

GUÍA CLÍNICA

Retraso Mental



ÍNDICE

Introducción	3
Definición	3
Epidemiología	5
Anatomía Patológica	6
Fisiopatología	6
Etiología	6
Cuadro Clínico	7
Clasificación	9
Historia Natural de La Enfermedad	9
Diagnóstico	10
Diagnóstico Diferencial	13
Comorbilidad	13
Manejo Integral	14
Pronóstico	21
Niveles de atención en Salud Mental Infantil y de la Adolescencia	21
Bibliografía	25

AUTORES

María Elena Márquez Caraveo Médico Especialista en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"
Martha Sanabria Salcedo Departamento de Educación y Comunicación. Edificio de profesores CSH 1º piso. Universidad Autónoma Metropolitana, Universidad Xochimilco
Juan Antonio Díaz Pichardo Médico Especialista en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"
Lucia Arciniega Buenrostro Lic. Enfermería Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"
Elisa Aguirre García Médico Especialista en Genética Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"
Verónica Pérez Barrón Psicóloga Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"
Isaura Díaz Mayer Psicóloga Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"
Ana Teresa Díaz Calvo Médico Especialista en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"

INTRODUCCIÓN

Esta guía tiene como propósito elaborar una serie de recomendaciones para la atención a pacientes con Retraso Mental (RM) o Discapacidad Intelectual (DI) ⁽¹⁾. Abarca desde la atención primaria, hasta los servicios especializados de salud mental. De acuerdo a nuestra población, realidad asistencial y con base en la evidencia, se proponen acciones de detección, de diagnóstico, terapéuticas y de rehabilitación, para dar apoyo al profesional en la toma de decisiones. La evidencia se seleccionó con base en los consensos publicados, en las revisiones sistemáticas pertinentes (base de datos Cochrane) y/o en la literatura de investigación reciente. Está dirigida a médicos generales, pediatras y personal de enfermería de atención primaria; a psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, educadores y terapeutas ocupacionales, en los distintos niveles de atención. La expectativa es que los profesionales de la salud se beneficien de directrices que coadyuven a una detección temprana y a un diagnóstico preciso, modificando las secuelas y la discapacidad asociada. Se espera que estas recomendaciones impacten en la población infantil con DI y sus familias, ya que la toma de decisiones en forma oportuna posibilitaría el aprovechamiento óptimo de la capacidad del niño como expresión del derecho al goce pleno de la salud. Las instituciones de salud deben contribuir de manera decisiva a la inclusión social a lo largo de la vida, dado que son la primera instancia de detección y ayuda al niño pequeño con DI.

DEFINICIÓN

La DI¹ alude a una condición bajo la cual el desarrollo mental no se completa o se detiene. Puede estar asociada a otra enfermedad física o mental. Altera las áreas cognitivas (habilidades e inteligencia), las del lenguaje, las sociales y las motrices. Los niños con DI tienen 3 a 4 veces más riesgo que la población general de padecer trastornos psiquiátricos, explotación, abuso físico y sexual.² De ahí la necesidad de dar respuesta y atender internacional y localmente, una condición largamente abandonada. Actualmente la DI se considera un asunto de derechos humanos, al que deben de atender los planeadores de políticas de salud, educativa y los proveedores de servicios, incluidos los programas de política

social.¹ La Tabla 1 resume la clasificación del RM según la CIE-10² y el DSM-IV,³ la Tabla 2 señala los componentes de la CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud),⁴ eventualmente implicados en un niño con diagnóstico de DI. Este sistema de evaluación es muy útil para elaborar un perfil sobre el funcionamiento, la discapacidad y la salud. Permite describir experiencias positivas y evaluar factores ambientales, lo que posibilita una mejor toma de decisiones.

Tabla 1. Clasificación del RM según la CIE-10 y el DSM-IV

CIE 10 ²			DSM IV ³		
Código	Tipo	CI	Código	Tipo	CI
F70	Leve	50-69	70.9	Leve	50-70
F71	Moderado	35-49	71.9	Moderado	35-49
F72	Grave	20-34	72.9	Grave	20-34
F73	Profundo	<20	73.9	Profundo	< 20
F78	Otro				
F79	S/E		79.9	no especificado	

S/E: sin especificación

Tabla 2. Clasificación de la discapacidad intelectual de acuerdo a la CIF

B (Body)	Funciones corporal. Alteración en las funciones mentales b 117 funciones intelectuales; b 164 Funciones cognitivas superiores
S (Structures)	Estructuras corporales s 110 Estructuras del cerebro
D (Domains)	Actividades y participación. Califica desempeño/ realización y capacidades d 175 resolver problemas d 177 tomar decisiones d 220 llevar a cabo múltiples tareas d 240 manejo del estrés y otras demandas psicológicas d 820 educación escolar d 840 aprendizaje (preparación para el trabajo) d 845 conseguir, mantener y finalizar un trabajo d 870 autosuficiencia económica d 940 derechos humanos
E (Environment)	Factores ambientales. e. 465 Problemas con las normas y actitudes sociales e. 1101 Medicamentos. Integración al tratamiento farmacológico.

Fuente: OMS/OPS/IMSERSO, 2001⁴

EPIDEMIOLOGÍA

En los países desarrollados, 1 a 3% de la población general padece RM. En los países menos desarrollados, la información de recursos y servicios es escasa y fragmentada, además la existencia de servicios no garantiza el acceso.¹ El género, el nivel educativo, la movilidad de los padres, la ignorancia de la existencia de los servicios, las dificultades lingüísticas, la edad, el nivel de discapacidad del afectado,¹ la ubicación geográfica, la naturaleza rural o urbana y el estatus socioeconómico, se relacionan con el acceso oportuno.

En América Latina se estima que sólo 5% de los niños accede a los servicios y menos de 2% asiste a la escuela.⁵ Además, para mayor infortunio de la niñez latinoamericana, se sabe que la DI es más común en nuestras regiones, debido a la mayor incidencia de lesiones por anoxia o hipoxia al nacimiento y de neuroinfecciones, ambas causas de retraso.⁶ En México, la prevalencia nacional, con base en datos de investigación epidemiológica, se desconoce. A nivel educativo, se señalan 83,206 infantes con “deficiencia mental” en educación especial.⁷ Si se estima una cifra conservadora de 1-3 %, significa que existen al menos 1-3 millones de mexicanos con esta discapacidad, al menos 400,000 niños. En los diferentes niveles de atención a la salud se carece de registros confiables, lo que refleja la escasa importancia dada a esta condición. En el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” (HPI), que provee servicios especializados de paidopsiquiatría, el RM leve (F70) se colocó entre las 10 primeras causas de enfermedad psiquiátrica que motivaron atención de consulta externa en los últimos tres períodos considerados (2003, 2005 y 2007).⁸

El impacto de la DI es mayor en regiones como América Latina y el Caribe ya que los niños, los adolescentes en zonas rurales y las mujeres son los más afectados por la pobreza, a su vez, condicionante del RM. Aunque cada vez se identifican más causas genéticas de la DI leve, a esta condición se le reconoce aún como de origen “sociocultural o familiar”. RM y pobreza constituyen una relación bidireccional, ya que una desproporcionada mayoría de personas con DI “sociocultural” son pobres, descienden de padres con un CI bajo o se ubican en las minorías o grupos marginales.⁹ Las personas con DI experimentan condiciones

de vida muy difíciles, atribuibles también a una discriminación sistemática y a la ausencia de protección jurídica.¹

ANATOMÍA PATOLÓGICA

Existen pocos estudios de neuroimagen en personas con RM. Es posible que la explicación se relacione con la heterogeneidad diagnóstica de la DI. Los diferentes aspectos metodológicos e interpretativos complican los estudios. La excepción es la asfixia neonatal, el Síndrome de Down (SD) y el síndrome de X-Frágil. Se sabe que en este último, los sujetos exhiben alteraciones neuronales indistinguibles de la enfermedad de Alzheimer después de los 40 años. Se espera que en el futuro, la neuroimagen contribuya a definir el sitio y extensión de las lesiones específicas que dan por resultado RM y permita diagnósticos y predictores de respuesta al tratamiento de mayor precisión en forma temprana.

