

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



Tesis monográfica para optar al título en Medicina y Cirugía

Evaluar el nivel de discapacidad intelectual en persona captadas en el programa Todos con Voz que asisten al Puesto de Salud del municipio de San Jorge, Rivas, II semestre 2015.

Autores

Br. Keylin de Fátima Quintanilla Díaz.

Br. Samantha Máyela Peña Fuertes

Tutor: Dr. Ervin Ambota López. MPH

Epidemiólogo-Salud pública.

Especialista en VIH SIDA

Asesor: Dr. Herman Hassin López

Genetista SILAIS-Rivas

Rivas, Octubre 2018

AGRADECIMIENTOS

A Dios por guiar nuestras vidas con propósito y darnos la fortaleza de seguir siempre a pesar de las adversidades.

A nuestras familias por el apoyo incondicional a lo largo de nuestras vidas y por la confianza depositada en nosotras para cumplir nuestras metas.

A nuestros maestros que compartieron sus conocimientos con nosotros y nos instaron para dar nuestro mejor esfuerzo día a día.

DEDICATORIA

A Dios sobre todas las cosas por iluminarnos a diario y seguir en este camino de servicio que hemos escogido.

A nuestras familias por ser la piedra angular en que hemos construido nuestros sueños y metas.

A nuestros tutores por compartir la sabiduría y experiencia adquirida a través de los años.

OPINION DEL TUTOR

La salud constituye un pilar fundamental para la vida y en las personas con discapacidad intelectual, constituye un factor que en gran medida, facilitar o inhibir su capacidad de funcionamiento en su entorno. El nivel de salud de este grupo de pobladores especiales, se encuentra condicionada por factores biológicos, ambiente, estilo de vida, sistema de atención social y salud.

Conocer el nivel de salud de grupo poblacional constituye un elemento fundamental para poder establecer programas sanitarios prioritarios de intervención con el objetivo de distribuir mejor los recursos que permiten mejorar su calidad de vida relacionado a su salud.

En la actualidad existen pocos estudios epidemiológicos dirigidos a conocer el estado de salud y evaluar la calidad de vida relacionada con la salud percibida por las personas con discapacidad intelectual. Dada la magnitud y la prevalencia de la discapacidad las investigaciones epidemiológicas en este grupo poblacional no son una cuestión de solidaridad, sino de derecho, tal como se consigna en la Constitución de cada país, lo que nos permite: comprender el modo en que viven, su calidad de vida, sus prioridades lo que faciliten alcanzar las mismas oportunidades de participación de una vida integrada, de aquí la importancia de dicho estudio

Dr. Ervin José Ambota López. PhD
Tutor Metodológico



RESUMEN

En la actualidad la discapacidad no se considera una enfermedad, es el resultado de la relación de la persona con deficiencia y su entorno incapacitante. Sin embargo en la antigüedad las personas con discapacidad sufrían opresión y discriminación debido a que se consideraba diferente de acuerdo al paradigma dominante de la normalidad. A través de los años diversas organizaciones han luchado por romper paradigmas e implementar un enfoque inclusivo, el máximo logro obtenido ha sido la aprobación por parte de las naciones unidas de la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y un protocolo facultativo el 13 de Diciembre de 2006.

En Nicaragua la prevalencia nacional de discapacidad es de 10.3%. El grupo de edades más afectadas esta de 20 a 59 años representando el 47%, grupo etario económicamente activo. El programa TODOS CON VOZ, dirigido a la atención de las personas con discapacidad, inicio en febrero del 2010 cuando el comandante Daniel Ortega solicito a Cuba el apoyo para realizar un diagnóstico de las situaciones de este sector en el país.

La situación de la discapacidad en Nicaragua es un problema que se ha venido incrementando durante los últimos años debido a múltiples causas. El presente estudio surge de la necesidad de evaluar el nivel de discapacidad intelectual en personas captadas en el programa TCV, con la intención de fortalecer la capacidad institucional en la atención de diversas necesidades de los pacientes incluidos en dicho programa.

Se decidio realizar un estudio es descriptivo, de corte transversal, en el Centro de Salud Danelia Muñoz, San Jorge. Con un universo de 64 pacientes discapacidad intelectual registrados en el programa, se excluyeron a todas las personas que salieron del censo por migración o fallecimiento. Se recolecto la información de forma secundaria a través de entrevistas.

Luego del análisis de los datos encontrados se concluyó que existe una relación

entre los altos niveles pobreza y el desarrollo posicional de los pacientes, profundizando en los niveles de educación y desarrollo social, tanto del paciente como de sus familiares.

En este estudio se logró corroborar que estos pacientes son en su mayoría dependientes (42.6%), el 68.9% de los pacientes en estudio no tienen ningún nivel de escolaridad. El grado de discapacidad en su mayoría es severo, y finalmente la mayor parte de pacientes viven en pobreza y en condiciones que no aportan a su bienestar y avance en salud.

Es por todo lo anterior que debe ser de interés público la creación e implementación de estrategias y políticas del Estado y todas sus instituciones en pro del desarrollo integral de las personas con discapacidad en iguales condiciones de oportunidad que el resto de la sociedad y su aplicación inclusiva en todo el país. Garantizando el cumplimiento de sus derechos y oportunidades todo el fin de mejorar la calidad de vida de las personas con Discapacidad intelectual.

INDICE

INTRODUCCION	7
ANTECEDENTES	8
JUSTIFICACION	12
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
OBJETIVOS	14
MARCO TEORICO	15
MATERIAL Y METODO	27
DISEÑO METODOLOGICO	28
OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES	29
RESULTADOS	31
ANALISIS Y DISCUSIÓN	33
CONCLUSIONES	37
RECOMENDACIONES	40
BIBLIOGRAFIA	42
ANEXOS	44

INTRODUCCION

La discapacidad no es una enfermedad, es el resultado de la relación de la persona con deficiencia y su entorno incapacitante. La discapacidad está asociada con las barreras físicas y culturales existente en la sociedad, que dificulta que las personas con discapacidad accedan a la vida social de manera activa igual que otro ser humano.

Etimológicamente la palabra discapacidad viene de: dis (del latín) que significa alteración, negación o contrariedad, capacidad (verbo latino capacitas) significa: aptitud o suficiencia para algunas cosas, talento o disposición para comprender las cosas. ^{1.18}

De tal modo que podríamos definir la discapacidad como una alteración o insuficiencia para pensar o actuar, de acuerdo a esta fijación etimológica se entiende que una discapacidad, modifica en forma negativa el proceso de pensamiento o actuación en aquella persona que la padece. ¹⁸

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) por discapacidad debemos entender “cualquier restricción o impedimento para la realización de una actividad, ocasionado por una deficiencia dentro del ámbito considerado normal para el ser humano”. ⁹

La Clasificación Internacional de Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) define la discapacidad como un término genérico que abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación. Se entiende por discapacidad la interacción entre las personas que padecen alguna enfermedad (por ejemplo, parálisis cerebral, síndrome de Down y depresión) y factores personales y ambientales (por ejemplo, actitudes negativas, transporte y edificios públicos inaccesibles y un apoyo social limitado). ⁷

ANTECEDENTES

Desde la antigüedad las personas con discapacidad han sufrido la opresión y la discriminación que recae sobre lo considerado diferente de acuerdo al paradigma dominante de la normalidad. En el antiguo Egipto existía el abandono y el infanticidio de niños y niñas con discapacidad, pero también hay evidencia de que se intentaban diversos tipos de tratamientos. Se ha encontrado una fractura de extremidad inferior con una ingeniosa férula inmovilizadora en una momia de la V dinastía (2500 AC).¹

La sociedad hebrea considera a la discapacidad como una marca del pecado, por lo que las personas con discapacidad presentaban serias limitaciones en el ejercicio de las funciones religiosas.⁹

El destino ha variado en las diferentes sociedades, pero siempre manteniendo esta relación de opresión, esto ha empezado a ser cuestionado a partir de la segunda mitad del siglo XX gracias al surgimiento de movimientos sociales de persona con discapacidad, basándose en el modelo social y el paradigma de los derechos humanos.

La primera guerra mundial, que se desarrolló en 1914 y 1918, dejó en los países involucrados un gran número de jóvenes con secuelas físicas y psíquicas adquirida durante el conflicto bélico, en 1919 se firmó el tratado de Paz de Versalles y se creó la Organización Internacional del Trabajo (O.I.T), entidad que ha tenido un papel decisivo en la promulgación de leyes y normas gubernamentales que buscan proteger los derechos de las personas con discapacidad congénita y adquirida, y en la promoción y desarrollo de programas de Rehabilitación.⁸

Al finalizar la segunda guerra mundial en 1945 se considera un segundo paradigma, conocido como el paradigma de la Rehabilitación. En este modelo se llega a la conclusión de que el problema de la discapacidad se localiza en el individuo (la persona con discapacidad), ya que es su deficiencia (física, mental o

sensorial) y en su falta de destreza, en donde se localizan el origen de sus dificultades. El paradigma de la rehabilitación ha significado un importante paso de avance en el enfoque de la discapacidad y ha prestado y sigue prestando valiosos servicios a muchas personas.

En 1994 la Conferencia Mundial sobre Necesidades Educativas Especiales, organizada por el gobierno español y la UNESCO aprobó la Declaración de Salamanca, que proclamaba, entre otros puntos que, 1) los niños con necesidades educativas especiales deben tener acceso a las escuelas ordinarias, 2) las escuelas ordinarias con esta orientación debe ser un ámbito de integración y de destierro de prácticas discriminatorias, 3) la integración y la participación forman parte del respeto a la dignidad humana y el disfrute de los derechos humanos.

El máximo logro obtenido por las organizaciones a través de sus luchas ha sido la aprobación por parte de las naciones unidas de la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y un protocolo facultativo el 13 de Diciembre de 2006.²

Una visión panorámica sobre las condiciones que viven las personas con discapacidad en la región presenta la CEPAL en su estudio Panorama entre la población de la región prevalecen las limitaciones visuales y de movilidad, seguidas por deficiencia de audición y el habla en América Latina y por las dificultades relacionadas con las funciones mentales y la destreza en el Caribe, según información censal de 18 países, de acuerdo con el estudio, las personas con deficiencia cognitivas y mentales o con poca capacidad de autocuidado son las que encuentran más obstáculos para integrarse a la actividad económica y social. La discapacidad visual y la motora son las que menos impactos negativos tienen en el acceso a la educación y el empleo.³

Cuba, a fines de 1981, el departamento de salud materno infantil del ministerio de salud pública creo un programa de diagnóstico y prevención de enfermedades genéticas como resultado de investigaciones sobre la prevención de dos de sus

principales enfermedades genéticas, la anemia de las células falciformes y los defectos del tubo neural, el fundamento para organizar el programa fue el aumento relativo de enfermedades genéticas como causa de morbilidad y mortalidad en la niñez.²

En Venezuela el comandante supremo Hugo Rafael Chávez Frías inauguro el 14 de octubre de 2009 EL CENTRO NACIONAL DE GENETICA MEDICA DE VENEZUELA Dr. José Gregorio Hernández siendo esta una institución gubernamental que presta servicios de diagnóstico pre y posnatal de enfermedades genéticas, apoya el asesoramiento genético a las familias para conocer el riesgo de estas enfermedades en su descendencia.^{2.3.4}

En Centro América, las cifras de prevalencia de la discapacidad esta alrededor del 18%. En Nicaragua la prevalencia nacional de discapacidad es de 10.3% de los cuales el 56% es femenino y del total de la población con discapacidad el 60% viven en zonas urbanas. El grupo de edades más afectadas esta de 20 a 59 años representando el 47%. El 45% no tiene ningún grado de instrucción.

