1. INTRODUCCIÓN

Teniendo en cuenta que el retardo mental es uno de los diagnósticos más frecuentes presentadas en los beneficiarios de los docentes adscritos al Régimen Especial de Salud, y que además exige la necesidad de ser atendida de forma integral por un conjunto de un equipo interdisciplinario de Salud Mental, se ha elaborado esta guía de atención en la cual se brinda la información y las indicaciones pertinentes acerca de este cuadro diagnóstico en función de dar a conocer acerca de su etiología, diagnóstico y tratamiento; con lo que se introduce en este último término la colaboración de diversos profesionales para propender por un tratamiento integral al paciente y su contexto.

A partir del interés por fomentar el componente integral e interdisciplinario desde diferentes áreas de la salud, esta guía pretende dar un acercamiento desde la mayor cantidad de áreas posibles que se vean involucradas en la atención al paciente algún indicio o confirmación en torno al retardo mental.

Ello da cuenta de que no es una guía de uso exclusivo del área psiquiátrica o psicológica, sino que invita a otras áreas de intervención en salud a ser partícipes del proceso por el que el paciente se encuentra a partir del diagnóstico.

Además, es importante mencionar tras evidenciar la relevancia del componente interdisciplinario, que la atención en torno a un diagnóstico no se reduce a la atención directa y unidireccional sobre esta o sobre quien lo presenta, sino también sobre aquellos individuos que puedan verse afectados como pertenecientes a un grupo familiar o social en donde el paciente hace parte fundamental.

Según estudios internacionales, aproximadamente en cada país el 1% de la población tiene retraso mental; sin embargo, en los países menos desarrollados pueden llegar a tener cifras mayores, las cuales no se han comprobado debido a la fragmentación de información, pero a pesar de ello se estima que sólo el 5% de los niños accede a los servicios pertinente de atención.

Por este motivo, la realización de esta guía pretende dejar evidencia del conocimiento a nivel teórico, etiológico y estadístico respecto al retardo mental, pues su incidencia en el CENTRO DE NEUROREHABILITACIÓN APAES S.A.S. ha generado la preocupación en la atención

oportuna, y la necesidad en construir un plan de intervención a partir de los diferentes profesionales implicados en ofrecer servicios de salud a nivel integral a los usuarios.

2. OBJETIVOS

2.1. General

Proporcionar al personal de salud del CENTRO DE NEUROREHABILITACIÓN APAES S.A.S. los conocimientos necesarios sobre el Retardo Mental a nivel etiológico, de diagnóstico y de intervención para ser aplicados en la atención integral a los pacientes.

2.2. Específicos

- Proveer información suficiente sobre el Retardo Mental, no sólo en su detección, sino también en su correcto diagnóstico.
- Informar las diferentes maneras de intervención de acuerdo a la severidad y clasificación del Retardo Mental a los diferentes profesionales de la institución para su adecuado tratamiento.
- Involucrar a los profesionales presentes en la institución en los diversos planes de tratamiento en el área de Salud Mental, propendiendo por una atención integral.

3. ALCANCE

Esta guía es una recomendación basada en la mejor evidencia disponible, sin embargo, es de aplicabilidad bajo el criterio del profesional de la salud.

Con el presente documento se pretende suministrar información completa y actualizada para la aplicación en la atención integral de los usuarios con Retraso Mental que asisten al centro de neurorehabilitación APAES

4. TALENTO HUMANO

La aplicación de la guía estará a cargo de los terapeutas que atienden a los usuarios con Retraso Mental en el Centro de Neurorehabilitación APAES

La revisión, actualización y divulgación del documento será una responsabilidad del área de calidad y de los líderes terapéuticos del Centro de neurorrehabilitación APAES

5. DOTACION

Ninguna

6. MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS E INSUMOS

Ninguno

7. ENFOQUE DIRERENCIAL

Relacionado en el documento Atención con enfoque diferencial con Código: A-DC-212

8. JUSTIFICACIÓN

El retraso mental es una de las condiciones mentales de mayor prevalencia que inicia antes de la madurez del individuo y que implica al menos al 1% de la población en cada país, aumentando su cifra en aquéllos con menos recursos y servicios en torno a la detección oportuna y atención.

El impacto de la discapacidad intelectual 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 retraso mental. Aunque cada vez se identifican más causas genéticas de la discapacidad mental leve, a esta condición se le reconoce aún como de origen “sociocultural o familiar”.

Retraso Mental y pobreza constituyen una relación bidireccional, ya que una desproporcionada mayoría de personas con discapacidad intelectual “sociocultural” son pobres, descienden de padres con un CI bajo o se ubican en las minorías o grupos marginales. Agregando que ´las personas con algún tipo de discapacidad intelectual experimentan condiciones de vida muy difíciles, atribuibles también a una discriminación sistemática y a la ausencia de protección jurídica.