FISIOPATOLOGÍA

Es posible que las conductas específicas de algunas formas de la DI puedan acelerar nuestra comprensión de los genes implicados y/o de la función cerebral alterada. Por ejemplo: la conducta de lavado de manos en el síndrome de Rett, la hiperfagia en el síndrome de Prader-Willi, los accesos de risa inapropiada en el síndrome de Angelman, el llanto de maullido de gato infantil en el síndrome de 5p, el auto abrazo en el síndrome de Smith-Magenis, la conducta obsesiva compulsiva en el síndrome de Prader-Willi y los problemas de ansiedad y las fobias en el síndrome de Williams. La alta prevalencia de estas conductas permitirá en el futuro diferenciar la contribución genética de otras vías fisiopatológicas quizá implicadas en tales trastornos.

ETIOLOGÍA

Se sugiere que existen causas orgánicas en la mitad de casos de RM. Se señalan hasta 500 causas de naturaleza genética y/o cromosómica, que en conjunto, constituyen aproximadamente una tercera parte de las causas conocidas.¹⁰ Entre éstas se describen el síndrome de Down, de X-Frágil, de Turner, de Klinefelter, de Prader Willi, de Williams, de Angelman y las neurofibromatosis. El resto de las

causas conocidas incluyen la prematuridad, las complicaciones obstétricas (hipoxia e infecciones) y los problemas del neurodesarrollo principalmente. La pobreza es el factor ambiental más destacado. El 50% de las personas con RM no tiene una causa claramente identificable.

CUADRO CLÍNICO

El panorama general del cuadro clínico varía dependiendo del nivel del RM y de los factores asociados. El 85% de las personas con RM, lo tienen de tipo leve. Tienen a ser físicamente normales. Típicamente se detectan más tarde en la vida, ante la incapacidad de afrontar las demandas escolares.

Las personas con RM profundo (1-2%) son diagnosticadas a edades más tempranas, es más probable que presenten condiciones médicas asociadas, pueden tener rasgos dismórficos y presentan mayor grado de problemas conductuales y psiquiátricos.

Entre los dos extremos del RM, se encuentran los niños con RM moderado/severo, de quienes se conoce que la psicopatología subyacente es una mezcla de las características de los dos polos.

Cuando se diagnostica RM, es necesario buscar concienzudamente problemas psiquiátricos y del comportamiento ya que el estrés que produce el déficit intelectual y adaptativo hace que sea más probable esta asociación. Se considera que el 25% de las personas que padecen RM tienen problemas psiquiátricos. La prevalencia de los desórdenes específicos varía ampliamente pero podríamos considerar que el trastorno por déficit de atención, el autismo, la psicosis, la depresión, la auto-agresividad y los problemas conductuales son más frecuentes en este grupo que en la población general.

Es importante señalar el concepto de fenotipos conductuales, que alude a ciertos perfiles conductuales y cognoscitivos de fortalezas y limitaciones, más típicamente observados en ciertos síndromes genéticos y que no se manifiestan en el RM inespecífico.¹⁰ Algunos de estos síndromes, ciertas características físicas relevantes y los perfiles descritos se señalan en la Tabla 3.

Tabla 3a. Síndromes comunes que cursan con DI y signos físicos relevantes

Síndrome (defecto genético/ cromosómico ó ambiental)	Signos físicos
Down (autosomas: trisomía 21)	facies típica, pliegue palmar único oreja pequeña y de implantación baja (pelo también)
Turner (cromosoma sexual ausente: fórmula X0)	mujer con talla baja, cuello alado presencia de nevos, tórax amplio, telotelia (pezones muy separados)
Klinefelter (cromosoma sexual X extra: fórmulas X, XXY, XXXY, etc).	varón talla alta hipogonadismo en la adultez
X-Frágil. X: repetición de triplete (región cercana al gen FMR-I) en el Xq27	patrón de herencia (mas de un afectado) pabellones auriculares grandes mentón grande macro-orquidia (post puberal)
Neurocutáneos: 1) Neurofibromatosis 2) Esclerosis tuberosa	manchas café con leche manchas hipocrómicas
Prader-Willi: (defecto en el cromosoma 15).	Obesidad, hiperfagia, manos y pies pequeños, diámetro bifrontal acortado, ojos almendrados.
Síndrome de Williams: (defecto del cromosoma 7)	Facies de duende, cachetes caídos, cejas en arco, edema periorbitario, orejas en punta.
Angelman: (alteración a nivel del cromosoma 15).	Accesos sonrisa y risa con una marcha atáxica por lo que se describe el cuadro como de una "marioneta feliz."
Fetal alcohólico (El alcohol y sus metabolitos, acetaldehído afectan la síntesis proteica)	hirsutismo Telecanito - hipotelorismo

Tabla 3b. Síndromes comunes que cursan con DI y sus perfiles cognitivo-conductuales

Síndrome (defecto genético/ cromosómico ó ambiental)	Perfil cognoscitivo	Perfil Conductual
Down (autosomas: trisomía 21)	<ul style="list-style-type: none"> ❖ fortalezas: alto procesamiento visual vs. auditivo, ordenamiento y organización de la información (procesamiento secuencial, simultáneo y de logro, ⁽⁹⁾. ❖ debilidades: bajo lenguaje expresivo, gramática y pronunciación. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ bajo: nivel de psicopatología, problemas de inatención, impulsividad, hiperactividad, agresión.
X-Frágil. X: repetición de triplete (región cercana al gen FMR-I) en el Xq27	<ul style="list-style-type: none"> ❖ fortalezas: alta memoria verbal de largo plazo. ❖ debilidades: baja memoria a corto plazo, coordinación visomotora, procesamiento en el orden y organización del pensamiento (secuencial) matemáticas, atención. 	Hiperactividad, estereotipias bajo nivel de socialización (pares).
Prader-Willi: (defecto en el cromosoma 15).	<ul style="list-style-type: none"> ❖ fortalezas: buen vocabulario expresivo, memoria de largo plazo, integración visoespacial y memoria visual. Interés inusual en rompecabezas. ❖ debilidades: bajo procesamiento en el orden y organización del pensamiento. 	Hiperfagia, atracones de comida, obesidad mórbida, berrinches, labilidad emocional, síntomas afectivos, ansiedad, pellizcamiento de piel y sintomatología obsesivo-compulsiva
Síndrome de Williams: (defecto del cromosoma 7)	<ul style="list-style-type: none"> ❖ fortalezas: facilidad en el reconocimiento facial, lenguaje inusual, "hablante". ❖ debilidades: deficiencias en la habilidad visoespacial e integración visomotora, 	Hipersociable, temores, fobias, hiperactividad.

CLASIFICACIÓN

La DI implica un nivel de funcionamiento intelectual subnormal. Sin embargo, el grado en que un individuo es incapaz de enfrentar las demandas sociales conforme a su edad da por consecuencia cuatro grados de severidad en el RM. En la Tabla 4 se presenta la estratificación tomando en cuenta los niveles de severidad del RM, en tres grupos de edad, de acuerdo a tres áreas: la *maduración y el desarrollo; el entrenamiento y la educación y la adecuación social-vocacional*.¹¹

Tabla 4. Clasificación de la DI, estratificada en 3 grupos de edad.