En Nicaragua el programa TODOS CON VOZ de atención a las personas con discapacidad, comenzó en febrero del año 2010 cuando el presidente comandante Daniel Ortega solicito a Cuba el apoyo solidario para realizar un diagnóstico de las situaciones de este sector en el país, la Dra. Contreras expreso que el programa no solo atiende a las discapacidades en su problema de salud si no que hasta donde se permitan los recursos.

Dinarte, Ernesto, (2012), en su estudios realizados en Nicaragua, Rivas En Nicaragua el Dr. Ernesto Dinarte realizo en el año 2012 titulado "identificar el nivel de discapacidad intelectual en personas captadas en el programa Todos con Voz, que asisten al puesto de salud primario de la comarca de Pueblo Nuevo municipio de Belén, Rivas, II semestre 2012". Se estudiaron a 20 pacientes con discapacidad intelectual registrados en la base de datos de ese año, en relación al sexo el que más prevalece es el masculino con un 60% y la mayor procedencia es

de área urbana, es de relevancia mencionar que en la distribución según la severidad de la discapacidad intelectual el grado leve y moderado presentaron el mismo porcentaje de aparición con el 40% y las causas posnatales el 20%.²⁰

JUSTIFICACION

La situación de la discapacidad en Nicaragua es un problema que se ha venido incrementando durante los últimos años debido a múltiples causas, asociadas a bajas condiciones de bienestar tales como la pobreza extrema, la marginación social, la desnutrición, el analfabetismo, la ignorancia, el acelerado crecimiento poblacional y su dispersión y migración, lo que limita a la prestación de servicios de salud. ²

El presente estudio surge de la necesidad de evaluar el nivel de discapacidad intelectual en personas captadas en el programa TODOS CON VOZ, con la intención de fortalecer la capacidad institucional en la atención de diversas necesidades de los pacientes incluidos en dicho programa.

El identificar los factores que inciden en la aparición de la discapacidad intelectual en la comunidad, como se comportan, la prevención de la aparición de este padecimiento es lo que se pretende realizar con la presente investigación y que la comunidad permita educar de forma organizada y con mayor efectividad a la población, permitiendo a la familia adquirir una educación y cultura genética ampliando sus capacidades de tomar decisiones en la planificación de sus descendencia y prevenir los riesgos o enfrentarlos con una mejor preparación.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la importancia que tiene identificar el nivel de discapacidad intelectual en personas captadas en el programa TODOS CON VOZ, que asisten al puesto de salud primario del municipio de San Jorge, Rivas, II semestre 2015?

OBJETIVOS

Evaluar el nivel de discapacidad intelectual en personas captadas en el programa TODOS CON VOZ, que asisten al puesto de salud primario del municipio de San Jorge, Rivas, II semestre 2015.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Describir las características socio demográficas de los pacientes con discapacidad intelectual en estudio.
- 2) Analizar las distintas entidades clínicas de los pacientes en estudio con diagnóstico de discapacidad intelectual.
- 3) Identificar la calidad de vida de los pacientes en estudio.

MARCO TEORICO.

Características sociodemográficas

La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CRRD, por sus siglas en inglés) es un instrumento internacional de los derechos humanos de las Naciones Unidas o Derecho internacional de los derechos humanos destinadas a proteger los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad. Partes en la convención tiene la obligación de promover, proteger y garantizar que gocen de plena igualdad ante la ley. ⁶

Según Ley No 763 (2015), establece el marco legal y de garantía para la promoción, protección y aseguramiento del pleno goce y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos de las personas con discapacidad, respetando su dignidad inherente y garantizando el desarrollo humano integral de las mismas, con el fin de equiparar sus oportunidades de inclusión en la sociedad, sin discriminación alguna y mejorar su nivel de vida, garantizando el pleno reconocimiento de los derechos humanos contenidos en la constitución política de la republica de Nicaragua. ^{5.6}

Caracterización de los pacientes con discapacidad intelectual

La discapacidad como tal se clasifica en:

Discapacidades sensoriales

Son las afectaciones en los oídos, ojos y habla. Estas personas tienen limitaciones parciales o totales para ver, oír o comunicarse verbalmente. En algunas ocasiones necesitan la ayuda de otra persona de operaciones médicas o algún instrumento como anteojos, bastones blancos o audífonos. ^{5.6}

Discapacidad Físico-Motora

Son las afectaciones en las piernas, brazos, cuello, rostro o columna vertebral. Estas personas tienen limitaciones parciales o totales para moverse, caminar o

doblarse, estirarse, agacharse o recoger objetos, en algunos casos necesitan la ayuda de otras personas o de algún instrumento como sillas de ruedas, una pierna o un brazo artificial, bastones, muletas, andarivel, etc.

Discapacidades psicosociales

Son las afectaciones en las mentes, estas personas presentan alteraciones emocionales que le dificultan adaptarse a su entorno y relacionarse con otras personas en la vida diaria, por ejemplo, son personas que se deprimen fácilmente, son ansiosas, obsesivas, tienen miedo al exceso y cambios bruscos de personalidad.

Discapacidad intelectual

Son las afectaciones que tienen las personas en las facultades para aprender, recordar, comprender y resolver problemas sencillos de la vida cotidiana, por ejemplo personas que aprendan a hablar tarde y tienen dificultades para entender las reglas o normas sociales. ^{5,6}

Acorde al objetivo principal de la población en estudio se tratara sobre la discapacidad intelectual y según los datos de prevalencia en el grupo poblacional en seguimiento se dará enfoque a las discapacidades más frecuentes encontradas. ⁶

Etiología

La etiología de la discapacidad intelectual se entiende de modo multifactorial; el conservarla nos resulta de utilidad para la prevención, para conocer la posible evolución y planificar futuros apoyos y en otros casos, es posible tratar la causa o incidir sobre ella. El enfoque multifactorial de la etiología amplía la lista de factores causales en dos direcciones: tipos de factores y momento de ocurrencia de estos. ¹

Causas de discapacidad intelectual

	BIOMEDICOS	SOCIALES	CONDUCTUALES	EDUCATIVOS
MOMENTOS				
PRENATAL	-Trastornos cromosómicos -Trastornos asociados a un único gen -Síndromes -Trastornos metabólicos. -Digénesis cerebrales. -Enfermedades maternas. -Edad parental	-Pobreza -Malnutrición -Materna -Violencia doméstica. -Falta de acceso a cuidado prenatal	-Consumo de drogas por parte de los padres. -Consumo de alcohol. -Consumo de tabaco. -Inmadurez parental.	-Discapacidad cognitiva sin apoyos, por parte de los padres -Falta de apoyo para la paternidad o maternidad
PERINATAL	-Prematuridad -Lesiones en el momento del nacimiento -Trastornos neonatales	-Falta de cuidado en el momento del nacimiento	-Rechazo por parte de los padres a cuidar al hijo o hija -Abandono del hijo o hija por parte de los padres	-Falta de informes médicos sobre servicios de intervención tras el alta medica
POSNATAL	-Traumatismo -Craneoencefálico -Malnutrición -Meningoencefalitis -Trastornos epilépticos -Trastornos degenerativos	-Falta de adecuada estimulación -Pobreza familiar -Enfermedad crónica en la familia -Institucionalización	-Maltrato y abandono infantil -Violencia domestica -Medidas de seguridad inadecuadas -Deprivación social -Conductas problemáticas del niño o niña	-Deficiencias parentales -Diagnóstico tardío -Inadecuado servicio de intervención temprana -Inadecuado servicios educativos especiales -Inadecuado apoyo familiar.

Clasificación de la discapacidad intelectual

Para clasificar la discapacidad intelectual se puede utilizar diferentes criterios, de manera que las necesidades de los diferentes profesionales puedan ser satisfechas estos sistemas de clasificación pueden basarse, por ejemplo, en las intensidades de apoyo necesario, etiología, niveles de inteligencia medida o niveles de conducta adaptativa evaluada. ^{1,2}

A) Clasificación por intensidades de apoyos necesarios.

La intensidad de apoyos variara en función de las personas, las situaciones y fases de la vida. Se distinguen cuatro tipos de apoyos (ILEG):

- (I) Intermitente: Apoyo cuando sea necesario. El alumno o alumna no siempre requiere de él, pero puede ser necesario de manera recurrente durante periodos más o menos breves. Pueden ser de alta o baja intensidad.
- (L) Limitados: intensidad de apoyos caracterizados por su consistencia a lo largo del tiempo, se ofrecen por un tiempo limitado pero sin naturaleza intermitente (preparación o inicio de una nueva actividad, transición a la escuela, al instituto... en momentos puntuales).
- (E) Extensos: apoyos caracterizados por la implicación regular en al menos algunos ambientes y por su naturaleza no limitada en cuanto a tiempo.
- (G) Generalizados: apoyos caracterizados por su constancia, elevada intensidad y provisión en diferentes ambientes; pueden durar toda la vida. ¹

B) Clasificación según el nivel de inteligencia medida

- Retraso mental ligero: C.I entre 50 y 69.
- Retraso mental moderado: C.I entre 35 y 49
- Retraso mental profundo: menos de 20

Aunque este sistema de clasificación solo se basa en la medición de la capacidad intelectual, es decir, solo contempla una de las dimensiones de la persona, hacemos mención a él, ya que continua siendo una referencia en los ámbitos relacionados con la discapacidad intelectual, aunque si nos basamos en este nuevo enfoque (AAMR), la clasificación de los alumnos o alumnas no es posible, ya que debemos considerarlos de forma independiente y en constante cambio. ¹

Discapacidad intelectual leve

Corporales y motrices

No se suelen diferenciar de sus iguales por los rasgos físicos.

Ligero déficit sensorial y motor. Por lo general no precisan atención especial en estos aspectos.

Autonomía, aspectos personales y sociales autonomía

En general, aunque de forma más lenta, llegan a alcanzar completa autonomía para el cuidado personal y en actividades de la vida diaria.

Se implican de forma efectiva en tareas adecuadas a sus posibilidades.

A menudo, la historia personal supone un cumulo de fracasos, con baja autoestima y posibles actitudes de ansiedad.

Suele darse, en mayor o menor grado, falta de iniciativa y dependencia de la persona adulta para asumir responsabilidades, realizar tareas, el campo de relaciones sociales suele ser restringido y puede darse el sometimiento para ser aceptado en situaciones no controladas puede darse inadaptación emocional y respuestas impulsivas o disruptivas.^{1.15}

Discapacidad intelectual moderada

Corporales y motrices

Ligeros déficits sensoriales y motor

Mayor posibilidad de asociación a síndrome, por lo general no precisan atenciones especiales.

Alcanzan un grado variable de autonomía en el cuidado personal (comida, aseo, control de esfínteres...) y en actividades de la vida diaria.

Pueden darse problemas emocionales y rasgos negativos de personalidad, el escaso autocontrol hace que en situaciones que les resultan adversas pueden generar conflictos

Precisan de la guía de la persona adulta y suele ser necesario trabajar la aceptación de las tareas y su implicación en las mismas

Con frecuencia muestran dificultad para la interiorización de convenciones sociales

El campo de relaciones sociales suele ser muy restringido

Cognitivas

Déficits, a veces importantes, en funciones cognitivas básicas (atención, memoria, tiempo de latencia...)

Por lo general, dificultades para captar su interés por las tareas y para ampliar su repertorio de intereses.

Dificultades para acceder a información de carácter complejo.

Dificultades, en muchos casos, para el acceso a la simbolización.

Posibilidad de aprendizaje que suponga procesamiento secuencial

Posibilidad de aprendizaje concretos y de su generalización a situaciones contextualizadas, para lo que puede precisar la mediación de la persona adulta.¹

Discapacidad intelectual grave

Características corporales

Puede relacionarse con metabopatías y alteraciones pre o perinatales cromosómicas, neurológicas, biológicas, etc.

