



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional
Programa de Profundización en Psicología Clínica

CARACTERIZACIÓN DE UN ADOLESCENTE CON
DISCAPACIDAD INTELECTUAL MODERADA: UN ESTUDIO DE
CASO

Tipo de investigación
TEÓRICA.

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

SMIRNA NAJERA CANCHOLA

Director: Dra. Helena Romero Romero.

Vocal: Lic. Miguel Ángel Hernández Balderas.



Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, a 4 de diciembre de
2019.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

DISCAPACIDAD INTELECTUAL	1
DEFINICIONES	2
SINTOMATOLOGÍA	3
1. Deficiencias de las funciones Intelectuales (CI)	3
2. Deficiencias del comportamiento Adaptativo	4
3. Inicio de los déficit intelectuales y adaptativos durante el periodo de desarrollo (de los 0 a los 18 años).	5
CLASIFICACIÓN DSM-5	6
- LEVE	6
- MODERADO	7
- GRAVE	9
- PROFUNDO	10
ETIOLOGÍA	12
FACTORES: PRENATALES, PERINATALES Y POSTNATALES	13
PREVALENCIA	14
EVOLUCIÓN	15
EPILEPSIA DE TIPO GENERALIZADA.....	17

-CLASIFICACIÓN DE CONVULSIONES	18
CONVULSIONES GENERALIZADAS	19
• De ausencia	19
• Tónico	19
• Clónica	19
• Mioclónica	19
• Atónica	19
• Tónico-clónica	19
ESTUDIOS DE NEUROIMAGEN	21
Tomografía Axial Computarizada (TAC)	21
Electroencefalograma (EEG)	21
 QUISTE ARACNOIDE RETROCEREBELOSO EN FOSA POSTERIOR	 22
 QUISTE ARACNOIDE RETROCEREBELOSO O QUISTE LEPTOMENÍNGEO	 24
QUISTE ARACNOIDE RETROCEREBELOSO EN FOSA POSTERIOR	26
MEGACISTERNA MAGNA	27
CEREBELO Y DESCRIPCIÓN DE LAS ALTERACIONES NEUROPSICOLÓGICAS	28
• Función ejecutiva	29
• Función lingüística	30

• Función Espacial- Visual	30
• Memoria y Aprendizaje	30
TRATAMIENTO	32
TERAPIA COGNITIVA-CONDUCTUAL O TCC	32
TERAPIA OCUPACIONAL	34
• Terapeutas Ocupacionales	34
• Asistentes de Terapia Ocupacional	34
• Servicios de Terapia Ocupacional	34
-Actividades Terapéuticas	35
1. <i>Actividades de la vida diaria</i> o AVD	35
2. <i>Juego</i>	35
3. <i>Trabajo</i>	35
- Funciones del Terapeuta Ocupacional	36
PSICOTERAPIA	37
TERAPIA FARMACOLÓGICA	38
- Los Medicamentos más Frecuentes Prescritos en la Farmacoterapia	40
• Antipsicóticos	41
• Antiepilépticos	42
MODELOS	43
ENFOQUE PSICOMÉTRICO	43
MODELO REHABILITADOR O MODELO MÉDICO	47
- Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF).48	
• Deficiencia	48
• Discapacidad	48
• Minusvalía	49

ENFOQUE DE LA AMERICAN ASSOCIATION ON INTELLECTUAL AND DEVELOPMENTAL DISABILITIES (AAIDD)	49
- ENFOQUE MULTIDIMENSIONAL DEL FUNCIONAMIENTO HUMANO	53
• DIMENSIONES	54
I. <i>Habilidades Intelectuales</i>	54
II. <i>Conducta Adaptativa</i>	54
- <i>Conceptuales</i>	54
- <i>Sociales</i>	54
- <i>Prácticas</i>	55
III. <i>Salud</i>	55
IV. <i>Participación, interacciones y roles sociales</i>	55
V. <i>Contexto</i>	56
VI. <i>Apoyos Individualizados</i>	56
- TERMINOLOGÍA PROPUESTA POR LA AAIDD	57
• Discapacidad Intelectual Leve	57
• Discapacidad Intelectual Moderada	57
• Discapacidad Intelectual Grave	57
• Discapacidad Intelectual Profunda/Pluridiscapacidad.....	58
- PROCESO DE EVALUACIÓN	58
• Diagnóstico	58
• Clasificación y Descripción	59
• Apoyos Individualizados	59
ENFOQUE PSICOPATOLÓGICO	60
- Criterios de Anormalidad	61

• <i>Estadísticos</i>	61
• <i>Clínicos</i>	62
• <i>Sociales, interpersonal o consensual</i>	62
• <i>Subjetivos, personal o intrapsíquicos</i>	63
• <i>Biológicos</i>	63

CAPÍTULO II. UN ESTUDIO DE CASO

MÉTODO	66
-Participante	66
HISTORIA CLÍNICA	66
- Antecedentes peri, pre y postnatales	67
EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA	77
PRUEBAS APLICADAS	77
• Inventario de desarrollo (BATTELLE)	77
RESULTADOS INVENTARIO DE DESARROLLO (BATTELLE) .	77
PRESENTACIÓN Y CONDUCTA	79
ÁREA PERSONAL/SOCIAL	79
ÁREA ADAPTATIVA	80
ÁREA MOTORA	80
- Motora Gruesa	80
- Motora Fina	80
ÁREA DE COMUNICACIÓN	81
- Receptiva	81
- Expresiva	81
COGNOSCITIVA	81

CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA	82
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL DSM-V DE LA DISCAPACIDAD INTELLECTUAL (TRASTORNO DEL DESARROLLO INTELLECTUAL) MODERADA.	82
A. Deficiencias de las funciones intelectuales	82
B. Deficiencias del comportamiento adaptativo	83
C. Inicio de las deficiencias intelectuales y adaptativas durante el periodo de desarrollo	83
• Dominio Conceptual	83
• Dominio Social	83
• Dominio Práctico	84
 BIBLIOGRAFÍA	 85
ANEXOS	99

RESUMEN

La discapacidad intelectual (DI) es parte de los trastornos del neurodesarrollo en la cual la inteligencia se encuentra limitada por un CI por debajo del promedio de 70. Y es clasificada según el grado de inteligencia en leve, moderada, grave y profunda. Mostrando carencias o dificultades cognitivas como el lenguaje o comportamientos excéntricos; es decir, déficits que no permiten al individuo alcanzar los estándares normales de desarrollo intelectual acordes a su edad. Afectando su funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa en los dominios conceptual, práctico y social. Las cuales se evidencian al iniciar la infancia y antes de los 18 años de edad. Pero las causas tanto estructurales o fisiológicas debido al daño en el sistema nervioso y/o encéfalo pueden tener su origen desde factores perinatales, prenatales y posnatales. Por lo que la evolución del individuo con DI depende de la sintomatología, de la existencia o ausencia de deterioro progresivo y del adecuado tratamiento para determinar si las posibilidades de mejoría son altas o satisfactorias. Considerando si el deterioro es progresivo y por lo general asociado a otros síntomas y complicaciones de naturaleza física como los neurológicos como, por ejemplo, la presencia de un quiste aracnoide retrocerebeloso en la fosa posterior, megacisterna magna y epilepsia generalizada. El tratamiento farmacológico debe de ser acompañado del psicológico. Debido a que necesitan apoyo especial, permanente y multidisciplinario para adaptarse a la vida diaria lo más independiente posible. Y también de vital importancia superar los impedimentos de la DI a través de la educación, crianza, entrenamiento laboral, motivación, personalidad, apoyos provenientes de personas allegadas y, principalmente, del grado de inteligencia. Lo que permite en la actualidad a los individuos con discapacidad intelectual ser tomadas en cuenta en nuestra sociedad y a su vez, ejerzan su derecho a la inclusión educativa, inserción social y una vida lo más autónoma posible.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad los individuos con discapacidad intelectual (DI) presentan trastornos psicopatológicos entre los que destacan los comportamentales y disfunciones a nivel neurológico. Por lo que en este trabajo abordaré desde las definiciones realizadas por la AAIDD, en el DSM-V y algunas otras concepciones. Lo cual nos permitirá una mejor comprensión sobre la DI que es agrupada dentro de los trastornos del neurodesarrollo, como su sintomatología, etiología, prevalencia, evolución; clasificación; es decir, sus rasgos distintivos; los diversos enfoques psicológicos para identificar, comprender y brindar la atención oportuna a los individuos con DI, los tratamientos tanto farmacológicos y psicológicos. Así como los factores perinatales, prenatales y posnatales que provocan aspectos neurológicos estructurales como lo son: El quiste aracnoide retrocerebeloso en fosa posterior y megacisterna magna; y fisiológicos como lo es la epilepsia. Los cuales causan mayor disfuncionalidad en el individuo con DI. Evidentes en un adolescente diagnosticado con Discapacidad Intelectual Moderada.

CAPÍTULO I.
MARCO TEÓRICO

DISCAPACIDAD INTELECTUAL

DEFINICIONES

De acuerdo con Suárez-Escudero (2014) en la actualidad, “discapacidad” no hace referencia como sinónimo a la consecuencia, secuela de enfermedad o equivalencia de un código diagnóstico sino a un término neutral que abarca las deficiencias de las funciones y estructuras corporales; es decir, “*déficits*”, así como las limitaciones en la capacidad de llevar a cabo actividades y restricciones en la participación social del individuo con discapacidad. Por consiguiente, *déficits o deficiencia* generaliza toda anormalidad o pérdida de la estructura corporal o de las funciones fisiológicas en las que se incluye a las funciones mentales. Por ende, describe a los desórdenes neurológicos y neuropsiquiátricos. Los cuales son condiciones concretas, frecuentes y en algunos casos permanentes que ocasionan múltiples deficiencias estructurales y fisiológicas con un gran potencial de discapacidad asociado.

Las investigaciones en torno a la Discapacidad Intelectual (DI) han ido avanzando de manera vertiginosa. Brindando una adecuada concepción hacia los individuos que la padecen; y a la vez, extinguiendo los estereotipos existentes dentro de la sociedad, debido a que ha sufrido diversos cambios en su denominación a lo largo de los años; mejorando el concepto y evitando terminologías despectivas. La DI se emplea en niños mayores de cinco años en los que es posible realizar una evaluación del CI de manera válida y confiable. Por lo que a continuación mencionare diversos conceptos emitidos por distintas fuentes.

Iniciando con el término “discapacitado”; mediante el cual se realiza alusión a la minimización de las potencialidades del individuo; encasillando las posibilidades que pudiera adquirir para mejorar su calidad de vida hacia el mismo, su entorno cercano y ante la sociedad. La Real Academia Española especifica a la “*discapacidad*” como “*condición del discapacitado*”, y “*discapacitado*” como persona “*Que padece una disminución física, sensorial o psíquica que la incapacita total o parcialmente para el trabajo o para otras tareas ordinarias de la vida*” (RAE, 2014).

Por otro lado, en el diccionario especializado de Psicología de Ezequiel Ander Egg (2016) el concepto de *discapacidad* se define como “*Toda reducción, pérdida o dificultad de una estructura o función psicofísica, fisiológica o anatómica que sufre una persona como consecuencia de algunas alteraciones físicas o psíquicas que le impiden concretar determinadas actividades, de acuerdo con lo que se considera normal para el ser humano*”. En otras palabras, enlaza la deficiencia con la minusvalía ya sea de índole físico, retraso mental o parálisis espástica.

Asimismo, la discapacidad intelectual no siempre se ha entendido del mismo modo; ha evolucionado. Antes se conocía como “*retraso mental*”, actualmente el término aceptado por la *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD)* y la *American Psychiatric Association (APA)* es el de “**discapacidad intelectual**”. (Tassé M., J, Luckasson R, & Schalock, R., L., 2016)

Según la AAIDD (2011), se entiende la discapacidad intelectual como: “*La existencia de limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual, como en la conducta adaptativa, expresada en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas, y que tiene su origen antes de los 18 años.*”

En la actualidad, el concepto de Discapacidad Intelectual se debe de comprender desde un enfoque que resalte como prioridad al individuo como parte de la sociedad y no a los factores funcionales con diversas deficiencias. Destacando el cambio de terminología por la evolución de la Asociación Americana sobre el Retraso Mental (AAMR); la cual recientemente se denomina Asociación Americana sobre Discapacidad Intelectual y Evolutiva AAIDD (por sus siglas en inglés).

En la 11ª edición del Manual de la Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (AAIDD) publicado en 2010 se elimina definitivamente la expresión “retraso mental”. (Verdugo, 2010).

El **DSM-V** cataloga dentro de los **TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO** a la **discapacidad intelectual (DI)** o **Trastorno del Desarrollo Intelectual** reemplazando al término de “**retraso mental**”. Como una condición que suele iniciar en la infancia y

antes de los 18 años de edad; quienes la padecen poseen una inteligencia limitada por debajo de un CI de 70 y predominancia en dificultades de índole cognitiva, presentando en ocasiones lenguaje o manera de actuar excéntrica; Debido a estos déficits, el individuo no alcanza los estándares normales de desarrollo; por ende, necesitan apoyo especial permanente y multidisciplinario para adaptarse a la vida diaria lo más independiente posible. En donde la superación de los impedimentos por parte del individuo depende de su educación, crianza, entrenamiento laboral, motivación, personalidad, apoyo que recibe de personas allegadas y, principalmente, del grado de inteligencia (APA, 2015, p. 31).

Por su parte en el CIE-11 se identifica la concepción médica de la discapacidad intelectual como *“trastorno del desarrollo intelectual”*. *Estableciendo como referencia a un grupo de afecciones etiológicamente diversas originadas durante el periodo del desarrollo y caracterizadas por un funcionamiento intelectual y comportamiento adaptativo significativamente inferiores al promedio, que son aproximadamente de dos o más desviaciones típicas por debajo de la media (aproximadamente menos del percentil 2,3), de acuerdo con pruebas estandarizadas debidamente normalizadas y administradas individualmente. Si no se dispone de pruebas estandarizadas y normalizadas, el diagnóstico de los trastornos del desarrollo intelectual requiere una mayor confianza en el juicio clínico con base en una evaluación apropiada de indicadores comparables del comportamiento.* (OMS, 2018).

SINTOMATOLOGÍA

En la DI existe un funcionamiento mental por debajo del CI promedio y una carencia de destrezas que deberían de presentarse acordes a la edad del individuo. Para identificar los síntomas se deben de cumplir tres criterios, de acuerdo al DSM-V y así para emitir un diagnóstico certero (Morrison, 2015). A continuación, se mencionan los criterios para dicho diagnóstico:

- 1. Deben de presentar deficiencias de las funciones intelectuales (CI) o en su capacidad de pensar a partir del estudio académico o de la experiencia en procesos como:**

- Razonamiento
- Resolución de problemas
- Planeación
- Pensamiento abstracto
- Juicio
- Aprendizaje a partir de la instrucción y experiencia
- Comprensión práctica

Y sus componentes críticos incluyen:

- Comprensión verbal
- Memoria de trabajo
- Razonamiento perceptivo
- Razonamiento cuantitativo
- Pensamiento abstracto
- Eficacia cognitiva

Para hacer una evaluación de su grado general de inteligencia a través de la valoración clínica se aplican pruebas de inteligencia estándar individuales; psicométricamente validadas, completas y apropiadas culturalmente. Las cuales suelen arrojar resultados menores al promedio de 100, un CI menor o igual de 70; es decir, puntuaciones alrededor de dos desviaciones estándar o más por debajo de la media poblacional, incluyendo un margen de error en la medición de ± 5 puntos. Y en las que existe una desviación estándar de 15 y una media de 100 atribuye una puntuación de 65-70 o 70 ± 5 . Siendo indispensable que el evaluador sea experimentado para poder interpretar los resultados de las pruebas y evalúe eficazmente el rendimiento intelectual.

2. Deficiencias del comportamiento adaptativo

De acuerdo con Morrison (2015) es posible identificar deficiencias del comportamiento adaptativo en la vida diaria, escuela, trabajo y en casa; las cuales producen fracaso del cumplimiento de los estándares de desarrollo y socioculturales para la autonomía y la responsabilidad social. Es posible identificar en el periodo de desarrollo un

grupo de algunos de los dominios donde se presentan afecciones y limitaciones del comportamiento adaptativo son en los dominios (Morrison, 2015):

Conceptual que depende

- Del lenguaje
- Las matemáticas
- La lectura
- La escritura
- El razonamiento y la memoria para resolver problemas.

Social que incluye la aplicación de habilidades como

- ✓ Empatía
- ✓ Comunicación
- ✓ Conciencia en lo que respecta a las experiencias de otras personas
- ✓ Juicio social
- ✓ Autorregulación

Práctico que incluye

- La regulación del comportamiento
- Organización de tareas
- Control de finanzas
- Manejo del cuidado personal
- Recreación

Por lo que sin el apoyo adecuado en las deficiencias adaptativas se obstaculiza las actividades cotidianas en la comunicación, interacción e independencia en cualquier entorno social.

3. Inicio de los déficit intelectuales y adaptativos durante el periodo de desarrollo (de los 0 a los 18 años).

Se identifican las carencias intelectuales y adaptativas en comparación con los estándares de infantes y adolescentes sanos.

CLASIFICACIÓN DSM-5

En el DSM-5 ya no se considera la medición de inteligencia como criterio oficial; pero en algunos modelos aún se incluyen intervalos del CI para especificar el tipo de dificultad del individuo. Considerando la dispersión en la interpretación de la evaluación del CI; es decir, mejor desempeño en las pruebas verbales a diferencia de las pruebas de desempeño, o viceversa. Por lo que las medidas del Cociente intelectual (CI) son menos válidas para las puntuaciones más bajas de su rango. En donde, factores como el nivel y tipo de discapacidad física, cultural y/o emocional son principios que se consideran para determinar la gravedad. Sin embargo, el desempeño adaptativo es el que delimita el diagnóstico certero y especifica el nivel de apoyos requeridos. Aunque se presentaron cambios del DSM-IV al DSM-V, publicado por la APA (2014), aún se mantiene la clasificación con respecto al dominio conceptual, social y práctico para especificar la gravedad:

LEVE

- ◇ CI de 50-69
- ◇ Pueden vivir de manera independiente con soporte o ayuda mínima.

Dominios:

- *Conceptual*

- ◇ En la etapa preescolar pueden no ser visibles las manifestaciones conceptuales.
- ◇ Los niños en edad escolar y adultos muestran dificultades en el aprendizaje en las habilidades académicas: Lectura, escritura, aritmética. En la noción de tiempo y manejo de dinero.
- ◇ Es necesario apoyo en una o varias áreas para alcanzar las expectativas promedio de acuerdo a la edad.
- ◇ En la adultez se perciben alteraciones en el pensamiento abstracto y funciones ejecutivas como la planificación, definición de estrategias, decisión de prioridades y flexibilidad cognitiva; así como, de memoria a corto plazo.

◇ Prevalece una perspectiva poco reducida de los problemas y soluciones en similitud con individuos de la misma edad.

- *Social*

◇ El individuo muestra inmadurez a diferencia de otros miembros de su edad en que respecta a la comunicación, conversación y lenguaje.

◇ Limitaciones en la regulación de emociones y de comportamiento adecuado para su edad.

◇ Comprensión restrictiva; con el riesgo de llegar a la inocencia.

- *Práctico*

◇ Desarrollar habilidades apropiadas a su edad sobre el cuidado personal.

◇ Cierta grado de Asistencia en tareas complejas de la vida diaria; por ejemplo, al realizar compras, al transportarse, en la organización doméstica, cuidado de los hijos, preparación de alimentos, manejo de dinero, tomar decisiones sobre el cuidado de la salud, temas legales, en la preparación para desarrollar una ocupación.

◇ Las habilidades recreativas son parecidas a los demás individuos, aunque es necesario apoyo en lo relacionado al bienestar y ocio.

◇ En los adultos se visualiza competitividad en actividades que no enfatizan habilidades conceptuales.

MODERADO

♣ CI de 36-49

♣ Viven de manera independiente con ayuda limitada en situaciones de la vida cotidiana

♣ Un rasgo representativo es que regularmente necesitan apoyo adicional, oportunidades de aprendizaje y periodos de tiempo largos.

Dominios:

- *Conceptual*

- ♣ En el transcurso de su desarrollo son evidentes los retrasos en las habilidades conceptuales en similitud con sus pares.

- ♣ En la etapa preescolar el lenguaje y las habilidades preacadémicas muestran un progreso más lento que sus compañeros.

- ♣ En los estudiantes, las habilidades de lectura, escritura, matemáticas, comprensión del tiempo y utilidad del dinero se desarrollan lentamente conforme avanzan en los grados escolares y notablemente reducido en comparación de sus pares.

- ♣ En la adultez las habilidades académicas suelen mantenerse en un grado básico; por lo cual requieren de apoyo en el trabajo y vida personal.

- ♣ Es necesario la asistencia frecuente para completar las actividades conceptuales e incluso tener que asumir al 100% las responsabilidades del individuo con DI.

- *Social*

- ♣ El comportamiento social y de comunicación manifiesta diferencias evidentes en lo que corresponde a su desarrollo con relación a sus pares.

- ♣ El lenguaje hablado, catalogado como el principal instrumento de comunicación a nivel social, es considerablemente carente de complejidad. que el de sus pares.

- ♣ Es capaz de crear un vínculo amistoso a lo largo de su vida o relación sentimental al ser adulto; el cual se ve afectada por sus limitaciones de comunicación o sociales.

- ♣ Pueden tener problemas para observar o expresar con claridad las señales sociales.

- ♣ Su juicio social y capacidad para toma de decisiones son limitados; por lo que los cuidadores deben de apoyarlos.

♣ Para el éxito en el ámbito laboral debe de recibir apoyo social y de comunicación importante.

- ***Práctico***

♣ Es capaz de lograr la autonomía en las tareas domésticas, de higiene y necesidades personales como; por ejemplo: comer, vestirse y de las funciones excretadoras. Después de un lapso de aprendizaje y tiempo; así como de necesitar continuamente reforzamiento para realizar las actividades correctamente.

♣ Puede ocuparse de encargos en los trabajos en donde las habilidades conceptuales y de comunicación sean limitadas. Y necesitar apoyo considerable de compañeros, supervisores y demás individuos para administrar las expectativas sociales, complejidades laborales y responsabilidades complementarias (programación, transporte, beneficios sanitarios y gestión de dinero).

♣ Desarrollan diferentes actividades recreativas.

♣ Una minoría manifiesta problemas sociales debido a sus conductas inadaptadas

GRAVE

- CI de 20-35
- Requieren asistencia y supervisión diaria en actividades de autocuidado y seguridad
- En los tres dominios, la adquisición de habilidades depende de un aprendizaje a largo plazo y apoyo constante

Dominios:

- ***Conceptual***

- Sus habilidades conceptuales se encuentran reducidas.
- Por lo general, insuficiente comprensión del lenguaje escrito o de concepto numéricos (cantidades, tiempo, dinero)

- Los cuidadores son imprescindibles para la resolución de problemas de la vida diaria.
- Social
- El lenguaje oral es bastante restringido en vocabulario y gramática; es decir, palabras o frases sueltas y complementar con medios potenciadores.
 - El habla y comunicación se centran en el aquí y ahora dentro del acontecimiento de la vida diaria. Por lo que el lenguaje es utilizado para la comunicación social más que para la explicación.
 - Perciben el habla sencilla y la comunicación gestual.
 - El relacionar con familiares y demás parientes son fuente de placer y ayuda.
- *Práctico*
- Necesita ayuda y supervisión constante ante sus actividades diarias, de recreación, domésticas, ocio y laborales.
 - No es capaz de tomar decisiones responsables sobre su bienestar propio y de otros individuos
 - En una minoría importante se visualizan conductas inadaptadas, incluso autolesiones.

PROFUNDO

□ CI < 20

Dominios:

- Conceptual
- Es capaz de identificar y hacer uso correcto de objetos para su cuidado personal, trabajo y ocio.

- ▮ Prevalece la presencia de alteraciones motoras y sensitivas frenando el uso funcional de los objetos

- ▮ Es apto para adquirir algunas habilidades visoespaciales como la concordancia y clasificación basada en las características físicas.

- Social

- ▮ Su comprensión es demasiado restringida con respecto a la comunicación simbólica en el habla y la gestualidad.

- ▮ Entiende sólo algunas instrucciones o gestos sencillos.

- ▮ Manifiesta sus deseos y emociones especialmente por medio de la comunicación no verbal y no simbólica.

- ▮ Disfruta de la interacción de familiares y de cuidadores.

- ▮ Inicia y responde a las interacciones de la sociedad a través de gestos y emociones.

- ▮ La recurrencia de alteraciones sensoriales y físicas imposibilita incontables actividades sociales.

- Práctico

- ▮ Es dependiente en todas las áreas de su vida.

- ▮ Pueden participar en actividades dentro del cuidado personal, de salud y seguridad

- ▮ Cuando no presentan alteraciones físicas graves pueden realizar actividades cotidianas en el hogar; por ejemplo, poner platos en la mesa.

- ▮ Con un alto grado de apoyo continuo pueden llevar a cabo labores con objetos para poder llegar a participar en algunas actividades vocacionales. Así como actividades recreativas, como disfrutar al escuchar música, viendo películas, pasear o participando en actividades acuáticas.

- ▮ El exceso de alteraciones físicas y sensoriales imposibilitan su participación en las actividades domésticas, recreativas y vocacionales.
- ▮ En una minoría significativa son evidentes las conductas inadaptadas.

ETIOLOGÍA

La discapacidad y las neurociencias poseen una historia en común, y el estudio de muchas discapacidades de origen neurológico ha permitido comprender el desarrollo, evolución, estructura y funcionamiento del sistema nervioso. Por lo que es más correcto describir a la discapacidad como resultado de una condición particular de salud, enfermedad o de una deficiencia estructural; por ejemplo, agenesia del cuerpo calloso, hipoplasia de nervios ópticos o *fisiológica* como una alta actividad eléctrica anómala bitemporal en un individuo con epilepsia criptogénica. Y menos probable por el resultado de barreras ambientales (sociales, familiares, educativas, laborales y del sistema de salud).

Dentro de las múltiples causas que provocan la aparición de la DI y las secuelas que influyen negativamente el desarrollo físico, intelectual y/o emocional; debido al daño en diversas partes del cuerpo, sistemas nerviosos y cerebro. Manifestándose la DI durante el proceso de desarrollo antes de los 18 años de edad. Según Verdugo y Schalock (2010) como Peredo, (2016) se agrupan en los siguientes factores:

<p style="text-align: center;">PRENATALES</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Alteraciones cromosómicas -Infecciones transplacentarias -Consumo y exposición intrauterina de sustancias como alcohol, cocaína, anfetaminas, entre otras drogas -Trastornos metabólicos -Disgénesis cerebrales -Enfermedades maternas - Falta de oxígeno hacia el cerebro -Edad prenatal -Consumo de drogas y/o alcohol por parte de los padres -Inmadurez parental -Escaso o nulo acceso a cuidados prenatales -Pobreza -Desnutrición o diabetes materna -Violencia doméstica -Exposición de radiación -Rubéola congénita, encefalitis, infección por VIH y meningitis -Hidrocefalia (cráneo demasiado grande) -Microcefalia (cráneo pequeño)
<p style="text-align: center;">PERINATALES</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Prematuridad -Desnutrición o anemia materna y fetal - Falta de oxígeno hacia el cerebro -Alteraciones neonatales -Falta o carencia de cuidados en el nacimiento -Intoxicaciones con plomo o mercurio -Consumo accidental de productos tóxicos -Traumatismos cerebrales consecuencia de golpes, caídas, accidentes y/o maltrato físico -Falta de estimulación -Trastornos degenerativos - Rechazo parental de cuidados -Abandono parental del niño -Falta de derivación hacia servicios de intervención tras el alta médica -Trastornos intrauterinos - Trauma encefálico al nacer
<p style="text-align: center;">POSTNATALES</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Traumatismo craneoencefálico consecuencia de golpes, caídas, accidentes y/o maltrato físico -Desnutrición -Meningoencefalitis - Trastornos epilépticos -Trastornos crónico degenerativos/ataques -Falta de estimulación temprana y adecuada -Pobreza familiar -Violencia doméstica -Medidas de seguridad inadecuadas - Toxinas -Abuso y abandono infantil - Falta de oxígeno hacia el cerebro

Existen diversas causas de discapacidad intelectual, pero los médicos encuentran una razón específica en solo el 25% de los casos, causas genéticas 5%, factores tempranos del embarazo de 30%, factores tardíos del embarazo y perinatales de 10%, afecciones físicas adquiridas durante la niñez de 5%, factores ambientales y trastornos mentales 20% y por último sin causa identificables de 30%. (Morrison, 2015).

PREVALENCIA

Con respecto al derecho a la salud es necesario considerar que en el Proyecto de Acción Mundial de la OMS sobre Discapacidad 2014-2021 hace referencia a que “un buen estado de salud de las personas con discapacidad también contribuirá al cumplimiento de los objetivos Mundiales de Desarrollo más generales” (OMS, 2014, p. 1).

La prevalencia en varones es superior a las de las mujeres, casi de 3.2 Afecta alrededor del 1% al 3% de la población. Las mujeres representan los porcentajes más altos de discapacidad provocadas por enfermedad en un 43.5% y por edad avanzada de 35.6%. Los hombres en lo que respecta los problemas originados durante el nacimiento en 13.2% y accidentes en 11.9% con mayor frecuencia. (INEGI, 2016)

En México, según el censo de población y vivienda (2010) el 8.5 de la población presenta discapacidad intelectual e identifica causas de la discapacidad en general del 39%. Según el Informe Mundial sobre la Discapacidad (2011) las personas que sufren problemas de salud mental o deficiencias intelectuales parecen ser las que presentan las mayores desventajas en muchos ámbitos, en comparación con las que poseen deficiencias físicas o sensoriales.

La prevalencia de la psicopatología se relaciona con la gravedad de la DI; es decir, entre más grave es mayor el riesgo de sufrir otros trastornos mentales, convulsiones entre un 15% a 30% en pacientes con un nivel grave. Los individuos con discapacidad intelectual leve suponen, aproximadamente, un 85% de los casos de discapacidad intelectual. Por lo general, suelen presentar ligeros déficits sensoriales y/o motores, adquieren habilidades sociales y comunicativas en la etapa de educación infantil y adquieren los aprendizajes

instrumentales básicos en la etapa de educación primaria. En la discapacidad intelectual moderada la conducta adaptativa suele percibir afectaciones en todas las áreas del desarrollo. Se estima que alrededor del 10% de toda la población con discapacidad intelectual. Desarrollan habilidades comunicativas durante los primeros años de la infancia y, durante la escolarización, puede llegar a adquirir parcialmente los aprendizajes instrumentales básicos. Suelen aprender a trasladarse de forma autónoma por lugares que les resulten familiares, atender a su cuidado personal con cierta supervisión y beneficiarse del entrenamiento en habilidades sociales. La discapacidad intelectual se estima entre el 3-4% del total de la discapacidad intelectual. Las adquisiciones de lenguaje en los primeros años suelen ser escasas y a lo largo de la escolarización pueden aprender a hablar o a emplear algún signo de comunicación alternativo. La conducta adaptativa está muy afectada en todas las áreas del desarrollo, pero es posible el aprendizaje de habilidades elementales de cuidado personal. Por último, en la discapacidad intelectual profunda o pluridiscapacidad presenta una alteración neurológica identificada que explica esta discapacidad, la confluencia con otras (de ahí el término pluridiscapacidad que aquí se le asocia) y la gran diversidad que se da dentro del grupo. Por este motivo, uno de los ámbitos de atención prioritaria es el de la salud física. Suelen presentar limitado nivel de conciencia y desarrollo emocional, nula o escasa intencionalidad comunicativa, ausencia de habla y graves dificultades motrices. El nivel de autonomía, si existe, es muy reducido. La casuística supone un continuo que abarca desde alumnado “encamado”, con ausencia de control corporal, hasta alumnado que adquiere muy tardíamente algunos patrones básicos del desarrollo motor.

En la 5ta. Edición del DSM-5, la prevalencia global de la discapacidad intelectual en la población general era aproximadamente del 1% y las tasas varían según la edad. Y en el caso de la discapacidad grave es aproximadamente de 6 por 1000. (APA, 2014).

EVOLUCIÓN

La evolución de la DI depende de la sintomatología que posea cada individuo; de la existencia o ausencia de deterioro progresivo y del adecuado tratamiento para determinar si

las posibilidades de mejoría son altas o satisfactorias. Considerando que, si el deterioro es progresivo y por lo general asociado a otros síntomas y complicaciones de naturaleza física como neurológicos, cardíacos, endocrinológicos, renales, maxilofaciales, otorrinológicos, etc.

A lo largo de los años, se les ha permitido a las personas con discapacidad intelectual ser tomadas en cuenta en nuestra sociedad. Implicando un cambio positivo en la manera de tratar a dicha población; es decir, el derecho a la inclusión educativa, inserción social y una vida lo más autónoma posible.

