

RAE

1. **TIPO DE DOCUMENTO:** Trabajo de grado para optar por el título de MAGISTER EN NEUROPSICOLOGÍA CLÍNICA.
2. **TÍTULO:** FACTORES DE RIESGO PRENATAL, PERINATAL Y POSTNATAL PRESENTES EN EL RETARDO MENTAL.
3. **AUTOR:** Magda Constanza Moreno Doncel.
4. **LUGAR:** Universidad de San Buenaventura, sede Bogotá D, C.
5. **FECHA:** 12 de Julio de 2011
6. **PALABRAS CLAVE:** Retardo Mental, Factores de riesgo, prenatales, Perinatales y Postnatales, CMRP.
7. **DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO:** El objetivo de esta investigación fue identificar los factores de riesgo pre, peri y posnatales presentes en el Retardo Mental (RM); se tomó una muestra de 40 historias clínicas con diagnóstico de RM de dos Instituciones de desarrollo infantil de Bogotá. Esta investigación tuvo un diseño de tipo descriptivo, empírico-analítica, donde se diligenció el Cuestionario Materno de Riesgo Perinatal (CMRP), diseñado por López, (2003) y sometido previamente a validación de contenido; encontrando como aspectos sociodemográficos que el RM se presenta con mayor frecuencia en el género masculino, las madres en su mayoría poseen un nivel de estudios primarios. Se encontró sangrados vaginales, enfermedades durante el embarazo y la presencia del vómito y/o náuseas durante este periodo.
8. **LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN:** Neuropsicología Infantil y Neurodesarrollo que forma parte del grupo de Investigación Avances en Psicología Clínica y de la Salud de la Universidad de San Buenaventura, sede Bogotá.
9. **FUENTES CONSULTADAS:** American Psychiatric Association, (2001) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV TR*. Barcelona. Masson.Escalera, L., Mesa, C. & Páez, M., (2002) *Caracterización del retardo mental en una institución de educación especial en Bogotá*; Tesis de grado Universidad Católica De Colombia. Bogotá. García, J., Pérez., J. & Berrueto, P., (2002) Discapacidad intelectual. Desarrollo, Comunicación e intervención; Madrid. Gómez, M., (2007) Guía de intervención psicológica para pacientes de alto riesgo. *Perinatal Reprod. Hum.* 21(2) 111-121. Harmony, T., (2004). Factores que inciden en el desarrollo del sistema nervioso del niño. Manual Moderno. López, S., (2003) Cuestionario Materno de Riesgo Perinatal. CMRP.
10. **CONTENIDOS:** Neuropsicología Infantil. Trastornos generalizados del desarrollo (Retardo Mental). Historia y clasificación de los trastornos en el DSM-IV. Etiología (factores causales: neuroanatomicos, genéticos y neuropsicológicos). Factor de riesgo (pre, peri y postnatal).
11. **METODOLOGIA:** Diseño de tipo descriptivo, empírico-analítico, intersujetos, de seguimiento retrospectivo, logrado a través de la revisión de historias clínicas psicológicas obteniendo datos sobre aspectos relevantes antes, durante y después del embarazo.
12. **CONCLUSIONES:** Se encontró que el RM es más frecuente en el género masculino, la mayoría de las madres presentaron un nivel de estudios primario; los factores de riesgo con mayor prevalencia para el RM son los sangrados vaginales, las enfermedades durante el embarazo y la presencia de vómito y/o náuseas durante el periodo de gestación. Estos factores corresponden a lo reportado en la literatura y por tanto es relevante tenerlos en cuenta durante los controles prenatales para realizar una detección temprana de RM, entre otras patologías infantiles. Se requiere el diseño e implementación de una historia integral, que recopile y articule los aportes de las diferentes disciplinas. Se destaca la importancia de incluir mayor información referente a factores de riesgo postnatales como son lesiones neurológicas, estimulación y maltrato, este último dado a que el RM, constituye un colectivo vulnerable al maltrato, lo cual permitirá a los Sistemas de Salud diseñar los programas preventivos en los servicios sociales y educativos orientados a impartir educación individual y orientación a padres, maestros y cuidadores sobre los cuidados, maltrato de padres a hijo, maltrato institucional y la trascendencia de la salud integral de esta población en Riesgo.

FACTORES DE RIESGO PRENATAL, PERINATAL Y POSTNATAL
PRESENTES EN EL RETARDO MENTAL

MAGDA CONSTANZA MORENO DONCEL

UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
NEUROPSICOLOGIA CLÍNICA

BOGOTA, D.C. – 2011

FACTORES DE RIESGO PRENATAL, PERINATAL Y POSTNATAL
PRESENTES EN EL RETARDO MENTAL

MAGDA CONSTANZA MORENO DONCEL
20103379024

Trabajo presentado como requisito para optar al título de Magister en
Neuropsicología Clínica
Asesor Temático:
Oscar Utria Rodríguez

UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
NEUROPSICOLOGIA CLINICA

BOGOTA, D.C - 2011

Tabla de Contenido

Índice de tablas, IV
Índice de Figuras, V
Resumen, 1
Abstract, 1
Introducción, 2
Marco teórico, 2
Justificación, 33
Problema, 34
Variables, 34
Objetivos, 36
Método, 38
Diseño, 38
Unidad de análisis, 38
Instrumentos, 39
Procedimiento, 40
Aspectos éticos, 41
Resultados, 42
Discusión, 60
Referencias, 68
Apéndice 1, Cuestionario materno de riesgo perinatal -CMRP- (S. López Gómez, 2003), 74
Apéndice 2, Cuestionario materno de riesgo perinatal-CMRP- (S. López Gómez, 2003), Validación por jueces (Utria, O., Sánchez, M., Nieto, D. & Palacios, L., Universidad de San Buenaventura, 2010), 82
Apéndice 3 Formato de validación por jueces, 91
Apéndice 4 Resumen de validación por jueces, 92

Índice de Tablas

- Tabla 1. Posición que ocupa el niño entre los hermanos, 42
- Tabla 2. Dificultades en embarazos anteriores, 46
- Tabla 3. Inicio de asistencia médica durante este embarazo, 48
- Tabla 4. Consumo de medicamentos durante el embarazo, 48
- Tabla 5. Eventos durante el parto, 55
- Tabla 6. Peso del bebé al nacer, 58

Índice de Figuras

- Figura 1. Incidencia del género en el retardo mental, 42
- Figura 2. Nivel educativo de los padres, 43
- Figura 3. Ocupación de los padres, 44
- Figura 4. Embarazos anteriores, 45
- Figura 5. Abortos espontáneos anteriores a este embarazo, 45
- Figura 6. Abortos voluntarios anteriores a este embarazo, 46
- Figura 7. Hijo anterior con problemas, retrasos u otras alteraciones importantes, 46
- Figura 8. Métodos anticonceptivos, 47
- Figura 9. Presencia de sangrados vaginales durante el embarazo, 49
- Figura 10. Enfermedades durante el embarazo, 49
- Figura 11. Vivencia de estrés, ansiedad y nerviosismo durante el embarazo, 50
- Figura 12. Vivencia de tristeza o soledad durante el embarazo, 50
- Figura 13. Sentimientos al conocer el sexo del bebé, 51
- Figura 14. Relación de pareja durante el embarazo, 51
- Figura 15. Como vivió su embarazo, 52
- Figura 16. El embarazo fue deseado y planeado, 52
- Figura 17. Presencia de náuseas o vómito durante el embarazo, 53
- Figura 18. Consumo de cigarrillos durante el embarazo, 53
- Figura 19. Bebió durante el embarazo, 54
- Figura 20. Presencia de hinchazón o enema durante el embarazo, 54
- Figura 21. Accidentes durante el embarazo, 55
- Figura 22. Posición del bebé durante el parto, 56
- Figura 23. Parto inducido, 56
- Figura 24. Uso de fórceps durante el alumbramiento, 57
- Figura 25. Anestesia durante el parto, 57
- Figura 26. Parto múltiple, 58
- Figura 27. Duración del embarazo, 59
- Figura 28. Necesidad de cuidados especiales, 59

FACTORES DE RIESGO PRENATAL, PERINATAL Y POSTNATAL PRESENTES EN EL RETARDO MENTAL

*Magda Constanza Moreno Doncel**

Oscar Utria Rodríguez**

Universidad de San Buenaventura-Bogotá

Resumen

Esta investigación de tipo descriptivo, empírico-analítica tuvo como finalidad identificar los factores de riesgo pre, peri y postnatales presentes en el Retardo Mental (RM), para ello se tomó una muestra de 40 historias clínicas con diagnóstico de RM de dos instituciones de Desarrollo Infantil de Bogotá, se diligenció el Cuestionario Materno de Riesgo Perinatal (CMRP), diseñado por López, (2003), sometido previamente a validez de contenido, los datos obtenidos fueron analizados de acuerdo a los frecuencias y porcentajes, encontrando como aspectos sociodemográficos que el retardo mental se presenta con mayor frecuencia en el género masculino, las madres en su mayoría poseen un nivel de estudios primarios. Se encontró que los factores de riesgo con mayor prevalencia para el RM son los sangrados vaginales, las enfermedades durante el embarazo y la presencia de vómito y/o náuseas durante este periodo.

Palabras claves; retardo mental, factores de riesgo, prenatales, perinatales y postnatales.

Abstract

This research is a descriptive, empirical-analytic review aimed to identify the pre, peri and postnatal risk factors present on mental retardation (MR), in a sample of 40 medical records with diagnosis of MR from two institutions in Child Development of Bogotá, was filled out the questionnaire Maternal Perinatal Risk (CMRP), designed by López (2003), previously submitted content validity, the data were analyzed according to frequencies and percentages, in socio-demographic terms, the results of the study showed that the MR occurs more frequently in the male gender, mothers have mostly elementary education. The research has found that the risk factors with most prevalent for MR are vaginal bleeding, the disease during pregnancy and presence of nausea and/or vomiting during this period.

Keywords: mental retardation, risk factors, prenatal, perinatal and postnatal period.

* Estudiante de maestría en Neuropsicología clínica; E-mail: cotica430@gmail.com

** Asesor maestría Neuropsicología Clínica; E-mail: oeur81@hotmail.com

Factores de riesgo prenatal, perinatal y postnatal presentes en el retardo mental

Esta investigación pretende identificar cuáles son los factores de riesgo prenatal, perinatal y postnatal presentes en el retardo mental (RM) que hacen parte de varias instituciones de desarrollo infantil de Bogotá, ya que existe la necesidad de realizar más estudios que propongan soluciones que permitan controlar los factores de riesgo que pueden estar asociados a la manifestación de retardo mental.

El retardo mental engloba a un amplio grupo de personas que se caracterizan por presentar dificultades en la adquisición de algunas habilidades adaptativas en lo que corresponde a las habilidades sociales, las habilidades comunicativas, el cuidado personal, el aprendizaje escolar, la resolución de problemas y el desempeño en un trabajo, entre otros, dichos factores, generan cierta dependencia hacia la comunidad y generalmente no son detectados hasta que el niño inicia la vida escolar, aun cuando se manifiesta desde los primeros meses de edad desde la adquisición de habilidades motoras como por ejemplo; en la contención de la cabeza, dificultades en la adquisición de la marcha, coordinación, lenguaje y conocimientos típicos para la edad cronológica, que en la vida adulta reflejan dificultades para llevar una vida independiente (Verdugo, & Jenaro, 2001).

Diversos campos disciplinarios han intentado abordar el retraso mental, y son muchas las discusiones que se han tejido en torno a este término, esto se debe a que está íntimamente asociado al constructo inteligencia y por consecuencia se dificulta aún más su definición, por ello algunos de los nombres que históricamente se han asignado son; idiotez, retardo mental, retraso mental, deficiencia intelectual, discapacidad mental, persona con necesidades especiales, deficientes y oligofrenia entre otros (García, 1986).

Los anteriores términos denotan tres tendencias que han sido demarcadas a lo largo de la historia, la primera centrada en el aspecto social, considerando al retrasado mental como una persona incompetente para satisfacer las demandas de la vida. Otras centradas en las habilidades cognitivas o mentales

por lo cual consideran al sujeto con retardo mental como una persona con falta de una habilidad cognitiva general y la tercera centrada en el aspecto orgánico, que define al retrasado mental como aquella persona que padece una enfermedad orgánica (García, Pérez, y Berruezo, 2002).

Hoy en día el concepto sigue siendo muy discutible, esto se debe según García, (1986) a que todavía la Psicología se encuentra en desarrollo, por lo tanto desde el punto de vista teórico, como metodológico; siguen existiendo imprecisiones, manifestadas con fuerza en el área objeto de estudio.

Actualmente existe la necesidad de eliminar el término retraso mental por su escasa dificultad para planificar la intervención y por las consecuencias negativas que suelen generar prejuicios y discriminación (Verdugo y Jenaro, 2001) Por lo cual se sugiere un término y una definición integral que evite la ambigüedad y la exclusión.

Según Verdugo, (2003), la búsqueda de un término más adecuado para referirse a esta población ha sido motivo de debate desde finales de los años ochenta en ámbitos científicos y profesionales, llegando incluso a vincular a las personas con esa discapacidad y a sus familias quienes también consideran el retraso mental como un término peyorativo que reduce la comprensión de las personas con limitaciones intelectuales a una categoría diagnóstica nacida desde perspectivas psicopatológicas. Además propone denominarlo como discapacidad intelectual, ya que este debe concebirse hoy desde un enfoque que subraye en primer lugar a la persona como a cualquier otro individuo de nuestra sociedad y sugiere que el lenguaje profesional limite el uso de la expresión a los momentos en que sea estrictamente necesario.

El retraso mental no debe entenderse como una característica del individuo, sino como un estado de funcionamiento deficiente en ciertos aspectos concretos y actuales en la comunidad (AAMR., 2004).

Según García (1986), la primera clasificación científica que se conoce sobre el particular fue realizada por el médico francés Platter, quien al observar las enfermedades mentales en las casas especializadas que se abrieron en el siglo XIV, hizo la siguiente clasificación: trastornos intelectuales, del estado físico de

las emociones. Algunos autores consideran que Platter fue uno de los primeros en destacar de entre las enfermedades mentales, una forma donde el síntoma fundamental era la perturbación estable del intelecto. Más tarde, otros autores destacaron esta perturbación como una forma determinada de enfermedad mental.

Hacia el siglo XVIII el término idiotismo englobaba un conjunto de trastornos deficitarios, hasta que el período que sucedió a la Revolución Francesa trajo como consecuencia que se hiciera un deber estatal la ayuda a estos sujetos y esa actitud coadyuvó a que diferentes autores se ocuparan de estos problemas, uno de ellos fue J.E.D. Esquirol (1772-1840), quien estableció la diferencia entre los estados deficitarios que durante el siglo XIII habían sido unificados bajo el término "idiotismo". De este modo planteó la diferencia entre demencia e idiotez, indicando que: "el demente esta privado de los bienes que poseía, es un rico arruinado, mientras que el idiota siempre ha estado en el infortunio de la miseria", De Ajuriaguerra, (1979). El demente ha sufrido una alteración progresiva e irreversible, sus manifestaciones clínicas dependen del factor etiológico, de la gravedad del proceso patológico y del predominio en el cerebro de los cambios estructurales o funcionales, mientras que el idiota posee un desarrollo intelectual deficiente de nacimiento y no es progresivo. Arce y García (1997). Según García, (1986) la importancia de Esquirol radica, en que fue el primero que estableció las diferencias entre la etiología congénita y la adquirida, e introdujo el concepto de imbecilidad para denominar una forma más leve de idiocia. Además, introdujo el término retraso mental, para designar las gradaciones de este estado y estableció la clasificación en función de la etiología (congénita o adquirida), que se correspondían de acuerdo con el grado de retraso. Así, según la etiología distinguía el grupo general, donde estaba tanto el retraso mental congénito como el adquirido y al retraso mental congénito lo hizo corresponder a la idiocia.

Más adelante, las corrientes de la eugenesia y el darwinismo social, antes que cualquier intento por mejorar las condiciones de las personas

discapacitadas consideraron a estas como destructivas para la especie y contrario a la evolución (Arce y García, 1997).

A finales de siglo XIX, el médico francés Jean Itard (1775-1838) demostró por primera vez la posibilidad de enseñar y estimular a dichos niños, esto lo logró a través del trabajo con "El niño salvaje de Aveyron", encontrado en Aveyron, sureste de Francia en un estado salvaje. Era un niño de 11 ó 12 años, aproximadamente, lo llamó Víctor y trató de educarlo y demostró que incluso en estado avanzado, estos sujetos pueden alcanzar cierta mejoría y perfeccionamiento, a través de una atención directa y especial. Esta experiencia de J. Itard fue la base de los sistemas de educación y enseñanza que se crearon alrededor de la primera mitad del siglo XIX (García, 1986).

Posteriormente, otros autores plantearon diferentes clasificaciones de los niños con deficiencias intelectuales. Tal es el caso del inglés V. Iveland (1832 1909) y B. Morell (1809-1872), austríaco, quienes hicieron hincapié en los factores sociales, el belga J. Demore dividió los niños retrasados mentales desde el punto de vista pedagógico en rebeldes y pasivos, y desde el punto de vista médico, en idiota de primer, segundo y tercer grado extendiendo el concepto de retraso mental a los niños que se enmarcan en la categoría de abandono social y pedagógico (Hormigo, 2006).

Según Tapia, (1999) un nuevo matiz se dio a estas clasificaciones cuando aparecieron los trabajos de A. Binet y T. Simón, (1905), quienes crearon la llamada Escala Métrica de la Inteligencia. Ellos, consideraron la inteligencia como una capacidad general de adaptación que era necesario evaluarla a través del método de los test, consideraban que los niños retrasados mentales tenían una edad mental correspondiente a una edad cronológica inferior de un niño normal, se concebía, por tanto, como un "retraso" de sus capacidades intelectuales y desde entonces el uso del término retraso mental fue tomando más fuerza.

Más tarde, el psicólogo alemán W. Stern en 1912, introdujo el llamado cociente intelectual como nueva forma de gradación de la inteligencia, aunque añadió "el niño con deficiencias mentales representa un tipo peculiar,

cualitativamente distinto de desarrollo”, por lo tanto es necesario observarlo desde un punto de vista cualitativo (Vigostki, 1989).

Por otro lado están los aportes de la Escuela de Ginebra basados en la psicología genética, cuyo precursor fue el maestro Jean Piaget en 1939 y seguida por sus discípulos quienes consideran la inteligencia como una estructura que se construye desde lo más básico a lo complejo, en la medida que se establecen estructuras, se hace posible otras nuevas y más complejas, caracterizadas por periodos: sensoriomotor, preoperatorio, operaciones concretas y operaciones formales. Sin embargo en el retraso mental esta posibilidad de evolución indefinida no se produce en alguna fase de evolución (prenatal, perinatal, postnatal) haciendo que el sujeto no pueda culminar su proceso de evolución y por ello no tenga acceso al pensamiento formal (Inhelder, 1971, citado por Reboiras, 2002). El conocimiento se produce basado en el desequilibrio entre los estados de asimilación y acomodación, cuando el sujeto interactúa con el ambiente este genera un desequilibrio que indica la necesidad de crear un nuevo aprendizaje, que una vez alcanzado retorna al proceso de acomodación y genera equilibrio.

Basado en la anterior teoría, se ha planteado que si lo que predomina en el retardo mental es la asimilación, el sujeto agregará propiedades a lo enseñado, si lo que predomina es la acomodación, el aprendizaje será eminentemente repetitivo. En la persona con retardo no solamente falta riqueza de asimilaciones recíprocas, sino que también cuando se realizan las uniones, estas se llevan a cabo con mayor lentitud, debido a esto Inhelder (1971), citado por Reboiras (2002) ha caracterizado la dinámica cognitiva en el retardo como padeciendo de “viscosidad genética”.

Otra de las escuelas que realizó aportes a la investigación fue la Escuela Soviética principalmente por L.S. Vigotsky, (1896-1934) y por Luria (1960-1974) quienes se opusieron a los intentos de biologizar las concepciones que existían sobre el desarrollo de los niños deficientes, es decir, que lo que para la escuela francesa sería un deficiente endógeno, no lo sería para los soviéticos, ellos consideraron que este término es solo un producto del clasicismo de las

sociedades capitalistas y argumentaron que los niños deficientes mentales son fundamentalmente diferentes de los niños normales en todos los aspectos de la vida mental (Benedet, 1986).

Vigotski, realizó una crítica a las escuelas de educación especiales argumentando que estas no se deberían diferenciar de la educación de los niños normales, ya que los niños especiales pueden desarrollar conocimientos y habilidades de forma similar y tener acceso a niveles de desarrollo más formales como sus coetáneos siendo imprescindible utilizar métodos y técnicas específicas. Para Vigotsky es necesario comenzar por establecer el nivel de desarrollo real, que se refiere a las funciones que ya han madurado en el individuo, es decir los productos finales del desarrollo y propone que la Zona de Desarrollo Próximo es la posibilidad que tiene el niño, ayudado por el adulto para realizar aquello que él no puede hacer por sí mismo y, de esta manera, escalar un peldaño más del desarrollo (Vigotski, 1989). Lo anterior conduce a la importancia de las prácticas sociales en desarrollo de las funciones psicológicas superiores que se realizan en interacción con los adultos y luego se internalizan, es decir que hay una construcción interna a partir de una construcción externa (Carretero, 1997).

El concepto de retraso recibió otros aportes de diversas escuelas psicológicas, una de ellas, el psicoanálisis y su principal autor, Freud, (1905, citado por Díaz, 2003) considera que el progreso y el desarrollo psicológico se basan esencialmente en el establecimiento de relaciones objetales y sociales. Freud define el desarrollo como la emergencia de formas de funcionamiento de conductas resultantes de la interacción del organismo tanto con su medio interno como con su medio externo. Sus observaciones de personas neuróticas lo llevaron a concluir que la conducta de estos sujetos era de carácter infantil. Así, Freud infirió que los acontecimientos que tenían lugar durante la niñez muy temprana poseían carácter etiológico en la formación de la conducta neurótica, y que los niños eran particularmente susceptibles al trauma psicológico. Las impresiones que se han olvidado, no obstante dejan profundas huellas en la vida psíquica y actuarán como determinantes en todo el desarrollo futuro.

Otro de los aportes de la escuela psicoanalítica realizado por Mannoni (1971) discípulo de Freud, quien describió sobre las implicaciones que tiene para los padres tener un niño “anormal”, habló acerca de la negación de los padres frente al diagnóstico, luego la resignación y la sensibilización en la madre hasta el punto de sentir que ella y su hijo son una única persona; cualquier desprecio hacia el niño es para la madre un ataque hacia su persona, al igual que todo desahucio del niño es para ella su propia condena a muerte.

El psicoanálisis intento dar un abordaje desde la subjetividad y las dinámicas familiares como una forma de abordar el retardo mental, por eso su importancia en la historia del retardo mental.

Otro de los enfoques que a lo largo de la historia también quiso explicar el retardo mental fue la psicología cognitiva que surgió entre los años 50 y 60 como una tendencia renovadora, recibiendo la influencia de Vigotsky, Luria, la Teoría de la Comunicación, los avances en la investigación de computadoras, la lingüística de Chomsky y el enfoque psicométrico (Carretero, 1997). Este modelo parte de la idea de que los sujetos responden activamente a los estímulos que perciben, a través de procesos cognitivos que actúan como mediadores entre estos y sus respuestas; basado en lo anterior el enfoque cognitivo intenta conocer cuáles son las estrategias cognitivas que utiliza el sujeto para mediar entre los estímulos del medio y las respuestas emitidas por este. Tomando como base este enfoque, el retraso mental surge como resultado de un conjunto de disfunciones en los procesos cognitivos de la persona (percepción, memoria, atención, razonamiento) por lo cual, para superar esto y partiendo de la teoría de la modificabilidad estructural cognitiva, este modelo busca fortalecer aquellas estructuras cognitivas en que el individuo presenta bajos rendimientos o déficit, entrenando de forma directa las funciones intelectuales menos desarrolladas. Como resultados obtuvo que la mayoría de los déficit se encuentran en la metacognición, procesos ejecutivos, de transferencia y generalización (García, et al., 2002).

Las anteriores descripciones mostraron un recorrido por las diferentes escuelas psicológicas que dejan ver las dificultades dadas a la hora de

establecer criterios claros que expliquen, midan, faciliten el diagnóstico y la intervención en el retardo mental.

El primer paso a la hora de estudiar el retardo mental es obtener una definición, clara, esta tarea fue abordada por la Asociación Americana de retraso mental desde diferentes autores.

Tredgold (1908, citado por la AAMR., 2004), definió el retraso mental como un defecto mental de nacimiento, o desde una temprana edad, debido a un desarrollo cerebral incompleto, a consecuencia del cual la persona afectada es incapaz de desempeñar sus derechos como miembro de la sociedad en la posición de vida a la cual pertenece por nacimiento.

Tredgold (1937, citado por la AAMR., 2004) denominó la deficiencia mental como un estado de desarrollo mental incompleto de tal clase y grado que el individuo es incapaz de adaptarse al ambiente normal de sus compañeros, de tal manera que mantenga una existencia independiente de supervisión, control y apoyo extremo.

Doll, (1941, citado por la AAMR., 2004), lo definió como un estado de incompetencia social mostrada en la madurez o probablemente de adquisición en la madurez, resultando de una detención en el desarrollo de origen constitucional (hereditario o adquirido); de condiciones esencialmente incurables e irremediables por medio de tratamiento.

Heber, (1959, citado por la AAMR., 2004), definió el retraso mental como un funcionamiento intelectual general por debajo de la media que comienza durante el periodo de desarrollo y que se asocia con deficiencia en una o más de las siguientes áreas:

1. Madurez
2. Aprendizaje
3. Adaptación social.

Según la Asociación Americana de Retraso Mental en 1961, Heber redefinió retraso mental como un funcionamiento intelectual general inferior a la media que comienza durante el periodo de desarrollo y que se asocia con conducta adaptativa y que se desarrolla desde el nacimiento, hasta los 16 años.