Además, los principios del cuidado para las personas con retraso mental han sufrido cambios radicales durante los últimos años. El reconocimiento de su derecho para vivir una vida tan

normal como sea posible, el cierre de las instituciones de larga estancia, el desarrollo de recursos basados en la comunidad, la influencia de las familias en la orientación de servicios y el mismo movimiento del sistema legal han sido algunos de los factores principales que han afectado el cuidado de las personas con retraso mental en EE.UU., Reino Unido, resto de Europa, Australia y Canadá. Diversos esquemas imaginativos de apoyo han surgido basados en un acercamiento holístico que pone el énfasis de manera creciente en la opción del usuario, su satisfacción y los resultados (9).

9. MARCO TEÓRICO

Definición

El retraso mental es una discapacidad que empieza antes de la madurez y tiene un efecto duradero en el desarrollo, produciendo reducción de las habilidades para ser independiente (daño en la función social) debido a la reducción de las habilidades para entender informaciones nuevas y aprender nuevas habilidades (daño de la inteligencia).

Según la CIE-10, el retraso mental es un trastorno definido por la presencia de un desarrollo mental incompleto o detenido, caracterizado principalmente por el deterioro de las funciones concretas de cada época del desarrollo y que contribuyen al nivel global de la inteligencia, tales como las funciones cognoscitivas, las del lenguaje, las motrices y la socialización. El retraso mental puede acompañarse de cualquier otro trastorno somático o mental. De hecho, los afectados de un retraso mental pueden padecer todo el espectro de trastornos mentales y su prevalencia es al menos tres o cuatro veces mayor en esta población que en la población general. Además de esto, los individuos con retraso mental tienen un mayor riesgo de sufrir explotación o abusos físicos y sexuales.

La adaptación al ambiente está siempre afectada, pero en un entorno social protegido, con el adecuado apoyo, puede no ser significativa en pacientes con un retraso mental leve.

Algunas de sus características importantes corresponden a la disminución del valor medio de la función intelectual general, acompañada por déficits significativos en el funcionamiento social en áreas como las habilidades sociales y la comunicación, añadiendo dificultades en los logros de la independencia personal y la responsabilidad social. El comienzo del retraso mental debe producirse antes de los 18 años.

Tradicionalmente, la función intelectual ha sido medida con test de Coeficiente Intelectual (CI) y la disminución significativa del valor medio de la función intelectual se definió como un CI de 70 o menor. Sin embargo, no se tratan actualmente los tests de CI con la flexibilidad necesaria que permita la exclusión del diagnóstico de retraso mental de algunas personas con CI más bajo de 70. Éste es el caso cuando no hay déficits significativos en las funciones adaptativas (personas afectadas en áreas tales como habilidades sociales, comunicación, habilidades de la vida cotidiana, etc.).

Además, la característica esencial del retraso mental es una capacidad intelectual general significativamente inferior al promedio, que se acompaña de limitaciones significativas de la actividad adaptativa propia de por lo menos dos de las siguientes áreas de habilidades: comunicación, cuidado de sí mismo, vida doméstica, habilidades sociales/interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad.

El retraso mental tiene diferentes etiologías y puede ser considerado como la vía final común de varios procesos patológicos que afectan el funcionamiento del sistema nervioso central. Se sugiere que existen causas orgánicas en la mitad de casos de Retraso Mental.

Se señalan hasta 500 causas de naturaleza genética y/o cromosómica, que, en conjunto, constituyen aproximadamente una tercera parte de las causas conocidas. 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 prematuros, las complicaciones obstétricas (hipoxia e infecciones) y los problemas del neurodesarrollo principalmente. Además, a pobreza es el factor ambiental más destacado, mientras que el 50% de las personas con retraso mental no tiene una causa claramente identificable.

La capacidad intelectual general se define por el coeficiente de inteligencia (CI o equivalente de CI) obtenido por evaluación mediante uno o más test de inteligencia normalizados, administrados individualmente (p. ej., W y c h s l e r Intelligence Scales for Children-Revised, Stanford-Binet, Kaufman Assessment Battery for Children).

Además, las personas con retraso mental suelen presentar incapacidades adaptativas más que un CI bajo. La capacidad adaptativa se refiere a cómo afrontan los sujetos efectivamente las exigencias de la vida cotidiana y cómo cumplen las normas de autonomía personal esperables de alguien situado en su grupo de edad, origen sociocultural, y ubicación

comunitaria particulares.

La capacidad adaptativa puede estar influida por distintos factores, entre los que se incluyen características escolares, motivacionales y de la personalidad, oportunidades sociales y laborales, así como los trastornos mentales y las enfermedades médicas que pueden coexistir con el retraso mental. Probablemente las ayudas terapéuticas pueden mejorar más los problemas de adaptación que el CI cognoscitivo, el cual suele ser un atributo mucho más estable a lo largo del tiempo.

Manifestación Común.

