fernando A. Urcia Fernández
DIRECTOR GENERAL
CMP. Nº 16500 RNE. Nº 6819

Dr. R. ALCALA R.

Dr. BEJAR V

V°B°

FAUF/EC
RD186-2012
C.C. DEIDRIFMENTALES
Unidades Orgánicas
Responsable de la Pag. Web-INR

Dr. BEJAR V.

MINISTERIO DE SALUD

INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION"DRA. ADRIANA REBAZA FLORES"

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y REHABILITACIÓN INTEGRAL EN FUNCIONES MENTALES

DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION, DOCENCIA Y REHABILITACION INTEGRAL EN LAS DEFICIENCIAS INTELECTUALES Y DE ADAPTACIÓN SOCIAL

GUIA TÉCNICA: Guía de práctica Clínica para orientar la evaluación de la persona con retraso mental grave y profundo , determinar los tratamientos y servicios de apoyo necesarios para promover su desarrollo, educación, intereses, bienestar personal e incrementar su funcionamiento individual e inclusión en la comunidad.

CIE 10: F72-F73

Nivel III-2

BELLAVISTA – CALLAO

2012

Dr. BEJAR V.

Dr. Fernando Urcia F

I.-Nombre:

Guía clínica para Retardo Mental Grave y Profundo

II.-Finalidad.-

Orientar la evaluación multidimensional de la persona con retraso mental grave o profundo, con base en los contextos en los que se desenvuelve a partir de los cuales se determinaran los tratamientos y servicios de apoyo que necesitan para promover su desarrollo, educación, intereses, bienestar personal, incrementar su funcionamiento individual e inclusión en la comunidad.

III.- OBJETIVO:

Estandarizar los procedimientos relacionados con la atención médica en rehabilitación a nivel de INR de personas con retraso mental grave o profundo, proporcionando a los médicos rehabilitadores una herramienta para la toma de decisiones basada en evidencia científica en los procesos de evaluación, diagnóstico, tratamiento y manejo integral.

Dr. BEJAR V

III.-ÁMBITO DE APLICACIÓN:

La presente guía de práctica clínica es de aplicación en el Instituto Nacional de rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores ", Amistad Perú – Japón, institución de nivel de complejidad III-2 ,su conocimiento es obligatorio para los médicos especialistas en medicina de rehabilitación quienes para lograr la rehabilitación integral de la persona con retraso mental grave o profundo , indica , dirige, evalúa, coordina acciones a realizar por cada profesional del equipo multidisciplinario (médicos de especialidades afines, tecnólogos médicos especialistas en terapia física, ocupacional, de lenguaje, psicólogos, trabajadoras sociales ,y profesores).

IV.-ENTIDAD A ESTANDARIZAR

CÓDIGO CIE.10: F 72

F 73

VI.- DEFINICIÓN

6.1 Definición (1)

El Retraso Mental es una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa tal como se manifiesta en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad

Comienza antes de los 18 años

Son esenciales las premisas:

1.- Las limitaciones en el funcionamiento presente deben considerarse en el contexto de ambientes comunitarios típicos de los iguales en edad y cultura.

2.-Una evaluación válida ha de tener en cuenta la diversidad cultural y lingüística, así como las diferencias en comunicación y en aspectos sensoriales, motores y comporta mentales.

3.-En una persona las limitaciones a menudo coexisten con las capacidades.

4.-Un propósito importante de describir limitaciones es el desarrollar un perfil de los apoyos necesarios.

5.- Si se ofrecen los apoyos personalizados apropiados durante un período prolongado, el funcionamiento vital de la persona con retraso mental mejorará.

6.2 . Etiología:

Es un constructor multifactorial (4,6,8,9),compuesto por cuatro categorías de factores de riesgo (biomédicos, sociales, conductuales y educativos).

En el retraso mental grave se encuentra mayormente causa orgánica (6)

La mayoría de personas con retraso mental profundo presentan una enfermedad neurológica identificada (4).

Los factores biomédicos pueden estar presentes en personas con retraso de origen cultural familiar y los factores de riesgo sociales, conductuales y educativos pueden estar presentes en personas con retraso mental severo de origen biológico (4).

6.3 Fisiopatología:

Variable de acuerdo a la etiología.

6.4 Aspectos epidemiológicos

La prevalencia del retraso mental no se conoce exactamente ,pero la OMS estima que en poblaciones industrializadas afecta aproximadamente al 3% de la población, la prevalencia del retraso mental grave es muy inferior al leve (0.4 % frente al 2.5 – 3 %) 61

La incidencia de retraso mental es difícil de calcular en forma precisa porque no se puede afirmar cuándo adquiere una persona el retraso mental (6)

Dr. Fernando Urcia F.