Grossman, (1973, citado por la AAMR., 2004), considera que el retraso mental se refiere a un funcionamiento intelectual general significativamente inferior a la media que coexiste con déficit en la conducta adaptativa y que se manifiesta durante el periodo de desarrollo. Con un límite superior de edad de 18 años.

Finalmente, la Asociación Americana de Retraso Mental (AAMR., 2004), definió el RM como una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa y que se manifiesta en habilidades adaptativas, conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad comienza antes de los 18 años. Esta definición incluye los tres elementos amplios de limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual, concurrente y relacionado con limitaciones significativas en la conducta adaptativa y que se manifiesta en el periodo de desarrollo, por lo cual considera que existen cinco premisas para la aplicación de esta última definición que son:

1. Limitaciones en el funcionamiento presente que deben considerarse en el contexto en ambientes comunitarios típicos de los iguales en edad y cultura, los cuales incluyen barrios, escuelas, negocios y otros ambientes donde personas iguales actúan entre sí. El concepto de iguales en edad también debe incluir personas con el mismo antecedente cultural y lingüístico.
2. Una evaluación válida ha de tener en cuenta la diversidad cultural y lingüística, así como las diferencias en comunicación y los aspectos motores y comportamentales, como lo es la cultura o la étnia, es decir, el lenguaje hablado en el hogar, las costumbres que podrían influenciar los resultados de la evaluación debe ser usada para lograr una evaluación válida.
3. En un individuo las limitaciones a menudo coexisten con las capacidades, esto se debe a la complejidad que tiene el ser humano, Lo cual indica que las personas con retardo probablemente desarrollan o

tienen ciertos talentos para desarrollar unas cosas mejor que otra, bien sea en habilidades físicas o sociales.

4. Un propósito importante de describir limitaciones es el desarrollar un perfil de los apoyos necesarios; esto significa que analizar simplemente las limitaciones de alguien no es suficiente, y que especificar limitaciones debe ser el primer paso para suministrar al individuo los apoyos necesarios.
5. Si se ofrecen los apoyos personalizados apropiados durante un periodo prolongado dentro del funcionamiento vital, la persona con RM generalmente mejorará. Por lo cual se debe eliminar el viejo estereotipo de que esto no es así, pues con los apoyos necesarios las personas con retardo paulatinamente evolucionan, excepto en raras ocasiones.

La AAMR (2004), considera el retardo mental como un estado y no como un rasgo personal, no es algo que el individuo tenga, como por ejemplo el color de los ojos, sino que se trata de un estado actual que no lleva a inferir que en el futuro será así, esto debido a que el individuo cuenta con apoyos en el entorno como lo es el hogar, la escuela, el trabajo que pueden facilitar o no el desarrollo del individuo.

Según Verdugo, (2003), el primer planteamiento multidimensional de la discapacidad intelectual fue propuesto por la Asociación Americana sobre el Retardo Mental en el año 1992 con la intención de eliminar el reduccionismo, y la excesiva confianza, en el uso de test dirigidos a diagnosticar el CI. Asimismo, se planteó un giro determinante en el proceso de evaluación, buscando obtener información sobre las necesidades individuales en diferentes dimensiones que luego debían relacionarse con los niveles de apoyo apropiados. En definitiva, se planteaba unir estrechamente la evaluación con la intervención o apoyo a la persona, y hacerlo teniendo en cuenta aspectos personales y ambientales que pueden variar en el tiempo. Estos aspectos se han mantenido en la definición actual del año 2002, pero se modifican algunas dimensiones para acomodar el sistema en lo que la investigación y conocimiento han permitido avanzar en estos años.

Otra de las definiciones dadas con el propósito de unificar los criterios y que será tomada para el desarrollo de esta investigación, es la expuesta a través el sistema de clasificación internacional llamado DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales), que constantemente se está actualizando hasta llegar a lo que hoy se conoce como DSM-IV-TR que se complementa con el CIE-10- (Clasificación estadística Internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, que actualmente se encuentra en su décima Versión) (O.M.S, 1992). La American Psychiatric Association (2001) en el DSM IV-TR establece que para diagnosticar el retraso mental se deben considerar los siguientes criterios:

A. Capacidad intelectual significativamente inferior al promedio: un CI aproximadamente de 70 o inferior en un test de CI administrado individualmente (en el de niños pequeños, un juicio clínico de capacidad intelectual significativamente inferior al promedio).

B. Déficit o alteraciones concurrentes en la actividad adaptativa actual (la eficacia de la persona para satisfacer las exigencias planteadas para su edad y su grupo cultural), en por lo menos dos de las áreas siguientes: comunicación, cuidado personal, vida doméstica, ocio y habilidades sociales-interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades, trabajo, salud y seguridad.

C. El inicio es anterior a los 18 años.

F70.9 Retraso mental leve (317): CI entre 50-55 y aproximadamente 70.

F71.9 Retraso mental moderado (318.0): CI entre 35-40 y 50-55.

F72.9 Retraso mental grave (318.1): CI entre 20-25 y 35-40.

F73.9 Retraso mental profundo (318.2): CI inferior a 20-25.

F79.9 Retraso mental de gravedad no especificada (319): cuando existe clara presunción de retraso mental, pero la inteligencia del sujeto no puede ser evaluada mediante los test usuales.

Para aquellos casos en los que exista una clara presunción de retraso mental, pero que no sea posible evaluarla mediante los test convencionales de inteligencia (por ejemplo con personas con déficit en el habla), el DSM IV-TR

establece la categoría de retraso mental de gravedad no especificada. Aunque antes de hacer un diagnóstico de RM es necesario diferenciarlo de otros trastornos.

Según Canovas, Martínez, Sánchez y Roldán, (2010) para realizar un diagnóstico diferencial se debe planificar la evaluación neuropsicológica atendiendo a las características individuales del sujeto y seleccionar las herramientas diagnósticas que mejor se ajusten, por lo cual recomienda hacer una amplia selección de tests estandarizados, comenzando por un barrido de todas las funciones cognitivas: memoria, atención, visopercepción, visoconstrucción, funciones ejecutivas, lenguaje, sin olvidar motricidad, orientación derecha izquierda y lateralidad. Este proceso de evaluación debe ir precedido de una entrevista con los padres o cuidadores del menor que detallen las dificultades que presenta en su vida cotidiana y datos de interés para la evaluación y que proporcionen pistas para formular posibles hipótesis a refutar o validar mediante el proceso de evaluación. La historia clínica del niño es imprescindible para poder interpretar en ese marco contextual los datos obtenidos mediante la observación y la aplicación de pruebas. A su vez, la historia o anamnesis constituye por sí misma un importante cuerpo de datos neuropsicológicos. Se recaban informes previos de otros especialistas médicos o del ámbito educativo. Son necesarios también, datos sobre los hitos del desarrollo, que puedan guiar las conclusiones o el diagnóstico en la evaluación, el neuropsicólogo encargado de la evaluación deberá valorar la posibilidad de incluir las pruebas que considere oportunas y que le ayuden a confirmar o descartar sus hipótesis diagnósticas.

Según Polaino (1993) otra de las posibilidades para establecer un diagnóstico de retardo mental cuando existen dificultades o esta combinado con otros trastornos es hacer un diagnóstico de perspectiva doble. El niño con RM, como cualquier otro niño, puede padecer las más variadas enfermedades psiquiátricas y somáticas, independientemente de cuál sea la naturaleza del RM que sufre. En unas ocasiones, esas alteraciones podrán estar vinculadas en alguna forma al RM, pero otras veces cursarán como procesos

completamente independientes entre sí, al menos desde la perspectiva etiológica. La variabilidad de estas alteraciones en su origen, manifestación y término introduce una nota de complejidad en la clínica del RM, que no siempre es posible resolver. Como solución a ella se añade el hecho de que algunas de esas nuevas manifestaciones sintomáticas tienen una expresividad diferente en el niño con y sin RM, por este motivo apela que en los casos que sea necesario deben establecerse dobles diagnósticos que permitan tener perspectivas dobles, es decir, por las características del individuo diagnosticar además del retardo mental, trastorno autista, esquizofrenia, psicosis maniaco depresiva, trastorno de déficit atencional con hiperactividad, etc.

En cuanto a la etiología del retardo mental, no se ha logrado establecer un único factor que la produzca, pero sí se ha logrado identificar que la interacción entre varios factores incrementa el riesgo de padecerlo.

Desde el punto de vista de la medicina, se dice que un factor de riesgo puede producir daño al organismo, no se refiere que ocasionará daño en todos los casos, sino que la probabilidad de daño es mayor en su presencia; esto significa que la presencia de factores de riesgo indica que existe mayor probabilidad de que se presente el daño pero no necesariamente este ocurre el 100% de las veces, este concepto es muy importante, ya que rige a la medicina y en general a la biología y a los organismos vivos; este depende en gran parte de la interacción junto con los demás factores. Cuando la relación es uno a uno entonces no se habla de un factor de riesgo, sino de una causal (Harmony 2004).

Se han distinguido dos tipos de retardo mental, el sintomático y el asintomático; el primero implica daño cerebral, resultante de factores accidentales (cromosómicos, infecciosos, metabólicos, desnutrición en la madre y traumáticos perinatales entre otros), se relaciona generalmente con trastornos de tipo motor y sensorial, estos niños, por lo común presentan defectos físicos y constituyen aproximadamente el 25 % de la población con retardo mental, en este se incluyen los niños con síndrome de Down (que representa cerca del 10% de la población con retardo mental, y los niños con Fenilcetonuria que

constituyen entre 1 en 3000 y 1 en 20000 de la población en general. Y el segundo, el asintomático, hace referencia a factores familiares de tipo hereditario y ambiental, generalmente se observa en hijos de padres con baja inteligencia, educados en medios culturales pobres, estos niños constituyen el 75% de la población con RM, los factores ambientales incluyen las condiciones en el entorno tales como un golpe en la cabeza que afecte de manera directa el cerebro, causando traumatismo cerebral o ciertas características del ambiente también pueden contribuir con el retraso, entre estas se encuentra la ausencia de factores o situaciones estimulantes, carencia de atención y reforzamiento de los padres o de otras figuras significativas, el estrés y la frustración crónicas, la pobreza, la falta de atención, la falta de cuidados en salud, mala nutrición y educación inadecuada, una población socioeconómicamente inferior, por lo general colocan a los niños en desventaja Greenspan, (2006, citado por Rosselli, Matute y Ardila, 2010).

La AAMR., (2004), considera que existen cuatro factores de riesgo, que actúan a lo largo del ciclo de vida del individuo e incluso trascienden entre generaciones de padres a hijos, este constructo reemplazó los enfoques históricos previos que dividían la etiología del retraso mental en dos amplios grupos: Retraso mental de origen biológico y retraso mental debido a una desventaja psicosocial, Grossman, (1983 citado por AAMR, 2004).

MCLaren y Bryson, (1987) citados por AAMR, (2004) han evidenciado en su revisión de estudios epidemiológicos sobre retraso mental que el 50% de la población con esta discapacidad, presenta más de un factor de riesgo causal. Además Scott, (1998), citado por AAMR (2004), observó desde una perspectiva de salud pública que los datos no apoyan la división entre factores biológicos y psicosociales, para contrarrestar lo anterior, propuso una serie de factores múltiples que incluía elementos de ambas categorías susceptibles de interactuar para ocasionar el retraso mental.

El enfoque multifactorial refleja adecuadamente los factores de riesgo biomédicos que pueden estar presentes en personas con retraso severo de origen biológico. Además contempla los tipos de factores y el momento de

ocurrencia de estos (Prenatal, Perinatal y Postnatal) indica que el retardo mental está distribuido en cuatro equipamientos:

1. Biomédicos: Factores que se relacionan con procesos biológicos como lo son los trastornos genéticos o de la nutrición.
2. Sociales: Factores que se relacionan con la interacción social y familiar como lo es la estimulación o la receptividad del adulto.
3. Conductuales: Factores que se relacionan con posibles comportamientos causales, como las actividades de la vida diaria, las actividades peligrosas (lesivas) o el abuso de sustancias por parte de la madre.
4. Educativos: son los factores que se relacionan con la disponibilidad de apoyos educativos que promueven el desarrollo mental y de habilidades adaptativas.

Con relación al momento de ocurrencia, el periodo prenatal de desarrollo está caracterizado fundamentalmente por la multiplicación celular, la migración celular hacia las regiones corticales y la diferenciación funcional, este primer periodo de desarrollo es muy sensible a los problemas genéticos y cromosómicos (Lopera, 1992).

Los trastornos genéticos se presentan por anomalías cromosómicas y por causas de un gen en concreto, denominadas monogénicas, las primeras se constituyen en la causa más frecuente de origen genético incluyen los causados por genes específicos dominantes, como en la trisomía 13,18,21, las aneusomias del cromosoma X, trisomías parciales, entre otras, y las causas monogénicas por genes recesivos específicos heredados de ambos padres, por anormalidades cromosómicas que están localizadas en el cromosoma X el cual constituye un 30% del retardo mental en varones (Rodríguez, Delgado y Bellón, 2006). Otro tipo de trastorno genético es también causado por trastornos multifactoriales o poligénicos. Se trata de trastornos causados por la combinación de múltiples efectos, ya sean varios genes o la interacción entre genes y ambiente. En este modelo se ubican, además de ciertas malformaciones congénitas no sindrómicas, como el labio leporino y los

defectos del tubo neural, diversos trastornos psiquiátricos, como el autismo, la esquizofrenia y el trastorno bipolar (Artigas, Gaban, y Guitart, 2006).

A fin de evitar que nazcan niños con graves déficits se recomienda un consejo genético de un médico especialista en genética, para que después de examinar a la pareja haga recomendaciones respecto a la factibilidad de tener hijos normales con diagnósticos tempranos y precisos (Harmony, 2004).

Un alto porcentaje de casos de retardo mental sintomático son el resultado de anormalidades genéticas, se estima que los factores genéticos contribuyen entre un 25% y 50% de los casos, con este trastorno se han identificado más de 300 genes que pueden estar relacionados con el RM y se espera que se identifiquen aún más en un futuro cercano, Vaillend, Poirier, y Laroche, (2007, citados por Rosselli, et al., 2010). No obstante, las cromosopatías constituyen la minoría, mientras que la herencia poligénica resultante de la combinación de genes defectuosos representa la mayoría de los casos de RM de tipo cromosómico.

Con frecuencia, el primer caso de un trastorno que ocurre en una familia es el resultado de una mutación genética, más que de herencia directa. Un ejemplo es la fenilcetonuria (PKU) o enfermedad de Folling, que se produce por una alteración en el metabolismo que imposibilita la transformación de Fenilalanina en Tirosina, dando como resultado la acumulación de está llamada hiperfenilalaninemia. Sí se deja que esta acumulación continúe, puede dar como resultado un retraso mental grave con un deterioro lentamente progresivo hasta la pubertad (De Ajuriaguerra, 1979).

La única manera eficaz de reducir el exceso de fenilalanina en la sangre es por medio de una dieta baja en proteínas. Tanto la madre desde la gestación y el niño que nace con este trastorno pueden tener un tratamiento que implique una dieta estricta y si esta comienza en forma oportuna, se puede prevenir la mayor parte de estos cambios. En la actualidad, debido a la intervención alimentaria temprana, se ha reducido la probabilidad de padecer retraso mental (Sarason y Sarason, 2006).

Una de las enfermedades heredables, aunque de forma autosómica recesiva es el Síndrome de Smith Lemli Opitz, este se manifiesta con diversas malformaciones somáticas y cerebrales leves y retraso mental, asociados a bajos niveles plasmáticos de colesterol, que se detectan en análisis rutinarios y, en algunos casos leves, es parecida a la Parálisis Cerebral, Opitz, Gilbert, Barness, Ackerman y Lowichik, (2002, citados por Pascual & Koenigsberger, 2003).

Otro tipo de retardo mental que puede ser causado por anomalías genéticas es el síndrome de Down, conocido también como Trisomía 21, este se debe a una anomalía autosómica (cromosoma no sexual) es una de las formas clínicamente más comunes para el retardo mental; puede ocurrir con tanta frecuencia como dos veces por cada 1000 nacimientos vivos. Alrededor del 10% de los niños con retraso grave o moderado, muestran esta anomalía genética. El Síndrome de Down es causado por la presencia de un cromosoma extra en el complemento normal del 46. Las personas con este síndrome muestran una mayor declinación intelectual después de los 35 años de edad que otros individuos con retardo mental (Cabal, 1998).

La incidencia del Síndrome de Down se incrementa con la edad en que la madre da a luz: 1 en 15.000 niños nacidos vivos para madres menores de 30 años de edad a 1 en 65 nacidos para madres mayores de 45 años. Cabe anotar que un número importante de todos los niños con este trastorno nacen de madres menores de 37 años (Cabal, 1998).

Los niños con Síndrome de Down constituyen el grupo más amplio de personas con déficit mental y por lo general, son identificados como tales al nacer, lo que ha llevado a que hayan sido objeto de numerosos estudios. Los norteamericanos Cichetti y Serafica, (1981, Citados por Lewis, 1987), encontraron en sus estudios que el desarrollo de una persona con Síndrome de Down está retrasado con respecto al desarrollo de una persona normal, consideran que aunque estos niños se desarrollan más lentamente que los niños normales, se encuentran con dificultades similares en su proceso evolutivo y atraviesan por varias fases del desarrollo a edades apropiadas e

indican que estos niños mantienen su personalidad a lo largo del tiempo y pueden llegar a mostrar una mayor capacidad de desarrollo en una área determinada, (como por ejemplo habilidades musicales). Estos investigadores también sugirieron que los niños con Síndrome de Down pueden proporcionar un método para estudiar cómo determinados aspectos del desarrollo se desenvuelven de manera lenta.

Las malformaciones congénitas del SNC, están asociadas al RM, entre estas se encuentran la hidrocefalia (dilatación del sistema ventricular por obstrucción del líquido cefalorraquídeo). La lisencefalia (cerebro liso por ausencia de corrugación cortical) y la agenesia del cuerpo caloso y del lóbulo temporal (Rosselli, et al., 2010).

Según (Artigas y Cols, 2006). La influencia combinada de muchos genes y el efecto del medio ambiente en los rasgos cuantitativos hacen que sea mucho más difícil determinar el genotipo exacto que en el caso de la mayoría de los rasgos cualitativos. La mayor parte de características conductuales y cognitivas (por ejemplo, ansiedad o cociente intelectual [CI]), que tienen una base genética, viene determinada por rasgos genéticos cuantitativos. El interés para entender un gran número de trastornos del desarrollo es decisivo. Se ha propuesto que se rigen por rasgos cuantitativos la dislexia, el TDAH, el síndrome de Tourette, la esquizofrenia y el autismo, por citar únicamente algunos de los más comunes.

En ocasiones los trastornos asociados con el retardo mental suceden, no por herencia, sino por las condiciones del ambiente en que el feto vive antes del parto. Con anterioridad se explicó que la madre con PKU que no controla su dieta puede heredárselo a su hijo, pero la situación química en su útero durante el embarazo puede causar diferentes defectos de nacimiento, e incluso algún tipo de retraso mental. Los factores prenatales incluyen infecciones maternas y condiciones crónicas por incompatibilidad sanguínea entre la madre e hijo, químicos en el ambiente fetal, radiación y desnutrición, así como factores asociados con la edad de la madre y el estrés que pueda experimentar; cada uno de estos factores puede tener un efecto importante en el desarrollo del

cerebro, el sistema nervioso y el funcionamiento intelectual posterior, estos factores con frecuencia son más notables si ocurren al inicio del embarazo que en sus fases posteriores (Sarason y Sarason, 2006).

Otro de los factores prenatales que puede desencadenar en un retardo mental es una dieta materna deficiente en yodo, este es el trastorno dietético prenatal que produce con mayor claridad graves defectos neurológicos y de las funciones mentales. Cuando el niño nace presenta una forma atípica de cretinismo: es pequeño, con retraso mental, sordo y con alteraciones en los movimientos (Harmony, 2004).

El saco de la placenta que rodea al feto, actúa como barrera frente a múltiples infecciones que se transmiten de la madre al hijo, aunque diversos virus pueden cruzarla, por ejemplo en el caso de la rubeola, en los casos en que la madre la contrae durante los primeros tres meses del embarazo, el virus puede llegar a interferir con el abastecimiento de la sangre al feto. Alrededor de la mitad de los niños cuyas madres adquirieron rubeola durante los primeros tres meses del embarazo tienen retraso; el retraso mental también puede ser el resultado de alguna enfermedad viral crónica como herpes o el virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH). Los niños con síndrome de (VIH) antes del nacimiento tienen una alta probabilidad de sufrir convulsiones, atrofia cerebral y retraso mental dentro del primer año de vida (Sarason y Sarason, 2006).

Según Papalia, Wendkos y Duskin, (2003), otra de las causas no solo del retardo mental sino que también es causa de aborto, nacimiento del feto muerto, ictericia, anemia problemas cardiacos, se puede presentar cuando existe una incompatibilidad entre el tipo de sangre de la madre y del bebé, cuando la sangre de un feto contiene la proteína (RH positivo), pero la sangre de la madre es (RH negativo), los anticuerpos de la madre pueden atacar al feto. Usualmente el primer bebé RH positivo de una madre RH negativo no se ve afectado, pero con cada embarazo el riesgo es mayor. La aplicación de una vacuna a una madre RH negativo dentro de los tres días siguientes al nacimiento o al aborto evitará que la madre forme anticuerpos que posteriormente puedan atacar a un bebé RH positivo. Según, De Las Heras,

(1993) no solo la incompatibilidad de grupos sanguíneos entre el niño y la madre puede desencadenar Hiperbilirrubinemia, sino también la incompatibilidad entre grupos A o B, aunque en la actualidad, este problema tiene mucha menor incidencia en los países desarrollados por su tratamiento preventivo. También pueden causar bilirrubinemia patológica, con retraso mental asociado, algunas infecciones graves, como la sepsis neonatal; fármacos (algunas sulfamidas, antibióticos, etc.) y deficiencias de enzimas como la glucosa-6-fosfato deshidrogenasa.

Algunas condiciones médicas crónicas de la madre también pueden causar retraso. La hipertensión y la diabetes son ejemplos de trastornos crónicos que pueden interferir con la nutrición fetal y causar daño cerebral. Ambas condiciones pueden tratarse durante el embarazo si se diagnostican a tiempo. Según Fejerman (2007), tanto el embrión como el feto de una madre diabética sufren la consecuencia de esta enfermedad que básicamente lleva al feto al hiperinsulinismo, que determina sobrecrecimiento, hipoxia tisular, poliglobulia, hipoglucemia, hipocalcemia e hipomagnesemia neonatal, manifestado en elevado peso al nacer y cara redonda, donde el compromiso neurológico se manifiesta en retraso en el desarrollo psicomotor y dificultades en el aprendizaje.

Las drogas y los tranquilizantes que consume la madre, así sean suaves, pueden atravesar la placenta hacia el feto causando malformaciones fetales graves. Además los químicos del aire, la comida y el agua pueden afectar al niño antes de nacer (Sarason y Sarason, 2006), es de especial interés el cuidado no solo con los medicamentos, sino también con los productos alimenticios y las diferentes formas de contaminación endémicas producto de las sociedades industriales, aunque aún no ha sido posible determinar con precisión las consecuencias de la absorción de un gran número de compuestos químicos, antes o durante el embarazo (Carrascosa, Martínez y Soriano, 2010).

No existe duda de que el alcohol es una sustancia teratogénica, que produce defectos físicos y mentales en el feto. En el humano, el efecto máximo

se observa en el síndrome de alcoholismo fetal que se caracteriza por retraso en el crecimiento, lesiones cerebrales y malformaciones faciales. Estos niños presentan síndromes de abstinencia al nacer (Harmony, 2004).

Fumar está directamente relacionado con la presencia de niños con bajo peso al nacer, complicaciones durante el embarazo y un aumento en la mortalidad perinatal. Además se ha observado en niños de 4 a 7 años, que si la madre muestra antecedentes de consumo de cigarrillos es más probable que los más pequeños tengan defectos de la atención, impulsividad e hiperactividad, (Harmony, 2004).

La exposición en el útero a otras sustancias psicoactivas como la cocaína, es causa potencial de alteraciones en el control inhibitorio, en la regulación emocional y en el manejo atencional. La presencia de alteraciones de las funciones ejecutivas en estos niños ha sugerido una vulnerabilidad selectiva de los lóbulos frontales a la toxicidad de la cocaína que se ha propuesto también para la exposición fetal a la marihuana. A diferencia de los efectos del alcohol, el niño cuya madre ha ingerido cocaína durante el embarazo, casi nunca presenta RM, y sus defectos cognitivos no son sólo menos graves sino que también son más susceptibles al cambio por variables del medio ambiente (Espy, Kaufmann y Glisky, 1999; Richardson, Conroy y Day, 1996; Warner Behnke, Eyler Padgett, Leonerd, Hou, et al., 2006; Fried y Smith, 2001; (Singer, Minnes, Short, Arendt, Fakas, Lewis, et al., 2004; citados por Rosselli, et al., 2010).

En cuanto a otras sustancias, se encuentran las utilizadas como inductores de aborto, tal como el misoprostol, un análogo sintético de la prostaglandina que se utiliza solo o junto con metrotexano, estos actúan sobre la motilidad uterina y produce sangrado, con desprendimiento placentario y muerte embrionaria subsecuente, en los embriones o fetos expuestos a estas sustancias trae como consecuencia retraso en el crecimiento y defectos y/o malformaciones en el SNC (Fejerman, 2007).

El momento del parto puede llegar a ser muy traumático para el niño, ya que después de depender de otro ser para respirar, debe pasar a convertirse

en un individuo completamente independiente y debe respirar para permitir que la sangre nutra de manera adecuada todo su organismo. Si el parto se torna prolongado, es probable que se presente un riesgo perinatal como lo es la insuficiencia de oxigenación cerebral, lo cual trae consigo consecuencias en el desarrollo posterior del niño. Varias complicaciones obstétricas producen asfixia, por lo que se ha considerado que este es el evento perinatal más importante en relación con las secuelas del desarrollo (Harmony, 2004).

Según la AAMR (2004), en la fase perinatal se pueden encontrar tres tipos de factores de riesgo (biomédicos, sociales y conductuales).

