

Valoración integral de adolescentes y adultos con discapacidad intelectual e integración de grupos de apoyo

Elvira Cabada Ramos,* Ninoshka Camarillo Ochoa,* Miguel Ángel Esquivel Hernández,* Alejandro Zamora Vásquez,** Maruska Montoya Rodríguez,** Edson Kevin Alamilla Ochoa**

RESUMEN

Objetivos: valorar de manera integral a pacientes con discapacidad intelectual e integrar un grupo de apoyo.

Pacientes y métodos: se evaluaron 28 pacientes mayores de 13 años mediante la aplicación de la Escala de Inteligencia de Wechsler, instrumento de valoración de conductas adaptativas. Se valoró el lenguaje, así como los estados nutricional, odontológico y médico.

Resultados: se diagnosticaron nueve pacientes con síndrome de Down; 16 con daño orgánico cerebral; uno con autismo; dos con hipotiroidismo; 21% con trastorno psiquiátrico; el promedio general de inteligencia fue de 47 (retraso mental moderado), verbal promedio de 50 (retraso mental leve), y ejecutiva promedio de 51 (retraso mental leve). En mujeres el coeficiente general de inteligencia fue de 55 (retraso mental leve) y en hombre fue de 45 (retraso mental moderado). El 68% tenía problemas de lenguaje, déficit en protección y defensa, educación y empleo en conducta adaptativa. El 90% tenía sobrepeso y el 78%, caries dental.

Conclusiones: los instrumentos utilizados dieron resultados que permitieron crear programas individualizados y grupales con intervención multidisciplinaria, los cuales se manejaron como grupos de apoyo orientados a la capacitación de pacientes y familiares para el desarrollo de hábitos de vida saludable, integración social, estimulación motora, estimulación educativa, capacitación laboral y apoyo a familiares para mejorar destrezas en el manejo de sus hijos.

Palabras clave: valoración integral, coeficiente intelectual, conducta adaptativa, grupos de apoyo, capacitación.

ABSTRACT

Objectives: To assess comprehensively patients with intellectual disabilities and to conform a support group.

Patients and methods: 28 patients over 13 years-old were assessed through the implementation of the Wechsler Intelligence Scale, instrument for assessing adaptive behavior. Language and nutritional, dental and medical state were assessed.

Results: Nine patients were diagnosed with Down syndrome; 16 with organic brain damage; one with autism; two with hypothyroidism; 21% with psychiatric disorder; general average intelligence, 47 (moderate mental retardation), verbal mild average 50 and average of 51 executive, mild mental retardation. In women the overall ratio was 55 intelligence (mild mental retardation) and in men if was of 45 (moderate mental retardation). Sixty-eight percent of patients had language problems, with deficits in protection and defense, education and employment in adaptive behavior. Ninety percent of patients were overweighted and 78%, tooth decay.

Conclusions: The instruments used gave results that helped to create individualized and group programs with multidisciplinary intervention, which were managed as a support group aimed to healthy lifestyles, social integration, motor stimulation, education, job training and family support to improve skills in managing their children.

Key words: comprehensive assessment, IQ, adaptive behavior support groups, training.

* Departamento de Psicología, Nutrición, Odontología y Medicina Familiar.

** Pasantes del servicio social de Psicopedagogía y Psicología. Clínica Hospital ISSSTE, Orizaba, Veracruz.

Correspondencia: Elvira Cabada Ramos. Gardenias s/n, colonia El Espinal, CP 94330, Orizaba, Ver.

Correo electrónico: elviracabada@hotmail.com

Recibido: mayo, 2012. Aceptado: agosto, 2012.

Este artículo debe citarse como: Cabada-Ramos E, Camarillo-Ochoa N, Esquivel-Hernández MA, Zamora-Vásquez A y col. Valoración integral de adolescentes y adultos con discapacidad intelectual e integración de grupos de apoyo. Rev Esp Méd Quir 2012;17(4):284-290.

La discapacidad afecta no sólo a la persona que la padece, sino también a la familia y a la sociedad de la que el individuo afectado forma parte; sus consecuencias sociales, económicas y de salud pública son de gran magnitud en su entorno.

