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

Nº 202 -2021-SA-DG-INR

RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Chorrillos, 10 de Noviembre del 2021.

Visto; el Expediente Nº 21-INR-00800-002 que contiene la Nota Informativa Nº 143-2021-DIDRIDIAS/INR, Informe Nº 007-2021-DIDRIDIAS/INR y Nota Informativa Nº 274-2021-DIDRIDIAS/INR del Departamento de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en las Deficiencias Intelectuales y de Adaptación Social, Nota Informativa Nº 111-2021-DEIDRIFMENT/INR, Memorando Nº 396-2021-DEIDRIFMENT/INR e Informe Nº 015-2021-DEIDRIFMENT/INR de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Mentales, Informes Nº 065-2021-EO-OEPE-INR, Nº 068-2021-EO-OEPE-INR, Nº 080-2021-EO-OEPE-INR, Nº 110-2021-EO-OEPE-INR y Nº 152-2021-EO-OEPE-INR y Proveído Nº 182-2021-OEPE-INR del Equipo de Organización y de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, Nota Informativa Nº 275-2021-OAJ-INR e Informe Nº 033-2021-OAJ-INR de la Oficina de Asesoría Jurídica del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ - JAPÓN;

CONSIDERANDO:

Que, los numerales I, II y VI del Título Preliminar de la Ley Nº 26842 "Ley General de Salud", disponen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, siendo responsabilidad del Estado regular, vigilar y promover la protección de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea, siendo responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad; además que es irrenunciable la responsabilidad del Estado en la provisión de servicios de salud pública y que el Estado interviene en la provisión de servicios de atención médica con arreglo a principios de equidad;

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 715-2006/MINSA de fecha 26 de julio de 2006, se aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Rehabilitación y mediante Resolución Ministerial Nº 356-2012/MINSA de fecha 07 de mayo de 2012, se reemplaza la denominación por Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ – JAPÓN de dicho documento normativo, el mismo que tiene como objetivo establecer la organización de la Institución, normando su naturaleza, visión, misión y objetivos estratégicos, sus objetivos funcionales generales, estructura orgánica y objetivos funcionales de sus unidades orgánicas, así como sus relaciones, régimen económico, régimen laboral y disposiciones pertinentes;

Que, el artículo 26º del referido Reglamento de Organización y Funciones establece que la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Mentales es el órgano de línea encargada de lograr la innovación, actualización, difusión y capacitación de los conocimientos, métodos y técnicas de la atención especializada en investigación, docencia y rehabilitación integral en funciones mentales, depende de la Dirección General, y tiene bajo su

cargo, entre otros, al Departamento de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en las Deficiencias Intelectuales y de Adaptación Social;

Que, el artículo 29º del Reglamento de Organización y Funciones en mención señala que, el Departamento de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en las Deficiencias Intelectuales y de Adaptación Social es la unidad orgánica encargada de lograr la innovación, actualización, difusión y capacitación de los conocimientos, métodos y técnicas de la atención especializada en investigación, docencia y rehabilitación integral en las deficiencias intelectuales y de adaptación social, depende de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Mentales y tiene asignado como objetivo funcional el actualizar y perfeccionar los protocolos de trabajo asistencial en el ámbito de su competencia, entre otros;

Que, mediante Nota Informativa Nº 143-2021-DIDRIDIAS/INR de fecha 03 de junio de 2021, el Departamento de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en las Deficiencias Intelectuales y de Adaptación Social, remite a la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Mentales el Protocolo de Atención en Rehabilitación Integral del paciente con Retraso Mental;

Que, mediante Nota Informativa Nº 111-2021-DEIDRIFMENT/INR de fecha 15 de junio de 2021, la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Mentales remite a la Dirección Adjunta el Protocolo de Atención en Rehabilitación Integral del paciente con Retraso Mental para su aprobación, el mismo que por corresponder es derivado a la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico y en el que se realizan algunas adecuaciones tomadas en cuenta por la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Mentales y derivadas mediante Memorando Nº 396-2021-DEIDRIFMENT/INR de fecha 30 de junio de 2021;

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 826-2021/MINSA de fecha 11 de julio de 2021, se aprueba las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud" que tiene por objetivo, establecer las disposiciones relacionadas con las etapas de planificación, formulación o actualización, aprobación, difusión, implementación y evaluación de los Documentos Normativos como Directivas, Guías Técnicas y Documentos Técnicos, siendo éstas disposiciones de observancia obligatoria por todas las Direcciones Generales, Oficinas Generales, Órganos Desconcentrados y Organismos Públicos Adscritos del Ministerio de Salud;

Que, con fecha 03 de setiembre de 2021, la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Mentales emitió el Circular Nº 156-2021-DEIDRIFMENTALES/INR a las Jefaturas de los Departamentos Médicos a su cargo con la finalidad de que se tomara en consideración el dispositivo referido en el párrafo precedente, pautas que son asumidas entre otros, por el Departamento de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en las Deficiencias Intelectuales y de Adaptación Social, que mediante Informe Nº 007-2021-DIDRIDIAS/INR de fecha 23 de setiembre de 2021, procede a remitir el Protocolo de Atención en Rehabilitación Integral del paciente con Retraso Mental actualizado, en mérito a las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud" aprobadas por Resolución Ministerial Nº 826-2021/MINSA;

Que, mediante Informe Nº 015-2021-DEIDRIFMENT/INR de fecha 27 de setiembre de 2021, la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Mentales emite el Informe Técnico sustentatorio para aprobación de la "Guía Técnica: Protocolo de Atención en Rehabilitación Integral del Paciente con Retraso Mental en el Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ – JAPÓN" que establece que, el Retraso Mental (RM) de alto impacto en la familia del paciente, constituye un daño trazador de manejo complejo que requiere de un enfoque multidimensional a cargo de un equipo multidisciplinario, por la característica de la limitación significativa en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa, expresada en el desempeño de las habilidades prácticas, sociales y conceptuales considerando el entorno comunal y cultural y, que comienza antes de los 18 años de edad;

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

Nº 202-2021-SA-DG-INR

RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Chorrillos, 10 de Noviembre del 2021.

Que, la Institución durante el año 2019 se realizó 40,008 atenciones, 3716 (9%) en el Departamento de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en las Deficiencias Intelectuales y de Adaptación Social, de las cuales 2206 correspondieron a atenciones nuevas. De los atendidos, 2045 correspondieron a diagnóstico de Retraso Mental, con un frecuencia del 50% para Retraso Mental Leve, 30% Retraso Mental Moderado, el Severo 18% y el profundo 2%, siendo estas frecuencias las mismas que el periodo 2018; por lo que, surge la necesidad de organizar las intervenciones del equipo de profesionales de la unidad asistencial para la consecución de objetivos preestablecidos para el paciente, siendo así, el documento normativo planteado busca disminuir la variabilidad en la atención en rehabilitación, facilitar el logro del mejor desempeño posible de los pacientes según sus capacidades, maximizando sus habilidades cognitivas, educando a la familia en el Retraso Mental y en su manejo en el hogar, incrementando la intensidad de apoyos y favoreciendo la independencia, en un marco de derechos;

Que, el proyecto "Guía Técnica: Protocolo de Atención en Rehabilitación Integral del Paciente con Retraso Mental en el Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ – JAPÓN" ha sido socializado en reuniones, obteniendo diversas opiniones de los participantes y debatidas en reuniones de trabajo con las distintas Jefaturas de Departamentos que integran las Direcciones Ejecutivas de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Mentales – DEIDRIFMENT y Funciones Motoras – DEIDRIFMOT; la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento – DEIDAADT, la Oficina de Gestión de la Calidad y la Dirección Adjunta de la Dirección General, en las cuales los participantes brindaron sus aportes a través de opiniones técnicas, las cuales han sido sistematizadas y consolidadas en el proyecto final del documento normativo;

Que, mediante Informe Nº 152-2021-EO-OEPE-INR de fecha 21 de octubre de 2021, del Equipo de Organización con Proveído Nº 182-2021-OEPE/INR del Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico de la Institución, emite opinión favorable del proyecto "Guía Técnica: Protocolo de Atención en Rehabilitación Integral del Paciente con Retraso Mental en el Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ – JAPÓN" toda vez que el órgano proponente lo ha presentado en el marco de sus facultades de investigar, innovar, proponer normas, actualizar y perfeccionar los protocolos de trabajo asistencial, al cual se realizó las modificaciones necesarias cumpliendo con el aspecto técnico requerido, el mismo que contiene las opiniones técnicas de las unidades orgánicas cumpliendo lo dispuesto por las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud" aprobadas por Resolución Ministerial Nº 826-2021-MINSA;