Edad		
0 a 5 años Maduración y desarrollo	6 a 20 años Entrenamiento y educación	21 años y mayores Adaptación social y vocacional
Grado: Leve (CI= 50-69/70) Desarrollo general de habilidades sociales y de comunicación. Probablemente no sean distinguidas hasta la escuela	Puede aprender habilidades de hasta el 4to. ó 5to. grado de primaria al llegar a los 18 ó 19 años de edad. Puede integrarse a una sociedad.	Es capaz de realizar actividades sociales y laborales para su integración en una fuerza de trabajo con salario mínimo.
Grado: Moderado (CI= 35-49) Puede hablar o aprender a comunicarse. Algunas dificultades con habilidades motoras	Dificultad para alcanzar objetivos académicos del 2do. grado de primaria.	Es parcialmente capaz de mantenerse económicamente en trabajos manuales bajo protección.
Grado: Severo (CI=20-34) Limitaciones marcadas en habilidades motoras. Lenguaje mínimo.	Puede hablar o aprender a comunicarse. Puede aprender hábitos elementales de limpieza personal.	Podrá, parcialmente, contribuir en su manutención económicamente bajo supervisión total.
Grado: Profundo (CI=<20) Retraso significativo, mínima habilidad funcional en áreas sensorio motoras. Necesita cuidados básicos.		Algo de desarrollo motor y de lenguaje. Puede aprender muy limitadamente habilidades de cuidado personal

Tomado de Katz & Lazcano-Ponce.¹¹

HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

El curso y desenlace del RM varía considerablemente en función de la severidad, la vulnerabilidad biológica, el funcionamiento psicológico individual y el apoyo familiar, educativo y social.

En el RM leve los sujetos se diagnostican generalmente al ingresar a la escuela cuando las demandas académicas se elevan. Los problemas educativos y conductuales pueden estar presentes si no tuvieron ayuda en la infancia.

Los sujetos con RM moderado se detectan comúnmente en los años preescolares, se identifican causas médicas asociadas, el pronóstico de autosuficiencia es más reservado y en la adultez tienen mayores problemas.

En el RM severo y profundo los casos se identifican en la infancia temprana y el pronóstico es el más adverso, ya que tienden a lo largo de la vida a requerir un nivel muy alto de supervisión y de apoyo. Las dificultades en la comunicación implican una fuente de desventaja mayor.

Aunque el RM no es una condición curable, el pronóstico es bueno en general si el parámetro del bienestar emocional es el criterio con el que se evalúa al niño. La expectativa de que el niño “sea feliz” o “autosuficiente” traduce mayor aceptación de la familia. En contraste, en la expectativa familiar de “normalidad” se infiere mayor dificultad en la aceptación de la discapacidad y un grado variable de rechazo. Esta última circunstancia acarrea mayor sufrimiento al niño y a la familia.¹¹

DIAGNÓSTICO

La sospecha de RM, puede ser evidente al nacimiento en algunos síndromes (Down). Otras causas de tipo genético pueden no ser tan obvias. En la literatura existen algoritmos de diagnóstico etiológico-genético, que se pueden efectuar en un tercer nivel de atención.^{12,13,14} Sin embargo, estudios como el cariotipo de alta resolución (CAR) o el tamizaje de la región subtelomérica, se efectúan en muy pocos sitios en México. El CAR permite el diagnóstico de cromosopatías y los estudios de genética molecular (región subtelomérica) afinan alteraciones no visibles en el cariotipo, incluyen búsquedas específicas (X-Frágil, Williams, Angelman). Se indica en presencia de un RM con al menos tres dismorfias. En la práctica, se utiliza casi exclusivamente en investigación debido a su alto costo. De ahí que los investigadores¹⁵ propongan al menos el tamiz neonatal básico ampliado para detección de galactosemia y aminoacidopatías. El RM inespecífico obliga a descartar como causas posibles en nuestro medio las complicaciones obstétricas y la adversidad psicosocial. Datos en México¹⁶ señalan un retraso de hasta 8 años en la atención del RM, cuya sospecha se hace patente hasta que existe dificultad en la adquisición de la lecto-escritura o hay reprobación reiterada. El diagnóstico clínico inicial se basa en una buena anamnesis y sondeo de los antecedentes familiares (ej.,

otro afectado, hermano con antecedente de muerte súbita o de causa inexplicable, consanguinidad, trastornos psiquiátricos y/o anomalías congénitas), de los eventos perinatales, del desarrollo psicomotor temprano y de la exploración física. La detección temprana implica reconocer la necesidad de una evaluación proactiva del desarrollo en toda visita de seguimiento del niño sano. Hasta 25% de los niños en cualquier práctica clínica tendrían algún problema del desarrollo. Se deben incluir instrumentos de tamizaje aparte del sondeo clínico. El Denver, que es uno de los instrumentos más utilizados, tiene baja especificidad y sensibilidad.¹⁷

El algoritmo de diagnóstico que se propone, según la literatura, se señala en la Figura 1 e incluye 2 niveles:

Nivel 1: Identificación de alteraciones en el desarrollo. Corresponde al primer nivel de atención y lo efectúa el proveedor de la salud y del cuidado infantil. El propósito de este nivel es detectar las alteraciones del desarrollo mediante sondeo clínico específico (hitos del desarrollo) y tamizaje con instrumentos pertinentes. En nuestro medio es importante hacer estudios que garanticen la fiabilidad psicométrica de los instrumentos.

Nivel 2: Diagnóstico del desarrollo y evaluación de la discapacidad intelectual. Incluye una evaluación de mayor profundidad de los niños ya identificados con alteraciones del desarrollo en quienes se debe diagnosticar un trastorno en particular y se efectúa en centros especializados de salud mental en la comunidad, en hospitales generales ó pediátricos u hospitales especializados. El diagnóstico específico de RM y la diferenciación entre los distintos trastornos posibles del desarrollo incluiría especialistas en desarrollo temprano, RM, en autismo, en trastornos del lenguaje y del aprendizaje, etc. Esto con el propósito de determinar la mejor forma de intervención basada en una perspectiva que evalúe la conducta adaptativa,¹⁸ las fortalezas y las debilidades del niño. La evaluación cognoscitiva y adaptativa apropiada constituyen la base del diagnóstico psicométrico y confirma la impresión clínica. Se asienta sobre una cuidadosa historia familiar del desarrollo, del examen físico completo y un estudio de laboratorio apropiado. Antecedentes familiares de RM y la presencia de dismorfias orientan hacia una causa genética. Los antecedentes de trauma perinatal, exposición a toxinas y severa adversidad psicosocial deben ser considerados como factor etiológico relevante en nuestro medio.

Figura 1. Algoritmo de evaluación del desarrollo atípico y diagnóstico de la Discapacidad Intelectual.