No existen características, comportamentales o de personalidad, específicas que estén asociadas unívocamente al retraso mental. Algunos individuos con retraso mental son pasivos, plácidos y dependientes, mientras que otros son impulsivos y agresivos. La ausencia de habilidades para la comunicación puede predisponer a comportamientos perturbadores y agresivos que sustituyen al lenguaje comunicativo. Algunas enfermedades médicas asociadas a retraso mental se caracterizan por ciertos síntomas comportamentales (p. ej., el intratable comportamiento autolesivo asociado al síndrome de Lesch-Nyhan).
A pesar de lo anterior, pueden tenerse en cuenta algunos signos de alarma durante la vigilancia rutinaria del desarrollo, como son (10):

- 4 meses NO contempla un objeto, al menos por 3 segundos.
- 4 meses los ojos del niño, NO siguen a la persona que tiene enfrente y que se mueve a la derecha y a la izquierda.}
- 5 meses NO mira directamente a una persona y sonríe.
- 11 meses NO se sienta prolongadamente sin ayuda.
- 19 meses, aunque se le ayuda, NO camina en forma coordinada y NO alterna los pies en cada paso.
- 4 años, NO sube las escaleras sin ayuda, sin tomar el barandal y sin alternar los pies en cada paso.

Síndromes Asociados.

El interés sobre los síndromes específicos en retraso mental ha aumentado en los últimos años cuando se reconoce que, aparte de las similitudes en rasgos físicos, hay conductas identificables que normalmente se presentan más en ciertos síndromes11.

Síndrome de Down.

El síndrome de Down es una de las anomalías cromosómicas más comunes asociadas con retraso mental. Alrededor del 50% se resuelven en un parto espontáneo, naciendo vivos un 20%, lo que representa una incidencia de 1 por cada 700 nacidos vivos. La incidencia aumenta con la edad de la madre, así a los 20 años una madre tiene 1 posibilidad entre 1.500 de tener un niño con síndrome de Down. La posibilidad sube a 1 entre 50 a los 43 años. El screening y el diagnóstico prenatal son ahora posibles.

El síndrome de Down en el 95% de los casos es debido a un cromosoma 21 extra (trisomía 21) mientras el 4% de los casos es resultado de una translocación y un 1% es debido al mosaicismo.

Las personas con el síndrome de Down tienen una apariencia característica con los ojos rasgados, manchas de Brushfield (manchas en el iris), una nariz pequeña y la cara bastante plana. El infante podría ser hipotónico y tener orejas pegadas bajas. El pliegue de Simian (pliegue palmar simple) está presente en el 50% de los afectados con el síndrome. Personas con síndrome de Down tienen también riesgo de anomalías congénitas del corazón, cataratas, epilepsia, trastorno tiroideo y leucemia.

Las personas con síndrome de Down tienen un retraso mental asociado y un mayor riesgo de desarrollar una demencia a lo largo de la vida. La depresión también se presenta, con relativa frecuencia, con síntomas de anorexia, mutismo y declive de las habilidades cognitivas. El diagnóstico diferencial entre la depresión y el principio de una demencia en personas con síndrome de Down puede ser muy difícil.

Síndrome de West.

El síndrome de West (SW) o síndrome de los espasmos infantiles es una encefalopatía (alteración cerebral) epiléptica de la infancia, grave y poco frecuente, que debe su nombre a William James West (1793-1848), médico inglés que describió por primera vez el cuadro (presente en su propio hijo) en un artículo publicado por The Lancet en 1841.1 Se caracteriza típicamente por tres hallazgos: espasmos epilépticos, retraso del desarrollo psicomotor y electroencefalograma con un trazado característico de hipsarritmia, aunque uno de los tres puede no aparecer.

Los niños con SW suelen manifestar la enfermedad entre los 3 y 6 meses de edad, aunque en ocasiones esto ocurre hasta los dos años. El SW siempre genera algún grado de retraso global

en el desarrollo infantil y, a pesar de que el conocimiento sobre él ha mejorado considerablemente, todavía hay casos en los que no se diagnostica a tiempo, ante todo cuando los síntomas son leves (las convulsiones se pueden confundir con cólicos o dolor abdominal) o debido a la falta de experiencia por parte del pediatra.

Síndrome X-Frágil.

Se presenta cuando hay un área anormal en uno de los cromosomas X. Pueden afectarse hombres y mujeres, aunque más frecuentemente éstas son portadoras y transmiten el cromosoma anormal hacia su descendencia masculina. Es posible poder hacer el diagnóstico durante el embarazo, y también pueden descubrirse mujeres portadoras.

La incidencia del síndrome X-Frágil probablemente es 1 sobre 1000, con un 5% de varones que tienen un retraso mental grave, pero el 20% de varones no están afectados. Debe anotarse que el síndrome afecta al 30% de las mujeres portadoras.

Los rasgos físicos del síndrome X-Frágil son bastante inconstantes y no pueden utilizarse para hacer un diagnóstico. Estas personas tienen las articulaciones laxas, cara alargada y orejas grandes, testículos grandes, anormalidades cardíacas y cabeza grande con nariz larga. Varios trastornos se asocian al síndrome X-Frágil como el autismo y la hiperactividad.