Motrices

Lentitud en el desarrollo motor que se manifiesta en dificultades para la adquisición de la conciencia progresiva de sí mismo

- Conocimiento de su cuerpo
- Control del propio cuerpo y adquisición de destrezas motrices complejas.
- Control postural y equilibrado corporal en los desplazamientos

Discapacidad intelectual profunda/ pluridiscapacidad

Corporales

- Precario estado de salud
- Importante anomalías a nivel anatómico y fisiológico
- Alteraciones en los sistemas sensoriales, perceptivos, motores, etc.
- Malformaciones diversas
- Enfermedades frecuentes

Motrices

Desarrollo motor desviado fuertemente de la norma ni aparición de secundarios graves dificultades motrices:

- Alteraciones en el tono muscular
- Escasa movilidad voluntaria.
- Conductas involuntarias incontroladas
- Coordinación dinámica general y manual imprecisa
- Equilibrio estático muy alterado
- Dificultad para situarse en el espacio y en el tiempo

Fisiopatología

Discapacidad intelectual

La discapacidad intelectual (DI) hace referencia a una encefalopatía estática de múltiples etiologías que suponen una limitación en la inteligencia y la capacidad adaptativa. Este término es preferido al hasta ahora utilizado de retraso mental.

El termino retraso psicomotor se usa en niños menores de 5 años y dificultades cognitivas,

Porque el coeficiente intelectual (CI) es menos fiable por debajo de esta edad. ^{1.3}

Síndrome de Down (Trisomía 21)

El síndrome de Down (SD) también llamado trisomía 21, es la causa más frecuente de retraso mental identificable de origen genético. Se trata de una anomalía cromosómica que tiene una incidencia de 1 cada 800 nacidos, y que aumenta con la edad materna. En el 95% de casos, el SD se produce por una trisomía del cromosoma 21 debido generalmente a la no disyunción meiótica en el ovulo. Aproximadamente un 4% se debe a una translocación robertsoniana entre el cromosoma 21 y el otro cromosomaacrocentrico que normalmente es el 14 o el 22.

Ocasionalmente puede encontrarse una translocación entre dos cromosomas 21.

Por ultimo un 1% de los pacientes presentan un mosaico, con cariotipo normal y trisomía 21. ^{3.4}

No existe diferencia fenotípica entre los diferentes tipos SD.

Los niños con SD se caracterizan por presentar una gran hipotonía e hiperlaxitudadligamentosa. Fenotípicamente presenta unos rasgos muy característicos, los ojos son almendrados” manos pequeñas y cuadradas con metacarpianos y falanges cortas, el tamaño del pene es algo pequeño y volumen testicular es menor que el de los niños de su edad. ^{3.4}

El SD puede diagnosticarse prenatalmente realizando un estudio citogenética de vellosidades coriónicas de líquido amniótico. El riesgo depende de la edad

materna pero también del cariotipo de los progenitores.

Retraso psicomotor

La noción de retraso psicomotor implica, como diagnóstico provisional, que los logros del desarrollo de un determinado niño durante sus primeros 3 años de vida aparecen con una secuencia lenta para su edad. ⁴

Es el término preferido en los niños menores de 5 años, cuando la evaluación del CI es menos fiable. Ha sido definido por la Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology y la Practice Committee of the Child Neurology Society, como el rendimiento dos desviaciones estándar por debajo de la media para la edad, en pruebas estandarizadas, en al menos dos de los siguientes ítems del desarrollo: motor (grueso/fino), lenguaje, personal-social, adaptativo y cognitivo. ⁴

Las causas de la DI o RPM son múltiples. Identificar la causa de la DI, supone un mejor manejo clínico, un control del riesgo de recurrencia y un conocimiento del pronóstico, las causas genéticas pueden tener implicaciones en gestaciones futuras. ⁴

Tratamiento y prevención

El tratamiento integral de la DI abarca intervenciones médicas, psicológicas, educativas y sociales.

Intervenciones médicas; existen algunas guías para el diagnóstico de los errores innatos del metabolismo (EIM). Las condiciones médicas asociadas pueden justificar estudios adicionales de la función auditiva, visual o metabólica. Los problemas cardiacos asociados a síndromes como el de Down o el de Williams, justifican la intervención específica, cabe señalar que existen algunas guías referidas como la “mejor práctica clínica” para algunos síndromes específicos (Prader- Willi, Williams y Down) no obstante, la condición médica de mayor

impacto la constituyen los problemas de tipo psiquiátricos.^{3,4}

A este respecto se sabe que los niños con DI tienen tres a cuatro veces mayor riesgo de desarrollar psicopatología y de sufrir explotación y abuso físico y sexual con relación a los problemas psiquiátricos asociados, la evaluación clínica puede incluir algunas modificaciones dependiendo de si el paciente tiene habilidades verbales o no. Por ejemplo, la depresión en un paciente sin lenguaje obliga a considerar síntomas más objetivos como la presencia de inhibición psicomotriz, la disminución del apetito y del peso, así como trastornos del sueño. La agresividad en niños sin lenguaje, además de síntomas como el insomnio, la hiperactividad, la hipersexualidad y la irritabilidad, puede orientar hacia la manía, la agresión con hiperventilación y agitación psicomotriz aunada a un estrés ambiental podría indicar ansiedad.^{3,4}

Respecto a la intervención farmacológica en los problemas psiquiátricos asociados, es necesario puntualizar que los fármacos no curan la DI pero representan un gran apoyo, especialmente si su uso se combina con técnicas psicológicas específicas (ej. Modificaciones conductual) cabe señalar que los psicofármacos en niños y adolescentes con DI se recomiendan para el tratamiento de la agresión y la irritabilidad, la hiperactividad, el insomnio y la depresión. Se aconseja “comenzar lentamente y progresar poco a poco” Previo a su utilización se recomienda identificar los factores ambientales que se asocian a las conductas problemáticas, como por ejemplo ambientes restrictivos y la baja estimulación, experiencias de victimización temprana, trauma cerebral, etc.^{3,4}

Aunque el uso de psicotrópicos es frecuente en las personas con DI (18-49%), se sabe muy poco de sus efectos colaterales en esta población, por lo que los pacientes con uso crónico deben tener una monitorización cercana. Los fármacos que la bibliografía recomienda incluyen los antipsicóticos atípicos como agentes que aminoran los síntomas, de automutilación y de agresividad.

Los estabilizadores del ánimo, como el ácido valproico, se indican también en

casos de agresividad. El metilfenidato y la atomoxetina se indican para el control de la hiperactividad y el déficit de atención. La mayoría de los trastornos del sueño en los niños con DI pueden mejorarse con enfoques conductuales que promuevan hábitos de higiene del sueño y reducción de reforzadores negativos (ej. Atención parental inadecuada).^{3,4}

Intervención psicosocial: Una de las metas de este tipo de intervención consiste en la aceptación de esta condición y la advertencia de las dificultades inherentes a la DI, en términos intelectuales y, particularmente, adaptativos.⁴ El desarrollo temprano de habilidades permitirá lograr la inclusión en la comunidad con una mejor calidad de vida, de ahí que el objetivo terapéutico se oriente a la autosuficiencia.

La intervención psicológica incluye a las técnicas de modificación conductual, la terapia de apoyo y otras intervenciones psicológicas como los tratamientos que favorecen la comunicación y el lenguaje. La mayor evidencia científica es provista actualmente por las intervenciones basadas en el modelo de análisis conductual aplicado, el reforzamiento no contingente y la extinción.⁴ Llama la atención que aún bajo la consideración de las limitantes cognitivas en los individuos con DI, cuando se les provee de mayor auto-determinación los problemas conductuales disminuyen.

En el tratamiento de tipo psicológico se recomienda una meta más orientada a la adaptación funcional en la comunidad, con énfasis en el bienestar emocional y la calidad de vida y menos dirigida a un éxito educativo particular.

Programa Todos Con Voz

El gobierno de reconciliación y unidad nacional implementa un modelo de atención integral desde el sistema Nacional de Bienestar Social, Familiar, Comunitario e integrador, que promueve la participación de todas las personas, las familias y las comunidades en su totalidad, para garantizar la restitución de nuestros derechos

independiente de nuestra condición y posición.^{5.6}

Este modelo de restitución de derechos promueve los espacios donde las personas somos dueños y dueñas totales de garantías, libertades y responsabilidades, espacios que nos hacen protagonistas en la construcción de una sociedad más justa, libre y respetuosa de relaciones entre las personas en cada uno de los entornos en donde vivimos. Este modelo de Restitución de Derechos nos entrega la cartilla TODOS CON VOZ, que contiene recomendaciones prácticas desde un enfoque personal, familiar y comunitario para:

- Promover estilos de vida saludable para prevenir la discapacidad
- Fortalecer la inclusión social de las personas con discapacidad en todos los ámbitos en que vivimos
- Ayudar a que las familias aprendan a desarrollar la rehabilitación basada en la comunidad organizada en los consejos de la Familia, la Salud y la Vida

El programa TODOS CON VOS, en su implementación de atención integral tiene la finalidad de incluir en un 100 a los pacientes discapacitados y darle un seguimiento domiciliario así como en las instituciones de salud con 2 consultas anuales a los pacientes no críticos, y 3 consultas anuales a los pacientes críticos, con excepción de eventualidad por las que se podrían programar más visitas o realizar consultas institucionales con el fin de fortalecer la inclusión social, ayudar a las familias a que aprendan a desarrollar la rehabilitación.^{5.6}

MATERIAL Y METODO

Tipo de estudio

El presente estudio es de tipo descriptivo, de corte transversal.

Area de estudio:

se realizo en centro de salud Danelia Muñoz del municipio de San Jorge.

Universo:

Nuestro universo consto de 64 pacientes con los distintos tipos de discapacidad intelectual registrado en el programa TODOS CON VOZ del municipio de San Jorge.

Muestra:

La muestra fue el total del universo

CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

Criterios de inclusión

- Personas con discapacidad intelectual originarias del municipio de San Jorge
- Personas con discapacidad intelectual registradas en el programa TODOS CON VOZ

Criterios de Exclusión

- Personas con discapacidad intelectual con cambio de domicilio
- Personas con discapacidad intelectual fallecidas durante el periodo de estudio
- Personas con discapacidad intelectual no registradas en programa TODOS CON VOZ

DISEÑO METODOLOGICO

Método de recolección de datos

El método utilizado será la encuesta al paciente si se encuentra en facultades para contestarla, sino al padre o tutor. Todos los pacientes independientemente de la edad serán entrevistados en presencia del tutor.

Fuentes de obtención de la información

Secundaria: porque a cada paciente o tutor se le realizo una anamnesis dirigida a su patología de base.

Análisis estadístico

Se realizará los procesamientos de datos y análisis estadísticos utilizando SPSS, para la realización de gráficos y tablas cuyos resultados son dados en porcentajes.