La prevalencia de retardo mental en Estados Unidos se estima en 3 % (6)

El grupo con retraso mental grave incluye el 3-4% de las personas con retraso mental, y las personas afectadas por retraso mental profundo constituyen el 1 – 2 % de las personas con retraso mental. (4)

De los principales trastornos que ocasionaron deficiencias en los pacientes atendidos en los servicios de rehabilitación del Perú en los años 1999-2000 el trastorno de las funciones mentales superiores representa el 2.0% (2)

De los daños que ocasionaron deficiencias en la funciones mentales superiores el retardo mental constituye el 2.3% de los pacientes y produjo el 34.20% de discapacidades severas en los atendidos en los servicios de rehabilitación en Perú en el año 1998 (3)

VII.-FACTORES DE RIESGO (1)

se consideran por el tipo de factores y por el momento de aparición

7.1 Por tipo de factores:

Dr. BEJAR V

a.-Biomédico : Relacionado con procesos biológicos como desordenes genéticos o la nutrición.

b.- social: relacionados con la interacción social y familiar como estimulación y respuesta de los adultos.

c.- Conductual: relacionados a conductas peligrosas como abuso de sustancias de la madre.

d.- Educativo: que promueven el desarrollo mental y habilidades de adaptación.

7..2.- Factores causales por el momento de aparición: relacionado con el concepto de causalidad intergeneracional (Factores que interactúan través de la vida del individuo y de generaciones de padres a hijos).

a.-Factores genéticos.(61)

Desordenes hereditários o cromosómicos

Síndrome de Down. (11)

Síndrome de cromosoma X frágil (12).

Prader- Willi (13).

Síndrome de Rett (14).

Neurofibromatosis (15)

Esclerosis tuberosa (16)

Síndrome Lesch Nyhan (17),

Adrenoleucodistrofia (18)

b.-Factores hereditários

Fenilcetonuria . (19)
Galactosemia (20)
Síndrome de Mowat-Wilson. (21)
Enfermedad de Tay Sachs.(22)

c.- Factores adquiridos

c.1Congénito

3.1.1 Metabólicos : Hipotireoidismo neonatal. (23,24)
3.1.2 Tóxico: Envenenamiento por plomo (25) Síndrome alcohólico Fetal (26) y la exposición prenatal a sustancias (27)
3.1.3 Infecciosas: Rubéola (28), Citomegalovirus (29), Sífilis (30), Toxoplasmosis (31) Herpes Genital tipo II (32)

c.2Del desarrollo

c.2.1**Durante el período prenatal:** Pre- Eclampsia (33), Diabetes no controlada (34), Desnutrición (35), Hemorragias Vaginales (36), Placenta previa (37) y Prolapso del cordón umbilical (38)

c.2.2**Durante el período perinatal:** Sufrimiento fetal prolongado con anoxia neonatal, (39), Asfixia neonatal (40), aplicación inadecuada del fórceps (41) y de la Maniobra de Kristeller (42).

c.2.3 **Durante el puerperio:** Encefalopatía por hiperbilirrubinemia (36), Traumatismo cráneo encefálico (41) e Infecciones como la Encefalitis y Meningitis. (38)

d.- Consideraciones ambientales: Las características ambientales pueden facilitar o impedir el crecimiento, desarrollo, bienestar y satisfacción de La persona (9)

VIII.- CUADRO CLÍNICO

8.1. Cuadro clínico retraso mental grave:

Lenguaje: Durante los primeros años de la niñez adquieren un lenguaje comunicativo escaso o nulo. Durante la edad escolar pueden aprender a hablar (4).

Actividades de vida diaria: pueden ser adiestrados en habilidades elementales de cuidado personal. En años adultos pueden ser capaces de realizar tareas simples estrechamente supervisadas en instituciones (4).

Sociabilidad: En su mayoría se adaptan bien a la vida en la comunidad, sea en hogares colectivos o con sus familias, a no ser que sufran alguna discapacidad asociada que requiera cuidados especializados o cualquier otro tipo de asistencia.(4).

Escolaridad: Se benefician solo limitadamente de enseñanza de materias preacadémicas como la familiaridad con el alfabeto y el cálculo simple, pero pueden dominar ciertas habilidades como el aprendizaje de la lectura global de algunas palabras imprescindibles para la supervivencia (4).

8.2. Cuadro clínico del retraso mental profundo:

Actividades de vida diaria: totalmente dependientes muy limitada capacidad de cuidar sus necesidades básicas, requieren ayuda y supervisión constante , movilidad muy restringida o totalmente inexistente, no controlan esfínteres

Lenguaje: Rudimentaria comunicación verbal, gritos o expresiones primarias .

8.3.Comorbilidad.-(4, 50,51)

La presentación clínica de un trastorno mental comorbido , puede modificarse por la gravedad, insuficiencias y discapacidades asociadas.