Biomédicos: A nivel biomédico se encuentran la prematuridad, las lesiones en el momento del parto y los trastornos neonatales.

Sociales: La falta de cuidado del neonato en el momento del nacimiento.

Conductuales: Entre estos se encuentran el rechazo por parte de los padres a cuidar el niño y el abandono del hijo por parte de los padres.

La condición natal más relacionada con el retraso mental es la prematurez y el bajo peso al nacer. Aunque la mayoría de los bebés prematuros se desarrollan normalmente aproximadamente el 20% muestra signos de problemas neurológicos que se reflejan en problemas de aprendizaje y retraso mental. Un bajo peso en el nacimiento es también un factor de riesgo de retraso mental (Pound, 1987 citado por Sue, Wing y Sue, 2010). Lo anterior es apoyado por Sarason y Sarason, (2006), quienes agregan que otras de las probabilidades de retraso es la falta de oxígeno durante el parto y un paso rápido por el canal del parto puede dar como resultado hemorragia y desgarramiento del tejido cerebral. Las complicaciones neurológicas relacionadas con el nacimiento prematuro son una causa muy importante del deterioro cognitivo debido al desarrollo de tecnologías médicas que permiten la supervivencia de bebés de alto riesgo.

Según De Las Heras, (1993) la prematuridad extrema puede provocar retraso mental, es decir en los casos en que se presenta un peso inferior a 1.500 gramos o edad inferior a las 27 semanas, o cuando se debe a otro factor asociado de cierta gravedad, de modo que se vea afectado el sistema nervioso

central. Las causas más frecuentes de prematuridad son la inasistencia médica cuidados prenatales escasos o inadecuados, malnutrición, las intoxicaciones, incluido el tabaco, las infecciones y los traumatismos.

Otro de los factores que nos presenta De Las Heras (1993), es la distrofia uterina, que consiste en el nacimiento con un bajo peso en relación a la edad gestacional por retraso en el crecimiento intrauterino. Los factores que con más frecuencia favorecen la distrofia uterina son las malformaciones congénitas de cualquier etiología, las infecciones como la rubéola, citomegalia o toxoplasmosis, las intoxicaciones por alcohol, tabaco, drogas, etc.; la malnutrición, una excesiva juventud de la madre y el parto múltiple, ya que generalmente uno o varios de los recién nacidos presentan bajo peso. El gemelo más pequeño suele ser también intelectualmente inferior a su hermano (Babson y Philips, 1973, Citado por de Las Heras 1993). También pueden causar distrofia uterina los trastornos que afectan a la placenta, por alteraciones del cordón umbilical (inserción anómala, etc.) o alteraciones vasculares placentarias (trombosis, necrosis isquémicas, infartos, hematomas, etc.); la neumonía por aspiración de meconio y la hemorragia pulmonar.

En cuanto a la anoxia perinatal, de acuerdo con Bueno (1990), esta hace alusión a una incapacidad respiratoria tisular del neonato, surgida en torno al nacimiento y ligada a diferentes aspectos causales. Generalmente, aunque no de forma exclusiva se presenta una interrupción variable en el intercambio respiratorio placentario y a nivel postnatal se manifiesta en un fallo en la ventilación pulmonar.

En 1962 Little, citado por Bueno, (1990) señaló que existe una posible relación entre el parto anormal (lo cual es equiparable con el concepto actual de anoxia perinatal) y el daño cerebral variable. Este daño neurológico podía relacionarse con un amplio espectro de desordenes neurológicos que incluyen la disfunción motora, defectos mentales, trastornos sensoriales y convulsiones. Esta observación de base clínica se encuentra plenamente demostrada hasta el punto de considerar a la anoxia perinatal como la causa mayor de deficiencia perinatal.

Los factores que con mayor frecuencia provocan anoxia durante el parto son los traumatismos obstétricos, algunas alteraciones cardiovasculares y la depresión respiratoria consecuente al uso de analgésicos o anestésicos durante el parto (De Las Heras, 1993).

Para designar los hallazgos clínicos y neuropatológicos relacionados con la anoxia perinatal se utiliza el término de Encefalopatía Isquémica Hipoxica Neonatal (E.I.H.N), esta tiene como mecanismos básicos desencadenantes la interrupción del flujo sanguíneo, trastornos del intercambio gaseoso placentario, alteraciones en la perfusión de la cara materna placentaria, ausencia de insuflación pulmonar postnatal de etiología prenatal y postnatal.

Según Bueno (1990), los factores etiológicos de la E.I.H.N clásicamente se agrupan en maternos, funiculoplacentarios y fetales y la asociación entre estos. Las causas más frecuentes son las de tipo materno seguido de las fetales, entre los maternos cobra una especial significación las depresiones respiratorias post-anestesia materna y la gestosis, acompañada de otros factores. Con respecto a las fetales, la prematuridad es la causa fundamental, en relación con la madurez anatómico funcional universal de estos recién nacidos.

Según Bueno (1990), entre las medidas de prevención y tratamiento de la anoxia perinatal se encuentran las que sustentan la asistencia correcta en el embarazo y en el parto, lo cual permitirá disminuir de forma significativa, tanto la incidencia de nacimiento pre-término como los episodios anóxicos perinatales., lo que facilitará también la detección precoz tanto del sufrimiento fetal crónico, como del agudo, y en consecuencia la instauración de medidas eficaces en su solución. Desde el punto de vista terapéutico un punto básico es la correcta reanimación del recién nacido anóxico en la sala de partos. Las medidas posteriores de cuidado neonatal intensivo, si bien permiten un aumento de la supervivencia, no siempre logran que esa supervivencia sea intacta.

Un daño al sistema nervioso después del nacimiento también puede provocar retraso mental. El daño puede ser causado por infecciones como la

encefalitis, meningitis, trauma cráneo encefálico, intoxicaciones (plomo), paro respiratorio hipoxia (ahogamiento por inmersión), mala nutrición y un ambiente pobre en estimulación suelen ser la causa del retardo mental (Calderón, 1990).

El periodo postnatal esta caracterizado principalmente por la mielinización, la proliferación sináptica y el crecimiento de las estructuras, y es muy sensible a la desnutrición especialmente en el primer año de vida, cuando se experimenta un gran crecimiento del cerebro: de 350 gramos al nacimiento a 1000 gramos después del primer año de vida. Las relaciones entre el peso encefálico con el peso corporal durante los primeros años de vida son un indicador de la importancia de este periodo en la formación del órgano que sustentará las bases del comportamiento y la cognición, por este motivo la prevención de las lesiones cerebrales deben estar orientadas a este periodo de mayor crecimiento y desarrollo cerebral (Lopera, 1992).

Las lesiones neurológicas como lo son algunos traumatismos cráneo-encefálicos padecidos durante la infancia pueden causar retraso mental, según, De Las Heras (1993), ésta es una de las causas más frecuentes de discapacidad infantil, aunque la mayoría de estos son leves y no dejan secuelas consecutivas, la magnitud de estas deficiencias depende de la severidad del trauma y de la duración del estado de coma. En la edad preescolar se presentan principalmente por caídas y en la edad escolar se da en mayor medida por causa de accidentes de tránsito bien sea como peatones o como pasajeros o golpes, en todos los casos los niños son más susceptibles de estar bajo estas circunstancias que las niñas (Rosselli, et al., 2010).

Según Díaz y Osorio (2002), un factor que contribuye a elevar los índices de problemas en el desarrollo en los niños con traumas craneoencefálicos es la inadecuada evaluación y seguimiento del cuadro clínico, sumado a la remisión tardía a centros que no están capacitados para atender estos casos. Como factor preventivo es importante los niños tengan la oportunidad de ingresar a una unidad de cuidados intensivos neurológicos y en Colombia al menos poder ingresar a centros considerados como de alta especialidad, como lo son los de tercer nivel.

Otro tipo de factor postnatal asociado al retardo mental son los trastornos convulsivos en los que se destacan el síndrome de West y el de Lennox. El primero es un cuadro convulsivo con espasmos de flexión (de “salaam”) que sin tratamiento, evoluciona hacia el retraso mental grave. El síndrome de Lennox se manifiesta en forma de crisis tónicas de “ausencias”, seguidas de automatismos.

La parálisis cerebral se asocia frecuentemente con retraso mental, especialmente los niños que padecen tetraplejia espástica (De Las Heras, 1993).

Rosselli, Matute y Ardila, (2010), plantean que la meningitis y la encefalitis son las infecciones postnatales mas asociadas al RM o con alteraciones neuropsicológicas específicas en el lenguaje, percepción, memoria y las funciones ejecutivas. La meningitis implica la inflamación de las meninges que son las membranas que cubren el cerebro y la encefalitis ocurre cuando un virus o bacteria invade el tejido cerebral. Según Anderson, Northan Hendy y Wrennall (2001) citados por (Rosselli, et al., 2010). Las secuelas neuropsicológicas más severas se observan cuando las infecciones cerebrales se sufren antes de los 12 años, con secuelas más evidentes en niños que en niñas. Aunque no todos los niños y niñas con infección cerebral presentan consecuencias cognitivas y comportamentales.

Los trastornos endocrinos metabólicos como el hipotiroidismo de aparición postnatal se asocian en bastantes casos con retraso mental. La malnutrición infantil en los países subdesarrollados sigue afectando a otros más pobres, siendo responsable de un buen número de casos de retraso mental (De Las Heras, 1993).

Según Tallis y Soprano (1999) para que la desnutrición tenga secuelas sobre el desarrollo mental debe ser intensa y sostenida, la carencia transitoria o leve en general no implica daño irreversible, es fácil deducir que un niño con hambre en la escuela que no rinde, no está dado por un desarrollo intelectual insuficiente sino por fallas motivacionales como irritabilidad, desatención y apatía.

A partir del nacimiento, el factor que tiene un mayor impacto en el desarrollo intelectual es la desventaja psicosocial, la cual está determinada fundamentalmente por la baja escolaridad de la madre y del padre (analfabetos o con un nivel muy bajo de educación formal) la ausencia de una familia integrada y la falta de atención de los padres al niño expresada en la pobre interacción del niño con ambos o uno de sus padres. Un ejemplo de lo anterior se observa en un niño que permanece solo en su cuna y únicamente se le presta atención para alimentarlo o lactarlo, o está todo el tiempo en la espalda de su madre, que ni le habla ni le sonrío. Estas restricciones en el ambiente de estímulos sensoriales producen alteraciones en el desarrollo intelectual. Diversos estudios demuestran que la calidad del lenguaje y la variedad de estímulos en el ambiente son considerados como los factores más críticos en el desarrollo de la inteligencia (Harmony, 2004).

Lo anterior es apoyado por Rodríguez (1989), citado por Rodríguez y Buceta (1995), quienes afirman que existe un mayor riesgo de tener hijos con deficiencias congénitas o por problemas en el parto en hogares con un nivel socioeconómico bajo y en familias con un nivel de estudios inferior. Este dato se explica según las diferentes actividades, la educación sanitaria y las normas de comportamiento observadas en los distintos estratos sociales: conocimiento de métodos anticonceptivos, seguimiento del embarazo, calidad de asistencia al parto, etc. Los niveles de contaminación atmosférica incrementan la probabilidad de aparición de niños con retraso. En España se observan diferencias en la prevalencia según las regiones, relacionadas con la calidad de asistencia sanitaria y la calidad de vida en las diferentes comunidades.

Akiko, Tomoko, Takeshi, Keiko & Yoshiteru (2002), realizaron un estudio epidemiológico para identificar la causa de retraso mental en la ciudad de Yokohama con 337 participantes los cuales eran usuarios de los servicios de salud, los resultados del estudio se compararon con los de un estudio muy similar publicado por la Universidad de Kuopio en el este de Finlandia.

La causa de retardo se clasificó en cuatro grupos: prenatal, perinatal, posparto e incierto. En el grupo de personas con retraso mental grave, se

considera que se han producido en el período prenatal en el 25,6% de los casos, en el período perinatal en el 9,2% de los casos, en el período postnatal en el 8,0% de los casos y no estaba seguro en 57,2% de los casos. En el grupo de personas con retraso mental leve, el retardo se produjo en el período prenatal en el 14,7% de los casos, en el período perinatal en 8.0% de los casos, en el periodo postnatal en el 12% de los casos, y era incierto en el 65,3% de los casos. En el grupo de personas con retraso mental leve, asociación familiar fue reconocida en el 27% de los casos.

El estudio de Finlandia reveló patrones similares, ambos estudios demostraron que la mayoría de las personas con retraso mental severo se debe a causas determinables como las cromosómicas y las anomalías genéticas. La causa de retraso mental era más difícil de determinar en los individuos con retraso mental leve y la mayoría de las personas con una causa incierta han tenido una historia familiar positiva. Los resultados anteriores señalan la necesidad de un diagnóstico prenatal y consejo genético en algunos casos, requieren una cuidadosa atención a las cuestiones éticas.

Escalera, Mesa y Páez (2002), realizaron una investigación en la ciudad de Bogotá con los usuarios de una institución de educación especial, teniendo como objetivo generar hipótesis orientadas hacia la prevención y el mejoramiento de la atención que se brinda, para lo cual tomaron 120 historias clínicas de niños y niñas con edades entre 1 y 23 años. Para el análisis de los datos tuvieron en cuenta información demográfica de los padres, la información prenatal, perinatal y postnatal y la evaluación al momento de la solicitud de ingreso a la institución. Los datos anteriores les permitieron elaborar una base de datos que determinó que el 60 % de los niños eran hombres, y que la mayor cantidad de usuarios se encontraba entre 1 y 5 años de edad. Respecto de las características de ambos padres encontraron que cursaron hasta bachillerato y que al momento del nacimiento de su hijo la mayoría se encontraba entre los 26 y 30 años, sobre la educación encontraron que gran parte de las madres se dedicaban a labores del hogar, mientras que los padres eran empleados. En cuanto a las condiciones de salud se estableció que las enfermedades más

frecuentes en estos niños eran las convulsivas y las respiratorias. Y en relación con la etiología encontraron mayor predominancia de los factores prenatales y postnatales. Ya que el 66.5% de los niños presentaron falta de oxígeno evidenciado en los reportes de cianosis, hipoxia y anoxia. También resaltaron a nivel perinatal la presencia de meconio en 20 casos (17.11%) e ictericia en 19 de los casos. A nivel postnatal, encontraron dos casos por secuelas de meningitis que corresponden al 1.66% de la población; uno por trauma craneoencefálico 0.83% y un caso por contusión cerebral. Una baja proporción de alteraciones prenatales como trisomía 21 y sindrómicas como distrofia de Duchenne, de Crouzon y distrofia Miotónica. A nivel de evaluación e intervención encontraron una escasa participación del psicólogo en estos procesos.

Romero y Vásquez (2007) narraron su experiencia con respecto al tratamiento del RM, describiendo la experiencia de cinco años de consulta en psiquiatría de niños y adolescentes con retardo en el Hospital de la Misericordia de Bogotá, basaron su estudio en la consideración que los pacientes con inteligencia limítrofe o retardo mental leve no son identificados, promoviendo la baja cuantificación del trastorno y por supuesto desconociendo su valor predictivo terapéutico y pronóstico como diagnóstico asociado o incluso principal. Para ello durante 5 años revisaron las bases de datos comprendidas entre el 1 de enero de 2001 hasta el 31 de diciembre de 2005 seleccionado entre 2393, 381 correspondientes a pacientes que tuvieran como diagnóstico principal o secundario el RM, encontraron que la prevalencia de RM en la literatura es de 1%, pero esta experiencia demostró que puede ser mucho mayor 15,9%, más si aun dentro de la evaluación se tienen en cuenta aquellos casos limítrofes, con los cuales esta alcanzaría un 26%. El porcentaje de niños atendidos fue de 78,2% y de niñas 21,7%. Cabe resaltar que aunque el avance y desarrollo de los programas de promoción y prevención han disminuido factores de riesgo que contribuyen a la presentación de esta entidad, esta continua siendo muy compleja, la multifactorialidad dificulta su control y a pesar de los programas destinados específicamente para este fin, solamente el 16,5%

de los casos se han logrado disminuir en las últimas décadas. Uno de los factores más preocupantes obtenidos a través esta experiencia fue que los padres de estos niños se quejan de no encontrar quien les cuide el niño, con lo cual su tiempo de trabajo se reduce, la pobreza empeora y se activa un ciclo de retroalimentación que conduce a una percepción intensa de su pobreza, en los casos más frecuentes, que son leves, salen del sistema público escolar al terminar la primaria, de ahí en adelante no se encuentran escuelas de formación en oficios que les permitan habilitarse laboralmente, los autores de esta experiencia hicieron que los logaran mantener escolarizados en colegios privados que permitieran que la socialización en estos niños tuviera prioridad sobre la adquisición de contenidos.

Cuadros (2002) realizó otro estudio de caso de tipo exploratorio en la ciudad de Cali con el fin de conocer las percepciones tanto de los padres, como de los profesionales que trabajan con niños con retraso mental, en una institución sin ánimo de lucro que atiende a personas con discapacidad en Cali, Colombia. Para lo cual realizó una entrevista y aplicó una encuesta a los padres de 16 niños con retraso mental y a 31 miembros del personal que trabajan con estos niños. Encontrando que los padres se enfrentaban con los siguientes cuestionamientos; sus primeras reacciones y sus esfuerzos, eran más o menos exitosos, para llegar a aceptar el tener un hijo con retraso mental, segundo la aceptación o no del niño, por parte de otros miembros de la familia y el público, tercero; serias dificultades médicas que acompañan a menudo el retraso mental y cuarto; la búsqueda a menudo inútil para acceder a los servicios profesionales en un país que está en medio de una dura situación social y crisis económica; y por último los persistentes esfuerzos de la mayoría de estos padres, muchos de los cuales tienen una educación limitada y los recursos económicos, para proporcionar una vida mejor para sus hijos.

Las causas que los padres expresan para explicar el retraso mental de sus hijos fueron clasificadas por ellos mismos como genéticas, ambientales o mágicas (sobrenaturales). Las causas genéticas fueron clasificadas por los padres como prenatal, perinatal o postnatal. La mitad de los padres percibían

relaciones de causalidad en la enfermedad de su hijo, los demás tendieron a buscar sin descanso otra posible explicación de tipo no causal.

Por otra parte a 31 de los médicos y los maestros que se les preguntó sobre la causa de la discapacidad de los niños que atendían, tendían a atribuirlo a condiciones clínicas comunes, con algunas más específicas (por ejemplo, el síndrome de Down, anoxia) y otros más generales (por ejemplo, la genética, perinatal, del medio ambiente). Algunos de los especialistas fueron más allá de un marco médico para sugerir diversas causas tanto sociales como culturales y educativas como; la desnutrición de la madre, del niño, o de ambos, además del consumo de alcohol y/o drogas, la atención médica inadecuada: los intentos de aborto; a nivel intrafamiliar sugirieron las dificultades de abuso físico o sexual y las insuficiencias de los padres.

Sánchez, Eiris, Otero, Pavón, y Castro, (2002) realizaron un estudio acerca de la Influencia de los factores socio familiares sobre el estado nutricional en los niños con retraso mental por considerar que el RM es un trastorno de importancia clínica y social con una prevalencia que alcanza al 3% de la población pediátrica, se justificaron en que las investigaciones sobre su repercusión en el estado nutricional son escasas y, en ocasiones, con resultados dispares. Por lo cual tuvieron como misión valorar el estado nutricional en niños con RM de la comunidad española, en relación a la influencia de los factores socio familiares con inclusión del tipo de dieta y apetito. Para lo cual estudiaron a 128 niños (81 niños y 47 niñas), con edades comprendidas entre los 0 y 17 años, afectados de RM, a quienes les realizaron una encuesta nutricional, encuesta sociofamiliar y valoración de una serie de parámetros nutricionales antropométricos y bioquímicos. En donde concluyeron que se necesita una evaluación precoz de la conducta alimenticia, ya que ésta condiciona el estado nutricional desde el punto de vista antropométrico y bioquímico. Los factores bioquímicos fueron los más sensibles a los cambios socioeconómicos. Los niños de procedencia costera presentaron los mejores niveles nutricionales. La edad de los padres influyó significativamente en el

estado nutricional de sus hijos, siendo los niños que tenían padres con edades superiores a los 40 años mejor nutridos.

En cuanto a los factores de riesgo ocasionados por el trabajo durante el embarazo, Sheps, Siegel, Suchindran, Origasa, Ware y Barakat (1991) realizaron una investigación que tuvo como objetivo analizar los efectos del empleo sobre los resultados del embarazo. Para ello tomaron las características de trabajo donde incluyeron el número de horas por semana, actividades físicas, y las condiciones ambientales. Los resultados de interés fueron el retraso del crecimiento fetal (menos de 2500 gramos a término) y parto prematuro (menos de 37 semanas). La población del estudio consistió en 2.711 mujeres norteamericanas que no incluían la raza negra, eran madres casadas que participaron en la Encuesta Nacional de natalidad de 1980 (ENN). Los datos ENN se fusionaron con los datos de la revisión de 1977 del The Dictionary of Occupational Titles (DOT) de las medidas de trabajo, las actividades físicas y las exposiciones ambientales, encontrando como resultados que las madres que trabajaban 40 o más horas por semana eran más propensas que las mujeres que trabajaban menos horas para tener un parto bajo peso al nacer en una proporción superior o igual a 37 semanas. No encontraron características físicas o ambientales de trabajo asociadas con bajo peso al nacer o parto prematuro, concluyendo que las mujeres norteamericanas casadas pueden tener un riesgo de parto de bajo peso al nacer o cerca del plazo, sólo si trabajan 40 o más horas cada semana. Sin embargo, la falta de riesgo asociado a otras características del trabajo puede ser una función de error de medición en la fuente de datos DOT o de bajos niveles de exposición en la población de análisis.

De acuerdo con la revisión de la literatura e investigaciones en torno al tema, esta investigación se justifica en la necesidad de realizar más estudios que propongan soluciones que permitan controlar los factores de riesgo que desencadenan en retardo mental. Al ampliar los conocimientos de los factores de riesgo en cada fase del desarrollo, cada persona, los profesionales y sobre todo los entes reguladores, podrán ejercer un mayor control de estos y

contribuir con la facilitación de los apoyos necesarios para que estas personas puedan tener una vida personal satisfactoria. Lo anterior conduce a la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los factores de riesgo prenatal, perinatal y postnatal presentes en 40 personas diagnosticadas con retardo mental que hacen parte de varias instituciones de desarrollo infantil de Bogotá?

Definición de variables

A continuación se presentan las variables que se evaluaron con el fin de definir los términos que permitieron desarrollar la investigación.

Factor de riesgo:

Según Harmony (2004), un factor de riesgo, para la medicina, la biología y los organismos vivos, es aquel que puede producir daño al organismo, es decir que la probabilidad de daño es mayor en su presencia, pero no necesariamente este ocurre el 100% de las veces, por lo que depende en gran parte de la interacción junto con los demás factores.

1. Factor de Riesgo Prenatal

Considerado como aquellos factores hereditarios y alteraciones tempranas del desarrollo embrionario (APA, 2000, citada por Verdugo y Jenaro, 2001). O así como la situación química en el útero de la madre los cuales pueden tener un efecto importante en el desarrollo del cerebro, el sistema nervioso y el funcionamiento intelectual posterior; estos factores con frecuencia son más notables si ocurren al inicio del embarazo que en sus fases posteriores (Sarason y Sarason, 2006). Los siguientes son los factores que se tuvieron en cuenta dentro de la revisión de historias clínicas.

Altura, peso y edad de la madre (Ítem 1 y 2).

Número de embarazos previos (ítem 3).

Abortos anteriores (ítems 4 y 5).

Hijos mayores con patología o retrasos (ítem 6).

Historial de situaciones de riesgo en embarazos anteriores (mortalidad del feto, cesárea, bajo peso al nacer), (ítem 7).

Historial gineco-obstétrico (ítem 8).

Uso Métodos anticonceptivos (ítem 9).

Edad en al quedar embarazada (Ítem 10).

Historial de enfermedades previas (enfermedades virales o contagiosas), (ítem 11).

2. *Factor de Riesgo Perinatal*

Conjunto de riesgos que pueden condicionar el normal desarrollo del embarazo, abarcando todo el periodo gestacional (López, 2003). Para lo cual se tuvieron en cuenta los siguientes factores:

Peso ganado durante el embarazo (ítem 12).

Inicio de la asistencia médica al embarazo (ítem 13).

Sangrados vaginales durante la gestación (ítem 14).

Consumo de fármacos (ítem 15).

Consumo de tabaco (ítem 16).

Consumo de alcohol (ítem 17).

Consumo de drogas (ítem 18).

Vómitos frecuentes durante el embarazo (ítem 19).

Edema durante el embarazo (ítem 20).

Lesiones o accidentes durante el embarazo (ítem 21).

Vivencia de estrés, ansiedad, nerviosismo y tristeza (ítems 36 y 37).

Conocimiento del sexo del bebé (ítem 38).

Relación de pareja durante el embarazo (ítem 39).

Desarrollo de actividad física y mental agotadora durante el embarazo (ítems 40 y 41).

Vivencia del embarazo (deseado/planeado) (ítem 42).

Historial de enfermedades maternas perigestacionales (ítem 22).

Dentro de este se incluyeron los factores Intraparto: Variables vinculadas al trabajo de parto y al proceso de alumbramiento (López, 2003) Teniendo en cuenta las siguientes:

Uso de anestesia durante el parto (ítem 23).

Tiempo desde la ruptura de aguas hasta el parto (ítem 24).

Orientación del bebé en el momento del parto (ítem 25).

Duración del parto (ítem 26).

Parto inducido (ítem 27).

Uso de fórceps o ventosa (ítem 28).

Dificultades en el momento del parto (ítem 29).

Parto múltiple (ítem 30).

3. *Factores de Riesgo Postnatal*

Son aquellas enfermedades médicas adquiridas durante la infancia y la niñez (Verdugo y Jenaro, 2001). Para lograr obtener resultados dentro del instrumento se tomaron los ítems correspondientes a factores neonatales.

Factores neonatales. Grupo de condiciones neonatales adversas que pueden interrumpir o alterar el desarrollo psíquico y/o físico del recién nacido (López, 2003).

Peso del hijo al nacer (ítem 31).