Que, mediante Informe Nº 033-2021-OAJ-INR de fecha 04 de noviembre de 2021, la Oficina de Asesoría Jurídica, luego de verificar que el Informe Técnico Sustentatorio emitido por la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Mentales sustenta el proyecto "Guía Técnica: Protocolo de Atención en Rehabilitación Integral del Paciente con Retraso

Mental en el Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ – JAPÓN" y, así mismo contiene las opiniones de los órganos y unidades orgánicas involucradas, concluye que cumple con los lineamientos establecidos en la normativa vigente; además, que el mismo coadyuvará con el propósito de continuar con el desarrollo de las actividades y procesos técnicos institucionales, y alcanzará los objetivos y metas como Institución Especializada en aspectos de Medicina Física y Rehabilitación;

Que, conforme a lo señalado en los párrafos precedentes y de la revisión del proyecto antes mencionado, por convenir a los intereses institucionales y con la finalidad de cumplir con los fines y objetivos de la entidad, resulta necesario emitir el acto resolutivo correspondiente;

Con el visto bueno de la Dirección Adjunta de la Dirección General, la Directora Ejecutiva de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Mentales, el Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico y el Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ – JAPÓN;

De conformidad con la Ley Nº 26842 "Ley General de Salud" y la Resolución Ministerial N° 715-2006/MINSA que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Rehabilitación" Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ – JAPÓN;

En uso de sus atribuciones y facultades conferidas;

SE RESUELVE:

***Artículo 1°.- APROBAR** la **Guía Técnica: Protocolo de atención en Rehabilitación Integral del Paciente con Retraso Mental en el Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ – JAPÓN"** el mismo que en documento adjunto forma parte de la presente resolución.*

***Artículo 2º.-** ENCARGAR al Departamento de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en las Deficiencias Intelectuales y de Adaptación Social de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Mentales de la Institución realizar la difusión, implementación, supervisión y cumplimiento del Protocolo aprobado en el artículo precedente.*

***Artículo 3º.-** ENCARGAR a la Oficina de Estadística e Informática la publicación de la presente resolución en el Portal Web de la entidad.*

Regístrese, comuníquese y cúmplase.

MC. LILY PINGUZ VERGARA
(e) Directora General
CMP. N° 23770 RNE. N° 12918
MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
"DRA. ADRIANA REBAZA FLORES" AMISTAD PERÚ-JAPÓN

LPV/CARG/EJLV

Distribución
( ) Dirección Adjunta
( ) Direcciones Ejecutivas
( ) DEIDRI. Funciones Mentales
( ) DIDRI. DIAS
( ) Oficina de Asesoría Jurídica
( ) Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
( ) Oficina de Gestión de la Calidad

GUÍA TÉCNICA: PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN REHABILITACIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE CON RETRASO MENTAL EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ – JAPÓN

ROL	ORGANO/UNIDAD ORGANICA O FUNCIONAL	FECHA	VºBº
ELABORADO POR	DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y REHABILITACIÓN INTEGRAL EN LAS DEFICIENCIAS INTELECTUALES Y DE ADAPTACIÓN SOCIAL	OCTUBRE 2021	
	DIRECCIÓN EJECUTIVA DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y REHABILITACIÓN INTEGRAL EN FUNCIONES MENTALES	OCTUBRE 2021	
REVISADO POR	OFICINA EJECUTIVA DE PLANEAMIENTO ESTRATEGICO	OCTUBRE 2021	
	OFICINA DE ASESORIA JURIDICA	OCTUBRE 2021	
	DIRECCIÓN ADJUNTA	OCTUBRE 2021	
APROBADO POR	DIRECCION GENERAL	OCTUBRE 2021	

INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN

"Dra. Adriana Rebaza Flores"

AMISTAD PERU – JAPÓN

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

DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y REHABILITACIÓN INTEGRAL EN LAS DEFICIENCIAS INTELECTUALES Y DE ADAPTACIÓN SOCIAL

GUÍA TÉCNICA: PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN REHABILITACIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE CON RETRASO MENTAL EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ – JAPÓN.

2021

GUIA TÉCNICA: PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN REHABILITACIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE CON RETRASO MENTAL EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ – JAPÓN

I. FINALIDAD

Contribuir a mejorar la condición de los pacientes con Retraso Mental que son atendidos en el Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ – JAPÓN (INR), mejorando la calidad de vida y promoviendo su integración familiar, escolar, laboral y social.

II. OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

Estandarizar la atención de rehabilitación integral de los pacientes con Retraso Mental en el INR.

2.2 Objetivos específicos

- Disminuir la variabilidad en la atención en rehabilitación.
- Facilitar el logro del mejor desempeño posible de los pacientes según sus capacidades, maximizando sus habilidades cognitivas, educando a la familia en el RM y en su manejo en el hogar, incrementando la intensidad de apoyos y favoreciendo la independencia y decisiones propias, en un marco de derechos.
- Mantener un estándar de buena calidad de los servicios prestados.
- Facilitar la inducción del personal nuevo.

III. AMBITO DE APLICACIÓN

El presente protocolo es de aplicación para el Departamento de Investigación Docencia y Rehabilitación Integral en Discapacidades Intelectuales y de Adaptación Social (DIDRIDIAS) del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ – JAPÓN.

IV. NOMBRE DEL PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

Protocolo de Atención en Rehabilitación Integral del Paciente con Retraso Mental en el Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ – JAPÓN.

V. CONSIDERACIONES GENERALES

En cumplimiento de uno de sus objetivos funcionales; lograr la eficacia, calidad y eficiencia en la prestación de servicios especializados de salud en rehabilitación, el Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" Amistad Perú – Japón (INR), de nivel III-E, establece en el presente Protocolo de Atención directrices para la atención de pacientes con Retraso Mental (RM) *.

El protocolo permitirá la intervención integral organizada al paciente con Retraso Mental dirigida a facilitar la adquisición de habilidades que le permitan ser protagonistas de su desempeño a lo largo de su vida, en su contexto familiar, social y cultural, promoviendo su calidad de vida e igualdad de oportunidades.

* *Clasificaciones más recientes utilizan el término más correcto "Discapacidad Intelectual", que equivale al diagnóstico CIE11 "Trastornos del Desarrollo Intelectual"*

Inteligencia (cognición)

Se relaciona con las habilidades mentales y se expresa en la capacidad cognitiva y funcionamiento intelectual. La cognición se relaciona con las *funciones cerebrales:* percepción, información, razonamiento, aprendizaje, lenguaje y comunicación, atención, memoria, resolución de problemas, planificación y toma de decisiones; que posibilitan desarrollar habilidades esenciales para comportarse y adaptarse al entorno.

Anatómica y funcionalmente, en la corteza pre frontal asientan la memoria de trabajo y las funciones ejecutivas; en el hipocampo y corteza órbito frontal, la memoria a largo plazo; en la corteza órbito frontal, la toma de decisiones; en la sub-corteza límbica, el mediador emocional; en el lóbulo parietal, las relaciones entre conceptos; y en el cerebelo la coordinación física y mental en el rendimiento [1]. Estas estructuras se interrelacionan y funcionan integradamente.

La Asociación Americana de Discapacidad Intelectual y del Desarrollo (AAIDD) y la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) son referentes en la investigación y praxis profesional en discapacidad intelectual [2]. La 11va edición de la AAIDD, define a la discapacidad intelectual (DI) como limitación en la inteligencia o capacidad mental y en el comportamiento adaptativo en cualquiera de sus dominios, *conceptual, social* y *práctico*, si se origina antes de los 18 años. Y reafirma que su comprensión requiere un enfoque multidimensional del funcionamiento humano; y que su presencia implica trastornos en la interacción dinámica y recíproca entre habilidad intelectual, conducta adaptativa, salud, participación, contexto y apoyos individualizados [3].

La noción de comportamiento o conducta adaptativa también es criterio diagnóstico en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV-TR), y compilado por la APA; y en la CIE10 desde el año 2011 [4].