Trastornos depresivos

Demencia tipo Alzheimer (S. Down ,generalmente a partir de los 40 años de edad)

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad y fobia social(S. X frágil)

Trastornos generalizados del desarrollo

Trastornos del movimiento estereotipados

Hiperfagia y compulsividad (Síndrome de Prader – Willi)

Trastorno de ansiedad y trastorno por déficit de atención con hiperactividad(Síndrome de William)

Existen otras enfermedades comorbidas que no están relacionados con este factor de vulnerabilidad, la epilepsia es más común, (50,51) y parálisis cerebral infantil.

Las convulsiones se presentan en el 15-30% de los pacientes con RM grave, los trastornos motores en el 20-30% y las alteraciones sensoriales en el 10-20%.

Las investigaciones sobre PCI reportan que más del 30% del total de niños con PCI tienen un retraso mental severo con CI inferior a 20.(44)

Otra comorbilidad frecuente en las personas con RM es el Hipotiroidismo congénito (45,47)

Con escoliosis Idiopática Infantil (46)

IX. Diagnóstico

9.1. Criterios de diagnóstico:

1.-Nivel de funcionamiento intelectual

Test de inteligencia

F72: CI entre 20-25 y 35-40 (En adultos, edad mental desde 3 hasta menos de 6 años) (4,10)

F73: CI inferior a 20 ó 25 (en adultos edad mental inferior a 3 años), (4,10)

2.-Nivel de habilidades adaptativas: áreas (conceptual, social, práctica)

3.-Edad cronológica de aparición:

Documentos de observadores relevantes respecto a que la discapacidad intelectual se presentó antes de los 18 años.

Evaluación del medio ambiente: como facilitador o inhibidor de factores del desarrollo y calidad de vida.

Observar a la persona en su ambiente y responder preguntas (qué hace la persona, donde lo hace, quien lo hace que otra cosa debería hacer además de ello, además analizar la educación, modo de vida).

Dr. Fernando Urcia F.

9.2 Diagnóstico Diferencial: (4)

Trastornos del aprendizaje

Trastornos de la comunicación

Trastornos generalizados del desarrollo

Demencia

X.- EXÁMENES AUXILIARES

10.1 Variados para determinar la etiología
10.2 Test psicométricos (52,53,54)

EXÁMENES PSICOMÉTRICOS	POBLACION
Inventario de Desarrollo de Batelle	0-2 años
Escala de Inteligencia de Stanford-Binet	2 años-16 años
Escala conductual de Kozloff	Niños-Adultos

10.3 Escala de capacidad adaptativa de Vineland Adaptative Behavior Scales

XI MANEJO:

11.1 Medidas Generales y preventivas (6, 57)

Desarrollar un perfil de los apoyos necesarios.

Si se ofrecen los apoyos personalizados apropiados durante un período prolongado, el funcionamiento vital de la persona con retraso mental generalmente mejorará.

Actualmente se considera que los factores de consideración intergeneracional consecuencia de ambientes adversos, son reversibles y susceptibles de prevención , para:

1.- Fenilcetonuria, la prueba de la sangre capilar del bebé y tratamiento dietético adecuado.

2.- Hipotiroidismo, Prueba de la sangre capilar y al consecuente tratamiento hormonal adecuado.

3.- El uso de inmunoglobulina anti-Rh, para previene la enfermedad por incompatibilidad entre la sangre de la madre y del feto, reduciendo la ictericia severa del recién nacido.

4.- Infección por el hemofilus B, con vacuna contra hemofilus en niños.

5.-Encefalitis del sarampión, con vacunación de los infantes

6.- Rubéola congénita, con vacunación de los niños.

7.-Otras medidas :

La eliminación del plomo del medio ambiente, medidas para evitar el trauma como el uso adecuado de sillas en los coches y de capacetes para bicicletas, programas de intervención precoz para niños de riesgo, programas de atención pre-natal reduciendo los riesgos de transmisión del virus del SIDA o los defectos del tubo neural..

11.2. Terapéuticas:

El retraso mental grave y profundo no es curable.

La finalidad del tratamiento no es curar, sino educar o entrenar habilidades en la persona y actuar paralelamente en el entorno, que le rodea (9), se logra a través de los apoyos que son todos los recursos que capacitan a la persona y que incrementan funcionalidad, interdependencia /independencia, inclusión en la comunidad y bienestar.

11.3. Características del tratamiento (58,59)

- multidisciplinario
- Intervención Temprana ,el proceso de plasticidad cerebral tiene su mayor potencial

  durante los primeros cinco años de vida y este es uno de los factores más

  importantes que apoyan el logro de los objetivos terapéuticos.

- Rehabilitación Integral (física, ocupacional psicológica y social),

Durante el período de la infancia (cero a dos años):

: Terapia física para tratar los trastornos en el tono muscular y el desarrollo motor

Terapia ocupacional para tratar los signos de desintegración sensorial

Terapia de lenguaje y de la articulación.