Las personas con X-Frágil tienen a menudo déficits cognitivos específicos y anormalidades en el habla. También se han descrito ansiedad, hiperactividad, depresión, conducta inadaptada y pueden ser ciclamores rápidos.

Síndrome de Prader-Willi.

El síndrome de Prader-Willi es debido a la pérdida del cromosoma paterno (15), causando materialmente retraso mental, y anomalías físicas asociadas con apetito insaciable, grandes ingestas, obesidad, pica, picor de piel, irritabilidad y obstinación. Las personas con esta condición se muestran a menudo enfadadas, agresivas y con conductas desafiantes si se frustran sus conductas de búsqueda de comida y tienen dificultades de personalidad, parcialmente debidas a su sensibilidad sobre su apariencia física. Se han descrito depresión y trastorno del humor cíclico.

Síndrome de Lesch-Nyhan.

El síndrome de Lesch-Nyhan es un trastorno recesivo del eslabón X del metabolismo de la purina que tiene una incidencia de 1:380.000 nacimientos. Los rasgos son microcefalia, retraso mental, coreoatetosis, espasticidad, crisis comiciales, hiperuricemia, artritis gotosa y

trastornos de conducta, destacando autoagresiones compulsivas severas que incluyen mordeduras de los dedos, de los labios y otras estructuras orales. Se han identificado anormalidades neuroquímicas entre las que se incluyen reducciones funcionales significativas de dopamina en los tractos mesolímbico y nigroestriado.

Esclerosis Tuberosa.

La esclerosis tuberosa es un síndrome neurocutáneo hereditario que se presenta en, al menos, 1:7.000 nacimientos. Los tumores glióticos calcificados desarrollados en regiones corticales se suman a malformaciones de la piel. Aproximadamente dos tercios de las personas afectadas tienen retraso mental, del 70-100% tienen ataques epilépticos. Los problemas de conducta son habituales y se han descrito trastornos psicóticos.

Comorbilidad.

Existe vulnerabilidad psiquiátrica en personas con discapacidad intelectual, las cuales presentan dos o tres veces más el riesgo de trastornos del humor, de ansiedad y de problemas de conducta. La presencia de retraso mental no descarta otros diagnósticos psiquiátricos adicionales. De hecho, en contaste 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 usuarios 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 retraso mental 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, con frecuencia secundaria a demandas sociales o familiares excesivas.

DIAGNÓSTICO.

Para un diagnóstico definitivo debe estar presente un deterioro del rendimiento intelectual, que da lugar a una disminución de la capacidad de adaptarse a las exigencias cotidianas del entorno social normal. Los trastornos somáticos o mentales asociados tienen una gran repercusión en el cuadro clínico y en el rendimiento. La categoría diagnóstica elegida debe, por tanto, basarse en la evaluación de la capacidad global, al margen de cualquier déficit de un área o de una capacidad concreta.

El CI debe determinarse mediante la aplicación individual de tests de inteligencia estandarizados y adaptados a la cultura del paciente. Los tests adecuados deben seleccionarse de acuerdo con el nivel de funcionamiento individual y las invalideces concretas adicionales, por ejemplo, por tener en cuenta posibles problemas de la expresión del lenguaje, sordera y otros defectos físicos. Las escalas de madurez social y de adaptación aportan una información suplementaria siempre y cuando estén adaptados a la cultura del enfermo y pueden completarse con entrevistas a los padres o a las personas que cuidan a estos enfermos y que conocen la capacidad del enfermo para la actividad cotidiana.

Cuando se diagnostica Retraso Mental, 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. La prevalencia de los desórdenes específicos varía ampliamente, pero se puede 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.

Dentro de los diferentes cuadros diagnósticos se encuentran:

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO
F70	Retraso Mental Leve.
F71	Retraso Mental Moderado.
F72	Retraso Mental Grave.
F73	Retraso Mental Profundo.
F78	Otros Tipos de Retraso Mental.
F79	Retraso Mental No Especificado.

En términos generales la clasificación del Retraso Mental se realiza a partir del CI, que se expresa de la siguiente manera:

CÓDIGO	TIPO	CI
F70	Leve	50-69
F71	Moderado	35-49
F72	Grave	20-34
F73	Profundo	<20
F78	Otro	

F79	No Especificado	

La capacidad intelectual general se define por el coeficiente de inteligencia (CI o equivalente de CI) obtenido por evaluación mediante uno o más tests de inteligencia normalizados, administrados individualmente (p. ej., Wechsler Intelligence Scales for Children-Revised, Stanford-Binet, Kaufman Assessment Battery for Children). La elección de instrumentos de evaluación y la interpretación de los resultados deben tener en cuenta factores que pueden limitar el rendimiento en los tests (p. ej., el origen sociocultural del sujeto, su lengua materna y sus discapacidades sensoriales, motoras y comunicativas asociadas). Cuando en las puntuaciones de los subtests se produce una dispersión significativa, las aptitudes de aprendizaje del sujeto quedarán mejor reflejadas por el perfil de aciertos y fracasos que por el CI de la escala total derivado matemáticamente. Cuando aparece una discrepancia notable entre las puntuaciones verbal y manipulativa, puede llevar a confusiones el promediarlas a fin de obtener una puntuación CI total.