Discapacidad intelectual (DI) o Retraso Mental (RM)

Se caracteriza por limitaciones significativas en el funcionamiento cognitivo y en la conducta adaptativa, y se manifiestan en las habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad se origina antes de los 18 años [5].
Como la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, CIE10 todavía está vigente, en este Protocolo se la aplica en su 10ma revisión, actualizada el 2013; donde el Retraso Mental se define como el estado de desarrollo mental incompleto o detenido, caracterizado especialmente por deterioro de las capacidades, que se manifiesta en la fase de desarrollo; capacidades que contribuyen al nivel global de inteligencia, como las funciones cognoscitivas, lenguaje, habilidades motrices y sociales. Puede asociarse a otra alteración mental o física.
Los grados de RM se estiman aproximadamente con exámenes de inteligencia estandarizados; que pueden complementarse con evaluaciones de la adaptación social.
El diagnóstico dependerá también, de la evaluación general del funcionamiento intelectual realizado por un evaluador calificado.

En consecuencia, el portador de RM tiene importantes limitaciones en su funcionamiento no puede afrontarlas, la severidad del RM se establece en grados [4], cuyas características en promedio son como sigue:

Retraso Mental Leve
De 0 a 5 años pueden desarrollar habilidades sociales y comunicativas, pueden tener dificultades en el aprendizaje escolar. De 6 a 20 años pueden aprender habilidades de hasta 4° o 5° grado de primaria e integrarse socialmente. De adultos, muchos pueden mantener buenas relaciones sociales y trabajar, contribuyendo a la sociedad.

Coeficiente intelectual total aproximado: 50-69. Edad mental en adultos: 9 a menos de 12 años.

Retraso Mental Moderado

De 0 a 5 años pueden tener algún retraso marcado del desarrollo. La mayoría logra alguna independencia en el cuidado personal. Pueden hablar limitadamente o aprender a comunicarse. Tienen alguna dificultad con habilidades motoras. De 6 a 20 años tienen dificultad para lograr objetivos de 2do. grado de primaria. De adultos requerirán niveles variables de apoyo para vivir y trabajar en comunidad; pueden ser parcialmente capaces de mantenerse en trabajos manuales protegidos.

Coeficiente intelectual total aproximado: 35-49. Edad mental en adultos: 6 a menos de 9 años.

Retraso Mental Grave

En los primeros años de la niñez se benefician poco de la enseñanza, como familiarizarse con el alfabeto y cálculo simple. Pueden dominar habilidades como lectura global de palabras imprescindibles para la supervivencia y adquirir escaso lenguaje comunicativo. En edad escolar pueden lograr un nivel de comunicación. Posteriormente pueden ser adiestrados en cuidado personal elemental y de adultos pueden realizar tareas simples muy supervisadas. Pueden necesitar de apoyo constante.

Coeficiente intelectual total aproximado: 20-34. Edad mental en adultos: 3 a menos de 6 años.

Retraso Mental Profundo

Tienen severa limitación del cuidado personal, continencia, comunicación y movilidad. Son totalmente dependientes, su capacidad de atender sus necesidades básicas es muy limitada, no controlan esfínteres, requieren ayuda y supervisión constante. Su movilidad es muy restringida o ausente y su comunicación verbal es el grito o expresiones primarias.

Coeficiente intelectual total aproximado menor de 20. Edad mental en adultos: menor de 3 años.

El DSM en su versión 9, asume la definición de la AAIDD y define a la DI como "trastorno que comienza en el periodo de desarrollo e incluye limitaciones en el funcionamiento intelectual y adaptativo, en los dominios conceptual, social y práctico. Su diagnóstico requiere cumplir los siguientes criterios:

1. Deficiencias en las funciones intelectuales: razonamiento, resolución de problemas, planificación, pensamiento abstracto, juicio, aprendizaje académico y aprendizaje de la experiencia, confirmados por evolución clínica y pruebas de inteligencia estándar.
2. Deficiencias del comportamiento adaptativo que producen fracaso en cumplir los estándares socioculturales y del desarrollo, para la autonomía y la responsabilidad social. Sin apoyo continuo, las deficiencias limitan el funcionamiento.
3. Inicio durante el periodo de desarrollo.

Conducta adaptativa

Conjunto de habilidades conceptuales, sociales y prácticas que el individuo ha aprendido y que le permiten responder a las circunstancias de la vida diaria (Schalock, 1999; AAIDD, 2010).

La medida de la inteligencia (coeficiente intelectual, CI) no es el único criterio diagnóstico para RM, como se ha considerado en el entonces Servicio de Retraso Mental del INR desde la década de los 80. Por definición, debe considerarse el criterio Conducta Adaptativa. Los tipos de conducta adaptativa *conceptual, social y práctica*, se conceptualizan como "Habilidades Adaptativas", de las que se establecen diez áreas [7]: comunicación, cuidado personal, habilidades de la vida en el hogar, habilidades sociales, uso de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, habilidades académicas y funcionales, tiempo libre, y trabajo.

Por críticas a ese ordenamiento [8], en la 10ª edición de la AAMR, la conducta adaptativa se conceptualizó con un enfoque triárquico de la inteligencia, desglosándola en *habilidades prácticas, sociales y conceptuales*. Inteligencia y conducta adaptativa son así constructos multidimensionales y jerárquicos, observándose paralelismo entre los dominios de ejecución que los componen [9]. Por otro lado, si bien la evaluación del funcionamiento intelectual se

relaciona con las habilidades en el contexto escolar, no deben dejarse de lado las habilidades sociales y prácticas derivadas de la evaluación de la conducta adaptativa [10].

Hay fuerte relación no causal, entre el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa [11], y entre esta con el grado de independencia. Un estudio en adultos con RM encontró que aquellos con niveles altos de conducta adaptativa trabajaron y vivieron más independientemente que aquellos con niveles bajos, que necesitaron mayor soporte de la comunidad [12]. Por otra parte, la vida independiente es un derecho humano y civil que consiste aquí en que la persona con RM controle su vida desarrollando su proyecto de vida elegido; y no sólo en que pueda realizar actividades por si misma (Morris, 1993 y 2004) en una visión funcionalista que relaciona la independencia con no necesitar ayudas [13].

Etiología

Es heterogénea, frecuentemente multifactorial, puede clasificarse en genética y adquirida. Etiología multi factorial es un constructo [24, 26, 27] compuesto por categorías de *factores de riesgo biomédicos, sociales conductuales y educativos*. Los factores biomédicos están presentes en casos graves de origen biológico y frecuente causa orgánica; los factores sociales, conductuales y educativos lo están en casos con influencia cultural familiar. La mayoría de casos profundos asocian una enfermedad neurológica. En cerca del 40% de casos de RM no se puede establecer la causa. La fisiopatología varía según la etiología pero converge en daño encefálico [23].

Se consideran causas obvias del retraso mental [6]:
- Feto y recién nacido afectados por factores maternos y por complicaciones de embarazo, trabajo de parto y parto (P00-P04).
- Retardo del crecimiento y desnutrición fetal (P05).
- Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer, no clasificados en otra parte (P07).
- Hemorragia y laceración intracraneal debidas a traumatismo del nacimiento (P10).
- Edema cerebral debido a traumatismo del nacimiento (P11.0).
- Otras lesiones especificadas del encéfalo, debidas a traumatismo del nacimiento (P11.1).
- Lesión no especificada del encéfalo, debida a traumatismo del nacimiento (P11.2).
- Traumatismo del nacimiento en el sistema nervioso central, no especificado (P11.9).
- Traumatismo no especificado durante el nacimiento (P15.9).
- Hipoxia intrauterina (P20).
- Asfixia del nacimiento (P21).
- Enfermedades virales congénitas (P35).
- Otras enfermedades infecciosas y parasitarias congénitas (P37).
- Hemorragia intracraneal no traumática del feto y del recién nacido (P52).
- Kernicterus (P57).
- Convulsiones del recién nacido (P90).
- Otras alteraciones cerebrales del recién nacido (P91).

Educación inclusiva

Es la universalización del acceso a la educación, consistente en que todos compartan la misma experiencia educativa, promoviendo así la equidad. Siendo la educación derecho fundamental, la inclusiva no es un nuevo derecho, es el mismo pero valorando la diversidad en el proceso de aprendizaje. Es la necesidad de que todos aprendan juntos, independientemente de sus condiciones personales, incluyendo especialmente a las personas con discapacidad [14].