En niños mayores de 2 años y antes de la pubertad :

Estimulación cognitiva se debe utilizar para estos niños en el inicio del tratamiento. Terapia para desarrollo de habilidades perceptivas y terapias de aprendizaje

En adolescentes y adultos con discapacidad intelectual programas orientados :

hacia una lograr una vida parcial parcialmente independiente en los severos, (las habilidades académicas básicas, programas comunitarios de integración, el desarrollo de habilidades para la gestión de las tareas domésticas, salud personal y la sexualidad.) y dependiente en los profundos.

- Trabajo en habilidades de vida independiente y dar a la persona, los elementos necesarios para la autosuficiencia,),
- Psicología (educativa y clínica),

a.- Trabajo con los padres para enseñarles: Métodos de crianza adecuados para integración social, programa de habilidades sociales ,,promover la creación de grupos de pertenencia interacción entre iguales y con los demás

- b.-Programa conductual para prevenir los trastornos de la conducta que
- son secundarios en la mayoría de los casos a la crianza deficiente

c.- Aceptación de la discapacidad intelectual por los padres y afecto a su hijo, podrá ir donde van todos pero no hacer todo lo que se pueda hacer, con base en principios humanistas (clarificación de los sentimientos y de refuerzo positivo) y no en las técnicas de aversión.

. Educación especial, Objetivos el desarrollo de habilidades para el logro de una vida autosuficiente en la edad adulta y no en la escuela, porque Las personas con retraso mental severo o profundo no pueden aspirar a niveles de Abstracción cognitiva.

-Trabajo con especialidades afines a rehabilitación, pediatría, endocrinología, neurología y psiquiatría.

-El tratamiento farmacológico se utiliza para el tratamiento de comorbilidades, y es específico para cada uno de acuerdo con los criterios seguidos para estos trastornos, tanto en psiquiatría y en neurología.

11.4. **Criterios de alta: (1)**

El alta dependerá de los objetivos y metas del plan de tratamiento integral diseñado por el médico rehabilitador en coordinación con el equipo multidisciplinario para cada caso.

La intensidad de los apoyos entre ellos servicios, recursos y estrategias para lograr incrementar el funcionamiento, los intereses, bienestar personal, educación especial, inclusión social, varían de entre personas, situaciones y fases vitales:

Intermitente: episódico o corto plazo(Ejemplo: crisis médica aguda)

Limitado: Consistente a lo largo del tiempo (Ejemplo durante la transición de la escuela a la vida adulta)

Extenso: No limitado en tiempo, se da en forma regular en al menos un ambiente (ejemplo apoyo en el hogar a largo plazo)

Generalizado: Se da en diferentes ambientes y pueden durar toda la vida (Ejemplo asistente personal)

11.5. Pronóstico

Dr. Fernando Urcia F.

Los resultados obtenidos de del tratamiento dependen de :

a.- Edad de la persona cuando se establece el diagnóstico y cuando se inicia el tratamiento

b.- Gravedad de la discapacidad

c.- Áreas afectadas

d.-Los métodos o técnicas utilizados para rehabilitar estas zonas

- El pronóstico en general es bueno cuando se usa el bienestar emocional y autosuficiencia del individuo como un parámetro. Y malo cuando se rechaza la discapacidad y el único parámetro es la normalidad (9)

XII.- COMPLICACIONES:

Abuso sexual (55, 60)

Maltrato o abandono infantil (1, 56)

XIII. Criterios de referencia y contrarreferencia

Dr. BEJAR V

Se realizará según nivel de complejidad (NC) y categoría del establecimiento

(CE) de acuerdo a la norma técnica categorías de establecimientos de salud DGSP 2004.

En los NC del 1 al 4 y CT- I se harán referencias a través de rehabilitación con base comunitaria, en los NC – 5 y CE-II-1 se harán referencias y contrarreferencias con los servicios de rehabilitación

XIV.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bibliografía

1.- Asociación Americana Sobre Retraso Mental. Retraso mental. Definición, Clasificación y Sistemas de apoyo. Traducción de Verdugo M, Jenaro C..10ed. Madrid.p.37

2.- Ministerio de Salud (MINSA) e Instituto Nacional de Rehabilitación. Reporte estadístico De La discapacidad en el

Perú 1999-2000.p.31

3.-Ministerio de salud (MINSA) e Instituto de Rehabilitación.

Anuario Estadístico de Discapacidad 1998.p.16,18.

4.-Asociación Mundial de psiquiatría. DSM-IV-TR .Manual Diagnóstico y Estadístico De Los Trastornos Mentales. Barcelona (España).Masson; 2002.p. 50

5.- . Santo J, Carrasco D, Baca E, Carrasco J,García E.

Manual de Psiquiatría. Barcelona (España): Ars Médica; 2002.

6.-Kaplan I, Sadock B, Cancro R, Tratado de Psiquiatría . 2ed.Tomo II, Barcelona (España):Ediciones Científicas y técnicas ,S.A. 1989.