Meses a término (ítem 32).

Color del niño al nacer (ítem 33).

Necesidad de cuidados neonatales (ítem 34).

Puntuaciones del apgar (ítem 35).

Retardo Mental

Para el caso de esta investigación se tomó la definición propuesta por el DSM-IV-TR y el CIE-10 descrito como capacidad intelectual significativamente inferior al promedio con déficit o alteraciones concurrentes en la actividad adaptativa actual (la eficacia de la persona para satisfacer las exigencias planteadas para su edad y su grupo cultural), con una manifestación inferior a los 18 años.

Objetivos

General

Identificar los factores de riesgo prenatal, perinatal y postnatal presentes en un grupo de personas con retardo mental.

Específicos

Identificar los factores de riesgo prenatales presentes en un grupo de personas con retardo mental.

Identificar los factores de riesgo perinatales presentes en un grupo de personas con retardo mental.

Identificar los factores de riesgo postnatales presentes en un grupo de personas con retardo mental.

METODO

Diseño

Se utilizó un diseño de tipo descriptivo que tiene como objetivo describir el fenómeno, por lo cual no presenta hipótesis (Hernández, Fernández y Baptista, 2006). A su vez es una investigación empírico analítica, debido a que los resultados se obtuvieron a través de la práctica al revisar las historias clínicas. La investigación es intersujetos, ya que se realizó con varios participantes y el seguimiento fue retrospectivo, a través de la revisión de historias clínicas que contiene datos del desarrollo y aspectos relevantes antes, durante y después del embarazo.

Unidad de análisis

Se seleccionó una muestra no probabilística correspondiente a 40 personas diagnosticadas con retardo mental, quienes hacían parte de una población de 709 historias clínicas que reposan en el Instituto de Desarrollo Infantil Anthiros y de la Fundación Avante. Diagnosticados de la siguiente manera: 377 Autismo, 44 Rett, 12 Trastorno Desintegrativo Infantil, 73 Asperger, 51 Trastorno generalizado no especificado, 87 TDH, 26 Trastorno de aprendizaje y 40 Retardo Mental. Se tuvo en cuenta una muestra que representaba la característica de retardo mental que para el caso de esta investigación se tomó la definición que fue suministrada por el DSM-IV-TR y el CIE-10. Aunque no se tuvo en cuenta para esta investigación el tipo de retardo mental presentado.

A. Capacidad intelectual significativamente inferior al promedio: un CI aproximadamente de 70 o inferior en un test de CI administrado individualmente (en el de niños pequeños, un juicio clínico de capacidad intelectual significativamente inferior al promedio).

B. Déficit o alteraciones concurrentes en la actividad adaptativa actual (la eficacia de la persona para satisfacer las exigencias planteadas para su edad y su grupo cultural), en por lo menos dos de las áreas siguientes: comunicación, cuidado personal, vida doméstica, ocio y habilidades sociales-interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades, trabajo, salud y seguridad.

C. El inicio es anterior a los 18 años.

Instrumento

Se empleó el Cuestionario Materno de Riesgo Perinatal (CMRP), diseñado por S. López Gómez, (2003). Compuesto por 70 ítems a modo de opción múltiple, ítems con alternativas cerradas, que dejan una opción abierta a otras posibilidades ajenas a las contempladas (Véase apéndice 1). El doctor Santiago López autorizó la utilización del instrumento y las modificaciones del mismo. La realización de su validez de contenido fue realizada por Utria, O., Sánchez, M., Nieto, D. & Palacios, L., de la Universidad de San Buenaventura, en el año 2010, (Véase apéndice 2). El instrumento en sí trata acontecimientos puntuales del embarazo o del historial médico materno, antes y durante la gestación que se agrupan en torno a seis factores, que son:

1. *Factores pregestacionales:* Eventos ocurridos antes de la gestación, sobre todo aquellos que han sucedido con una mayor proximidad temporal, dada su cercanía con respecto al embarazo, y que pueden alterar el curso normal del mismo.

2. *Factores perinatales:* Conjunto de riesgos que pueden condicionar el normal desarrollo del embarazo, abarcando todo el periodo gestacional.

3. *Factores intraparto:* Variables vinculadas al trabajo de parto y al proceso de alumbramiento.

4. *Factores neonatales:* Grupo de condiciones neonatales adversas que pueden interrumpir o alterar el desarrollo psíquico y/o físico del recién nacido.

5. *Factores psicosociales:* Dimensiones psicoemocionales y sociales que ejercen su influencia en el proceso del desarrollo gestacional y del bienestar fetal.

6. *Factores socioeconómicos y demográficos:* Variables de naturaleza demográfica que pueden incidir significativamente en el embarazo y en el desarrollo neonatal.

Cada uno de estos factores anteriores se define por una serie de ítems relacionados directamente con riesgo perinatal.

Todas estas dimensiones pueden contribuir a identificar algunas cuestiones importantes del riesgo perinatal, no sólo, tal y como se observa, desde una perspectiva médico-obstétrica, sino también psicológica y social. Los ítems del cuestionario valoran eventos ocurridos a lo largo de todo el periodo perinatal, que resultan especialmente relevantes, ofreciendo información de gran utilidad para observar este periodo y los posibles riesgos a los que estuvo expuesto el bebé.

Procedimiento

El procedimiento que se siguió en la investigación es el siguiente:

Fase 1: Inicio. Una vez identificados los temas se inició la revisión teórica de los aspectos a trabajar durante la investigación. Paralelo a esto se realizó una búsqueda en bases de datos para identificar si existía un instrumento que permitiera la recolección de información acerca de los factores de riesgo presentes en el retardo mental. Una vez encontrado el instrumento se procedió a adaptar algunos términos que facilitaron la comprensión, aplicación y análisis de los datos.

Fase 2: Validación. El cuestionario de riesgo perinatal (López, 2003) fue sometido a validación de contenido ya que muchos de los términos utilizados no corresponden con lenguaje de la población colombiana, además fue necesario incluir un ítem.

El cuestionario original (López, 2003) está compuesto por 70 ítems (Apéndice 1), de los cuales se modificaron 10 reactivos (2, 11, 31, 52, 53, 57, 60, 62, 68, 69), finalmente estos ítems quedaron denominados de la siguiente manera (2, 11, 22, 24, 25, 29-NUEVO, 30, 33, 35, 41, 42) para un total de 44 ítems (Apéndice 2).

El proceso de validación se llevó a cabo con seis jueces, de los cuales tres fueron metodológicos y tres expertos en el tema de desarrollo infantil. Estos jueces debían evaluar el instrumento modificado teniendo en cuenta el original; respecto a cuatro categorías (REDACCIÓN, PERTINENCIA, ESTRUCTURA Y LENGUAJE) (Apéndice 3).

Una vez evaluado el instrumento por cada juez, se procedió a realizar el resumen de validación (Apéndice 4) en donde aparece la calificación (1 a 4) que asigna cada juez por cada ítem modificado. Luego se realizó la sumatoria de cada ítem para determinar cuál fue el promedio, con base en este promedio se determinó el coeficiente de validez de contenido (CVR) por cada ítem para identificar si el ítem permanecía o se eliminaba.

$$\text{CVR: } \frac{ne - N/2}{N/2}$$

CVR: coeficiente de validez de contenido.

ne: número de expertos que están de acuerdo con la pertinencia del ítem.

N/2: número de jueces totales dividido en dos.

Fase 3: Implementación. Aplicación del instrumento para cada una de las historias clínicas. Los datos obtenidos a partir de la revisión de las historias clínicas fueron sistematizados en una base de datos que contiene cada una de las preguntas del cuestionario y sus respectivas opciones de respuesta; esta base arrojó tablas y gráficas por frecuencias y porcentajes para cada ítem seleccionado, lo cual facilitó el análisis de resultados.

Aspectos éticos

Esta investigación trabajó únicamente con las historias clínicas, por lo cual, no hubo contacto directo con la población manteniendo los lineamientos de la confidencialidad, al omitir los nombres y los datos de identificación de los participantes (Capítulo 1, Artículo 27 del código de ética del psicólogo).

De acuerdo con el Capítulo VII., en el Artículo 50 del código de ética del psicólogo, esta investigación estuvo basada en principios éticos de respeto y dignidad, lo mismo que salvaguardar el bienestar y los derechos de los participantes.

RESULTADOS

En este capítulo se incluye un análisis estadístico descriptivo de la información recolectada en las historias clínicas de los factores pre, peri y postnatal, se presentan en tablas y figuras que representan los ítems más representativos obtenidos a través del programa estadístico spss 17.

Se dará inicio con la descripción de las variables socio demográficas de la muestra objeto de análisis, posteriormente se presenta la descripción de cada uno de los factores de riesgo.

Existe un predominio del género masculino con un 90% de representación en la muestra, frente a un 10% respecto al género femenino (véase figura número 1).

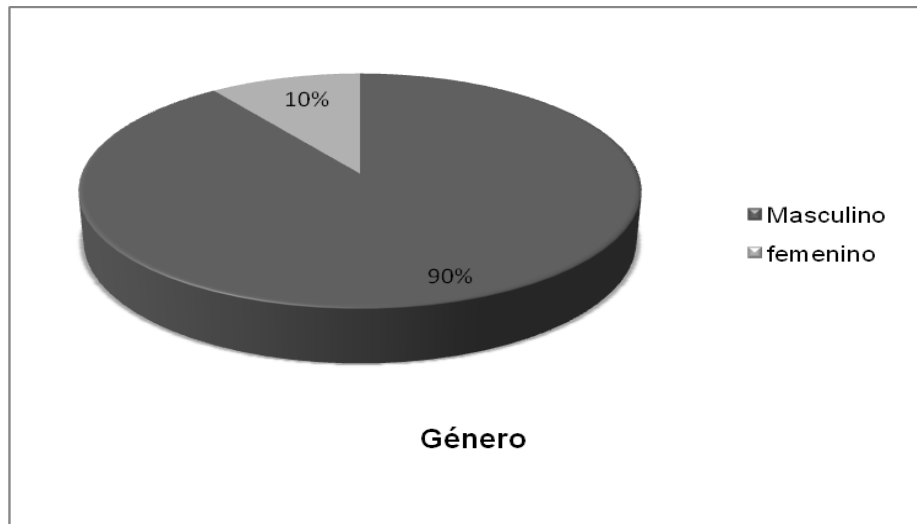


Figura 1. Incidencia del género en el retardo mental

En la tabla 1 se observa que de las 40 personas diagnosticadas con retardo mental, la mayoría ocupan el primer puesto dentro de los hermanos con un 82.5%, un 15% ocupan el segundo lugar y finalmente con un 2.5% los que ocupan un tercer lugar.

Tabla 1. Posición que ocupa el niño entre los hermanos

Lugar	1	2	3	4	5
Frecuencia	33	6	1	0	0
Porcentaje	82.5 %	15%	2.5 %	0%	0%

En la figura 2, se observa que el 75% de las madres posee estudios primarios, frente a un 10% de padres que también tienen este mismo nivel, el 62,5% de los padres tiene estudios secundarios frente a un 5% de madres, en cuanto a los estudios universitarios, un 20% tanto de padres como de madres lo posee.

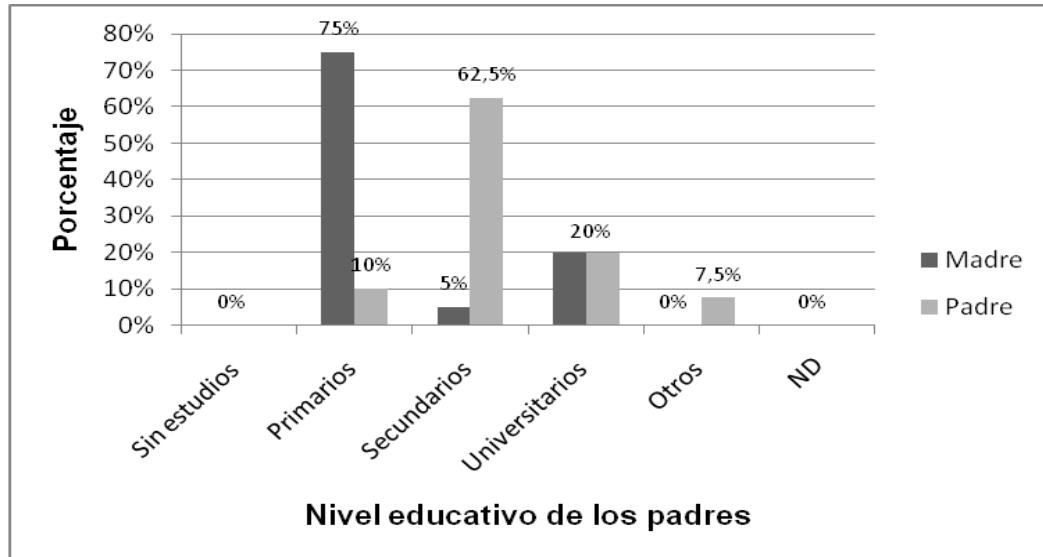


Figura 2. Nivel educativo de los padres.

En cuanto a la ocupación de los padres, en la figura 3, se observa que el 50% de las madres son estudiantes, mientras que ningún padre se encuentra estudiando, y el 50% de los padres son independientes, tan solo el 30% de las madres y el 10% de los padres se dedica al hogar, el 17,5% de los padres y el 5% de madres son profesionales y el 7,5% de las madres y el 2,5% de los padres son técnicos.

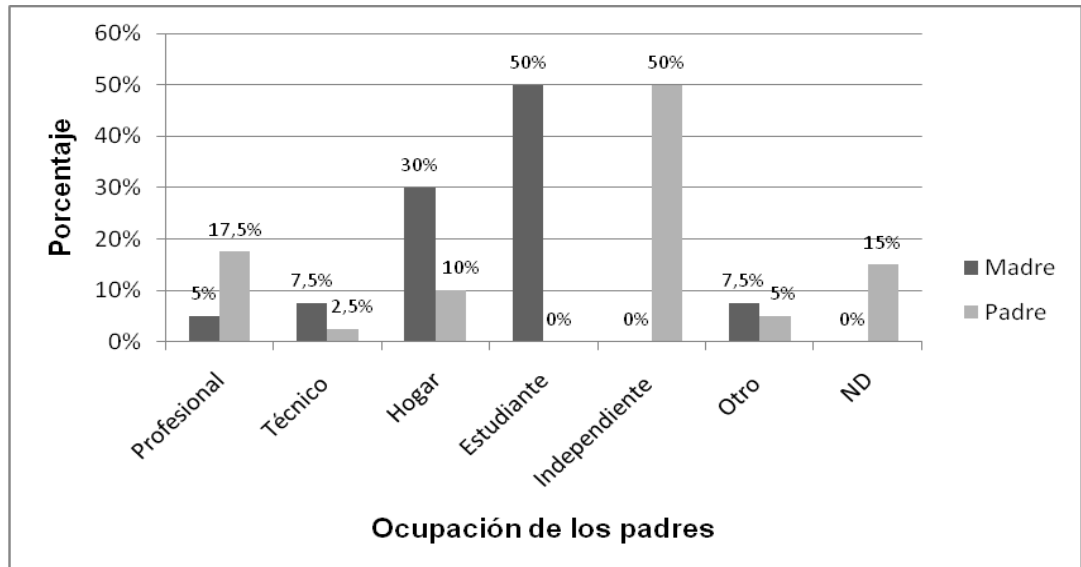


Figura 3. Ocupación de los padres.

A continuación se presenta un análisis descriptivo de los factores prenatales, estos resultados fueron obtenidos a través de las historias clínicas, cabe anotar que algunos datos no fueron significativos debido a que no se encontró la información reportada en las historias clínicas, por lo cual solo se presentarán los que tuvieron mayor relevancia.

En la figura 4 se evidencia que el 75% de la muestra reportó no haber tenido ningún embarazo anterior al niño con RM, el 15% reportó haber tenido un embarazo anterior a este, el 5% afirmó haber tenido cuatro o más hijos antes, el 3% tuvo tres embarazos anteriores, y el 2,5% reportó dos embarazos previos al niño con RM.

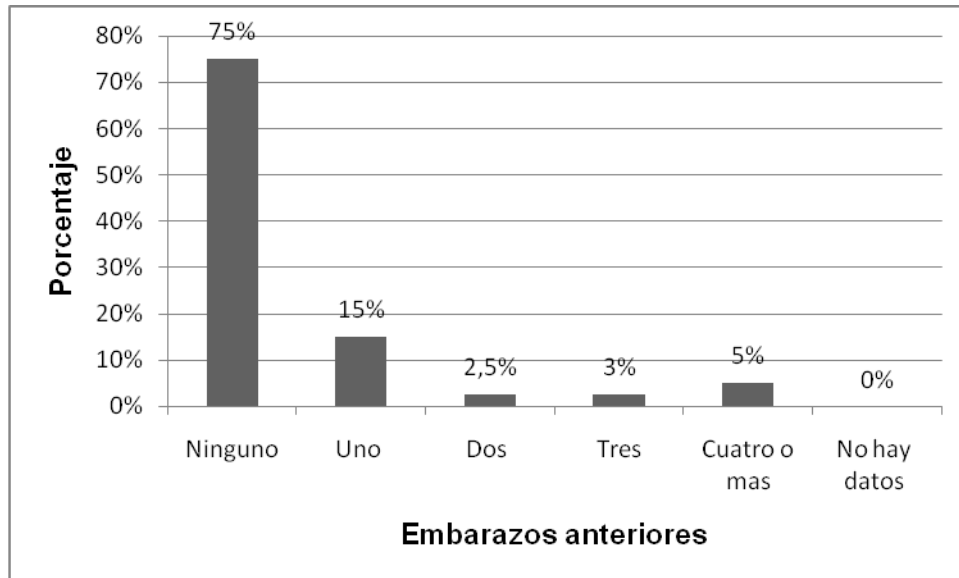


Figura 4. Embarazos anteriores.

Con respecto a los abortos espontáneos, se observa que un 70% de las madres no reportó el dato frente a este factor, el 22,5% de las madres reportó no haber tenido ninguno, un 5% reportó haber tenido dos abortos previos a este embarazo y un 2,5% reportó haber tenido un aborto espontáneo anterior al embarazo del niño con RM (véase figura 5).

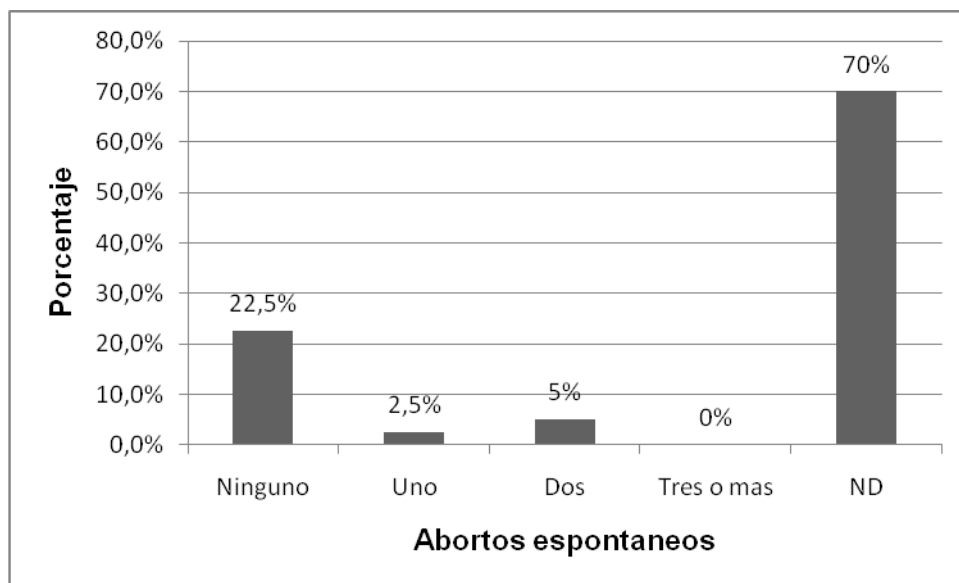


Figura 5. Abortos espontáneos anteriores a este embarazo.

En cuanto a los abortos voluntarios, en la figura 6 se encuentra que el 85% no suministró este dato, mientras que 15% manifestó no haber tenido ningún aborto voluntario previo.



Figura 6. Abortos voluntarios anteriores a este embarazo.

En la figura 7 se observa que en el 85% de las historias clínicas revisadas las madres no suministraron este dato y el 15% manifestaron no haber tenido ningún hijo anterior con problemas de retraso.

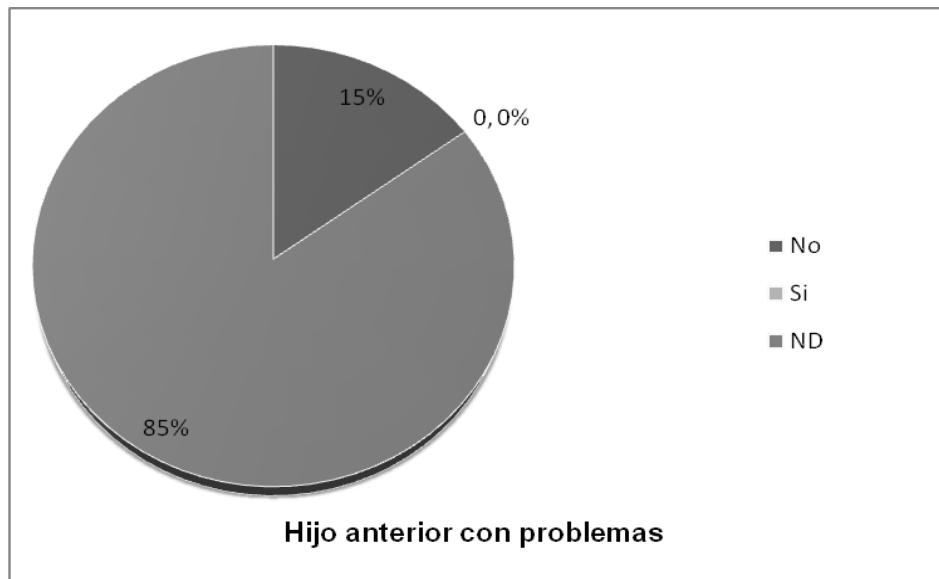


Figura 7. Hijo anterior con problemas, retrasos u otras alteraciones importantes.

En cuanto a las dificultades en embarazos anteriores, en la tabla 2 se evidencia que el 80% de las historias clínicas revisadas no poseían esta información y el 7,5% manifestó no haber presentado alguna dificultad en embarazos anteriores, un 5% reportó haber presentado mortalidad del feto, otro

5% reportó que en embarazos anteriores tuvieron hijos con bajo peso y el 2,5% de las madres reportó haber tenido un hijo prematuro.

Tabla 2. *Dificultades en embarazos anteriores.*

	Ninguna	Mortalidad del feto	Bajo peso al nacer	Bebé prematuro	Sobrepeso del bebé	Cesárea	N. D.
Frecuencia	3	2	2	1	0	0	32
Porcentaje	7.5 %	5%	5%	2.5%	0%	0%	80%

En la figura 8, se evidencia que el 80% de las madres no estaban utilizando ningun método anticonceptivo, el 10% se encontraban utilizando métodos hormonales como pastillas, inyección, parches, etc, el 2,5% de las madres se encontraba utilizando el dispositivo intrauterino y el 7,5% no suministró este dato.

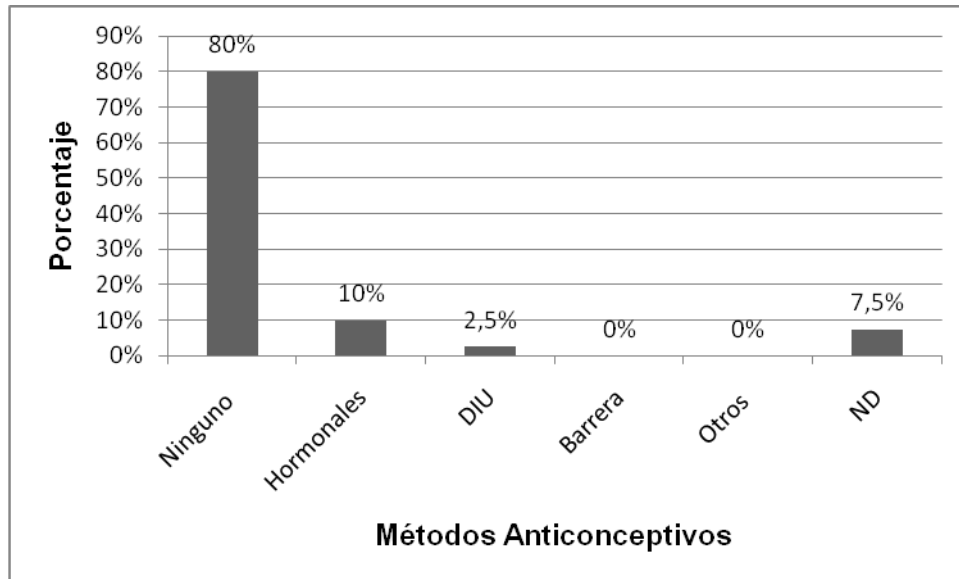


Figura 8. Métodos anticonceptivos.

A continuación se describirán los resultados obtenidos a través de la revisión de las historias clínicas para los factores de riesgo perinatales.

De las 40 historias revisadas, 87,5% de las madres asistieron a su primera consulta neonatal en el primer mes de gestación, mientras que el 12,5% lo realizó entre el segundo y tercer mes de embarazo, ninguna de las madres reporta haber tenido su primera consulta en meses posteriores ni cerca del nacimiento (ver tabla 3).

Tabla 3. *Inicio de asistencia médica durante este embarazo.*

Primera consulta médica							
	Primer mes	Entre los 2 y 3 meses	Entre los 4 y 6 meses	Entre los 7 y 8 meses	Durante el mes 8	En el parto	No hay datos
Frecuencia	35	5	0	0	0	0	0
Porcentaje	87.5%	12.5%	0%	0%	0%	0%	0%

De la tabla 4 se deduce que el 60% de las madres reportó haber tomado suplementos multivitamínicos durante el embarazo, el 27,5% de las madres no tomó ningún tipo de medicamento, el 7,5% reportó haber tomado otro tipo de medicamentos.