Lo cual ha sido un proceso muy lento. En el siglo XIX, la discapacidad intelectual no se diferenciaba de otras alteraciones y se consideraba un tipo de demencia. En 1987, Scheerenberger hablaba de un cuarto de siglo prometedor al referirse a la evolución de las concepciones y tratamiento de las personas entonces denominadas con ‘retraso mental’. Aproximadamente más de 30 años después se confirma dicha expectativa. Los avances desarrollados desde la propuesta concebida en 1992 por la entonces Asociación Americana sobre Retraso Mental han pretendido un cambio radical del paradigma tradicional, alejándose de una concepción de la DI como rasgo de la persona para plantear un modelo ecológico y contextual en el cual la concepción se basa en la interacción de la persona y el contexto. Así como también en este siglo inician los estudios de índole científico sobre individuos con DI y su posibilidad de aprendizaje a través de una correcta atención y enseñanza. Uno de los estudios más conocidos es el del Niño Salvaje de Aveyron, a cargo del Médico Itard. En donde los resultados mostraron pequeños avances educativos en lo que respecta a la adquisición y mejora de diversas competencias mediante un programa sistemático de intervención y entrenamiento pedagógico.

Demostrando que eran individuos con DI son capaces de asimilar conocimientos; lo que con lleva, a brindarles los apoyos necesarios para atender sus demandas, debilidades y fortalezas. Brindando la pauta para la creación de Instituciones de Asistencia. A finales de este siglo y durante la primera mitad del siglo XX, dichas Instituciones modifican su finalidad y se transforman en Centros Educativos. Con la ideología de normalización; es decir, accesibilidad a las condiciones y normas principales de la sociedad. A partir de finales del siglo XX y durante el siglo XXI, se implementa el principio de integración en

escuelas regulares, precedido de la inclusión o no discriminación. Una diversidad que alcance el desarrollo integral y digno ya sea en escuelas regulares o en situaciones excepcionales en centros especializados. Con el firme propósito de superar las barreras de aprendizaje y a la vez, reciban un trato digno y equitativo.

EPILEPSIA DE TIPO GENERALIZADA

Los desórdenes neurológicos producen en la mayoría de los casos una vida corta y limitada en función de la discapacidad, dependiendo de la magnitud y frecuencia de la patología neurológica clásica y tipo de enfermedad cerebrovascular (Suárez-Escudero, 2014), por ejemplo, la epilepsia. Los trastornos neurológicos pueden producir discapacidad física (motora), sensorial visual, sensorial auditiva, cognitiva (intelectual) y discapacidad múltiple.

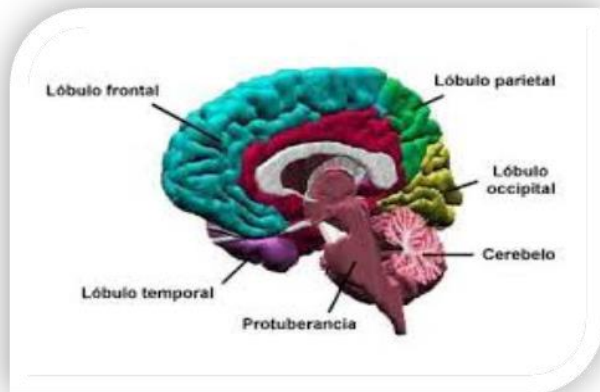
De acuerdo con la OMS la epilepsia se considerada como “la presentación recurrente de fenómenos paroxísticos (de inicio y final bruscos, intermitente y con movimientos anormales intercurrentes) del sistema nervioso central secundarios a la descarga eléctrica anormal de las neuronas en el cerebro de forma crónica” (González-Osornio, 2015). Dicho de otro modo, como una enfermedad neurológica crónica asociada con frecuencia a alteraciones cognitivas, las cuales alteran significativamente la calidad de vida de los pacientes. Y la más frecuente en el mundo, afectando aproximadamente de 50 a 65 millones de personas. Al menos el 60% no son diagnosticadas o no reciben un tratamiento a pesar de la efectividad del régimen farmacológico. Con una prevalencia a nivel mundial de 6.38 habitantes por cada mil y con una tasa de incidencia de 61.44 por cada cien mil habitantes. En Latinoamérica con una prevalencia de entre 2.7 a 8 por cada mil habitantes y en México de 1.2% de la población general sufre epilepsia. La edad promedio para iniciar con las manifestaciones clínicas se ubica alrededor de los 10 años sin predominio de género. (Martínez-Díaz, et al, 2018)

Son muchas las posibles causas de las epilepsias. Sin embargo, en la mitad de los casos, se desconoce la causa. En otros casos, los trastornos epilépticos están claramente vinculados a una enfermedad, una lesión cerebral, el desarrollo anormal del cerebro, a una anomalía en el cableado del cerebro, un desequilibrio de las sustancias químicas que transmiten las señales nerviosas (en el que algunas células excitan o inhiben de sobre

manera a otras células del cerebro que son las que envían los mensajes) o alguna combinación de estos factores. En algunas afecciones pediátricas, el cableado anormal del cerebro causa otros problemas tales como impedimento intelectual. En otros individuos, los intentos del cerebro por repararse a sí mismo después de una lesión en la cabeza, un accidente cerebrovascular u otro tipo de problema pueden generar inadvertidamente conexiones nerviosas anormales que pueden llevar a la epilepsia.

Su etiología es variada por lo que solo nos centraremos a:

1. Accidente cerebrovascular,
2. Traumatismo craneoencefálico,
3. Malformaciones cerebrales congénitas,
4. Lesión cerebral durante el nacimiento



La particularidad principal de la epilepsia es el desorden del sistema nervioso central (SNC) producido por cambios químicos cerebrales como la alteración de los neurotransmisores y el incremento anormal en la sincronización de la actividad eléctrica neuronal. (Manford, M., 2017). Al romperse el equilibrio de la sinapsis entre la neurotransmisión excitatoria y la inhibitoria se inducen descargas hipersincrónicas y, en consecuencia, crisis convulsivas visibles en un electroencefalograma.

- CLASIFICACIÓN

Debido al enfoque particular de esta investigación nos centraremos solo a las convulsiones generalizadas. Aunque existe una clasificación variada como lo son las convulsiones focales o parciales y las crisis epilépticas desconocida o idiopática.

CONVULSIONES GENERALIZADAS.

Se originan rápidamente dentro de la actividad neuronal anormal que sobresale repentinamente en ambos lados del cerebro. La cual puede causar pérdida del conocimiento, caídas o espasmos musculares masivos.

Sus subtipos son:

- *Crisis de ausencia:* Puede parecer que tiene la mirada fija en el espacio y puede haber espasmos musculares leves. Iniciando en la infancia o adolescencia y por lo regular son hereditarias. Algunos individuos exteriorizan movimientos sin sentido, como sacudidas bruscas de un brazo o parpadeo rápido de ojos. Con una incidencia tan frecuente de hasta 100 veces o más por día.
- *Crisis tónicas:* Generan rigidez de los músculos del cuerpo, generalmente aquellos de la espalda, las piernas y los brazos. Ojos en blanco, dificultad para respirar, contracción súbita
- *Crisis clónicas:* Causan movimientos bruscos repetidos de los músculos en ambos lados del cuerpo. Pérdida temporal de la conciencia, la vejiga puede vaciarse, salivación excesiva, respiración difícil.
- *Crisis mioclónica:* Originan movimientos bruscos o sacudidas en la parte superior del cuerpo, los brazos o las piernas.
- *Crisis atónicas:* Producen pérdida del tono muscular normal, lo que por lo general hace que la persona afectada se caiga o deje caer la cabeza en forma involuntaria.
- *Crisis tónico-clónicas:* Causan una combinación de síntomas, entre los que se incluyen, inicialmente por rigidez muscular (fase tónica), seguida inmediatamente movimientos bruscos incontrolables y repetidos en ambos brazos y piernas a la vez (fase clónica), pérdida temporal de la conciencia, ojos en blanco, dificultad al respirar, contracción súbita, la vejiga suele vaciarse, salivación excesiva, respiración difícil e incluso vómito y expulsión de heces. Generalización secundaria rápidamente progresiva. Dura aproximadamente pocos minutos. En el postictal se encuentra fatigado, confundido y somnoliento, por lo que se debe de

permitir descansar el tiempo necesario para recuperarse completamente. (Secretaría de Salud, 2015).

A pesar de los avances en las investigaciones científicas desde la genética molecular, neurofisiología, imagenología y psicofarmacología. La epilepsia conlleva a consecuencias neurobiológicas, sociales, psicológicas y cognitivas. Dañando las funciones superiores como la memoria, atención, aprendizaje, conducta, lenguaje, etcétera, lo que la convierte en una causa importante de discapacidad. Al paciente que ha convulsionado se le debe de realizar estudios de imagenología; por ejemplo, un electroencefalograma y una resonancia magnética.

Aun cuando distintos tipos de epilepsia requieren tratamiento de por vida para controlar las crisis, en algunas personas éstas desaparecen con el tiempo. Las probabilidades de que las crisis desaparezcan para siempre no son tan buenas para los niños o adultos con síndromes epilépticos graves, pero es posible que con el tiempo disminuyan o hasta desaparezcan. Esto es más probable si la epilepsia empezó durante la niñez, ha sido bien controlada con medicamentos o si se ha realizado una cirugía para extraer el área del cerebro donde están concentradas las células que emiten señales anormales. Las crisis se presentan de manera concurrente entre los individuos con TEA o deficiencia intelectual.

Por último, es necesario identificar el conjunto de síntomas específicos y la probable frecuencia de acuerdo con el lugar del cerebro en donde se originan, debido a las particularidades del caso que abordaremos por lo que nos enfocaremos en:

El síndrome epiléptico común de crisis focales breves que pueden ocurrir en serie. Puede afectar la parte del cerebro que controla el movimiento e involucra las crisis que pueden causar debilidad muscular o movimiento anormal descontrolado, como torsión y agitación de los brazos o las piernas, desviación de los ojos hacia un lado o muecas y, por lo general, se asocia con cierta alteración en el estado de conciencia. Las crisis generalmente ocurren cuando la persona está dormida, pero también pueden ocurrir mientras está despierta. Puede ocurrir crisis adicionales debido a un daño cerebral. Aunado a bajo o alto nivel de glucosa en sangre, alteraciones del sueño, problemas en la alimentación o estrés.

ESTUDIOS DE NEUROIMAGEN

Se deben de realizar en pacientes con una primera crisis no provocada. Aunque depende de la pericia del médico de urgencias. Las técnicas diagnósticas complementarias más importantes son:

Tomografía Axial Computarizada (TAC)

Evidencia alteraciones significativas. Es la modalidad de imagen de primera línea debido a su amplia disponibilidad en servicios de urgencias y a que permite la evaluación diagnóstica rápida en los pacientes con algún déficit neurológico agudo; especialmente para excluir causas vasculares o alguna situación que amerite tratamiento neuroquirúrgico urgente.

Electroencefalograma (EEG)

Registra la actividad eléctrica del cerebro que se detecta mediante electrodos que se colocan sobre el cuero cabelludo. El cual debe de realizarse mientras el paciente se encuentra somnoliento y despierto; debido a que la actividad cerebral durante el sueño y la somnolencia suele ser más reveladora de la actividad que se asemeja a la epilepsia. Por lo que permite observar los cambios a causa de las crisis convulsivas, el daño neuronal y las variaciones en los niveles de neurotransmisores, neuropéptidos y factores neurotróficos que ocurren en las regiones corticales como en la totalidad del cerebro causando deterioros neurobiológicos, sintomatología motriz, sensorial, cognitiva o psicológica que perturba la función diaria del individuo e incluso puede provocarle la muerte.

Considerando que no todo paciente que convulsiona lo volverá a hacer. Por otra parte, el riesgo de recaída en un paciente con una primera convulsión no provocada es de 36% en el primer año y de 45% en el segundo. En aquellos con alteraciones corticales en estudios de imágenes o actividad epileptiforme en el electroencefalograma, se eleva el riesgo hasta 60%. La falta de sueño y la estimulación visual son desencadenantes poderosos de las crisis epilépticas.

En las crisis no provocadas el riesgo global de recurrencia de una segunda crisis tras una primera en los pacientes categorizados como en riesgo alto según las guías de la Academia Americana de Neurología (AAN) son los siguientes (Vidal, 2018):

- Pacientes con algún daño o lesión estructural cerebral previo. Este grupo incluye las crisis condicionadas por infarto cerebral, traumatismo craneoencefálico, neuroinfecciones, parálisis cerebral y trastornos del desarrollo cognitivo
- Electroencefalograma con alteraciones epileptiformes
- Existencia de alguna alteración significativa en estudios de neuroimagen, es decir, que esa alteración es considerada la potencial causa de la crisis.

QUISTE ARACNOIDE RETROCEREBELOSO EN FOSA POSTERIOR

El Dr. Richard Bright en 1931, describe por primera vez a los quistes aracnoides cerebrales como quistes serosos (suero) en conexión o rodeados de capas de la aracnoides, en el volumen de *Enfermedades del Cerebro y el Sistema Nervioso*, en la sección “*Quistes serosos en la aracnoides*”. Consecutivamente adoptan denominaciones como meningitis serosa circunscrita, pseudotumores cerebrales o aracnoiditis crónica. En 1923, Demel, tras una revisión de la literatura, concluyó que el mejor tratamiento era la trepanación con drenaje o la exéresis (Vega-Sosa et al, 2010).

Antes de los años 70, solo se diagnosticaba cuando producían síntomas en el paciente. El diagnóstico se llevaba a cabo a través de la angiografía cerebral o por un neumoencefalograma.

No obstante, tras la introducción de técnicas de neuroimagen como la Tomografía Axial Computadorizada (TAC), la Resonancia Magnética (RM) y la Ultrasonografía (US), aumentó el número de casos diagnosticados con quistes aracnoideos. A vez, se concluyó

que en algunos casos no provocan síntomas. Lo que conlleva a realizar más estudios sobre sus causas y tratamiento.

Los quistes aracnoideos son lesiones extracerebrales que contienen en su interior líquido cefalorraquídeo, benignos, revestidos de una membrana aracnoidea y (Conde, 2015) su origen y clasificación es:



- Primario

De origen congénito, revestidos por una capa única de células aracnoideas dentro de una membrana vascularizada de colágeno, la cual quedó atrapada en la capa aracnoidea que protege al cerebro. Pueden encontrarse segmentados o libremente comunicados con el líquido de las cisternas basales.

- Secundarios

Desarrollados a causa de meningitis, traumatismos o hemorragias; en algunos casos su aparición es congénita; pueden llegar a mostrar signos de cambios inflamatorios previos, como gliosis (reacción de cicatrización y reparación del cerebro) o hemosiderina (pigmento de color amarillo, dorado o pardo y aspecto granuloso o cristalino que deriva de la hemoglobina cuando hay más hierro del necesario) en el cuerpo en las paredes. Se han

atribuido a un problema precoz en el desarrollo embriológico que también afectaría al cerebro adyacente, aunque los últimos estudios atribuyen el problema solo al desarrollo embriológico de la aracnoides (Conde, 2015).



QUISTE ARACNOIDE RETROCEREBELOSO O QUISTE LEPTOMENÍNGEO

Se ubica entre el cerebro y la membrana aracnoidea fina y transparente y es una de las 3 capas protectoras que rodean el cerebro. El líquido cefalorraquídeo circula entre ambas membranas (Vega-Sosa et al, 2010).

La mayoría de estos quistes se detecta en los primeros 20 años de la vida: entre 60 y 90% de los individuos tiene menos de 16 años

de edad; y se da en menor frecuencia en adultos y en ancianos. Aunque se han descrito en todas las edades, son característicos de la infancia, etapa en la que llegan a representar 1% de todas las lesiones intracraneales ocupantes de espacio (Vega-Sosa et al, 2010) e incluso en los últimos años, su incidencia se ha incrementado ligeramente del 1 al 3%, debido a la mejora en las técnicas de diagnóstico radiológico (Gelabert, Santín, Aran, & García, 2015). Es más frecuente en hombres que en mujeres, se manifiesta durante las primeras semanas de crecimiento del bebé dentro del útero o después de una lesión en la cabeza o traumatismo en el cerebro, así como en algunos casos se desconoce su origen.

Los quistes aracnoideos pueden aparecer en diferentes espacios a lo largo del neuroeje en las distintas áreas anatómicas donde existe aracnoides. Dos terceras partes se sitúan en el espacio supratentorial, la mitad (50%) en relación con la cisterna de Silvio. Otras localizaciones son la región supraselar (10%), la convexidad (5%), el interhemisferio (5%) y el espacio intraventricular (2%). El tercio restante se localiza en la fosa posterior,

principalmente los relacionados con el vermis y la cisterna magna (12%), aunque también se ubican en el ángulo pontocerebeloso (8%), la lámina cuadrigémina (5%) y el espacio prepontino (1%) (Vega-Sosa et al, 2010).

El pronóstico de estos tumores depende de algunas variables importantes: localización anatómica, edad y estado neurológico del paciente y la histopatología del tumor, la cual se establece a partir de la correlación con los estudios de imagenología; por ejemplo: La TAC que es un método de diagnóstico por excelencia. En donde, los quistes aracnoideos se observan como lesiones extraaxiales, con una densidad similar a la del líquido cefalorraquídeo, que no se modifica con la administración de medio contraste intravenoso. Y la Resonancia Magnética que es útil para la complementación diagnóstica al apreciar las relaciones anatómicas del quiste, su tamaño exacto y la existencia de compresión/agenesia de estructuras adyacentes; en donde los quistes se aprecian como lesiones con características similares a las del líquido cefalorraquídeo. Así como dichos estudios permiten observar la estructura del cerebro como un medio de contraste (tinte luminoso) para lograr una visualización detallada.

Es posible que no originen síntomas, y si prevalecen depende del tamaño, lugar en el encéfalo donde se encuentre, debido a que provocan el bloqueo de la circulación o flujo normal del líquido LCR aumentando la presión intracraneal (presión en el cerebro).

La sintomatología típica incluye:

- Cefalea
- Náuseas y vómito
- Vértigo o mareo
- Alteraciones auditivos o visuales
- Dificultades para mantener el equilibrio y caminar
- Convulsiones

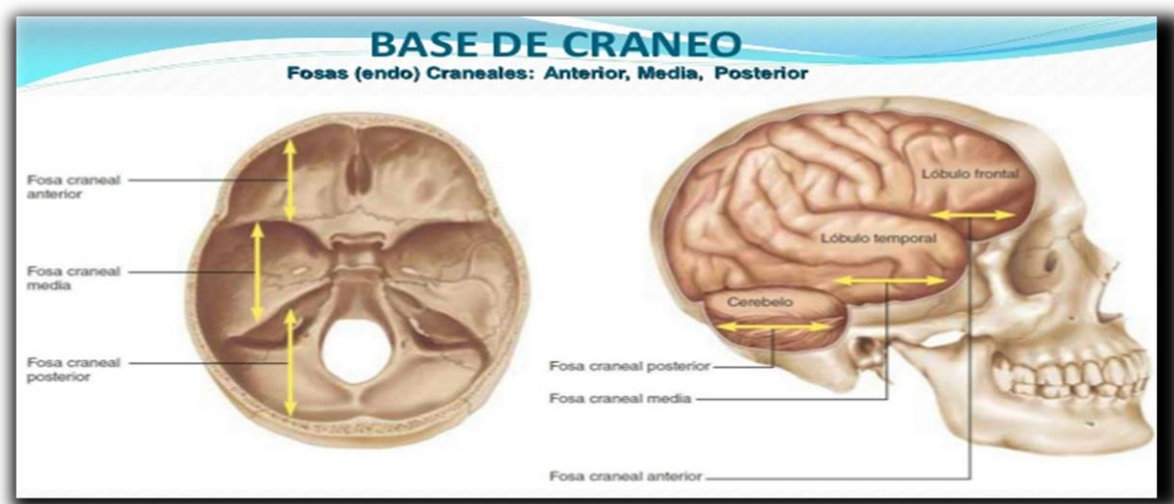
Su localización en su mayoría puede situarse en el espacio intracraneal o en la cavidad craneal, en especial en la Región de la cisura de Silvio. (Candela et al, 2015):

La sintomatología relaciona con la presencia del quiste aracnoideo en el SNC deriva del tamaño, de la velocidad de crecimiento, localización y de una posible alteración dinámica del LCR (líquido cefalorraquídeo) asociado (López, Martín & Iglesias, 2016). Por lo general este tipo de quistes suelen ser asintomáticos (no presenta síntomas) o paucisintomáticos (escasa o poca sintomatología) y no ser necesario el tratamiento quirúrgico. Aunque no existe un consenso determinado, de ser inevitable un tratamiento farmacológico o quirúrgico; la función principal es la localización de la lesión.

QUISTE ARACNOIDEO RETROCEREBELOSO EN FOSA POSTERIOR

En la fosa posterior, se clasificaron los quistes aracnoideos retrocerebelosos de línea media o hemisférica y del ángulo pontocerebeloso. Pueden aparecer a cualquier edad, pero por lo general se hacen sintomáticos durante la lactancia y la edad preescolar, predominan en el sexo masculino y como regla se ubican en la línea media o hacia las porciones laterales.

Podrían ser secundarios a un defecto temprano en el desarrollo fetal. Los síntomas y signos más comunes son la hidrocefalia por obstrucción de la circulación del líquido cefalorraquídeo y las alteraciones cerebelosas como lo son las convulsiones, dependiendo del grado de compresión del cerebelo. Es necesario destacar que los quistes aracnoideos de fosa posterior situados en la línea media tienen que ser diferenciados de la malformación de Dandy Walker y de la megacisterna magna (Vega-Sosa et al, 2010).



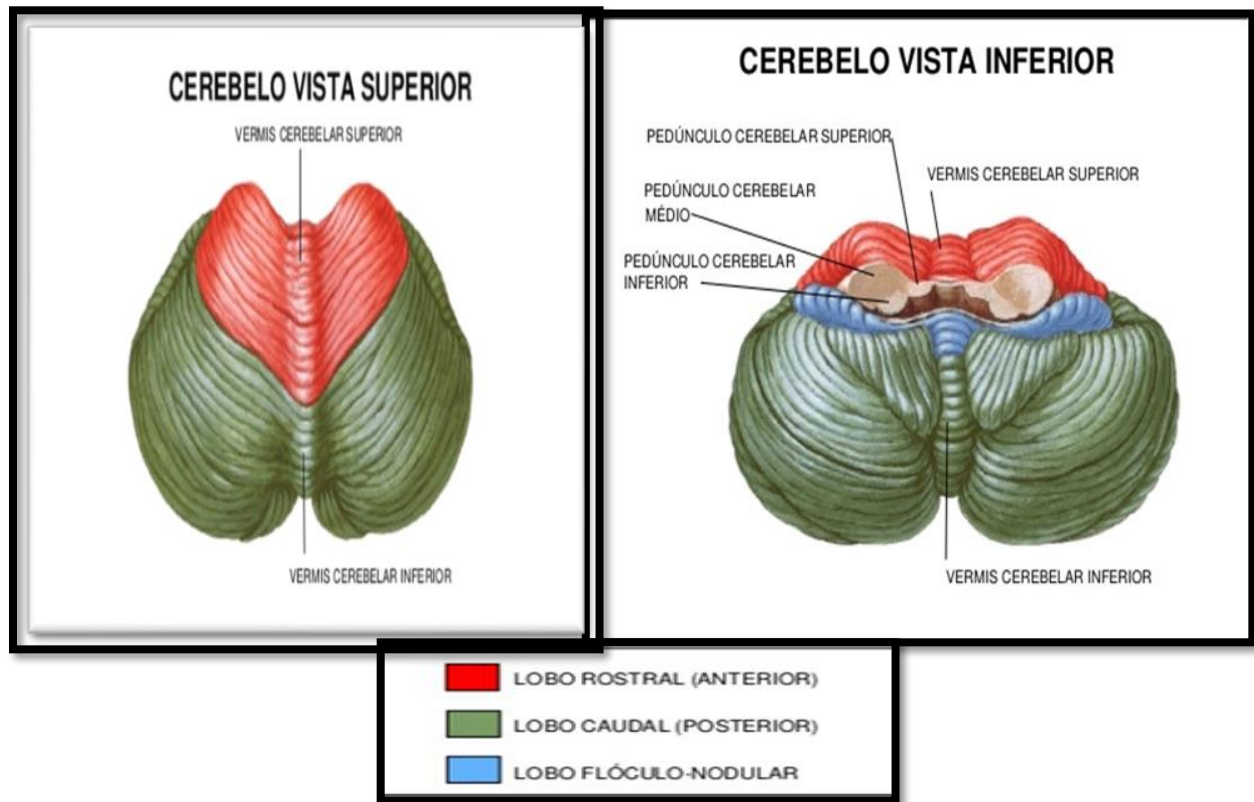
MEGACISTERNA MAGNA



Es una malformación congénita que puede presentar expansión posterior, inferior o lateral y es atravesada por vasos venosos innominados (Sartori & Sgarbi, 2019), más allá de los límites anatómicos y se comunica libremente con el espacio subaracnoideo perimedular.

Por lo que en su estructura aracnoidea, se concentra abundante LCR a nivel retrocerebeloso. Es la lesión quística más frecuente de la fosa posterior. Y al mismo tiempo es secundaria a un daño cerebeloso y pérdida de volumen; así como, la responsable de ocasionar más de la mitad de las malformaciones quísticas de la *Fosa Posterior*. (Orozco, et al 2015).

CEREBELO Y DESCRIPCIÓN DE LAS ALTERACIONES NEUROPSICOLÓGICAS.



El cerebelo o pequeño cerebro, palabra proveniente del griego *cerebellum* (Cabezas, 2015) desempeña un importante papel en el control de la actividad motora voluntaria, tanto en la planificación como en la corrección del acto motor (Arreguín-González, et al, 2014) Por lo que se consideraba que la tarea del cerebelo era, básicamente, el equilibrio y coordinación de los movimientos simples y complejos y, en general, de que los músculos del cuerpo respondan de manera fiel y eficaz a las órdenes que emite el cerebro. Pero años después, se descubrió una relación estrecha con las funciones neurológicas superiores, en especial con los procesos cognitivos complejos relacionados con la memoria y el lenguaje (Arriada-Mendicoa, et al, 1999).

Debido a la ubicación del quiste aracnoide retrocerebeloso y la megacisterna magna, es necesario enfatizar aspectos de suma importancia sobre el cerebelo. En donde, las masas ocupantes del espacio de la fosa posterior originan algunas alteraciones neuropsicológicas en cuanto a las alteraciones motoras y deterioro de las funciones cognitivas.

En el 2016, se publicó un interesante artículo en el *Journal of Neurology* donde el doctor Jeremy D. Schmahmann, de la Facultad de Medicina de Harvard y director de la Unidad de Ataxia del Hospital General de Massachusetts, reveló algo impactante: “El cerebelo es clave en nuestros procesos cognitivos”. Así como describe el síndrome que lleva su nombre y destaca otros hallazgos de las implicaciones cognitivas del daño cerebeloso. (Hoche, et al, 2018). Schmahmann generó uno de los más grandes aportes que ha recibido el estudio del cerebelo en los últimos veinte años; defendiendo y postulando un cambio en la visión de la arquitectura funcional del cerebelo y aclarando que las funciones cognitivas superiores, específicamente aprendizaje y memoria; se ven determinados por la ejecución del cerebelo, el que debe ser estudiado, tanto por la psicología cognitiva como por las técnicas de neuroimagen. Confirmando que el cerebelo se veía implicado en tareas no motoras de aprendizaje y de fluidez verbal, llegando incluso a relacionarlo con el aprendizaje, pensamiento y emociones; mediante la activación de las zonas paralímbicas, arquicerebelo y vermis, planteando la hipótesis de una nueva topografía y arquitectura cerebelosa.

Esta teoría la desarrolló después de su amplia práctica clínica. En donde observó a 20 pacientes con daño en el cerebelo que presentaban déficits clínicamente significativos en los dominios cognitivos de la función ejecutiva, la cognición visual-espacial, el procesamiento del lenguaje y desregulación del afecto. Reafirmando que las deficiencias ejecutivas, lingüísticas, visuales espaciales y afectivas / neuropsiquiátricas caracterizan las alteraciones de la función superior en pacientes con lesión cerebelosa. Enfatizando las siguientes deficiencias en cada área (Hoche, et al, 2018):

No sin antes destacar el término “*funciones ejecutivas*” propuesto por primera vez por Lezak en 1982, quien las definió como las capacidades necesarias para llevar a cabo una conducta eficaz, creativa y socialmente aceptada (Rodríguez, et al, 2011). Actualmente se conceptualizan como un conjunto de habilidades cognoscitivas que tienen por objetivo la adaptación de la persona a situaciones nuevas y cambiantes. Por lo tanto, van más allá de conductas habituales y automáticas.

- **Función Ejecutiva**

Planificación deficiente, razonamiento abstracto y memoria de trabajo con alteración del cambio motor o ideológico, perseveración de acciones o dibujos y

disminución de la fluidez verbal a veces con un habla telegráfica tan severa para parecerse al mutismo.

- **Función Lingüística**

En el lenguaje se observan déficits en fluidez verbal, habla telegráfica y mutismo. Por lo que el cerebelo contribuye a la percepción del habla y lenguaje, planificación motora del habla, el procesamiento de sintaxis (producción de palabras derivadas) y la dinámica de la producción, lectura y escritura del lenguaje. Y una comprensión limitada de la metáfora, la ambigüedad y la inferencia, y la generación de oraciones gramatical y sintácticamente correctas según el contexto.

- **Función Espacial Visual**

Al dibujar no se ordena secuencialmente y la conceptualización de las figuras es desorganizada.

- **Memoria y Aprendizaje**

Las alteraciones de la memoria incluyen la memoria de trabajo y la eficiencia de la recuperación de información previamente aprendida; por lo que el cerebelo tiene un papel importante en el control ejecutivo de la memoria relacionado con la contribución cerebelosa a las funciones de búsqueda, en lugar del almacenamiento de información. Por lo que mientras que los aspectos ejecutivos de la memoria (velocidad y precisión de recuperación) parecen estar bajo la influencia del cerebelo, el almacenamiento de recuerdos declarativos parece escapar de la influencia cerebelosa. Desde esta perspectiva, en un paciente con enfermedad cerebelosa, la pérdida de memoria (incapacidad para recordar palabras de elección múltiple) debe considerarse como una señal de alerta que apunta a una base no cerebelosa del deterioro de la memoria.

Por lo que los pacientes cerebelosos experimentan déficits en el control atencional, control emocional, síntomas del espectro autista, síntomas del espectro psicosis y habilidades sociales deficientes (Hoche, et al, 2018). Las habilidades ejecutivas nos permiten manejar nuestras emociones y monitorizar nuestros pensamientos para trabajar más eficiente y efectivamente. Es decir, estas habilidades nos permiten regular nuestra conducta. La capacidad para construir, lograr cambios, y lograr metas a través del uso del máximo nivel de las funciones cognitivas, llamadas funciones ejecutivas.

Por lo que la psicología cognitiva establece los principales métodos de evaluación e interpretación del procesamiento cognitivo en pacientes con lesiones cerebelosas y aportando metodológicamente la articulación del cerebelo como ejecutor de funciones cognitivas. Esta nueva rama, impulsó el interés en relacionar el cerebelo con atención, aprendizaje, lenguaje y los distintos tipos de memoria lo que permite afirmar mediante los estudios revisados, la relación directa entre el cerebelo y memoria implícita (Cabezas, 2015). Señalando por qué pacientes con síndromes cerebelosos o con lesiones focalizadas presentan problemas de codificación, almacenamiento y evocación de información relacionada con este tipo de memoria, por lo que han presentado dificultades en la ejecución de evocación implícita que derivan en problemas de habilidades y aprendizaje previos, relacionados en diversas ocasiones con la memoria de trabajo, evidenciando la función ejecutiva del cerebelo sobre los procesos cognitivos relacionados a los distintos tipos de memoria. Esto puede implicar, que los estudios realizados con estos pacientes, no sean inclusivos desde la neurología y neuroimagen, sino que también desde la neuropsicología, relevando al menos los aspectos funcionales y de rehabilitación de pacientes con lesiones cerebelosas a programas ocupacionales y de entrenamiento en memoria.

Aunque el funcionamiento ejecutivo es un concepto central de la psicología cognitiva; en años recientes se han realizado estudios de la memoria de trabajo y de las funciones ejecutivas, ya que es determinante para comprender el perfil cognitivo de los individuos con DI, así como para la implementación de programas apropiados de intervención. La revista *Journal of Intellectual Disabilities Research* publicada en abril del 2010 un número especial sobre memoria de trabajo y funciones ejecutivas en la discapacidad intelectual. (Rodríguez, et al, 2011) es un ejemplo de ello. Además, desde un punto de vista aplicado las funciones ejecutivas son objeto a considerar debido a que orientan a la intervención y tratamiento clínico y prácticas educativas, ya que dichas funciones intervienen en mayor o menor grado con el funcionamiento cotidiano, la inteligencia y el rendimiento académico.