7.- Ministerio de salud e Instituto Nacional de Rehabilitación. Análisis de La Situación De La Discapacidad En El Perú 2007.

8.- Tejeda M. I . Retardo Mental De Origen Genético. Presentación de la RED GIRMOGEN. Revista de Neurología 2006;(supl 1): S1 - S6.España.

9.-Verdugo M.A, Bermejo B.G., Retraso Mental Adaptación Social y problemas de comportamiento ,Madrid (España) 2005.

10.-Organización Panamericana de La Salud ,Organización Mundial de la salud, Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. 10ma ed. Vol. 1,Ginebra 1992.

11.- Maatta T, Tervo-Maatta T, Taanila A, Kaski M, Iivanainen M. Mental health, behaviour and intellectual abilities of people with Down syndrome-Downs Syndr Res Pract 2006;11(1):37-43.

12.-Reiss AL, Hall SS. Fragile X syndrome: assessment and treatment implications. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am 2007;16(3):663-675.

13.-Jauregi J, Arias C, Vegas O, Alen F, Martinez S, Copet P, Thuilleaux D. A neuropsychological assessment of frontal cognitive functions in Prader-Willi syndrome. J Intellect Disabil Res 2007;51(Pt 5):350-365.

14.-Weaving LS, Ellaway CJ, Gecz J, Christodoulou J. Rett syndrome: clinical review and genetic update. J Med Genet 2005;42(1):1-7.

15.-Mouridsen SE, Sorensen SA. Psychological aspects of von Recklinghausen neurofibromatosis (NF1). J Med Genet 1995;32(12):921-924.

Dr. SEJAR V.

16.-Raznahan A, Higgins NP, Griffiths PD, Humphrey A, Yates JR, Bolton PF. Biological markers of intellectual disability in tuberous sclerosis. Psychol Med 2007;37(9):1293-304.

17.-Nyhan WL, Wulfeck BB, Tallal P, Marsden DL. Metabolic correlates of learning disability. Birth Defects Orig Artic Ser 1989;25(6):153-169.

18.-Feanny SJ, Chuang SH, Becker LE, Clarke JT. Intracerebral paraventricular hyperdensities: a new CT sign in Krabbe globoid cell leukodystrophy. J Inherit Metab Dis 1987;10(1):24-27.

19.-Kalkanoglu HS, Ahring KK, Sertkaya D, Moller LB, Romstad A, Mikkelsen I, Guldberg P, Lou HC, Guttler F. Behavioural effects of phenylalanine-free amino acid tablet supplementation in intellectually disabled adults with untreated phenylketonuria. Acta Paediatr2005;94(9):1218-1222.

20.-Campos AP, Vaz C, Duque F, Leite M, Vilarinho L, Diogo L, Garcia P.Galactosemia: a neurometabolic disease. Rev Neurol 2007;44(11):702-703.

21.-Van de Putte T, Francis A, Nelles L, van Grunsven LA, Huylebroeck D. Neural crest-specific removal of Zfhx1b in mouse leads to a wide range of neurocristopathies reminiscent of Mowat-Wilson syndrome. Hum Mol Genet 2007;16(12):1423-1436.

22.-Vallance H, Morris TJ, Coulter-Mackie M, Lim-Steele J, Kaback M. Common HEXB polymorphisms reduce serum HexA and HexBenzymatic activities, potentially masking Tay-Sachs disease carrier identification. Mol Genet Metab 2006;87(2):122-127.

23.-La Franchi S. Congenital hypothyroidism: etiologies, diagnosis and management. Thyroid. 1999; 9: 735–40.

24.-American Academy of Pediatrics and American Thyroid Association. Newborn screening for congenital hypothyroidism: recommended guidelines. Pediatrics.1993; 9:1203-9.

25.-Téllez-Rojo MM, Bellinger DC, Arroyo-Quiroz C, Lamadrid-Figueroa H, Mercado-García A, Schnaas-Arrieta L, Wright RO, Hernández-Ávila M, Hu H. Longitudinal associations between blood lead concentrations lower than 10 microg/dl and neurobehavioral development in environmentally exposed children in Mexico City. Pediatrics 2006;118(2):e323-e230.

26.-Kodituwakku PW. Defining the behavioral phenotype in childrenwith fetal alcohol spectrum disorders: a review. Neurosci Biobehav Rev 2007;31(2):192-201.

27.- Morrow CE, Culbertson JL, Accornero VH, Xue L, Anthony JC, Bandstra ES. Learning disabilities and intellectual functioning in schoolaged children with prenatal cocaine exposure. Dev Neuropsychol 2006;30(3):905-931.

28.-Robertson S, Featherstone D, Gracic-Dobo M, Hersh B. Rubella and congenital rubella syndrome: Global update. Rev Panam Salud Pública. 2003; 14: 306- 15.