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Variables	Definición	Escala
Edad	Años de pacientes cumplidos y registrados	<ul style="list-style-type: none"> • 4-10 • 11-20 • 21-30 • 31-40 • 41-50 • 51-60 • 61-68
Sexo	Genero del paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino
Religión	Practicas humanas de creencias existenciales, morales y sobrenaturales	<ol style="list-style-type: none"> 1. Católica 2. Evangélica 3. Testigos de jehová
Procedencia	Lugar de origen y residencia del paciente	<ol style="list-style-type: none"> 1. Urbano 2. rural
Nivel socioeconómico	Medida total económica y sociológica combinada de la preparación laboral de una persona y de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estrato alto 2. Estrato medio 3. Estrato pobre
Etiología	Estudio sobre las causas de las cosas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pre-natal 2. Peri-natal 3. Post-natal 4. Idiopática
Factores de riesgos	Cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión	<ol style="list-style-type: none"> 1. Edad 2. Enfermedades durante el embarazo 3. Hábitos tóxicos
Factores predisponentes	Cualquier factor condicionante que influye tanto en el tipo como en la cantidad de recursos que un individuo puede recurrir para enfrentarse al estrés. Puede ser de naturaleza biológica, psicológica o sociocultural	<ol style="list-style-type: none"> 1. Genéticos 2. Ambientales

Fisiopatología	Parte de la biología que estudia el funcionamiento de un organismo o de un tejido durante el curso de una enfermedad	Función
Clínica	Basado en la integración e interpretación de los síntomas y otros datos aportados por la anamnesis durante la entrevista clínica con el paciente, los signos de la exploración física y la ayuda de exploraciones complementarias de laboratorio y de pruebas de imagen	Síntomas Signos
Educación	Formación destinada a desarrollar la capacidad intelectual, moral y afectiva de las personas de acuerdo con la cultura y las normas de convivencia de la sociedad a la que pertenece	1. Escolaridad 2. Accesibilidad educativa 3. Cobertura educacional
Ocupación e ingreso	Actividad o trabajo Cantidad de dinero ganada o recaudada	1. Ocupación 2. Ingreso 3. Ocupación del jefe de familia 4. Profesional 5. Empleado 6. Obrero 7. Trabajador individual 8. Empleada domestica 9. Trabajador ocasional 10. Dueña de casa
ingreso familiar	ingreso familiar: personas que aportan ingreso al hogar	1. padre 2. madre 3. madre y padre 4. otros

RESULTADOS DEL ESTUDIO

Se realizó un estudio para evaluar el nivel de **Discapacidad Intelectual** en personas ingresadas al programa **Todos con Voz**, que asisten al puesto de salud primario del municipio de San Jorge, Rivas, en el II semestre 2015.

Encontrando los siguientes resultados:

El grupo etario predominante fue entre las edades de 20 a 29 años con 27.9%, de 10 a 19 años con 26.2%, de 40 a 49 años con 16.4%, de 30 a 39 años con un 13.1%, de 50 a 59 6.6%, y las personas mayores de 60 años representaron el 4.9%.

Con respecto al sexo fue: masculino 54.1% y femenino 45.9%.

Según el estudio realizado en el Municipio de San Jorge, dio como resultado: severa con un 42.6%, moderada con 34.4% y leve en un 23%.

Al evaluar el grado de dependencia de los pacientes con discapacidad intelectual se encontró que 42.6% son dependientes, 34.4% semindependiente y 23% independientes.

El 68.9% de los pacientes en estudio no tienen ningún nivel de escolaridad, 19.6% cumplió pre escolar y 11.5% aprobó primaria.

Con respecto a la edad de la madre en el embarazo, el 47.5% corresponden entre edades de 13 a 19 años, un 41% con edad de 35 años a mas, un 11.5% con edad de 20 a 35 años.

En relación con la presencia de patología durante el embarazo se obtuvo que un 52.5% de las madres no sabe, un 24.6% manifestó que si presento patologías, y el 23% no refirió ninguna.

La vía de nacimiento de los pacientes con discapacidad: 63.9% fue vaginal y cesárea 36.1%.

Con respecto a las alteraciones en el nacimiento, se evidenció que el 42.6% no sabe si ocurrió o no algún evento, 27.9% presentó asfixia, 19.7% no lloró al nacer, 8.2% presentó alteración en el color de la piel, y un 1.6% presentó trauma al nacer.

Al evaluar el grado de aprendizaje de los pacientes se constató que el 59% no memoriza y 41% memoriza.

Según al grado de adaptación se evidenció que el 62.3% no se relaciona con las personas de su entorno, y un 37.7% logra hacerlo.

En base a la vivienda de los pacientes en estudio se observó que el 63.9% de los pacientes habita en casas de teja, tierra y tabla, un 23% en casas de zinc, embaldosado y tabla, y el 13.1% en casa de zinc, cerámica y concreto.

ANALISIS y DISCUSION

Este estudio trata de identificar el nivel de discapacidad intelectual en personas captadas en el programa TODOS CON VOZ, que asisten al puesto de salud primario del municipio de San Jorge, Rivas, cumpliendo con los criterios establecidos en la normativa MINSA y factores predisponentes.

El programa TODOS CON VOZ es un programa de atención para los pacientes con algún tipo de Discapacidad, impulsado por el Ministerio de Salud que tiene como objetivo; la restitución de derechos a las personas con discapacidad, en el marco de la solidaridad, la complementariedad y búsqueda del bien común.

Entre las funciones de este programa tenemos:

- ✓ Revisar el censo de personas con alguna discapacidad para incorporarlos y así atender su salud.
- ✓ Realizar visitas casa a casa, encuentros con las familias, con personas con discapacidad para intercambiar experiencias y puedan mejorar la calidad de vida de este sector.
- ✓ orientar a las personas con discapacidad, a las familias y a la comunidad en cuanto a su movilización, alimentación y a las actividades cotidianas en el hogar y en la comunidad; para lograr la inclusión de la persona con discapacidad a la sociedad.

En el municipio de San Jorge el grupo etario más afectado fue entre 20 y 29 años con 27.9%, esto difiere en el estudio realizado en el año 2012 en el Municipio de Belén, en Pueblo Nuevo por el Dr. **Dinarte**, en el cual el rango de edad más afectado fue el de 31 a 40 años lo cual puede explicarse por el tamaño de la muestra, ya que en este estudio es tres veces mayor que en el anterior.

Definición discapacidad intelectual: Son las afectaciones que alteran la mente y que limitan la adaptación al entorno relacionarse con otras personas.

La discapacidad intelectual se presenta en las personas antes de los 18 años, y se manifiesta como algunas limitaciones para funcionar en la vida ordinaria de todo ser humanos, entre estas limitaciones tenemos:

- ✓ Les cuesta más aprender habilidades sociales e intelectuales para actuar en diferentes situaciones de la vida cotidiana.
- ✓ A las personas con discapacidad intelectual les cuesta más que a los demás aprender, comprender y comunicarse.
- ✓ Una persona con una discapacidad intelectual tendrá problemas para aprender y funcionar en la vida cotidiana. Esta persona podría tener 10 años, pero tal vez no hable o no escriba tan bien como un niño típico de 10 años. También suele ser más lenta para aprender otras habilidades, como vestirse o estar entre otras personas.

Clasificación de la discapacidad intelectual:

- ✓ **Severa**
- ✓ **Moderada**
- ✓ **Leve**

Según la clasificación de la discapacidad intelectual en el estudio realizado se determinó:

Severa con un 42.6%.

Moderada con 34.4% y

Leve en un 23%.

Resultados que difieren del estudio el cual se realizó en el año 2012 en el Municipio de Belén, en Pueblo Nuevo por el Dr. **Dinarte**, donde la discapacidad severa solo abarco el 10% de la muestra y 40% leve y moderada respectivamente.

Según estos datos se puede determinar que la Discapacidad Intelectual severa con un indicador de 42.6% se considera una cifra alta del total de la muestra.

En relación a la bibliografía consultada, haciendo énfasis en las características corporales y motrices así como cognitivas podemos afirmar que estos pacientes sufren metabolopatías y alteraciones pre o perinatales cromosómicas, lentitud en el desarrollo motor, y dificultad de aprendizaje y memorización.

Dentro de las aprobaciones logradas en 1994 en la Declaración de Salamanca en la Conferencia Mundial sobre Necesidades Educativas Especiales, organizada por el gobierno español y la UNESCO que proclamaba, entre otros puntos que, los niños con necesidades educativas especiales deben tener acceso a las escuelas ordinarias, logramos identificar eso es una realidad lejos de alcanzar por los resultados obtenidos ya que 68.9% de los pacientes no tienen ningún nivel de escolaridad.

Según los resultados del estudio realizado se obtuvo que 52.5% de las madres encuestada no sabe si durante la gestación presentó algún tipo de patología que pudiera asociarse a la condición actual del paciente, lo que se puede relacionar a la literatura ya que se conoce que la etiología de la discapacidad es multifactorial y la combinación de los diversos factores etiológicos condiciona la gran variedad de manifestaciones clínicas, y que en la mayoría de los casos no se puede determinar una etiología clara a pesar de haberlos sometidos a complejas evaluaciones.

Haciendo énfasis al grado de adaptación se evidenció que solamente el 37.7% logra relacionarse en el entorno que les rodea incluyendo las relaciones interpersonales, lo cual pone en evidencia que no se logra aun la aplicación de la **Ley No 763, LEY DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD**, que fue promulgada por el gobierno en el año 2011, donde se establece la garantía para la promoción, protección e igualdad en derechos humanos de las personas con discapacidad con el fin de equiparar sus oportunidades de inclusión y mejorar nivel de vida, lo cual en su mayoría es responsabilidad de la sociedad que no hace el esfuerzo debido para llevar a cabo este objetivo. Por lo cual a través del programa TODOS CON VOZ se pretende

esta cifra de integración a la sociedad pueda ser más elevada en algunos años.

En base a la vivienda de los pacientes en estudio se observó que el 63.9% de los pacientes habita en casas de teja, tierra y tabla, condiciones de vida no aptas para personas con discapacidad, lo cual lo relacionamos a la literatura consultada donde se nos expone que la prevalencia de la discapacidad leve guarda una relación inversa con el nivel socio económico, mientras que la discapacidad de grado moderado o grave aparece con la misma frecuencia en todos los grupos.

En el estudio el grupo etario predominante fue de 20 a 29 años lo cual no se relaciona con el estudio realizado en Cuba en 2003, donde predominó el grupo etario de los 60 años, ambos coinciden en que la mayoría la conformo el sexo masculino y que las condiciones de vivienda no son viables para su bienestar y desarrollo.

El estudio tiene cifras aproximadas al realizado en Nicaragua por las brigadas Todos con Voz entre octubre 2009 y octubre 2010 con respecto a eventos perinatales, sin embargo no concuerdan en grupo etario ya que el predominante fue el menor a 15 años, así como la discapacidad moderada el más frecuente, en el estudio que realizamos la discapacidad severa predominó notoriamente, tampoco se corresponde en las condiciones de vida ya que en este estudio realizado en 2009-2010 un mínimo porcentaje se encontraba en situación crítica, en el estudio realizado actualmente la mayoría de los pacientes estudiados no tienen condiciones de vida favorables.

CONCLUSIONES

Como resultado de la investigación sobre los niveles de Discapacidad Intelectual en los pacientes ingresados al programa Todos con Voz, en el Municipio de San Jorge, es posible concluir que existe una relación entre los altos niveles pobreza y el desarrollo posicional de los pacientes, profundizando en los niveles de educación y desarrollo social, tanto del paciente como de sus familiares.

En este estudio se logró corroborar que estos pacientes son en su mayoría dependientes de sus padres o algún familiar 42.6% de los casos, un porcentaje menor de 34.4% son semindependiente y un mínimo 23% independientes. Lo que nos indica que apenas el 23% de estos pacientes son independientes, y son los que logran desarrollar un poco su vida de manera casi normal, sin embargo en 77% de los pacientes dependen de otras personas para desenvolverse en su entorno y mayormente generar alguna actividad laboral para su propio sostén, lo que repercute directamente en los niveles de escolaridad y de pobreza. Es decir El 68.9% de los pacientes en estudio no tienen ningún nivel de escolaridad, 19.6% cumplió pre escolar y 11.5% aprobó primaria.

El grado de discapacidad en su mayoría es severo, seguido de moderada y en una mínima parte leve, en el análisis social que realizo se comprueba que los familiares no están capacitados para apoyar en el buen desarrollo de estas personas, generalmente no reciben apoyo de ninguna organización, hasta ahora que se pretende implementar precisamente este modelo de atención Familiar y Comunitario que trata precisamente de llevarle atención directa a las familias en sus propios territorios, organizar a la comunidad para que también ellos sean parte del entorno y participen en todas las acciones que el Ministerio de Salud desarrollo en pro de mejorar la calidad de vida de los pacientes con Discapacidad, y prepararlos que ellos sean las más independientes posible en todos los aspectos.