TRATAMIENTOS

El objetivo del tratamiento es desarrollar al máximo el potencial de sus aptitudes y actitudes del individuo. Por lo cual; ya diagnosticada la DI; por ejemplo, en el caso del Síndrome de Down, es viable iniciar la estimulación temprana y la educación especial desde la lactancia. Incluyendo destrezas sociales para fomentar un desempeño y adaptación lo más eficaz posible.

Como evaluación psicológica y médica de especialidades con la finalidad de descartar o identificar evidencias de otras patologías de salud mental y/o física.

Teniendo en cuenta la sintomatología y etiología, para diagnosticar la discapacidad intelectual es necesario aplicar un test que evalúe el coeficiente intelectual (CI) y una escala de conducta adaptativa. Y, una vez realizada la detección, se deben de analizar las opciones de tratamiento y apoyos requeridos tanto para el individuo como para la familia para alcanzar su máximo potencial desde una edad temprana y durante toda su vida.

El tratamiento depende del nivel, deficiencias y necesidades particulares de cada individuo.

Algunas de las terapias empleadas son:

TERAPIA COGNITIVA-CONDUCTUAL O TCC

Postula que las cogniciones (creencias, pensamientos, expectativas, atribuciones, etc.) son las causas de los problemas emocionales y conductuales, y aún más, que cada trastorno tiene su condición por no decir déficit o disfunción cognitiva específica (Moreno, 2012).

Actualmente la TCC es una intervención psicoterapéutica efectiva para la ira y las conductas agresivas en individuos con discapacidad intelectual (Calderón y Caballo, 2018) como una terapia factible y bien tolerada para reducir los síntomas de depresión y trastornos de ansiedad en personas con discapacidad intelectual moderada.

En la psicología clínica, aproximadamente hace 20 años emergieron terapias cognitivo-conductuales de la tercera generación o tercera ola. Dentro de las cuales se encuentra mindfulness, qué es el estado de conciencia que emerge a través de prestar atención en el momento presente, intencionalmente y sin juzgar, al despliegue de la experiencia momento a momento (Calderón y Caballo, 2018). Por lo que se han

desarrollado tratamientos psicológicos que se basan o incluyen el mindfulness entre sus técnicas. Con el objetivo general de producir un cambio en la relación de la persona con sus pensamientos y sentimientos, en vez de intentar cambiarlos o eliminarlos.

Una ventaja importante de este tipo de terapias con los individuos con discapacidad intelectual es que *los agentes externos* (padres, cuidadores, enfermeras, etc.) son los encargados de administrar las contingencias programadas. Con el mindfulness aprenden estrategias de autocontrol con las que la persona regula su propio comportamiento para alcanzar los objetivos deseados por ellos mismos y, además, se salvan los problemas de generalización y mantenimiento propios de las terapias conductual y cognitivo-conductual ya que los usuarios adquieren la capacidad de utilizar los procedimientos en múltiples contextos, proporcionándole autorrefuerzo inmediato ante las conductas encubiertas, los pensamientos y los sentimientos (Calderón y Caballo, 2018). Así como se deben de adaptar a las necesidades de los individuos con DI. Y por su parte, los agentes externos seleccionan las estrategias adecuadas a su capacidad cognitiva, enseñan a los individuos cómo utilizar esas estrategias, proporcionan apoyo y, en general, son su fuente de motivación.

Uno de los procedimientos de mindfulness más utilizados en el campo de la discapacidad intelectual ante las agresiones y la ira, los comportamientos sexuales inapropiados y las dificultades emocionales es la *Meditación en las Plantas de los Pies*. Debido a que proporciona estrategias de afrontamiento ante los problemas de conducta enseñando, a reconocer y aceptar los elementos precursores de la ira y la agresión, es decir, las emociones, sensaciones o pensamientos que activan una respuesta en el individuo y, posteriormente, desviar el foco de la atención desde esa emoción, sensación o pensamiento con una carga emocional a una parte neutra del cuerpo: las plantas de los pies. El resultado será el desvanecimiento de la ira o de la carga emocional de la situación (Moreno, 2012). Esta técnica se ha utilizado en combinación con otros procedimientos o como base de la terapia en sí misma, y fue inicialmente desarrollada para personas con trastorno mental grave, siendo utilizada posteriormente en población con discapacidad intelectual.

Por lo que este tipo de TCC ha demostrado que los individuos con DI limite, media y moderada pueden aprender y por lo tanto a beneficiarse de manera individual repercutiendo a nivel social, al promover su empoderamiento, el derecho a decidir y la igualdad.

TERAPIA OCUPACIONAL

Según la *Asociación Americana de Terapia Ocupacional* o **AOTA** (2014) la define como “El uso terapéutico de las actividades de la vida diaria (ocupaciones) con individuos o grupos, con el propósito de mejorar o permitir la participación en los roles, hábitos y rutinas en el hogar, escuela, lugar de trabajo, la comunidad, y otros ambientes”. Potencializando o supliendo las funciones físicas o psíquicas disminuidas o perdidas, y a vez, orientar y estimular el desarrollo de tales funciones” (Gómez, et al, 2019).

Los responsables de impartirlas son los profesionales de terapia ocupacional:

- Terapeutas Ocupacionales

Son los encargados de realizar una valoración de las capacidades o grado de independencia del paciente, estableciendo los objetivos que desarrollará en el plan de tratamiento a seguir. Así como continuamente evaluarán los resultados. Para potencializar habilidades utilizadas en la vida diaria como para mejorar su funcionalidad general, dando importancia a sus capacidades residuales (las que aún conserva).

Aplican su conocimiento de la relación transaccional entre el individuo, su participación en ocupaciones significativas, y el contexto para diseñar planes de intervención de carácter profesional para facilitar el cambio o crecimiento en las características del paciente (funciones corporales, estructuras corporales, valores, creencias, y la espiritualidad) y habilidades (motoras, de procesamiento y de interacción social) necesarios para la participación exitosa (AOTA, 2014).

Responsables de todos los aspectos de la prestación de *los servicios de terapia ocupacional*, de la seguridad y eficacia del proceso de prestación de estos servicios. Es decir, tienen que ver con el resultado final de la participación, permitiéndole a través de las adaptaciones y modificaciones del medio ambiente o de los objetos en el entorno cuando sea necesario.

- Asistentes de terapia ocupacional

Ofrecen servicios de terapia ocupacional, bajo la supervisión de y en colaboración con un terapeuta ocupacional (AOTA, 2014).

- Servicios de terapia ocupacional

Se proveen para la habilitación, rehabilitación y promoción de la salud, y el bienestar para los individuos con discapacidad y sin discapacidad. E incluyen la adquisición y preservación de la identidad profesional para aquellos que tienen o están en riesgo de desarrollar una enfermedad, lesión, trastorno, condición, deterioro, deficiencia, discapacidad, limitación en la actividad o restricción de la participación.

El proceso de la terapia ocupacional comprende la evaluación, intervención y seguimiento de los resultados en colaboración entre el terapeuta ocupacional, asistente de terapia ocupacional y el paciente.

El objetivo de la terapia ocupacional es evaluar las capacidades personales para el desempeño de las áreas ocupacionales diarias (básicas, instrumentales, educación, trabajo, descanso y sueño, participación social, y las de ocio) (AOTA, 2014). Valiéndose de las ocupaciones como instrumento terapéutico. Con la finalidad de que el individuo con DI alcance el mayor grado de autonomía posible y de inclusión en la sociedad. En donde el terapeuta interviene según la edad, patología y preferencias.

- Actividades Terapéuticas

Las se encuentran enfocadas en:

1. *Actividades de la vida diaria o AVD:*

Autocuidado: alimentación, higiene, vestido y deambulación; movilidad: por ejemplo, pasar de la cama a la silla de ruedas; habilidades sociales: relaciones paciente-familia, paciente-terapeuta, paciente-compañeros, etc., y habilidades instrumentales: entrenamiento de ortesis y ayudas técnicas, entrenamiento protésico.

2. *Juego.*

Con el fin del esparcimiento tanto mental como físico, aliviando el estrés y utilizando menos medicamentos, por ejemplo, musicoterapia, relajación, gimnasia, juegos de salón, televisión, etc.

3. *Trabajo.*

Se incluyen las tareas domésticas (regar plantas, limpiar el polvo, hacer camas), talleres protegidos (hacer un producto en serie), orientación y reorientación laboral.

- Funciones del Terapeuta Ocupacional

El terapeuta ocupacional a través de la aplicación de técnicas y la realización de actividades de carácter ocupacional capacita a los individuos con DI a desarrollar, recuperar, fortalecer o prevenir la pérdida de habilidades, tareas, rutinas o roles ocupacionales. Aunque el trabajo se debe de adecuar al tipo de individuo en cuestión, considerando que en los niños su principal trabajo es jugar y aprender y los terapeutas ocupacionales pueden evaluar las habilidades de los niños para jugar, desempeñarse en la escuela y realizar las actividades cotidianas, y ver si coinciden con lo que se considera adecuado para su edad desde el punto de vista del desarrollo.

De acuerdo con la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA), además de tratar el bienestar físico de una persona, los terapeutas ocupacionales se ocupan de los factores psicológicos, sociales y ambientales que pueden afectar el funcionamiento de diferentes maneras. Este enfoque convierte a la terapia ocupacional en una parte fundamental de la atención médica de algunos niños. (Arrigoni y Solans, 2018).

Los terapeutas ocupacionales pueden hacer lo siguiente:

- Ayudar a los niños a mejorar sus habilidades de motricidad fina para poder tomar y soltar juguetes, y desarrollar buenas habilidades de escritura
- Ocuparse de la coordinación entre los ojos y las manos para mejorar las habilidades escolares y de juego de un niño (dar en un blanco, batear una pelota, copiar del pizarrón, etc.)
- Ayudar a los niños con graves retrasos en el desarrollo a aprender tareas básicas (como bañarse, vestirse, cepillarse los dientes y comer)
- Ayudar a los niños con trastornos de la conducta a mantener un comportamiento positivo en todos los ambientes (por ejemplo, en lugar de golpear a otros, utilizar maneras positivas de enfrentar el enojo, cómo escribir acerca de los sentimientos o tomar parte en actividades físicas)
- Enseñarles a los niños con discapacidades físicas las habilidades de coordinación que necesitan para comer, usar una computadora o incrementar la velocidad y la facilidad de lectura de su escritura

- Evaluar la necesidad de que un niño cuente con un equipo especializado, como silla de ruedas, férulas, equipo de baño, dispositivos para vestirse o dispositivos para facilitar la comunicación
- Trabajar con niños con problemas sensoriales o de atención para mejorar su concentración y sus habilidades sociales

La Psicoterapia Y La Farmacoterapia son esenciales en el tratamiento de situaciones especiales en individuos con DI, una vez realizado el diagnóstico y conocido la problemática clínica.

PSICOTERAPIA

Se define como un método que trata los trastornos emocionales, de conducta y/o de personalidad basándose en una relación que se establece entre el paciente y el terapeuta, y emplea determinados métodos que se encuentran enraizados en una fundamentación teórica (Flores y Garvía, 2018). Por lo que forma parte de la intervención terapéutica necesaria para controlar y restaurar el equilibrio mental del individuo que se expresa a través de sus pensamientos y en su comportamiento. Independientemente de la DI, ya que es capaz de originar una relación empática adecuada con el psicoterapeuta.

El psicoterapeuta debe de adaptarse al nivel de desarrollo cognitivo y emocional del paciente; y a su vez escucharlo, comprenderlo y ayudarlo, aunque su déficit genere un obstáculo.

Considerando a la discapacidad y su relación con la salud mental, es posible indicar que, según la Organización Mundial de la Salud, “la depresión es una de las condiciones secundarias más comunes en las personas con discapacidad” (OMS, 2011). Esto quiere decir

que, al tener una condición médica de base, existe una alta probabilidad de generar un estado depresivo subyacente si es que no se interviene adecuadamente, lo cual con lleva a una reducción del funcionamiento, disminución de la calidad de vida, aumento de los costos de la atención médica, entre otros.

Por lo que, a través del modelo de la enfermedad, se utilizan diversos procedimientos verbales o no, la modificación de la conducta se produce en un ámbito de

estructuras y procesos psíquicos encubiertos y no manifiestos alcanzando a la conducta observable sólo como resultado de la modificación interior.

En el abordaje psicoanalítico e interpretaciones psicodinámicas se estima a la DI como un síndrome derivado de los procesos de otra naturaleza, motivacional o afectiva. Incluso desde premisas de la psicología objetiva y experimental se propone o sugiere que los individuos con DI se encuentran ante una deficiencia no tanto intelectual o aptitudinal sino estrictamente motivacional. Por lo que la disfuncionalidad se produce en los procesos de motivación y, por ende, afecta al desempeño antes que la aptitud. Desde la interpretación psicoanalítica el DI es un modo de resolución de conflictos del deseo que otras veces, en otros niños, se han resuelto en autismo o psicosis infantil, entonces aparece claro que el retrasado mental necesita, ante todo, no de aprendizaje, sino de psicoterapia, de una terapia que le restituya al reconocimiento del deseo y del otro como objeto del deseo, o, fuera ya del psicoanálisis, en enfoque genérico de psicología dinámica, que le devuelva a la plenitud de su capacidad para sentirse motivado, de su sensibilidad al refuerzo.

TERAPIA FARMACOLÓGICA.

Las terapias ya mencionadas se pueden complementar con el uso de psicofármacos, y si son bien empleados mejoran extraordinariamente su calidad de vida. Se dispone de intervenciones farmacológicas y psicológicas o la combinación de ambas como abordajes de primera elección para eliminar problemas emocionales y conductuales en la población con DI con la finalidad de aliviar o mejorar algunas de las llamadas conductas conflictivas. Se estima que entre el 14% y 30% de personas con discapacidad intelectual son medicadas con psicofármacos para manejar sus conductas agresivas en ausencia de otro trastorno psiquiátrico diagnosticado, aunque su efectividad es limitada (Novell, et al, s/f) por parte de la psiquiatría y/o neurología.

En el siglo XIX se inicia el uso de fármacos sedantes en los individuos con DI. Y a partir de los años 50, casi como tratamiento único, con fármacos que demostraron su eficacia para controlar los trastornos conductuales que actuaban sobre SNC (Psicótropo). Desde entonces, su uso se ha administrado más a la supresión de síntomas no específicos que a asociar sustancias conocidas con enfermedades de tipo mental. En muchos de los

casos, no se analiza debidamente la causa real del síntoma ni el conjunto del ambiente en el que aparece.

La causa de los trastornos conductuales en personas con discapacidad intelectual puede estar relacionada con enfermedades psiquiátricas, alteraciones orgánicas y enfermedades médicas o el resultado de un proceso de aprendizaje. Por ello, cuando evaluamos una conducta desafiante y antes de iniciar cualquier tratamiento, es importante determinar la finalidad de la misma para la persona. ¿Para qué le sirve? Así como las conductas no son excluyentes entre ellas; como una conducta puede servir a diferentes finalidades en un mismo individuo (reclamar atención, escapar de situaciones o demandas, tener acceso a materiales o actividades, o como mecanismo de autoestimulación) (Novell, et al s/f).

La función de los psicótopos o psicofármacos es actuar en:

- Las alteraciones del pensamiento (alucinaciones y delirios principalmente).
- Las alteraciones del estado de ánimo (afecto, estados de placer o displacer, etc.).
- Las alteraciones de la conducta (sobre todo si son graves y peligrosas, con riesgo para el propio sujeto o para los demás).

Su eficacia es el resultado de su acción sobre los "neurotransmisores", que son sustancias químicas del cerebro que intervienen en la transmisión del impulso nervioso. Las más conocidas son la noradrenalina, la serotonina y la dopamina. (Novell, et al, s/f). En algunas situaciones, la conducta surge a partir de una patología específica que se asocia a la DI. En la enfermedad dual, en otras palabras, la discapacidad intelectual a una enfermedad mental o epiléptica. Lo normal es que, conforme el problema neuropsiquiátrico mejore, la frecuencia e intensidad de una conducta conflictiva disminuya (Flores y Garvía, 2018). El problema o preocupación es evidente cuando la medicación tiene como único objetivo tratar la conducta; es decir, el síntoma y no la causa. Provocando el abuso inapropiado en la administración de los psicótopos al mantener al paciente excesivamente dormido o abotagado.

El tratamiento farmacológico permite tomar en consideración las medidas que van orientadas a los siguientes objetivos: (Flores y Garvía, 2018)

- Mejorar la calidad de vida del paciente y la familia;
- Favorecer la integración social;

-Desarrollar habilidades útiles y prevenir el deterioro cognitivo.

Siguiendo un orden jerárquico de prioridades

-Síntomas relacionados con la integridad física del paciente y de las personas próximas.

-Síntomas que generan un malestar subjetivo en el paciente.

-Síntomas que generan un malestar familiar.

-Síntomas que impiden el progreso educacional.

La población con DI requieren de la farmacoterapia por la mayor incidencia de problemas de salud física llamada multimorbilidad y sus distintivas características. Por lo que es viable conocer las características de los fármacos o psicótropos, la comorbilidad del diagnóstico de manera más específica, la causa de cambios de conducta o deterioro y la evolución positiva de fármaco.

La medicación psicofarmacológica:

-Actúa sobre la zona deseada, aunque afecta a otras áreas (efectos secundarios) que pueden ser irreversibles

-El médico especialista siempre debe de informar sobre las indicaciones terapéuticas y los efectos secundarios

-Debe de acompañarse para mayor efectividad de terapia psicológica

-Respetar las dosis y la medicación indicadas. Evitando la poca efectividad o perjudicar al paciente.

- Los Medicamentos más Frecuentes Prescritos en la Farmacoterapia

Pertenecen a las siguientes clases:

1. ANTIPSICÓTICOS

2. ANTIPARKINSONIANOS

3. ANTIDEPRESIVOS

4. ANSIOLÍTICOS

5. ANTIEPILÉPTICOS

6. ESTABILIZADORES DEL ESTADO DE ÁNIMO

7. FÁRMACOS PSICOESTIMULANTES (METILFENIDATO)

8. FÁRMACOS ANTAGONISTAS OPIÁCEOS

Debido al estudio de caso de Discapacidad Intelectual Moderada que presento y al tratamiento farmacológico que lleva como uso principal para tratar las comorbilidades y en específico para cada una de ellas de acuerdo con los criterios que se siguen para estos trastornos como lo son la epilepsia y el quiste aracnoide retrocerebeloso en la fosa posterior, tanto psiquiatría como neurología prescriben la medicación de antipsicóticos y antiepilépticos respectivamente. 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; por ejemplo, con la intervención psicosocial. 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 (Márquez, et al, 2011) Por lo que 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 de baja estimulación, experiencias de victimización temprana, trauma cerebral, etc.

- **Antipsicóticos**

Llamados también neurolépticos o tranquilizantes mayores. Su nombre viene de su utilización en las "psicosis". Gracias a su efecto sedativo pueden ser utilizados también para el control a corto plazo de la ansiedad, mientras investigamos y tratamos su causa. A diferencia de otras sustancias de tipo sedante, los antipsicóticos no poseen capacidad para generar adicción y será, por tanto, muy difícil que una persona busque afanosamente su consumo. Igualmente, estos fármacos pueden mejorar algunas de las manifestaciones que suelen aparecer en personas que sufren demencia como por ejemplo la ansiedad, la hiperactividad, los delirios y las alucinaciones (Novell, et al, s/f).

Los antipsicóticos se utilizan para el tratamiento de los trastornos psicóticos y con frecuencia se utilizan para el control de la conducta agresiva, la conducta autoagresiva y otros trastornos de conducta severos que no responden a otras estrategias de intervención (en este caso es aún más importante la monitorización del tratamiento, pues si no es efectivo debe retirarse). Entre ellos hay muy diversos tipos. Entre los nuevos neurolépticos,

o atípicos, el que se utiliza con más frecuencia por su eficacia en diversas indicaciones en personas con discapacidad intelectual es la **risperidona**. Debido a que minimiza las graves alteraciones de la conducta como son: Autoagresividad, hiperactividad y violencia.

Aunque el uso de psicotrópicos es frecuente en las personas con DI, se sabe muy poco de sus efectos colaterales, por lo que los pacientes con uso crónico deben tener una monitorización cercana. Los fármacos antipsicóticos atípicos como la risperidona son agentes que aminoran los síntomas de excitación psicomotriz, de automutilación y de agresividad. (Márquez, et al, 2011).

- **Antiepilépticos**

A menudo, los individuos con DI presentan una mayor incidencia de lesiones y daño cerebral, lo que puede provocar la aparición de epilepsia en una proporción tres o cuatro veces más alta que en la población general (APA,2013). Los fármacos antiepilépticos o anticomiciales se utilizan también en personas con discapacidad intelectual y epilepsia, si bien es preciso tener en cuenta que, en este grupo, la presentación, frecuencia y gravedad del trastorno epiléptico suele ser más grave. Este hecho suele provocar la necesidad de utilizar más de un tipo de medicación para controlarlo, con el consiguiente aumento de los efectos secundarios (Martorell, et al, 2011).

Se denominan antiepilépticos el grupo de fármacos, como lo es el Valproato de magnesio, utilizado para el tratamiento de las convulsiones que son el resultado de descargas eléctricas anormales de grupos de neuronas cerebrales.

Principales indicaciones:

- Tratamiento de las crisis convulsivas en la epilepsia.
- Tratamiento de los trastornos del estado de ánimo.
- Tratamiento de algunas formas de trastornos de la conducta.

MODELOS

ENFOQUE PSICOMÉTRICO

Históricamente se conoce como el primer enfoque psicológico de análisis del retraso mental o deficiencia mental. Cuyo objetivo es medir la detección temprana de la capacidad intelectual en los individuos, centrando la atención en los déficits, problemas o deficiencias que presenta el individuo con discapacidad intelectual. En donde fundamentalmente los problemas en el desarrollo cognitivo acorde a su edad de los individuos proceden de ellos mismos (causas orgánicas) y se considera su conducta como un síntoma o manifestación externa de una alteración subyacente, que puede ser orgánica, un defecto en la estructura o en el funcionamiento del sistema nervioso central, o bien una deficiencia en los recursos socioeconómicos y culturales del medio social en el que vive la persona.

Cabe resaltar, que los orígenes de la psicometría se encuentran estrechamente vinculada a la identificación y medición de la deficiencia mental. Los cuales fueron aportados por Binet al proporcionar una escala para medir la inteligencia, en la que precisó la disminución o déficit en la capacidad de aprendizaje de ciertos individuos. Por lo que la finalidad del proceso de diagnóstico desde el modelo psicométrico es: La descripción, clasificación y predicción del comportamiento del individuo.

A principios del siglo XX, se realizaron aportaciones de gran relevancia con algunas concepciones esencialmente psicométricas, entre las que destacan como el inicio las realizadas por el psicólogo francés Alfred Binet (1857-1911) en donde categorizó la inteligencia como un sistema de acciones cognitivas (comprensión, memoria, imaginación y lenguaje) que funciona como un órgano biológico y no como un rasgo o capacidad.

En París, en 1904, el Ministro francés de Instrucción Pública, Joseph Chaumié, creó una Comisión Interministerial para analizar la situación en los centros escolares. En donde Binet formó parte de dicha Comisión, cuya finalidad era fijar las condiciones de escolarización para los alumnos con deficiencia mental. La idea era establecer unas clases especializadas para los niños de entre seis y dieciséis años con este tipo de déficit. Esto

planteaba la necesidad de idear un sistema diagnóstico para discriminar entre los niños normales y aquellos que padecían un cierto grado de retraso intelectual.

En 1905, a Binet en colaboración con el médico Theodore Simon (1873-1961), se le encomendó la tarea, de elaborar la primera versión de la Escala de Medida de la Inteligencia Binet-Simon, llamada pomposamente test mental. La cual fuera capaz de detectar desde los primeros años a los niños que por su escasa inteligencia no podía beneficiarse de la educación escolar ordinaria. Caracterizada por incluir pruebas más complejas, destinadas a explorar procesos mentales de orden superior, tales como la memoria, las imágenes mentales, la comprensión, vocabulario o el juicio.

El test consistía:

- De 30 ítems,
- Puntuados como acierto o error
- Se combinaban pruebas sensoriomotrices (coordinación visual, motora, etc.) con otras, en mayor número, de carácter cognoscitivo (memoria, discriminación de información, pensamiento divergente, etc.).
- La correcta resolución de muchas de las tareas requería la coordinación de habilidades físicas e intelectuales.
- La mayor complejidad de los ítems supuso un avance sustancial en la evaluación de la inteligencia dentro del contexto clínico.
- La escala estaba destinada a niños de entre tres y doce años.
- Los elementos se encontraban dispuestos en orden ascendente de dificultad, acompañándose de cuidadosas instrucciones para su aplicación.

La prueba revisada resultó útil no sólo para distinguir a los niños retrasados de los normales, sino también para detectar las diferencias de nivel en los niños con una inteligencia normal. Por lo que Binet y Simon propusieron que todos aquellos niños cuya edad mental fuera de más de dos años inferior a su edad cronológica fueran clasificados como retrasados mentales. Las pruebas basadas en el modelo de Binet fueron las de mayor aceptación para medir la inteligencia durante muchos años (González, 1997).

En 1912, Stern hizo notar que una diferencia de dos años no es igual en todas las edades. Así, esa diferencia en un niño de 3 años es más grave que en uno de 13 años. Para

solucionar este problema propuso que la deficiencia de la inteligencia se determinará mediante una razón y no restando la edad mental de la edad cronológica.

La fórmula que propuso fue la siguiente:

$$\text{Edad Mental (EM) Cociente de Inteligencia (CI) = } x \text{ } 100 \text{ Edad Cronológica (EC)}$$

Por otro lado, la escala de Binet fue introducida en los Estados Unidos por H. H. Goddard (1866- 1957), director del Laboratorio del Centro de Formación para Débiles Mentales en Vineland, Nueva Jersey. Goddard tradujo al inglés los tests de 1905 y 1908, aplicándolos tanto a niños de su institución como a otros de escuelas públicas. La Asociación Americana para el Estudio del Débil Mental asumió estas pruebas como principal criterio para el diagnóstico y clasificación de deficientes mentales en edad escolar. Mientras que la aportación de Goddard se redujo a la traducción de la escala, su difusión y desarrollo en Norteamérica se debe, en gran parte, a Lewis M. Terman (1877-1956). Terman, profesor de la Universidad de Stanford, llevó a cabo la revisión más extensa y completa de las escalas de Binet: evaluó a más de 2300 niños y adolescentes de diferentes edades, eliminó algunos ítems e incorporó otros nuevos, aplicó los procedimientos de estandarización más avanzados del momento e incorporó el concepto de CI desarrollado por W. Stern en 1911. La escala se normalizó de modo que el CI del sujeto medio fuese 100 para cada nivel de edad. La adaptación de Terman en 1916, conocida desde el principio con el nombre de Stanford-Binet, pronto se impuso sobre los tests de inteligencia de la época, incluidas otras versiones norteamericanas de las escalas de Binet y Simon (Mora, Martín, 2007).

Dos dificultades básicas se presentaban al usar el CI en relación con el retraso mental:

1. No tiene sentido su utilización cuando la inteligencia deja de evolucionar, ya que nos encontraríamos que el CI disminuye al aumentar la EC

2. Un mismo CI perteneciente a sujetos de EC diferentes no tiene el mismo significado psicológico.

En 1955, Wechsler para superar estas dificultades introdujo el concepto de “CI” (Cociente Intelectual) de desviación”, basándose en el supuesto de que la inteligencia se distribuye de acuerdo con la curva normal. En las escalas de Wechsler el CI medio es de 100 y la desviación típica de 15. En la última revisión del Stanford-Binet realizada por Terman y Merrill en 1960 utilizan como CI medio 100 y desviación típica 16.

Binet desarrolló una concepción de la inteligencia más centrada en sus productos que en sus constituyentes básicos. Dando apertura al enfoque psicométrico y punto de referencia absoluto para el diagnóstico y clasificación de los individuos con discapacidad intelectual. A partir de este momento empieza a comprobarse una eficacia parcial de las pruebas psicométricas y se comienza a utilizar junto a las mismas un nuevo criterio diagnóstico basado en las dificultades de adaptación social, lo que llevará a que las definiciones de la época se encuentren marcadas por el énfasis en alguno de ambos factores. (Beizama, García, Almenara, Larrañaga, Romero & Horcajo, 2016.)

Las escalas de inteligencia se utilizan en el ámbito escolar, con la finalidad de detectar posibles déficits mentales, trastornos del desarrollo o casos de sobredotación intelectual. La identificación y diagnóstico de alumnos con necesidades especiales, está destinada a facilitar los recursos organizativos, materiales y humanos necesarios para ajustar la respuesta del sistema educativo a dichas necesidades. Es decir, para medir cuantitativamente los factores que componen a la inteligencia como lo son la comprensión y el razonamiento a partir de los resultados evaluados en el desempeño escolar.

El enfoque psicométrico de la inteligencia humana comienza a emplear instrumentos científicamente elaborados para medir el razonamiento abstracto (Fragoso, 2015). Aunque se han efectuado innumerables traducciones, revisiones y adaptaciones, las escalas más reconocidas son la Stanford-Binet y la Nueva Escala Métrica de Inteligencia.

Dicho enfoque fue extendiéndose y como consecuencia de ello han ido apareciendo toda una serie de pruebas, no sólo para evaluar la inteligencia, sino también otras aptitudes como el lenguaje, el razonamiento, la memoria, etc. En términos psicométricos se identifica el retraso mental cuando un sujeto se ubica dos desviaciones estándar por debajo de la media de su correspondiente población, lo que equivale a un CI inferior a 70.

Los instrumentos psicométricos desarrollados para el diagnóstico basan su predicción en el nivel de ejecución manifestado por los sujetos en un momento concreto y se mide la capacidad global en términos de producto. Por lo que el análisis psicométrico está en todas sus variedades, de cociente intelectual u otras, se limita a describir, a medir, y nada dice sobre el posible tratamiento o intervención que pudiera contribuir a mejorar las aptitudes. (Sanabria, 2013)

Desarrollado en categorías cuantitativas y descriptivas de la capacidad intelectual de los individuos a través de instrumentos, test o pruebas. A su vez, los resultados de estas pruebas siguen mediciones que describen y compendian en cifras el grado de inteligencia o deficiencia mental y las actitudes primarias. Las más populares de estas cifras han sido, primero, la *edad mental*, y, más tarde, el *cociente intelectual*, que, por otra parte, en la actualidad responde no tanto a su originario sentido de un cociente, entre la edad mental y la cronológica, cuanto a una construcción psicométrica elaborada a partir de una postulada distribución normal de la inteligencia, con media en valor de 100 y desviación típica 15. (Sanabria, 2013).

MODELO REHABILITADOR O MODELO MÉDICO

El modelo médico se desarrolla a finales del siglo XVIII y comienzo del siglo XIX. Centra su atención en la discapacidad; en otras palabras, en lo que el individuo *no* es capaz de realizar. Produciendo la subestimación hacia sus propias aptitudes y un trato social basado en la actitud paternalista, asistencial y caritativa guiada hacia sus deficiencias (Albarrán, 2015). Cuyas principales características son:

- Las causas para fundamentar la discapacidad son médicas-científicas. Haciendo alusión a la terminología de “enfermedad” o “ausencia de salud”.
- En la medida de lo posible en que los individuos con discapacidad sean rehabilitados o normalizados se asimilaran como valiosos y capaces para aportar a la sociedad. Iniciando el “proceso de normalización”.

Cabe destacar, que el fundamento de dicho modelo es justificar la discapacidad de nacimiento o adquirida desde un contexto científico. Considerando la discapacidad como el resultado de una desviación o enfermedad física, mental o sensorial de la normalidad biomédica y a la que hay que dar solución con medidas terapéuticas o rehabilitadoras (Garay y Carhuacho, 2019) por lo que requiere de cuidados clínicos y tratamiento individualizados orientados a la mejora, cura o un cambio. Es decir, con un objetivo principal la normalización comprendida desde lo estándar y normativo de la sociedad; apoyado de herramientas como la educación especial. Con la finalidad de que individuo con discapacidad pueda obtener un valor y aportar a la sociedad.