29.-Odeberg J, Wolmer N, Falci S, Westgren M, Sundtrom E, Seiger A, Soderberg-Naucler C. Late human cytomegalovirus (HCMV) proteins inhibit differentiation of human neural precursor cells into astrocytes. J Neurosci Res 2007;85(3):583-593.

30.- Gilad R, Lampl Y, Blumstein G, Dan M. Neurosyphilis: the reemergence of an historical disease. Isr Med Assoc J 2007;9(2):117-118.

31.- Sharif M, Ziaei H, Daryani A, Ajami A. Seroepidemiological study of toxoplasmosis in intellectual disability children in rehabilitation centers of northern Iran. Res Dev Disabil 2007;28(3):219-224.

32.-Seppanen M, Meri S, Notkola IL, Seppala IJ, Hiltunen-Back E, Sarvas H, Lappalainen M, Valimaa H, Palikhe A, Valtonen VV, Lokki ML. Subtly impaired humoral immunity predisposes to frequently recurring genital herpes simplex virus type 2 infection and herpetic neuralgia. J Infect Dis 2006;194(5):571-57833.-Juul-Dam N, Townsend J, Courchesne E. Prenatal, perinatal, and neonatal Factors in autism, pervasive developmental disorder-not otherwise specified, and the general population. Pediatrics 2001;107(4):E63.

34.-Leonard H, de Klerk N, Bourke J, Bower C. Maternal health inpregnancy and intellectual disability in the offspring: a population-based study. Ann Epidemiol 2006;16(6):448-454.

35.-Calis EA, Olieman JF, Rieken R, Penning C. Impact of malnutrition on gastrointestinal disorders and gross motor abilities in children with cerebral palsy. Brain Dev 2007;29(8):534.

36.-Scheller JM, Nelson KB. Does cesarean delivery prevent cerebral palsy or other neurologic problems of childhood? Obstet Gynecol 1994;83(4):624-630.

37.-Naeye RL. Placenta previa. Predisposing factors and effects on the fetus and surviving infants. Obstet Gynecol 1978;52(5):521-525.

38.-Niswander KR, Gordon M, Drage JS. The effect of intrauterine hypoxia on the child surviving to 4 years. Am J Obstet Gynecol 1975;121(7):892-899.

39.-Ambalavanan N, Carlo WA, Shankaran S, Bann CM, Emrich SL, HigginsRD, Tyson JE, O'Shea TM, Laptook AR, Ehrenkranz RA, Donovan EF, Walsh MC, Goldberg RN, Das A; National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Research Network. Predicting outcomes of neonates diagnosed with hypoxemic-ischemic encephalopathy. Pediatrics 2006;118(5):2084-2093.

40.-Siitonen SL, Kauppinen T, Leino TK, Vanninen E, Kuronen P, Lansimies E. Cerebral blood flow during acceleration in flight measured with SPECT.Aviat Space Environ Med 2003;74(3):201-206.

41.-Holota Vla, Sonnyk HT, Odarenko IM. Sequelae for the infants of vacuum extraction operations with the subsequent application of obstetrical forceps. Pediatr Akus Ginekol 1979;(3):57-59.

42.-Bouda J, Bouda J J. Neurological complications during gynecological pelvic surgery. Ceska Gynekol 2005; 70(5):388-391.

43.- McLaren J, Bryson S. Review of recent epidemiological studies of mental retardation: prevalence, associated disorders, and etiology. AmJ Ment Retard. 1987; 92: 243-54.

44.- Malagón VJ. Parálisis cerebral. Revista de Medicina .2007; 67(6): 586-592.

45.- La Franchi S. Congenital hypothyroidism: etiologies, diagnosis and management. Thyroid. 1999; 9: 735–40.

46.- Firpo C. Manual de Ortopedia y Traumatología. 3ra Ed. Buenos Aires: Dunken; 2010.

47.-La Franchi S. Congenital hypothyroidism: etiologies, diagnosis and management. Thyroid. 1999; 9: 735–40.

48.-American Academy of Pediatrics and American Thyroid Association. Newborn screening for congenital hypothyroidism: recommended guidelines. Pediatrics.1993; 9:1203-9.

49.-Anderson V, Catroppa C, Morse S, Haritou F, Rosenfeld J. Functional plasticity or vulnerability after early brain injury? Pediatrics. 2005; 116(6):1374-1382 .

50.-Jeldres E, Devilat M, Peralta S, Gómez V. Comorbilidad en Niños con Epilepsia. Revista Chilena de Epilepsia. 2010; 2:24.

51.-Benitez N, Velásquez J, Castro M. Comorbilidad psiquiátrica y epilepsia en niños y adolescentes con discapacidades mentales. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2010; 26(3) 544-51.

52.-Sanz Y, Guijarro T, Sánchez V. Inventario de Desarrollo Battelle como instrumento de ayuda diagnóstica en el autismo. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2007, vol. XXVII, n.º 100, 303-317.