Por otro lado, la discapacidad intelectual 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 Retraso Mental. A continuación, se presenta la estratificación tomando en cuenta los niveles de severidad del Retraso Mental, 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.

Grado	0 a 5 años	6 a 20 años	21 años y mayores
	Maduración y Desarrollo	Entrenamiento y Educación	Adaptación Social y Vocacional.
Leve	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 fuerza de trabajo con salario mínimo.

Moderado	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.
Severo	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.
Profundo	Retraso significativo, Mínima habilidad funcional en áreas sensoriomotoras. Necesita cuidados básicos.		Algo de desarrollo motor y de lenguaje. Puede aprender muy limitadamente habilidades de cuidado personal

Clasificación y Criterios Diagnósticos.

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO
F70	Retraso Mental Leve.
F71	Retraso Mental Moderado.
F72	Retraso Mental Grave.
F73	Retraso Mental Profundo.
F78	Otros Tipos de Retraso Mental.
F79	Retraso Mental No Especificado.

En todos estos diagnósticos se encuentra un tercer dígito que corresponde a las siguientes características en torno al deterioro del comportamiento en cada uno de las severidades del Retraso Mental:

3er Dígito	Diagnóstico
F7X.0	Deterioro del comportamiento nulo o mínimo.
F7X.1	Deterioro del comportamiento significativo, que requiere atención o tratamiento.
F7X.8	Otros deterioros del comportamiento.
F7X.9	Deterioro del comportamiento de grado no especificado.

Retraso Mental Leve. (F70)

Los individuos con retraso mental leve adquieren tarde el lenguaje, pero la mayoría alcanzan la capacidad de expresarse en la actividad cotidiana, de mantener una conversación y de ser abordados en una entrevista clínica. La mayoría de los afectados llegan a alcanzar una independencia completa para el cuidado de su persona (comer, lavarse, vestirse, controlar los esfínteres), para actividades prácticas y para las propias de la vida doméstica, aunque el desarrollo tenga lugar de un modo considerablemente más lento de lo normal. Las mayores dificultades se presentan en las actividades escolares y muchos tienen problemas específicos en lectura y escritura. Sin embargo, las personas ligeramente retrasadas pueden beneficiarse de una educación diseñada de un modo específico para el desarrollo de los componentes de su inteligencia y para la compensación de sus déficits. La mayoría de los que se encuentran en los límites superiores del retraso mental leve pueden desempeñar trabajos que requieren aptitudes de tipo práctico, más que académicas, entre ellas los trabajos manuales semicualificados.

En un contexto sociocultural en el que se ponga poco énfasis en los logros académicos, cierto grado de retraso leve puede no representar un problema en sí mismo. Sin embargo, si existe también una falta de madurez emocional o social notables, pueden presentarse consecuencias del déficit, por ejemplo, para hacer frente a las demandas del matrimonio o la educación de los hijos o dificultades para integrarse en las costumbres y expectativas de la propia cultura.

En general, las dificultades emocionales, sociales y del comportamiento de los pacientes con retraso mental leve, así como las necesidades terapéuticas y de soporte derivadas de ellos, están más próximas a las que necesitan las personas de inteligencia normal que a los problemas específicos propios de los individuos con retraso mental moderado o grave.

Si se utilizan test de CI estandarizados de un modo adecuado el rango 50 al 69 corresponde a un retraso mental leve. La comprensión y el uso del lenguaje tienden a tener un retraso de grado diverso y se presentan problemas en la expresión del lenguaje que interfieren con la posibilidad de lograr una independencia, y que puedan persistir en la vida adulta. Sólo en una minoría de los adultos afectados puede reconocerse una etiología orgánica. En un número variable de los afectados pueden presentarse además otros trastornos tales como autismo, otros trastornos del desarrollo, epilepsia, trastorno disocial o discapacidades somáticas.

Retraso Mental Moderado. (F71)

Los individuos incluidos en esta categoría presentan una lentitud en el desarrollo de la comprensión y del uso del lenguaje y alcanzan en esta área un dominio limitado. La adquisición de la capacidad de cuidado personal y de las funciones motrices también están retrasadas, de tal manera que algunos de los afectados necesitan una supervisión permanente. Aunque los progresos escolares son limitados, algunos aprenden lo esencial para la lectura, la escritura y el cálculo. Los programas educativos especiales pueden proporcionar a estos afectados la oportunidad para desarrollar algunas de las funciones deficitarias y son adecuados para aquellos con un aprendizaje lento y con un rendimiento bajo. De adultos, las personas moderadamente retrasadas suelen ser capaces de realizar trabajos prácticos sencillos, si las tareas están cuidadosamente estructuradas y se les supervisa de un modo adecuado. Rara vez pueden conseguir una vida completamente independiente en la edad adulta. Sin embargo, por lo general, estos pacientes son físicamente activos y tienen una total capacidad de movimientos. La mayoría de ellos alcanza un desarrollo normal de su capacidad social para relacionarse con los demás y para participar en actividades sociales simples.