Nosotros que participamos en este grupo consideramos que es necesario desarrollar y ejecutar programas de capacitación y sensibilización tanto a los

familiares como a la comunidad para que ellos comprendan que la discapacidad no es una enfermedad, es el resultado de la relación entre las personas y el ambiente que impide hacer las actividades cotidianas.

La discapacidad está relacionada con las barreras físicas y culturales existentes en la sociedad, que nos limita a participar en actividades al igual que las demás personas.

Darle a conocer a las personas que existe una Ley que garantiza la promoción, protección y aseguramiento del pleno goce y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos de las personas con discapacidad, ya que ni los familiares mucho menos las personas que padecen este tipo de Discapacidad conoce estos derechos.

Así mismo hacer conciencia en las Instituciones del sector Público en el ámbito de su competencia y en lo concerniente a las responsabilidades de acción creadas por la misma dentro del marco general de políticas públicas dirigidas a las personas con discapacidad.

Del mismo modo, esta ley es de aplicación al sector privado y la sociedad en su conjunto en lo *referente a la cultura de respeto íntegro a los derechos humanos* de las personas con discapacidad.

Es importante reconocer que como comunidad todos somos tenemos un grado de responsabilidad en el entorno en que se desenvuelven estas personas y podemos aportar a un mejor nivel de vida de ellos.

Esto debe iniciar desde el embarazo, etapa en que se debe lograr detectar cualquier anomalía en el mismo que este indique hay presencia de una discapacidad en el bebé, ya que en la mayor parte de los casos las madres no tenían conocimiento de patologías ocurridas durante el mismo.

Con respecto a calidad de vida según lo observado se concluye que la mayor parte de pacientes viven en pobreza y en condiciones que no aportan a su

bienestar y avance en salud.

Por lo tanto debe ser de interés público la creación e implementación de estrategias y políticas del Estado y todas sus instituciones en pro del desarrollo integral de las personas con discapacidad en iguales condiciones de oportunidad que el resto de la sociedad y su aplicación inclusiva en todo el país. Garantizando el cumplimiento de sus derechos y oportunidades todo el fin de mejorar la calidad de vida de las personas con Discapacidad intelectual.

RECOMENDACIONES

SILIAS

1. Formación de recursos en la especialidad de Genética Clínica o Médica para la fluidez continua y oportuna de personas al nivel primario atendiendo a todos los embarazos en riesgo.
2. Proponer la creación de Centro Nacional de Genética en el país y la creación de Centros de Laboratorio Citogenéticas por regiones del país que faciliten el diagnóstico de discapacidades intelectuales
3. Extender este tipo de estudio a los demás Municipios para poder identificar la problemática propia de cada uno de ellos.
4. A Nivel Secundario ya que en el Departamento de Rivas, en el Hospital de referencia Departamental Gaspar García Laviana es donde se atienden los partos del Municipio de San Jorge, es necesario realizar procesos de monitoreo continua para vigilar el estricto cumplimiento de los estándares de calidad de la atención del parto, brindando también educación continua al personal nuevo así como personal con experiencia que cubre la vía del parto desde su entrada a emergencia hasta la atención del mismo en Labor y Parto.

Municipio

1. Desarrollar campañas educativas sobre importancia de control prenatal, factores de riesgo, signos de peligro.
2. Fortalecer la comunicación con las unidades de salud sobre embarazadas con alto riesgo.

Centro de Salud

1. Nivel Primario se hace necesario realizar un proceso de capacitación continua al personal médico, de enfermería y comunitario (brigadistas,

parteras, col-vol, etc.) que da cobertura a la población en factores de riesgo (Talla, edad, peso, enfermedades asociadas etc.) para su identificación oportuna y referencia inmediata para valoración por personal con mayor capacitación.

2. Garantizar a través del Programa Ampliado de Inmunizaciones, la vacunación de las mujeres en edades fértiles contra enfermedades causantes de estados que puedan provocar discapacidad intelectual Ej.: Rubeola.
3. En una primera instancia y de manera continua se debe realizar actualización del censo de Personas con Discapacidades, brindando gran atención al diagnóstico Prenatal y Postnatal con la finalidad de eliminar el subregistro existente.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Dossier Informativo. Curso 2017. Dirección General de Innovación. Servicio de Planes y programas educativos. Junta de Andalucía.
2. Alzate Gómez, Beatriz. La capacidad en inclusión de las instituciones educativas, en las que se implementa el proyecto Caldas Camina hacia la inclusión. Universidad de Manizales. Facultad de Ciencias Sociales y Humanas. Maestría en educación desde la universidad. 2011.
3. Artigas López, Mercé. Unidad de Neurología Pediátrica, Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona Síndrome de Down (Trisomía 21). Protocolos Diagnostico Terapéuticos de la Asociación Española de pediatría: Neurología Pediátrica. Cap. 6. Pag. 37-43, 2008.
4. Narbona, Juan. Schlumberger, Émilie. Unidad de Neurología Pediátrica, Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona. Retraso Psicomotor. Protocolos Diagnostico Terapéuticos de la Asociación Española de pediatría: Neurología Pediátrica. Cap. 21. Pag.151-157. 2008.
5. Cartilla Programa Todos con Voz. Ministerio del Poder Ciudadano para la Salud. Managua, Nicaragua, 2016.
6. Colectivo de Autores. Estudio psicosocial, psicopedagógico, social y clínico genético de las personas con discapacidad en Nicaragua .2010
7. Colectivo de autores. Por la Vida. 2da ed. Ciudad Habana: Casa Editorial Abril; 2003.
8. American Asociación on Mental Retardation: Mental Retardation. Definition.
9. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR-APA. Washinton,2000.
10. Neil K Kaneshiro, MD, MHA. Discapacidad Intelectual. Medline Plus. 05/01/2011. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/artidel/001523.htm>.
11. Colectivo de autores. Retraso Mental. Colección Pediatría vol.1 Editorial Pueblo y Educacion. Ciudad de la Habana 1996.
12. Ministerio de Salud, Colectivo de Autores. Clasificacion Internacional del Funcionamiento, de la discapacidad y de la salud. 1ra Ed. Managua 2006.
13. Vallejo Reilaba, J, Introducción a la Psicopatología y Psiquiatría, Tercera edición. Barcelona, Salvat, 1991.

14. Shonkoff J. P. Retraso Mental en: Behrman, Kliegman y Arvis. Nelson Tratado de Pediatría vol. 1 15ta Edición. C de la Habana. Editorial Ciencias Médicas: 1998
15. Lantigua Cruz A. Aspectos Prácticos del Asesoramiento Genético. Conferencias de XII Maestría de Asesoramiento Genético. Ciudad de la Habana CNGM. 2011.
16. Martínez de Santelices Cuervo Alicia. Bases Teóricas del Asesoramiento Genético. Conferencias de XLL Maestría de Asesoramiento Genético. Ciudad de la Habana. CNGM. 2011
17. Colectivo de autores. Caracterización etiológica de la discapacidad intelectual en la Republica el Ecuador. Revista Cubana de Genética Comunitaria 2011. La Habana <http://bvs.sld.cu/revistas/rcgc/v5n2-2/rcgc030111.html>.
18. Lardoeyt Ferrer, Roberto. Estudio psicopedagógico, social y clínico genético de la discapacidad en países del ALBA. Revista Cubana de Genética Comunitaria. 2011. La Habana. <http://bvs.sld.cu/revistas/rcgc/v5n2-2/rcgc010111.html>.
19. Dinarte Jarquín Ernesto "Identificar el nivel de discapacidad intelectual en personas captadas en el programa Todos con Voz, que asisten al puesto de salud de la comarca de Pueblo Nuevo, Municipio Belén. Rivas, II Semestre 2012.

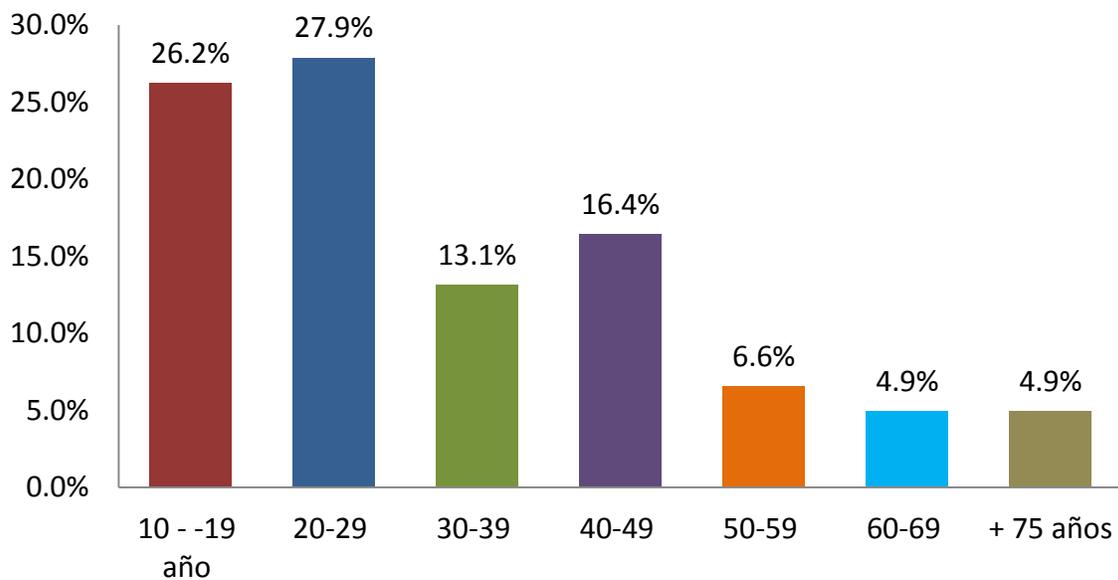
Anexos

Tabla 1. Distribución por edades de los pacientes con discapacidad intelectual. Programa todos con voz. Municipio de San Jorge 2015.

Edades/años	Frecuencia	Porcentaje
10-19 años	16	26.2
20-29 años	17	27.9
30-39 años	8	13.1
40-49 años	10	16.4
50-59 años	4	6.6
60-69 años	3	4.9
+ 75 años	3	4.9
Total	61	100

Fuente: Secundario

Gráfico 1. Distribución por edades de los pacientes con discapacidad intelectual ingresados al programa todos con voz del municipio de San Jorge 2015.



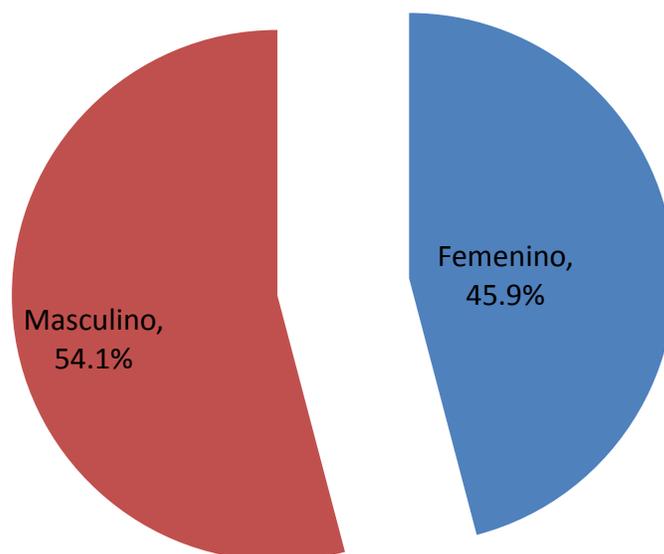
Fuente: Tabla 1.