53.-Gerrig R, Zimbardo P. Psicología y vida. Decimoséptima Edición. Pearson Educación, México 2005.

54.-Kozloff, M.A. Escala de Evaluación de la Conducta (E.E.C). El aprendizaje y la conducta en la infancia. Barcelona: Fontanella. 1980.

55,.Approbato P,Candido Ch,Casthanho C Gonzaga A,Scivoletto S.The importante of multidisciplinary evaluation for differentiating between mental retardation and antisocial behavior in sex offenders:case study.Clinics 2011;66(10): 1847.1848.

56.- Schiavoni M. Maltrato en Niños y Adolescentes Discapacitados en el Ambito Escolar ¿Doble Victimización. Tesis de doctora en ciencias de la salud .Universidad de Cordova Argentina.2006.

57.- Silveira A., Magna L,Marqes A. Conocimiento de lãs madres sobre factores de riesgo y prevención del retardo mental y/o defectos congénitos Cenc Cuid Saude 2007 Out/Dez;6 (4) 401-406.

58.- Cardozo A, Benevides A. La influencia de las habilidades sociales en el trato de los padres y madres a hijos con retardo mental. Aletheia 31,p.39-53,jan/ abr. 2010.

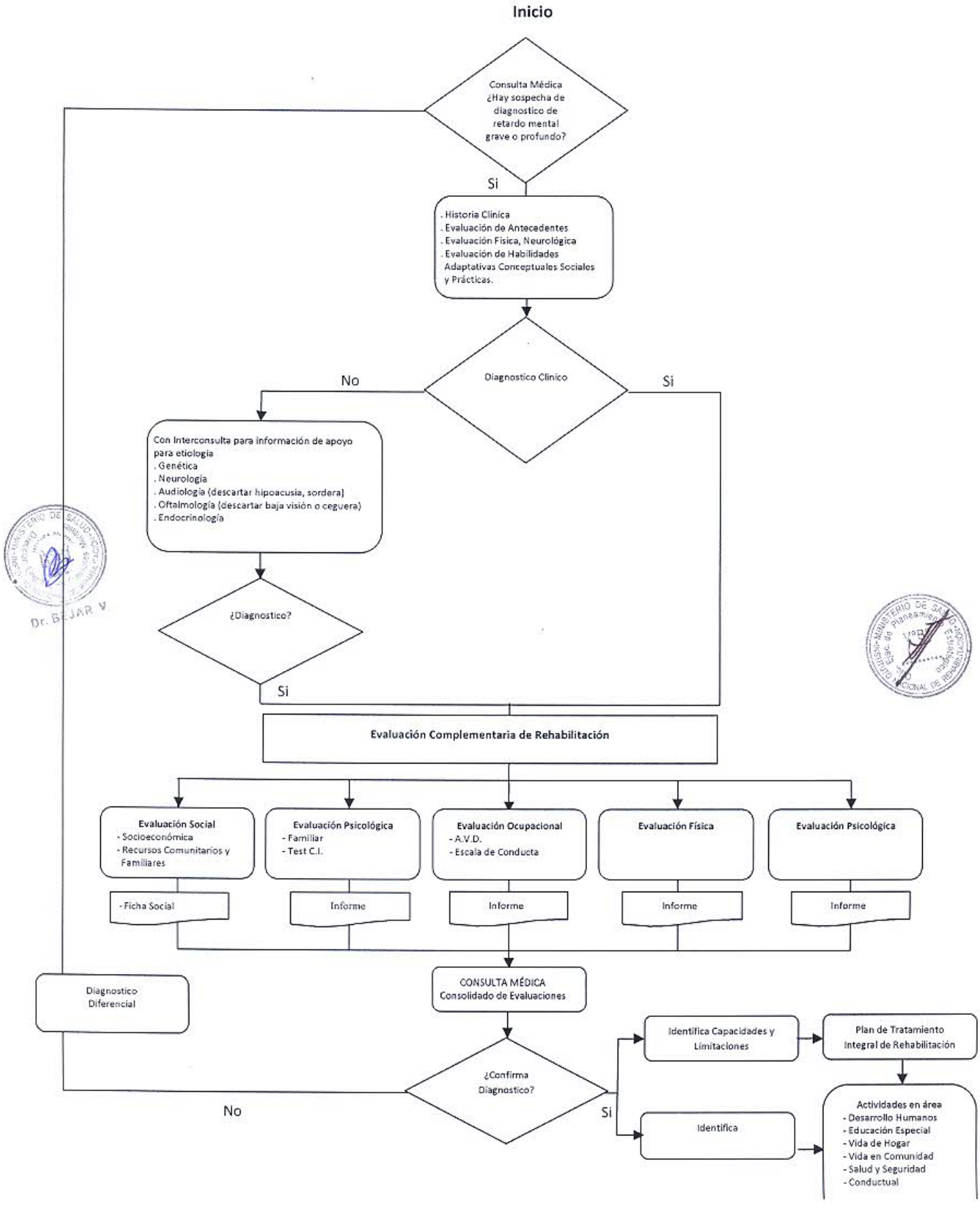
59.- Córdoba L, Restrepo A, Tamayo J, Peña M, Verdugo M. Variables personales, familiares y sociales asociadas a comorbilidad entre retraso mental y trastornos mentales en adultos. Hacia La Promoción de la salud. Vol 15,Nº, enero -junio 2010,p 13-28