El CI está comprendido entre 35 y 49. En este grupo lo más frecuente es que haya discrepancias entre los perfiles de rendimiento y así hay individuos con niveles más altos para tareas viso-espaciales que para otras dependientes del lenguaje, mientras que otros son marcadamente torpes, pero son capaces de participar en relaciones sociales o conversaciones simples. El nivel de desarrollo del lenguaje es variable, desde la capacidad para tomar parte en una conversación sencilla hasta la adquisición de un lenguaje sólo suficiente para sus necesidades prácticas. Algunos nunca aprenden a hacer uso del lenguaje, aunque pueden responder a instrucciones simples. Algunos aprenden a gesticular

con las manos para compensar, hasta cierto grado, los problemas del habla. En la mayoría de los que se incluyen en esta categoría puede reconocerse una etiología orgánica. En una proporción pequeña pero significativa están presentes un autismo infantil o trastornos del desarrollo, los cuales tienen una gran repercusión en el cuadro clínico y en el tipo de tratamiento necesario. También son frecuentes la epilIPSia, los déficits neurológicos y las alteraciones somáticas, sobre todo en los retrasos mentales moderados, a pesar de lo cual la mayoría pueden llegar a ser capaces de caminar sin ayuda. Algunas veces es posible identificar otros trastornos psiquiátricos, pero el escaso nivel del desarrollo del lenguaje hace difícil el diagnóstico, que puede tener que basarse en la información obtenida de terceros.

Retraso Mental Grave. (F72)

Tanto el cuadro clínico, como la etiología orgánica y la asociación con otros trastornos son similares a los del retraso mental moderado, siendo lo más frecuente en este grupo unas adquisiciones de nivel más bajos que los mencionados en F71. Muchas personas dentro de esta categoría padecen un grado marcado de déficit motor o de la presencia de otros déficits que indica la presencia de un daño o una anomalía del desarrollo del sistema nervioso central, de significación clínica.

Retraso Mental Profundo. (F73)

El cociente intelectual en esta categoría es inferior a 20, lo que significa en la práctica que los afectados están totalmente incapacitados para comprender instrucciones o requerimientos o para actuar de acuerdo con ellas. La mayoría tienen una movilidad muy restringida o totalmente inexistente, no controlan esfínteres y son capaces en el mejor de los casos sólo de formas muy rudimentarias de comunicación no verbal.

Poseen una muy limitada capacidad para cuidar sus necesidades básicas y requieren ayuda y supervisión constante.

El CI es inferior a 20. La comprensión y la expresión del lenguaje, se limitan, en el mejor de los casos, a la comprensión de órdenes básicas y a hacer peticiones simples. Pueden adquirir las funciones viso-espaciales más básicas y simples como las de comparar y ordenar, y ser capaces, con una adecuada supervisión y guía, de una pequeña participación en las tareas

domésticas y prácticas. En la mayoría de los casos puede ponerse de manifiesto una etiología orgánica. Lo más frecuente es que se acompañen de déficits somáticos o neurológicos graves que afectan a la motilidad, de epilepsia o de déficits visuales o de audición. También es muy frecuente la presencia de trastornos generalizados del desarrollo en sus formas más graves, en especial de autismo atípico, sobre todo en aquellos casos que son capaces de caminar.

Otros Tipos de Retraso Mental. (F78)

Esta categoría debe usarse sólo cuando la evaluación del grado de retraso intelectual es especialmente difícil o imposible de establecer mediante los procedimientos habituales debido a la presencia de déficits sensoriales o físicos, tales como ceguera, sordomudez, y en personas con trastornos graves del comportamiento e incapacidad física.

Retraso Mental No Especificado. (F79)

En estos casos hay evidencia de un retraso mental, pero con información insuficiente como para asignar al paciente una de las categorías anteriores.

Diagnóstico Diferencial.

Los trastornos del espectro autista y los específicos del lenguaje pueden asociarse a cierto grado de Retraso Mental 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:

a) Inteligencia limítrofe (CI=71-84): debe recordarse que esta diferenciación debe ser cuidadosa, tomando en cuenta toda la información disponible y recordando que una puntación de CI entraña un error de medida de 5 puntos.

b) Trastornos generalizados del desarrollo: aunque pueda coexistir el Retraso Mental, se destaca la alteración cualitativa de la interacción social y de la comunicación verbal y no verbal.

c) Trastornos de la Comunicación: alteración del desarrollo en el área del lenguaje

expresivo o de la comprensión (mixto), sin déficit adaptativo importante.