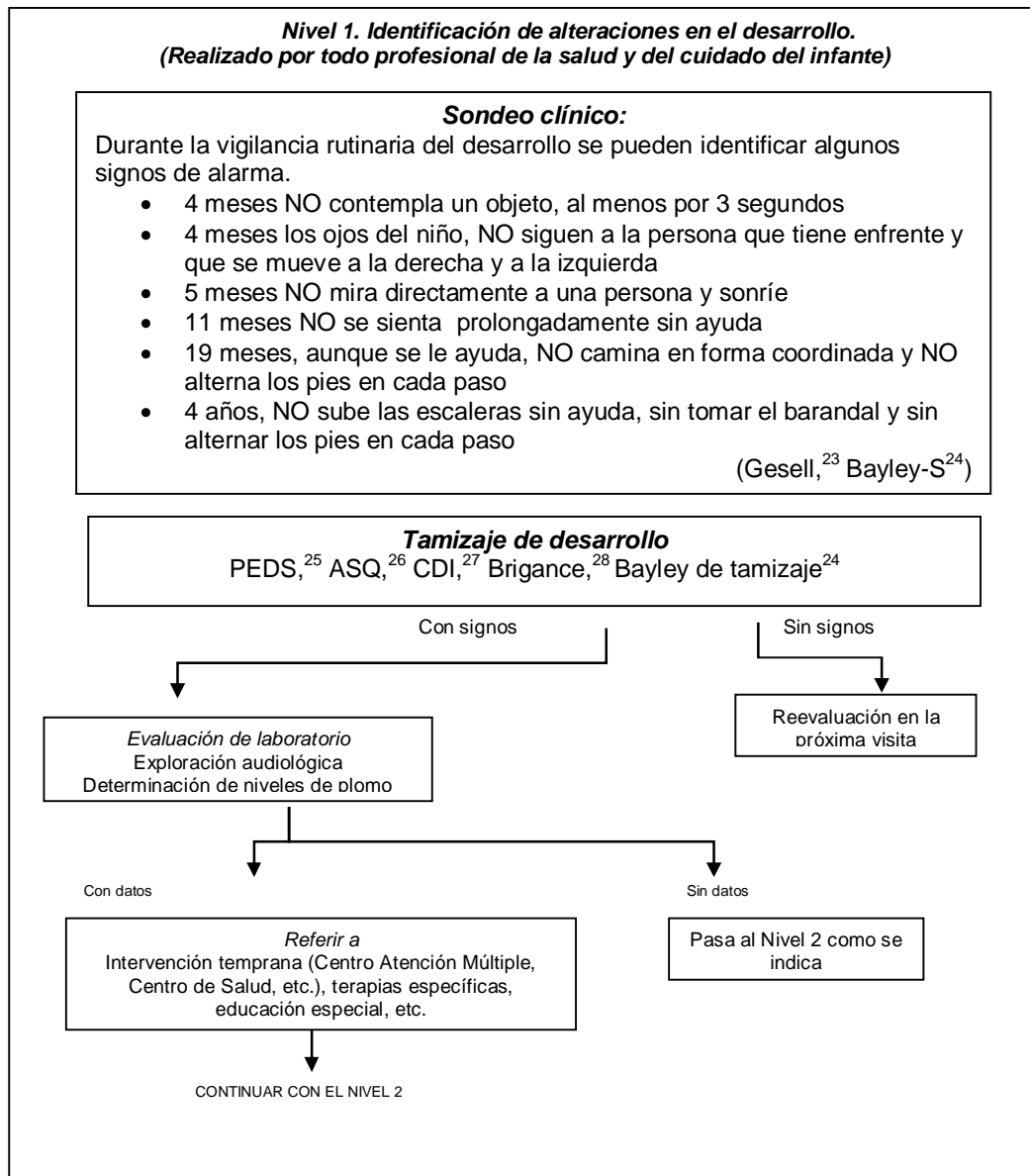
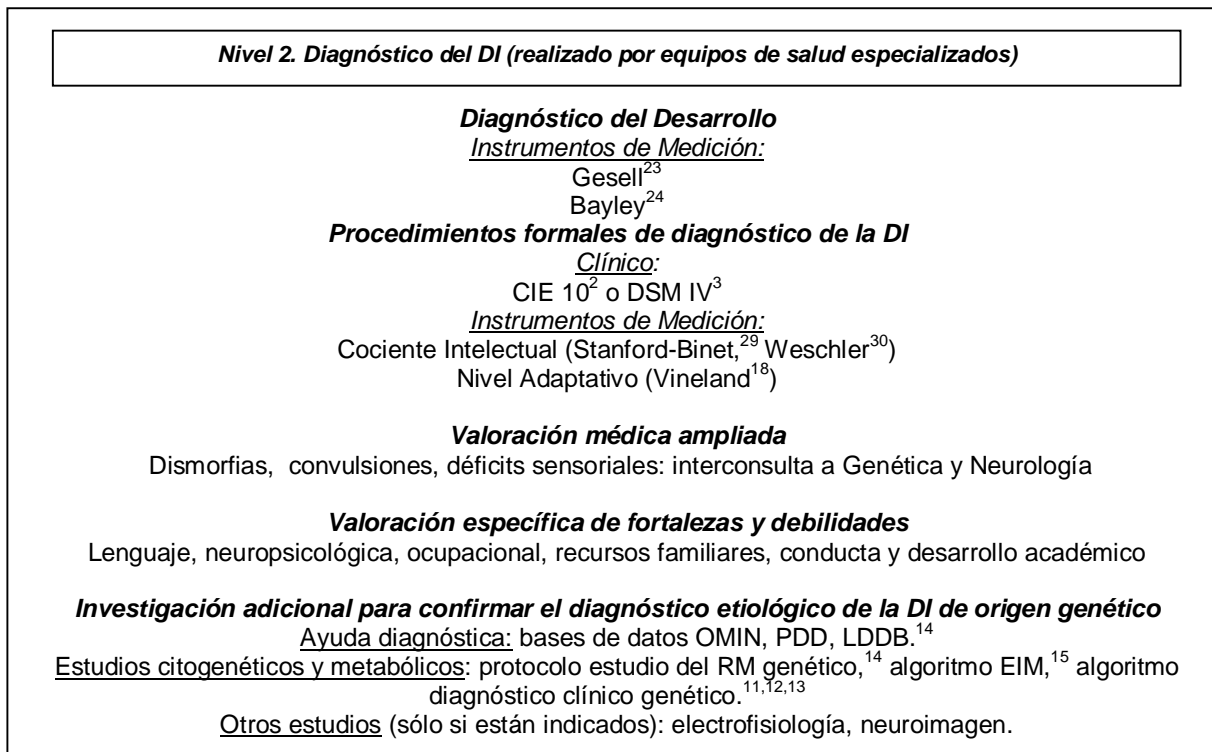


Figura 1a. Algoritmo de evaluación del desarrollo atípico y diagnóstico de la discapacidad intelectual.



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Los trastornos del espectro autista y los específicos del lenguaje pueden asociarse a cierto grado de RM y confundirse con él. Particularmente debe considerarse que los niños con problemas severos del lenguaje puntuarían bajo en una prueba de inteligencia dependiente de instrucciones verbales. En el autismo se exhibirá un funcionamiento social deficiente en forma destacada. El diagnóstico diferencial principalmente se establece con:

- 1) Inteligencia limítrofe (CI=71-84): debe recordarse que esta diferenciación debe ser cuidadosa, tomando en cuenta toda la información disponible y recordando que una puntuación de CI entraña un error de medida de 5 puntos.³
- 2) Trastornos generalizados del desarrollo: aunque pueda coexistir el RM, se destaca la alteración cualitativa de la interacción social y de la comunicación verbal y no verbal.

3) Trastornos de la Comunicación: alteración del desarrollo en el área del lenguaje expresivo o de la comprensión (mixto), sin déficit adaptativo importante.

4) Trastornos del Aprendizaje: alteración destacada en el área de la lectoescritura o el cálculo aritmético, sin afectación generalizada del desarrollo ni déficit adaptativo.

COMORBILIDAD

Existe vulnerabilidad psiquiátrica en personas con DI, las cuales presentan dos o tres veces más el riesgo de trastornos del humor, de ansiedad y de problemas de conducta. La presencia de RM no descarta otros diagnósticos psiquiátricos adicionales. De hecho, en contraste a la población general (1%), la psicosis se reporta hasta en un 24%, el déficit de atención del 7% al 15% (vs. 3 a 5%) y la depresión varía de 1.1% a 11%. Sin embargo las dificultades de comunicación con estos enfermos hacen necesario que respecto al diagnóstico, se confíe más de lo común en los síntomas objetivos como la inhibición psicomotriz, la disminución del apetito y del peso y los trastornos del sueño en el caso de un episodio depresivo. Por su parte, parece importante enfatizar la presencia de agresión en niños con RM sin lenguaje. Si la agresión se manifiesta en conjunto a otros síntomas tales como el insomnio, la hiperactividad, la hipersexualidad y la irritabilidad, sugiere la presencia de manía. La agresión que se presenta con otros síntomas como hiperventilación y agitación, en presencia de un estresor ambiental, sugiere más bien ansiedad,² con frecuencia secundaria a demandas sociales o familiares excesivas.