- **Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF).**

El modelo médico se fortaleció a través de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías; Manual de clasificación de las consecuencias de la enfermedad (CIDDM) en 1980 de la Organización Mundial de la Salud. Años después, el 22 de mayo de 2001 recibe el nombre definitivo hasta la actualidad de Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud”, con las siglas CIF. Como un período de aplicación que supera los veinte años y de revisión de casi una década El CIF permitió la distinción entre: (Jiménez, 2016)

- **Deficiencia**

De acuerdo al CIF, es la anormalidad o pérdida de una estructura corporal o de una función fisiológica. Las funciones fisiológicas incluyen las funciones mentales. Con “anormalidad” se hace referencia, estrictamente, a una desviación significativa respecto a la norma estadística establecida (ej. la desviación respecto a la media de la población obtenida a partir de normas de evaluación estandarizadas) y sólo debe usarse en este sentido. (OMS, 2001). Exteriorizando directamente las secuelas del tipo y grado de discapacidad en el individuo. Algunos ejemplos de deficiencias son la sordera, ceguera o parálisis; en el ámbito mental, el retraso mental y la esquizofrenia crónica, entre otras.

- **Discapacidad**

En el CIF (OMS, 2001) se cataloga como un término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales).

Ejemplos de discapacidades son las dificultades para ver, oír o hablar normalmente; para moverse o subir las escaleras.

- **Minusvalía**

Según Egea y Sarabia (s/f) la conceptualizan como una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de su edad, sexo o factores sociales y culturales). Esto es, una socialización problemática por parte del individuo con discapacidad.

ENFOQUE DE LA AMERICAN ASSOCIATION ON INTELLECTUAL AND DEVELOPMENTAL DISABILITIES (AAIDD)

En 1876, se fundó La Asociación Americana de Retardo Intelectual (*American Association of Mental Retardation*) **AAMR** como principal Organización a nivel profesional para atender a los individuos con discapacidades cognitivas significativas o intelectuales en los Estados Unidos. En enero de 2007, cambió su nombre a Asociación Americana sobre la Discapacidad Intelectual y el Desarrollo **AAIDD** (*American Association on Intellectual and Developmental Disabilities*). (Peredo, 2016).

En 1959, publica su primer manual de terminología y clasificación de la DI. Lo que permitió explicar de manera precisa el término, establecer el significado y límites sobre la DI. La definición oficial que se brindó es:

“El retraso mental consiste en un rendimiento intelectual general inferior a la media, que se origina durante el periodo de desarrollo y que se asocia con discapacidades en la conducta adaptativa”. (Peredo, 2016).

Revisada ligeramente hasta 1961. La cual perduró hasta 1983, cuando la AAMR publicó su siguiente manual; donde efectuó pequeños ajustes a la terminología de la DI:

"El retraso mental consiste en un rendimiento intelectual general significativamente inferior al promedio, que se relaciona o está asociado con discapacidades de la conducta adaptativa y que se manifiesta durante el período del desarrollo". (American Association on Mental Retardation, 1983).

En 1992, la 9ª edición de la AAIDD significó un gran cambio de paradigma en la concepción tradicional utilizada en las décadas anteriores. Rechazando una concepción reduccionista basada solamente en las características o "patología" del individuo. Proponiendo una concepción interaccionista en la cual el ambiente desempeña un papel sustancial.

"Retraso mental hace referencia a limitaciones sustanciales en el funcionamiento actual. Se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, que generalmente coexiste junto a limitaciones en dos o más de las siguientes áreas de habilidades de adaptación: comunicación, autocuidado, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, tiempo libre, y trabajo. El retraso mental se ha de manifestar antes de los 18 años de edad." (Luckasson et al., 1992)

En 2002, la AAMR emite una definición más simplificada de la DI:

"Retraso mental es una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa tal como se ha manifestado en habilidades prácticas, sociales y conceptuales. Esta discapacidad comienza antes de los 18 años" (Luckasson y cols., 2002).

Por lo que, en la definición de 1959 resalta las dificultades de los individuos con DI en lo que respecta a la adaptación a su entorno y particularmente relaciona las dificultades de adaptación con la DI. En cambio, las definiciones de 1983 y de 2002 destacan que los factores cognitivos y el comportamiento deben de estar presentes en forma significativa; así como, la discapacidad del rendimiento intelectual y la conducta adaptativa deben de

aparecer durante el periodo de desarrollo que comprende desde el nacimiento hasta los 18 años.

Retomando la definición actual de la AAIDD establecida en 2002; pondré énfasis en dos puntos fundamentales:

1. La DI implica problemas en la conducta adaptativa y no sólo del funcionamiento intelectual, y
2. El funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa de los individuos con DI se puede mejorar.

Enfocándose en la 11^a edición. Consideradas para la aplicación operativa de la definición de DI, el establecimiento de las siguientes cinco premisas esenciales: (Verdugo y Schalock, 2010)

- 1) Las limitaciones en el funcionamiento presente deben considerarse en el contexto de los ambientes comunitarios típicos de los iguales en edad y cultura
- 2) Una evaluación válida considera la diversidad cultural y lingüística, así como las diferencias en la comunicación y aspectos sensoriales, motores y de comportamiento.
- 3) En un mismo individuo, las limitaciones coexisten a menudo con puntos fuertes en su capacidad en la vida diaria.
- 4) Un propósito importante de describir limitaciones es desarrollar un perfil de necesidades de apoyos. (Peredo, 2016)
- 5) Si se mantienen apoyos personalizados apropiados durante un largo periodo, el funcionamiento en la vida de la persona con DI generalmente mejorará.

De acuerdo a los continuos cambios significativos en los últimos 50 años con respecto a la definición de la DI. Las premisas son una parte explícita de la definición, debido a que aclaran el contexto en el cual la definición se plantea y a la vez indican como debe de ser aplicada. Por lo que en las prácticas profesionales el uso adecuado de la

categoría diagnóstica de la DI en los contextos escolares y en la adultez requiere conocer y tener en cuenta tanto la definición y estas cinco premisas. Así como, para conformar parte importante de los estándares profesionales del funcionamiento de los equipos interdisciplinarios y repercusión en las normas legales al momento de establecer los criterios para el diagnóstico y la elegibilidad para obtener beneficios y apoyos. (Verdugo y Schalock, 2010).

En 2011, su 11ª edición de la AAIDD actualmente en vigor, sustituye el término “*retraso mental*” por el de “*discapacidad intelectual*”; el cual es más integrador, y menos peyorativo a juicio propio, dejando el resto de la definición exactamente igual a la del año 2002.

“Discapacidad intelectual es una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa, tal como se ha manifestado en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad comienza antes de los 18 años”. (Schalock et al., 2010).

Así mismo nos enfocaremos en la 11ª edición. Considerada en la aplicación operativa de la definición de DI, el establecimiento de las siguientes cinco premisas esenciales: (Verdugo y Schalock, 2010)

- 1) Las limitaciones en el funcionamiento presente deben considerarse en el contexto de los ambientes comunitarios típicos de los iguales en edad y cultura,
- 2) Una evaluación válida considera la diversidad cultural y lingüística, así como las diferencias en la comunicación y aspectos sensoriales, motores y de comportamiento,
- 3) En un mismo individuo, las limitaciones coexisten a menudo con puntos fuertes en su capacidad en la vida diaria,
- 4) Un propósito importante de describir limitaciones es desarrollar un perfil de necesidades de apoyos (Peredo, 2016),
- 5) Si se mantienen apoyos personalizados apropiados durante un largo periodo, el funcionamiento en la vida de la persona con DI generalmente mejorará.

Por otro lado, de acuerdo a los continuos cambios significativos en los últimos 50 años con respecto a la definición de la DI. Las premisas son una parte explícita de la definición, debido a que aclaran el contexto en el cual la definición se plantea y a la vez indican como debe de ser aplicada. Por lo que en las prácticas profesionales el uso adecuado de la categoría diagnóstica de la DI en los contextos escolares y en la adultez requiere conocer y tener en cuenta tanto la definición y estas cinco premisas. Así como, para conformar parte importante de los estándares profesionales del funcionamiento de los equipos interdisciplinarios y repercusión en las normas legales al momento de establecer los criterios para el diagnóstico y la elegibilidad para obtener beneficios y apoyos. (Verdugo y Schalock, 2010).

Otras de las modificaciones que ha sufrido este modelo desde la 9ª edición es que la AAIDD dio la apertura del enfoque multidimensional, y se introdujo el concepto de apoyos. En la 10ª edición se revisó y mejoró el enfoque multidimensional propuesto, introduciendo de forma significativa la dimensión de participación, se profundizó en el modelo de apoyos que pasó a ser sustancial en el modelo teórico propuesto, y se matizaron y modificaron aspectos esenciales del entendimiento de la clasificación y los criterios a utilizar según su finalidad.

- ENFOQUE MULTIDIMENSIONAL DEL FUNCIONAMIENTO HUMANO

Dentro del *Enfoque Multidimensional* de la discapacidad, centrado en el individuo, y contemplando tanto las capacidades como las restricciones, como permitiendo a su vez identificar los apoyos que precisa la persona y en el que conceptos como el de participación o el de entorno adquieren una importancia crucial para comprender el funcionamiento de una persona (Crespo, Campo y Verdugo, 2003).

Dejando atrás sistemas de clasificación que contemplen únicamente como criterio la etiología de la discapacidad o las medidas de inteligencia o conducta adaptativa exclusivamente, para centrarnos en las 5 dimensiones ya propuestas por la AAIDD en 2002 (Nava, Verdugo, Gómez, 2008).

Debido a que la DI afecta la capacidad global para aprender y delimita o interrumpe el desarrollo de las capacidades cognitivas influidas para la adaptación en su entorno.

En la 11ª edición del **MODELO MULTIDIMENSIONAL DEL FUNCIONAMIENTO HUMANO** de la AAIDD se consideran las siguientes dimensiones (Verdugo y Schalock, 2010).

- **DIMENSIONES:**

- I. Habilidades Intelectuales:*

Conciben a la inteligencia como una capacidad mental amplia para la comprensión del entorno, el otorgar sentido a las cosas o la toma de decisiones. A través de:

- Razonamiento,
- planificación,
- resolución de problemas,
- pensamiento abstracto,
- comprensión de ideas complejas,
- aprendizaje rápido y
- aprendizaje a partir de la experiencia.

- II. Conducta Adaptativa:*

Grupo de *habilidades*

- *Conceptuales*

- lenguaje expresivo y comprensivo,
 - lectura-escritura,
 - manejo de dinero y
 - capacidad para fijar y alcanzar las propias metas,

- *Sociales*

- Habilidades de comunicación,
 - estilo de interacción,

- responsabilidad social,
 - autoestima y
 - vulnerabilidad
- *Prácticas* (actividades básicas e instrumentales de la vida diaria)
- lavarse,
 - vestirse,
 - alimentarse,
 - transferencia/movilidad
 - seguridad
 - realizar tareas domésticas, etc. y
 - habilidades laborales.

Las cuales deben de ser aprendidas por el individuo con DI, para cubrir sus necesidades básicas diarias. Por lo que sus limitaciones afectan tanto a la vida diaria como a la habilidad de responder a cambios vitales y a demandas ambientales (Antequera et al, s/f).

III. Salud:

Física y mental. Partiendo de la premisa de que un estado integral de bienestar, físico, mental y social son facilitadores o inhibidores de la DI. (AAIDD, 2010). Afectando a las otras cuatro dimensiones.

IV. Participación, interacciones y roles sociales:

Interacciones y roles en las áreas de vida en el hogar, empleo, educación, ocio, espiritualidad y actividades culturales en donde socializa e interactúa.

Relacionada con el funcionamiento del individuo en sociedad; es decir, como la actuación de las personas en actividades diarias en todos los ámbitos de la vida social. Aquí se plantea su importancia y su forma de evaluación. En donde los ambientes positivos fomentan el crecimiento, desarrollo y bienestar del individuo.

Los roles sociales (o estatus) se refieren a un conjunto de actividades valoradas como normales para un grupo específico de edad. Pueden referirse a aspectos personales, escolares, laborales, comunitarios, de ocio, espirituales o de otro tipo. Es decir, cómo la comunidad percibe y valora al individuo, y a su vez qué funciones realiza el individuo dentro de su comunidad. (Rey de sola et al, 2016)

V. Contexto:

Consiste en las condiciones interrelacionadas en las que los individuos viven sus vidas; visto desde una perspectiva ecológica que incluye tres niveles (AAIDD, 2010): Condiciones del micro (ambiente social inmediato, es decir, familia y amigos), meso (vecindario, comunidad y organizaciones que proporcionan educación u otros servicios de apoyo y rehabilitación) y macrosistema (patrones generales culturales, sociedad, grandes poblaciones, países o influencias sociopolíticas de referencia) en los que la persona convive.

Siendo esta variedad de ambientes importantes para las personas con DI al determinar el tipo de contexto en el cual se encuentra. Al mismo tiempo, una fusión de entornos y características personales que conforman y reflejan su historia de vida.

El contexto debe ser predecible, promover la estabilidad, proporcionar oportunidades y potenciar el bienestar.

VI. Apoyos Individualizados

Finalmente, se sugiere el concepto de *apoyos individualizados* como una herramienta efectiva en el mejoramiento del funcionamiento humano, siendo los apoyos las estrategias, y recursos que pretenden promover el desarrollo, la educación, los intereses y el bienestar, mejorando así el estado de funcionamiento específico de DI. (AAIDD, 2010). Los cuales tienen tres bases: contextual, ecológica e igualitaria, las cuales son detalladas por separado.

Considerando la DI como un estado de funcionamiento del individuo y no como una enfermedad en relación con el contexto en el que se desenvuelve. De este modo, se mejora el funcionamiento del individuo al prestarle los apoyos precisos, durante el tiempo

necesario, con la finalidad de cubrir las diferencias existentes entre las capacidades del individuo y las demandas de su entorno. Así, la atención proporcionada a los individuos con DI parte de la evaluación de las competencias y necesidades de los individuos afectadas en cinco dimensiones fundamentales de funcionamiento.

Este enfoque concibe la discapacidad como el ajuste entre las capacidades de la persona y el contexto en que esta funciona y los apoyos necesarios. El funcionamiento intelectual está relacionado con las 5 dimensiones antes descritas.

- TERMINOLOGÍA PROPUESTA POR LA AAIDD

De acuerdo a la AAIDD (2010) la DI se identifica:

- **Discapacidad intelectual leve.**

CI sin llegar a 55-50, se sitúa por debajo de 70-75, déficit significativo en conducta adaptativa, ligeros déficits sensoriales y/o motores, adquisición de habilidades sociales y comunicativas en la etapa de la educación infantil; así como, aprendizajes instrumentales básicos en la educación primaria.

- **Discapacidad intelectual moderada**

CI entre un intervalo de 55-50 y 40-35. La conducta adaptativa se observa afectada en todas las áreas del desarrollo. Suele desarrollar habilidades comunicativas durante los primeros años de la infancia, durante la escolarización puede llegar a adquirir parcialmente los aprendizajes instrumentales básicos. Pueden aprender a trasladarse de forma autónoma por lugares que les resulten familiares, atender a su cuidado personal con cierta supervisión y beneficiarse del entrenamiento en habilidades sociales.

- **Discapacidad intelectual grave**

CI con un intervalo entre 35-40 y 20-25. La adquisición de lenguaje en los primeros años suele ser escasa, en la etapa escolar existe la posibilidad de aprender a hablar o emplear algún método alternativo de comunicación. La conducta adaptativa se

encuentra muy afectada en todas sus áreas de desarrollo y es posible el aprendizaje de habilidades de autocuidado elementales.

- **Discapacidad intelectual profunda/pluridiscapacidad**

CI por debajo de 20-25. Presentan una alteración neurológica identificada que explica la DI con la concurrencia en otro tipo de discapacidad; por lo que la atención prioritaria se centra en la salud física. Presenta un nivel limitado de conciencia y desarrollo emocional, nula o escasa comunicación, ausencia del lenguaje oral y graves dificultades motrices. Totalmente dependiente o muy reducida su autonomía, ausencia de control corporal o adquisición tardía de patrones básicos de desarrollo motor.

- **Discapacidad intelectual de gravedad no especificada.**

- PROCESO DE EVALUACIÓN

Teniendo presente las cinco dimensiones y los apoyos individualizados, el proceso de evaluación se estructura en: **Diagnóstico, clasificación y descripción** del individuo en base a sus potencialidades y limitaciones en las distintas dimensiones y en relación al medio en que se desenvuelve; y finaliza con la determinación de los apoyos necesarios en cada una de las dimensiones propuestas.

- **Diagnóstico**

Tanto la 10ª de 2002 y la 11ª edición de 2011, la *Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo, AAIDD*, anteriormente AAMR contemplan tres criterios para la caracterización y detección de la discapacidad intelectual dentro del ámbito clínico. (AAIDD, 2010). Contemplando los diversos rasgos de aparición desde el nacimiento hasta antes de los 18 años de edad según sea el caso que son:

- Limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual.

- Limitaciones significativas en la conducta adaptativa, que se manifiesta en habilidades conceptuales, sociales y prácticas

- Comienzo antes de los 18 años

Con el propósito de establecer la presencia de la DI, implementar la elegibilidad para servicios, beneficios y protección legal. A través de medidas, instrumentos psicológicos y métodos de evaluación. Por ejemplo:

Test de CI como la Escala de Wechsler de Inteligencia para niños –IV (WISC-IV), Escalas de Conducta Adaptativa, **Inventario de Desarrollo (BATTELLE)**, historia clínica, La escala de inteligencia Stanford-Binet, entre otras.

- **Clasificación y Descripción**

Se identifica y describe los puntos fuertes y débiles en cada una de cinco dimensiones, por lo que no deben de contemplarse de forma aislada sino en estrecha relación entre ellas, favoreciendo o limitando unas el desarrollo de las otras (Antequera et al, s/f) y las necesidades de apoyos. Lo que permite situar al individuo en algún tipo de terminología estipulada por la AAIDD.

- **Apoyos Individualizados**

Servicios y apoyos individualizados basados en el patrón e intensidad de las necesidades de apoyo evaluadas en las cinco dimensiones del funcionamiento humano (Verdugo y Schalock, 2010)

El sistema de apoyos es el uso planificado e integrado de las estrategias de apoyo individualizadas y de los recursos que acompañan los múltiples aspectos del funcionamiento humano en múltiples contextos. Son proporcionados por profesionales y Organizaciones. Los cuales son interdependientes y acumulativos. Y pueden constituirse de elementos:

-Tecnología del funcionamiento humano:

Políticas y prácticas, incentivos, apoyos cognitivos (por ejemplo, tecnología de apoyo o asistiva), herramientas o instrumentos (por ejemplo, prótesis), habilidades y conocimiento, habilidad inherente a la persona, acomodación ambiental.

-Principales áreas de calidad de vida:

Desarrollo personal, autodeterminación, relaciones interpersonales, inclusión social, derechos, desarrollo emocional, bienestar físico y bienestar material.

Mejorando su funcionamiento del individuo, los resultados personales, las elecciones propias y sus derechos humanos.

Los apoyos son los recursos y estrategias que pretenden promover el desarrollo, educación, intereses y bienestar personal de una persona y que mejoran el funcionamiento individual. El funcionamiento individual resulta de la interacción de apoyos con las cinco

dimensiones. La evaluación de las necesidades de apoyo puede tener distinta relevancia, dependiendo de si se hace con propósito de clasificación o de planificación de apoyos. Cómo se determinarán los sistemas de apoyo necesarios, como su intensidad y duración. (a) Desarrollo humano, b) Enseñanza y educación, c) Vida en el hogar, d) Vida en la comunidad, e) Empleo, f) Salud y seguridad, g) Conductual, h) Social, i) Protección y defensa. El proceso finaliza con el establecimiento del perfil de necesidades de apoyo en las nueve áreas de apoyo. (Peredo, 2016).

ENFOQUE PSICOPATOLÓGICO

El concepto de Psicopatología proviene de: *Psico* del griego *Pyskhe*, que significa alma, mente-actividad mental. *Patología*, parte de la medicina que estudia los trastornos anatómicos y fisiológicos de los tejidos y de los órganos enfermos, así como los síntomas y signos a través de los cuales se manifiestan las enfermedades y las causas que las producen enfermedad física o mental que padece una persona (Gutiérrez & Ferrer, 2015). Por lo que debemos de tener presente que las causas de cualquier trastorno psicopatológico son múltiples y suponen una evolución de la persona en un sentido determinado. Podemos agrupar los factores sociales, biológicos y psicológicos. Englobando tanto los estudios que tratan de la influencia de variables psicológicas sobre la enfermedad como los que se ocupan de la influencia de las condiciones patológicas de los procesos psíquicos. (Gutiérrez & Ferrer, 2015).

Dentro del área de salud, dedicada al estudio de trastornos o síntomas psicológicos con origen biológico por alteraciones en la porción cerebral ya sean *anatómicas*; es decir, tamaño o forma de ciertas regiones que no se encuentran dentro de las medidas normales; o *bioquímicas* cuando las sustancias químicas contribuyen a un funcionamiento neuronal alterado. Así como los cambios en el comportamiento del individuo que indican estados mentales que no son contemplados como saludables. Dicho en otras palabras, fallas funcionales o químicas y problemas en los procesos de aprendizaje y comportamiento social. Determinando a la psicopatología como una disciplina encargada de analizar las motivaciones y las particularidades de las enfermedades mentales; así como, de los comportamientos anormales, desviados, desadaptados, trastornado, desorganizado o estados no sanos. En donde la psicología da respuesta a los procesos mentales que subyacen de los

trastornos psicopatológicos causados por el deterioro de las funciones cognitivas. Una de las funciones principales de la psicopatología es encontrar las causas de la sintomatología anormal compleja del individuo para desarrollar tratamientos o métodos para mejorar su calidad de vida. Como lo efectúa en los trastornos de neurodesarrollo (autismo, TEA, Discapacidad Intelectual, entre otros.). Aportando conocimientos sobre el comportamiento humano para interpretar cómo se desarrollan y guiar la práctica clínica (prevención, diagnóstico e intervención) (Jarne, Talarn, Armayones, Horta i & Requena, 2006). A través de diversos enfoques o modelos, entre los cuales se encuentran el biomédico, cognitivo y conductual al descubrir, estudiar y aplicar un tratamiento con el objetivo de modificar la conducta anormal.

La psicopatología es innecesaria si la conducta anormal se encuentra definida dentro de un cuadro clínico establecido por la medicina (psiquiatría, neurología, etc.), tratamiento a seguir y lo más importante con una explicación científica.

Por lo cual es útil conocer la diversidad de criterios o parámetros más influyentes que se manejan para catalogar, comprender y explicar la multiplicidad de psicopatologías para ingresar al campo de lo psicopatológico como ciencia.

Dentro de los cuales se encuentran:

Criterios de Anormalidad.

Para la psicopatología, la anormalidad presenta una connotación negativa para el sujeto, en el sentido de dificultar su desenvolvimiento en la vida cotidiana en mayor o menor medida. (Jarne, Talarn, Armayones, Horta & Requena, 2006). Formulando diferentes criterios para pretender delimitar el binomio normalidad-anormalidad. Así mismo, cada criterio es incapaz de abarcar de manera aislada por si solo dicho binomio, ya que frecuentemente sólo han enfatizado una de las dimensiones que lo forman.

Los más empleados son:

- ***Estadísticos***

- Se extendieron a partir del siglo XIX,
- Influidos por la utilización de las teorías de la inteligencia. Interesadas en la medición cuantitativa de los fenómenos psicológicos,
- La suposición principal son las variables psicológicas distribuidas de manera normal en la población general. Un individuo puede ser situado en un punto determinado de

esa distribución respecto a la característica dada, calificado como normal o anormal en función de la frecuencia con que aparece esa misma posición u otras más extremas en la población general. (Gutiérrez & Ferrer, 2015).

- La infrecuencia no es condición suficiente para definir el comportamiento patológico.

- ***Clínicos***

-Evalúan al paciente

-Basados en la presencia y delimitación de síntomas que conforman cuadros psicopatológicos. Considerando las circunstancias o condiciones que las rodean y que, al fin y al cabo, marcaría su carácter patológico o no.

-Es imprescindible el establecimiento de definiciones y cuadros sintomatológicos de diversos trastornos consensuadas por la comunidad científica internacional. Como lo es el CIE (Clasificación Internacional de las Enfermedades) de la OMS y el DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) de la APA. (Jarne, Talarn, Armayones, Horta & Requena, 2006). Los cuales han tenido gran repercusión sobre la práctica y la investigación durante las últimas décadas.

- ***Sociales, interpersonal o consensual***

- Remarca adecuadamente la necesidad de considerar al individuo siempre dentro de un contexto social, y nunca aisladamente. (Jarne, Talarn, Armayones, Horta & Requena, 2006).

-Se considera normalidad (salud) a la adaptación del individuo a los estilos de comportamiento esperados, tradicionales y considerados correctos por la sociedad a la que se pertenece; es decir, *normalidad adaptativa*. Así como a riesgos de las modas sociales, dependientes del tiempo o alteraciones. (Torres, Barrantes & Tajima, 2015)

- Anormalidad es cuestión de normativa social: Determinar el carácter psicopatológico de una conducta, rasgo o actividad depende del consenso social en un momento y lugar dados. -La anormalidad como inadaptación al medio. En este caso, es la adecuación de un individuo particular al rol que socialmente tiene asignado bajo la modulación que ejercen las variables socioculturales es el criterio principal para determinar la normalidad de su comportamiento.

- ***Subjetivos, personal o intrapsíquicos***

Son adoptados implícitamente cuando se justifica la intervención clínica sobre un gran número de trastornos poco invalidantes, pero que deterioran el funcionamiento habitual del sujeto (Gutiérrez & Ferrer, 2015).

-El propio individuo dictamina sobre su estado de salud normal-anormal, expresándolo en manifestaciones verbales y/o comportamentales

- “Petición de ayuda”. Ante la conducta anormal que provoque solicitar la intervención de un profesional para modificarla.

-El sentimiento de malestar con matiz negativo (Angustia, temor, culpa, odio o confusión)

-Sentimientos diluidos, difícil de definir y equilibrado con un comportamiento inoportuno dentro de un contexto social o cultural.

- Incapacidad por el individuo y cercanos para explicar razonablemente lo que sucede.

- El principal problema se da en determinados tipos de patologías como: psicosis, psicopatías o demencias que se caracterizan por una escasa o nula conciencia del trastorno.

-Kurt Schneider en 1959 propuso una variante de este criterio: el ***alguedónico***, el cual se refiere al sufrimiento personal, tanto propio o como ajeno, como elemento definitorio de la presencia de una psicopatología. (Torres, Barrantes & Tajima, 2015).

- ***Biológicos***

De acuerdo con Torres, Barrantes & Tajima (2015) señalan que las alteraciones psicopatológicas se deben a la alteración y/o disfunción del funcionamiento o la estructura normal del organismo.

Atiende a factores genéticos, inmunológicos, bioquímicos, etc. Las causas de estas alteraciones pueden ser:

- Carencia de determinados elementos constituyentes: Prefijo “a”.
- Agentes patógenos externos: Prefijo “dis”.
- Ruptura del equilibrio normal de los procesos o estructuras involucradas: Prefijo “hiper” o “hipo”.

Los criterios de anormalidad se han ido creando de manera más o menos consistente en modelos generales para tratar de dar cuenta sobre los diferentes problemas que plantea la psicopatología. Por lo que no todos los modelos resguardan el mismo grado científico, de coherencia, poder predictivo y explicativo sobre la conducta anormal. Las clasificaciones de los enfoques conllevan arbitrariedad, debido a las escuelas o líneas de investigación de cada uno de ellos, de puntos en común, ciertas diferencias y similitudes. (Gutiérrez & Ferrer, 2015).

CAPÍTULO II
UN ESTUDIO DE CASO

ESTUDIO DE CASO: Discapacidad Intelectual

MÉTODO

Dentro del estudio del caso único una característica esencial es el estudio atento y en profundidad de un caso individual. De acuerdo a Hernández-Sampieri, Fernández-Collado y Baptista Lucio (2008) subrayan la riqueza, profundidad y calidad de información, no la cantidad ni la estandarización en la investigación de caso único. Lo que interesa es conocer en profundidad un caso y describir el caso tipo a quienes no están familiarizados con el caso. Es un estudio experimental sobre un caso individual con respecto a la evaluación, observacional debido a que a través de evidencias clínicas y pruebas realizadas se definirán las interrogantes de su comportamiento. Para Kazdin (1996) los diseños de estudio de caso único en el ámbito clínico posibilitan la realización de investigaciones sobre tratamientos y a la vez conocer en profundidad a un paciente. Así como, incluir aquellos casos raros.

- Participante

Paciente Masculino BI, de 12 años de edad, diestro, estudiante de 5° grado de primaria en un CAM. Con peso de 74 kilos y talla 1.72 cm. Diagnosticado desde los 2 años con diversos probables diagnósticos: Trastorno del lenguaje, retraso global del desarrollo, trastorno autista infantil, trastorno generalizado del desarrollo espectro autista, disfunción cerebral, trastorno mixto recepción y expresión del lenguaje SEC a Pbe. TDAH, trastorno del desarrollo moderado, Síndrome de Asperger. Los cuales se han descartado por una Evaluación Neuropsicológica y diversas malformaciones estructurales en el cerebelo como lo son: Quiste aracnoide retrocerebeloso en fosa posterior, megacisterna magna y epilepsia. Concluyendo con un diagnóstico certero de Discapacidad Intelectual Moderada.

HISTORIA CLÍNICA

El motivo de la consulta fue realizar la caracterización cognitiva de BI para establecer diagnóstico.

Antecedentes peri, pre y postnatales:

Concebido cuando la madre tenía 25 años y padre 29 años. Segunda gesta, en la octava semana de gestación la madre sufre amenaza de aborto debido a diversos traumatismos. Por lo que acude la madre al IMSS y es atendida en urgencias. Pero debido a los días de reposo y carecer del buen funcionamiento del aparato de ultrasonido en dicho servicio. Le realizan el ultrasonido en una clínica particular. En el cual se evidencia en la placenta un hematoma, aún a las 9.5 semanas de gestación y cérvix cerrado (anexo 1).

Por lo que, dentro del período de amenaza de aborto, el médico tratante mantiene en constante vigilancia el embarazo. Debido a que a partir de la semana 5 comienza a formarse el cerebro y aún en la semana 8 continúa el proceso. Se trata como embarazo de alto riesgo. Se entra en trabajo de parto a las 39 semanas 2 días. Se concluye trabajo de parto, al detectarse que es un bebé macrosomático se realiza una cesárea sin complicaciones. Lloro y respira al nacer y se le brinda un Apgar de 8/9 (anexo 2). Egresando en binomio sin complicaciones. Su desarrollo peri, pre y posnatal se observó dentro de los parámetros estándar normales hasta los 2 años de edad.

A la edad de los 2 años 10 meses, la madre percibe un avance demasiado lento en el área del lenguaje. Por lo que es llevado a atención médica en el IMSS, en donde lo envían de pediatría a terapia de lenguaje al área de Medicina Física y Rehabilitación de Magdalena de las Salinas el 14/enero/2010 (anexo 3). Posteriormente, solo le brindan a su madre una hoja con ejercicios orofaciales para realizarlos en casa, sin presentar mejoría alguna.

En junio de 2010. Por decisión de la madre, a la edad de 3 años 3 meses es llevado al Hospital de Psiquiatría Infantil “Juan N. Navarro”, en donde al ser evaluado se diagnostica con Trastorno Autista Infantil. (Anexo 4) Debido a la presencia de rasgos como:

- Incapacidad por interactuar con sus pares
- Carecer de interés genuino por compartir
- No establecer contacto ocular
- No mostrar reciprocidad social

-Realizar actos repetitivos (como correr de un lado a otro en el patio, mirando al cielo)

-Tener interés particular por cosas que ruedan o tapas

-Selectivo con los alimentos

-Molestia por los ruidos intensos

-Ser inquieto

-En ocasiones ser autoagresivo

La indiferencia e ignorancia ante la sintomatología antes citada. BI es inscrito en una escuela regular de nivel preescolar y se omite la atención médica. Cursando dos ciclos escolares, en los cuales mostró deficiencia en habilidades intelectuales y conducta adaptativa ante sus pares y apoyo personalizado por parte de la asistente educativa y de la madre de manera cotidiana. Situación que obliga a la madre a regresar a al IMSS para brindarle atención médica. Logró concluir su educación preescolar con obstáculos por parte de la Institución y los propios. Recibió su cartilla, pero con propuestas de desarrollo Físico y Salud para su siguiente etapa de desarrollo escolar. Así como la sugerencia de seguimiento médico y psicológico para beneficiar su salud integral y el desarrollo en competencias como: Atención, lenguaje, aspecto emocional afectivo y socialización. (Anexo 5).

En 2011, BI a la edad de 3 años 10 meses, el 21 de enero es enviado a Otorrinolaringología pediátrica para descartar frenillo lingual corto debido a su vocabulario muy limitado (Anexo 6).

Dentro de la evaluación diagnóstica:

- Se reafirma que es un paciente poco cooperador
- Se descarta el frenillo lingual corto
- Se sugiere continuar con las terapias de lenguaje
- Y en caso de persistir problemas de pronunciación reenviar a los 5 años de edad.