Las personas con discapacidad no sólo tienen limitaciones físicas que se traducen en la incapacidad para realizar ciertas actividades, sino que también muestran desajustes psicológicos y limitaciones en su desarrollo socioeconómico, educativo y cultural. Las personas con discapacidad intelectual tienen mayor riesgo de sufrir

problemas de salud mental y física, son vulnerables a las enfermedades crónicas a edades tempranas debido a la alta prevalencia de estilos de vida sedentarios. En México, de acuerdo con el Instituto Nacional de Desarrollo Social, alrededor de 2,925 personas viven con algún tipo de discapacidad intelectual, que corresponde a 16.1%.

En nuestro país hay un gran déficit en programas educativos centrados en la integración social y profesional. De acuerdo con datos estadísticos, la prevalencia de discapacidad se observa con mayor frecuencia en el intervalo de 10 a 14 años de edad y el punto más bajo se localiza en el grupo de cero a cuatro años.

El estado de Veracruz ocupa el cuarto lugar (7.6%) en población con algún tipo de discapacidad de acuerdo con datos del Instituto Nacional de Geografía e Informática en el XII Censo de Población y Vivienda del año 2000, publicado en 2004; otra forma de analizarlo corresponde a dos de cada 100 habitantes.

Según los resultados del censo, 1.6% de los niños de 0 a 14 años tenía algún tipo de discapacidad; 33.9% tenía discapacidad mental. Con respecto a los jóvenes de entre 15 y 29 años, uno de cada 100 manifestó algún tipo de discapacidad; en este caso, las mentales fueron las más importantes (36.4%). Dos de cada 100 adultos de entre 30 y 59 años tenían alguna discapacidad; en este grupo de edad, las discapacidades de tipo motriz (43.2%) y visual (28.7%) fueron las más frecuentes.

Asimismo, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) atiende a 5.8% de las personas con discapacidad. Sólo 15% de los jóvenes de 15 a 29 años con discapacidad asisten a escuelas del sistema educativo. A partir de la edad de 15 años, la asistencia de la población a alguno de los niveles educativos disminuye de forma considerable.² De la población total del país que concluyó la educación básica, tres grados de secundaria o su equivalente, Veracruz registró porcentajes bajos con sólo 5.4% de eficiencia terminal. Al tomar en cuenta estos datos, este trabajo tuvo como finalidad censar la población de adolescentes a partir de los 13 años y de adultos con discapacidad intelectual que cuentan con servicio en la Clínica Hospital ISSSTE de Orizaba, Veracruz. Se evaluó su coeficiente intelectual, conducta adaptativa, lenguaje, estado nutricional y salud física, y así se diseñó un programa de terapia ocupacional para incluirlos

dentro de la vida productiva y social, así como para apoyarlos en el desarrollo de hábitos y de habilidades en actividades de la vida diaria y para mejorar su salud mental y física mediante su inclusión en un grupo formativo con apoyo a familiares para su manejo, así como a través de la difusión de información hacia la población acerca de este tipo de padecimientos, su manejo y las posibilidades de una adecuada integración social.

PACIENTES Y MÉTODOS

De enero a mayo de 2011 se realizó un estudio con los derechohabientes censados de la Clínica Hospital ISSSTE de Orizaba, Veracruz, que tenían discapacidad intelectual. Se obtuvo el consentimiento informado de un familiar responsable. Se trató de una investigación observacional, transversal y prospectiva. El estudio fue no invasivo, se observaron y evaluaron conductas y síntomas de los pacientes, y para ello se solicitó la autorización de los familiares responsables. El tamaño de la muestra fue a conveniencia, de 28 pacientes censados con discapacidad intelectual, 10 eran mujeres; del total, 10 tenían diagnóstico de síndrome de Down; dos tenían diagnóstico de hipotiroidismo, uno de género masculino y otra de género femenino; sólo hubo un paciente del género masculino con diagnóstico de autismo; 16 tenían diagnóstico de daño orgánico cerebral de los cuales nueve eran hombres. Se utilizó la lista de cotejo del Consejo Técnico de Educación Especial, a la que se le denomina Instrumento de Evaluación de Áreas de Apoyo para Discapacidad Intelectual, versión 2002, de la Asociación Americana de Retraso Mental, sugerida para la evaluación de los procesos de planificación para el apoyo y la atención de alumnos con discapacidad intelectual, que contestó un familiar responsable. Con los pacientes se utilizó el listado de valoración y diagnóstico del lenguaje en el que se evaluaron fonemas y grupo de fonemas para detectar alteraciones en la articulación del lenguaje, expresión y comprensión. Para evaluar el coeficiente intelectual se utilizó la Escala de Inteligencia de Wechsler en su versión WAIS y WISC-RM que se compone de una escala verbal y otra de ejecución, de la cual se obtuvo un coeficiente intelectual verbal, ejecutivo y global. Se utilizó el formato de registro de nota nutricional para consulta externa y de tratamien-

to, el formato del ISSSTE, que incluye el estudio de hábitos nutricionales, índice de masa corporal, índice de cintura-cadera, peso real y peso ideal, antecedentes heredo-familiares y recomendaciones. Con el formato de valoración médica se exploró el peso, la talla, los antecedentes heredo-familiares y los personales patológicos y no patológicos, además de las observaciones. También se utilizó el formato de valoración dental.