Tabla 2. . Distribución por sexo de los pacientes con discapacidad intelectual. Programa todos con voz. Municipio de San Jorge, 2015.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	28	46
Masculino	33	54
Total	61	100

Fuente. Secundaria

Grafico 2. Distribución por sexo de los pacientes con discapacidad intelectual ingresados en el programa todos con voz del municipio de San Jorge 2015.



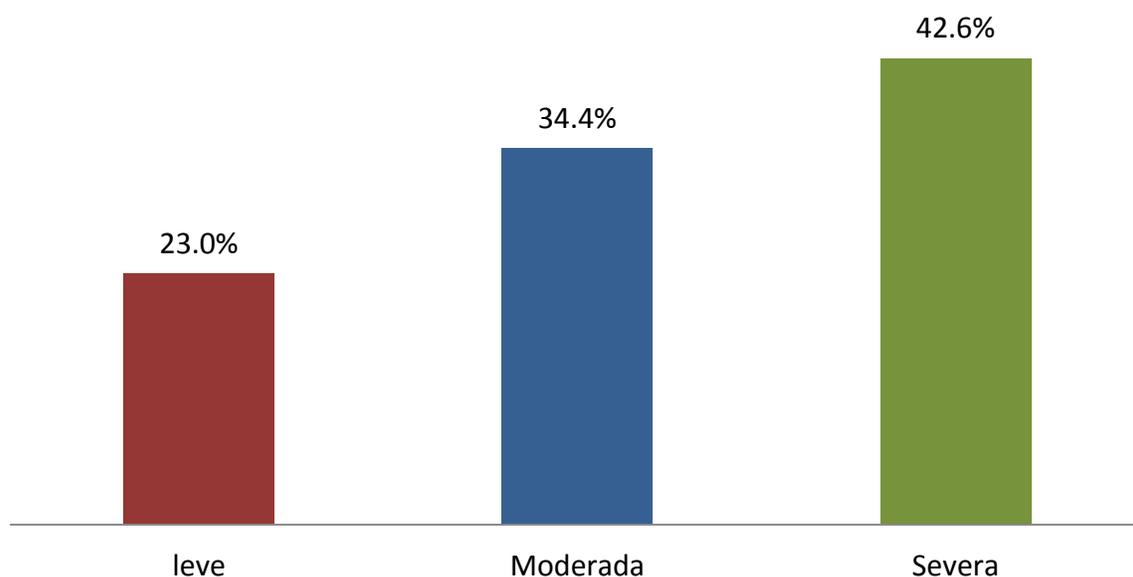
Fuente: Tabla 2.

Tabla3. Distribución por severidad de la discapacidad intelectual de los pacientes. Programa todos con voz. Municipio de San Jorge 2015.

Severidad	Frecuencia	Porcentaje
Leve	14	23
Moderada	21	34.4
Severa	26	42.6
Total	61	100

Fuente: Secundaria

Grafico 3. Distribucion por severidad de la discapacidad intelectual ingresados al programa todos con voz del municipio de San Jorge 2015.



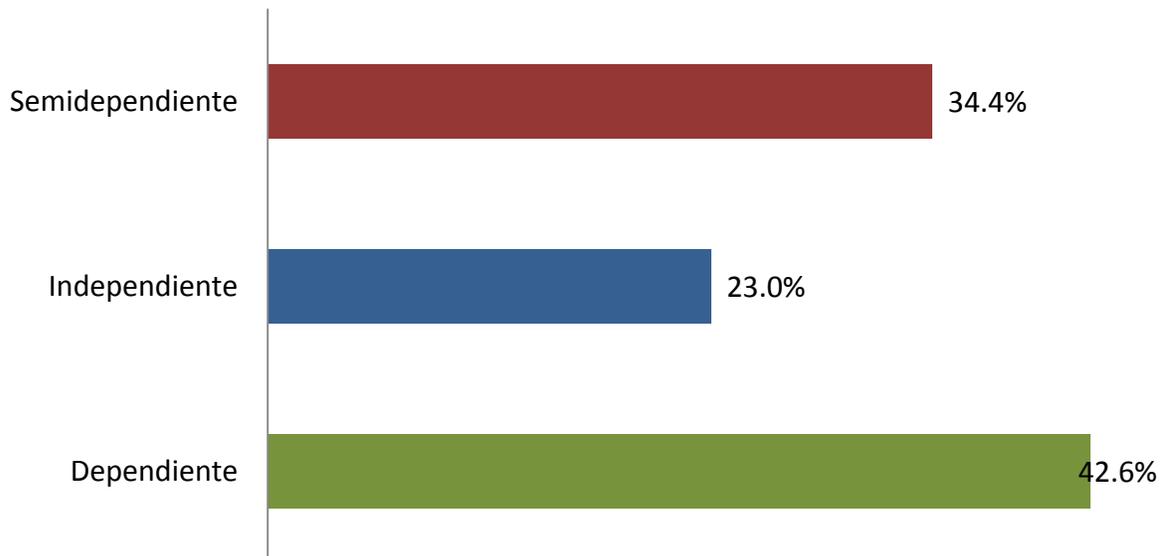
Fuente: Tabla No 3

Tabla 4. Distribución por grado de dependencia de la discapacidad intelectual de los pacientes ingresados al programa todos con voz del municipio de San Jorge 2015.

Grado de Dependencia	Frecuencia	Porcentaje
Dependiente	26	42.6
Independiente	14	23
Semidependiente	21	34.4
Total	61	100

Fuente: Secundaria

Grafico 4. Distribución por grado de dependencia de la discapacidad intelectual de los pacientes ingresados al programa todos con voz del municipio de San Jorge 2015.



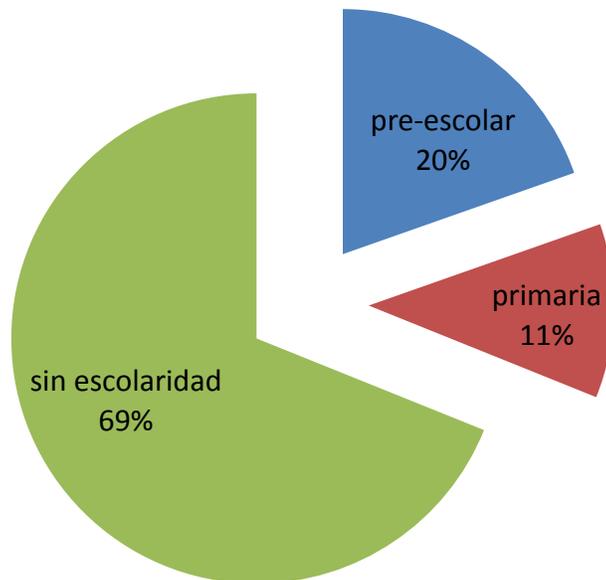
Fuente: Tabla No 4

Tabla 5. Distribución de escolaridad de la discapacidad intelectual de los pacientes ingresados al programa todos con voz del municipio de San Jorge 2015.

Rótulos de fila	Cuenta de Escolaridad	Porcentaje
Pre-escolar	12	19.6
Primaria	7	11.5
Sin escolaridad	42	68.9
Total	61	100

Fuente: Secundaria

Grafico 5. Distribución de la escolaridad de la discapacidad intelectual de los pacientes ingresados al programa todos con voz en el municipio de San Jorge 2015.



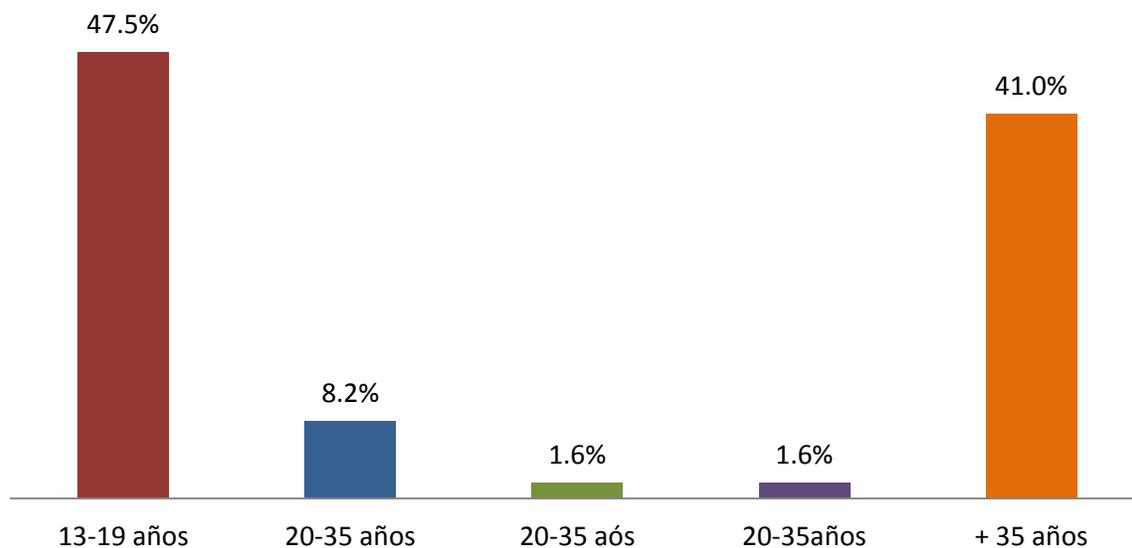
Fuente: Tabla No 5

Tabla 6. Distribución por edad materna de la discapacidad intelectual de los pacientes ingresados al programa todos con voz del municipio de San Jorge 2015

Edad materna	Frecuencia	Porcentaje
13-19 años	29	47.5
20-35 años	5	8.2
20-35 años	1	1.6
20-35 años	1	1.6
+ 35 años	25	41
Total	61	100

Fuente: Secundaria

Grafico 6. Distribución por edad materna de la discapacidad intelectual de los pacientes ingresados al programa todos con voz del municipio de San Jorge 2015



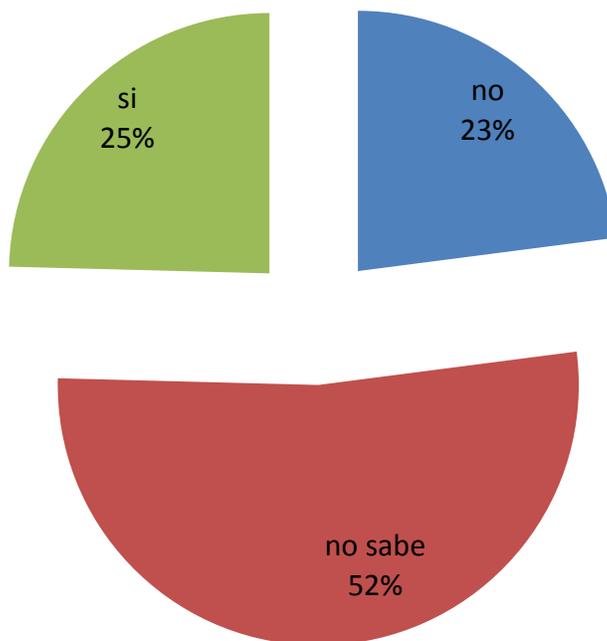
Fuente: Tabla No 6

Tabla 7. Distribución de patologías en el nacimiento de los pacientes con discapacidad intelectual ingresados al programa todos con voz del municipio de San Jorge 2015.

Patología en el embarazo	Frecuencia	Porcentaje
No	14	23
No sabe	32	52.5
Si	15	24.6
Total	61	100

Fuente: Secundaria

Grafico 7. Distribución de las patologías en el nacimiento de los pacientes con discapacidad intelectual ingresados en el programa todos con voz en el municipio de San Jorge 2015.