En 2012, el 29 de marzo, es valorado por Cirugía Maxilofacial. Y ya fue valorado por:

- Audiometría descartando alteraciones auditivas
- Neurología con TAC y RM sin apreciar daño cerebral y descartando Autismo
- Terapia de lenguaje, psicológica y pedagógica
- Se solicita a pediatría canalizarlo para cariotipo. Para descartar Síndrome con la finalidad de obtener más informar y confirmar una enfermedad (Anexo 7)

En mayo, con 5 años de edad es canalizado a neurología pediátrica con un diagnóstico de autismo infantil (Anexo 8). En junio, una vez ya realizados los primeros TAC y EEG, se visualiza una hipotrofia en el cerebelo y una mega cisterna magna (Anexo 9). A la vez que se cataloga como un Atraso en el Desarrollo Neurológico, sin presentar datos que sugieran Autismo e integrándose un Trastorno del Desarrollo.

Y un plan de intervención:

Terapia de Lenguaje y Apoyo Psicopedagógico.

En octubre, con 5 años, 6 meses es enviado a Medicina Física y Rehabilitación, sin control de medicamentos, sin hipoacusia y con un diagnóstico de Retardo Específico de Aprendizaje. Se sugieren 10 sesiones de terapia de lenguaje, ejercicios orofaciales, masoterapia, punto y modo de articulación, campos semánticos. Atención psicológica, maduración, cociente de percepción, límites en la dinámica familiar, atención y memoria. Diagnosticado con Trastorno Mixto recepción y expresión del lenguaje SECUNDARIO a Probable TDAH (Anexo 10).

En 2013, a la edad de 6 años 1 mes se reenvía a BI a Medicina Física y Rehabilitación con DIAGNÓSTICO de Trastorno Mixto recepción y expresión del lenguaje SECUNDARIO a Probable. TDAH. En donde se le aplicó la prueba DENVER para detectar Retraso en el Desarrollo (Anexo 11)

Donde se obtuvieron los siguientes resultados:

- Desarrollo de la Motricidad Gruesa con un discreto retraso.

- Área motora fina: El retraso es grave
- Área de lenguaje: Es profundo
- Área de socialización y autonomía: El retraso es moderado.

En general el Retraso de Desarrollo es Moderado. El cual se implementó como Diagnóstico por dicha especialidad.

Se brindaron sugerencias para trabajo en casa:

- Implementación de límites
- Apoyo y cooperación familiar.

Una exploración física del frenillo sublingual, conducta auditiva adecuada. Lenguaje a nivel de bisílabos escasos con dislalias múltiples, lateralidad con confusiones, fallas cuantitativas y cualitativas, así como en las relaciones espaciales y conocimiento de colores.

Ya se encontraba BI con valoración de Paidopsiquiatría con control de fármacos como: Haloperidol, posteriormente risperdal y valproato de magnesio. Y en ese momento bajo el control con Metilfenidato+Risperdal por visualizarse menos hiperactividad y más tiempo de sueño.

Se continua con 10 sesiones de lenguaje, ejercicios orofaciales, masoterapia, punto y modo de articulación.

En junio del mismo año, Se le brinda un diagnóstico de TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO ESPECTRO AUTISTA por parte de Higiene Mental (Paidopsiquiatría) debido a la negativa de brindarle la aplicación de vacunas y atención odontológica debido a la medicación (metilfenidato+risperdal) (Anexo 12).

Así mismo, se encuentra cursando el primer año de educación primaria en el CAM No. 8, en el Estado de México, donde se le brinda atención psicológica, de trabajo social, médica y psicopedagoga los 5 días de la semana. (Anexo 13). Por lo que se observan avances al concluir el ciclo escolar 2013-2014. Al finalizar el ciclo se recibe recomendaciones para el siguiente ciclo. Pero debido al cambio de casa a Tizayuca, Hidalgo continúa su educación en un CAM, el No. 14 pero la calidad en la educación es

ineficiente al solo enfocarse a hábitos de higiene personal. Sin considerar el grado de discapacidad que muestra el alumnado para identificar sus áreas de desarrollo.

En 2014, en agosto a requerimiento del CAM No. 8, para verificar si BI de 7 años de edad, recibe atención médica. Higiene Mental en la especialidad de Psiquiatría Infantil. El jefe de servicio y médico tratante emite por primera vez el Diagnóstico de Síndrome de Asperger, así como una breve explicación: “Es un padecimiento que afecta el desarrollo, la capacidad de control de impulsos y los periodos de atención son cortos con un nivel de inteligencia inferior o lo normal, con pobre socialización (Anexo 14).

En septiembre por primera vez se detecta a través de una RM de cráneo con gadolinio un quiste aracnoide retrocerebeloso en la fosa posterior con un diámetro de 20X24mm (Anexo 15)

En octubre, el día 14 BI presenta su primera convulsión tónico-clónica aproximadamente a las 2:00 pm con una duración aproximada de 4 minutos. Recibiendo atención médica en el Centro de Salud de Tizayuca, Hidalgo y enviado al HOSPITAL DEL NIÑO DIF, en Pachuca a la especialidad de Neuropediatria. Con antecedentes de probable Síndrome de Asperger con TDAH, con manejo de terapias y múltiples tratamientos farmacológicos sin respuesta a tratamiento. Y en tratamiento por Infección Respiratoria, la cual se encuentra en mejoría. Con una impresión diagnóstica de:

- Crisis convulsivas en estudio/Síndrome de Asperger con TDAH (Anexo 16)

Es admitido en el Hospital del niño DIF, donde solo se mantuvo bajo observación y le realizaron una TAC y análisis de laboratorio descartando alguna anormalidad. Dado de alta sin tratamiento, ni hoja médica.

El 26 del mismo mes, al no recibir la atención adecuada ante su primera convulsión con los siguientes signos:

- Vómito,
- pérdida del estado de alerta,
- sin pérdida de control de esfínteres,
- con una duración de 4-5 minutos,

- aparentemente tónico-clónica y con cianosis facial

Y cita en psicología en el Hospital del Niño DIF hasta el 29-12-16. Es enviado para valoración al Hospital General de Pachuca o Hospital Psiquiátrico “Villa Ocaranza”. Así como continuar rehabilitación en la UBR y asistir al CAM. Y sin tratamiento farmacológico. (Anexo 17)

El 28 de octubre, genética descarta alteraciones cromosómicas y metabólicas por Retraso Global de Desarrollo a través de Cariotipo y tamiz metabólico (Anexo 18). Reenviándolo a neurología. Y con tratamiento farmacológico con risperidona y metilfenidato, por Higiene Mental sin mejoría de la sintomatología del comportamiento.

En diciembre, Neurología determina que BI a 2 años de edad cursa con Retraso de Lenguaje y actualmente con Trastorno del Lenguaje (Anexo 19)

A la Exploración Física:

- No establece contacto visual
- Movilidad conservada de forma global
- Cráneo normocéfalo
- Trofismo, fuerza muscular y marcha sin alteraciones
- No estigmas neurocutaneos
- IRM de encéfalo. Evidencia de un quiste poroncefálico cerebeloso. Sin ninguna otra alteración.
- EEG anormal con datos de disfunción cerebral
- Neurocirugía por el momento sin requerir tratamiento quirúrgico
- Higiene Mental con diagnóstico de Trastorno Autista

DIAGNÓSTICO: ANTECEDENTES DE RIESGO NEUROLÓGICO

**TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO CON
RASGOS AUTISTAS
DISFUNCIÓN CEREBRAL**

PLAN:

- Valproato de magnesio, 1 tableta cada 8 hrs. Sin suspender. Administrar con agua 1hr. Antes o después de los alimentos.
- Continuar seguimiento con Higiene Mental, terapias de rehabilitación
- Enviar dentro de 1 año con EEG
- Medicamentos por 1 año sin suspender.

En 2015, se siguió el tratamiento farmacológico de Higiene Mental y Neurología Pediátrica. Durante todo el año, BI mostró estabilidad en lo que respecta a la intervención médica. Y acoplamiento a las nuevas terapias en la Unidad Básica de Rehabilitación (UBR) del DIF en Tizayuca, Hidalgo. Las cuales fueron: Equinoterapia, terapia ocupacional, terapia física, psicológica, ludoterapia y musicoterapia (Anexo 20).

En 2016, la psicóloga de la UBR realiza la hoja de REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA para el HOSPITAL DEL NIÑO DIF en Pachuca, Hidalgo (Anexo 21) Con la finalidad de que le realicen a BI una valoración por parte de psicología y paidopsiquiatría, por las inconsistencias dadas en el IMSS y DIF donde se brinda un diagnóstico probable AUTISMO, sin ser un diagnóstico certero y, por ende, un tratamiento farmacológico adecuado. Debido a que ya había estado medicado con Metilfenidato, risperidona, clonazepam y valproato de magnesio sin cambios significativos. Como su suspensión a causa de niveles altos de ácido úrico y probables consecuencias a la salud. Al presentar daños dentales y sangre en orina.

Dentro de las sesiones psicológicas BI se muestra:

- Inquieto
- Poco tolerante
- Autoagresivo al prohibirle tomar juguetes o llamarle atención por parte de los padres
- Se observan datos significativos de compromiso neurológico
- Alteraciones conductuales.

En 2017, se cursa sin alteraciones neurológicas y comportamentales extremas en BI.

En 2018, el 29 de junio Neurología Pediátrica diagnostica con Epilepsia y síndromes epilépticos sintomáticos relacionados con localizaciones (focales) (parciales) y con ataques parciales. Determina tratamiento farmacológico para BI de 11 años 3 meses en base a (Anexo 22):

- Presentar una crisis convulsiva el 13-05-2018
- Y otra crisis hace 48 horas (27-06-2018)
- Así como realizar un nuevo hallazgo en la IRM efectuada en 2014:

Quiste retrocerebeloso con leve desplazamiento región occipital y atrofia fronto temporal bilateral

- Y el reajuste de la dosis de valproato de magnesio (2 tabletas cada 6 horas)
- Con independencia funcional.

En julio es enviado de Pediatría con el Diagnóstico de TDAH, SÍNDROME DE ASPERGER/CRISIS CONVULSIVAS SECUNDARIAS a Paidopsiquiatría para revaloración debido a:

- 2 años de edad lenguaje limitado
- Valorado por Paidopsiquiatría en 2010 y medicado con metilfenidato y risperidona
- Abordaje de TAC, IRM y EEG
- 13 mayo se presenta la segunda convulsión tónico-clónica, sin pérdida de estado de alerta, con una duración de 8 minutos,

- 27 de junio, presenta una tercera convulsión tónico-clónica con una duración de 8 minutos, requiriendo hospitalización por 12 horas en servicio de urgencias.

- Teniendo cita anteriormente agendada para RM el 23 de agosto y 20 de agosto EEG. Ameritando valoración de neurología. Se indica manejo de valproato de magnesio (Anexo 23).

- No es agresivo, ni impulsivo

- Obedece órdenes.

Agosto 23, al finalizar el proceso de la RM simple de cráneo practicada a BI se encuentran los siguientes hallazgos (Anexo 24):

CUADRO CLÍNICO: EPILEPSIA Y QUISTE RETROCEREBELOSO

- En la Fosa Posterior se observa una lesión de morfología ovoide con topografía de la cisterna magna, con una medida de 30X19X17 mm con diámetros longitudinal, anteroposterior y transversos.

El 31 de agosto, Neurología Pediátrica diagnóstica con Epilepsia y síndromes epilépticos sintomáticos relacionados con localizaciones (focales) (parciales) y con ataques parciales. Determina tratamiento farmacológico para BI en base a:

- EEG con actividad epiléptica escasa e inicio en región fc sin generalización

- Independencia funcional

- Somnolencia

- IRM con quiste retrocerebeloso, variante anatómica, sin desplazamiento de estructuras, ni remodelación ósea.4

- Despierto, activo, normocéfalo, déficit cognitivo, obedece órdenes sencillas

- Sin alteración del SNC, ni déficit motor ni sensitivo.

Reajustando el valproato de magnesio por 8 horas:

- 2, 3 y 3 tabletas
- 2, 2-5 y 3 por dos semanas
- 2, 2-5 2-5 por un año.

Por lo que lo da de alta del servicio para reenvió en 6 meses a 1 año en base a la evolución clínica.

Y continuar el tratamiento de paidopsiquiatría con manejo de risperidona. Por mejoría del estado de ánimo (Anexo 25)

Se había mostrado una pasividad en el estado de salud de BI en lo que respecta a crisis convulsivas. Pero el 22 de septiembre se presentó una crisis epiléptica con duración de 12 minutos, vómito, pérdida de conciencia, color de piel de morado a pálido, descontrol de la vejiga, por lo que recibió atención médica en urgencias en base a:

Vía intravenosa:

- Glucosa
- Solución salina
- Fenitoína

Así como sus medicamentos vía oral: Risperidona y Valproato de magnesio. Y vigilancia del estado neurológico (Anexo 26). Sin poder proseguir con la atención médica en el IMSS debido al desempleo de su padre.

El 31 de octubre presenta una crisis epiléptica solo con rasgos visibles en la cara:

- Quijada de lado
- Saliva espumosa y abundante
- Ojos en blanco y sin control
- Pérdida momentánea de la conciencia
- Y posteriormente sueño profundo por casi 4 horas.

No fue posible recibir atención médica por ausencia de la madre en el hogar.

EVALUACIÓN NEUROCOGNITIVA

PRUEBAS APLICADAS

De acuerdo con la evaluación neuropsicológica realizada se aplicaron las siguientes pruebas:

- **Historia Clínica:** Se recopilaron datos sobre su desarrollo, antecedentes heredofamiliares y personales patológicos del niño para identificar posibles factores de riesgo.
- **Escala de Wechsler de Inteligencia para Niños-IV (WISC-IV):** Se intentó aplicar para obtener su coeficiente intelectual y el perfil de habilidades, sin embargo, debido a las dificultades en el lenguaje no fue posible.
- **INVENTARIO DE DESARROLLO (BATTELLE):** Se decidió aplicar esta prueba, aunque no corresponde a la edad del niño BI debido al desfase en los hitos del desarrollo señalados en la historia clínica, y así determinar si existe algún retraso en el desarrollo madurativo con respecto a otros niños.

RESULTADOS INVENTARIO DE DESARROLLO (BATTELLE)

La tabla 1 muestra un resumen de las puntuaciones y edad equivalente en BI. Su puntuación global (centil 1; corresponde a una edad equivalente de 33 meses), lo ubica su desarrollo por debajo de lo esperado a su edad, es decir, en las cinco áreas evaluadas (personal/social, adaptativa, motora y cognoscitiva).

SUBÁREAS DEL BATTELLE	Puntuación centil	Puntuación Típica "Z"	Edad equivalente en meses (Tablas N-53 a N-65)	Z	-5,0	-4,0	-3,0	-2,0	-1,0	0	+10	+20	+30	+40	+50	
				T 100	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90		
				CI 175	25	40	55	70	85	100	115	130	145	160		
				ECN	-55	-34	-13	+8	+29	+50	115	130	+113	+134	+155	
											+71	+92				
Interacción con el adulto	1	-2.33														
Expresión de sentimientos/afecto	1	-2.33														
Autoconcepto	1	-2.33														
Interacción con los compañeros	1	-2.33														
Colaboración	1	-2.33														
Rol social	1	-2.33														
TOTAL PERSONAL/SOCIAL	1	-1.18	30 meses													
Atención		-2.33														
Comida	1	-2.33														
Vestido	11	-1.233														
Responsabilidad Personal	1	-2.33														
Aseo	11	-1.23														
TOTAL ADAPTATIVA	1	-2.33	39 meses													
Control Muscular	NA															
Coordinación corporal	1	-2.33														
Locomoción	1	-2.33														
Puntuación Motora Gruesa	1	-2.33	43 meses													
Motricidad fina	1	-2.33														
Motricidad perceptiva	1	-2.33														
Puntuación Motora Fina	1	-2.33	59 meses													
TOTAL MOTORA	1	-2.33	50 meses													
Receptiva	1	-2.33	19-20													

			meses															
Expresiva	1	-2.33	18-19 meses															
TOTAL COMUNICACIÓN	1	-2.33	18 meses															
Discriminación perceptiva	5	-2.33																
Memoria	36	-2.33																
Razonamiento y Habilidades escolares	1	-2.33																
Desarrollo conceptual	9	-2.33																
TOTAL COGNITIVA	5	-2.33	26 meses															
PUNTUACIÓN TOTAL	1	-2.33	33 meses															

*Puntuaciones z dentro de lo esperado de 0 a ± 1 (-1, 0, 1)

Tabla 1

PRESENTACIÓN Y CONDUCTA

BI es de complejión regular y tez blanca. Su apariencia física no concuerda con su edad cronológica ya que tiene la talla de un niño más grande. Se presenta con adecuadas condiciones de higiene y aliño personal. BI se mostró un poco inquieto y renuente en las actividades, principalmente si se le dificultaron, pero si se le motiva puede trabajar por períodos cortos.

ÁREA PERSONAL/SOCIAL

BI no presentó puntos fuertes en ninguna de las seis áreas. Ha obtenido puntuaciones significativamente bajas en las áreas que implican interacción con adultos y compañeros, expresión de sentimientos y afecto, colaboración y rol social. Vocaliza por imitación, responde cuando se le habla por su nombre, responde a alabanzas, recompensas o promesas por los adultos, en ocasiones ayuda en tareas domésticas sencillas, responde al contacto social con adultos conocidos y pide ayuda a un adulto cuando lo necesita. Muestra una actitud positiva ante la escuela; sin embargo, cuando está cansado se muestra poco cooperativo. Atrae la atención de los demás hacia su actividad. Comparte sus juguetes; sin embargo, en el juego se tiene que jugar como él lo dice, las interacciones con otros niños son limitadas debido a que no lo aceptan.

Se puede decir que sus habilidades en el área personal/social consideradas globalmente corresponden al desarrollo de un niño de 30 meses.

ÁREA ADAPTATIVA

BI presenta un punto fuerte relativo en lo referente al vestido y al aseo, ya que puede obtener agua de la llave, se sirve comida de forma autónoma, distingue lo comestible de no comestible, bebe en taza o vaso sin ayuda. Aún no se le permite usar cuchillo para comer, por lo que no domina su uso. Se pone los zapatos, puede vestirse y desvestirse, se baña con muy poca ayuda, duerme sin mojar la cama. Sin embargo, se le dificulta prestar atención por períodos prolongados de tiempo, además de que pierde la atención estando en grupo y no se puede concentrar en su tarea si se le deja solo.

Las habilidades con las que cuenta en el área adaptativa lo sitúan de forma general en un nivel correspondiente a un niño de 39 meses.

ÁREA MOTORA

Motora Gruesa:

BI presenta un retraso en la coordinación corporal y locomoción. Puede lanzar la pelota para que la agarre otra persona, puede dar una voltereta, se puede mantener en un pie, baja las escaleras alternando los pies, salta con los pies juntos. Sin embargo, se le dificulta saltar sobre un pie, no imita todas las posturas que se le indican, no puede saltar de cojito a una distancia mayor a un metro y no puede brincar alternando los pies, no puede mantener el equilibrio con los ojos cerrados.

Sus habilidades motoras gruesas corresponden a una edad de 43 meses.

Motora Fina:

En cuanto a la motricidad fina y motricidad perceptiva BI puede agarrar objetos, abre cajones, entrega juguetes, ensarta 4 cuentas, sujeta el papel mientras dibuja, dobla un papel, puede cortar con tijeras, aunque no lo hace de forma precisa, abre un candado con llave, hace una pelota arrugando papel, puede copiar números del 1 al 20, copia palabras con letras mayúsculas y minúsculas, copia flechas, copia figuras sencillas (círculo, cuadrado, triángulo). Sin embargo, se le dificulta escribir frases sencillas, y no copia figuras

complejas o inscritas una dentro de otra, no puede hacer nudos con agujetas, ni tocar con el pulgar las yemas de los dedos de la mano.

Sus habilidades motoras globales lo ubican en una edad de 50 meses estando más desarrolladas las habilidades motoras finas.

ÁREA DE COMUNICACIÓN

Las habilidades de lenguaje tanto receptivo como expresivo de BI muestran un retraso importante respecto a las de otros niños de su edad.

Receptiva

Es capaz de seguir órdenes acompañadas de gestos, puede seguir dos o más órdenes sencillas, reacciona a distintos tonos de voz, comprende conceptos como: grande, pequeño. Sin embargo, se le dificulta comprender los conceptos de: Dentro, fuera, encima, delante, corto, largo, no comprende las formas posesivas sencillas, no responde a los adverbios tales como suave, fuerte, rápido, lento, etc. Las órdenes que suele seguir tiene que ver con el autocuidado.

Su lenguaje receptivo se sitúa en un nivel de 19-20 meses.

Expresiva

Emite sonidos, palabras o gestos asociados a objetos de su entorno, imita sonidos de palabras, utiliza gestos para indicar sus necesidades, utiliza 10 o más palabras (gordito, papá, mamá, Aranza, gato, paletitas, chetos, sopa, hola), utiliza diferentes entonaciones para expresar su estado de ánimo. Por otro lado, se le dificulta utilizar expresiones de dos palabras, no forma frases, no responde sí o no cuando se le requiere, su lenguaje expresivo es su mayor debilidad ya que se encuentra limitado a 10 palabras y ha gestos que tienen que ser interpretados por los cuidadores, por lo que se le dificulta comunicarse con otros niños y adultos.

Sus habilidades lo ubican en una edad de 18-19 meses.

El nivel global de habilidades comunicativas es de un niño de 18 meses, por lo podemos apreciar un retraso de suma importancia.

COGNOSCITIVA

BI presenta un retraso significativo en las áreas de discriminación perceptiva, memoria, razonamiento, habilidades escolares y desarrollo conceptual. Responde a una

orden dos veces consecutivas, extiende los brazos para obtener un juguete colocado detrás de una barrera, se reconoce a sí mismo como causa de acontecimientos, puede emparejar figuras (círculo, cuadrado y triángulo), levanta una taza para conseguir un objeto. No obstante, su desempeño en actividades tales como identificar objetos familiares por su uso, identificar tamaño grande y pequeño, clasificar objetos por su forma y comparar tamaños es fluctuante ya que lo hace solo el 50% de las veces. Además de que no distingue texturas (suave, lisa, rugosa), ni actividades presentes y pasadas, no puede entregar tres objetos a la orden, ni identifica a personas realizando actividades familiares cuando se le solicita, no identifica colores, no identifica objetos sencillos por el tacto, no busca el objeto desaparecido a menos que sea de su interés, ni puede repetir secuencias de dos dígitos.

Globalmente sus habilidades cognitivas se encuentran en un nivel de 26 meses.

CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA

El perfil global de BI encontrado en el **BATTELLE** corresponde al de un niño de 33 meses, lo cual sugiere que se presenta un atraso importante en su desarrollo en las áreas personal/social, adaptativa, motora gruesa y fina, comunicación y área cognoscitiva; es decir, tiene un desfase en su desarrollo con respecto a su edad, el cual se acentúa por las dificultades que presenta tanto el lenguaje comprensivo como el expresivo.

De acuerdo con los datos obtenidos en las pruebas y considerando los criterios diagnósticos del DSM-V, BI cubre los criterios de discapacidad intelectual moderada.

En base a los datos antes mencionados se sugiere que se someta a un programa de estimulación intensivo dirigido a estimular su desarrollo global. Por lo que se sugiere realizar una revaloración en un año para evaluar sus avances.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL DSM-V DE LA DISCAPACIDAD INTELLECTUAL MODERADA.

(TRASTORNO DEL DESARROLLO INTELLECTUAL)

La discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) es un trastorno que comienza durante el período de desarrollo y que incluye limitaciones del funcionamiento

intelectual como también del comportamiento adaptativo en los dominios conceptual, social y práctico. Se deben de cumplir los siguientes tres criterios:

A. Deficiencias de las funciones intelectuales, como el razonamiento, la resolución de problemas, la planificación, el pensamiento abstracto, el juicio, el aprendizaje académico y el aprendizaje a partir de la experiencia, confirmados mediante la evaluación clínica y pruebas de inteligencia estandarizadas individualizadas.

B. Deficiencias del comportamiento adaptativo que producen fracaso del cumplimiento de los estándares de desarrollo y socioculturales para la autonomía personal y la responsabilidad social. Sin apoyo continuo, las deficiencias adaptativas limitan en funcionamiento en una o más actividades de la vida cotidiana, como la comunicación, la participación social y la vida independiente en múltiples entornos tales como el hogar, la escuela, el trabajo y la comunidad.

C. Inicio de las deficiencias intelectuales y adaptativas durante el periodo de desarrollo

- **Dominio Conceptual**

Durante todo el desarrollo, las habilidades conceptuales de los individuos están notablemente retrasadas en comparación con sus iguales. En los preescolares, el lenguaje y las habilidades pre-académicas se desarrollan lentamente. En los niños de edad escolar, el progreso de la lectura, la escritura, las matemáticas, la comprensión del tiempo y el dinero se produce lentamente a lo largo de los años escolares y está notablemente reducido en comparación con sus iguales. En los adultos, el desarrollo de las aptitudes académicas está típicamente en un nivel elemental y se necesita ayuda para todas las habilidades académicas, en el trabajo y en la vida personal. Se necesita ayuda continua a diario para complementar las tareas conceptuales de la vida cotidiana, y otras personas podrían tener que encargarse de la totalidad de las responsabilidades del individuo.

- **Dominio Social**

El individuo presenta notables diferencias respecto a sus iguales en cuanto al comportamiento social y educativo a lo largo del desarrollo. El lenguaje hablado es

típicamente el principal instrumento de comunicación social, pero es mucho menos complejo que en sus iguales. La capacidad de relación está vinculada de forma evidente a la familia y a los amigos, el individuo puede tener amistades satisfactorias a lo largo de la vida y en ocasiones, relaciones sentimentales en la vida adulta. Sin embargo, estos individuos podrían no percibir o interpretar con precisión las señales sociales. El juicio social y la capacidad para tomar decisiones son limitados, y los cuidadores han de ayudar al individuo en las decisiones de la vida. La amistad, que normalmente se desarrolla con los compañeros, con frecuencia está afectada por limitaciones de la comunicación sociales. Para tener éxito en el trabajo es necesaria una ayuda social y comunicativa importante.

- **Dominio Práctico**

El individuo puede responsabilizarse de sus necesidades personales, como comer y vestirse, y de las funciones excretoras y la higiene como un adulto, aunque se necesita un periodo largo de aprendizaje y tiempo para que el individuo sea autónomo en estos campos, y podría necesitar personas que le recuerden lo que tienen que hacer. De manera similar, podría participar en todas las áreas domésticas de la vida adulta, aunque se necesita un periodo largo de aprendizaje y se requiere ayuda continua para lograr un nivel de funcionamiento adulto. Podrá asumir encargos independientes en los trabajos que requieran habilidades conceptuales y de comunicación limitadas, pero no se necesitará una ayuda considerable de sus compañeros y supervisores, y de otras personas, para administrar las expectativas sociales, las complejidades laborales y las responsabilidades complementarias, como la programación, el transporte, los beneficios sanitarios y la gestión del dinero. Se pueden desarrollar diversas habilidades recreativas.

Estas personas necesitan normalmente ayuda adicional y oportunidades de aprendizaje durante un periodo de tiempo largo. Una minoría importante presenta un comportamiento inadaptado que causa problemas sociales.

BIBLIOGRAFÍA

AAIDD (2011). *Discapacidad Intelectual. Definición, Clasificación y Sistemas de Apoyo Social*. Madrid: España. Alianza Editorial. Pp. 1-18.

Alí, S., M. & Blanco, L. (2014). Discapacidad intelectual, evolución social del concepto. REVISTA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA. UNNE. DIVULGACIÓN. Vol. VIII N° 1. Pp. 38-41.

Recuperado de:

<http://revistas.unne.edu.ar/index.php/rfo/article/download>

Albarrán, A. (2015). ALGUNAS PERSPECTIVAS Y MODELOS DE COMPRENSIÓN DE LA DISCAPACIDAD. Revista Venezolana de Análisis de Coyuntura, vol. XXI(2), Caracas: Venezuela. Pp. 127-165

Recuperado de:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36448438007>

Ander, Egg E. (2016). Diccionario de Psicología. 2° Edición. Córdoba: Argentina. Editorial Brujas. Pp. 44-45

APA, American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Arlington, VA (USA): American Psychiatric Publishing.

American Association on Mental Deficiency. (1983). Classification in mental retardation. (3rd rev.). Washington, D.C. Pp. 5-11

Recuperado de:

<https://law.resource.org/pub/us/cfr/ibr/001/aamd.classification.1973.pdf>

Arrigoni, F. & Solans, A. (2018) PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE HABILIDADES SOCIALES (PHAS) PARA NIÑOS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL. Revista RUEDES. 8(4). Pp.65-85.

Arreguín-González, I. J., Ayala-Guerrero, F. & Marhx-Bracho, A. (2014) Estudio neuropsicológico pre y posquirúrgico en dos niños de 8 años de edad con tumor en fosa posterior. *Revista Chilena de Neurocirugía* 40. Pp. 22-29

Recuperado de:

http://www.neurocirugiachile.org/pdfrevista/v40_n1_2014/arreguin_gonzalez_22_v40n1_2014.pdf

Arriada-Mendicoa, N.; Otero-Siliceo, E. & Corona-Vázquez, T. (1999). Conceptos actuales sobre cerebelo y cognición. *Revista de Neurología* 29(11). Pp. 1075-1082

Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo. (2010). Enfoque multidimensional de comprensión de la discapacidad intelectual. *Discapacidad intelectual. Definición, clasificación y sistemas de apoyo*. Madrid: Alianza. Pp. 30-52

Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). Discapacidad intelectual. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. 5ta ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. Pp. 33-41.

Asociación Americana de Terapia Ocupacional/AOTA. (2014). Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional: Dominio & Proceso. 3rd Edición (1). Santiago de Chile. Pp. 1-77.

Recuperado de:

https://www.academia.edu/36217859/DIscrib.com_aota_2014_traducida_u_mayor

American Psychiatric Association. (2014). Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales. DSM-5®. Editorial Medica Panamericana, 5° Edición. Pp. 31-41.

Recuperado de:

<https://drive.google.com/open?id=0B8cJvVWpuCGETERTcNhMaFdORIU>

Antequera, M., M.; Bachiller, O., B.; Calderón E., M T.; Cruz, G., A.; Pedro Luis Cruz, G., P. L.; García, P., F. J.; Luna, R., M.; Montero, A., F.; Orellana, R., F. M. & Ortega, G., R. (s/f). DISCAPACIDAD INTELECTUAL 10: MANUAL DE ATENCIÓN AL ALUMNADO CON NECESIDADES ESPECÍFICAS DE APOYO EDUCATIVO DERIVADAS DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL. Junta de Andalucía. Editorial: Tecnographic, S.L. Pp. 1-32.

Recuperado de:

https://sid.usal.es/idocs/F8/FDO23846/apoyo_educativo_discap_intelectual.pdf

Beizama, B., Y; García, L., I; Almenara, C., M. E.; Larrañaga, T., L; Romero, B., A. & Horcajo, G., P. J. (2016). EL DELINCUENTE CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL:

REFLEXIONES PSICOJURÍDICAS SOBRE SU RESPONSABILIDAD CRIMINAL Y LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, Vol. 16. Pp.97-113.

Begoña, C.-G; Zaccariotto, E. & Cox, M. T. (2018). Genética y terapias para la gangliosidosis GM2. *Terapia génica actual*, 18 (2). Pp. 68-89.

Recuperado de:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6040173/>

Belloch, A.; Sandín, B. & Ramos, F. (2008). Concepto y Modelos en Psicopatología. MANUAL DE PSICOPATOLOGÍA. Volumen 1, Edición revisada. Editorial: McGRAW-HILL/INTERAMERICANA DE ESPAÑA, S. A. U. Pp. 33-68

Recuperado de:

https://www.academia.edu/32904700/MANUAL_DE_PSICOPATOLOG%C3%8DA_Edici%C3%B3n_revisada

Cabezas, C., A. (2015). Funciones no motoras del cerebelo y memoria implícita: una revisión bibliográfica. Cuadernos de Neuropsicología 9(1). Rancagua:Chile. Pp. 120-133
Centro de Recuperado de:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=439643126007>

Calderón, R. y Caballo, C. (2018) “Revisión sistemática sobre la aplicación y efectividad de tratamientos basados en mindfulness en personas con discapacidad intelectual”. Revista Española de Discapacidad, 6 (I). Salamanca: España. Pp. 49-74.