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

TRATAMIENTO.

Generalidades del Tratamiento.

El tratamiento, tras el diagnóstico de retraso mental, incluye un conjunto de intervenciones y actividades que se llevan a cabo por el personal de Salud Mental. Los componentes de este conjunto de intervenciones puede subdividirse, pero teniendo en cuenta la importancia de la interdisciplinariedad y el trabajo en conjunto entre el equipo de trabajo en salud mental, cuyas acciones y actividades se especifican en el Plan de Tratamiento correspondiente.

El Plan Terapéutico se realiza con base a la severidad diagnóstica del retraso mental, e incluye, las siguientes pautas, teniéndose en cuenta que no todas ellas se presentan en cada tipo diagnóstico:

a) Locación.
b) Tratamiento farmacológico.
c) Tratamiento psicosocial.
d) Intervención psicoterapéutica.
e) Psicoeducación.
f) Elaboración de redes de apoyo.

Inicialmente, es importante dar lugar en el proceso de intervención a la detección de otro tipo de enfermedades que acompañen el diagnóstico de retraso mental, con el objetivo de enmarcar las prioridades en cuanto a la atención y los focos a intervenir.

A partir de la detección de las áreas comprometidas en cuanto al retraso mental, es importante dirigir al usuario a los tipos de intervención correspondiente, pues, si bien el retraso mental no es una condición que pueda ser “curada”, el objetivo de las diferentes maneras de atención está en mejorar el rendimiento en las capacidades que se encuentran comprometidas por el retraso mental y potencializar aquéllas que hacen parte de los componentes con que el individuo muestra más alto rendimiento.

A continuación, se dará una descripción de los diferentes modos de intervención y sus

características principales a tener en cuenta tanto por aquellos profesionales que realizan la atención de manera directa, como también para los que pueden llegar a derivar o recomendar cierto tipo de intervención.

En el apartado correspondiente a la intervención psicológica se hará mención de las características del proceso psicoterapéutico a nivel general, sin hacer énfasis en alguna corriente teórico-metodológica específica con el objetivo de promoverla interdisciplinariedad de los diferentes profesionales de psicología que pueden aportar de su saber al tratamiento del trastorno. Parte de las características a mencionar son el número de sesiones aproximadas, teniendo en cuenta que su duración es de 30 minutos, decisión que ha sido establecida por la institución.

intervención psicológica de carácter grupal, en donde participan grupos de individuos con el mismo diagnóstico, a sus familias o responsables, con el objetivo de fortalecer el vínculo con el tratamiento y brindar apoyo a sus pares.

El trabajo grupal ofrece gran variedad de técnicas de trabajo y de ahondamientos respecto a la intervención, pues puede dirigirse por medio de talleres informativos o psicoeducativos, comprometer la reflexión y la responsabilización, o ahondar en el contenido privado de cada uno de los presentes con el objetivo de intervenir al grupo con las especificidades de cada uno de ellos.

Los planes de intervención en el trabajo grupal competen al área de psicología, principalmente en la intervención psicoterapéutica del grupo. Sin embargo, el aporte de los diferentes profesionales en el componente reflexivo e informativo aporta un mayor panorama en la intervención de los componentes que conciernen al paciente.

Además, es importante a la hora de configurar un grupo de apoyo o grupo terapéutico, delimitar los objetivos del tratamiento, los profesionales encargados, las sesiones a invertir, las temáticas a trabajar y la población a abordar, para así propender por una intervención eficaz en la medida de ser diseñada exclusivamente para cada caso o patología.

Supervisión y Seguimiento.

A partir de la severidad del trastorno y las áreas comprometidas, como también las fortalezas, se decide realizar un seguimiento periódico posterior a la intervención continua, con el objetivo de detectar los cambios en el estilo de vida del paciente y la

familia que propendan por el desarrollo integral en torno al diagnóstico.

Inicialmente, se tendrán en cuenta tres sesiones en los meses posteriores al finalizar el tratamiento, con el objetivo de controlar y decidir cambios en torno al diagnóstico y su evolución. Se recomienda en la intervención tener en cuenta la prevención y manejo de la comorbilidad asociada con el diagnóstico, con el objetivo de invitar al cambio a nivel familiar y social a partir de las necesidades que se vayan presentando, contando además con el acompañamiento profesional en caso de considerarse necesario.

Pronóstico.

Aunque el Retraso Mental 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 que sea "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.

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 retraso mental. Su identificación es la más tardía y suele ocurrir en el tránsito escolar a lo largo de la primaria.

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

El Retraso Mental 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 (13).