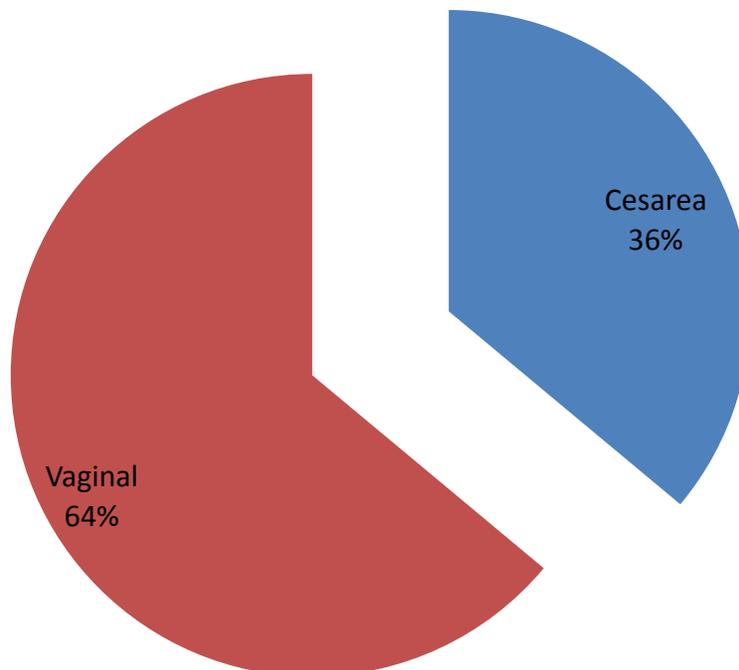
Fuente: Tabla No 7

Tabla 8. Distribución vía de nacimiento de los pacientes con discapacidad intelectual ingresados al programa todos con voz del municipio de San Jorge 2015.

Vía de nacimiento	Frecuencia	Porcentaje
Cesárea	22	36.1
Vaginal	39	63.9
Total	61	100

Fuente: Secundaria

Grafica 8. Distribución vía de nacimiento de los pacientes con discapacidad intelectual ingresados al programa todos con voz del municipio de San Jorge 2015.



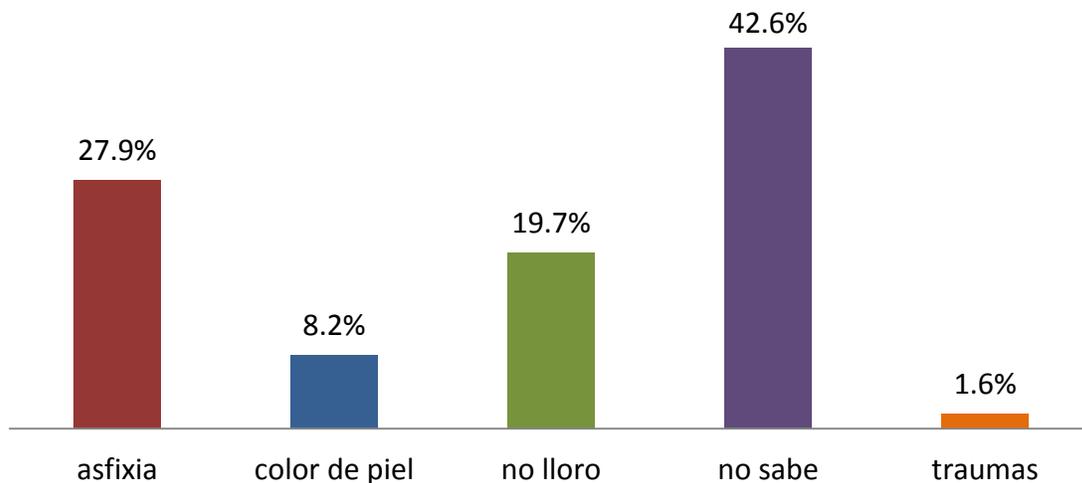
Fuente: Tabla No 8

Tabla 9. Distribución por alteraciones en el nacimiento de los pacientes con discapacidad intelectual ingresados al programa todos con voz del municipio de San Jorge 2015.

Alteraciones en el nacimiento	Frecuencia	Porcentaje
Asfixia	17	27.9
Color de piel	5	8.2
No lloro	12	19.7
No sabe	26	42.6
Traumas	1	1.6
Total	61	100

Fuente: Secundaria

Grafico 9. Distribución por alteración en el nacimiento de los pacientes con discapacidad intelectual ingresados al programa todos con voz en el municipio de San Jorge 2015.



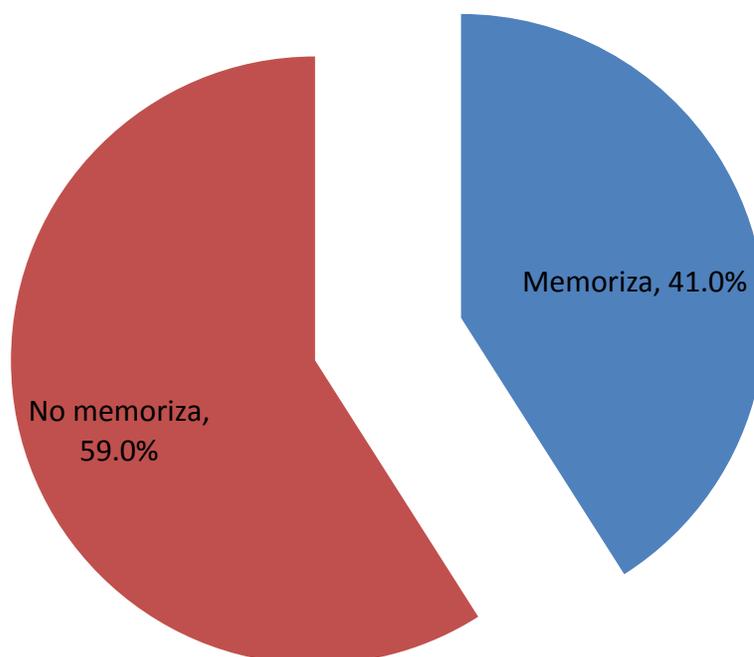
Fuente: Tabla No 9

Tabla 10. Distribución por grado de aprendizaje de la discapacidad intelectual de los pacientes ingresados al programa todos con voz del municipio de San Jorge 2015.

Aprendizaje	Frecuencia	Porcentaje
Memoriza	25	41
No memoriza	36	59
Total	61	100

Fuente: Secundaria

Grafico 10. Distribución por grado de aprendizaje de la discapacidad intelectual de los pacientes ingresados al programa todos con vos del municipio de San Jorge 2015.



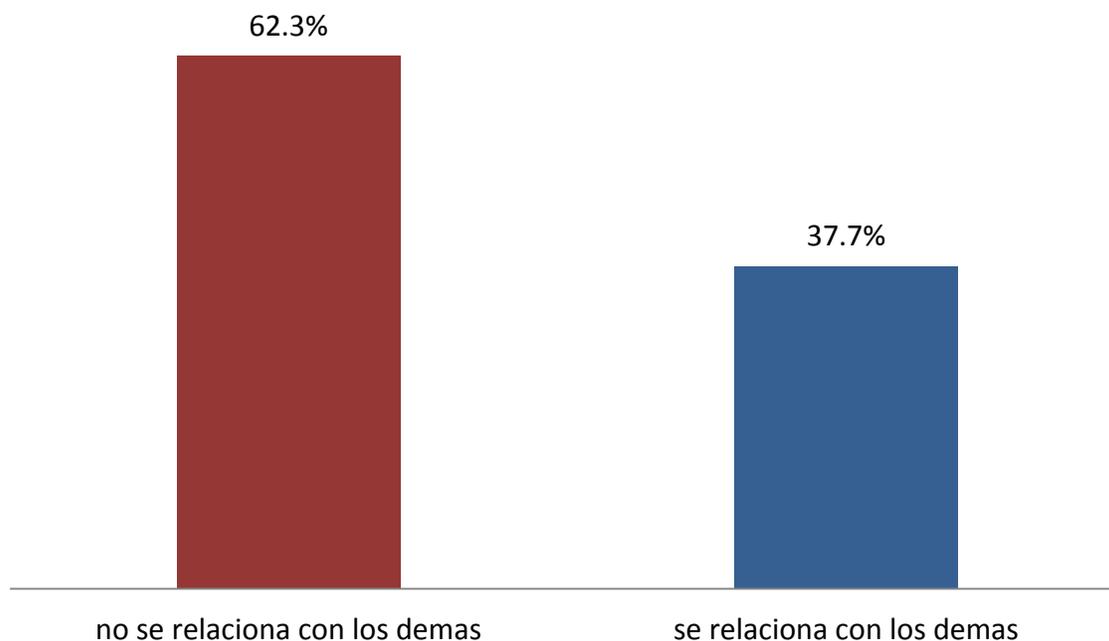
Fuente: Tabla No 10

Tabla 11. Distribución del grado de adaptación de los pacientes con discapacidad intelectual ingresados al programa todos con voz del municipio de San Jorge 2015.

Adaptación	Frecuencia	Porcentaje
No se relaciona con los demás	38	62.3
Se relaciona con los demás	23	37.7
Total	61	100

Fuente: Secundaria

Grafico 11. Distribución del grado de adaptación de los pacientes con discapacidad intelectual ingresados al programa todos con voz del municipio de San Jorge 2015.



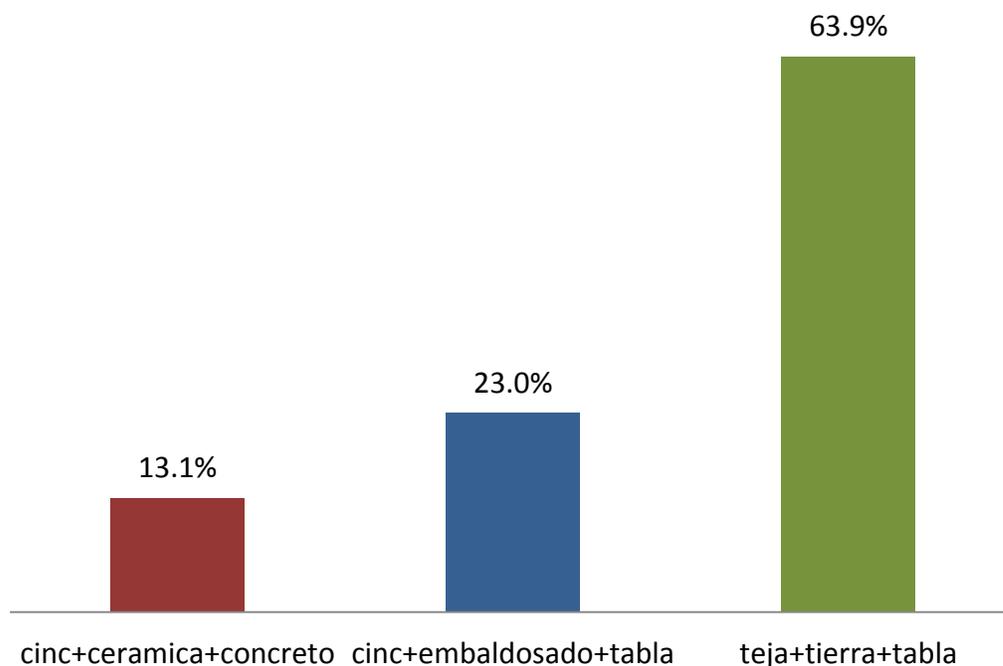
Fuente: Tabla No 11

Tabla 12. Distribución según el tipo de techo y piso de los hogares de pacientes con discapacidad intelectual ingresados al programa todos con voz del municipio de San Jorge 2015.