Tabla 4. *Consumo de medicamentos durante el embarazo.*

Tipo	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	11	27.5 %
Vitaminas y/o Hierro	24	60%
Antihipertensivos	0	0%
Tranquilizantes	0	0%
Aspirina	0	0%
Diuréticos	0	0%
Otros	3	7.5%
No hay datos	2	5%

Durante el embarazo el 47,5% de las madres reportó haber tenido sangrados vaginales al final de embarazo, el 37,5% de las madres tuvo sangrados al inicio del embarazo y el 15% reportó nunca haber presentado algún tipo de sangrado vaginal durante el embarazo (véase figura 9).

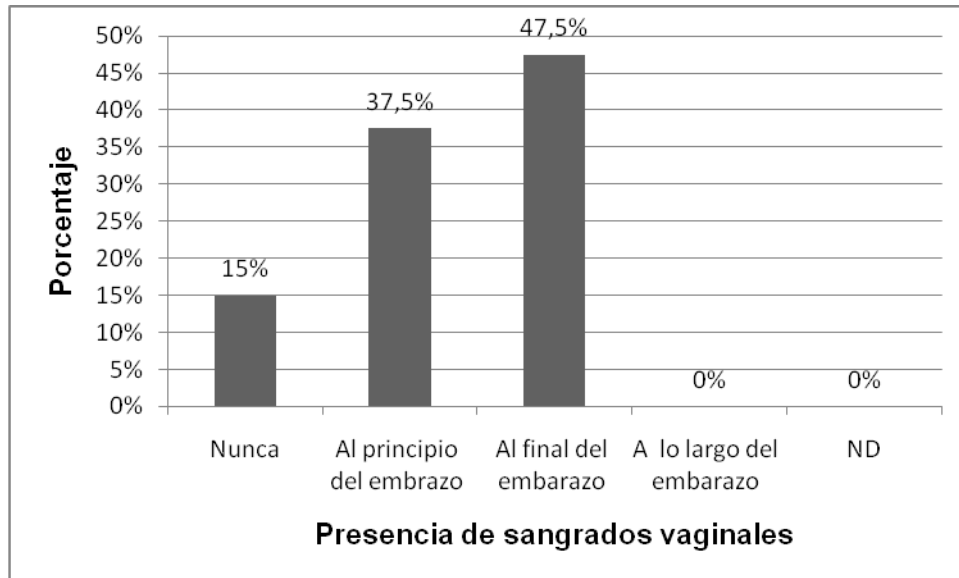


Figura 9. Presencia de sangrados vaginales durante el embarazo.

Un 85% de la muestra presentó enfermedades durante el embarazo tales como: infecciones urinarias y vaginales, diabetes, desnutrición, hipertensión, entre otras. Mientras que un 10% de las madres no presentó ningún tipo de enfermedad durante este periodo (véase figura 10).

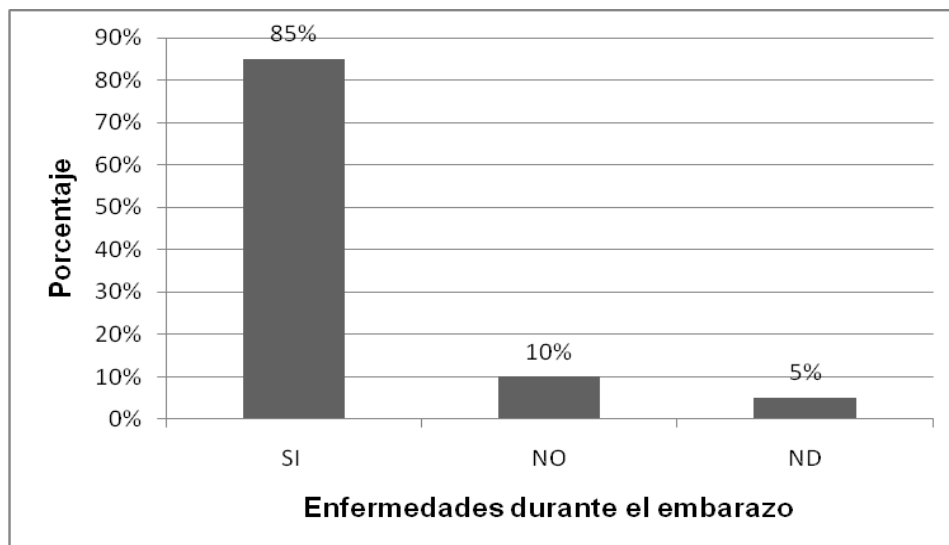


Figura 10. Enfermedades durante el embarazo.

En la figura 11 se encuentra que el 57,5% reportó no haber experimentado estrés, ansiedad o nerviosismo, un 35% lo experimentó una o dos veces al mes, mientras que en el 7,5% de las historias no fue posible obtener esta información.

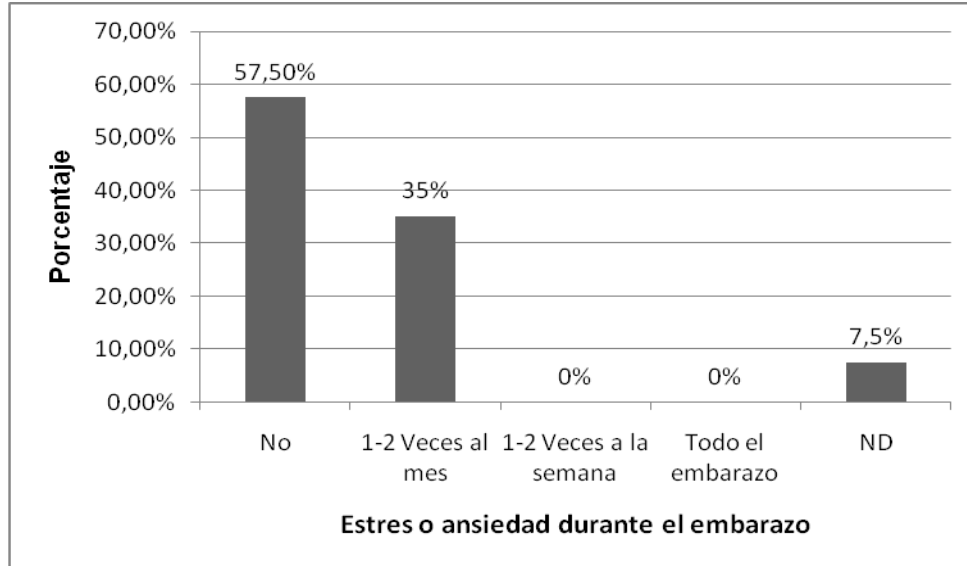


Figura 11. Vivencia de estrés o ansiedad durante el embarazo

En la figura 12 se logra apreciar que el 77,5% de las madres reporta no haber experimentado tristeza o soledad durante el embarazo, con un 12% las que lo experimentaron una o dos veces al mes, el 2,5% reportó experimentarlo entre una y dos veces a la semana, mientras que el 7,5% restante no suministró este dato en la historia clínica.

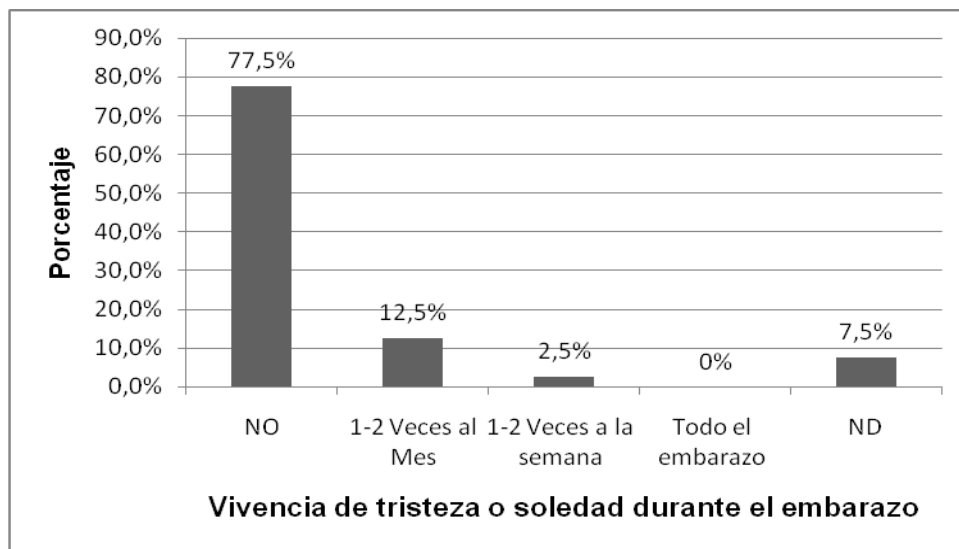


Figura 12. Vivencia de tristeza o soledad durante el embarazo

Con respecto a los sentimientos al conocer el sexo del bebé, en la figura 13 se aprecia que un 35% se alegró al conocer el sexo de este, el 20% de las madres se enteró en el momento del nacimiento, el 5% de las madres les fue

indiferente la noticia, otro 5% no se alegró al conocer el sexo del bebé y del 38% no se logró obtener esta información.

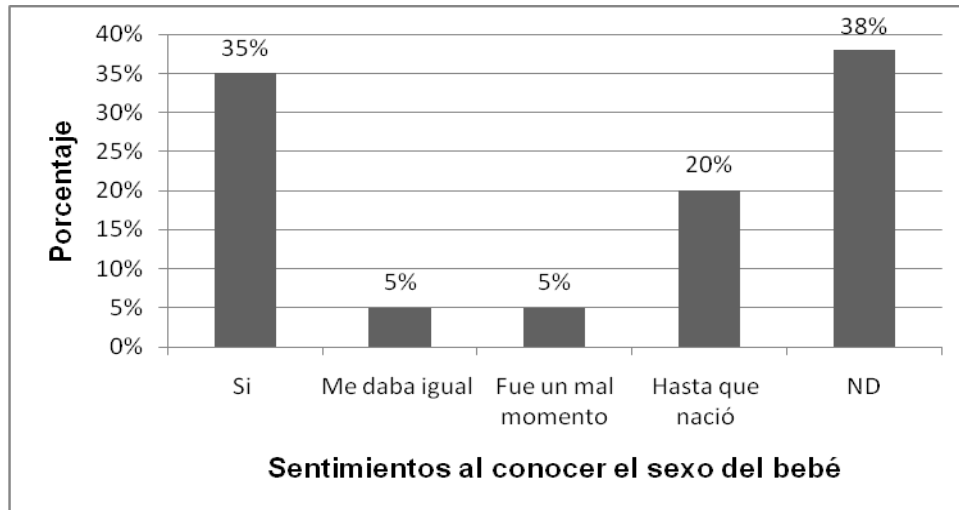


Figura 13. Sentimientos al conocer el sexo del bebé.

De acuerdo con la figura 14, en el 45% de la muestra la relación de pareja fue normal, mientras que para el 27% la relación se tornó tensa a lo largo del embarazo, el 15% la consideró como complicada, otro 15% no tuvo pareja durante este periodo y el 13% de las historias revisadas no suministró este dato.

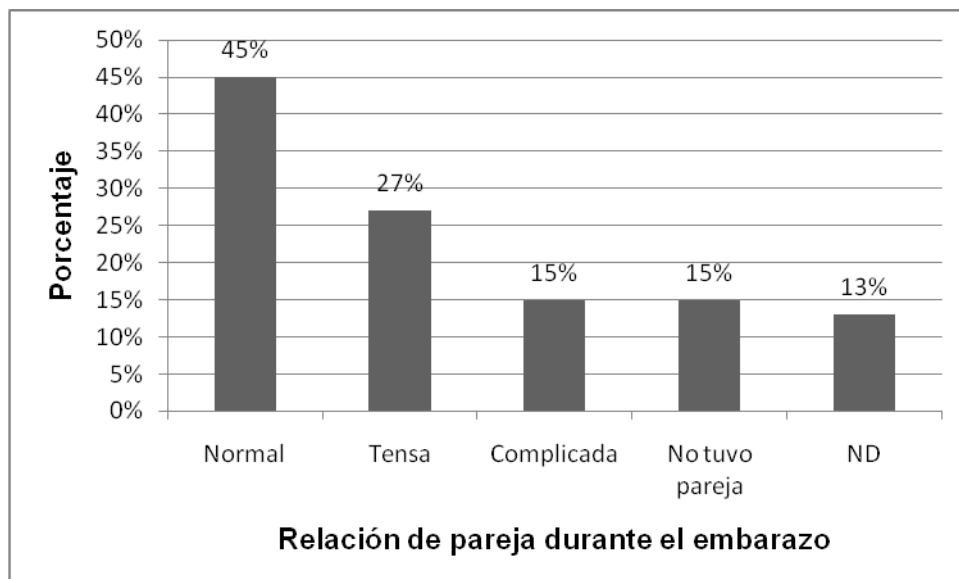


Figura 14. Descripción de la relación de pareja.

En la figura 15 se observa que el 75% percibió haber vivido su embarazo en algunos momentos bien y en otros mal, el 12% reportó haberlo vivido de

manera relajada disfrutando de este, por otra parte el 5% de las madres estuvieron o nerviosas e inquietas por diversas situaciones y un 8% no suministró este dato.

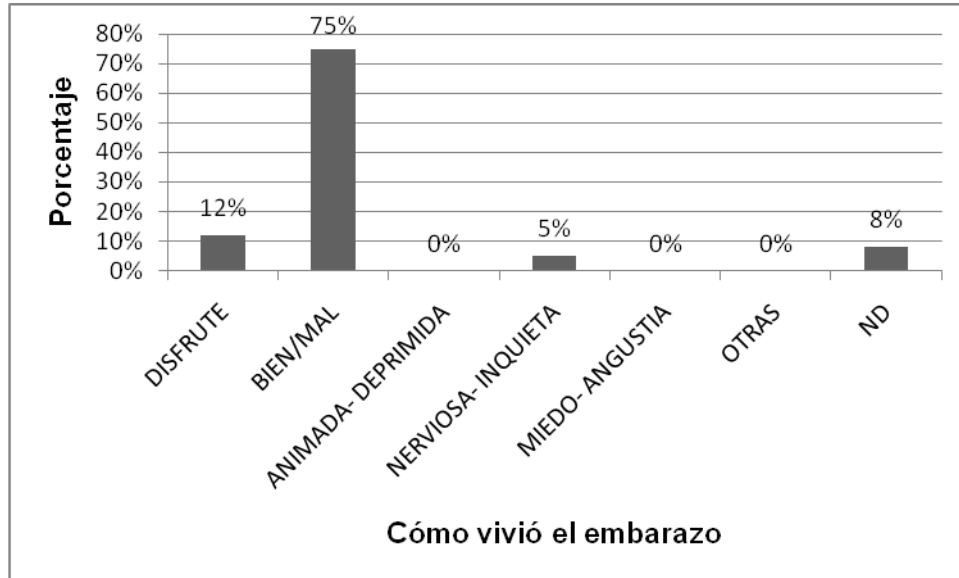


Figura 15. Cómo vivió su embarazo.

En la figura 16 se aprecia que para el 65%, el embarazo fue deseado y planeado, el 27,5% de la muestra considera que el embarazo si fue deseado pero no planeado; mientras que para un 7,5% el embarazo no fue planeado y se vivió como desagradable.

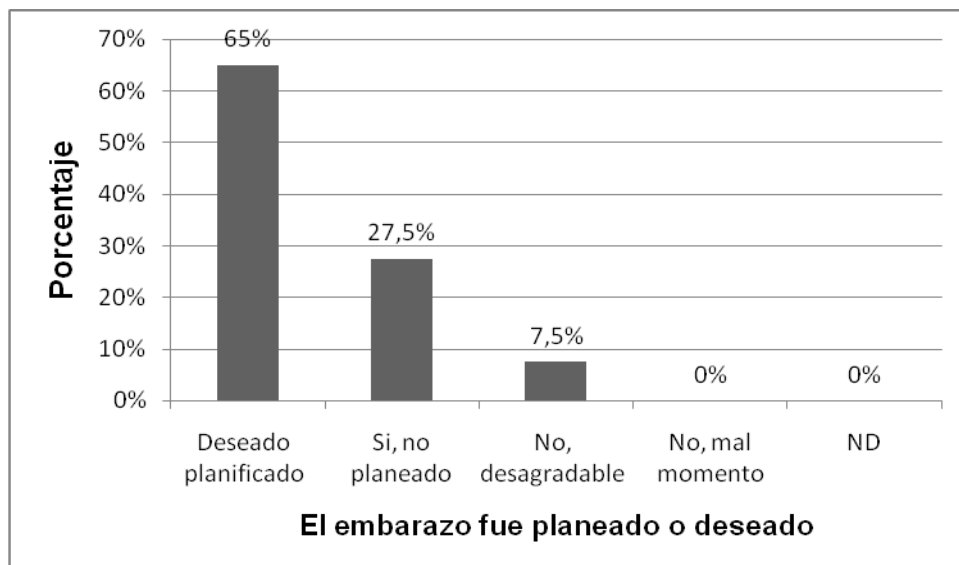


Figura 16. El embarazo fue deseado y planeado.

En cuanto a la presencia de náuseas, la figura 17 evidencia que el 40% presentó náuseas o vómito al principio del embarazo, otro 40% presentó vómito y/o náuseas durante todo el embarazo y un 7,5% de la muestra no presentó vómito o náuseas durante el embarazo, el 12,5% no suministró este dato.

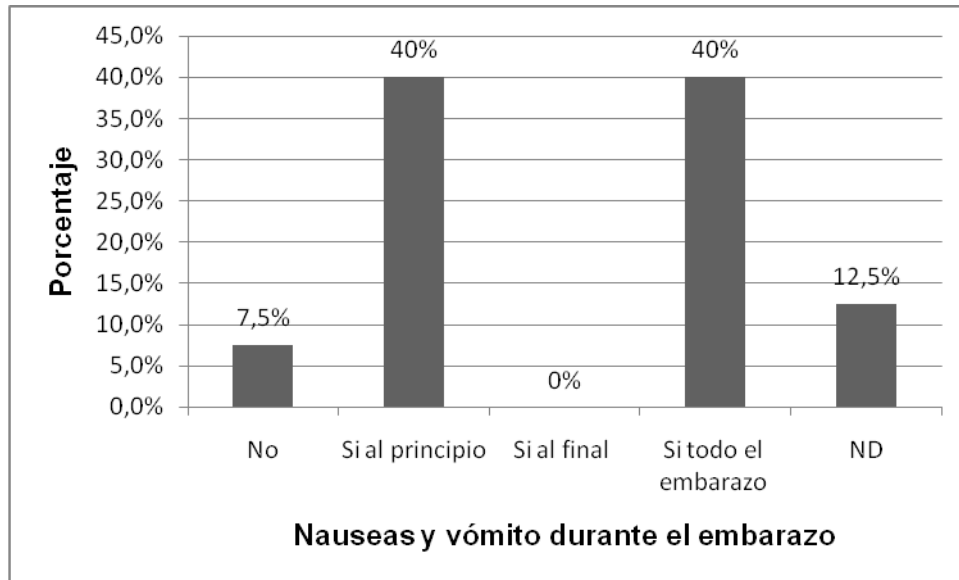


Figura 17. Presencia de náuseas o vómito durante el embarazo.

De la figura 18 se obtuvo que el 20% no fumó, mientras que el 2.5% dejó de fumar.

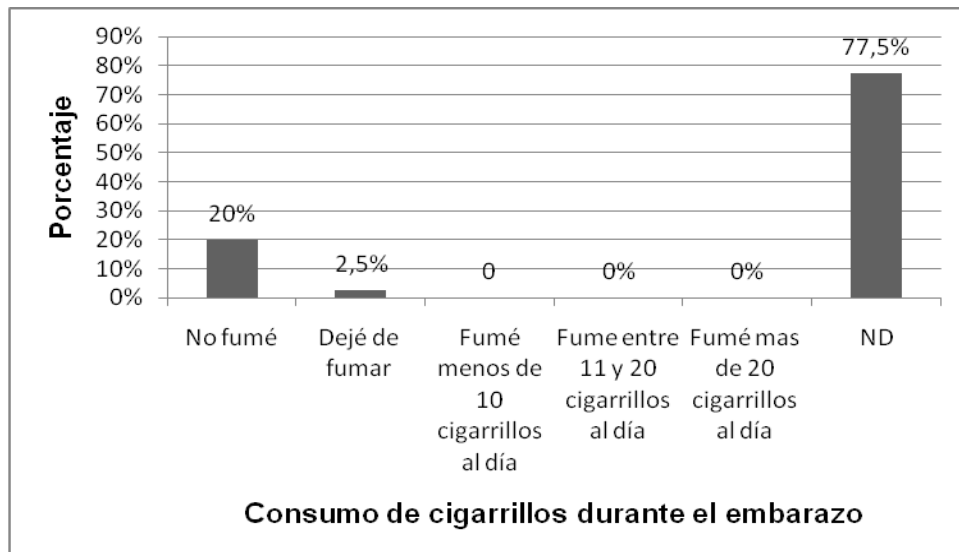


Figura 18. Consumo de cigarrillos durante el embarazo

En la figura 19, se puede observar que el 20% no consumió alcohol durante el embarazo, mientras que el 2.5% bebió en ciertas ocasiones.

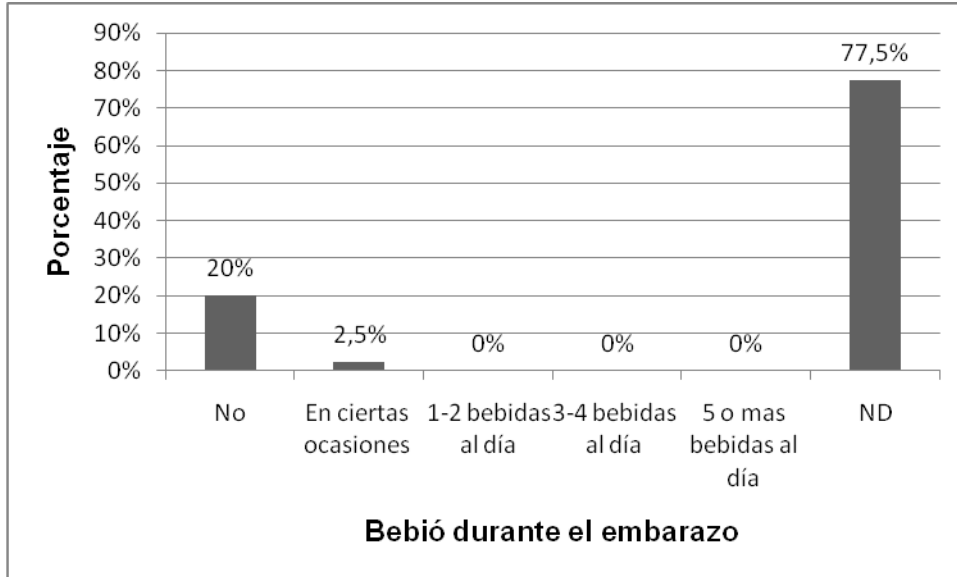


Figura 19. Bebió durante el embarazo.

En la figura 20, se observa que el 38% de las madres reportaron a través de las historias clínicas haber presentado edema durante el embarazo, frente a un 7% de estas, quienes reportaron nunca haberlo presentado. El 55% de las historias clínicas no presentaron esta información.

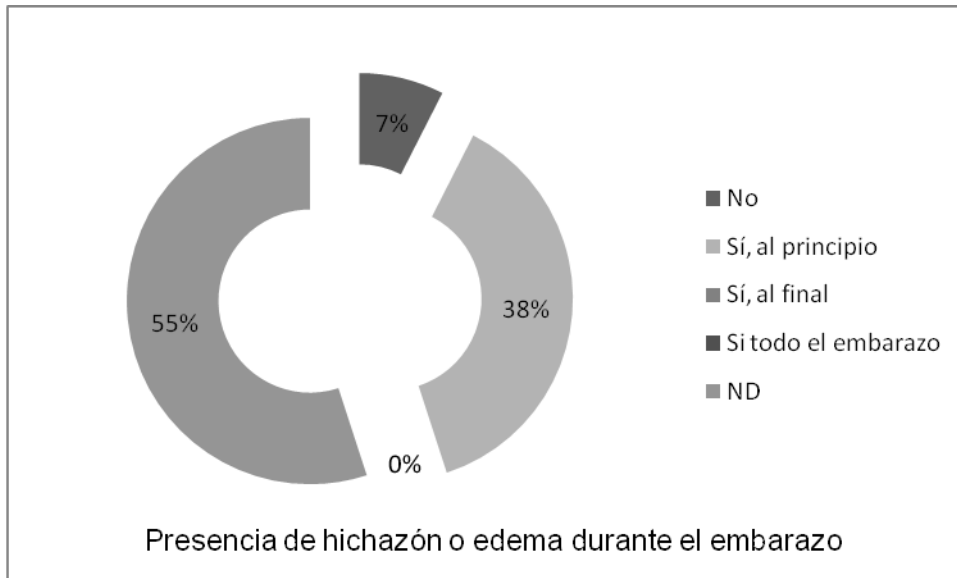


Figura 20. Presencia de hinchazón o edema durante el embarazo

En la figura 21, se encontró que el 37% no tuvo ningún tipo de accidente durante el embarazo, el 8% restante indicó haber presentado algún tipo de accidente durante el embarazo.