RESULTADOS

Se evaluaron 28 pacientes, con promedio de edad de 24 años, de los cuales 10 eran mujeres. Se obtuvo un coeficiente general de inteligencia promedio de 47 dentro de un intervalo de retraso mental moderado (F71), en la escala verbal el coeficiente promedio fue de 50 dentro de un intervalo de retraso mental leve (F70), y en Ejecutiva se obtuvo un coeficiente promedio de 51 dentro de un intervalo de retraso mental leve (F70).

Las mujeres obtuvieron un coeficiente general de 55 dentro de un intervalo de retraso mental leve (F70), y los hombres, un coeficiente general de 45 dentro de un intervalo de retraso mental moderado (F71). Los pacientes con este nivel de deficiencia intelectual pueden conseguir mantenerse a sí mismos en trabajos calificados de tipo repetitivo, en condiciones de protección, aunque es necesario supervisarlos y guiarlos cuando se enfrentan a tensiones económicas o sociales. Tienen la capacidad de alcanzar un cierto grado de autonomía en cuanto a actividades de cuidado personal y vida diaria, muestran dificultad para interiorizar convencionalismos y normas de conducta social. Se observan deficiencias en atención sostenida, automática y secuencia, memoria, con posibilidades de aprendizajes de tipo repetitivo y concreto.

Al hacer un análisis de las áreas que componen la prueba de inteligencia, (con el punto de corte 10 para obtener datos de un coeficiente intelectual el promedio, en la escala verbal se observa un puntaje de -8, y en la ejecutiva de -7, que determina una desventaja a nivel intelectual. La escala verbal está compuesta por seis escalas: 1) *Información*, evalúa memoria a largo y mediano plazo, comprensión verbal y acopio de información; se obtiene un puntaje promedio de 2, indica intervalo de información y memoria deficiente. 2) *Semejanzas*, evalúa comprensión verbal, formación verbal de conceptos,

pensamiento asociativo, abstracto, concreto, funcional, habilidad para separar detalles esenciales de los que no lo son, memoria, cognición, expresión verbal, se obtiene un puntaje promedio de 4, indica que los sujetos poseen pensamiento conceptual deficiente, dificultad para establecer relaciones, pensamiento excesivamente concreto de tipo funcional, rigidez en los procesos del pensamiento. 3) *Comprensión*, evalúa comprensión verbal, juicio social y sentido común, uso del conocimiento práctico, conocimiento de las normas convencionales de conducta, habilidad para evaluar y utilizar la experiencia pasada, capacidad de adaptación a nuevas situaciones, obtiene puntajes promedio de 2, significa juicio social deficiente, sobredependencia, inmadurez, trato limitado con los demás, pensamiento demasiado concreto, dificultad para expresar verbalmente las ideas. 4) *Vocabulario*, evalúa comprensión verbal, desarrollo del lenguaje, capacidad de aprendizaje, consolidación de información, formación de conceptos, se obtiene un puntaje promedio de 3, indica comprensión verbal deficiente, habilidades verbales y desarrollo del lenguaje deficiente, así como dificultades de verbalización. 5) *Aritmética*, evalúa atención sostenida y de secuencia, concentración, factores de distracción, capacidad para utilizar conceptos numéricos, memoria; obtiene un puntaje promedio de 2, indica habilidad inadecuada para el cálculo mental, concentración deficiente, distracción. 6) *Retención de dígitos*, evalúa la atención involuntaria, concentración, memoria auditiva inmediata, secuenciación auditiva, ansiedad; obtiene un puntaje promedio de 2, que indica distracción, déficit de aprendizaje y secuenciación auditiva.