Autodeterminación

Disponer de cualidades y habilidades adquiridas por instrucción directa a lo largo de la vida, que permitan a la persona ser agente causal de su propia vida. Es un constructo adquirido en interacción con el entorno, facilitado por un proceso estructurado de enseñanza aprendizaje, y condicionado por elementos personales internos y propios del contexto en que se desarrolla. Elegir y tomar decisiones auto determinadas es parte de un proceso de aprendizaje sociocultural, donde la persona con RM debe involucrarse[16] para que su comportamiento se encuadre en su contexto social. Interactuando con su ambiente, la persona aprende y aplica su capacidad de ser responsable y protagonista de sus acciones.
Decidir, expresar preferencias y tener conciencia y confianza en sí mismo conlleva múltiples experiencias en la educación y en la vida, independientes de la gravedad del RM. Estudiar lo que afecta al desarrollo de la conducta autodeterminada en cada etapa del desarrollo, permite guiar y desarrollar prácticas que favorezcan su adquisición en personas con RM [17].

Calidad de vida

Concepto cada vez más usado en la discapacidad intelectual como marco para evaluar servicios y resultados personales. Es un "estado deseado" de bienestar personal que: (a) es multidimensional; (b) tiene propiedades éticas -universales- y émicas -ligadas a la cultura; (c) tiene componentes objetivos y subjetivos; y (d) es influenciada por factores personales y ambientales".
Según la OMS, es la percepción que se tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de cultura y sistema de valores en los que se vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas e inquietudes. Está influida por la salud física, mental, nivel de independencia, relaciones sociales y relación con el entorno.
Los principios en la aplicación de este concepto en los servicios y apoyos para las personas con discapacidad, son que la calidad de vida, (a) es multidimensional y tiene los mismos componentes para todas las personas; (b) es influenciada por factores personales y ambientales; (c) mejora con la autodeterminación, los recursos, el propósito de vida y el sentido de pertenencia; y (d) debe basarse en la evidencia.[15]

La asociación de apoyos individualizados con las dimensiones de la calidad de vida se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 1. Dimensiones de la Calidad de Vida y ejemplos de Apoyos Individualizados.	
Desarrollo personal.	Entrenamiento en habilidades funcionales, tecnología asistiva, sistemas de comunicación.
Autodeterminación.	Elecciones, control personal, decisiones, metas personales.
Relaciones inter personales.	Fomento de amistades, protección de la intimidad, apoyo a las familias, relaciones/interacciones comunitarias.
Inclusión social.	Roles y actividades comunitarias, voluntariado, apoyos sociales.
Derechos.	Privacidad, procesos adecuados, responsabilidades cívicas, respeto y dignidad.
Bienestar emocional.	Mayor seguridad, ambientes estables, retroalimentación positiva, previsibilidad, mecanismos de auto identificación v.g. espejos o etiquetas con su nombre.
Bienestar físico.	Atención médica, movilidad, bienestar, ejercicio, nutrición.
Bienestar material.	Propiedades, posesiones, empleo.

La Tabla 2 resume los principales predictores de resultados relacionados con Calidad de Vida. De los resultados de investigación que muestra, dos ejemplos de estrategias potencialmente eficaces consistirían en que, el personal que atiende proporcione recursos y apoyos

individualizados para: (a) mejorar el nivel de conducta adaptativa, estatus laboral, autodeterminación y ayuda profesional; y (b) reducir el tamaño de los contextos e incrementar la disponibilidad de transporte.[12]

Tabla 2. **Predictores de Calidad de Vida relacionados con resultados.**

Variables de resultados.	**Variables predictoras significativas.**
Puntuación compuesta de Calidad de Vida	Puntuaciones de Coeficiente Intelectual General y Conducta Adaptativa (Schalock et. al. 1994). Estatus vital y laboral (Schalock et. al. 2000) Nivel de autodeterminación (Wehmeyer y Schwartz, 1998) Servicios laborales financiados por el estado, localización geográfica, disponibilidad de transporte, patrones de dotación de personal de la empresa (Bonham et.al, 2005)
Inclusión social.	Coeficiente Intelectual y nivel de Conducta Adaptativa, (Perry y Felce, 2005; Stancliffe y Lakin, 1998)
Relaciones inter personales.	Coeficiente Intelectual general y nivel de conducta adaptativa.
Autodeterminación.	Coeficiente Intelectual General y nivel de Conducta Adaptativa (Perry y Felce, 2005). Tamaño del contexto (Tossebro, 1995). Modelo del servicio (Walsh et. al, 2006)
Desarrollo personal.	Tamaño del contexto (Perry y Felce, 2005). Atención del personal (Emerson et. al. 2001; Perry y Felce, 2005). Cultura organizacional (Perry y Felce, 2005).
Resultados personales.	Elecciones, derechos, interacción con la comunidad, respeto (Gardner y Carran, 2005)

Incidencia y prevalencia

Difícil de precisar porque no se puede verificar en todos los casos cuándo se adquiere el RM. La prevalencia no se conoce exactamente, la OMS estima que en poblaciones industrializadas es del 3%; de ese porcentaje los casos leves son el 83%. Las personas con discapacidad intelectual son, también según la OMS, las más carentes [25, 26].
En el INR, en el 2019, se realizaron 40,008 atenciones, 3716 (9%) [†] en el DIDRIDIAS, de las cuales 2206 correspondieron a atendidos nuevos. De los atendidos, 2045 correspondieron a diagnóstico de RM, con una frecuencia del 50% para RM leve, 30% RM moderado, el severo 18% y el profundo 2%. Estas frecuencias fueron las mismas en el periodo 2018.

Comorbilidades

Es frecuente la presencia de comorbilidades o condiciones clínicas asociadas, entre las que destacan: [19]

- Trastorno generalizado del desarrollo.
- Parálisis cerebral infantil.
- Trastorno sensorial.
- Caries dental, trastornos de dentición.
- Epilepsia
- Déficit de atención e hiperactividad, fobia social.
- Hipotiroidismo congénito.
- Escoliosis idiopática infantil.
- Obesidad con factores de riesgo cardiovascular.

[†] *Fuente: Oficina de Estadística e Informática del INR*

- Demencia tipo Alzheimer en el Sindrome de Down.
- Depresión.
- Diversas en caso se otros síndromes genéticos.

Finalmente, el RM se constituye en daño trazador por su manejo complejo por equipo multidisciplinario, que requiere un enfoque multidimensional. Su impacto puede ser alto en la familia, en lo emocional (aceptación del caso), económico (requiere diversa y costosa terapia toda su vida y la inclusión laboral es limitada) y social (requiere diversos apoyos sociales). Siendo varios los factores que condicionan sus limitaciones, su atención se dirige a reducir este impacto al mínimo posible. Por ello, es importante establecer un protocolo estandarizado de la atención de rehabilitación integral del paciente con Retraso Mental que acude al INR.

VI. CONSIDERACIONES ESPECIFICAS

6.1 Población Objetivo

El Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" Amistad Perú – Japón es referente nacional para la atención en Medicina de Rehabilitación y su población blanca es la persona con discapacidad de grado moderado y severo.
En el caso del RM la gradación de leve es sólo denominativa, por lo que la población objetivo son todos los pacientes con Retraso Mental, que son referidos al INR.

6.2 Aspectos técnicos conceptuales

El tratamiento rehabilitador integral es multidimensional, su objetivo es la inclusión y tiene dos enfoques: [23]

a) Planificación centrada en la persona: lograr los servicios y apoyos necesarios para mejorar la calidad de vida, con base en las propias preferencias y valores. Se planifica la mejora en salud, ocio, necesidades básicas, integración escolar, laboral, autonomía y otras, bajo el principio de inclusión de personas con dificultades de integración por barreras sociales. Se formula un perfil individual de los apoyos necesarios.

b) Planificación centrada en la familia: empoderar y capacitar a la familia para que funcione con eficacia, identificando sus fortalezas y recursos para usarlos en lograr sus propios objetivos.