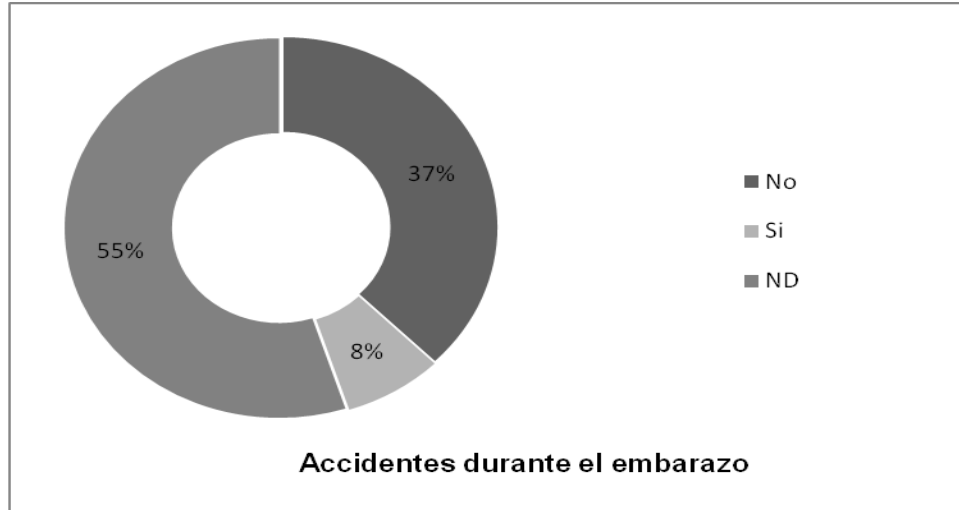


Figura 21. Accidentes durante el embarazo.

A continuación se presentan los factores de riesgo intraparto que también hacen parte de los factores de riesgo perinatales.

Se aprecia en la tabla 5, que el 22,5% de las madres reportaron haber tenido el parto a través de cesárea, otro 22,5% reportó que el parto tardó algunas horas, el 20% de las madres reportaron que durante el trabajo de parto tuvieron contracciones frecuentes, el 15% manifestó que su parto fue inducido, el 2,5% reportó no haber roto fuente. Y finalmente 32,5% de las historias clínicas revisadas no incluyeron este dato.

Tabla 5. *Eventos durante el parto.*

Eventos durante el parto							NES	ND
Parto por cesárea	Indujeron el parto	Para calmar dolor	Contracciones Frecuentes	Parto tardó algunas horas	Parto tardó más de 12 horas	No rompió fuente	0	13
9	6	0	8	9	0	1	0	13
22.5%	15%	0%	20%	22.5%	0%	2.5%	0%	32.5%

De acuerdo con la figura 22, el 77,5% de los niños venían en posición de cabeza, el 7,5% de las madres reportó que el parto fue realizado por cesárea, aunque se desconoce la causa, el 5% de las madres reportó que su bebé venía atravesado, el 10% de las historias clínicas no suministraron esta información.

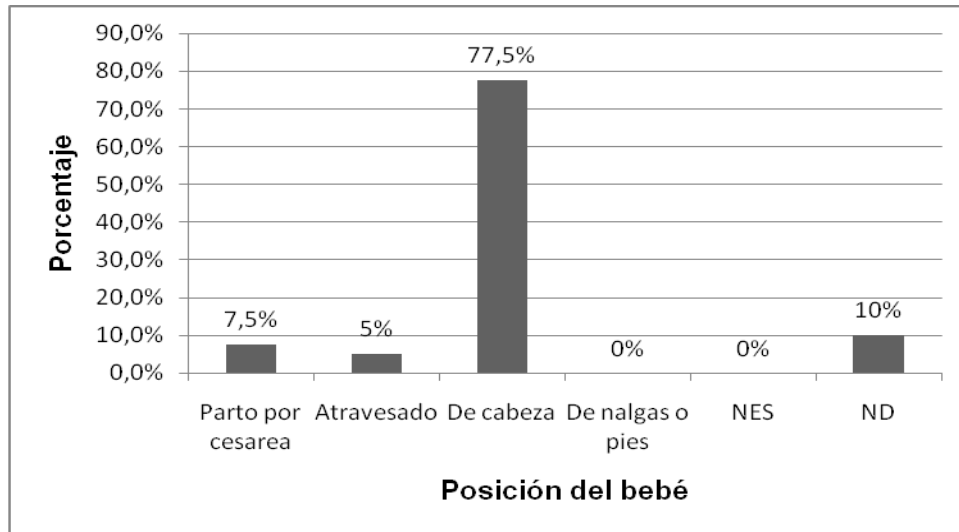


Figura 22. Posición del bebé durante el parto.

Con respecto a si el parto fue inducido o no, en la figura número 23, se puede notar que el 82% reportó que el parto no fue inducido, para el 8% de las madres el parto fue inducido posterior a la semana 41, el 5% de las madres reportó que el parto se presentó antes de la semana 41, el 2% de las madres reportó que el parto fue inducido entre la 37 y 41 semanas y en el 3% de las historias clínicas no fue posible obtener esta información.

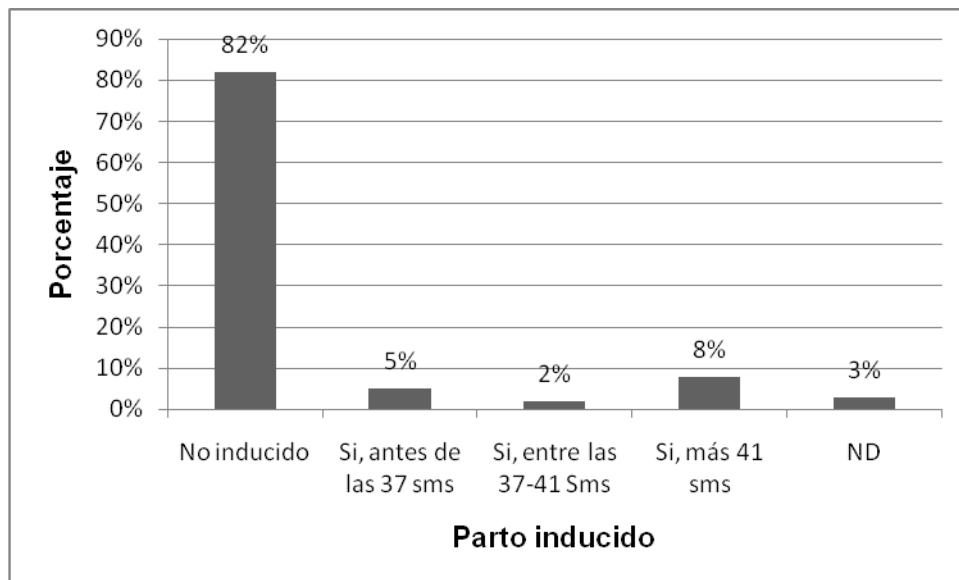


Figura 23. Parto inducido.

El 67,5% de los niños no requirieron fórceps para su nacimiento, el 12,5% requirió el uso de ventosa, el 10% de las madres reportó tener parto por cesárea, el 22,5% de las historias revisadas no poseía esta información (véase figura 24).

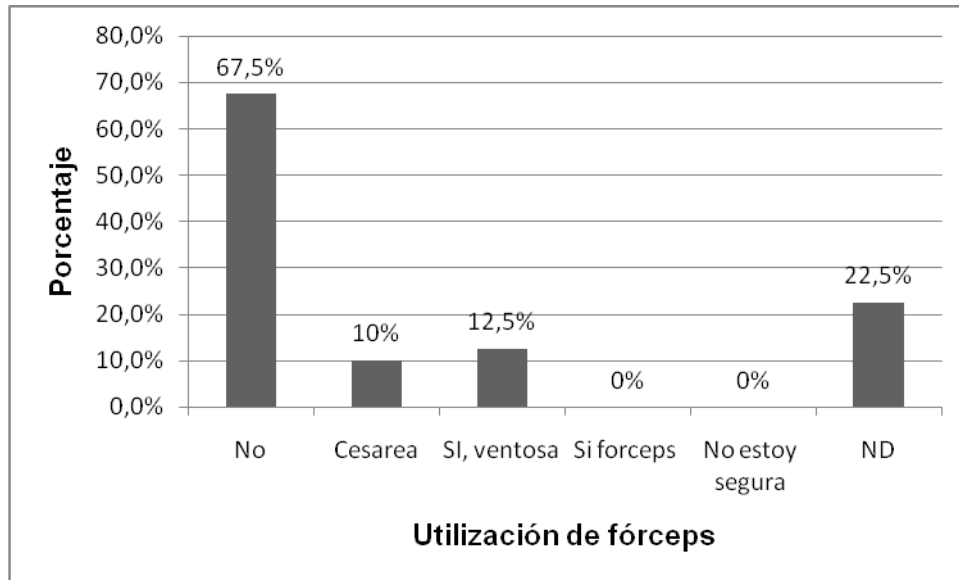


Figura 24. Uso de fórceps durante el alumbramiento .

En el 12,5% de las historias clínicas revisadas las madres indicaron que les fue aplicada anestesia epidural, el 10% reportó que no les fue aplicada ningún tipo de anestesia (ver figura 25).

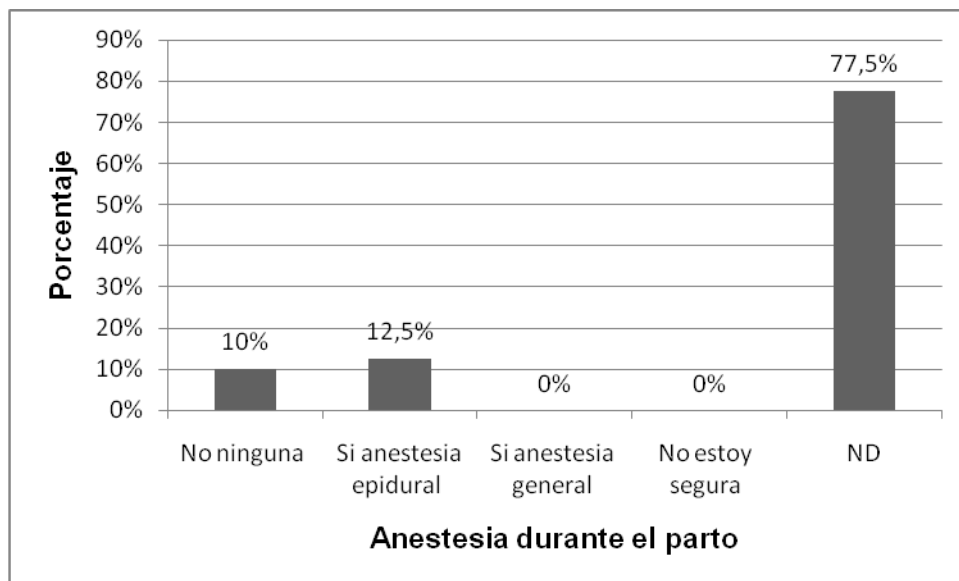


Figura 25. Anestesia durante el parto.

La figura 26 muestra que en el 95% de las historias clínicas evaluadas, el parto no fue de tipo múltiple, mientras que del otro 5% restante no se logró obtener este dato.

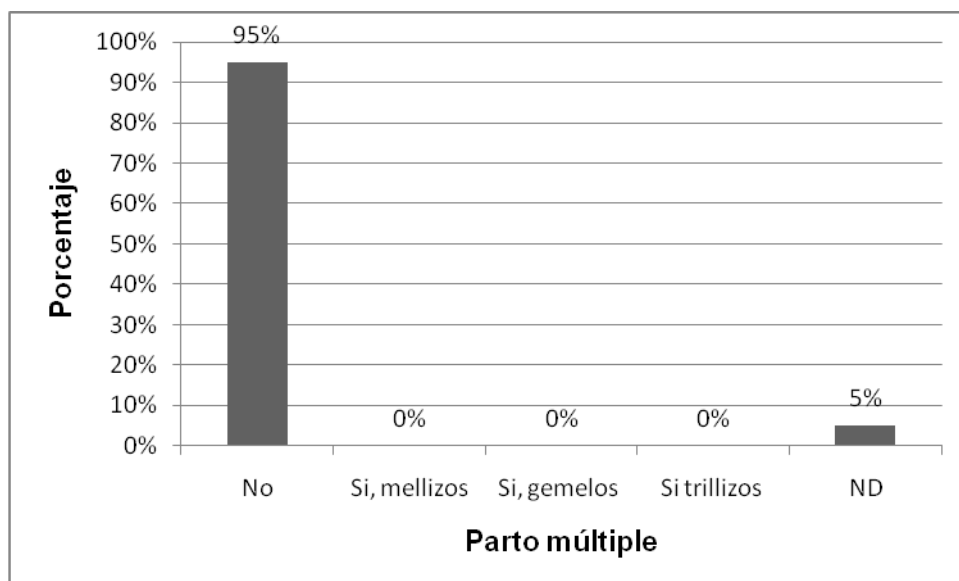


Figura 26. Parto múltiple.

A continuación se presentan los factores de riesgo postnatales.

La tabla 6 indica que el 80%, pesó entre 2501 y 3500 gramos, el 15% de los bebés pesaron al nacer 1500 gramos, el 7,5% de los niños pesaron entre 3501 y 4000 gramos al nacer, el 2,5 % de las historias revisadas tenían por peso entre 1500 y 2500 gramos, y el 7,5% de las historias clínicas no poseía este dato.

Tabla 6. *Peso del bebé al nacer.*

1500 GR	Peso del bebé al nacer					ND
	Entre 1500-2500	Entre 2501-3500	Entre 3501-4000	Más de 4000		
6	1	32	3	1	3	
15%	2,5%	80%	7,5%	2,5%	7,5%	

De acuerdo con la figura 27, el 85% de los nacimientos tuvieron un periodo de 9 meses de gestación, el 7,5% de los bebés tuvieron un periodo superior a los 9 meses, y el otro 7,5% restante de los nacimientos tuvieron una prematuridad entre 7 y 8 meses.

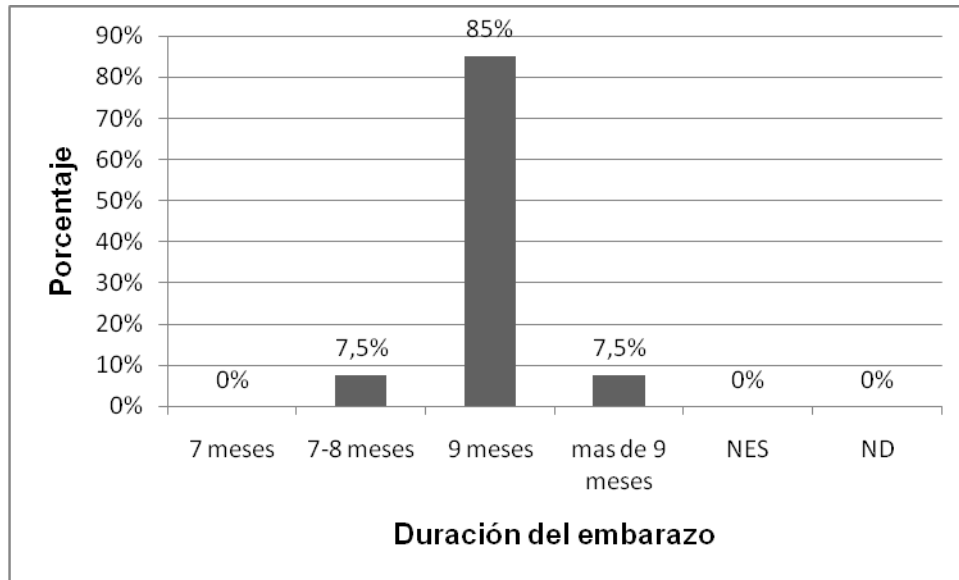


Figura 27. Duración del embarazo.

El 50% de los niños nacidos estuvieron en la incubadora, el 30% de los niños no requirió ningún tipo de cuidado especial después del nacimiento. El 5% de las madres reportó que su hijo recibió cuidados de urgencias (véase figura 28).

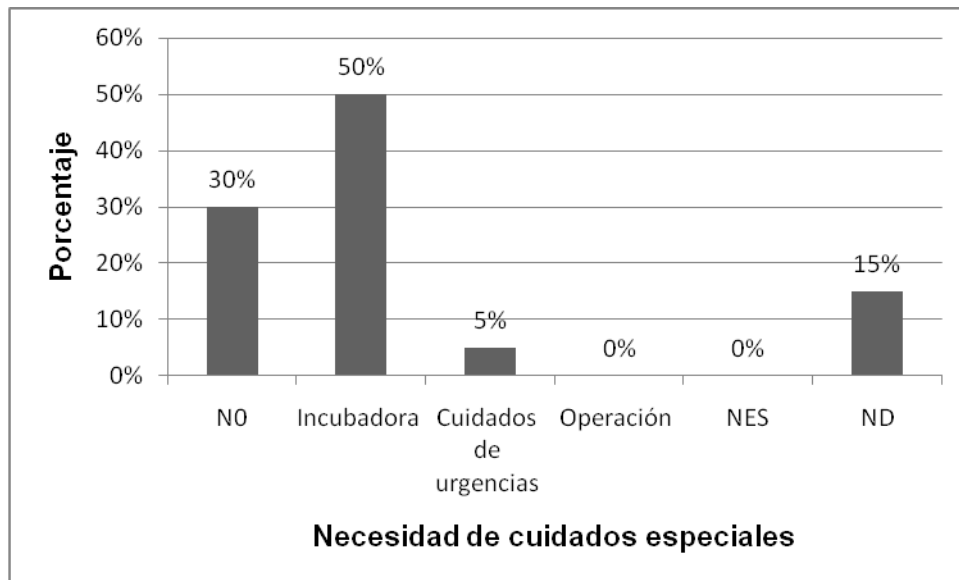


Figura 28. Necesidad de cuidados especiales.

DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo identificar los factores de riesgo pre, peri y postnatales presentes en una muestra de 40 personas diagnosticadas con retardo mental de diferentes instituciones de Bogotá; los resultados encontrados permitieron identificar la presencia de algunos de ellos descritos a continuación.

Se iniciará con un análisis de los factores sociodemográficos, luego se procederá a analizar los factores de riesgo pre, peri y postnatales.

De acuerdo con lo encontrado en la distribución de la muestra, la cual estuvo compuesta por 40 diagnósticos de RM, se evidenció una mayor prevalencia en el género masculino presentada en el 90% de la muestra frente a un 10% en mujeres, la diferencia encontrada en esta investigación fue mucho mayor que la descrita en los trabajos de Escalera, et al., (2002) quienes encontraron una prevalencia en hombres del 60% frente a un 40% en mujeres. Lo anterior según Rosselli, et al., (2010) puede explicarse porque hay mayor prevalencia de anomalías congénitas en los varones y por la presencia en ellos de limitaciones intelectuales asociadas al síndrome del X frágil.

Con respecto al nivel educativo de los padres, se encontró que el 75% de las madres y el 10% de los padres, tienen nivel primario de estudios. Según Harmony (2004), el tener padres con un nivel muy bajo de educación formal, deja a la persona con RM en desventaja psicosocial. Lo anterior sumado al hecho de que tan solo el 30% de las madres y el 10% de los padres se dedican al hogar, denota que el 60% de los niños están bajo el cuidado de otras personas, es decir cuidadores. Aunque esta investigación no permitió obtener datos acerca de los cuidadores, Mora, Córdoba, Bedoya y Verdugo (2007), encontraron en una investigación realizada con personas adultas con RM que el cuidador principal, tenía en promedio 60 años de edad, con variación entre 18 y 86 años; generalmente era una familiar directa de la persona con RM (madre o hermana), y únicamente en el 3% de la muestra una amiga o una cuidadora contratada. Al examinar las características de la cuidadora, hallaron que en general se trataba de una persona que en el 55.7% de los casos no

contaba con una pareja que sirviese de apoyo emocional y económico, sumado al hecho de que 46.8% de ellas reportó un nivel educativo de básica primaria y un 75.3% no desempeñaba una actividad laboral. Sólo en el 3.2% de los casos el cuidador era el padre, cuestión que se explica por su responsabilidad en la provisión del sustento económico familiar y, por lo tanto, su escasa participación en el cuidado de los hijos.

El 75% de la muestra no presentó embarazos previos, mientras que el 25%, si había tenido uno o más embarazos anteriores al niño con retardo mental. Para el caso de esta investigación no se logró obtener suficiente información con respecto a problemas en gestaciones anteriores, como lo es un aborto o un hijo anterior con retraso, ya que éste podría explicar lo encontrado por Santos, Guimarães, Medina, Pinto & Mota, (1997), en donde un resultado desfavorable en la anterior gestación, ha de considerarse como un marcador de riesgo, ya que probablemente presentan características adversas para la evolución normal de su gestación, que se pueden perpetuar en embarazos posteriores.

En cuanto a la asistencia médica el 87,5% de las madres, iniciaron sus consultas o la atención médica en el primer mes de gestación, el 12,5%, lo realizó entre el segundo y tercer mes de embarazo, esto puede considerarse como un factor protector que contribuye a la prevención, la cual es descrita por Abrisqueta (1993,1998), como la adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, mentales o sensoriales, y para el caso de esta investigación en particular, esa acción preventiva contribuye a reducir los efectos negativos que ya se han presentado y/o a reducir al mínimo el impacto del defecto en el paciente por medio de la rehabilitación de la discapacidad.

Un alto porcentaje de las madres (85%) presentó enfermedades durante el embarazo tales como: infecciones urinarias y vaginales, diabetes, desnutrición, hipertensión, entre otras; estas se enmarcan en lo que Sarason y Sarason, (2006) describieron como condiciones médicas crónicas de la madre que también se pueden convertir en un factor de riesgo para presentar retraso.

El 38% de las madres de esta investigación reportaron a través de las historias clínicas haber presentado edema durante el embarazo. Gómez (2000),

en una investigación realizada sobre trastornos hipertensivos durante el embarazo, encontró que la preeclampsia con edema afectó aproximadamente al 85% de las mujeres, siendo en estos casos de aparición súbita, asociada con una rápida ganancia de peso; también halló que la preeclampsia sin edema (también llamada preeclampsia seca), estuvo presente en el 15% restante, y que ésta sí se encontraba asociada con una alta mortalidad materna y fetal, lo que condujo al autor a considerar que el edema no define un grupo de riesgo; por lo cual no debe ser usado como un signo para definir las alteraciones hipertensivas de la gestación, el autor también menciona que las causas de los trastornos hipertensivos son multifactoriales y de origen desconocido, aspecto que para esta investigación dificultó aún más la obtención de sustento teórico que demostrara la relación entre la presencia de edema durante el periodo gestacional y su relación con el RM.

En cuanto al uso de medicamentos se encontró que el 7,5% reportó haber tomado algún tipo de ellos durante el embarazo, aunque estos no incluían tranquilizantes, ni diuréticos o antihipertensivos. El resultado anterior es coherente con los planteamientos de Sarason y Sarason, (2006) y Carrascosa, et al., (2010) quienes registran que no se ha logrado establecer las consecuencias de la absorción de ciertos alimentos o medicamentos, que aunque sean suaves pueden atravesar la placenta hacia el feto causando graves consecuencias para el gestado. Cabe anotar que los medicamentos en sí, mejoran la enfermedad, y sí el riesgo producido por éstos en el gestado es menor que el riesgo causado por la enfermedad, vale la pena utilizarlos.

En cuanto a las sensaciones de estrés, nerviosismo o ansiedad durante el embarazo y su relación con la presencia de RM, no se han encontrado estudios suficientes que expliquen esta relación; las investigaciones explican este hecho en el periodo postnatal y están basados en el estrés de la madre y del padre ocasionado por los cuidados que hay que tener con los hijos con RM, lo que invitaría a realizar posteriores investigaciones que contemplen este aspecto. Por otra parte, la investigación efectuada por Lou, Hansen, Nordentoft, Pryds, Jensen, Nim y Hemmingsen (1994), quienes encontraron que las madres de

hijos autistas como asperger, experimentaron sensaciones de estrés y de tristeza, aunque solo al comienzo del embarazo; planteamiento que no ha sido sustentado teóricamente por otros estudios. Lo anterior denota que en los trastornos del desarrollo tampoco se ha estudiado a fondo este fenómeno.

En esta investigación se encontró que un 12% de las madres reportó haber experimentado sensaciones de tristeza y soledad durante el embarazo, entre una y dos veces al mes, mientras que un 2,5% lo experimentó una y dos veces a la semana; estos resultados están basados en las sensaciones de las madres y no pretenden indicar la existencia de depresión o no. Estudios encontrados y que hacen referencia a estos hallazgos, se han orientado principalmente en investigar los riesgos de presentar depresión en pacientes de alto riesgo obstétrico (ARO), como en el caso de la investigación realizada por Espíndola, Morales, Mota y Díaz, citados por Gómez (2007), quienes decidieron aplicar la escala de Depresión Perinatal de Edinburg, en el Instituto Nacional de Perinatología, (2003), en pacientes obstétricas y encontraron, que el 17.8% de las mujeres con riesgo de padecer patología severa que estaban entre la semana 13 y 40 de gestación, presentaron depresión probable. Otra investigación orientada a evaluar depresión en mujeres con ARO fue la realizada por Pimentel (2007), en La Paz Bolivia, con 86 mujeres internadas con ARO, en las cuales se hallaron reportes de ansiedad del 68%, depresión del 64% y disfunción familiar del 70%, reafirmando que efectivamente existe relación entre Alto Riesgo Obstétrico y la presencia de ansiedad y depresión.

Para el caso de esta investigación, el 27,5% de las madres no planeó el embarazo, mientras que el 7,5% tuvo un embarazo que no fue ni planeado, ni deseado, por lo tanto se vivió como desagradable. Según Tarjan (1967) y Grossman (1973), citado por Castanedo (1983), los niños no planeados o no deseados tienen un alto riesgo de caer en la deficiencia mental psicosocial, por lo tanto sugieren la disminución de tales nacimientos por medio de factores preventivos, como son la capacitación entre otros, que tendría un impacto considerable, que incidiría sobre la eficiencia del individuo entendida como la

capacidad para hacer frente a los niveles de independencia personal y responsabilidad social, que se espera para su edad y su grupo cultural.

Con respecto a sí el parto fue inducido o no, el 8% de las madres, en esta investigación, reportó que el parto fue inducido posterior a la semana 41 de embarazo; Con respecto a este resultado, Crowley (1998) encontró en su investigación que la inducción rutinaria al parto luego de las 41 semanas, no se asocia con ninguna desventaja mayor, reduce el riesgo de muerte perinatal y puede adicionalmente, con métodos apropiados para inducción, reducir levemente la alta tendencia a operación por cesárea.