MANEJO INTEGRAL

Prevención: la detección temprana, la intervención y la disponibilidad de recursos comunitarios y educacionales en las escuelas públicas mejoró dramáticamente el manejo de la DI en los países desarrollados. La prevención del RM en los países de ingreso medio y bajo implica reconocer que la información que se tiene es escasa y fragmentada. Se desconoce la magnitud real de niños con DI que, al no ser diagnosticados ni acceden a los servicios de salud ni a la escolarización apropiada. Ante prevalencias mayores de DI que

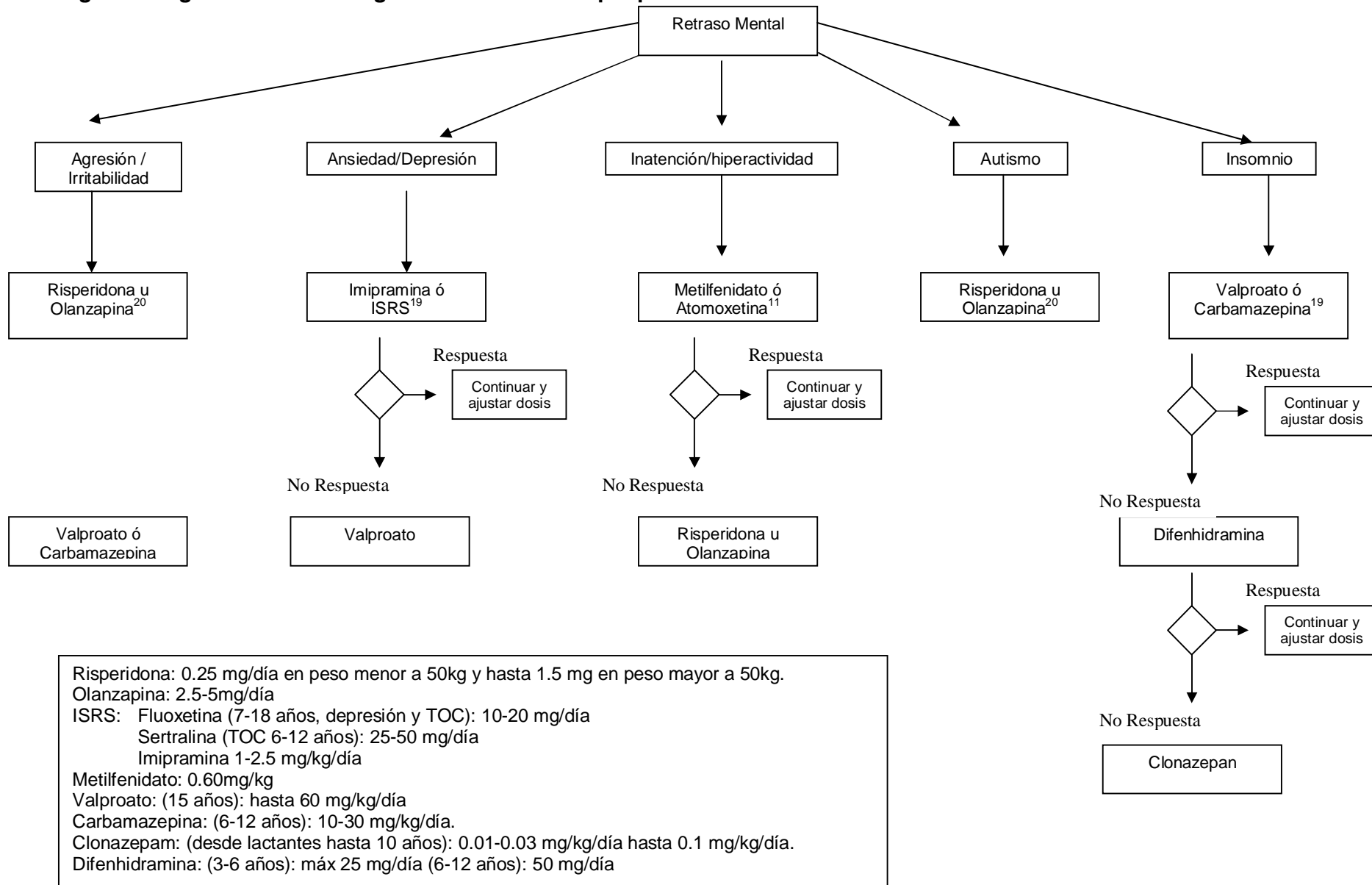
Europa o EUA por circunstancias tales como complicaciones obstétricas (hipoxia al nacimiento y neuroinfección) y riesgo psicosocial (pobreza), es preocupante la escasez o inexistencia de los programas de seguimiento neurológico ó psicosocial. La evaluación pro-activa del desarrollo infantil tampoco suele acompañar a programas exitosos como la vacunación universal. Urge la superación de estas complicaciones y barreras para la prevención efectiva.

Tratamiento Médico: El plan de tratamiento deriva de la causa subyacente en caso de que logre identificarse alguna. Existen algunas guías de intervención referidas como la “mejor práctica clínica”⁹ en algunos síndromes (Prader-Willi, Williams, Down). El mejor tratamiento médico implica evaluar el estatus de desarrollo y el del crecimiento. Incluye una historia clínica cuidadosa (familiar-genética), búsqueda de dismorfias y tipo de evolución (ej. síndrome de Rett). Las condiciones médicas asociadas pueden justificar estudios adicionales de la función auditiva, visual o metabólica. Existen algoritmos para el diagnóstico y tratamiento específico de los errores innatos del metabolismo (EIM)¹⁵ con énfasis en la esfera neurológica, gastrointestinal y en la presencia de dismorfias. También existen algoritmos clínico-genéticos que se proponen en la literatura y que pueden contextualizarse acorde a los recursos disponibles y pueden derivar en el tratamiento específico.^{11,12,13,14} Los problemas cardíacos asociados a síndromes como el de Down o Williams justifican la intervención específica.

Se considera que una tercera parte de los pacientes referidos a psiquiatría tienen una enfermedad médica subdiagnosticada o no tratada y 50% reciben fármacos no psicotrópicos con efectos conductuales.⁹ La evaluación psiquiátrica puede incluir algunas modificaciones acorde a si el paciente tiene habilidades verbales o no. El enfoque multimodal del tratamiento incluye, en general, el manejo de la comorbilidad psiquiátrica con fármacos e intervenciones psicosociales. No se aconsejaba el uso de metilfenidato para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, datos actuales recomiendan su uso en dosis elevadas (0.60mgr/kg).¹¹ El manejo con estabilizadores del ánimo tales como el ácido valproico se aconseja para la agresividad o la irritabilidad a dosis de 15-60 mgr/kg/día. Los antipsicóticos también se indican para disminuir la excitación psicomotriz o la agresividad y en los casos de

autismo asociado. La risperidona se usa a razón de .25 mgr/día en niños con peso menor a 50 kgs y hasta 1.5 mgr con los de peso mayor a 50kgs. Síntomas como problemas del sueño e irritabilidad en presencia de un estresor pueden ser manifestación de ansiedad o depresión. Los ISRS, entre los que se encuentra la fluoxetina (aprobada por la FDA), se usa en un rango de 10-20 mgr/día en estos casos. En el manejo de la comorbilidad psiquiátrica se propone el algoritmo de la figura 2.

Figura 2. Algoritmo farmacológico de los síntomas psiquiátricos de la DI



Tratamiento psicosocial: La discapacidad intelectual se aborda como una alteración en el desarrollo cuya atención profesional tiene como foco la adaptación familiar y comunitaria. Las intervenciones y los apoyos hacen énfasis en el logro de la autosuficiencia, la independencia y la inclusión social tan tempranamente como sea posible. La detección e intervención temprana deben tenerse como metas prioritarias. El éxito de la detección e intervención temprana se basan en el conocimiento de la plasticidad cerebral como proceso de modificación de secuelas estructurales y/o funcionales con mejores resultados en etapas tempranas del desarrollo.