5. RECOMENDACIONES

La descripción de este apartado queda pendiente a la construcción de un Plan en Salud Mental, en donde se enuncien las rutas de intervención de los pacientes de esta área a partir de la atención de los distintos profesionales implicados. Para ello es importante la delimitación de cada una de las funciones de éstos, con el objetivo de ofrecer un plan amplio de tratamiento que abarque las distintas áreas del individuo. Sin embargo, a continuación se dará un bosquejo acerca de la ruta clínica respecto al área de Salud Mental a manera provisional:

Proceso	PROFESIONAL ENCARGADO
Valoración inicial, independiente del motivo de consulta.	Médico Familiar, Enfermería.
Consideración de remisión para el área de Psicología y/o Psiquiatría, a partir de la sospecha del diagnóstico de Retraso Mental.	Médico,Familiar,Enfermeria , Trabajo Social.
Valoración de las áreas comprometidas y comprobación en torno a las sospechas médicas, con el objetivo de remitir a neuropsicología para aclarar el diagnóstico. Intervención individual y/o familiar a partir del diagnóstico ofrecido, detectando áreas comprometidas y fortalezas encontradas.	Psicólogo.
Elaboración de redes de apoyo, inclusión a la familia y personas interesadas en el paciente.	Trabajador Social.
Psicoeducación, historia de la enfermedad, aspectos básicos a nivel biológico, Información sobre fármacos y psicoterapia, cultura de autocuidado, favorecer adherencia al tratamiento.	Psicólogo, Trabajador Social y/o profesionales implicados en el tratamiento.

- Realizar el diagnóstico diferencial correspondiente.

- Tener en cuenta la forma como el paciente o su familia manifiesta sus dolencias físicas y/o relacionales.
- Determinar la severidad del diagnóstico, remitiendo a neuropsicología en los casos que se confirme la posibilidad de éste al descartar otro tipo de aspectos asociados con el diagnóstico diferencial.
- Realizar la detección de la comorbilidad y remitir a partir de la severidad de las demás enfermedades asociadas.

CRITERIOS DE REMISIÓN PARA PSICOLOGÍA
• Detección de bajo rendimiento en diversas áreas del paciente. • Manifestación de malestar clínicamente significativo por familia. • Sospecha de retraso mental.
CRITERIOS DE REMISIÓN PARA PSIQUIATRÍA
• Comorbilidad con severidad moderada o grave. • Presencia de riesgo suicida.

Tratamiento

- Identificación precoz y tratamiento adecuado de los trastornos hereditarios.
- Tratamiento médico y/o quirúrgico de otras enfermedades causales o asociadas.
- Detección y tratamiento precoz de los déficit aislados: sensoriales (como la sordera) motrices, conductuales y trastornos electroencefalográficos mínimos.
- Detección precoz del retraso mental, para el abordaje en estimulación temprana de las funciones intelectuales, asociado al resto de las herramientas médicas.
- Abordaje psicoterapéutico adecuado de los trastornos emocionales y de conducta.
- Refuerzo de la autoimagen del niño retrasado y abordaje global de su personalidad.
- Asesoramiento médico, psicológico y pedagógico a los padres de los puntos fuertes y de los vulnerables del paciente.

Rehabilitación

- Permanente apoyo para las dificultades de comportamiento y personalidad.

- Rehabilitación física de los diversos trastornos psicomotores.
- Educación especial.
- Rehabilitación y orientación vocacional para una adecuada inserción laboral.
- Orientación familiar sostenida a través del tiempo y en las diversas áreas implicadas.
- Modificación de las conductas sociales de discriminación.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Ferretti, J. M. M. (1999). Breve guía diagnóstica y pronóstica de los retrasos mentales. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, 8(2).
2. Boiras, N., Hola, G. & Docén, A. (2002). Salud Mental en el Retraso Mental: El ABC para la salud mental, la asistencia primaria y otros profesionales. Grupo Pere Mata; Londres.
3. CIE 10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Meditar, Madrid, 1994. Estudio Nacional de Salud Mental. Ministerio de Protección Social.
4. Grupo de trabajo del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro. Guía Clínica Retraso Mental. Gobierno de México.
5. Organización Mundial de la Salud, Preguntas y respuestas en línea, Noviembre 2022
6. Echeverri, G., Otálora, N. (2005). Guía para la planeación del componente de salud mental en los planes territoriales de salud. Ministerio de la Protección Social. Bogotá, D.C.
7. Lineamientos de Política de Salud Mental para Colombia. Ministerio de la Protección Social. República de Colombia. Fundación FES-Social. 2005.
8. Organización Mundial de la Salud OMS. Guía de Intervención del mapa para trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. 2011.
9. Organización Mundial de la Salud OMS. Prevención de los Trastornos Mentales: Intervenciones Efectivas y Opciones de Políticas. Informe compendiado. Ginebra, 2004.
10. Retraso Mental: Definición, Clasificación y Sistemas de Apoyos. (2002). 10ma edición. AAMR, Washington.
11. Alvaredo, S. G., Rojo, R. S., Santiago, J. G., Expósito, R. G., Bengoa, A., & Pérez-Yarza, E. G. (2008, November). Criterios de diagnóstico genético en casos de retraso mental y del desarrollo de origen idiopático. In Anales de Pediatría (Vol. 69, No. 5, pp. 446-453). Elsevier Doyma.