Para lograr un tratamiento eficaz de rehabilitación desde el punto de vista médico y familiar, el equipo multidisciplinario del DIDRIDIAS tendrá en cuenta las necesidades del paciente en su contexto, se establecerán objetivos con criterios de priorización y se realizarán las intervenciones de rehabilitación integral con base en sistemas de evaluación. Así, se establecen lineamientos básicos y estandarizados para la atención integral de rehabilitación, de los pacientes con Retraso Mental como apoyo a su integración familiar, escolar, laboral y social, en un marco de derechos.

6.3 Definición Operativa del Retraso Mental

"Limitación significativa en el funcionamiento intelectual (menos de 2 desviaciones estándar que el promedio) y en la conducta adaptativa; expresadas en el desempeño de las habilidades prácticas, sociales y conceptuales considerando el entorno comunal y cultural; y que comienza antes de los 18 años de edad [18].

Según Luckasson y cols [5, 24], aplicar las definiciones de RM ó DI parte de cinco premisas esenciales:

1. Las limitaciones en el funcionamiento intelectual deben considerarse en el contexto de ambientes comunitarios típicos de los iguales en edad y cultura; hogares, barrios, colegios, empresas y otro entorno donde se desempeñan personas de edad similar.
2. La evaluación válida considera la diversidad cultural y lingüística, y las diferencias en comunicación; en aspectos sensoriales, motores y comportamentales.
3. Las limitaciones a menudo coexisten con capacidades.
4. Analizar las limitaciones no es suficiente, describirlas es el primer paso para desarrollar la prescripción de los apoyos que el paciente necesita para mejorar su funcionamiento.
5. Si se ofrecen apoyos personalizados apropiados por un tiempo prolongado, el funcionamiento de la persona con RM generalmente mejora. La falta de mejora puede ser base para reevaluar el perfil de necesidades de apoyos.

6.4 Codificación CIE10

CIE 10	GRAVEDAD O GRADO	IV CARÁCTER: DETERIORO DE LA CONDUCTA
F70.	RETRASO MENTAL LEVE	.0: Deterioro del comportamiento nulo o mínimo. .1: Deterioro del comportamiento significativo, que requiere atención o tratamiento. .8: Otros deterioros del comportamiento. .9: Deterioro del comportamiento de grado no especificado.
F71.	RETRASO MENTAL MODERADO	
F72.	RETRASO MENTAL GRAVE	
F73.	RETRASO MENTAL PROFUNDO	
F79.	RETRASO MENTAL NO ESPECIFICADO	
DIAGNÓSTICO RELACIONADO		
R41.83	CAPACIDAD INTELECTUAL LÍMITE ("Fronterizo") Coeficiente Intelectual Total aproximado 70 a 85.	

6.5 Criterios de admisión

- Pacientes de cualquier edad transferidos al DIDRIDIAS de otro departamento del INR, o referidos al INR de otras IPRESS por un médico rehabilitador o de especialidad relacionada.
- Contar con un documento médico que acredite el diagnóstico de Retraso Mental
- (Discapacidad Intelectual): hoja de referencia, informe, certificado (incluye al Certificado de Discapacidad).
- Contar con un informe psicológico de su coeficiente intelectual o que éste conste en un documento médico.

6.6 Criterios de exclusión para el programa de Rehabilitación Integral

Pacientes que asocien otro trastorno de salud mental (enfermedad psiquiátrica) que no esté controlado.

6.7 Proceso de atención

Ver flujograma de atención (**Anexo 1**)
Los miembros del equipo multidisciplinario (**Anexo 2**) participan de la atención según programa de rehabilitación integral.

6.7.1 Consulta médica

Primera atención: (paciente que acude por primera vez).

a. El médico rehabilitador tratante firma el Consentimiento Informado para Docencia.
b. El médico rehabilitador tratante realiza la anamnesis, el examen clínico, el diagnóstico de RM, y el de comorbilidades u otros, de ser el caso;
c. Establece las deficiencias ‡, las discapacidades § y su gravedad.
d. Establece su apreciación del caso mediante el pronóstico de rehabilitación (*Bueno, regular, malo, reservado, diferido*);
e. Establece las metas generales: Intervención temprana, apoyo a la inclusión escolar, apoyo a la inclusión laboral, otra según el caso.
f. Prescribe el Plan de Trabajo y Tratamiento en el Servicio que corresponda (**Anexo 3**: Servicios y actividades por servicio**). Son obligatorios el Estudio Social y el Psicológico, la evaluación de habilidades adaptativas, la definición del Coeficiente Intelectual (a partir de los 5 años de edad) y la indicación del tipo de escolaridad (los tres últimos pueden diferirse según la edad). De proceder, el Plan incluye medicamentos, ayudas biomecánicas, exámenes auxiliares, interconsultas, referencias, contra referencias, procedimientos, otras acciones según criterio.
g. Selecciona las Actividades que servirán para medir la evolución según su presencia y gravedad (podrá utilizarse los Core Sets o "Núcleos básicos" según la CIF).
h. Registra lo actuado en la Historia Clínica, según las normas vigentes de Gestión de la Historia Clínica y de Auditoría de Registro.

Evoluciones: (paciente continuador, se programan cada 4 meses).

a. El médico rehabilitador tratante firma el Consentimiento Informado para Docencia, o su revocatoria, de ser el caso.
b. El médico rehabilitador tratante evoluciona al paciente;
c. Diagnostica nuevas comorbilidades o condiciones de salud, de ser el caso;
d. Continúa el diagnóstico anterior o lo modifica según criterio y evidencia;
e. Define nuevas deficiencias y discapacidades, de proceder, y el incremento/disminución de la gravedad de las ya establecidas;
f. Evoluciona el CORE SET establecido en la primera consulta;
g. Continúa o cambia de Servicio según la edad y condición clínica del paciente;
h. Anota su apreciación de evolución: ***favorable, en proceso, estacionaria, no aplica***, otra.
i. Establece el Plan de Trabajo y Tratamiento, como en la primera consulta;
j. Determina altas temporales (de ser el caso);
k. Registra lo actuado en el formato "Nota de Evolución".

Reevaluaciones (paciente que dejó de asistir 12 meses continuos o más).
El médico rehabilitador tratante procede como en la primera atención y registra lo actuado en el formato de historia clínica "Reevaluación".

Interconsultas
De otros departamentos de atención a pacientes del INR. Se recibe en el formato correspondiente, el médico rehabilitador procede como en la primera consulta hasta el diagnóstico, registra lo actuado en el formato de Historia Clínica y la responde en el mismo formato en que se recibió.

---

‡ *Que se correlacionan con los daños en las Funciones y en las Estructuras Corporales en la CIF [20].*

§ *Que relacionan a las Actividades y participación descritas en la CIF [20]*

** *Los Servicios representan los Programas de atención autorizados por RD N° 213-2012-SA-DG-INR. Las metas y las altas se determinan por el cumplimiento de las actividades de cada Programa.*

6.7.2 Diagnóstico

Criterios [21]

I. Limitación significativa en el funcionamiento intelectual (menos de dos desviaciones estándar de la población considerada normal);
II. Limitación en la conducta adaptativa que se manifiesta en las habilidades conceptuales, sociales y prácticas;
III. Inicio antes de los 18 años.

Diagnóstico de Retraso Mental

Son bases del diagnóstico, la clínica y el análisis de la conducta adaptativa. Se establece a cualquier edad si el caso lo permite; el Coeficiente Intelectual es un examen auxiliar.
(a) Diagnóstico principal: del **Retraso Mental** y de su **gravedad**.
(b) Diagnóstico secundario: de las **Comorbilidades** y **otras Enfermedades** (de proceder).
(c) Diagnóstico **Etiológico**, diverso según el caso.
(d) **Deficiencias.** Enlistar al menos las tres más importantes, de proceder y seleccionar las de seguimiento (CORE SETS).
(e) **Discapacidades**, de proceder. Enlistar al menos las tres más importantes, de proceder y seleccionar las de seguimiento (CORE SETS).

(a), (b) y (c) se codifican con el CIE10 vigente, con hasta tres caracteres, consignando si es **Presuntivo** o **Definitivo**.
(d) y (e) se codifican con la CIDDM 1990, versión peruana, o con la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud.

Para establecer la **gravedad** del RM se evalúan las habilidades adaptativas mediante el desempeño en: Conducta, juego, autovalimiento, actividades domésticas y cotidianas, escolaridad.