Recuperado de:

<https://www.cedd.net/redis/index.php/redis/article/view/377>

Candela, S.; Puerta, P.; Alamar, M.; Barcik, U.; Guillén, A.; Muchart, J.; García-Fructuoso, G. & Ferrer-Rodríguez, E. (2015). Epidemiología y clasificación de los quistes aracnoideos en niños. Revista de Neurocirugía, 26(5) Pp. 234-240.

Carrasco, García de L., S.; López, D. & Giraldo, R., N. (2014) Quistes Aracnoideos Bilaterales de Ángulo Pontocerebeloso. Revista Ecuatoriana de Neurología. 23, (1-3). Pp. 45

Recuperado de:

http://revecuatneurol.com/wp-content/uploads/2016/01/Quistes-Aracnoideos-Bilaterales_REN-Vol-23-N%C2%BA1-3-2014-7.pdf

Conde, S., R. (2015) Quistes aracnoideos. Evolución Histórica del concepto y teorías fisiopatológicas. *Revista de la Sociedad Española de Neurocirugía*, 26(4). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Pp. 192-195.

Recuperado de:

<https://revistaneurocirugia.com/es-quistes-aracnoideos-evolucion-historica-del-articulo-S1130147315000330>

CNDH. (2018) La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo. Editado por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Pp. 13

<https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-05/Discapacidad-Protocolo-Facultativo%5B1%5D.pdf>

Delgado-García, J. M. (2001) Estructura y función del cerebelo. *Revista de Neurología. REVISIONES EN NEUROCIENCIA*. 33 (7). Pp. 635-642

Recuperado de:

<https://neurologia.com/articulo/2001305>

Egea, G., C. y Sarabia, S., A. (s/f) Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad. Artículos y Notas. Pp. 14-20.

Recuperado de:

https://www.um.es/discatif/METODOLOGIA/Egea-Sarabia_clasificaciones.pdf

Fernández, G., C. (2013). La Discapacidad Intelectual en la sociedad. Percepción e integración social. *Educación Social*. México: D. F. Pp. 16-18.

Flórez, J. y Garvía, B. (2018). FARMACOTERAPIA. Psicoterapia y farmacoterapia en la discapacidad intelectual. EDITORIAL CEPE. CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN PREESCOLAR ESPECIAL. Pp. 11-12, 15-33, 99-146.

Fragoso, L., R. (2015). Inteligencia emocional y competencias emocionales en educación superior, ¿un mismo concepto? *Revista iberoamericana de educación superior*, 6(16). Pp. 10-125.

Recuperado de:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-28722015000200006

Garay, O., F., D. y Carhuancho, M., I., M. (2019). MODELO SOCIAL COMO ALTERNATIVA PARA EL DESARROLLO DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD. *TELOS.RevistadeEstudiosInterdisciplinariosenCienciasSociales*.Vol.21(3) Callao: PERÚ. Pp. 681-709.

Recuperado de:

<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7041199.pdf>

Garvía P., B. y Flórez, B., J. (2018). Psicoterapia y farmacoterapia en la discapacidad intelectual. Madrid: CEPE; Fundación Iberoamericana Down21. Pp. 195.

Recuperado de:

<http://revistas.usal.es/index.php/0210-1696/article/view/20437/20206>

Gelabert, G., M.; Santín, A., J. A.; Aran, E., E. & García, A. A. (2015) Diagnóstico por imagen de los quistes aracnoideos Diagnóstico por imagen de quistes aracnoideos. Revista de Neurocirugía 26(6). Pp. 284-291

González-Castillo Z, Meneses V, Piña-Aguilar. (2018) Retraso Global del Desarrollo y la Discapacidad Intelectual: Revisión de la Literatura Médica. Revista Mexicana de Neurociencias 19 (6). Pp.43-52

Recuperado de:

<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=85336>

González, P., J. (1997). EVALUACIÓN DEL DESARROLLO POTENCIAL EN SUJETOS ESCOLARIZADOS CON RETRASO MENTAL. Tesis Doctoral. Madrid: España. Pp. 54-62.

Recuperado de:

<http://webs.ucm.es/BUCM/tesis//19972000/S/4/S4014901.pdf>

González-Osornio G. (2015) La evaluación neuropsicológica inicial para la epilepsia infantil. Ciencia & Futuro 5(3). Pp. 99- 119.

Gómez, A., C.; González, M., S.; Marinas, G., S. & Juncal, M., P. C. (2019). Plan de intervención de terapia ocupacional en centros de rehabilitación psicosocial para personas con discapacidad intelectual y del desarrollo. Ocronos. Revista Médica y de Enfermería. Editorial: Directorios y Aplicaciones, Vol. II (2).

Recuperado de:

<https://revistamedica.com/terapia-ocupacional-centros-de-rehabilitacion-psicosocial-discapacidad-intelectual-desarrollo/>

Gutiérrez, M., J. & Ferrer, G., M. (2015). Enfoques y modelos en psicopatología. Manual de Psicopatología Clínica. Herder Editorial, S. L., Barcelona.

Recuperado de:

<http://reader.digitalbooks.pro/book/preview/37844/psico-2?1571534856315>

Hampel, G., K.; Garcés, S., M.; Gómez, I., A.; Palanca, C., M.; & Villanueva V. (2019) Desafíos diagnósticos en epilepsia. *Revista de Neurología* 68 (6). Pp. 255-263

Recuperado de:

<https://www.neurologia.com/articulo/2018242>

Hernández-Sampieri, R.; Fernández-Collado, C. & Baptista-Lucio, P. (2008). *Metodología de la Investigación*. McGraw-Hill Interamericana, México. Pp. 39-52

Herrera, A., M., A. (2015). *Guía para la Atención Educativa de Alumnos con Necesidades Específicas Asociadas a Discapacidad Intelectual (DI) o Trastorno del Desarrollo Intelectual (TDI)*. Fondo Blanco Editorial. Pp. 17-28.

Recuperado de:

https://books.google.com.mx/books?id=3uq1CwAAQBAJ&pg=PT8&lpg=PT8&dq=evaluaci%C3%B3n+diagnostica+en+el+CIE11+del+TDI&source=bl&ots=Pv9vDwvHN5&sig=ACfU3U2iGvQDjekMt6YJhFdEy9N8o99crw&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwi7op_fz8DkAhVLeawKHZVWdKgO6AEwGnoECAkQAQ#v=onepage&q=evaluaci%C3%B3n%20diagnostica%20en%20el%20CIE-11%20del%20TDI&f=false

Herrera-Vázquez, Omar., Toledo Rojas, Andrea., Fleury, Agnès., (2016). Neuroinflamación y epilepsia. *Tip Revista Especializada en Ciencias Químico-Biológicas*, 19(1). Pp. 24-31

Recuperado de:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=43243792003>

Hoche, F.; Guell, X.; Vangel, M. G.; Sherman, J. & Schmahmann, J. D. (2018) La escala cognitiva afectiva cerebelosa / Síndrome de Schmahmann. *BRAIN. A journal of Neurology* 141(1). Pp. 248–270

INEGI. (2016). *La discapacidad en México, datos al 2014*. México. Pp. 21-160

Recuperado de:

<http://coespo.groo.gob.mx/Descargas/doc/DISCAPACITADOS/ENADID%202014.pdf>

Jarne, E., A.; Talarn, C., A.; Armayones, R., M.; Horta i, F., E. & Requena, V., E. (2006). *Conceptos y criterios de anormalidad. Modelos Teóricos en Psicopatología*. Psicopatología. Editorial: UOC. Edición 1. Pp. 26-37

Recuperado de:

https://www.academia.edu/18887212/LIBRO_DE_BASE_Psicopatologia

Jiménez-Echenique, J. (2018). LA TERAPIA OCUPACIONAL, FUNDAMENTOS DE LA DISCIPLINA. Revista "Cuadernos" Número Especial(1). Pp. 82-87.

Recuperado de:

http://www.scielo.org.bo/pdf/chc/v59nEspecial/v59nEspecial_a012.pdf

Jiménez, T., E. J. (2016) Guía metodológica para elaborar el diagnóstico fisioterapéutico según la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF), de la discapacidad y de la salud. Gaceta Médica Boliviana, 39 (1). Pp. 46-52

Recuperado de:

http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S101229662016000100011&lng=es&tlng=es.

Kadzin, E., A. (1996). Metodos de Investigación en Psicología Clínica. Editorial: II Mulino-Prentice Hall internacional. Bolonia. Pp. 56-65

López, R.; Martín, G., A. & Iglesias, M., S. (2016). Quistes aracnoideos del sistema nervioso central. Algoritmos y recomendaciones generales de manejo. Revista de Neurocirugía, 27(2) Pp.67-74.

Luckasson, R., Borthwick-Duyl, S., Buntinx, W.H.E., Coulter, D.L., Craig, E.M., Reeve, A., Schalock, R.L., Snell, M.E., Spitalnik, D.M., Spreat, S. y Tasse, M.J. (2002). Definition of Mental Retardation. Mental retardation: Definition, classification, and systems of supports (10" ed.). Washington, DC: American Association on Mental Retardation. Pp. 327-329.

Recuperado de:

<http://opensiuc.lib.siu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1485&context=tp>

Luckasson, R.; Coulte, D.L.; Polloway, E.A.; Reiss, S.; Schalock, R.L.; Snell, M.E.; Spitalnik, D.M. y Stark, J.A. (1992). Mental Retardation: Definition, Classification, and systems of supports. Washington, D.C.: American Association on Mental Retardation. Pp. 1-3.

Macías, E. M. M. (2010). Educación especial. *Pedagogía Magna*, (5), 71-79.

Manford, M. (2017). Recent advances in epilepsy. *Journal Neurology* 264(8). Pp. 1811-1824.

Martínez-Díaz, J. A., Sánchez-Zavaleta, V., Mateos-Moreno, A., Suárez-Medellín, J. M., Hernández-Aguilar, M. E., Aranda-Abreu, G. (2018) Alteraciones cognitivas en la epilepsia. *Revista electrónica Neurobiología* 9 (22). Pp. 1-11

Recuperado de:

[https://www.uv.mx/eneurobiologia/vols/2018/22/Mart%C3%ADnez/Martinez22\(9\)211118.pdf](https://www.uv.mx/eneurobiologia/vols/2018/22/Mart%C3%ADnez/Martinez22(9)211118.pdf)

Márquez, C., M. E.; Zanabria, S., M.; Pérez, B., V.; Aguirre, G., E.; Arciniega, B., L. & Galván, G., C. S. (2011). Epidemiología y manejo integral de la discapacidad intelectual. *Salud Mental*, 34(5). Pp. 443-449

Recuperado de:

<http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v34n5/v34n5a8.pdf>

Martorell, A.; Ayuso, M., J. L.; Novell, R.; Carulla, L. S. & Tamarit, J. (2011) TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO. DISCAPACIDAD INTELECTUAL Y SALUD MENTAL. guía práctica. 2ª Edición. Consejería de Asuntos Sociales: Comunidad de Madrid. Pp. 82-89.

Recuperado de:

<http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM013833.pdf>

Montalvo, H., J. P., Vergara, I., I. M., Macías, M., P. S. & Anzules, G., J. B. (2018) Quiste aracnoideo y Plasticidad cerebral: a propósito de un caso. *QhaliKay. Revista de Ciencias de la Salud*. 2(1) Pp. 23-28.

Recuperado de:

<https://revistas.utm.edu.ec/index.php/QhaliKay/article/view/1403/1408>

Montero, D. y Lagos, J. (2011) Conducta adaptativa y discapacidad intelectual: 50 años de historia y su incipiente desarrollo en la educación en Chile *Estudios Pedagógicos*, vol. XXXVII, núm. 2, Universidad Austral de Chile Valdivia, Chile. Pp. 345-361

Recuperado de:

<https://www.redalyc.org/pdf/1735/173520953020.pdf>

Montes, L., M^a. J., & Paños, N., P. (2015). Intervención en la discapacidad intelectual y trastorno mental asociado en el adulto: de la intervención sistémica, el equipo interdisciplinar y la coherencia de las intervenciones. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(125). Pp. 9-18.

Recuperado de:

<https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352015000100002>

Mora, M., J. A. & Martín, J., M. L. (2007) La Escala de Inteligencia de Binet y Simon (1905) su recepción por la Psicología posterior. *Revista de Historia de la Psicología*, vol. 28, núm. 2/3. Pp. 307-313

Recuperado de:

<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2384629.pdf>

Moreno, C. A. (2012) TERAPIAS COGNITIVO-CONDUCTUALES DE TERCERA GENERACIÓN (TTG) *Revista Internacional de Psicología*. 12(1) Pp. 1-17.

Recuperado de:

<https://instituciones.sld.cu/psicosaludhabana/files/2014/08/Mindfulness.pdf>

Morrison, J. (2015) DSM-5. Guía para el Diagnóstico Clínico. Editorial El Manual Moderno, Colombia. Pp. 17, 20-23

Navas, P., Verdugo, M.A., & Gómez, L.E.. (2008). Diagnóstico y clasificación en discapacidad intelectual. *Psychosocial Intervention*, 17(2). Madrid: España. Pp. 143-152. 02 de noviembre de 2019

Recuperado de:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592008000200004

Novell, A., R.; Rueda, Q., P. & Carulla, L. S. (s/f) VI. UTILIZACIÓN DE FÁRMACOS EN LAS ALTERACIONES MENTALES Y/O DE LA CONDUCTA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL. ¿QUÉ DEBEMOS SABER? Salud mental y alteraciones de la conducta en las personas con discapacidad intelectual. Guía práctica para técnicos y cuidadores. FEAPS. Pp. 215-253.

Recuperado de:

https://www.plenainclusion.org/sites/default/files/libro_saludmental.pdf

OMS (2011) Informe mundial sobre la discapacidad.

Recuperado de:

http://www1.paho.org/arg/images/Gallery/Informe_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018) Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-11). Trastornos mentales y Conductuales. *Trastorno del Desarrollo Intelectual*. 11ª Edición.

Recuperado de:

<http://id.who.int/icd/entity/605267007>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018) Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-11). Trastornos mentales y Conductuales. Síndrome de Down. 11ª Edición.

Recuperado de:

<https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http://id.who.int/icd/entity/1624623908>

Organización Mundial de la Salud. (2001) Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Editorial: IMSERSO. Madrid. Pp. 203-209

Recuperado de:

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/2230/CIF_OMS.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2014). Discapacidad. Proyecto de acción mundial de la OMS sobre discapacidad 2014-2021: Mejor salud para todas las personas con discapacidad. EB 134/16 134ª. Reunión. Punto 7.3 del orden del día provisional: Consejo Ejecutivo.

Recuperado el 12 de junio del 2015 de:

http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134/B134_16-sp.pdf

Orozco, M. E.; Lostra, J.; Cermeño, C.; Dardanelli, E. & Moguillansky, S. (2015) US transfontanelar: Formaciones quísticas intracraneales. Revista Argentina de Diagnóstico por Imágenes. Revisión iconográfica, 4(11). Pp. 6-19

Recuperado de:

http://webcir.org/revistavirtual/articulos/2015/noviembre/argentina/diagnostico_imagenes/us_transfontanelar_esp.pdf

Ortega, S., P. & Plancarte, C., P. (2017) Discapacidad: factores de riesgo y prevención y profesionales relacionados. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, vol. 22, núm. 2. Pp. 183- 196.

Recuperado de:

<https://www.redalyc.org/pdf/292/29255774005.pdf>

Ostinelli EG, Hussein M, Ahmed U, Rehman F, Miramontes K, Adams CE. (2018) Risperidone for psychosis-induced aggression or agitation (rapid tranquillisation). Cochrane Database of Systematic Reviews 9412(4)

Recuperado de:

<https://www.cochrane.org/es/CD009412/risperidona-para-la-agresion-o-agitacion-inducida-por-la-psicosis-tranquilizacion-rapida>

Peredo, V., R. A. (2016). Comprendiendo la discapacidad intelectual: datos, criterios y reflexiones. *Revista de Investigación Psicológica*, (15). Pp. 101-122.

Recuperado de:

http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2223-30322016000100007

Real Academia Española; (2014) Diccionario de la Lengua Española, 23° edición, tomo I, México, Espasa: Calpe. Pp. 831.

Rey de Sola, M. J.; Caminos, A., M. R.; García, P., M. T.; Cabrera, M., M. R. & Alonso, D., H. (2016). Voluntariado con Personas con Discapacidad Intelectual: Cuadernos formativos. Editorial: Fundación Juan Ciudad. Madrid. Pp. 13-16.

Recuperado de:

https://www.uma.es/media/tinyimages/file/Voluntariado_con_Personas_con_Discapacidad_Int.pdf

Rivera, H., P. M. (2019) INCAPACIDAD MENTAL POR QUISTE ARACNOIDEO: LESIÓN CEREBRAL EN EL LÓBULO FRONTAL COMO CAUSA DE INIMPUTABILIDAD. *Revista Juridica UPR*, 88(2). Pp. 600-613.

Recuperado de:

<http://revistajuridica.uprrp.edu/wp-content/uploads/2019/06/Incapacidad-mental-por-quiste-aracnoideo.pdf>

Rodríguez, G., P. L. (2015). Diagnóstico y tratamiento médico de la epilepsia *Revista Cubana Neurología y Neurocirugía*.5(2). Pp.164–85.

Recuperado de:

<http://www.revneuro.sld.cu/index.php/neu/article/view/206>

Rodríguez, J., M.; López, R., M.; García, G., A. & Rubio, J., J. C. (2011). Funciones ejecutivas y discapacidad intelectual: evaluación y relevancia. *Campo Abierto*, 30(2). Pp. 79-93

Sáenz, F., A. (2014). Discapacidad intelectual. Guía didáctica para la inclusión educativa en educación inicial y básica. Edición Dirección de Medios y Publicaciones. México: D.F. CONAFE. Pp. 17.

Salado-Medina V, López-Espuela F, Falcón-García A, Rico-Martín S, Gómez-Luque A, Casado-Naranjo I. (2018) Valoración de la calidad de vida, estigma social y adhesión al

tratamiento en pacientes con epilepsia del Área de Salud de Cáceres: estudio transversal. *Revista Neurologica*;67 (08). Pp. 281-286.

Recuperado de:

<https://www.neurologia.com/articulo/2018073>

Sanabria, H., M. (2013). La teoría de las inteligencias múltiples desde la perspectiva del asesoramiento psicopedagógico en el contexto educativo. *Revista Espiga.*, Año XII, N.o 25. Pp. 35-36.

Sartori, P. y Sgarbi, N. (2019). Tomografía computada y resonancia magnética de variantes normales/congénitas de apariencia quística y presentación frecuente en el encéfalo. *Revista Argentina de Radiología*, 83(1). Pp. 12-22

Recuperado de:

<https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0038-1676311.pdf>

Schalock, R., Borthwick-Duffy, S., Bradley, V., Buntinx, W., Coulter, D., Craig, E., Gomez, S., Lachapelle, Y., Luckasson, R., Reeve, A., Shogren, K., Snell, M., Spreat, S., Tassé, M., Thompson, J., Verdugo-Alonso, M., Wehmeyer, M. & Yeager, M. (2010). *Intellectual Disability Definition, Classification and Systems of Supports (11th Ed)*. Washington: AAIDD. Pp. 1-6

Schalock, R. I.; Luckasson, R. A.; Shogren, K. A.; Borthwick-duffy, S.; Bradley, V.; Buntinx, W. H.; Coulter, D. I.; Gómez, S. C.; Spreat, S; Thompson, J. R.; Verdugo, M. A.; Wehmeyer, M.; & y Yeager, M. H. (2007). El nuevo concepto de retraso mental: Comprendiendo el cambio al término discapacidad intelectual. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*. Siglo Cero. Vol 38 (4), Núm. 224. Pp: 5-20

Recuperado de:

<https://sid.usal.es/idocs/F8/ART10365/articulos1.pdf>

Shapiro BK, Batshaw ML. (2016). Discapacidad intelectual. En: Kliegman RM, Stanton BF, St. Geme JW, Schor NF, eds. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 20a ed. Filadelfia, Pensilvania: Elsevier. Cap. 36.

Secretaria de Salud. (2015) Diagnóstico y Tratamiento de la Epilepsia en el Adulto en Primer y Segundo Nivel de Atención. Resumen de evidencias y recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. CENETEC: México. Pp. 80-88

Recuperado de:

<http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html>

Secretaria de Salud. (2017) Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento de la Primera Crisis Convulsiva en Niñas, Niños y Adolescentes. CENETEC: Ciudad de México. Pp. 28-30, 68-69

Recuperado de:

<http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html>

SEDESOL. (2016). Diagnóstico sobre la situación de las personas con discapacidad en México. Pp. 3, 29- 38.

Recuperado de:

https://backend.aprende.sep.gob.mx/media/uploads/proedit/resources/diagnostico_sobre_l8a347852.pdf

Sequeira Q., C. M. y Chang S., J. (2018). Diagnóstico y Manejo de la Primera Convulsión. Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR – HSJD. Vol 8 No II. Pp. 11-21

Recuperado de:

<https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2018/ucr182b.pdf>

Suárez-Escudero, J. C. (2014) Discapacidad y neurociencias: la magnitud del déficit neurológico y neuro psiquiátrico. *Acta Neurológica Colombiana.*; 30(4). Pp.290-299.

Recuperado de:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012087482014000400009&lng=en&tlng=es.

Unwina,G.; Tsimopoulou, I.; Stenfert, B. & Azmi, S. (2016). Effectiveness of cognitive behavioural therapy (CBT) programmes for anxiety or depression in adults with intellectual disabilities: A review of the literature. *Research in Developmental Disabilities*, 51-52. Pp. 60-75.

Recuperado de:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0891422215300329>

Tassé M., J, Luckasson R, & Schalock, R., L. (2016). The relation between intellectual functioning and adaptative behavior in the diagnosis of intellectual disability. *Intellect Dev Disabil.* 54(6):381-390.

Torres, P. B.; Barrantes, O. M. A. & Tajima, P. K. (2015). Modelos y Sistemas Clasificatorios en Psicopatología. *MANUAL APIR PSICOPATOLOGÍA* 1.^a edición. Pp. 11-14

Recuperado de:

<https://acemiapir.com/wp-content/uploads/2015/11/Psicopatologia1aEdicion.pdf>

Vega-Sosa, A.; Obieta-Cruz, E. & Hernández-Rojas, M. A. (2010). Quistes aracnoideos intracraneales. *Cirugía y Cirujanos*. 78(6). Pp. 556-562

Recuperado de:

<https://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2010/cc106p.pdf>

Velasco, J., L., C.; Govea, E., R.; González, E., L., H. (2015). Inclusión Social de Personas con Discapacidad Intelectual en Guadalajara, México. *RIDE Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 6(11).

Recuperado de:

<http://www.redalyc.org/pdf/4981/498150319058.pdf>

Verdugo, A., M. A. y Schalock, R. L. (2010). últimos avances en el enfoque y concepción de las personas con discapacidad intelectual. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual Vol 41 (4), Núm. 236. Siglo Cero*. Pp. 7-21.

Recueprado de:

https://www.plenainclusion.org/sites/default/files/sc_236.pdf

Vidal, M., J. J. (2018) Primera crisis epiléptica en pacientes adultos. *Medicina Interna México*.;34(5). Pp.746-761.

Recuperado de:

<http://www.scielo.org.mx/pdf/mim/v34n5/0186-4866-mim-34-05-746.pdf>

Zhao Y, Li X, Zhang K, Tong T, Cui R. (2018). The Progress of Epilepsy after Stroke. *Curr Neuropharmacol* 16(1). Pp.71-78.

ANEXOS

Anexo 1

**Clínica Materno Infantil Mendoza**
R.F.C. MESA-060319-019 * AUT. S.S.A. 3054 * CED. PROF. 2019910

FECHA : 09-AGOSTO-2006.
PACIENTE :
EDAD : 25 AÑOS
MEDICO : A QUIEN CORRESPONDA

ULTRASONIDO OBSTETRICO

SE REALIZO ESTUDIO SOLICITADO CON EQUIPO EN TIEMPO REAL Y TRANSDUCTOR CONVEXO DE 3.5 MHz EN ESCALA DE GRUES, REALIZANDO BARRIDOS MULTIDIRECCIONALES SOBRE REGION PELVICA PARA VALORAR LOS SISTEMAS Y ESTRUCTURAS INVOLUCRADAS, REPORTANDO AL MOMENTO DEL ESTUDIO LO SIGUIENTE :

UTERO EN ANTEFLEXION SE OBSERVA GLOBOSO, AUMENTADO DE TAMAÑO EN TODOS SUS DIAMETROS CON DIMENSIONES DE 101X117X77MM EN SENTIDO LONGITUDINAL, ANTEROPOSTERIOR Y TRANSVERSO RESPECTIVAMENTE. LA CAVIDAD VIRTUAL SE OBSERVA OCUPADA POR LA PRESENCIA DE UN SACO GESTACIONAL, OVOIDE EL CUAL MIDE 57 MM. Y SE OBSERVA RODEADO DE UN HALO ECOGENICO DE REACCION DECIDUAL HOMOGENEA ENGROZADA EN SU PORCION POSTERIOR, EL CUAL ES EL SITIO DE LA FUTURA PLACENTA EN DESARROLLO. EN EL INTERIOR DEL SACO GESTACIONAL SE OBSERVA LA PRESENCIA DE UN EMBRION, EL CUAL MIDE 28 MM. DE LONGITUD CEFALOCAUDAL Y OBSERVO UNA FRECUENCIA CARDIACA RITMICA DE 133 LPM.

SE OBSERVARON DATOS ECOGRAFICOS DE HEMATOMA EN LA PORCION RETROPLACENTARIA CON UNA EXTENSION DE 9 MM.

CERVIX- LINEAL Y CERRADO.

**ID. EMBARAZO DE 9.5 SEMANAS DE GESTACION POR LCC.
P.U.V.I., DATOS DE CORIOHEMATOMA LEVE, O.C.I CERRADO.**


FECHA PROB. DE NACIMIENTO 09-MARZO-2007.

ATENTAMENTE
DR. JOSE DE JESUS ANAYA
ULTRASONOGRAFISTA

AV. SAN ANDRES No. 3 COL. HANK GONZALEZ ECATEPEC, EDO. DE MEXICO TELS.

9

Anexo 3

 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS		4-30-8/9	
REFERENCIA-CONTRAREFERENCIA ALERGICO A LA AMPLICILINA		NOMBRE DEL PACIENTE: [REDACTED]	
REFERENCIA: ORDINARIO <input checked="" type="checkbox"/> URGENTE <input type="checkbox"/>		APELLIDO PATERNO: [REDACTED] APELLIDO MATERNO: [REDACTED] NOMBRE(S): [REDACTED]	
ENVIO A LA ESPECIALIDAD DE: TERAPIA DE LENGUAJE		C.U.R.P.: [REDACTED]	
UNIDAD A LA QUE SE ENVIA: NEONATOLOGIA DE LAS SALINAS DELEGACION:		DIAGNOSTICO(S) DE ENVIO:	
UNIDAD QUE ENVIA: PEDIATRIA DELEGACION:		TRANSTORNOS DEL LENGUAJE	
FECHA DE LA SOLICITUD: 14/01/2010		FECHA DE CITA DE PRIMERA VEZ:	
DIA MES AÑO		DIA MES AÑO	
RESUMEN CLINICO			
ANOTAR UN RESUMEN DE LOS PRINCIPALES DATOS DEL INTERROGATORIO Y EXPLORACION FISICA, ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO TERAPEUTICA PREVIA Y RESULTADOS OBTENIDOS.			
Se trata de paciente masculino de 2 años 10 meses, al cual se traigo a consulta, ya que desde la edad que el paciente no adquiere sus lenguaje, no le habla, mamá, y generaliza al decir de la madre el responde en forma de sonidos cuando se le habla.			
AAP: NEGATIVA QUIRURGICOS, TRANSUSIONALES, TRAUMATICOS, ALERGICO A LA AMPLICILINA.			
Madre de la gesta II de madre de 25 años, embarazo curso con amenaza de aborto en el primer trimestre, obtenido por cesarea al parecer por SPA y no progresión de trabajo de parto, parto y lloro al nacimiento, Apgar 8/9, peso: 3900gr, Egreso con el niño.			
SOSTEN CEREBRAL II, se entoró, hipotermia: 11 meses, babilico: 12 meses, gateo: 12 meses, desarrollo: 12 meses, control de esfinteres, sostiene objetos 6 meses.			
A la exploración física, reactivo, normocefalo, orofaringe normal, area cardiopulmonar y abdomen sin compromiso, Neurológico sin alteraciones aparentes, resto sin agregadas.			
MOTIVO DEL ENVIO: Paciente con estabilidad hemodinamica, se envia para valoración y tratamiento			
1. FALTA DE RESPUESTA FAVORABLE AL TRATAMIENTO <input type="checkbox"/>		6. TRATAMIENTO ESPECIALIZADO <input type="checkbox"/>	
2. PRESENCIA DE COMPLICACIONES <input type="checkbox"/>		7. PROTECCION ANTICONCEPTIVA <input type="checkbox"/>	
3. REQUIERE ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO ESPECIALES <input type="checkbox"/>		METODO ANTICONCEPTIVO:	
4. RIESGO DE SECUELAS <input type="checkbox"/>		(FIRMA DE ACEPTACION DE LA PACIENTE)	
5. COMPLEMENTACION DIAGNOSTICA <input type="checkbox"/>		8. OTROS:	
INCAPACIDAD: No. DE FOLIO _____ POR _____ DIAS		RAMO DE SEGURO: ENFERMEDAD GENERAL <input type="checkbox"/>	
FECHA DE INICIO: _____		RIESGO DE TRABAJO <input type="checkbox"/>	
DIA MES AÑO		MATERNIDAD <input type="checkbox"/>	
INICIA <input type="checkbox"/> SUBSECUENTE <input type="checkbox"/> No. DIAS ACUMULADOS _____		MEDICO RESPONSABLE (NOMBRE, FIRMA Y MATRICULA)	
Dra. Maria del Pilar Viquez Juárez Médico Pediatra IMSS Mat. 11369272		MEDICO DIRECTIVO QUE AUTORIZA (NOMBRE, MATRICULA, CARGO Y FIRMA)	
		Dr. Miguel Ángel Sánchez López Subdirector Médico IMSS Mat. 11355	

Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad

Dirección General de Coordinación de Hospitales Federales de Referencia

SERVICIO ATENCIÓN PSIQUIA

Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"

Referencia de Pacientes Folio: 1477

Clave de Referencia:

Nombre del Médico que refiere: Dr. Alfredo Torres Sánchez Código de aceptación 100

Motivo de envío: _____

Unidad receptora Centro Integral de Salud Mental CISEM Teléfonos: 5595-5651

Domicilio: Periférica Sur 2905 Col San Jerónimo Lídice Delegación Magdalena Contreras

Nombre del Médico que acepta: _____

Nombre del Paciente: [REDACTED]

Domicilio: [REDACTED]

Sexo: M Edad: 3a3m Derechohabiente a: IMSS Expediente: _____ N. Socioeconómico: _____

Tipo de atención:

Manejo Médico Quirúrgico: Interconsulta: Especialidad:

Aux. Dx. y Tx: _____ Otro: _____

Resumen Clínico:
 Colibrario y residente del Edo. de México, madre cursa embarazo de alto riesgo por amenaza de aborto a las 8 semanas de gestación, obtenida por cesárea debido a producto macrosómico, con desarrollo psicomotor normal hasta que la madre se percata que a la edad de 2 años comenzó a pararse comenzó a decir papá y utilizaba una sola palabra para dirigirse a una gran variedad de objetos, fue ingresado en una escuela especial y cursa con incapacidad para interactuar con sus pares, carece del interés común por compartir, no establece contacto ocular, no muestra reciprocidad social, realiza actos repetitivos como correr de un lado a otro del patio mirando al cielo, tiene interés particular por cosas que ruedan o tapas, es selectivo con alimentos, en ocasiones los ruidos intensos le molestan además inquieto. Sostén cefálico 2-3m, sedestación 5-6m, gateo 7-8m, bipedestación 10m, sonrisas 3-4m, alimentado al seno materno 7m, abducción 4m, biberón no utilizó, en ocasiones tiende a la auto-agresividad.

T.A. Mm

F.C. Mm

F.R. Mm

Temp. °C

Peso 18.700 Kg.

Talla Cm.

Glasgow

Impresión Diagnóstica: Trastorno AUTISTA INFANTIL (F84.0)

Caso Médico Legal si no

México solicitante Paciente o familiar

Dr. Alfredo Torres Sánchez (4308669) Dr. Alfredo B...

Nombre, firma y ced. prof. Nombre, y firma responsable

Sello

Anexo 5

SEP **SISTEMA EDUCATIVO NACIONAL**
CARTILLA DE EDUCACIÓN BÁSICA
1º GRADO DE EDUCACIÓN PREESCOLAR COLO ESCOLAR

NOMBRE DEL(A) ALUMNO(A) _____
 CLAVE _____ GRUPO **C** TURNO **MATUTINO**
 NOMBRE DE LA ESCUELA **JOSE MARTI** CDT **13EENAS2H1**

NIVEL DE DESEMPEÑO **COLABORACIÓN REQUERIDA POR PARTE DE LA FAMILIA, ESCUELA Y COMUNITARIO**

A Muestra un desempeño destacado en los aprendizajes relacionados con las competencias que se favorecen en el campo formativo. Para conservar el nivel se requiere mantener el apoyo que se le brinda.