En el 12,5% de las historias clínicas revisadas en esta investigación, las madres indicaron que les fue aplicada anestesia epidural. Torres, Reyna, Peña, Mejía, & Reyna (2008) realizaron un estudio con 105 embarazadas que tuvo como objetivo conocer los efectos de la anestesia general, subaracnoidea y epidural sobre los neonatos obtenidos por cesárea en relación con el Apgar y valores de gases en la sangre arterial umbilical; para ello clasificaron cada una de las madres de acuerdo con el tipo de anestesia que le fue aplicada y encontraron que la anestesia epidural y subaracnoidea no producen cambios significativos en el Apgar y los valores de gases en la sangre arterial umbilical comparada con la anestesia general. Paralelamente Protocolos Segos, (2008) publicó un artículo acerca de la agenesia en el parto, indicando que entre las contraindicaciones de la anestesia epidural sobre el feto, se encuentran alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal hasta un 8% de deceleraciones transitorias de la frecuencia cardíaca fetal y con una mayor frecuencia de aparición de deceleraciones tardías o variables.

En cuanto a los factores de riesgo postnatales se encontró que el 17,5% de los bebés presentó bajo peso al nacer, es decir que su peso estuvo por debajo de los 2500 gramos, y el 7,5% de los nacimientos tuvieron una prematuridad entre 7 y 8 meses, aunque estos resultados no son tan elevados, si existe relación entre lo dicho por Pound, (1987) citado por Sue, et al, (2010) y Sarason y Sarason, (2006), quienes consideran que un bajo peso al nacer y la prematuridad son factores de riesgo, aunque solo se cumpla en el 20% de

todos los nacimientos. Según Rey (1986), Citado por Ortiz (2001), en el Hospital Universitario del Valle en Cali, Colombia, centro de referencia para embarazadas de alto riesgo en la ciudad de Cali y de la región suroccidental colombiana, la prevalencia de bajo peso al nacer es de 19,5% y se encuentra asociada con 70% de las muertes perinatales. Otra investigación realizada por Bustelo, Zayas, Valle, & Rodríguez, (2006) analizó algunas de las características correspondientes a crecimiento intrauterino retardado (CIUR) en un hospital ginecoobstétrico de Ciudad de la Habana, durante el 1ro. de enero de 2003 y el 31 de diciembre de 2004; el universo estudiado estuvo constituido por 8154 casos de los cuales 172 casos que equivale al 2,1%, de recién nacidos y tanto vivos o muertos tuvieron como diagnóstico crecimiento intrauterino retardado. Entre los factores más asociados a este factor se encontró la ganancia de peso materno durante la gestación y el puntaje de Apgar a los 5 minutos; los recién nacidos con puntaje entre 0 y 2 representaron el 14% (24 casos) y coincidió la mayor frecuencia, con el grupo materno con ganancia de peso insuficiente. La relación del hábito de fumar y el puntaje de Apgar, encontraron un predominio de puntaje menor de 7 en las madres fumadoras y la prueba estadística resultó significativa, estableciéndose la relación entre ambas variables; Es entonces como los autores concluyeron que la ganancia de peso global inadecuada de la madre y el hábito de fumar influyen desfavorablemente en el porcentaje del Apgar del recién nacido, observándose un predominio de puntaje menor de 7 en las madres fumadoras. Lastimosamente para el caso de esta investigación no se obtuvieron suficientes datos dentro de las historias clínicas con respecto a los riesgos por consumo de cigarrillos durante el embarazo.

Es importante tener en cuenta que la aplicación del instrumento se realizó en retrospectiva y durante su análisis no logró arrojar datos o arrojó datos insuficientes, lo cual se explica en razón a que estos no se encontraban consignados dentro de las historias clínicas al momento de su diligenciamiento y que fueron elaboradas previamente, por consiguiente, en futuras aplicaciones del Instrumento y en investigaciones posteriores, y para evitar la insuficiencia

de datos, (como en el caso de los factores: peso antes del embarazo, altura de la madre, intervenciones quirúrgicas previas al embarazo del niño con RM, peso ganado durante el embarazo, puntuaciones del Apgar, así como los antecedentes de hijos anteriores con problemas, y las enfermedades y/o accidentes durante el embarazo, de los cuales no se logró conocer a fondo cuáles fueron.), se recomienda que, el Cuestionario Materno de Riesgo Perinatal, sea implementado y diligenciado directamente con la madre en el momento de realizar la historia clínica, ya que su utilidad radica en que podría arrojar información útil para el desarrollo de investigaciones posteriores y también sobre la marcha contribuir a la identificación de factores de riesgo que se pueden ir controlando a medida que el embarazo evoluciona.

Para posteriores aplicaciones del instrumento, en donde se busque estudiar trastornos específicos del desarrollo, como lo es el Retardo Mental, se recomienda tener en cuenta que éste no discrimina aspectos relacionados con esta entidad. Por otra parte, sería importante incluir mayor información referente a los factores de riesgo postnatales, ya que estos en el instrumento estuvieron limitados al periodo neonatal, es decir, a contemplar los eventos ocurridos durante los primeros años de vida o en la fase escolar, como lo son la presencia de antecedentes de accidente o golpe, la aparición de meningitis o encefalitis, hipotiroidismo, malnutrición, estimulación y maltrato, este último dado a que la población con discapacidad, como es el Retardo Mental que constituye un colectivo especialmente vulnerable al maltrato; lo cual permitirá a los Sistemas de Salud diseñar los programas preventivos en los servicios sociales y educativos orientados a impartir educación individual y orientación a padres, maestros y cuidadores sobre los cuidados, maltrato de padres a hijo, maltrato institucional y la trascendencia de la salud integral de esta población en Riesgo.

De acuerdo con la complejidad y multifactoriedad de la condición del RM, es favorable que en próximos estudios se amplíe la muestra objeto de estudio, lo que permitiría obtener un mayor nivel de generalización y conceptualización; De igual manera es significativo e imprescindible tener acceso a la historia clínica

médica y no solo a la historia psicológica, o mejor aún, el diseño e implementación de una historia integral, que recopile y articule los aportes de las diferentes disciplinas, (medicina, psicología, neuropsicología, fisioterapia, fonoaudiología, terapia ocupacional, nutrición y genética, entre otras), lo cual accedería obtener un mayor alcance y comprensión dentro de la investigación; el tener una historia clínica integral facilitaría especialmente el abordaje interdisciplinario para conocer factores de riesgo que sumados a otros factores, contribuyan para determinar diagnósticos tempranos y oportunos de diversa índole, que permitan significativos aportes a la sociedad y la comunidad científica.

Finalmente, para el abordaje del Retardo Mental y de la población en riesgo, es necesario continuar evolucionando en un cambio de paradigma que contemple una definición más funcional y un concepto más inclusivo, que facilite la protección como ciudadanos, esto se logra a través la formación de profesionales íntegros que aporten el conocimiento interdisciplinario necesario para la construcción de nuevos instrumentos de investigación que identifique necesidades en la población y proporcione las bases para un conocimiento profundo que permita a los entes gubernamentales, asignar los recursos necesarios que pueden ir desde el diseño de programas que contribuyan a mejorar el entorno, hasta el fortalecimiento de la legislación y las políticas actuales, todo ello guiado a mejorar el entorno, la interacción, la potenciación de las capacidades teniendo en cuenta los apoyos necesarios en cada una de las áreas de desarrollo personal para la construcción de una sociedad garante de sus derechos.

REFERENCIAS

- Akiko, Y., y Tomoko, K., Takeshi, M., Keiko, E. & Yoshiteru Y., (2002) An Epidemiological Study on the Cause of Mental Retardation in Yokohama City; *Journal of Disability, Medicine and Education Department of Psychiatry, School of Medicine*. Yokohama City University. Vol. 5 (1-10)
- Abrisqueta, J., (1998) Prevención de la deficiencia mental y consejo genético. En Gafo, J. & Amor J., (Ed.) *Deficiencia mental y comienzo de la vida humana*. Madrid. Universidad Pontificia Comillas.
- American Psychiatric Association, (2001) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV TR*. Barcelona. Masson.
- Arce, S. & García, B., (1997) *Retraso mental*. Guatemala. Piedra santa.
- Artigas J, Gaban, E. & Guitart, M., (2006) *Fenotipos conductuales en el retraso mental*. *Rev. Neurol*; 42 Supl (1) pp: S15-S19.
- Asociación Americana sobre Retraso Mental (2004) *Retraso Mental: Definición, clasificación y Sistemas de apoyo*. Madrid; Alianza Editorial.
- Benedet, M., (1986) *Evaluación neuropsicológica*. España. Desclee de Brouwer.
- Bueno, M., (1990) *Deficiencia Mental, aspectos biomédicos, Volumen II*; Barcelona. Expaxs.
- Bustelo, G., Zayas, M., Valle, G., & Rodríguez, A (2006) Resultados perinatales del crecimiento intrauterino retardado. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. Hospital Ginecoobstétrico Docente "América Arias" Ciudad de la Habana. 32(1).
- Cabal de Vallejo B (1998) *Orientación para la atención integral de las personas con retardo mental*. Bogotá. Bienestar Familiar, Ministerio de Salud.
- Calderón, R., (1990) *El niño con disfunción cerebral*. México. Noriega Limusa.
- Carrascosa, A., Martínez L., y Soriano L., (2010) Deficiencia mental. En; Garrote, D., y Palomares, A., (Coord) *la respuesta educativa a la diversidad, aquí y ahora, el trabajo colaborativo (estudio de casos)*. Castilla. Ediciones de la universidad de castilla-la mancha (106-135)
- Carretero, M., (1997) *Introducción a la psicología cognitiva*. Buenos Aires. Aique.

- Castanedo, S., (1983) Algunas consideraciones teóricas asociadas con la deficiencia mental. *Rev. Cost. Cienc. Méd.* 1983; 4 (1):27-40)
- Crowley, P., (1998) Inducción electiva al parto a las 41 o más semanas de gestación. *Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá.* 17 (4).
- Cuadros, H., (2002) Parental perceptions of mental retardation as a disability; a case study of Cali-Colombia; *Doctoral dissertation Columbia University Teachers College.* New York.
- De Ajuriaguerra, J., (1979) *Manual de psiquiatría infantil.* Barcelona. Toray-Manson.
- De Las Heras, J., (1993) Etiopatogenia del retraso mental: *Revista Complutense de Educación,* Vol. 4 (2)— 53-65. Madrid. Universidad Complutense.
- Díaz, D., (2003) *Niños con síndrome de Down: Instrumento de detección y tratamiento de problemas del desarrollo psicológico.* México D.F. Trillas.
- Díaz, R. & Osorio C (2002) Lesión traumática en el cerebro. En Díaz, R. & Cornejo, W., (coord.) *Neurología infantil.* Medellín. Universidad de Antioquia.
- Escalera, L., Mesa, C. & Páez, M., (2002) *Caracterización del retardo mental en una institución de educación especial en Bogotá;* Tesis de grado Universidad Católica De Colombia. Bogotá.
- Fejerman, N., (2007) Retardo mental. En Fejerman, N. & Fernandez E., (Coord), *Neurología pediátrica.* Buenos Aires. Médica Panamericana.
- García, J., Pérez., J. & Berruezo, P., (2002) Discapacidad intelectual. Desarrollo, comunicación e intervención; Madrid. CEPE.
- García, M., (1986) *Algunas consideraciones sobre los términos retraso mental y oligofrenia.* Revista Cubana psicología 1986 vol.3, n.3, (43-53) Disponible en;<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0257-43221986000300003&lng=pt&nrm=iso>. Consultada el 8 de noviembre de 2010.
- Gómez, E., (2000) Trastornos hipertensivos durante el embarazo. *Rev Cubana Obstet Ginecol* (on line) 26, (2) 99-114. Disponible en:

- <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2000000200006&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0138-600X. Consultado el 2 de junio de 2011.
- Gómez, M., (2007) Guía de intervención psicológica para pacientes de alto riesgo. *Perinatal Reprod. Hum.* 21(2) 111-121.
- Harmony, T., (2004). Factores que inciden en el desarrollo del sistema nervioso del niño. En M. Corsi (Comp.) *Aproximaciones de las neurociencias a la conducta*. México. Manual Moderno.
- Hernández, R., Fernández, C & Batista, P., (2006) *Metodología de la investigación*. México. Editorial McGraw-Hill.
- Hormigo, A., (2006) *Retraso Mental en Niños y adolescentes; aspectos Biológicos, subjetivos, cognitivos y educativos*. Buenos aires. Ediciones Novedades educativas.
- Kroelinger, C. & Oths, K., (2000) Partner support and pregnancy wantedness. *Birth*, 27, 112 – 119
- Lewis (1987) *Desarrollo y déficit; ceguera, sordera, déficit motor, síndrome de Down, autismo*. Barcelona; Ediciones Paidós. Ibérica S.A.
- Lopera, F., (1992). Secuelas de lesión cerebral durante la primera infancia. En M. Rosselli y A. Ardila. *Neuropsicología infantil*. Avances en investigación, teoría y práctica. Medellín. Prensa Creativa.
- López, S., (2003) Cuestionario Materno de Riesgo Perinatal. CMRP.
- López, S., Rivas Torres, R.M., y Taboada Ares E.M., (2008). *Los riesgos maternos pre- peri y neonatales en una muestra de madres de hijos con trastorno generalizado del desarrollo*. *Psicothema*, 20(4), 684-690.
- Lou, H.C., Hansen, D., Nordentoft, M., Pryds, O., Jensen, F., Nim, J., & Hemmingsen, R., (1994). Prenatal stressors of human life affect fetal brain development. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 36, 826-832.
- Mannoni, M., (1971) *El niño retrasado y su madre: estudio psicoanalítico*. Madrid. Ediciones Fax.
- Mora, A., Cordoba L., Bedoya, A. & Verdugo, M., (2007) Characteristics of quality of life in families with an adult with intellectual disability / mental

- retardation in Cali, Colombia. *Diversitas*, Jan./June 2007, vol.3, no.1, p.37-54. ISSN 1794-9998. Consultado el 10 de diciembre de 2010.
- O.M.S., (1992) CIE-10. *Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud. Ginebra.
- Ortiz (2001) Estrategias para la prevención del bajo peso al nacer en una población de alto riesgo, según la medicina basada en la evidencia. *Colomb. Med*; 32: 159-162.
- Papalia, D., Wendkos, S., y Duskin, R, (2003) *Psicología del desarrollo*. Bogotá. Editorial McGraw-Hill.
- Pascual J, & Koenigsberger M., (2003) Parálisis cerebral: factores de riesgo prenatales. *Rev. Neurol*; 37(3).275-80.
- Pimentel, B., (2007) Ansiedad, depresión y funcionalidad familiar en embarazo de alto riesgo obstétrico en el hospital materno infantil de la C.N.S. La Paz-Bolivia. *Rev paceña Med. Fam.*; 4 (5) 15-19.
- Polaino, A., (1993) El “doble diagnóstico” en el retraso mental: una evaluación crítica; *Revista Complutense de Educación*, Madrid; Vol. 4 (2)—97-112.
- Protocolos Segó (2008) Analgesia del parto. *Prog Obstet Ginecol*; 51(6):374-83
- Reboiras, J., (2002) la inteligencia en el retraso mental. En J., Tallis, J., Reboiras., M., Blanco, MCattaneo., G Innocenti, J. Marrón, D., Camels., J Casarella., P., Bottini, M., Papalia, C., Saavedra, M., Staszaurer, A., Bogarin y A., Leonard. Trastornos del desarrollo infantil; *Algunas reflexiones interdisciplinarias*. Buenos Aires. Miño y Dávila.
- Rodríguez, J., Delgado, J., Bellón, A., (2006) Retraso mental de origen genético. *Rev., Neurol*. 43 (sup 1); S181-S186
- Rodríguez, J., y Buceta, M., (1995). La Deficiencia Mental. Aspectos Psicológicos y Psicopatológicos de las estructuras deficitarias. En Rodríguez, J., (coord.), *Psicopatología del niño y adolescente.*, (p. 855-907). Sevilla. Servicio de publicaciones de la Universidad de Sevilla.

- Romero, A. & Vásquez (2007) Tratamiento de las complicaciones del retardo mental. En Chaskel, R., Franco, A., Hernández, E., Jones, E., Muñoz, R., Piñeros, S., Puerta, G., Ramirez, L. & Vásquez, R., *Temas de psicología evolutiva y psiquiatría infantil; desde el modelo biopsicosocial*. Colección de educación médica No.46. Bogotá. Kimpres Ltda.
- Rosselli, E., Matute, E. y Ardilla, A., (2010) *Neuropsicología del desarrollo infantil*; México. Manual moderno
- Sánchez, J, Eirís, J., J., Otero, Pavón, P, Castro, M (2002) Influencia de los factores sociofamiliares sobre el estado nutricional en los niños con retraso mental, *Rev. Neurol.*, Vol. 34; 11, (1001-1009)
- Santos, J., Guimarães, R., Medina, M., Pinto, L. & Mota, E., (1997) Análisis multifactorial de los factores de riesgo de bajo peso al nacer en Salvador, Bahia. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 2(1), 1997
- Sarason, I. y Sarason B., (2006) *Psicología anormal; El problema de la conducta inadaptada*. México. Pearson educación.
- Sheps, M., Siegel, E., Suchindran, C., Origasa, H., Ware, A. & Barakat, A., (1991) Characteristics of maternal employment during pregnancy: effects on low birthweight. *American journal of Public Health*. Aug; 81(8):1007-1012.
- Sue, D., Wing, D. y Sue S., (2010) *Psicopatología compendio la conducta anormal*. México. Cengage learning
- Tallis, J. y Soprano, A., (1999) *Neuropediatría, neuropsicología y aprendizaje*. Buenos aires. Ediciones nueva visión.
- Tapia, J., (1999) Evaluación de la inteligencia desde el enfoque Binet-Terman-Wechsler. En Fernández, R., *Introducción a la evaluación neuropsicológica*. Madrid. Ediciones Pirámide.
- Torres, D., Reyna, E., Peña, E., Mejia, J., & Reyna N., (2008) Efectos de la anestesia general, subaracnoidea y peridural sobre el neonato. *Rev Obstet Ginecol Venez*, 68, (1).12-17. ISSN 0048-7732. Consultada el 28 de mayo.
- Verdugo, M. & Jenaro, C., (2001) Características clínicas del retraso mental. En Caballo, V., & Simón, M. *Manual de psicología clínica, infantil y del adolescente*. Madrid. Ediciones Pirámide.

Verdugo, M., (2003) análisis de la definición de discapacidad intelectual de la asociación americana sobre retraso mental de 2002; Siglo Cero: *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*; Vol. 34 (1), N. 205.pp (5-19)

Vigotski, L., (1989) *Fundamentos de defectología. En obras completas; Tomo cinco*. La Habana. Pueblo y educación.

Ward, A., (1990). A comparison and analysis of the presence of family problems during pregnancy of mothers of autistics children and mothers of normal children. *Child Psychiatry and Human Development*, 20, 279 – 288.

APENDICE 1

**CUESTIONARIO MATERNO DE RIESGO PERINATAL -CMRP-
(S. López Gómez, 2003)**

HIJO/A	Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino
Fecha nacimiento:		Lugar que ocupa entre los hermanos:	
Cuál de estos trastornos tiene su hijo/a:			
<input type="checkbox"/> Trastorno autista <input type="checkbox"/> Trastorno de Rett <input type="checkbox"/> Trastorno desintegrativo infantil <input type="checkbox"/> Trastorno de Asperger <input type="checkbox"/> Trastorno generalizado del desarrollo no especificado <input type="checkbox"/> Ninguno de ellos			

MADRE	Profesión:		
Estudios			Edad actual:
<input type="checkbox"/> Sin estudios <input type="checkbox"/> Primarios <input type="checkbox"/> Secundarios <input type="checkbox"/> Universitarios			

PADRE	Profesión:		
Estudios			Edad actual:
<input type="checkbox"/> Sin estudios <input type="checkbox"/> Primarios <input type="checkbox"/> Secundarios <input type="checkbox"/> Universitarios			

INSTRUCCIONES:

- Las preguntas únicamente deberán ser contestadas por las madres biológicas.
- En cada pregunta, elija la opción que mejor refleje las particularidades del embarazo o del parto del hijo/a que ha indicado arriba, poniendo una cruz (x) en la alternativa correspondiente.
- Recuerde: las preguntas no se refieren al momento actual, sino a la época de ese embarazo.
- Por favor, conteste a todas a las preguntas y cubra los datos iniciales.

Gracias por su colaboración.

1.- ¿Cuánto pesaba usted antes del embarazo?

- | | |
|---------------------|---------------------|
| 1. Menos de 40 kg | 4. Entre 61 y 70 kg |
| 2. Entre 40 y 50 kg | 5. Entre 71 y 80 kg |
| 3. Entre 51 y 60 kg | 6. Más de 80 kg |

2.- ¿Cuánto medía usted?

- | | |
|-----------------------|-----------------------|
| 1. Menos de 150 cm | 4. Entre 171 y 180 cm |
| 2. Entre 150 y 160 cm | 5. Más de 180 cm |
| 3. Entre 161 y 170 cm | |

3.- ¿Cuántos embarazos ha tenido anteriores a este hijo/a?

- | | |
|------------|-----------------|
| 1. Ninguno | 4. Tres |
| 2. Uno | 5. Cuatro o más |
| 3. Dos | |

4.- ¿Sufrió algún aborto espontáneo anterior al nacimiento de este hijo/a?

- | | |
|--------|---------------|
| 1. No | 3. Dos |
| 2. Uno | 4. Tres o más |

5.- ¿Sufrió algún aborto voluntario (interrupción voluntaria del embarazo) anterior al nacimiento de este hijo/a?

- | | |
|--------|---------------|
| 1. No | 3. Dos |
| 2. Uno | 4. Tres o más |

6.- ¿Tuvo algún hijo/a anterior con problemas, retrasos o alteraciones importantes?

1. No
2. Sí. Indique el tipo de problema o retraso: _____

7.- Señale, cuál/es de las siguientes situaciones experimentó en embarazos anteriores al nacimiento de este hijo/a (puede marcar varias respuestas)

1. Ninguna de ellas
2. Mortalidad del feto/bebé
3. Bajo peso del bebé (pesó menos de 2.500 grs)
4. Prematuridad (nació antes de las 37 semanas)
5. Sobrepeso del bebé (pesó más de 4.000 grs)
6. Cesáreas o mala presentación en el parto

8.- ¿Se sometió a alguna intervención quirúrgica, de las señaladas a continuación, antes o durante el embarazo de este hijo/a? (puede marcar varias respuestas)

1. No se realizó ninguna intervención quirúrgica, ni antes, ni durante este embarazo
2. Se realizó alguna intervención anterior a este embarazo

3. Se realizó alguna intervención durante este embarazo
4. Se realizó un tratamiento de fertilidad anterior a este embarazo
5. Se realizó una fecundación "in vitro" anterior a este embarazo
6. Se realizó una episiotomía en un embarazo anterior (pequeño corte en la entrada de la vagina para facilitar el parto)

9.- ¿Utilizó algún método anticonceptivo para evitar este embarazo? (puede marcar varias respuestas)

1. No, ninguno
2. Sí, tomé anticonceptivos hormonales (pastillas, inyección, parches, etc.)
3. Sí, tenía implantado un DIU (Dispositivo Intra-Uterino)
4. Sí, utilicé métodos de barrera (preservativo, diafragma, etc.)
5. Sí, utilicé otros métodos anticonceptivos. Señale cual/es: _____

10.- ¿Qué edad tenía cuando quedó embarazada de este hijo/a? _____

Indique cuál/es, de las siguientes enfermedades, tuvo antes de quedar embarazada de este hijo/a (puede marcar varias respuestas):

11.- Anemias frecuentes

12.- Infecciones urinarias

13.- Gonorrea

14.- Sífilis

15.- Problemas cardiacos

16.- Diabetes

17.- Desnutrición / anorexia

18.- Enfermedad de la tiroides

19.- Hipertensión (alta tensión arterial)

20.- Problemas neurológicos o psiquiátricos

21.- ¿Cuánto peso ganó durante este embarazo?

- | | |
|--------------------|---------------------|
| 1. Menos de 4 kg | 4. Entre 12 y 15 kg |
| 2. Entre 4 y 7 kg | 5. Entre 16 y 20 kg |
| 3. Entre 8 y 11 kg | 6. Más de 20 kg |

22.- ¿En qué momento del embarazo realizó la primera consulta médica?

1. En el primer mes de embarazo
2. Entre el 2º y el 3º mes
3. Entre el 4º y el 6º mes
4. Entre el 7º y el 8º mes
5. Después del 8º mes
6. Al producirse el parto

23.- ¿Tuvo sangrados vaginales durante este embarazo?

1. Nunca
2. Algunas veces, al principio del embarazo
3. Algunas veces, al final del embarazo
4. A menudo, a lo largo de todo el embarazo

24.- ¿Tomó alguna medicación durante este embarazo? (puede marcar varias respuestas)

1. No tomé medicación
2. Tomé suplementos vitamínicos y/o hierro
3. Tomé antihipertensivos (para bajar la tensión)
4. Tomé tranquilizantes, ansiolíticos y/o antidepresivos
5. Tomé aspirina de forma frecuente
6. Tomé diuréticos (para facilitar orinar)
7. Otros. Indique cual/es: _____

25.- ¿Fumó durante este embarazo?

1. No fumé
2. Dejé de fumar al principio del embarazo (antes del 3^{er} mes)
3. Fumé prácticamente durante todo el embarazo menos de 10 cigarrillos al día
4. Fumé prácticamente durante todo el embarazo entre 11 y 20 cigarrillos al día
5. Fumé prácticamente durante todo el embarazo más de 20 cigarrillos al día

26.- ¿Bebió alcohol durante este embarazo?

1. No
2. Tomé alcohol en ciertas ocasiones
3. Una o dos bebidas con alcohol al día
4. Tres o cuatro bebidas con alcohol al día
5. Cinco o más bebidas con alcohol al día

27.- ¿Consumió algún tipo de droga durante este embarazo?

1. No
2. En pocas ocasiones (1 ó 2 veces al mes). Indique cuál/es: _____
3. En bastantes ocasiones (1 ó 2 veces por semana). Indique cuál/es: _____
4. En muchas ocasiones (prácticamente a diario). Indique cuál/es: _____

28.- ¿Tuvo náuseas y/o vómitos frecuentes durante este embarazo?