6.7.3 Pronóstico y metas

El Retraso Mental no es curable, el fin del tratamiento es educar/entrenar habilidades y a la vez intervenir en el entorno a través de los apoyos, para reducir la brecha entre las demandas del medio y las propias capacidades.

Pronóstico
Según la gravedad, comorbilidades, factores ambientales favorecedores o de barrera e intensidad de apoyos, se establece como ***Bueno, Regular, Reservado, Malo*** (excepcional y/o en casos de RM profundo) y ***Diferido,*** si el médico no puede precisarlo. El pronóstico puede ser variable entre evoluciones.

Metas

Generales
a) Aceptación del caso por los padres.
b) Marcha o desplazamiento funcional.
c) Comunicación funcional.
d) Independencia en auto valimiento.
e) Conducta social.
f) Apoyo a la Inserción escolar.
g) Apoyo a la Inserción laboral.

h) Calidad de vida.
i) Desarrollo de redes de apoyo.
j) Organización de la familia.
k) Conocimiento de sus derechos.
l) Conocimiento de la legislación sobre discapacidad.
m) Certificación de la Discapacidad.

Específicas
Se establecen individualmente para cada paciente y para cada meta general, en relación con la edad/etapa de vida, gravedad del RM, tipo de terapia, factores favorecedores o de barrera e intensidad de apoyos. Necesariamente incluyen a la familia.

Lograr cada meta determina alta temporal en esa área. No lograr metas establecidas en intentos suficientes determina el alta definitiva en un área.

De forma orientativa, se presenta el siguiente cuadro de Cusi Morales Bedoya (2003) que propone el siguiente proyecto de vida:

PROYECTO DE VIDA DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL LEVE		
En la primera infancia	0-4 años	Estimulación Habilidades básicas del desarrollo
En la niñez	5 a 10 años	Pre escolaridad Rutinas de independencia
En la adolescencia	11 a 18 años	Escolaridad Aprendizajes formales; habilidades sociales; amistades; formación de valores.
En el adulto joven	19 a 24 años	Formación intermedia o laboral Aprendizaje de una ocupación u oficio; relaciones afectivas; independencia y autonomía.
En la adultez media	25 a 45 años	Vida laboral
En la adultez tardía	45 a 60 años	Vida laboral
En el adulto mayor	60 años a más	Jubilación Seguridad económica

Morales Bedoya, Cusi (2003) "Proyecto de vida de la persona con discapacidad"

6.7.4 Intervenciones

Intervención en Terapia Física
El Tecnólogo Médico aplica técnicas y procedimientos para:
- Facilitar y o reeducar el neurodesarrollo.
- Prevenir y/o reducir contracturas y deformidades.
- Lograr el desplazamiento funcional
- Adecuar las posturas.
- Optimizar el equilibrio y la coordinación.
- Determinar la aptitud para realizar actividades pre deportivas.
- Realizar actividades pre deportivas.

Intervención en Terapia Ocupacional
El Tecnólogo Médico aplica técnicas y procedimientos para:

- Lograr independencia en el auto valimiento.
- Lograr niveles de desempeño en tareas del hogar y fuera del hogar.
- Establecer rutinas.
- Determinar la edad viso motriz.
- Crear hábitos y habilidades pre laborales.
- Elaborar férulas y ayudas similares.
- Realizar medición y adaptación de sillas de ruedas.

Intervención en Psicología
El Psicólogo aplica técnicas y procedimientos para:
- Lograr el mejor bienestar psicológico.
- Empoderar el yo y los recursos del paciente.
- Trabajo con la familia para la aceptación de la discapacidad intelectual.
- Orientación psicológica para unificar criterios en el trato al paciente.
- Mejorar el vínculo afectivo y el sistema de apoyo familiar.
- Orientación sexual.
- Modificar conductas en el paciente y la familia, con el apoyo de los padres como modelos conductuales.
- Determinación del Coeficiente Intelectual.
- Determinación de la aptitud vocacional.
- Fortalecer la adherencia al tratamiento.
- Favorecer las habilidades sociales.
- Ayudar a establecer redes de apoyo.

Intervención en Trabajo social
El Trabajador Social interviene para:
- Realizar el diagnóstico socioeconómico.
- Reconocer y abordar los factores de riesgo en la familia y entorno social.
- Realizar coordinaciones internas y externas.
- Apoyar la integración educativa y laboral.
- Gestionar recursos.
- Realizar visitas domiciliarias, escolares y laborales.

Intervención en Terapia del lenguaje
El Profesor Especializado o Tecnólogo Médico utiliza técnicas y procedimientos para:
- Lograr la comunicación funcional.
- Lograr la comunicación alternativa.

Intervención en Terapia Psicopedagógica
El Profesor Especializado utiliza técnicas y procedimientos para:
- Optimizar las funciones cerebrales superiores.
- Lograr niveles de lectura y escritura.

Actividades comunes
El Equipo Multidisciplinario participa, según programación de cada profesional, en la Charla de Bienvenida (obligatoria para responsables de pacientes nuevos), para presentar el programa de rehabilitación y enfatizar en sus derechos, deberes y disposiciones internas. También se programan talleres y actividades socio recreativas multi disciplinarias.

Procedimientos
Aplicación de toxina botulínica, para casos seleccionados y según la guía del procedimiento.

Ayudas biomecánicas

De ser necesarias, son prescritas por el médico rehabilitador tratante.
La determinación de silla de ruedas se realiza por un equipo técnico conformado por un médico, un tecnólogo médico en terapia ocupacional y una trabajadora social. Su medición la realiza el Terapeuta Ocupacional. En ocasiones, puede ser necesaria la opinión de un tecnólogo médico en terapia física. Se registra lo actuado en el formato correspondiente, que se incluye en la historia clínica.

Medicación
Se prescribe según criterio médico; no se estandariza por la variabilidad de los pacientes.

Exámenes de ayuda al diagnóstico
Solicitadas por el médico tratante con base en la evaluación, edad y etapa de la atención.
Se indican con mayor frecuencia:

- Coeficiente Intelectual (Psicometría).
- Edad viso motriz.
- Tomografía o Resonancia Magnética Nuclear del encéfalo.
- Estudios audiológicos.
- Radiografía de pelvis ósea.
- Radiografía de columna.
- Radiografía mensuradora de miembros inferiores.
- Examen genético.

Interconsultas a otros departamentos de atención a pacientes del INR
Se realizan en el formato autorizado, para las comorbilidades que puedan atenderse en el INR.

6.7.5 Criterios de referencia

Se realiza la referencia a otras IPRESS en los casos de pacientes con comorbilidades o enfermedades que no puedan atenderse en el INR, mediante el área de Referencia y Contrarreferencia.

6.7.6 Criterios de alta y de contrarreferencia

Por la naturaleza del RM no se dan altas definitivas. Se realizan altas temporales según los criterios siguientes:

- Meta lograda.
- Programa culminado.
- Inclusión escolar lograda.
- Inclusión laboral lograda.
- Meta no lograda en intentos suficientes, previa opinión del médico rehabilitador tratante y profesionales relacionados. Pasa a atención para mantener la función lograda.
- Abandono del tratamiento.

En caso de los pacientes que fueron referidos al DIDRIDIAS para atender aspectos clínicos específicos, una vez atendidos se contrarrefieren, mediante el área de Referencia y Contrarreferencia.

6.7.7 Atenciones por Telesalud

Se programan atenciones mediante Teleinterconsulta, Teleorientación y Telemonitoreo, de acuerdo a las correspondientes normas legales vigentes.

6.8 Responsabilidades

El jefe del DIDRIDIAS supervisa el cumplimiento del presente protocolo.

Los Jefes de Servicio difunden, implementan, brindan asistencia técnica y supervisan la aplicación del Protocolo en el ámbito de su jefatura y en lo que competa.

VII. RECOMENDACIONES

Se recomienda la evaluación periódica del presente protocolo y su actualización tres (03) años después de su publicación o antes, de ser necesario, para la mejora de su contenido y reflejar los avances de la evidencia. Se puede revisar y actualizar en su totalidad o en alguna área específica; en su caso, debe señalarse la justificación para realizar la actualización y el tiempo de elaboración estimado.