El tratamiento psicoterapéutico no es la suma de múltiples estrategias de intervención, requiere de un esfuerzo vinculatorio en beneficio del paciente dado que reflejará su situación como individuo en un contexto específico. Una de las metas psicoeducativas es la aceptación del padecimiento debido a que no es curable, sin embargo el desarrollo de habilidades permitirá lograr su inclusión en la comunidad con una mejor calidad de vida. El objetivo no es la escolarización, sino la adaptación funcional en la comunidad con calidad de vida y bienestar emocional.

Mejorar la calidad de vida de los niños con DI se plantea como una meta óptima de cualquier programa de atención a la DI. Mejorar cómo vive, juega o trabaja un individuo con DI en comunidades incluyentes es la meta a alcanzar. La mayoría se beneficia del empleo a través de programas estructurados con énfasis de socialización, en la adaptación y el fomento vocacional una vez que la escolarización concluye. Este es un punto vulnerable ya que en la transición de la escuela al trabajo, muchos se aíslan o “se pierden” en la red institucional ⁽⁹⁾. En la adultez, el paciente con DI requiere de programas y apoyo de redes sociales y comunitarias que le permitan aspirar a tener una vida estable e independiente desde el punto de vista económico y social.

La intervención se planea a partir de una medición del CI, según la edad, la habilidad verbal y con adecuación cultural. No puede asentarse el diagnóstico de RM según una “impresión clínica”. El nivel adaptativo evaluado a través de instrumentos como el Vineland, reflejaría las habilidades del niño en el hogar o la escuela. También la autosuficiencia en la comunicación (expresiva, receptiva y escrita), en las habilidades de la vida diaria (en lo personal, en lo doméstico y con relación a la comunidad), en la socialización (habilidad en las relaciones

interpersonales, en el juego, uso del tiempo libre y habilidades de afrontamiento) y en las habilidades motoras. La forma expandida del Vineland es especialmente recomendada para la educación individualizada o cuando se planea la rehabilitación. El formato de encuesta se recomienda como herramienta de diagnóstico y clasificación de los niños normales vs. los de bajo funcionamiento. También existe un formato para maestros con el fin de evaluar al niño en el contexto escolar.

Los profesionales de la salud, los maestros y los padres deben plantearse la exigencia de proveer los apoyos y demandar los servicios que la sociedad y los gobiernos están obligados a brindar al niño con DI. La legislación específica en los países desarrollados impuso cambios en la política social, que a su vez incidieron en los programas específicos para la DI. Se requieren programas que por ley, atiendan la DI en forma integral desde la niñez a la adultez, con una progresiva inserción comunitaria. Resulta cardinal proveer los apoyos en forma oportuna, adecuada y con perspectiva evolutiva, esta acción es crítica bajo una visión de largo plazo de la DI,⁹ visión que englobaría una perspectiva de salud, derechos humanos y discapacidad. El manejo integral se propone en la Figura 3. El foco de cada una de las acciones del tratamiento se describe en la Tabla 5.

Figura 3. Manejo integral de la DI

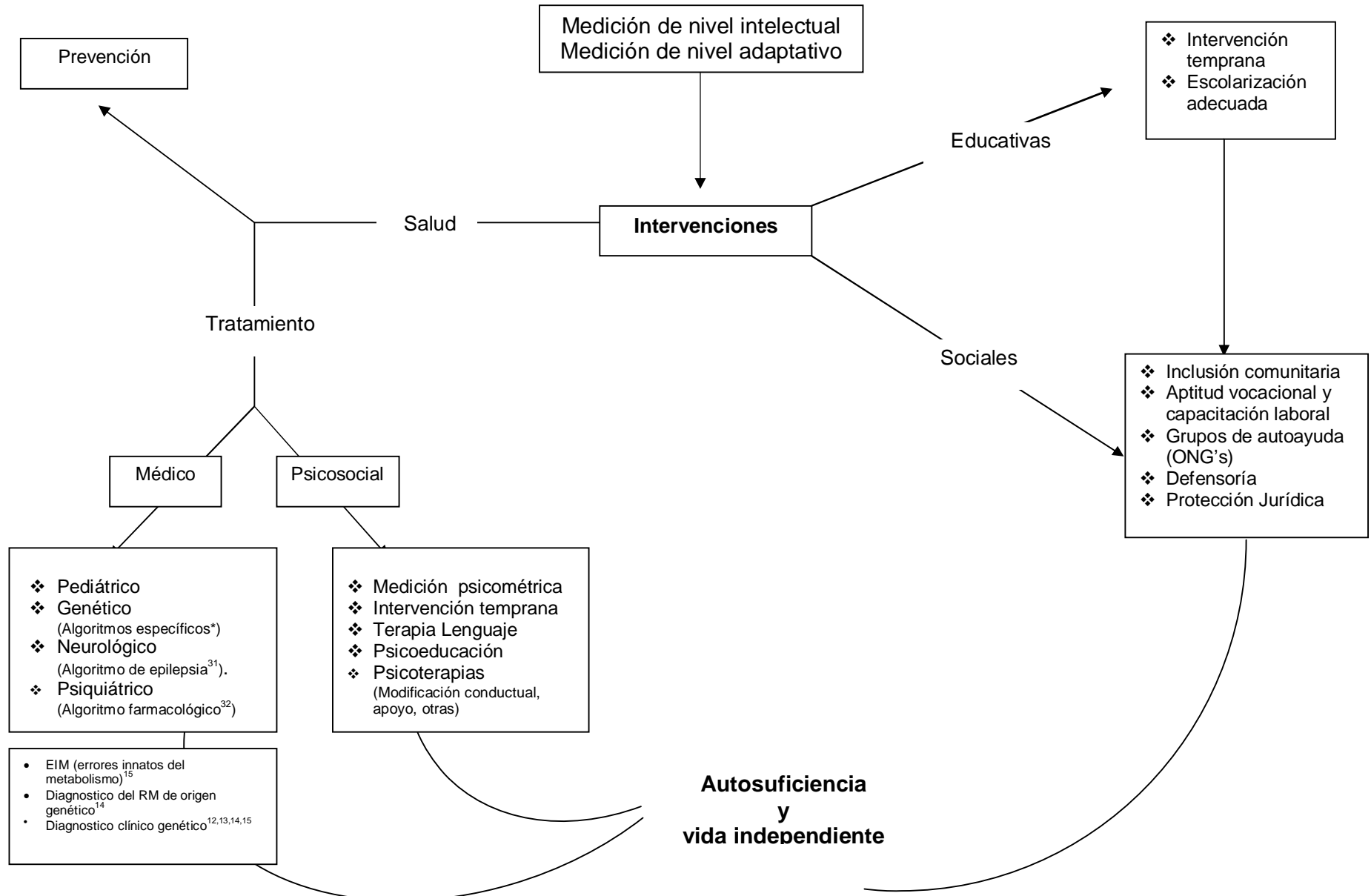


Tabla 5. Tipo de tratamiento y foco de la intervención en la DI.