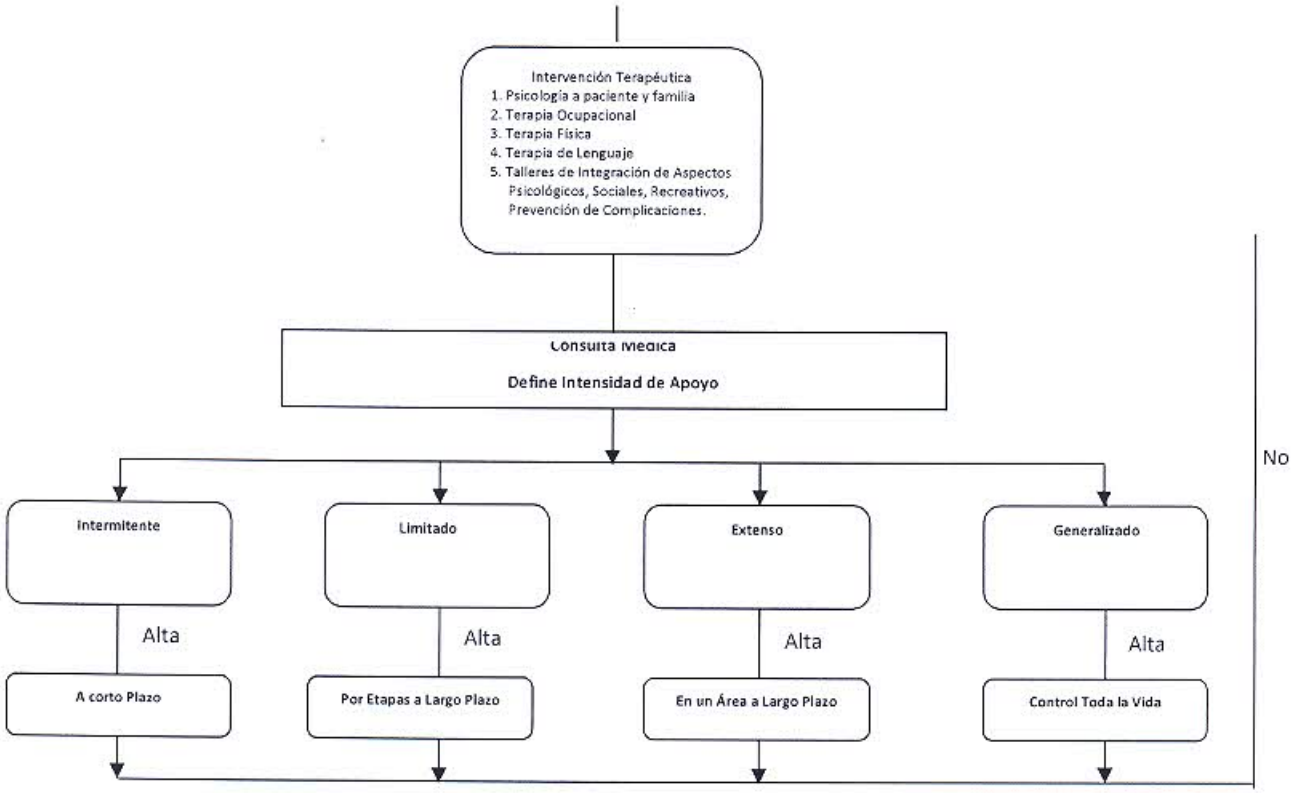
60.-Verdugo M, Alcedo A. Bermejo B, Aguado A. El abuso sexual en personas con discapacidad intelectual. Psicothema .Vol 14, supl. 2002.

61.- Tejada M Retraso mental de origen genético. Presentación de la RED GIRMOGEN. Revista de neurología 2006

Dr. Fernando Urcia F.

Flujograma: Atención del Paciente con Retardo Mental Grave y Profundo




Intervención Terapéutica
1. Psicología a paciente y familia
2. Terapia Ocupacional
3. Terapia Física
4. Terapia de Lenguaje
5. Talleres de Integración de Aspectos Psicológicos, Sociales, Recreativos, Prevención de Complicaciones.
Consulta Medica
Define Intensidad de Apoyo
No
Intermitente
Limitado
Extenso
Generalizado
Alta
Alta
Alta
Alta
A corto Plazo
Por Etapas a Largo Plazo
En un Área a Largo Plazo
Control Toda la Vida

Dr. BEJAR V.