VIII. ANEXOS

Anexo Nº 1: Equipo Multidisciplinario
Anexo Nº 2: Flujograma de Atención del Paciente en el DIDRIDIAS
Anexo Nº 3: Atención por Servicios

IX. BIBLIOGRAFÍA

1. Sastre S, Ortiz T. Neurofuncionalidad ejecutiva: estudio comparativo en las altas capacidades. Rev. Neurol. 2018, 66 (supl. 1): 551-6.

2. Montero, Delfín, & Lagos, Juan. (2011). Conducta adaptativa y discapacidad intelectual: 50 años de historia y su incipiente desarrollo en la educación en Chile. Estudios pedagógicos (Valdivia), 37(2), 345-361. https://dx.doi.org/10.4067/S0718-07052011000200021

3. AAIDD (2011). Discapacidad Intelectual. Definición, Clasificación y Sistemas de Apoyo Social. Madrid: Alianza Editorial

4. Organización Mundial de la Salud, OMS, Clasificación Internacional de Enfermedades CIE10, edición 2008.

5. Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo, AAIDD; Luckasson y Cols 2011, vigente al 2015.

6. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar de España, CIE10-ES, décima revisión, modificación clínica. Enero 2020.

7. Luckasson, R., Coulter, D. A., Polloway, E. A., Reiss, S., Schalock, R. L., Snell, M. E., Spitalnik, D. M. y Stak, J. A. (1992). Mental retardation: Definition, classification, and systems of supports. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.

8. Verdugo, M.A. (2003). Análisis de la definición de discapacidad intelectual de la Asociación Americana sobre Retraso Mental de 2002. Siglo Cero, 34(1), 5-19

9. Navas, P., Verdugo, M.A. Arias, B., Gómez, L., La conducta adaptativa en personas con discapacidad intelectual. Siglo Cero, 2010, Vol 41 (3), Núm. 235, 28-48.

10. Alarcón-Leiva, J. & Sepúlveda-Dote, M. La conducta adaptativa como criterio diagnóstico de discapacidad intelectual en estudiantes de Chile. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 2014, 12 (1), pp. 187-199.

11 Tassé MJ, Luckasson R, Schalock RL. The Relation Between Intellectual Functioning and Adaptive Behavior in the Diagnosis of Intellectual Disability. Intellect Dev Disabil. 2016 Dec;54(6):381-390. doi: 10.1352/1934-9556-54.6.381. PMID: 27893317.

12. Woolf S, Woolf CM, Oakland T. Adaptive behavior among adults with intellectual disabilities and its relationship to community independence. Intellect Dev Disabil. 2010 Jun;48(3):209-15. doi: 10.1352/1944-7558-48.3.209. PMID: 20597731.

13. Petner-Arrey, Jami and Susan R. Copeland. "'You have to care.' perceptions of promoting autonomy in support settings for adults with intellectual disability." British Journal of Learning Disabilities 43 (2014): 38-48.

14. Tosi, I., et al. Educación inclusiva y vida independiente. Universitas, n. 24, 2016, p. 134-164 ISSN 1698-7950 / doi: http://dx.doi.org/10.20318/universitas.2016.3178

15. Schalock, Robert L. y Verdugo, Miguel Ángel (2007). El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual. Revista Siglo Cero vol.38(4), número 224, pág.21-36

16. Bissoto, M.L. Deficiência intelectual e processos de tomada de decisão: estamos enfrentando o desafio de educar para a autonomia?. Educação Unisinos 2014, 18(1), 3-12. doi.: 10.4013/edu.2014.181.01

17. Baña Castro, M., Losada Puente, L., & Muñoz Cantero, J. M. Condicionantes personales y ambientales de la conducta autodeterminada en la adolescencia con alteraciones del desarrollo intelectual / personal and environmental determinants of self-determined behavior in adolescents with intellectual developmental disorders. Ciencias Psicológicas, 2015, 9(2), p. 283. Retrieved March 15, 2021, from http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212015000300006&lng=en&tlng=en.

18. Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo AAIDD

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

20. Norma Técnica de Salud N° 139-MINSA/2018/DGAIN, Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica; pág. 5.

21. Asociación Mundial de Psiquiatría. DSM IV TR. Manual de Diagnóstico Rstadistíco de los Trastornos mentales. Barcelona (España). Masson; 2002, p.50

22. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, CIF, OMS/OPS, 2001y su versión para niños y adolescentes.

23. El nuevo paradigma del Retraso Mental; Carlos Egea García- Jorge Luna Maldonado.

24. Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (AAIDD), anteriormente Asociación Americana sobre Retraso Mental (AAMR) comprensión, definición y clasificación del constructo de discapacidad intelectual. Disponible en: http://aaidd.org/intellectual-disability/definition#.VWxx4kYas9EArchivo: Documento Marco / Memoria explicativa de la actividad Versión: 17 (02/06/15) Página 7 de 8.

25. Organización Mundial de la Salud, Informe Mundial sobre la Discapacidad, 2011.

26. Tejeda M. I. Retardo Mental de Origen Genético. Presentación de la RED CIRMOGEN. Revista de Neurología, 2006; (Supl. 1): S1-S6. España

27. Verdugo M. A, Bermejo B. G. , Retraso Mental, Adaptación Social y Problemas del Comportamiento, Madrid, España, 2005

ANEXO Nº 01

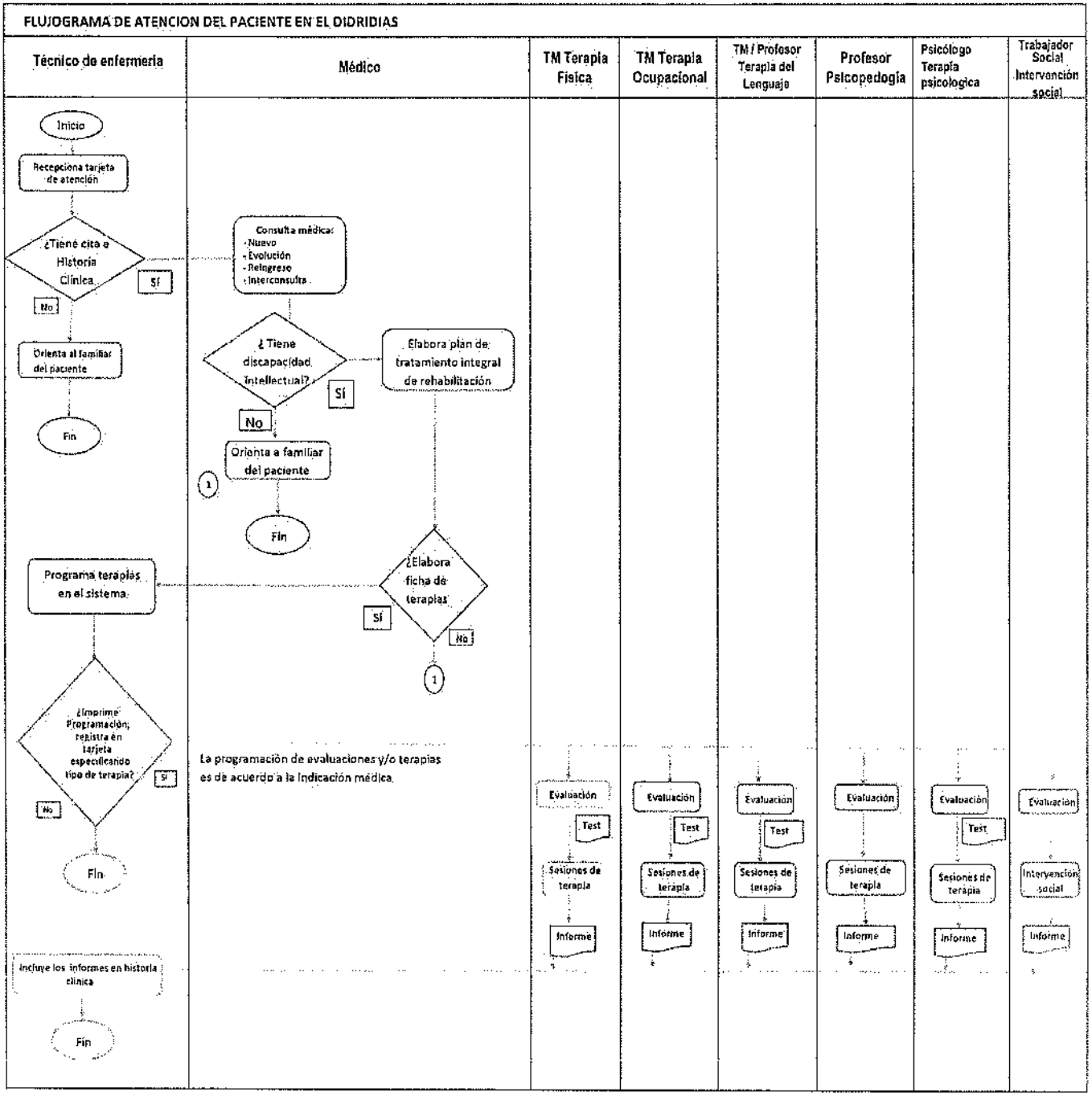
EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO

El trabajo de los profesionales de salud en la rehabilitación integral del paciente con RM es en equipo, donde cada profesional ofrece evaluación y atención paralelos, pero los miembros de cada disciplina entienden los roles de cada uno. El Equipo Multidisciplinario del DIDRIDIAS lo encabeza el médico rehabilitador, que prescribe el plan de tratamiento.

EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO	AMBIENTE DE TRABAJO
Médico rehabilitador	Consultorio médico
Tecnólogo Médico en Terapia Física	Ambientes de terapia física individual. Ambientes de terapia física grupal. Ambientes de psicomotricidad. Ambiente para actividades pre deportivas.
Tecnólogo Médico en Terapia Ocupacional	Ambientes de terapia ocupacional individual. Ambiente de terapia ocupacional grupal. Ambientes de Pre Talleres.
Psicólogo	Consultorio de psicología / ambiente de terapia psicológica individual. Ambiente de terapia psicológica grupal.
Profesor especializado en Terapia Psicopedagógica.	Ambiente de terapia psicopedagógica individual.
Profesor especializado en Terapia del Lenguaje	Ambiente de terapia del lenguaje individual.
Tecnólogo Médico en Terapia del Lenguaje.	
Trabajador social.	Ambiente de servicio social
Técnico en Enfermería.	Ambiente de Admisión. Sala de espera. Secretaría.

ANEXO Nº 02

FLUJOGRAMA DE ATENCION DEL PACIENTE EN EL DIDRIDIAS



ANEXO Nº 03

ATENCION POR SERVICIOS††

1. EVALUACIONES

ATENCIONES					SERVICIOS			
EVALUACIONES	Pacientes	Minutos por ss.	Nº ss	Ciclos / año	INCLUSIÓN ESCOLAR	INCLUSIÓN LABORAL	CALIDAD DE VIDA	PROVINCIAS
EVALUACION INICIAL EN TERAPIA FÍSICA								
Terapia integral	1	40	2		X			X
Terapia física	1	40	2		X	X	X	X
Psicomotricidad nivel I	1	40	2		X			
Psicomotricidad nivel II y III	1	40	3		X			
Deporte	1	40	3		X			
Test articular	1	40	2		X	X	X	X
Test muscular	1	40	2		X	X	X	X
EVALUACION INICIAL EN TERAPIAPIA OCUPACIONAL (1)								
Terapia Ocupacional	1	40	2-3		X	X	X	X
Actividades de vida diaria	1	40	2-3		X	X	X	X
Actividades instrumentales de vida diaria (escolar, laboral)	1	40	2-3		X	X		X
Pre talleres	1	40	1-2			X		X
Aprestamiento para pre talleres	1	40	3			X		X
Análisis ocupacional	1	40	1			X		X
EVALUACION INICIAL EN TERAPIA DEL LENGUAJE	1	40	3		X	X	X	X
EVALUACION INICIAL EN TERAPIA PSICOPEDAGÓGICA (inc..tests)	1	40	3		X	X		X
EVALUACIÓN PSICOLÓGICA, INC. TESTS								
Estudio (Evaluación) psicológico inicial	1	60	1		X	X	X	X
Psicometría	1	60	4		X	X	X	X
Vocacional	1	60	2			X		X
Auto estima	1	60	2		X	X		X
Habilidades sociales	1	60	2		X	X		X

(1) También se realiza una evaluación de salida

†† *Los Servicios representan los Programas de atención autorizados por la RD Nº 213-2012-SA-DG-INR*

2. TERAPIA INDIVIDUAL

ATENCIONES						SERVICIOS			
TERAPIA INDIVIDUAL		Pacientes	Minutos por ss.	N° ss	Ciclos / año	INCLUSION ESCOLAR	INCLUSION LABORAL	CALIDAD DE VIDA	PROVINCIAS
TERAPIA FÍSICA	T. INTEGRAL (Reeducación del neuro desarrollo)	1	40	10	2	X			X
	T. FÍSICA	1	40	10	2	X	X	X	X
	T. DE PSICOMOTRICIDAD (NIVELES I, II, III)	1	40	10	2	X		Mods. I y IV	
	T. DEPORTIVA	1	40	10	2		X	(2)	X
TERAPIA OCUPACIONAL	T. OCUPACIONAL	1	40	10	2-3	X	X	Modulo I	X
	MEDICION DE SILLA DE RUEDAS	1-2	40	2	1 medición	X	X	X	X
	ADAPTACION DE SILLA DE RUEDAS	1	40	3-5	1 adaptación	X	X	X	X
	CONFECCIÓN DE FÉRULAS	1	40	3-4	1-2 (3)	X	X	X	X
TERAPIA DEL LENGUAJE	T. DEL LENGUAJE	1	40	10	2	X	X	X	X
TERAPIA PSICOPEDAGÓGICA	T. PSICOPEDAGÓGICA	1	40	10	2	X	X		X
TERAPIA PSICOLÓGICA	T. FAMILIAR Y DEL COMPORTAMIENTO	1	60	10	2	Módulo II	Módulo II	Módulo II	Módulo II
	T. DE AUTOESTIMA	1	60	10	2	Libre	Libre		Libre
	T. DE ORIENTACION FAMILIAR.	Familia	60	5		X	X	X	X
	T. DE ORIENTACIÓN SEXUAL	1	60	10		X	X	X	X

(2) Individual en casos especiales
(3) Uno en adultos y dos en niños
Libre: como sea requerido según el objetivo

3. TERAPIA GRUPAL

ATENCIONES						SERVICIOS			
TERAPIA GRUPAL		Pacientes	Minutos por ss.	N° ss	Ciclos / año	INCLUSIÓN ESCOLAR	INCLUSIÓN LABORAL	CALIDAD DE VIDA	PROVINCIAS
TERAPIA FÍSICA	T. INTEGRAL (Reeducación del neuro desarrollo)	2 a 3	120	10	2	X		X	X
	T. FÍSICA	2 a 3	120	10	2			Módulos II, III	
	T. de PSICOMOTRICIDAD (NIVELES I, II, III)	4 a 6	120	10	2	X	X		X
	T. DEPORTIVA	4 a 6	120	20	2		X		X
TERAPIA OCUPACIONAL	T. OCUPACIONAL	2	60	10	2	X			X
	DE ACTIVIDADES NO INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA	2-4	60-90	5	3	X	X	Móds. II, III, IV, 3 a	X
	T. DE ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA	2-4	60-120	5-10	3	X	X		X
	DE APRESTAMIENTO BÁSICO PARA PRE TALLERES	4	120	20	2-3		X		X
	T. DE ENTRENAMIENTO EN PRE TALLERES	6-8	240-360	20	2-3		X		X
TERAPIA DEL LENGUAJE	T. DEL LENGUAJE (Jóvenes. Módulos I, II, III, IV)		120	10			X	Móds. I, II, III, IV	
TERAPIA PSICOPEDAGÓGICA	T. DE COMPRENSIÓN LECTORA (Módulos I, II, III)		120	10		X	X		
TERAPIA PSICOLÓGICA	T. FAMILIAR Y DEL COMPORTAMIENTO	3-8	120	10	2	Módulos I, III	Módulos I, III		
	T. DE AUTOESTIMA	3-8	120	10		Módulos I, II	Módulos I, II		
	T. DE HABILIDADES SOCIALES	5-10	120	20		Móds. I, II, III, IV	Móds. I, II, III, IV, V		
	T. DE ORIENTACIÓN SEXUAL	3-8	120	10		X	X		