TIPO	FOCO
<p>PSICOEDUCACION</p> <ul style="list-style-type: none"> . Información . Educación 	<p>Ofrecer información al paciente y familia sobre el padecimiento, tratamiento y pronóstico.</p> <p>Información a la familia sobre el manejo de la comorbilidad y manejo de las características propias del paciente.</p>
<p>OTRAS INTERVENCIÓNES</p> <ul style="list-style-type: none"> . Integración Múltiple (sensorio-motriz) .Terapia de comunicación y de Lenguaje 	<p>Manejo integral del desarrollo: sensoriomotor, emocional y social. Establecimiento de vínculos, juegos, comunicación y lenguaje.</p> <p>Mejora en las estrategias de comunicación y de manejo del lenguaje (expresivo, receptivo y escrito).</p>
<p>PSICOTERAPIA</p> <ul style="list-style-type: none"> . Consejo familiar .Terapia de modificación conductual . Terapia de apoyo .Terapia psicodinámica .Terapia cognitivo-conductual .Terapia de relajación 	<p>Manejo de la aceptación del Dx, cambio de visión sobre el logro académico por el logro adaptativo.</p> <p>Disminución de conductas inapropiadas: autoagresión, agresión a otros, pica, impulsividad.</p> <p>Apoyo en el manejo de depresión o ansiedad en adolescentes con mayor capacidad verbal.</p> <p>Mejorar autoestima, expresión emocional, independencia personal, ampliar interacciones sociales.¹⁰</p> <p>Manejo coadyuvante en el tratamiento de la depresión.¹⁰</p> <p>Reducción de la ansiedad.¹⁰</p>
<ul style="list-style-type: none"> . Otras intervenciones: . Intervención cognitivo/adaptativa: . Intervenciones que fomenten la autosuficiencia e independencia. . Intervenciones a favor de la calidad de vida . Intervenciones a favor de la inserción social y de programas sociales diversos. 	<p>Intervención cognitivo/adaptativa, basada en la medición de fortalezas y debilidades. La medición de inteligencia evalúa la solución de problemas y la adquisición de conocimientos. Se observa el desempeño óptimo en situaciones estructuradas y estandarizadas. La habilidad medida permite trazar metas para la intervención en la autosuficiencia, la comunicación, las habilidades de la vida cotidiana y la socialización.</p> <p>Entrenar en las habilidades de la vida diaria personales, domésticas, en la escuela y en la comunidad. Fomentar la comunicación y la capacidad de afrontamiento.</p> <p>Inclusión educativa, deportiva, en el juego y la diversión. En general, se pretende fomentar la calidad de la vida cotidiana en el juego, la diversión y el trabajo, promoviendo el bienestar emocional.</p> <p>Acciones para la inserción social y coordinación de esfuerzos para evitar la fragmentación de ayudas, duplicidad de esfuerzos, reconocimiento de puntos vulnerables, como el tránsito escuela-trabajo, que eviten el aislamiento. Asociaciones o grupos de autoayuda, grupos de promoción de derechos, etc.</p>
<p>TRATAMIENTO MÉDICO</p>	<p>Historia clínica y familiar. Examen físico: crecimiento, desarrollo, dismorfias, patrón evolutivo de la DI Visión. Estudios metabólicos.¹²</p>
<p>TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO (FARMACOLÓGICO)</p>	<p>Ignorado o sobrevalorado. Se propone modificar evaluación acorde a circunstancias como el RM severo (ausencia lenguaje, alteraciones motoras y sensoriales, etc.). El manejo se enfoca hacia el manejo de episodios de síntomas tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hiperactividad y déficit de atención; aunque en el pasado no se recomendaba el uso del metilfenidato, recientemente,¹¹ propone el uso del mismo a dosis elevadas a 0.60 mg/Kg. • Agresividad e irritabilidad; automutilación (estabilizadores del ánimo, ejem. anticonvulsivantes como el Valproato de sodio, iniciar de 10 a 15 mg/Kg./día). • Ansiedad y depresión que cursa con agresividad puede manejarse con antipsicóticos. El uso de antidepresivos puede también estar indicado.¹⁹ La risperidona se recomienda 0.8 mg/Kg./día, rango 0.5 mg.²⁰

PRONÓSTICO

El pronóstico de la DI es altamente variable, no obstante algunos predictores están bien identificados. El nivel de severidad, los problemas biológicos asociados, las características psicológicas individuales y la presencia de apoyo familiar modifican el pronóstico. El nivel de funcionamiento en la vida adulta también se relaciona con la capacidad de afrontar las demandas de la vida diaria durante la niñez y adolescencia.

En el retraso mental leve puede decirse que el pronóstico es mejor y que incluso se logra “perder la etiqueta”, ya que estos individuos desarrollan sostén propio, se casan, etc. Sin embargo, diversos estudios señalan que estas personas no están libres de dificultades. Aunque 75% de estos individuos no requerirán servicios futuros, el funcionamiento adecuado en todas las áreas se señala presente sólo en el 25%. La pobreza y la pertenencia a minorías marginadas se asocian a este nivel de RM. Su identificación es la más tardía y suele ocurrir en el tránsito escolar a lo largo de la primaria.

El RM moderado presenta frecuentemente condiciones médicas asociadas, se identifica en la etapa preescolar y desarrollan un estatus de semi-dependientes con apoyo.

El RM severo o profundo, se detecta desde la infancia temprana, los portadores de este nivel de RM tienen problemas médicos concomitantes, convulsiones y dificultades conductuales de mayor severidad. El pronóstico es más sombrío.

NIVELES DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA

La promoción de la salud mental y la prevención primaria de los trastornos mentales inician en el individuo, se despliega en las familias y se proyecta hacia la comunidad. También las organizaciones no gubernamentales (ONG's) pueden apoyar estas acciones.

Los centros de salud y las unidades de medicina familiar deben ofrecer la atención primaria de psicoeducación, el tamizaje de los problemas de desarrollo y de la salud mental, el consejo breve para las familias y el manejo básico de los trastornos mentales asociados a la DI.

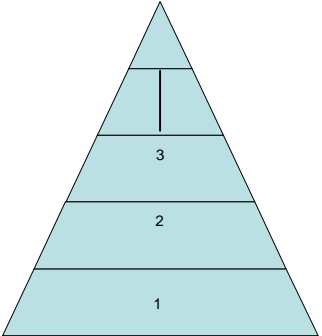
En el nivel de la salud mental comunitaria, se deberá proporcionar el tratamiento de los problemas severos referidos de los servicios de atención

primaria y efectuar investigación de los mismos. Las acciones incluyen además la realización de consultoría, de supervisión y de entrenamiento y capacitación del personal de atención primaria y comunitaria informal. Así mismo, esta instancia lleva a cabo el enlace local, intra e intersectorial necesario.

Las unidades académicas de salud en los hospitales pediátricos o generales deben llevar a cabo la misma acción que el nivel anterior, incluyendo enlaces con las ONG's.

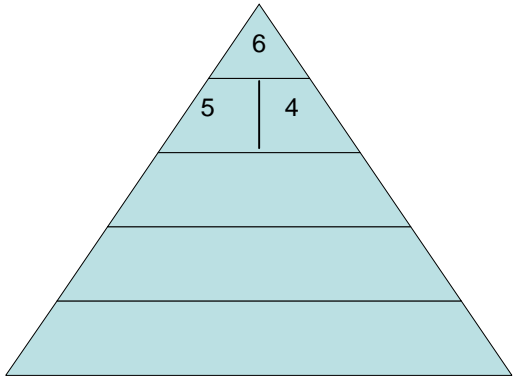
Las instituciones de larga estancia efectúan el diagnóstico y tratamiento especializado de los casos más severos y la rehabilitación de subgrupos especiales como los niños y jóvenes con autismo o con trastornos psicóticos, muchas a veces asociados a DI (tabla 6).

Tabla 6. Ámbito de las intervenciones (niveles de atención) en salud mental de niños y adolescentes con DI.