B Muestra un desempeño satisfactorio en los aprendizajes relacionados con las competencias que se favorecen en el campo formativo. Necesita apoyo adicional para resolver las situaciones en las que participa.

C Muestra un desempeño suficiente en los aprendizajes relacionados con las competencias que se favorecen en el campo formativo. Requiere apoyo y asistencia permanente para resolver las situaciones en las que participa.

D Muestra un desempeño insuficiente en los aprendizajes relacionados con las competencias que se favorecen en el campo formativo. Requiere apoyo, sobre acompañamiento diferenciado y permanente para resolver las situaciones en las que participa.

CAMPOS FORMATIVOS

NIVEL DE DESEMPEÑO	LENGUAJE Y COMUNICACIÓN			FORMACIÓN CÍVICA Y ÉTICA			EXPLORACIÓN Y TIPOLOGÍA DEL MUNDO			DESARROLLO FÍSICO Y SALUD			DESARROLLO PERSONAL Y SOCIAL			EXPLORACIÓN Y APLICACIÓN DE LAS CIENCIAS		
	NOV	ENE	JUN	NOV	ENE	JUN	NOV	ENE	JUN	NOV	ENE	JUN	NOV	ENE	JUN	NOV	ENE	JUN
A	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
B	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
C	●	●	○	●	●	○	●	●	○	●	●	○	●	●	○	●	●	○
D	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

MAESTROS: NOV 7, MAR 7, JUN

FIRMA DE LA MADRE, PADRE DE FAMILIA O TUTORIAL: _____
 NOMBRE: _____
 APELLIDO: _____
 PARA PREESCOLAR REGISTRA: _____
 LENGUA INGENERA: _____
 FOLIO **A 0647879**

FECHA: 2013 | 07 | 05

1º PERIODO ESCOLAR 2º PERIODO ESCOLAR 3º PERIODO ESCOLAR 4º PERIODO ESCOLAR

La educadora registrará, al finalizar el mes de noviembre, o en el momento del ciclo escolar en el que observe dificultades en el desempeño del(a) alumno(a), información acerca de las necesidades de apoyo que éste(a) requiere y las acciones que la escuela y la familia deben realizar conjuntamente con el educando para favorecer que avance en los aprendizajes relacionados con las competencias del campo formativo. En caso de requerir más espacio, utilice hojas adicionales.

CAMPO FORMATIVO **DESARROLLO FÍSICO Y SALUD.**

ESPECIFICAR LOS APOYOS REQUERIDOS

SE SUGIERE QUE BRANDON CONVIVA CON NIÑOS Y ADULTOS EN ACTIVIDADES DE ESPARCIMIENTO COMO BAILAR, CORRER O JUGAR PELOTA ACOMPAÑÁNDOLO Y MOSTRANDOLE O MODELÁNDOLE LAS INDICACIONES POR EJEMPLO SI DIGO ALTO LE EXPLICAMOS QUE DEBE DETENERSE, SI DECIMOS RAPIDO QUE COBRA O LE DECIMOS QUE PASE LA PELOTA ES RECOMENDABLE QUE REALICE ACTIVIDADES COMO: ARMAR, DESARMAR ROMPECABEZAS, BLOQUES, APILAR OBJETOS, OBSERVAR FICHAS CON ACTIVIDADES QUE SE ESPERA QUE ÉL HAGA PARA QUE LAS VISUALICE Y SE LE PIDA HACERLO, PONERLE A LA VISTA OBJETOS DIFERENTES Y PEDIRLE SEPARARLOS POR TAMAÑO, COLOR, ETC.

ES CONVENIENTE EL SEGUIMIENTO MÉDICO Y PSICOLÓGICO PARA BENEFICIAR SU SALUD INTEGRAL Y EL DESARROLLO DE COMPETENCIAS COMO ATENCIÓN LENGUAJE, ASPECTO EMOCIONAL AFECTIVO Y SOCIALIZACIÓN.


OBSERVACIONES GENERALES

Si es necesario, la educadora registrará las situaciones que interfieren o puedan favorecer el desempeño del(a) alumno(a).

"CONCLUYÓ SU EDUCACIÓN PREESCOLAR"

Página 1 de 2

Referencia - Contrarreferencia



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
MEJORAR Y VINCULARSE SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

REFERENCIA - CONTRARREFERENCIA

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

NSS: [REDACTED] A. MED.: 3M20070R

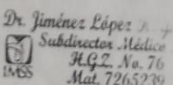
NOMBRE DEL PACIENTE: [REDACTED]

DELEGACIÓN: MÉXICO ORIENTE - NAUCALPAN

UNIDAD: HGZ CON M.F. NO. 76 CVE PTAL. 154905022151

CONSULTORIO: TURNO: VESPERTINO


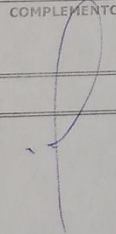
ChMax_Facial_01

Fecha de solicitud de envío:		Viernes, 21 de Enero del 2011			
ESTATURA	PESO	TEMPERATURA	PRESIÓN ARTERIAL	FRECUENCIA CARDIACA	FRECUENCIA RESPIRATORIA
1.5 m	20.5 kg	36.0 °C	/ mmHg	72 latidos/min	18 resp/min
Tipo de Referencia: Ordinaria		Ocasión de servicio: Primera vez			
Unidad a la que se envía: HGZ con M.F. No. 76		Delegación a la que se envía: México Oriente - Naucalpan			
Unidad que envía: HGZ con M.F. No. 76		Delegación de la que se envía: México Oriente - Naucalpan			
Especialidad a la que se envía: C ESP OTORRINOLARINGOLOGÍA PED					
Diagnóstico:					
Frenillo lingual corto. PRIMERA VEZ					
Otros Dx.:					
Complemento de Dx.:					
SE DESCARTA FRENILLO LINGUAL CORTO					
Enfermedades Crónicas:					
Resumen Clínico:					
MASCULINO DE 3 AÑOS 10 MESES, ENVIADO PARA VALORACION DE FRENILLO LINGUAL YA QUE SU VOCABULARIO ES MUY LIMITADO. PACIENTE PRODUCTO DE SEGUNDA GESTA CON APOGAR DE 8-9. AL MOMENTO NIEGA ENFERMEDADES O ALERGIAS. SE TRATA DE PACIENTE POCO COOPERADOR. A LA EXPLORACION SE DESCARTA FRENILLO CORTO. DE ACUERDO A LA EDAD. SUGIERO CONTINUAR CON TERAPIA DE LENGUAJE Y EN CASO DE PERSISTIR PROBLEMAS DE PRONUNCIACION A LA EDAD DE 5 AÑOS REENVIAR A ESTA UNIDAD. PARA REVALORACION. PLAN SE SOLICITA VALORACION POR ORL PARA DESCARTAR PROBLEMA AUDITIVO.					
Alergias:					
Motivo de envío:					
Entrevista diagnóstica					
Información Adicional:					
se solicita valoración ya que la madre refiere que en ocasiones aunque este a corta distancia no hace caso de sus ordenes					
Nombre y firma del médico		Cédula Profesional	Matrícula	Nombre y firma del médico que autoriza	
LIRIO SALAZAR PEREZ		6075122	98151765	 Dr. Jiménez López Subdirector Médico HGZ No. 76 Mat. 7265239	

CONSULTA DE ESPECIALIDADES
 H. G. Z. No. 76
 PRESENTARSE A LAS 16:00 HRS.
 EL DIA 26 DEL MES DE DR. Garcia
 EN EL MODULO No. II A.M. ITA

HOSP. GRAL DE ZONA
 No. 76
 "XALOSTOC"
 21 ENE 2011
 D. I. M. A. C.

Anexo 7

 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL <small>SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL</small>		NSS : [REDACTED] A. MÉD. : 3M20070R NOMBRE DEL PACIENTE [REDACTED]				
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS NOTAS MÉDICAS Y PRESCRIPCIÓN NOTA DE ATENCIÓN MÉDICA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL		DELEGACIÓN: MÉXICO ORIENTE - NAUCALPAN UNIDAD : HGZ CON M.F. NO. 76 CVE. PTAL. 154905022151 CONSULTORIO : CirMax_Facial_01 SERVICIO : C ESP CIRUGÍA MAXILOFACIAL				
		TURNO : MATUTINO				
FECHA Y HORA	TALLA	PESO	TEMPERATURA	TENSIÓN ARTERIAL	FRECUENCIA CARDIACA	FRECUENCIA RESPIRATORIA
Jueves, 29 de Marzo del 2012. 11:45	1.17 m	25.0 kg	36.5 °C	120.0 / 80.0 mmHg	80 latidos/min	20 resp./min
RESUMEN CLÍNICO: PACIENTE MASCULINO DE 5 AÑOS DE EDD QUE SE PRESENTA A LA CONSULTA EXTERNA CON LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES VALORACION POR EL SERVICIO DE AUDIOMETRIA EN DONDE REFIEREN SIN ALTERACIONES AUDITIVOS. SERVICIO DE NEUROLOGIA REFIERE TAC RESONANCIA MAGNETICA SIN APRECIAR DAÑO CEREBRALN DESCARTANDO AUTISMO BAJO TERAPIA DE LENGUAJE PSICOLOGOA PEDAGOGFA Y TERAPIA DE LENGUAJE. SE SOLICITA VALORACION POR EL SERVICIO DE PEDIATRIA Y SE SOLICITA CARIOTIPO A DESCARTAR SINDROME. PACIENTE DE LA SEGUNDA GESTA SIN ALTERACIONES HJDA PRIMERA GESTA. RESPIRO Y LLORO AL NACER PERSANDO 390 KGRS APGAR DE 8 9 MOVIMIENTO PSICOMOTROES DENTRO DE LIMITES NORMALES.. SOLAMENTE PROBLEMS DE LENGUAJE. EXPLORACIÓN FÍSICA: SE INICIA PROTOCOLO DE ESTUDIO			AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO			
PROCEDIMIENTOS DE CONSULTORIO PROGRAMADO: PROCEDIMIENTOS DE CONSULTORIO REALIZADOS: INDICACIONES ADICIONALES SE SOLICITARA CARIOTIPO. SE APRECIA PROBLEMAS DE PERSONALIDAD DEMASIADO INQUIETO E IRRITABLE. SE MANDA POR PROBLEMAS DE LENGUAJE POR FRENILLO LINGUAL CORTO . SE DARA CITA HASTA OBTENER MAS DATOS PARA CONFIRMAR ENFERMEDAD. LUGAR DEL ACCIDENTE:			RECETA: SOLICITUD ESTUDIOS DE RADIODIAGNÓSTICO:			
DIAGNÓSTICO: FRENILLO LINGUAL CORTO			SOLICITUD ESTUDIOS DE LABORATORIO: SOLICITUD ESTUDIOS DE ANATOMÍA PATOLÓGICA: REFERENCIA: CONTRARREFERENCIA:			
Nombre y firma del médico RICARDO SILVA OROPEZA			COMPLEMENTO DE Dx: 		UNIDAD: INCAPACIDAD:	
			Cédula Profesional		Matrícula 8306192	

http://11.46.15.10:0090/NotaMedica/ImpNotaMedica_Hospicio9ia_note=257461&page=1 20/03/20



DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

REFERENCIA - CONTRARREFERENCIA

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

NSS :	A. MED.: SM20070R
NOMBRE DEL PACIENTE	
DELEGACIÓN: MÉXICO ORIENTE - NAUCALPAN	
UNIDAD: HGZ CON M.F. NO. 76	CVE PTAL. 154909022151
CONSULTORIO:	TURNO:
Neuro_01	MATUTINO

Fecha de solicitud de envío: **Jueves, 24 de Mayo del 2012**

ESTATURA	PESO	TEMPERATURA	PRESIÓN ARTERIAL	FRECUENCIA CARDIACA	FRECUENCIA RESPIRATORIA
1.0 m	1.0 kg	1.0 °C	1/1 mmHg	1 latidos/min	1 resp/min

Tipo de Referencia: Ordinaria Ocasión de servicio: Primera vez

Unidad a la que se envía: Hospital de Especialidades C.M.R. Delegación a la que se envía: 3 Noreste D.F.

Unidad que envía: HGZ CON M.F. No. 76 Delegación de la que se envía: México Oriente - Naucalpan

Especialidad a la que se envía: C ESP NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA

Diagnóstico:
Autismo autista (Infantil) (niñez). PRIMERA VEZ

Otros Dx.:

Complemento de Dx.:

Enfermedades Crónicas:

Resumen Clínico:
SE TRATA DE PACIENTE MASCULINO DE 5 AÑOS DE EDAD QUE ES TRAJIDO POR PROTOCOLO DE SESTUDIO PR GENOPATIA VS METABOLOPATIA CON CLINICA DE AUTISMO, SE ENVIO A ESTA CONSULTA PARA VALORACION ENCONTRNADO PACIENTE D' ESPIERTO, TANTENTO, LA MADRE COMIENA TIENE UN VOCABULARIO DE APROXIMADAMENTE 7-10 PALABRAS Y CUETNA DEL UNO AL 10, LOS NC DIFILES DE VALROAR PERO COSNERVA REPLEJOS DE TALLO, CON FUERZA COSNERVADA, TROMPO COSERVADO RIFR, RESTO NO ES POSIBLE EXPLORAR EEG EN SUEÑO CON RITMO LENTO GENERALIZADO D HASTA 2 HZ QUE FLUCTUA DURANTE EL TRAZO CON MAYOR VOLATAJE EN RCIONES POSTERIORES Y FROITAL IZQUIERDA, CON BROTES DE ONDAS AGUDAS GENERALZIAS DE AMNRA ESPORADICA. IDX PR AUTISMO A DESCARTAR ORGANICIDAD SE ENVIA A TERCER NIVEL NO FUJE POSIBLE ESTUDIOD E TC EN ESTE HOSPITAL.

Alergias:

Motivo de envío:
TRATAMIENTO ESPECIALIZADO

Información Adicional:
se envia pacietne para competir protocolo de estudio

Nombre y firma del médico RENATA BEATRIZ SANDOVAL GUTIERREZ	Cédula Profesional	Matrícula 98153931	Nombre y firma del médico que autoriza	Matrícula
---	---------------------------	------------------------------	---	------------------

Dr. Renata B. Sandoval Gutierrez
Neurología
Céd. 98153931
IMSS Céd. Prof. 98153931

Dr. Loura Serrano Alcaraz
Jefatura de Medicina Interna
Mat. 99152788
Céd. Prof. 3016378

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 76
VIGENTE
CL 67 71 8 03-16-1

FECHA: 24-05-12
ENFICO *[Firma]*
PARTO INTELIGENTE

Anexo 9

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL CENTRO MEDICO NACIONAL UMAE
NEUROLOGIA PEDIATRICA
19-VI-2012

MASCULINO DE 5 AÑOS DE EDAD ENVIADO POR AUTISMO INFANTIL POR PROBLEMAS DE APRENDIZAJE Y DE LENGUAJE AUN 10 A 15 PALABRAS.

ATRASO EN SU DESARROLLO NEUROLOGICO.

GESTA II TERMINO CON AMENAZA DE ABORTO A LAS 8 SEMANAS Y SE MANTENE EN REPOSO, OBTENIDO POR CESAREA POR PESO 3900 GS APGAR 8/9 SIN PROBLEMAS EN LAS 1ª HORAS DE SU NACIMIENTO. DESARROLLO NEUROLOGICO SOSTEN CEFALICO 3 MESES, SEDESTACION 6/12, MARCHA SOLO 1 AÑO 3 MESES, AUN NO LOGRA SU LENGUAJE.

SE NIEGAN ANTECEDENTES FAMILIARES.

SE ESTUDIA POR GENETICA PARA DESCARTAR PROBLEMA METABOLICO.

MAXILOFACIAL POR PRESENCIA DE FRENILLO SE DESCARTA.

ESTUDIO DE AUDIOLOGIA CON AUDICION NORMALO.

AL EXAMEN NEUROLOGICO ALERTA NO COOPERA SU REVISION.

ELECTROENCEFALOGRAMA CON ONDAS DE GRAN VOLTAJE EN FASE SUEÑO PERO NO HAY PAROXISMOS.

TROMOGRAFIA DE CRANEO CON HIPOTROFIA DE CEREBELO RESTO DE LAS ESTRUCTURAS NORMALES.MEGACISTERNA MAGNA.


PACIENTE CON ATRASO EN EL DESARROLLO NEUROLOGICO NO TIENE DATOS QUE SUGIERAN AUTISMO .SE INTEGRA UN TRASTORNO DEL DESARROLLO.

PLAN


TERAPIA DE LENGUAJE Y APOYO PSICOPEDAGOGICO.

CONTROL HGZ Y UMF.

DRA CEBADA MBNP.



06 de Nov 2012. Página 1 de 1
al 06 de Dic. 10⁰⁰ Montes y J


INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
NOTAS MÉDICAS Y PRESCRIPCIÓN
NOTA DE ATENCIÓN MÉDICA
INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

NSS : [REDACTED] A. MÉD. : 3M20070R
 NOMBRE DEL PACIENTE : [REDACTED]

DELEGACIÓN : 1 NOROESTE D.F.
 UNIDAD : UNIDAD DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN
 REGIÓN :
 CVE. PTAL. 35A3021D2153
 CONSULTORIO : 12A TURNO : VESPERTINO
 SERVICIO : C ESP MED FÍSICA Y REHABILITACIÓN

FECHA Y HORA	TALLA	PESO	TEMPERATURA	TENSIÓN ARTERIAL	FRECUENCIA CARDÍACA	FRECUENCIA RESPIRATORIA
Lunes, 01 de Octubre del 2012. 16:28	1.17 m	24.3 kg	36.0 °C	1.0 / 1.0 mmHg	107 latidos/min	27 resp./min

RESUMEN CLÍNICO:

HISTORIA CLÍNICA
 NOTA DE COMUNICACION HUMANA INICIAL :PACIENTE MASCULINO DE 5 AÑOS 6/12 CON DX DE RETARDO ESPECIFICO DE APRENDIZAJE- LENGUAJE ENVIADA DE HGZ 75 ACUDE A VALORACION INT. INDIRECTO: SU MADRE.
 AHF. NIEGA HIPOACUSIA, PROBLEMAS DE VOZ O LENGUAJE
 APP: LA MADRE REFIERE QUE TENIA 26 AÑOS EN EL EMBARAZO, ESCOLARIDAD. PREPARATORIA OCUPACION: SU HOGAR Y-EL PADRE CONTABA CON 30 AÑOS EN EL EMBARAZO, ESCOLARIDAD: PREPARATORIA OCUPACION: AUXILIAR ADMINISTRATIVO SE TRATA DE LA G. 2 C: 1 SI PLANEADO, SI DESEADO, CURSO CON AMENAZA DE ABORTO SE OBTUVO A LAS 40 SDG POR CESAREA, RESPIRO Y LORO AL NACER, APGAR 8/9
 DESARROLLO PSICOMOTOR- SOSTEN CEFALICO: 3/12
 SEDESTACION: 6/12 GATEO: 7/12 DEAMBULACION: 1-AÑO 2/12
 DESARROLLO DEL LENGUAJE: BALBUCEO: 4/12
 MONOSILABOS 8/12 BISILABOS: 18/12 FRASES CORTAS: AUN NO PA: LA MADRE REFIERE AUDICION NORMAL CUENTA CON PEATC NORMALES Y REFLEJOS ESTAPEDIALES PERESENTES DE CM LA RAZA . LENGUAJE A NIVEL DE BISILABOS CON DISLALIAS MULTIPLES CURSA TERCERO DE PREESCOLAR EN-ESCUELA REGULAR SIN USAER CON BUEN DESEMPEÑO, REFIERE LA MADRE QUE RETIENE CONCEPTOS., CONDUCTA BERRINCHUDA. INQUIETA YA VALORADO POR NEUROLOGIA ENCONTRANDO EEG CON ONDAS DE GRAN VOLTAJE EN FASE DE SUEÑO SIN PAROXISMOS NORMAL, TAC NORMAL, SIN CONTROL MEDICAMENTOSO. FUE CANALIZADO A PAIDOPSIQUIATRIA POR TDAH

EXPLORACIÓN FÍSICA:
 CONDUCTA AUDITIVA DE NORMOYENTECAVIDAD ORAL CON MAL OCLUSION DENTAL GRADO 1, FRENILLO SUBLINGUAL ADECUADO. LENGUAJE A NIVEL DE BISILABOS ESCASOS CON DISLALIAS MULTIPLES , LATERALIDAD: CN CONFUSIONES ESQUEMA CORPORAL GRUESO CON FALAS CUALITATIVAS Y CUANTITATIVAS NO . CONOCE COLORES. RELACIONES ESPACIALES CON FALLAS

PROCEDIMIENTOS DE CONSULTORIO PROGRAMADO:
PROCEDIMIENTOS DE CONSULTORIO REALIZADOS:
 INDICACIONES ADICIONALES
 PSICOLOGIA CI, MADURACION, COCIENTE DE PERCEPCION, LIMITES, DINAMICA FAMILIAR, ATENCION, MEMORIA, TERAPIA DE LENGUAJE- WGS 75-10 SESIONES EJERCICIS OROFACIALES, MASOTERAPIA, PUNTO Y NODO DE ARTICULACION, CAMPOS SEMANTICOS, CITA SUBSECUENTE.

LUGAR DEL ACCIDENTE:

DIAGNÓSTICO: **COMPLEMENTO DE Dx:**
 Trastorno mixto recepción y expresión del lenguaje SEC A PBE TDAH

Nombre y firma del médico
 ROSA ALICIA GARDUÑO BARBERENA

AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

RECETA:

SOLICITUD ESTUDIOS DE RADIODIAGNÓSTICO:

SOLICITUD ESTUDIOS DE LABORATORIO:

SOLICITUD ESTUDIOS DE ANATOMÍA PATOLÓGICA:

REFERENCIA:


CONTRARREFERENCIA:

UNIDAD:

INCAPACIDAD:

Cédula Profesional
 4011645


Matrícula
 99157393



ADMINISTRACION
DE MEDICINA
REGION NOROESTE D.F.

http://172.22.100.2-9080/NotaMedica/ImnNotaMedica_Hosnien?ic_nota=470774&cons 01/10/2012

1 página
T. Longue



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

NOTAS MÉDICAS Y PRESCRIPCIÓN
NOTA DE ATENCIÓN MÉDICA
INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

NSS : [REDACTED] A. MÉD.: 3M2007OR
NOMBRE DEL PACIENTE [REDACTED]

DELEGACIÓN: 1 NOROESTE D.F.
UNIDAD : UNIDAD DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN
REGIÓN [REDACTED]
CVE. PTAL. 35A3021D2153
CONSULTORIO : [REDACTED] TURNO :
12A VESPERTINO
SERVICIO : C ESP MED FÍSICA Y REHABILITACIÓN

FECHA Y HORA	TALLA	PESO	TEMPERATURA	TENSIÓN ARTERIAL	FRECUENCIA CARDÍACA	FRECUENCIA RESPIRATORIA
Miércoles, 24 de Abril del 2013. 17:25	1.2 m	28.0 kg	36.0 °C	1.0 / 1.0 mmHg	100 latidos/min	20 resp./min

RESUMEN CLÍNICO:
 NOTA DE COMUNICACION HUMANA SUB. PACIENTE MASCULINO DE 6 AÑOS 1/12 CON DX DE TRASTORNO MIXTO RECEPCIÓN Y EXPRESIÓN DEL LENGUAJE SEC A PBE TDAH, ACUDE A VALORACION. NO A TERAPIA DE LENGUAJE EN HGZ 76 PORQUE SE QUEDO SIN TRABAJO SU ESPOSO, PERO YA SE REINCORPORO Y TIENE CITA EN MAYO PARA TERAPIAS DE LENGUAJE. ASISTIO A TERAPIA DE LENGUAJE EN DIF CON BUEN DESEMPEÑO FUE VALORADO POR PSICOLOGIA ENCONTRANDO. MOTIVO DE CONSULTA: CI, MADURACIÓN, COCIENTE DE PERCEPCIÓN, LÍMITES, DINÁMICA FAMILIAR.

EVALUACIÓN: EL PACIENTE NO CUENTA CON LAS HABILIDADES PARA APLICARLE LA BATERÍA QUE SE SOLICITA, POR LO QUE SE LE APLICA DENVER, PARA DETECTAR RETRASO EN EL DESARROLLO. EN LA PRUEBA OBTIENE QUE EL DESARROLLO DE LA MOTRICIDAD GRUESA PRESENTA UN RETRASO DISCRETO, EN EL ÁREA MOTORA FINA EL RETRASO ES GRAVE. MIENTRAS QUE EN EL ÁREA DE LENGUAJE EL RETRASO ES PROFUNDO Y EN LA DE SOCIALIZACIÓN Y AUTONOMÍA EL RETRASO ES MODERADO. EN GENERAL EL RETRASO EN EL DESARROLLO ES MODERADO.

DIAGNÓSTICO: RETRASO EN EL DESARROLLO MODERADO.

OBSERVACIONES: SE TRABAJA CON LA MADRE EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LÍMITES Y EN LA IMPORTANCIA DE QUE TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA QUE SE ENCARGAR DEL CUIDADO DEL NIÑO, EN ESPECIAL PADRES, COOPEREN EN EL MISMO YA QUE DE LO CONTRARIO NO SE VERÁN AVANCES EN BRANDON. FUE VALORADO POR PAIDOPSIQUIATRIA EN CONTROL CON HALOPERIDOL, POSTERIORMENTE RISPERDAL, POSTERIORMENTE VALPROATO DE MAGNESIO, ACTUALMENTE EN CONTROL CON METILFENIDATO + RISPERDAL. REFIERE LA MADRE MENOS HIPERACTIVIDAD, DUERME MÁS-

EXPLORACIÓN FÍSICA:
 CONDUCTA AUDITIVA DE NORMOYENTECAVIDAD ORAL CON MAL OCLUSION DENTAL GRADO 1, FRENILLO SUBLINGUAL ADECUADO. LENGUAJE A NIVEL DE BISISILABOS ESCASOS CON DISLALIAS MÚLTIPLES, LATERALIDAD: CN CONFUSIONES ESQUEMA CORPORAL GRUESO CON FALLAS CUALITATIVAS Y CUANTITATIVAS NO. CONOCE COLORES. RELACIONES ESPACIALES CON FALLAS

PROCEDIMIENTOS DE CONSULTORIO PROGRAMADO:
PROCEDIMIENTOS DE CONSULTORIO REALIZADOS:
INDICACIONES ADICIONALES

TERAPIA DE LENGUAJE, HGZ 76 10 SESIONES EJERCICIOS OROFACIALES, MASOTERAPIA, PUNTO Y MODO DE ARTICULACION,

AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

RECETA:

SOLICITUD ESTUDIOS DE RADIODIAGNÓSTICO:

SOLICITUD ESTUDIOS DE LABORATORIO:

SOLICITUD ESTUDIOS DE ANATOMÍA PATOLÓGICA:

ADMINISTRACION
UNIDAD DE MEDICINA

14/04/2013 17:25:00 nota=518388&cons 24/04

Modi Dra fuerte 27-Jun-13



México D.F. a 024 de JUNIO de 2013

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
H.G.G.G.C.M.N.LA RAZA
SERVICIO DE HIGIENE MENTAL

A QUIEN CORRESPONDA
PRESENTE

PRESENTE

Por este medio informamo y hago constar que el menor [REDACTED] con NSS: [REDACTED]. Recibe manejo y tratamiento por parte de psiquiatría en el nuestro servicio. El menor es portador y cuenta con un diagnostico de TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO ESPECTRO AUTISTA.

El tratamiento farmacológico que recibe el menor no genera reacción adversa con vacunas del esquema nacional de vacunación o con medicamentos asociados a tratamientos odontológicos.

Agradecemos la atención y nos ponemos a sus órdenes para cualquier aspecto relacionado con el proceso.

ATENTAMENTE

Dr. Miguel Ángel Jiménez Sanjuán
Jefe de Servicio de Higiene Mental



Anexo 13

SEP GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO SISTEMA EDUCATIVO NACIONAL REPORTE DE EVALUACIÓN 1º GRADO DE EDUCACIÓN PRIMARIA CICLO ESCOLAR 2013-2014

DATOS DEL(LE) LA(S) ALUMN(A) [Redacted]

DATOS DE LA ESCUELA C.A.M. NUM. 8 ODALMIRA A VESPERTINO 15DML0019F

PROMEDIO FINAL DE GRADO ESCOLAR 7.0

ASIGNATURAS	BIMESTRES					PROMEDIO FINAL
	I	II	III	IV	V	
ESPAÑOL	7	7	7	7	7	7.0
MATEMÁTICAS	7	7	7	7	7	7.0
EXPLORACIÓN DE LA NATURALIDAD Y LA SOCIEDAD	7	7	7	7	7	7.0
FORMACIÓN CÍVICA Y ÉTICA	7	7	7	7	7	7.0
EDUCACIÓN FÍSICA	7	7	7	7	7	7.0
EDUCACIÓN ARTÍSTICA	7	7	7	7	7	7.0
INASISTENCIAS	0	0	2	2	2	6

ALERTA ALERTA ALERTA

EVALUACIÓN DE HERRAMIENTAS FUNDAMENTALES PARA EL APRENDIZAJE

ESCRITURA

- Solicita o selecciona textos de acuerdo con sus intereses, los usa en actividades guiadas o por iniciativa.
- Recrea cuentos modificando o agregando personajes y sucesos.

MATEMÁTICAS

- Usa estrategias para contar, organiza una fila de personas o añade objetos.

FOLIO AE 00013

OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES POR BIMESTRE Y ASIGNATURA

ESPAÑOL - Comunica estados de ánimo, sentimientos, emociones y vivencias mediante el lenguaje oral. - Usar dibujos y otras formas simbólicas, marcas gráficas o letras para expresar sus ideas y sentimientos.

MATEMÁTICAS - Agrupa conjuntos de objetos de acuerdo con diferentes criterios. - Utilizar objetos, símbolos propios y números para representar cantidades.

OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES GENERALES

Disenar actividades rutinarias y estructuradas que lo ayuden a enfrentar problemas y a aprender de ellos.

EVALUACIÓN DE COMPRENSIÓN LECTORA


	Agosto	Noviembre	Marzo	Junio
1. Comenta de qué puede tratar un texto a partir de su título.	Siempre <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> En ocasiones <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Necesita apoyo adicional <input checked="" type="checkbox"/>	Siempre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> En ocasiones <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Necesita apoyo adicional <input checked="" type="checkbox"/>	Siempre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> En ocasiones <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Necesita apoyo adicional <input checked="" type="checkbox"/>	Siempre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> En ocasiones <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Necesita apoyo adicional <input checked="" type="checkbox"/>
2. Localiza información específica en un texto.	Siempre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> En ocasiones <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Necesita apoyo adicional <input checked="" type="checkbox"/>	Siempre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> En ocasiones <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Necesita apoyo adicional <input checked="" type="checkbox"/>	Siempre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> En ocasiones <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Necesita apoyo adicional <input checked="" type="checkbox"/>	Siempre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> En ocasiones <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Necesita apoyo adicional <input checked="" type="checkbox"/>
3. Opina sobre el contenido de un texto.	Siempre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> En ocasiones <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Necesita apoyo adicional <input checked="" type="checkbox"/>	Siempre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> En ocasiones <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Necesita apoyo adicional <input checked="" type="checkbox"/>	Siempre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> En ocasiones <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Necesita apoyo adicional <input checked="" type="checkbox"/>	Siempre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> En ocasiones <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Necesita apoyo adicional <input checked="" type="checkbox"/>

VIRGINIA FERNÁNDEZ JINÉNEZ BIC. EFRAIN VÁZQUEZ RAYOS

ELATEPEL DE ADOBELOS EDO DE MÉX. 12/04/13

EDUCACIÓN BÁSICA

México D.F. a 12 DE AGOSTO de 2014



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
H.G.G.G.C.M.N.I.A. RAZA
SERVICIO DE HIGIENE MENTAL

CENTRO DE ATENCIÓN MÚLTIPLE No.8

PRESENTE

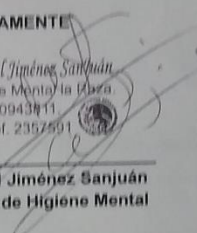
Por este medio informo y hago constar que el menor [REDACTED] con NSS [REDACTED] recibe manejo y tratamiento por parte de nuestro servicio de Higiene Mental en Psiquiatría Infantil con un Diagnóstico SÍNDROME DE ASPERGER. Este padecimiento afecta el desarrollo, la capacidad de control de impulsos y los periodos de atención son cortos con un nivel de inteligencia inferior a lo normal, con pobre socialización.