1. No, prácticamente nunca o en muy pocas ocasiones
2. Sí, sobre todo al principio del embarazo
3. Sí, sobre todo al final del embarazo
4. Sí, a menudo a lo largo de todo el embarazo

29.- ¿Sufrió edema (hinchazón) en las piernas, pies o manos, durante este embarazo?

1. No, nada
2. Sí, al principio del embarazo
3. Sí, al final del embarazo
4. Sí, a lo largo de todo el embarazo

30.- ¿Recuerda haber sufrido algún accidente, golpe fuerte o lesión durante el embarazo?

1. No
2. Sí. Indique en que momento del embarazo: _____

Indique cuál/es, de las siguientes enfermedades, supo que padecía durante el embarazo de este hijo/a (puede marcar varias respuestas):

31.- Enfermedades sanguíneas (anemia, talasemia, púrpura, etc.)

32.- Infecciones urinarias

33.- Gonorrea

34.- Sífilis

35.- Problemas cardiacos

36.- Diabetes

37.- Asma

38.- Rubéola

39.- Toxoplasmosis

40.- Ruptura de la bolsa antes de tiempo

41.- Desnutrición, alimentación inadecuada / anorexia

42.- Enfermedad de la tiroides

43.- Hipertensión (alta tensión arterial)

44.- Problemas con el líquido amniótico

45.- Incompatibilidad sanguínea en el Rh

46.- Fiebres

47.- Debilidad y/o desmayos

48.- Problemas neurológicos y/o psiquiátricos

49.- Infección vaginal antes del parto

50.- Otras enfermedades. Indique cual/es: _____

51.- ¿Se utilizó algún tipo de anestesia durante el parto?

1. No, ninguna
2. Sí, anestesia epidural
3. Sí, anestesia general

4. Desconozco si se utilizó alguna anestesia

52.- Después de romper aguas y hasta que comenzó el parto, ¿qué ocurrió?

1. Fue un parto por cesárea
2. Me dieron medicación para inducir y acelerar el parto
3. Comenzaron las contracciones frecuentes y al poco tiempo el parto
4. El parto tardó todavía algunas horas
5. El parto tardó más de 12 horas
6. No estoy segura de lo que ocurrió

53.- En el momento del parto, ¿cómo estaba presentado (encajado) el bebé?

0. Fue un parto por cesárea
1. De cabeza
2. De nalgas o pies
3. De lado, atravesado
4. No estoy segura

54.- Aproximadamente, ¿cuánto tiempo duró el parto, desde que comenzaron las contracciones frecuentes?

0. Fue un parto por cesárea
1. Entre 1-2 horas
2. Entre 3 y 5 horas
3. Entre 6 y 10 horas
4. Entre 11 y 15 horas
5. Entre 16 y 20 horas
6. Más de 20 horas

55.- ¿El parto, fue inducido (provocado)?

1. No
2. Sí, antes de los nueve meses (antes de las 37 semanas)
3. Sí, a los 9 meses (entre las 37 y las 41 semanas)
4. Sí, después de los 9 meses (más de 41 semanas)

56.- ¿Se utilizaron fórceps o ventosa (vacuum) en el parto?

1. No se utilizaron
2. El parto fue por cesárea
3. Sí, se utilizó ventosa
4. Sí, se utilizó fórceps
5. No estoy segura

57.- ¿Fue un parto múltiple?

1. No
2. Sí, de gemelos
3. Sí, de trillizos o más

58.- ¿Cuánto pesó el bebé al nacer?

1. Menos de 1.500 gr
2. Entre 1.500 y 2.500 gr
3. Entre 2.501 y 3.500 gr
4. Entre 3.501 y 4.000 gr
5. Más de 4.000 gr

59.- ¿Cuánto tiempo, aproximadamente, duró el embarazo?

1. Menos de 28 semanas (menos de 7 meses)
2. Entre 28 y 36 semanas (alrededor de los 7-8 meses)
3. Entre las 37 y las 41 semanas (alrededor de los 9 meses)
4. Más de 41 semanas (más de 9 meses)
5. No estoy segura

60.- Después del nacimiento, ¿el bebé parecía tener un extraño y marcado “color azulado” y necesitó de atención médica por ello?

1. No
2. Sí, por algunas partes del cuerpo
3. Sí, por todo el cuerpo
4. No estoy segura

61.- Después de nacer, ¿fue necesario realizar algún cuidado especial al bebé?

1. No, sólo necesitó de los cuidados habituales
2. Sí, necesitó de incubadora durante algún tiempo
3. Sí, necesito de cuidados de urgencia
4. Sí, se le realizó una operación al poco tiempo de nacer
5. No estoy segura

62.- ¿Conoce las puntuaciones que obtuvo su hijo/a en el Apgar cuando nació? (si dispone de la cartilla de salud infantil, se indican las cifras del Apgar en ella)

1. No, las desconozco
2. Sí, las puntuaciones fueron: _____

63.- ¿Sufrió de fuertes sensaciones de estrés, nerviosismo o ansiedad durante este embarazo?

1. No, prácticamente nunca
2. En algunas ocasiones (1 ó 2 veces al mes)
3. En bastantes ocasiones (1 ó 2 veces a la semana)
4. De manera frecuente, a lo largo del embarazo

64.- ¿Tuvo sensaciones de tristeza, soledad o se encontró deprimida durante este embarazo?

1. No, prácticamente nunca
2. En algunas ocasiones (1 ó 2 veces al mes)
3. En bastantes ocasiones (1 ó 2 veces a la semana)
4. De manera frecuente, prácticamente a diario

65.- ¿Si conoció el sexo de su bebé antes de nacer, ¿se alegró al conocer su sexo?

1. Sí, me alegré mucho
2. No me alegré, me daba igual
3. No me alegré y fue un mal momento

4. No conocí el sexo del bebé hasta que nació

66.- En general, ¿cómo describiría su relación de pareja durante este embarazo?

1. Fue una relación normal
2. Fue una relación tensa
3. Fue una relación muy complicada
4. No tuve pareja

67.- ¿Realizó algún trabajo o actividad física fuerte o moderada durante este embarazo?

1. No, prácticamente no trabajé
2. Sí, realicé algunos trabajos físicos, pero muy suaves
3. Sí, realicé trabajos físicos al principio del embarazo (hasta el 3^{er} mes)
4. Sí, realicé trabajos físicos hasta la mitad del embarazo (hasta el 5^o mes)
5. Sí, realicé trabajos físicos hasta cerca del final del embarazo (6^o - 7^o mes)
6. Sí, realicé trabajos físicos a lo largo de todo el embarazo.

68.- ¿Realizó actividades o trabajos mentales agotadores, de responsabilidad o cansados a lo largo del embarazo?

1. No, prácticamente nunca.
2. Sí, realicé algunos trabajos mentales, pero muy ligeros
3. Sí, realicé trabajos mentales al principio del embarazo (hasta los 3 primeros meses).
4. Sí, realicé trabajos mentales hasta la mitad del embarazo (hasta los 5 primeros meses).
5. Sí, realicé trabajos mentales hasta cerca del final del embarazo (6^o - 7^o mes)
6. Sí, realicé trabajos mentales a lo largo de todo el embarazo.

69.- En general, ¿cómo cree que se tomó su embarazo?

1. De manera relajada, disfruté del embarazo
2. Feliz, pero en algunos momentos lo pase algo mal
3. A veces animada y otras deprimida
4. Bastante nerviosa, inquieta e intranquila
5. Con mucho miedo y angustia
6. Otras. Indique como: _____

70.- ¿Fue un embarazo deseado?

1. Sí, fue muy deseado y planificado
2. Sí, fue deseado, pero no lo esperaba en ese momento
3. No, fue una noticia poco agradable
4. No, fue realmente un mal momento

APENDICE 2

CUESTIONARIO MATERNO DE RIESGO PERINATAL -CMRP-

(S. López Gómez, 2003)

VALIDACIÓN POR JUECES (Utria, O., Sánchez, M., Nieto, D. & Palacios, L.,
Universidad de San Buenaventura, 2010)

N° DE HISTORIA CLÍNICA: _____

HIJO/A		Género	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino
Edad del Diagnóstico:	Fecha de Nacimiento:	Lugar que ocupa entre los hermanos: 1___ 2___ 3___ 4___ 5___		
<p>Cuál de estos trastornos tiene su hijo/a:</p> <input type="checkbox"/> Trastorno autista <input type="checkbox"/> Trastorno de Rett <input type="checkbox"/> Trastorno desintegrativo infantil <input type="checkbox"/> Trastorno de Asperger <input type="checkbox"/> Trastorno generalizado del desarrollo no especificado <input type="checkbox"/> Trastorno déficit de atención con hiperactividad <input type="checkbox"/> Trastornos de aprendizaje <input type="checkbox"/> Retardo en el Desarrollo <input type="checkbox"/> Otro Cuál? _____				
MADRE		Edad actual:		
Estudios <input type="checkbox"/> Sin estudios <input type="checkbox"/> Primarios <input type="checkbox"/> Secundarios <input type="checkbox"/> Universitarios <input type="checkbox"/> Otros: _____		Ocupación <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Estudio <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Otro		
PADRE		Edad actual:		
Estudios <input type="checkbox"/> Sin estudios <input type="checkbox"/> Primarios <input type="checkbox"/> Secundarios <input type="checkbox"/> Universitarios <input type="checkbox"/> Otros: _____		Ocupación <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Estudio <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Otro		

INSTRUCCIONES:

- Las preguntas únicamente deberán ser contestadas por las madres biológicas.

- En cada pregunta, elija la opción que mejor refleje las características del embarazo o del parto del hijo/a que ha indicado arriba, poniendo una equis (x) en la alternativa correspondiente.
- Recuerde: las preguntas no se refieren al momento actual, sino a la época de ese embarazo.
- Por favor, conteste a todas a las preguntas y diligencie los datos iniciales.

Gracias por su colaboración.

1.- ¿Cuánto pesaba usted antes del embarazo?

- | | |
|---------------------|---------------------|
| 1. Menos de 40 kg | 4. Entre 61 y 70 kg |
| 2. Entre 40 y 50 kg | 5. Entre 71 y 80 kg |
| 3. Entre 51 y 60 kg | 6. Más de 80 kg |

2.- ¿Cuánto medía usted antes del embarazo?

- | | |
|-----------------------|-----------------------|
| 1. Menos de 150 cm | 4. Entre 171 y 180 cm |
| 2. Entre 150 y 160 cm | 5. Más de 180 cm |
| 3. Entre 161 y 170 cm | |

3.- ¿Cuántos embarazos ha tenido anteriores a este hijo/a?

- | | |
|------------|-----------------|
| 1. Ninguno | 4. Tres |
| 2. Uno | 5. Cuatro o más |
| 3. Dos | |

4.- ¿Sufrió algún aborto espontáneo anterior al nacimiento de este hijo/a?

- | | |
|--------|---------------|
| 1. No | 3. Dos |
| 2. Uno | 4. Tres o más |

5.- ¿Sufrió algún aborto voluntario (interrupción voluntaria del embarazo) anterior al nacimiento de este hijo/a?

- | | |
|--------|---------------|
| 1. No | 3. Dos |
| 2. Uno | 4. Tres o más |

6.- ¿Tuvo algún hijo/a anterior con problemas, retrasos o alteraciones importantes?

1. No
2. Sí. Indique el tipo de problema o retraso:

7.- Señale, cuál/es de las siguientes situaciones experimentó en embarazos anteriores al nacimiento de este hijo/a (puede marcar varias respuestas)

1. Ninguna de ellas
2. Mortalidad del feto/bebé
3. Bajo peso del bebé (pesó menos de 2.500 grs)
4. Bebé prematuro (nació antes de las 37 semanas)
5. Sobrepeso del bebé (pesó más de 4.000 grs)
6. Cesáreas por la forma como venía encajado el bebé

8.- ¿Se sometió a alguna intervención quirúrgica, de las señaladas a continuación, antes o durante el embarazo de este hijo/a? (puede marcar varias respuestas)

1. No se realizó ninguna intervención quirúrgica, ni antes, ni durante este embarazo
2. Se realizó alguna intervención anterior a este embarazo
3. Se realizó alguna intervención durante este embarazo
4. Se realizó un tratamiento de fertilidad anterior a este embarazo
5. Se realizó una fecundación "in vitro" anterior a este embarazo
6. Se realizó una episiotomía en un embarazo anterior (pequeño corte en la entrada de la vagina para facilitar el parto)

9.- ¿Utilizó algún método anticonceptivo para evitar este embarazo? (puede marcar varias respuestas)

1. No, ninguno
2. Sí, tomé anticonceptivos hormonales (pastillas, inyección, parches, etc.)
3. Sí, tenía implantado un DIU (Dispositivo Intra-Uterino)
4. Sí, utilicé métodos de barrera (preservativo, diafragma, etc.)
5. Sí, utilicé otros métodos anticonceptivos. Señale cual/es:

10.- ¿Qué edad tenía cuando quedó embarazada de este hijo/a? _____

11.- Indique si sufrió algunas de las siguientes enfermedades, antes de quedar embarazada de este hijo/a: SI ___ NO _____

Marque Cuáles (puede marcar varias opciones)

- 1.- Anemias frecuentes
- 2.- Infecciones urinarias
- 3.- Gonorrea
- 4.- Sífilis
- 5.- Problemas cardiacos
- 6.- Diabetes
- 7.- Rubeola
- 8.- Intoxicación por metales
- 9.- Toxoplasmosis
- 10.- Desnutrición / anorexia
- 11.- Enfermedad de la tiroides
- 12.- Hipertensión (alta tensión arterial)
- 13.- Problemas neurológicos o psiquiátricos

12.- ¿Cuánto peso ganó durante este embarazo?

1. Menos de 4 kg
2. Entre 4 y 7 kg
3. Entre 8 y 11 kg
4. Entre 12 y 15 kg
5. Entre 16 y 20 kg
6. Más de 20 kg

13.- ¿En qué momento del embarazo realizó la primera consulta médica?

1. En el primer mes de embarazo
2. Entre el 2º y el 3º mes
3. Entre el 4º y el 6º mes
4. Entre el 7º y el 8º mes
5. Después del 8º mes
6. Al producirse el parto

14.- ¿Tuvo sangrados vaginales durante este embarazo?

1. Nunca
2. Algunas veces, al principio del embarazo
3. Algunas veces, al final del embarazo
4. A menudo, a lo largo de todo el embarazo

15.- ¿Tomó alguna medicación durante este embarazo? (puede marcar varias respuestas)

1. No tomé medicación
2. Tomé suplementos vitamínicos y/o hierro
3. Tomé antihipertensivos (para bajar la tensión)
4. Tomé tranquilizantes, ansiolíticos y/o antidepresivos
5. Tomé aspirina de forma frecuente
6. Tomé diuréticos (para facilitar orinar)
7. Otros. Indique cual/es:

16.- ¿Fumó durante este embarazo?

1. No fumé
2. Dejé de fumar al principio del embarazo (antes del 3er mes)
3. Fumé prácticamente durante todo el embarazo menos de 10 cigarrillos al día
4. Fumé prácticamente durante todo el embarazo entre 11 y 20 cigarrillos al día
5. Fumé prácticamente durante todo el embarazo más de 20 cigarrillos al día

17.- ¿Bebió alcohol durante este embarazo?

1. No
2. Tomé alcohol en ciertas ocasiones
3. Una o dos bebidas con alcohol al día
4. Tres o cuatro bebidas con alcohol al día
5. Cinco o más bebidas con alcohol al día

18.- ¿Consumió algún tipo de droga (Sustancias psicoactivas) durante este embarazo?

1. No
2. En pocas ocasiones (1 ó 2 veces al mes). Indique cuál/es:
3. En bastantes ocasiones (1 ó 2 veces por semana). Indique cuál/es:

4. En muchas ocasiones (prácticamente a diario). Indique cuál/es:

19.- ¿Tuvo náuseas y/o vómitos frecuentes durante este embarazo?

1. No, prácticamente nunca o en muy pocas ocasiones
2. Sí, sobre todo al principio del embarazo
3. Sí, sobre todo al final del embarazo
4. Sí, a menudo a lo largo de todo el embarazo

20.- ¿Sufrió edema (hinchazón) en las piernas, pies o manos, durante este embarazo?

1. No, nada
2. Sí, al principio del embarazo
3. Sí, al final del embarazo
4. Sí, a lo largo de todo el embarazo

21.- ¿Recuerda haber sufrido algún accidente, golpe fuerte o lesión durante el embarazo?

1. No
2. Sí. Indique en que momento del embarazo: _____
3. En caso afirmativo, ¿se presentaron complicaciones? Si ___ No ___
Cuáles _____

22.- Indique si sufrió algunas de las siguientes enfermedades, durante el embarazo de este hijo/a: Si ___ NO _____

Marque Cuáles (puede marcar varias opciones)

- 1.- Enfermedades sanguíneas (anemia, talasemia, púrpura, etc.)
- 2.- Infecciones urinarias
- 3.- Gonorrea
- 4.- Sífilis
- 5.- Problemas cardiacos
- 6.- Diabetes
- 7.- Asma
- 8.- Rubéola
- 9.- Toxoplasmosis
- 10.- Ruptura de la fuente antes de tiempo
- 11.- Desnutrición, alimentación inadecuada
- 12.- Anorexia
- 13.- Enfermedad de la tiroides
- 14.- Hipertensión (alta tensión arterial)
- 15.- Problemas con el líquido amniótico
- 16.- Incompatibilidad sanguínea en el Rh
- 17.- Fiebres
- 18.- Debilidad
- 19.- Desmayos
- 20.- Problemas neurológicos
- 21.- Problemas psiquiátricos
- 22.- Infección vaginal antes del parto
- 23.- Otras enfermedades. Indique cual/es:

23.- ¿Se utilizó algún tipo de anestesia durante el parto?

1. No, ninguna
2. Sí, anestesia epidural
3. Sí, anestesia general
4. Desconozco si se utilizó alguna anestesia

24.- Después de romper fuente y hasta que comenzó el parto, ¿qué ocurrió?

1. Fue un parto por cesárea
2. Me dieron medicación para inducir y acelerar el parto
3. Me dieron medicación para calmar los dolores o para desacelerar el parto
4. Comenzaron las contracciones frecuentes y al poco tiempo el parto
5. El parto tardó todavía algunas horas
6. El parto tardó más de 12 horas
7. No rompió fuente
8. No estoy segura de lo que ocurrió

25.- En el momento del parto, ¿en qué posición venía el bebé?

1. Fue un parto por cesárea
2. De lado, atravesado
3. De cabeza
4. De nalgas o pies
5. No estoy segura

26.- Aproximadamente, ¿cuánto tiempo duró el parto, desde que comenzaron las contracciones frecuentes?

1. Fue un parto por cesárea
2. Entre 1 y 2 horas
3. Entre 3 y 5 horas
4. Entre 6 y 10 horas
5. Entre 11 y 15 horas
6. Entre 16 y 20 horas
7. Más de 20 horas

27.- ¿El parto, fue inducido (provocado)?

1. No
2. Sí, antes de los nueve meses (antes de las 37 semanas)
3. Sí, a los 9 meses (entre las 37 y las 41 semanas)
4. Sí, después de los 9 meses (más de 41 semanas)

28.- ¿Se utilizaron fórceps o ventosa (vacuum) en el parto?

1. No se utilizaron
2. El parto fue por cesárea
3. Sí, se utilizó ventosa
4. Sí, se utilizó fórceps

5. No estoy segura

29.- Indique si su hijo presentó algunas de las siguientes dificultades al momento del parto. SI ____ NO ____ Cuáles: (puede marcar varias respuestas):

1. Circular del cordón (cordón umbilical alrededor del cuello)
2. Hipoxia (bajo oxígeno)
3. Meconio (inhalar primeras heces del bebé)
4. Otras dificultades. Indique cual/es: _____

30.- ¿Fue un parto múltiple?

1. No
2. Sí, de mellizos
3. Sí, de gemelos
4. Sí, de trillizos o más

31.- ¿Cuánto pesó el bebé al nacer?

1. Menos de 1.500 gr
2. Entre 1.500 y 2.500 gr
3. Entre 2.501 y 3.500 gr
4. Entre 3.501 y 4.000 gr
5. Más de 4.000 gr

32.- ¿Cuánto tiempo, aproximadamente, duró el embarazo?

1. Menos de 28 semanas (menos de 7 meses)
2. Entre 28 y 36 semanas (alrededor de los 7-8 meses)
3. Entre las 37 y las 41 semanas (alrededor de los 9 meses)
4. Más de 41 semanas (más de 9 meses)
5. No estoy segura

33.- Después del nacimiento, ¿el bebé parecía tener un extraño y marcado “color azulado y/o morado” y necesitó de atención médica por ello?

1. No
2. Sí, por algunas partes del cuerpo
3. Sí, por todo el cuerpo
4. No estoy segura

34.- Después de nacer, ¿fue necesario realizar algún cuidado especial al bebé?

1. No, sólo necesitó de los cuidados habituales
2. Sí, necesitó de incubadora durante algún tiempo
3. Sí, necesito de cuidados de urgencia
4. Sí, se le realizó una operación al poco tiempo de nacer
5. No estoy segura

35.- ¿Conoce las puntuaciones que obtuvo su hijo/a en el Apgar cuando nació?

1. No, las desconozco
2. Sí, las puntuaciones fueron: _____

36.- ¿Sufrió de fuertes sensaciones de estrés, nerviosismo o ansiedad durante este embarazo?

1. No, prácticamente nunca
2. En algunas ocasiones (1 ó 2 veces al mes)
3. En bastantes ocasiones (1 ó 2 veces a la semana)
4. De manera frecuente, a lo largo del embarazo

37.- ¿Tuvo sensaciones de tristeza, soledad o se encontró deprimida durante este embarazo?

1. No, prácticamente nunca
2. En algunas ocasiones (1 ó 2 veces al mes)
3. En bastantes ocasiones (1 ó 2 veces a la semana)
4. De manera frecuente, prácticamente a diario

38.- Si conoció el sexo de su bebé antes de nacer, ¿se alegró al conocer su sexo?

1. Sí, me alegré mucho
2. No me alegré, me daba igual
3. No me alegré y fue un mal momento
4. No conocí el sexo del bebé hasta que nació

39.- En general, ¿cómo describiría su relación de pareja durante este embarazo?

1. Fue una relación normal
2. Fue una relación tensa
3. Fue una relación muy complicada
4. No tuve pareja

40.- ¿Realizó algún trabajo o actividad física fuerte o moderada durante este embarazo?

1. No, prácticamente no trabajé
2. Sí, realicé algunos trabajos físicos, pero muy suaves
3. Sí, realicé trabajos físicos al principio del embarazo (hasta el 3er mes)
4. Sí, realicé trabajos físicos hasta la mitad del embarazo (hasta el 5º mes)
5. Sí, realicé trabajos físicos hasta cerca del final del embarazo (6º-7º mes)
6. Sí, realicé trabajos físicos a lo largo de todo el embarazo

41.- ¿Realizó actividades o trabajos mentales agotadores o de responsabilidad a lo largo del embarazo?

1. No, prácticamente nunca
2. Sí, realicé algunos trabajos mentales, pero muy ligeros
3. Sí, realicé trabajos mentales al principio del embarazo (hasta los 3 primeros meses)
4. Sí, realicé trabajos mentales hasta la mitad del embarazo (hasta los 5 primeros meses)

5. Sí, realicé trabajos mentales hasta cerca del final del embarazo (6^o - 7^o mes)
6. Sí, realicé trabajos mentales a lo largo de todo el embarazo

42.- En general, ¿cómo vivió su embarazo?

1. De manera relajada, disfruté del embarazo.
2. Feliz, pero en algunos momentos lo pase algo mal
3. A veces animada y otras veces deprimida.
4. Bastante nerviosa, inquieta e intranquila.
5. Con mucho miedo y angustia.
6. Otras. Indique como:

43.- ¿Fue un embarazo deseado?

1. Sí, fue muy deseado y planificado
2. Sí, fue deseado, pero no lo esperaba en ese momento
3. No, fue una noticia poco agradable
4. No, fue realmente un mal momento

44.-Observaciones:

APENDICE 3
 FORMATO DE VALIDACIÓN POR JUECES
 FACULTAD DE PSICOLOGIA

NOMBRE EVALUADOR: _____
 PROYECTO: _____

INSTRUCCIONES

SEÑOR EVALUADOR: a continuación encontrará una serie de preguntas mediante las cuales podrá calificar cada uno de los reactivos del instrumento. Favor marcar con una (X) en el ESPACIO según la evaluación que haga de cada uno de los reactivos en los espacios correspondientes para cada reactivo. Sus observaciones favor colocarlas al final de la evaluación. Los siguientes son los criterios a tener en cuenta.

REDACCIÓN: Evalúa que la conformación del reactivo sea lógica, coherente, clara y fácil de comprender.

PERTINENCIA: Evalúa lo oportuno y adecuado que resulta ser el uso del reactivo con relación al tema a medir.

ESTRUCTURA: Mide grado de relación, extensión y organización de los conceptos usados en la conformación del reactivo.

LENGUAJE: La terminología es adecuada teniendo en cuenta las características de la población.

REDACCIÓN	(1) MUY CONFUSA	(2) CONFUSA	(3) CLARA	(4) MUY CLARA
PERTINENCIA	(1) NO PERTINENTE	(2) POCO PERTINENTE	(3) PERTINENTE	(4) MUY PERTINENTE
ESTRUCTURA	(1) INADECUADA	(2) POCO ADECUADA	(3) ADECUADA	(4) MUY ADECUADA
LENGUAJE:	(1) INADECUADO	(2) POCO ADECUADO	(3) ADECUADO	(4) MUY ADECUADO

APENDICE 4
RESUMEN DE EVALUACIÓN POR JUECES

CRITERIOS REACTIVOS	REDACCION						PERTINENCIA						ESTRUCTURA						LENGUAJE						CONCLUSIONES CON LOS REACTIVOS
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	
2																									
11																									
22																									
24																									
25																									
29																									
30																									
33																									
35																									
41																									
42																									

1. JAIME MORENO
2. ANDERSEN VERA
3. JUANITA CALLE
4. GENOVEVA MORALES
5. ROCIO ACOSTA
6. KAREN HALLIDAY