Recomendación de Servicios Óptimos ⁽²¹⁾	Nivel de la intervención	Ubicación del proveedor	Servicios
	1. Individual	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hogar 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Autocuidado
	2. Comunitario informal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hogares ▪ Escuela ▪ Consejos de menores ▪ Casa hogar para niños y niñas ▪ ONG'S 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promoción de la salud mental y prevención primaria de los trastornos mentales: <ul style="list-style-type: none"> -programa de orientación y prevención con énfasis en los antecedentes familiares, complicaciones obstétricas, problemas metabólicos y consumo de alcohol y tabaco. -programas materno-infantiles que abarquen dimensión biológica y psicosocial de desarrollo (cognoscitivo, emocional, social, de lenguaje y ciclo de sueño-vigilia)⁽²²⁾
	3. Atención primaria	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Centros de salud ▪ Unidades de medicina familiar 	<ul style="list-style-type: none"> • Educación en salud mental a jóvenes. • Detección de los problemas del desarrollo con pruebas de tamizaje asociado a los programas de peso-talla y vacunación universal. • Identificación de factores de riesgo y de protección biológica y psicosocial • Manejo básico del tratamiento conductual y seguimiento.

Tomado de World Health Organization, 2005, adaptado al contexto de México por Márquez- Caraveo y Arciniega-Buenrostro, 2008.

Tabla 6a. Ámbito de las intervenciones (niveles de atención) en salud mental de niños y adolescentes con DI.

	<p>4. Salud mental comunitaria</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CECOSAM, CIJ, UNEMES ▪ Apoyo pedagógico especializado 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Investigación, tratamiento de problemas severos, asociados a DI. ▪ Consultorias, supervisión y entrenamiento del personal de los servicios de atención primaria ▪ Enlace con otros sectores locales y ONG´s en iniciativas de promoción y prevención intersectorial
	<p>5. Hospitales generales ó pediátricos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Unidades académicas en salud en Hospitales Regionales 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Investigación, tratamiento de problemas severos u manejo integral de la DI ▪ Consultorias, supervisión y entrenamiento del personal de los servicios de salud mental comunitario ▪ Enlace con otros sectores locales, con otras comunidades y ONG´S en iniciativas de promoción y prevención intersectorial
	<p>6. Servicios especializados y de estancia prolongada</p>	<p>Instituciones de larga estancia (HPI), Albergues para DI. Sector privado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Servicios especializados de diagnóstico y tratamiento ▪ Consejería de apoyo y entrenamiento a todos los niveles de servicio ▪ Servicios de rehabilitación para subgrupos específicos de DI (ej. autistas).

Finalmente, mientras que en los países desarrollados se plantean una agenda futura de investigación respecto a los mecanismos neuronales básicos de asociación entre la genética y el ambiente en la génesis del RM así como nuevos métodos de tratamiento, México y el resto de países en vías de desarrollo carecen, como señalan Katz-Lazcano-Ponce¹¹ de una agenda política, social y económica a favor de la DI. Estos niños y adolescentes no forman parte de los planes de salud ni de las evaluaciones educativas. Es necesaria la dignificación de esta discapacidad y los esfuerzos a favor de una legislación pertinente que garanticen el desarrollo óptimo posible y la inclusión social plena.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Atlas: Global resources for persons with Intellectual Disabilities: World Health Organization, Library Cataloguing, Geneva: 2007; 11.
2. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de E 10. Trastornos mentales y del comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor; 1992.
3. López-Ibor J, Valdes M. DSM-IV-TR Manual estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: MASSON; 2001.
4. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud: CIF. Organización Mundial de la Salud. Madrid; 2001.
5. Organización Panamericana de la Salud. La Salud en las Américas Edición 2002. Vol. I. Púb. Cient y Téc No. 587, IV Promoción de la Salud en las Américas. OPS Washington D.C.: 2002; 181.
6. Organización Mundial de la Salud. Capítulo 2: Carga de los trastornos mentales y conductuales. En: Informe sobre la salud en el mundo 2001, Salud mental: Nuevos Conocimientos, Nuevas Esperanzas. OMS Ginebra, 2001.
7. Secretaria de Educación Pública. Sistema educativo de los Estados Unidos Mexicanos: Ciclo Escolar 2005-2006. Dirección General de Planeación y Programación, Secretaria de Educación Pública. México; 2007.
8. Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro". Mejora Continua de la Calidad: Morbilidad de consulta externa enero-diciembre; 2003, 2004, 2007.
9. Volkmar Fr, Dykens E. Mental Retardation. En: M. Lewis (Ed). Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook, Books@Ovid. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.
10. State M, King B, Dykens E. Mental retardation. A review of the past 10 year. Part II. J Acad Child Adolesc Psychiatry 1997;36(12):1664-1671.

11. Katz G, Lazcano PE. Intellectual disability: definition, etiological factors, classification, diagnosis, treatment and prognosis. *Salud Pública de México* 2008;50(2):S132-S141.
12. Van Karnebeek MD, Scheper YF. Etiology of mental retardation in children referred to a tertiary care center: A prospective study. *Am J Mental Retardation* 2005;10(4):253-256.
13. Moeschler JB, Shevell M. Committee on Genetics: Clinical Genetic Evaluation of the Child Mental Retardation or Developmental Delays. *Am Acad Pediatrics* 2006;2304-2315.
14. Mila-Recasen M, Rodríguez-Revenga BL, et al. Diagnóstico del retraso mental de origen genético. Protocolo de estudio. *Rev Neurol* 2006;42(supl. 1): S103-S107.
15. Vega HME, Chávez TR. Algoritmo clínico-biológico para el diagnóstico de los errores innatos del metabolismo en neonatos enfermos. *Revista Mexicana de Pediatría* 1999;66(2):64-70.
16. Caraveo A, Colmenares B, Martínez V. Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México* 2002;44(6).
17. Filipek AP, Accardo JP, Baranek TG, Cook HE, Dawson G, Gordon B, et al. The screening and Diagnosis of Autistic Spectrum Disorders. *J Autism Developmental Disorders* 1999;29(1).
18. Sparrow S, Cicchetti D, Balla D. VINELAND-II Adaptive Behavior Scales. Survey Forms Manual. Minnesota: NCS Pearson INC; 2005.
19. Bezchlibnyk-Butter KZ, Jeffries JJ, et al. *Clinical Handbook of Psychotropic Drugs*. Hogrefe & Huber Publisher; 2003.
20. Jesner OS, Aref-Adid M, Coren E. Risperidona para el trastorno del espectro autista (Cochrane Review). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, Issue 3, 2008. Oxford: Update Software
21. World Health Organization: Mental Health policy and service guidance Packaged: Child and adolescent mental health policies and plans. Geneva; 2005.
22. Zeanah CHH, Boris NW, Larrieu JA. Infant Development and Developmental Risk: A Review of the Past 10 Years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36(2):165-178.

23. Gesell A, Amatruda C. Diagnóstico del desarrollo normal y anormal del niño. México: Paidós; 1997.
24. Bayley N. Bayley Screening Test. Psychological Corporation; 2006.
25. Glascoe FP. Collaborating with parents: using parents' evaluation of developmental status to detect and address developmental and behavioural problems. Nashville: Ellsworth & Vandermeer; 1991.
26. Bricker D, Squires J: Ages and Stages Questionnaires. Baltimore: Paul H. Brookes; 1994.
27. Ireton H: Child Development Inventories. Minneapolis: Behavior Science Systems; 1992.
28. Glascoe FP. A validation study and the psychometric properties of the BRIGANCE^R Screens. North Billerica: Curriculum Associate; 1996.
29. Thorndinke R, Hagen E, Sattler G. The Stanford-Binet intelligence scale: 4a edic. Chicago: The Riverside Publishing Company; 1987.
30. Weschler D. Escala de inteligencia para escolares. Wisc-IV. México: El Manual Moderno; 2007.
31. Alonso M, Estañol B, Garza S, Gavito J, Ibarra JM, López C, Ramos J, Reséndiz JC, Rivera J. Epilepsia. México: Programa Prioritario de Epilepsia; 2007.
32. Márquez C, Díaz P, Zanabria S, Arciniega B, Díaz M. Tratamiento del retraso mental en el contexto latinoamericano. México: Manuscrito en vías de publicación; 2009.