Solicito se le brinde el apoyo para continuar con su manejo y así lograr un estado de salud y bienestar adecuado para su edad y género.

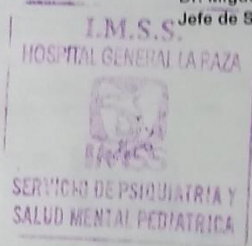
Agradecemos la atención y nos ponemos a sus órdenes para cualquier aspecto relacionado con el proceso.

ATENTAMENTE

Dr. Miguel Ángel Jiménez Sanjuán
Jefe de Higiene Mental la Raza.
Mat. 10943811
Ced. Prof. 2357501



Dr. Miguel Ángel Jiménez Sanjuán
Jefe de Servicio de Higiene Mental





DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

Hospital General
Imagenología

Folio HG-306756

DATOS DEL PACIENTE					
Sexo	Edad	Apellidos	Nombre	Fecha de Nacimiento	Estado
				Masculino	7 Años
DATOS DEL ESTUDIO					
CRANEO CON GADOLINIO		RESONANCIA MAGNETICA		martes, 23 de septiembre de 2014	
Historia	Examen	Fecha			

RM CRANEO SIMPLE

Se realiza estudio con cortes axiales, coronales y sagitales con secuencias de pulso ponderadas en T1 y T2 observando:

Tejidos blandos sin artefactos.

En fosa posterior se identifican bulbo, puente, cerebelo y vermis de características normales, sistemas de la base y cuarto ventrículo sin alteración. Presencia de imagen redondeada de bordes bien definidos, redondeada, isointensa al líquido cefalorraquídeo en T1 y T2, que mide 20x24mm en sus diámetros rostro-caudal y transverso, de localización retrocerebelar.

En estructuras supratentoriales se identifican centros semiovoides, núcleo caudado, putamen, globo pálido, tálamo, capsula interna y externa, de características normales. cuerpo calloso pico, rostro, cuerpo y esplenio sin alteración. Hay adecuada diferenciación de la sustancia gris y blanca, surcos y cisuras normales.

CONCLUSION:

ESTUDIO QUE MUESTRA QUISTE ARACNOIDEO RETROCEREBELOSO.

ATENTAMENTE
DRA. HORTA MBRX
DR. ROSAS R3RX
DRA MORA R2RX



ADRIANA HORTA MARTINEZ


MBR1048 CRAS3110A

miércoles, 24 de septiembre de 2014 09:51

SECRETARÍA DE SALUD DE HIDALGO			
SERVICIOS DE SALUD			
SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA PROVISIONAL			
No. Jurisdicción: 12	Municipio: Tizayuca		
Nombre del o de la Usuario@			
Edad: 9	Fecha de expedición: 14/10/2016		
Hora de atención: 14:49 hrs	MOTIVO DE ENVÍO: Valoración		
UNIDAD A LA QUE SE REFIERE:	H. DEL NIÑO DIF PACHUCA		
SERVICIO AL QUE SE ENVÍA:	NEUROPIEDIATRIA		
MOTIVO DE LA REFERENCIA			
PESO	55.200 Kg	TEMP	36.0 °C
ESTATURA	1.44 m	PRESIÓN ARTERIAL:	90 / 60 mmHg
FREC. CARDIAC.:	100 por min.	IMC:	26.62
FREC. RESP.:	20 por min.		
<p>ANTECEDENTE DE PB SX DE ASPENGER CON TDAH EN MANEJO CON TERAPIAS , REFIERE MADRE QUE HA ESTADO EN MULTIPLES TRATAMIENTOS FARMACOLOGICOS SIN RESPUESTA A TRATAMIENTO, ACTUALMENTE EN MANEJO EN V. OCARANZA ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO CON TMP / SMX , AMBROXOL, PARACETAMOL, PARA INFECCION RESPIRATORIA, LA CUAL SE ENCUENTRA EN MEJORIA, EL DIA DE HOY APROXIMADAMENTE A LAS 14:00 HRS PRESENTA CRISIS CONVULSIVA APARENTEMENTE TONICO-CLONICA DE DURACION APROXIMADA 4 MINUTOS. REFIERE MADRE SER LA PRIMERA VEZ QUE SUCEDE ESTO, A SU INGRESO EN PERIODO POST ICTAL, A LA EXPLORACION FISICA SE ENCUENTRA CONSCIENTE, ACTIVO REACTIVO COLORACION E HIDRATACION DE PIEL Y TEGUMENTOS, CON CARDIORRESPIRATORIO SIN COMPROMISO, CON ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE, PERISTALSIS PRESENTE, EXTREMIDADES INTEGRAS SIMETRICAS SIN COMPROMISO, CON ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE PERISTALSIS PRESENTE, RESTO SIN MAS QUE COMENTAR, ENVIO A SU SERVICIO COMO INTERCONSULTA PARA VALORACION Y MANEJO CORRESPONDIENTE. GRACIAS.</p>			
IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA			
CRISIS CONVULSIVAS EN ESTUDIO/ SX DE ASPENGER CON TDAH			
SE ENVÍA PARA SU VALORACIÓN, INICIO DE MANEJO POR ESPECIALISTA Y ATENCIÓN CONJUNTA, GRACIAS			
Enf. Enedina Espinoza Responsable de la Unidad	Dra. Crystel A. García Domínguez Ced. Prof. 6736871		



SECRETARIA DE SALUD



Fecha: 26/oct/2016

HOJA DE REFERENCIA/ TRASLADO

No. consecutivo: 1

CURP: _____ Adulto: () Adolescente: () Pediátrico: (X)
 Hora: 09:52 Urgencia: SI (X) NO ()

Folio Seguro Popular: _____ Folio Oportunidades: _____ No. Expediente: _____
 Nombre del paciente: _____
 Apellido paterno: _____ Apellido materno: _____ Nombre(s): _____
 Domicilio: TIZAYUCA
 Edad: 9 AÑOS Género: MASCULINO Estado civil: _____
 Nombre del familiar o responsable: _____ Parentesco: _____


TIZAYUCA

Unidad que refiere: _____
 Unidad a la que se refiere: HOSPITAL GENERAL PACHUCA / HOSPITAL VILLA OCARANZA
 Domicilio: _____
 Calle: _____ No.: _____ Colonia: _____
 Teléfono: _____
 Servicio al que se envía: CE NEUROLOGÍA / CE PAIDOPSQUIATRÍA
 Médico que acepta la referencia: _____
 Fecha en que acepta la referencia: _____ Hora de autorización para el 00.00
 envío del paciente:
 Hora en la que inicia el traslado: 00.00

Motivos de la referencia (Resumen clínico): PESO: 55.2 Kg TALLA: 1.44 m GLASGOW: _____
 FR: 20 por min. FC: 100 por min. TEMPERATURA: 36.0 °C

Padecimiento actual:
 MASCULINO QUE ES TRAÍDO POR MADRE POR HABER PRESENTADO CONVULSIÓN EL 14/10/16, CON VÓMITO, CON PÉRDIDA DEL ESTADOD E ALERTA, SIN PÉRDIDA DE CONTROL DE ESFÍNTERES, DE 4 A 5 MINUTOS, APARENTEMENTE TÓNICO-CLÓNICA Y CON CIANOSIS FACIAL. ES TRAÍDO A ESTA UNIDAD POR MADRE SOLICITANDO EL APOYO PARA VALORACIÓN INTEGRAL. NIEGA HABER PRESENTADO ALGUNA OTRO ESTADO EPILEPTÓGENO. CITA QUE ESTA EN REHABILITACIÓN EL LA UNIDAD DE TULIPANES Y EN CAM. NO TOMA NINGÚ MEDICAMENTO ACTUALMENTE. DESDE HACE 4 AÑOS Y MEDIO SE SUSPENDIÓ MEDICACIÓN (VALPROATO DE MAGNESIO, CLONAZEPAM, METILFENIDATO Y RISPERIDONA) PORQU NO ESTABAN RESPUESTA POSITIVA. CUENTA CON CITA EL 29/12/16 EN HN DIF EN PSICOLOGÍA. SE SOLICITA SU APOYO PARA VALORACIÓN, INICIO D EMANEJO POR ESPECISLISTA Y ATENCIÓN CONJUNTA. GRACIAS
 Estudios paraclínicos: _____

Impresión diagnóstica:
 CRISIS CONVULSIVAS EN ESTUDIO + SX ASPERGER CON TDAH



ENF. ENEDINA ESPINOZA
 NOMBRE, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL DEL
 RESPONSABLE DE LA UNIDAD

RICARDO MEJIA BAUTISTA
 NOMBRE, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO

**CENTRO DE SALUD
 TIZAYUCA**

Anexo 18

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS REFERENCIA- CONTRARREFERENCIA		NUMERO DE SEGURO SOCIAL Y AGRGADO MEDICO _____	
ORDINARIA <input checked="" type="checkbox"/> URGENTE <input type="checkbox"/>		APELLIDO PATERNO _____ MATERNO _____ NOMBRE (5) _____	
ENVIO A LA ESPECIALIDAD DE: NEUROLOGIA PEDIATRICA		CURP _____	
DIAGNOSTICO (5) DE ENVIO: _____		FECHA DE CITA DE PRIMERA VEZ: _____	
CMN LA RAZA _____		DIA MES AÑO	
UNIDAD QUE SE ENVIA DELEGACION Genética II CMN LA RAZA		_____	
FECHA DE LA SOLICITUD [2 8 1 0 1 4]		_____	
RESUMEN CLINICO			
Masculino de 7 años de edad en estudio en Genética por retraso global del desarrollo, se han descartado alteraciones cromosómicas y metabólicas, se refirió a Neurocirugía por quiste en fosa posterior quienes lo egresan con dx de no ser meritorio de tratamiento quirúrgico, se encuentra en seguimiento en Higiene mental con tratamiento de krisperidona y metifenidato, sin mejoría de sintomatología de comportamiento.			
Gracias.			
MOTIVO DEL ENVIO			
1.- FALTA DE RESPUESTA FAVORABLE AL TRATAMIENTO <input type="checkbox"/> 2.- PRESENCIA DE COMPLICACIONES <input type="checkbox"/> 3.- REQUIERE ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO ESPECIALES <input type="checkbox"/> 4.- RIESGO DE SECUELAS <input type="checkbox"/> 5.- COMPLEMENTACION DIAGNOSTICA <input checked="" type="checkbox"/>		6.- TRATAMIENTO ESPECIALIZADO <input checked="" type="checkbox"/> 7.- PROTECCION ANTICONCEPTIVA METODO ANTICONCEPTIVO _____ (FIRMA DE ACEPTACION DEL PACIENTE) _____ 8.- OTROS _____ ESPECIFIQUE	
INCAPACIDAD No. DE FOLIO _____ POR _____ DIAS FECHA DE INICIO _____ DIA MES AÑO		RAMO DE SEGURO: ENFERMEDAD GENERAL <input type="checkbox"/> RIESGO DE TRABAJO <input type="checkbox"/> METERNIDAD <input type="checkbox"/>	
INICIAL <input type="checkbox"/> SUBSECUENTE <input type="checkbox"/> No. DIAS ACUMULADOS <input type="checkbox"/>		MEDICO RESPONSABLE (NOMBRE, MATRICULA Y FIRMA) Dr. Carlos Yam 99374738 Genética Médica	
MEDICO DIRECTO QUE AUTORIZA (NOMBRE, MATRICULA Y FIRMA) Dr. Márquez JSGM		_____ P.A	



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA
CONSULTA EXTERNA NEUROLOGIA PEDIATRICA

8 DICIEMBRE 2014

NOTA DE VALORACION Y CONTRARREFERENCIA

Paciente masculino de 7 años 9/12 de edad, enviado de Genetica Medica CMNR, con diagnostico por Retraso Global del Desarrollo

AHF: Sin antecedentes de importancia neurológica

Producto de la gesta 1, de madre a los 24 años de edad, antecedentes de AA, obtenido por via abdominal por Producto Macrosimico, lloro y respiro al nacer, APGAR 8/9, peso 3.900kg y talla 52cm, egresando binomio sin complicaciones.

DPM: balbuceos 3 a 4 meses, bisilabos 6 meses, a partir de los 2 años presenta retraso en su lenguaje y actualmente con trastorno de lenguaje.

Paciente valorado por Higiene Mental en tratamiento con Metilfenidato, Clonazepam, Risperidona.

Actualmente paciente con mentalidad dispersa, no sigue ordenes, no establece contacto visual.

Peso: 29.500kg Talla: 1.31cm PC: 54.5cm

A la exploración física paciente no establece contacto visual, craneo normocéfalo, no asimetría facial, movilidad conservada de forma global, trefismo y fuerza muscular sin alteraciones, marcha sin alteraciones, no estigmas neurocutaneos.

IRM encéfalo: se observa quiste porencefálico cerebeloso, resto de estudio sin alteraciones.

EEG: estudio realizado en sueño se observan ondas agudas en regiones frontales bilaterales, ritmo de fondo lento generalizado para su edad.

Paciente masculino escolar con padecimiento crónico de evolución caracterizado por inicio en trastorno de lenguaje, en el comportamiento, en tratamiento y seguimiento en Higiene Mental con diagnostico de Trastorno autista, en seguimiento por Genetica Medica, se valora EEG anormal con datos de disfunción cerebral, IRM encéfalo quiste porencefálico cerebeloso, valorado por Neurocirugia y por el momento sin requerir tratamiento qx.


I,DX: ANTECEDENTES DE RIESGO NEUROLOGICO
TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO CON RASGOS AUTISTAS
DISFUNCION CEREBRAL

PLAN: Valproato de magnesio tabletas 200mg
Tomar 1 tableta cada 8 hrs, sin suspender. Solo administrar con agua 1hrs antes o despues de los alimentos.
Continuar seguimiento en Higiene mental
Continuar con terapias de rehabilitación
Enviar a la consulta externa en 1 año con control de EEG.
Continuar administrando tratamiento en HGZ o UMF correspondiente duracion de tratamiento por 1año sin suspender.

DRA. RUIZ FERREIRA 98361395


Anexo 20







DIF
Tizayuca

SISTEMA DIF HIDALGO
UNIDAD BASICA DE REHABILITACION TIZAYUCA
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE PACIENTES
FECHA: 25/07/2016




UNIDAD BASICA DE REHABILITACION TIZAYUCA

<p>A) UNIDAD QUE REFIERE: UNIDAD BASICA DE REHABILITACION TIZAYUCA DOMICILIO: Carretera México-Pachuca Km 50, Esq con camino viejo los Pozos a San Bartolo, S/N TIZAYUCA MUNICIPIO HIDALGO DELEGACION 43800 C.P.</p>	<p>PSICOLOGIA Y PAIDOPSIQUIATRIA SERVICIO QUE SOLICITA</p>
<p>B) UNIDAD A LA QUE SE REFIERE: HOSPITAL DEL NIÑO DIF DOMICILIO: Carretera México-Pachuca km 86, Col. Venta Prieta Pachuca de Soto MUNICIPIO Hidalgo DELEGACION</p>	
<p>C) IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE NOMBRE: [REDACTED] APELLIDO PATERNO [REDACTED] APELLIDO MATERNO [REDACTED] NOMBRE(S) [REDACTED] EDAD: 9^a 4m SEXO: MX F</p>	
<p>D) MOTIVO DE REFERENCIA: Valoración Paciente masculino de 9 años de edad, se presenta por primera vez al servicio de Psicología de esta Unidad, los padres refieren que han sido atendidos en IMSS, LA RAZA Y DIF de la ciudad de México en donde dan un diagnóstico probable de AUTISMO. Sin embargo a decir de los padres no tienen un diagnóstico certero y por consiguiente un tratamiento indicado, motivo por el cual se solicita su apoyo para generar un diagnóstico y un tratamiento farmacológico de ser necesario. Es importante mencionar que anteriormente fue medicado con Metilfenidato, Risperidona, Clonazepam y Valproato de Magnesio sin ningún cambio significativo, por el contrario lo suspendieron ya que el paciente maneja altos niveles de ácido úrico y podría traer consecuencias a su salud. El paciente dentro de sesión se muestra inquieto, poco tolerante con autoagresiones al prohibirle tomar los juguetes o al llamarle la atención los padres. Clínicamente se observan datos significativos de complejidad neurológica y alteraciones conductuales, sin embargo se solicita su atención y apoyo para descartar estos aspectos y emitir un diagnóstico certero. Sin más por el momento y agradeciendo su atención y apoyo para valorar al paciente y enviar su contrareferencia, quedo de usted para cualquier aclaración.</p>	
<p>E) MOTIVO DE ENVIO: Valoración por Psicología y Paidopsiquiatría.</p>	
 <p>UBR DIF Tizayuca</p>	 Psic. Alma Viridiana Mares Rodriguez Psicóloga adscrita a UBR Tizayuca. Ced. Profesional. 08784798 NOMBRE COMPLETO Y FIRMA

CAMINO VIEJO A SAN BARTOLO S/N, LOS TULIPANES
UNIDAD HABITACIONAL TIZAYUCA, HGO.

Anexo 22

 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL		NSS: [REDACTED] A. MÉDICO: [REDACTED] NOMBRE DEL PACIENTE [REDACTED]	
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS CONTRARREFERENCIA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL		DELEGACIÓN: DF 2 NORESTE UNIDAD QUE ENVÍA: HG CM LA RAZA CONSULTORIO: NRL8 TURNO: VESPERTINO	
Unidad a la que se envía: UMF 18 TIZAYUCA		Delegación: Hidalgo	
Fecha y hora de la cita en 1er Nivel:		Consultorio:	
Fecha de primera consulta: 29/06/2018		Fecha de alta del servicio: 29/06/2018	
Diagnóstico(s) inicial(es): Principal: Epilepsia y síndromes epilépticos sintomáticos relacionados con localizaciones (focales)(parciales) y con ataques parciales Total de consultas otorgadas: 1		Diagnóstico(s) final(es): Principal: Epilepsia y síndromes epilépticos sintomáticos relacionados con localizaciones (focales)(parciales) y con ataques parciales	
Resumen clínico 04:00 PM NEUROLOGIA PEDIATRICA DRA LOMAN ZUÑIGA VERONICA MBNP 99335279 Se trata de paciente del sexo masculino de 11 años 3 meses. Enviado con diagnóstico de: <u>Epilepsia generalizada</u> <u>Síndrome de Asperger</u> S: acude sin estudios para valorar. 13 05 2018 Refiere crisis q duración 5 – 10 minutos, continuo somnoliento, estado confusional, acudió a urgencias, amerito vigilancia, sin manejo farmacológico. Refiere nuevo evento crisis tcg duración Tratamiento actual: AVP 200mg: 2 cada 6 horas DP: se modificó hace 48 horas. (se inicio 11 05 2018) Previamente se manejaba con AVP hace 4 años lo suspendió. AHF: Niega neurológicos. Niega perinatales de importancia, Apgar: 8/9, PN: 3900 GRS, Egresado del binomio. DPM: Refiere con retraso en lenguaje se manejo en terapia a la actualidad. En manejo padosiquiatria previamente con metilfenidato, valproato de magnesio, risperidona. APP: Alérgico PENICILINA, niega traumatológicos, niega trasfusionales. Varicela en etapa preescolar. APN. Acude a un CAM se viste solo, come solo, se baña solo, independencia funcional. Sueño 20: 30 a las 7: 30hrs, niega somnolencia. Laboratorios: 14 05 2018 hto: 46, plt: 322,000, leucos: 8.9, linfo: 4.4, ego negativo. Cr: 0.40, cloro: 100, k: 4.4. IRM Cráneo simple 2014: con quiste retrocerebeloso, leve desplazamiento región occipital, atrofia fronto - temporal bilateral.			
1 de 3			



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SUBDIRECCION GENERAL MEDICA
REFERENCIA-CONTRAREFERENCIA

URG ORD. X INTERCONSULTA X
SOLIC. TRASLADO

NOMBRE DEL PACIENTE: I		NSS:		fecha: 02.07.18	
SEXO: MASCULINO					
EDAD: 11 años 2 MESES					
UNIDAD QUE SOLICITA	HGSZ#33	CIUDAD: TIZAYUCA	DELG. 13 HIDALGO		
SERVICIO: PEDIATRIA					
SERVICIO SOLICITAD: PAIDOPSQUIATRIA		UNIDAD SOLICITADA: CMN LA RAZA CDMX			
<p>Idx. TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION E HIPERACTIVIDAD SINDROME DE ASPERGER /CRISIS CONVULSIVAS SEC.</p> <p>Brandon 11 años de edad, con diagnóstico de TDHA, originario del Edo. México y residente de Tizayuca Hgo. Madre de 36 años de edad, psicóloga, escolaridad licenciatura incompleta, hipertiroidismo; padre de 41 años de edad, auxiliar administrativo, sano; tiene un hermano de 14 años de edad sano. Habita en casa propia cuenta con los servicios básicos de urbanización. INMUNIZACIONES: incompletas AGO. Madre de 25 años al momento de la gestación, gesta II, CII, por macrosomía, peso 3900 grs, niega complicaciones perinatales, Apgar 8/9. NEURODESARROLLO: sostén cefálico al mes, sedestación 5 meses, bipedestación a los 7 meses, deambulación al año y 2 meses; baluceo 2-3 meses, mamá a los 5 meses. Control de esfínteres. APP. se diagnosticó trastorno por déficit de atención e hiperactividad + síndrome de Asperger a los 2 años por lenguaje limitado, en hospital Juan N Navarro, se envió a rehabilitación. Fue valorado paidopsiquiatría 2010 metilfenidato 2 tab cada 24hrs y risperidona. Abordado con TAC RMN y EEG. 2016 presenta crisis convulsiva tónica clónica generalizada con oculoversión de 5 minutos yugulada en forma espontánea. /presenta nuevamente crisis convulsivas 27 de Junio del 2018 tonico-clonica generalizada de duración de 8 minutos requirió hospitalización por 12 hrs en servicio de urgencias. -13. Mayo 18 presenta crisis convulsiva tónica-clónica generalizada sin pérdida del estado de alerta., duración 8 minutos. Niega agresividad, e impulsividad, obedece órdenes. Ef. se encuentra reactivo, hidratado, sabe su nombre y edad; obedece órdenes, cuello sin megalias, cuello sin adenomegalias; con patrón respiratorio regular sin compromiso cardiopulmonar ni abdominal. Exámenes de labs, 8900 nt 4100 hb 15.5 plaquetas 322mil. Paciente el cual se encuentra estable, amerita valoración por neurología ped. Ante crisis convulsivas, indicamos manejo con avp 30mgkgdía. Tiene cita para RMN de cráneo simple y contrastada con gadolinio 23 DE Agosto del 2018, y EEG el día 20 de AGOSTO</p>					
NOMBRE DEL MEDICO: DR., Juan Pablo Núñez Monragón 99138885		AUTORIZO: DR. MARIO ARTURO GARCIA. DIRECTOR			
MATRICULA: 91138885		MATRICULA :			
FIRMA:		FIRMA:			
EN CASO DE OTORGAR CITA, ANOTAR : SERVICIO:			CONTROL		
			FECHA HORA		

TIZAYUCA
 DE DERECHOS
 18/07/18
 07:07:18
 450198416
 CARTUICO



DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UMAE Hospital General Dr. Gaudencio González Garza
Centro Médico Nacional "La Raza"
Imagenología / Rayos X

Descripción del Estudio: CRANEO
Fecha del Estudio: 2018-08-23
Hora del Estudio: 08:31:37

RM SIMPLE DE CRÁNEO DEL 23 DE AGOSTO DE 2018

CUADRO CLÍNICO: EPILEPSIA Y QUISTE RETROCEREBELOSO

MEDICO SOLICITANTE: DRA. VERONICA LOMAN ZUÑIGA

TÉCNICA: Se realiza estudio (1.5 T) mediante cortes axiales, coronales y sagitales en secuencias de pulso eco de spin T1 simple, T2, Secuencia de Difusión, FLAIR.

HALLAZGOS: El espacio aracnoideo de amplitud normal. Las circunvoluciones de morfología conservada. La sustancia blanca de distribución e intensidad normal, se observa prominencia de espacios perivasculares de la sustancia blanca subcortical. El cuerpo calloso de forma e intensidad de señal normal. Los ganglios basales simétricos en forma e intensidad de señal. Mesencéfalo, puente y bulbo sin alteraciones. El sistema ventricular de amplitud, forma e intensidad de señal conservada, se observa cavum vergae como variante anatómica. Los hipocampos simétricos, se observan recesos temporales. La fosa posterior con hemisferios cerebelosos simétricos en forma e intensidad de señal, las cisternas prepontina y pontocerebelosa de amplitud normal. los paquetes acusticofaciales simétricos sin lesiones aparentes, se identifica una lesión de morfología ovoide en topografía de la cisterna magna, de pared delgada, isointensa al líquido cefaloraquídeo en todas las ponderaciones, el cual se remodela el hueso, con medidas de 30 x 19 x 17 mm en sus diámetros longitudinal, anteroposterior y transversal respectivamente. A la difusión no se observan zonas de restricción que sugieran evento isquémico agudo. La región silla con glándula de situación, forma e intensidad de señal normal, el quiasma e hipotálamo sin alteraciones. No se observan alteraciones en el trayecto e intensidad de los nervios craneales. Los senos paranasales con engrosamiento de la membrana mucoperióstica de ambos senos maxilares. El septum nasal con desviación levoconvexa, se observa además engrosamiento de cornetes no contactante. Las celdillas mastoides sin evidencia de alteraciones. Las órbitas mantienen su aspecto anatómico.

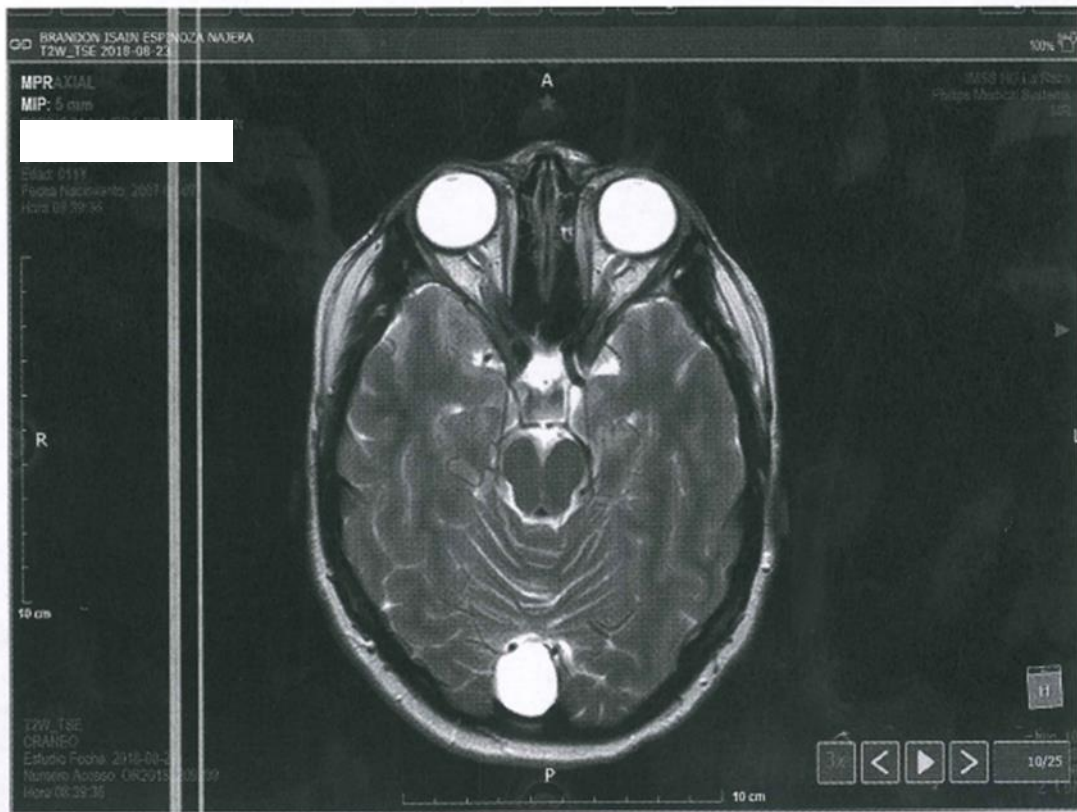
IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

- ESTUDIO DE RESONANCIA MAGNÉTICA SIMPLE DE CRÁNEO CON EVIDENCIA DE QUISTE DE FOSA POSTERIOR.
- DATOS DE RINOSINUSITIS CRÓNICA.


ATENTAMENTE

DR DANIEL FLORES SORCIA
MEDICO RADIÓLOGO
CED PROF. 4412579
DRS. HERRERA, LINOS R4RX

IMAGEN DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA 23-08-2018



Anexo 25

 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL		NSS: [REDACTED] A. MÉDICO: [REDACTED] NOMBRE DEL PACIENTE [REDACTED]	
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS CONTRARREFERENCIA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL		DELEGACIÓN: DF 2 NORESTE UNIDAD QUE ENVÍA: HG CM LA RAZA CONSULTORIO: NRL8 TURNO: VESPERTINO	
Unidad a la que se envía: UMF 18 TIZAYUCA		Delegación: Hidalgo	
Fecha y hora de la cita en 1er Nivel:		Consultorio:	
Fecha de primera consulta: 31/08/2018		Fecha de alta del servicio: 31/08/2018	
Diagnóstico(s) inicial(es): Principal: Epilepsia y síndromes epilépticos sintomáticos relacionados con localizaciones (focales)(parciales) y con ataques parciales simples Total de consultas otorgadas: 1		Diagnóstico(s) final(es): Principal: Epilepsia y síndromes epilépticos sintomáticos relacionados con localizaciones (focales)(parciales) y con ataques parciales	
Resumen clínico 04:29 PM Neurología pediátrica Dra Loman Zuñiga Veronica MBNP Se trata de paciente del sexo masculino de 11 años, en seguimiento por: Epilepsia generalizada Síndrome de Asperger S: Niega nuevos eventos de crisis epilépticas. independencia funcional. Refiere desde hace 15 días con somnolencia Mayo 1, junio 2018. Tratamiento 2 - 3 - 3 En manejo con padosiquaitria inicio Risperidona: 0.5 ml vo cada 12 horas. Ha mejorado estado de ánimo. EEG: 14082018 en ritmo theta en vigilia, en ritmo alfa, en sueño con grafoelementos de fase N2, con actividad epiléptica escasa inicio en regione fc sin generalizacion. IRM de cráneo 23082018 con quiste retrocerebeloso GI, variante anatómica sin desplazamiento de estructuras ni remodelación osea. EF: Despierto, activo, normcoefalo, defici cognitivo, obedece ordenes sencillas. AV: 20/20 figuras. Sin altracion de NC. Sin deficit motor ni sensitivo. 1. Alta de neurologia pediátrica reenvio en 6 meses a 1 año en base a evolucion clínica con Dra Loman primera vez con EEG, laboratorios, bh completos. 2. Continuar manejo farmacológico Valproato de magnesio 2 - 3 - 3 cada 8 horas ACTUAL 2 - 2.5 - 3 cada 8 horas por dos semanas 2 - 2.5 - 2.5 cada 8 horas por 1 año 3. Cita abierta urgencias en su HG en caso de descontrol de crisis epilépticas.			
1 de 3			



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
H.G.Z. 33
NOTA DE EVOLUCIÓN.

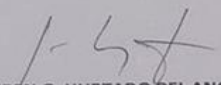


22/09/2019 15:10 hrs

INDICACIONES MÉDICAS.

Peso: 74 kg, SC: 1.8

- 1.- Ayuno 8 horas posteriores al evento de crisis.
- 2.- Soluciones IV para 8 horas LT1200/40/30
Volumen total _____ 720 ml
Velocidad de inf _____ 90 ml/hr
Glucosada 5% _____ 560.5 ml
Salina 0.9% _____ 155 ml
KCl20/10 _____ 4.5 ml
- 3.- Medicamentos
Acido valproico tabletas de 200 mg. 2 tabletas en la mañana via oral, 2 tabletas y media en la tarde via oral y 2 tabletas y media en la noche
Risperidona gotas. 1 ml cada 12 horas via oral
Fenitoina 7 mg.kg.dia (mantenimiento), administrar 172 mg IV cada 8 horas diluido en 20 ml de salina 0.9% pp en 40 minutos
- 4.- Medidas generales
Signos vitales por turno
Cuidados generales de enfermería
Vigilar estado neurológico
Reportar y asistir eventualidades


DR. RUBEN G. HURTADO DEL ANGEL
MAT 98130906/CP 11237622
PEDIATRIA

22/09/2019 20:14 hrs

Inicia Dieta Liguída

Dr. Cruz 99138677

27-9-19

Alta Pediatría

- Cobi abierta

- Puzer oculto con neurop