Techo y piso de la vivienda	Frecuencia	Porcentaje
Zinc + Ceramica + Concreto	8	13.1
Zinc + Embaldosado + Tabla	14	23
Teja + Tierra + Tabla	39	63.9
Total	61	100

Fuente: Secundaria

Grafica 12. Distribucion según el tipo de techo y piso de los hogares de pacientes ingresados al programa todos con voz del municipio de San Jorge 2015



Fuente: Tabla No 12

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Quien suscribe, _____, de nacionalidad _____, mayor de edad, Cedula de Identidad y/o de Pasaporte número _____, por medio de la presente hago constar que conozco se desarrolla el "Estudio Biopsicosocial de personas con discapacidad" en la **República de Nicaragua**, en el Municipio _____, del Departamento _____, esta investigación tiene el propósito de conocer las características de las personas con discapacidad.

Se me ha informado también que mi participación puede contribuir al mejor estudio y conocimiento de los factores que originan tal discapacidad y que los resultados de esta investigación serán utilizados para el bien de nuestra sociedad.

Hago constar que conozco también que los datos que ofrezca y los resultados de los estudios, solo serán conocidos por los investigadores, y no podrán ser revelados sin mi autorización, ni usados en otras investigaciones no relacionadas con la presente.

De igual manera, autorizo se realice contacto médico y se preste la debida atención médica mía o a mi familiar, si fuera necesario durante el curso de la investigación.

Expreso mi disposición a participar en esta investigación, aportando todos los datos que me sean solicitados, permitiendo que se realice mi examen físico completo o de la persona que soy tutor(a).

Y para que así conste, firmo el presente documento

Firma de la persona con discapacidad _____

Padre, Representante, Responsable o Tutor (en caso de menores de edad o personas con discapacidad intelectual) de:

Nombres y Apellidos: _____

Firma _____

Médico: _____

Firma: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA OBTENCIÓN DE FOTOS.

Quien suscribe: _____,
de nacionalidad _____, mayor de edad, cédula de identidad y/o de pasaporte número _____, se me ha explicado la necesidad de tomar fotos para facilitar la investigación clínica-genética a personas con discapacidad que se desarrolla en el Municipio _____, Departamento _____.
Conozco que estas fotos sólo serán de interés científico, y no se utilizarán con fines privados, ni serán publicadas.
Y para que así conste, firmo el presente documento

Firma _____

Fecha _____

(En caso de ser el padre, representante, responsable o tutor de los menores de edad con discapacidad mayor y de las personas con discapacidad intelectual)

Nombres y apellidos: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Médico: _____ Firma: _____

8. Fecha de nacimiento: / / 9. Edad:
 10. Cédula de Identidad o Partida de nacimiento: No Tiene
 Nicaragüense Extranjera

11. Sexo: Femenino Masculino

12. Pertenece a un etnia o comunidad Indígena Si No

Si la respuesta es Si, indique cual:

13. Pertenece a grupo afrocaribeño: Si No

14. Color de piel:

Blanco Negro Mestizo o mulato Amarillo Cobrizo

V.- HABILIDADES FUNCIONALES POR AREA DE DESARROLLO

41. Área Cognoscitiva:

	SI	NO		SI	NO
Memoriza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Comprende órdenes sencillas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Realiza juicios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Comprende órdenes complejas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Realiza razonamientos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			

42. Área de la Comunicación:

	SI	NO		SI	NO
Lenguaje verbal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Lenguaje gestual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

47. Área de la Conducta y la Socialización

	SI	NO		SI	NO
Receptivo al afecto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Agresivo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se relaciona con la familia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Autoagresivo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se relaciona con los vecinos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Automutilación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

48. Área de Autonomía Personal

Alimentación: Independiente Requiere ayuda Dependiente
Aseo personal: Independiente Requiere ayuda Dependiente
Vestirse: Independiente Requiere ayuda Dependiente

49. Control de esfínteres

Tiene control de esfínteres: Si No

50. En caso de marcar No:

(Por observación y evaluación)

Vesical Requiere Protector de Colchón
 Diurno Tiene Protector de Colchón
 Nocturno Requiere Pañales desechables
 Anal Tiene Pañales desechables

51. Área autonomía social

Tareas del hogar: Independiente Semidependiente Dependiente
Tareas de la comunidad: Independiente Semidependiente Dependiente

52. Habilidades académicas:

Lectura Si No Escritura Si No Cálculo Si No

Si la respuesta es sí:

	Lectura		Escritura			Cálculo	
	SI	NO	SI	NO		SI	NO
Vocales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sumar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fonemas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Restar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Palabras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Multiplicar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Textos sencillos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Dividir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

CRITERIO EVALUATIVO

53. Grado de Discapacidad Intelectual:

Leve Moderada Severa Profunda A definir

54. Evaluación Funcional: Independiente Semidependiente Dependiente

DE ACUERDO A SU VALORACION PSICOPEDAGOGICA

55. Requeriría Atención Psicopedagógica: Si No

56. Requeriría Terapia del Lenguaje: Si No

57. Requeriría Servicios educativos: Si No

Si responde, Si: Educación General Especial

Internado Seminternado Ambulatoria

DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Nivel de discapacidad intelectual en captadas en el programa TCV que asisten al Puesto de Salud de San Jorge, II semestre 2015.

Enfermedad Infecciosa	SI	NO	No Sabe	TRIMESTRES						No sabe
				PRIMERO		SEGUNDO		TERCERO		
				SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Erupciones	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>								
Rubéola	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>								
Otras TORCH*	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>								
Dengue	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>								
Varicela	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>								
Sífilis	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>								
Otras	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>								

*TORCH (Toxoplasmosis, citomegalovirus, herpes simple)

14. Si marcó en Otras especifique cuál:

15. Ingestión de medicamentos por la madre durante el embarazo. No incluir suplemento vitamínico prenatal. (Si la respuesta es Si especificar el nombre del medicamento, en el trimestre que lo consumió y el tiempo de ingestión). Si No No Sabe

Medicamento	DÍAS DE CONSUMO EN CADA TRIMESTRES			
	PRIMERO	SEGUNDO	TERCERO	No sabe
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

* Marcar con 0 si se conoce el trimestres pero no el # de Días

16. Hábitos Tóxicos durante el embarazo

Hábito Tóxico	SI	NO	No Sabe	TRIMESTRES						No sabe
				PRIMERO		SEGUNDO		TERCERO		
				SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Bebidas alcohólicas	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>								
Cigarro/Tabaco	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>								
Otras Drogas*	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>								

* Si refiere consumo de otras drogas, especifique cuál(es):

17. Exposición a calor intenso: Si No No Sabe

Si respondió Si, especifique tipo de calor:

	SI	NO		SI	NO		SI	NO
Sauna	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Laboral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Fiebre alta y mantenida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18. Recibió Radiaciones por tratamiento (Cáncer) o investigaciones médicas con sustancias radioactivas

Si No No Sabe

Si la respuesta es Si especifique trimestre:

	SI	NO		SI	NO		SI	NO		
Primero	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Segundo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tercero	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	No sabe	<input type="checkbox"/>

III. DATOS DEL PARTO Y DE LOS PRIMEROS 7 DIAS DE VIDA DEL NIÑO (EVENTOS PERINATALES)

22. Edad gestacional al parto: Pretérmino A término No sabe

23. Lugar del parto: Extrahospitalario Hospital No sabe

Si el parto fue en el Hospital, Marque: Público Privado No sabe

Si el parto se realizó en institución especifique días de nacido al alta

24. Tipo de nacimiento: Normal Instrumentado Cesárea No sabe

IV. DATOS DEL RECIEN NACIDO

25. Peso: Menor 2500g Mayor 2500g Macrofetos No sabe

26. Talla cms **Nota: Si no la Sabe poner (0)**

27. Circunferencia cefálica cms **Nota: Si no la Sabe poner (0)**

28. Color de la piel: Cianótico Normal Ictero intenso No sabe

29. Llanto: Fuerte Débil Demorado No sabe

30. Apgar al nacer: Menos de 5 ó 5 De 6 a 10 No sabe

31. Apgar a los 5 minutos Menos de 5 ó 5 De 6 a 10 No sabe

V. DATOS RELACIONADOS CON EL NIÑO A PARTIR DEL 8vo. DIA DE VIDA

34. Eventos postnatales

	SI	EDAD	NO	NO SABE
Infecciones del SNC (Meningitis, Meningoencefalitis)	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Traumas o accidentes	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Intoxicaciones con metales pesados (plomo, mercurio), medicamentos u otras	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Malnutrición severa	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otras infecciones severas en el primer año de vida	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Edad(Nº- Letra) ej: (2 A), (3 M)

VI. INTERROGATORIO Y EXAMEN FISICO AL PACIENTE (EVENTOS PRENATALES INESPECIFICOS Y GENETICOS)

35. Otras afecciones presentes en el paciente	SI	EDAD	NO	NO SABE
Ciego	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Débil visual	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sordo	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hipoacúsico	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Defectos motores totales o parciales	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Epiléptico	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

36. ¿Tiene diagnóstico de parálisis cerebral? Si No No sabe

37. ¿Ha perdido habilidades en el transcurso del tiempo? Si No No sabe

38. Antecedentes de Discapacidad Intelectual en familiares del paciente: Si No No sabe

Si respondió Si, especificar:

46. Nevus (lunares): No Si Pocos Muchos

	SI	NO		SI	NO		SI	NO
Grandes y pilosos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pequeños múltiples	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Verrucosos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

47. Hemangiomas grandes (>2cm): Si No Hemangiomas pequeños (<2cm): Si No

Si marcó algún tipo de hemangioma:

	SI	NO		SI	NO		SI	NO
Cara/cráneo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cuello	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tronco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Extremidades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						

48. Psicosis primarias y discapacidad intelectual: Si No No sabe

Si respondió **Si**, especifique si tiene diagnóstico de:

Autismo Trastorno psiquiátrico sobreañadido Otras Psicosis infantiles

Encuesta

1) Datos Generales:

Nombre y apellido:

Sexo:

Edad:

Comunidad:

2) Datos prenatales, perinatales y post natales:

2.1) Edad de la madre en el embarazo:

2.2) Alguna enfermedad infecciosa Si

Si cual: No

No Obedece órdenes simples

No sabe Si

2.3) Hábitos tóxicos durante el embarazo No

Si cual:

No Obedece ordenes complejas

No sabe Si

2.4) alguna enfermedad materna No

Si cual:

No

No sabe 3.2) Área de la comunicación

2.5) El parto fue vía vaginal o cesárea Si

Si fue vía cesárea por qué? No

Realiza gestos

2.6) Algún problema con el niño al nacer Si:

Traumatismo coloración No:

No lloro asfixia

3) Habilidades funcionales de desarrollo: 3.3) Área de la conducta y socialización:

3.1) Área cognoscitiva: Si:

Memoriza No:

Es agresivo con los demás

Si:

No:

Es auto agresivo

Si:

No:

3.4) Área autonomía personal

Se alimenta solo

Si:

No:

Se baña solo

Si:

No:

Se viste solo

Si:

No:

3.5) control de esfínteres:

Avisa para ir al baño

Si:

No:

4) Niveles académicos

4.1) Sabe leer

Si:

No:

4.2) Sabe escribir:

Si:

No:

5) ocupación o trabajo

5.1) Quien trabaja en la casa (ingreso de dinero)

Madre:

Padre:

Hermanos:

6) Características de la vivienda

6.1) Techo es de:

Cinc

Teja

Plástico

Otros

6.2) Piso es de:

Embalosado:

Tierra:

Cerámica:

Otros:

6.3) Las paredes son:

Concreto:

Tabla:

Plástico:

Otros:

6.4) Luz eléctrica:

Si

No

6.5) Agua potable:

Si

No

Otros:

6.6) Desechos fisiológicos en:

Letrina

Inodoro

Aire libre