La escala Ejecutiva está compuesta por cinco áreas: 1) *Cubos*, evalúa organización perceptual, capacidad de análisis y síntesis, coordinación visomotora, visualización espacial; se obtiene un puntaje promedio de 3 que indica integración visomotora, espacial y orientación deficiente, y problemas perceptivos. 2) *Figuras incompletas*, evalúa organización perceptual, identificación visual de objetos, identificación de características esenciales, capacidad de observación, identificación de objetos familiares, razonamiento, cierre y memoria visuales; se obtiene un puntaje promedio de 3 que indica preocupación por detalles irrelevantes y dificultad en atención selectiva. 3) *Ordenación de dibujos*, evalúa organización perceptual, anticipación, planeación de

situaciones consecutivas, habilidad de razonamiento no verbal, atención a los detalles, secuenciación visual, sentido común, inteligencia aplicada a relaciones interpersonales; se obtiene un puntaje promedio de 3 que indica dificultad en la organización visual para anticipar los acontecimientos y sus posibles consecuencias, falta de atención, fracaso en el uso de señales. 4) *Ensamble de objetos*, evalúa organización perceptual, coordinación visomotora, anticipación visual de las relaciones parte-todo, planeación, capacidad para sintetizar partes concretas dentro de un todo significativo y relaciones espaciales; un puntaje promedio de 3 indica dificultades visomotoras, problemas perceptivos, capacidad de planeación deficiente, dificultad para percibir un todo. 5) *Claves*, evalúa el factor distracción, destreza motora, velocidad psicomotriz, memoria a corto plazo, recuerdo visual, habilidad de atención, habilidad simbólica asociativa y capacidad imitativa; se obtiene un puntaje de 2 que indica dificultad en la coordinación visomotora, distracción, letargo. Se observan problemas de aprendizaje, deficiencias psicolingüísticas, problemas de coordinación motora, problemas en la capacidad de atención, síntomas de retraso mental en grado moderado.

A 68% se le diagnosticó trastorno de lenguaje, de los cuales 46% lo padece de tipo mixto, que abarca el expresivo, el comprensivo y de la articulación, que incluye básicamente los fonemas r (vibrante simple, linguoalveolar), rr (vibrante múltiple, linguoalveolar), t y d (linguodental, oclusiva), l (lateral, linguoalveolar) y grupo de fonemas (pl, bl, tl, cl, gl, fl, pr, br, tr, dr, cr, gr, fr), que en los 10 pacientes con síndrome de Down se debe a la protusión de la lengua y a la falta de tono muscular en la misma.

En cuanto a los nueve pacientes diagnosticados con daño orgánico cerebral/retraso mental, la aparición del lenguaje en comparación con la población sana se inicia tardíamente, aproximadamente a los cuatro años y medio, de manera que su desarrollo fonológico queda incompleto y complica la articulación de fonemas, así como su claridad, debido también a la falta de control de la actividad respiratoria, la cual es importante para la emisión correcta de fonemas, a problemas de la organización periférica subcortical y cortical responsable del funcionamiento de los órganos del habla y la recepción auditiva que tiene que ver con la discriminación de so-

nidos. En cuanto a su conducta adaptativa, tienen mayor déficit en el área de protección y defensa que incluye: la utilización del dinero y de servicios bancarios, de servicios legales de apoyo, defensa propia y ajena, la capacidad de buscar, obtener y manejar información para resolver diferentes problemas de la vida cotidiana, el conocimiento de material y herramientas, la forma adecuada para reaccionar en caso de contingencia y acceder a servicios de emergencia y toma de medicamentos, esto se debe a que los sujetos con retraso mental moderado tienen dificultades para comprender información compleja, para interpretar símbolos, para generalizar situaciones y, en momentos de gran tensión ambiental, dificultades de autocontrol y alteraciones importantes a nivel conductual que requieren apoyo cercano de un adulto. En el área de educación (que incluye interacción con maestros y compañeros, participación en toma de decisiones de sus actividades educacionales, aprendizaje y utilización de estrategias para resolver problemas, uso de tecnología) se observa que los jóvenes, a pesar de tener escolaridad, no tienen asimilada adecuadamente la lectoescritura, se les dificulta adaptarse a un ritmo escolar con exigencias académicas que demanden atención, concentración y memoria, pero 53% de ellos tiene conocimientos y manejo elemental de programas de juegos en la computadora y actividades que han podido aprender debido a que son del tipo repetitivo. En un tercer lugar, está el área de capacitación y empleo, es un grupo de la sociedad que no ha contemplado programas de autoempleo de tipo formal y, generalmente, éstas terminan en la adolescencia; por sus problemas de atención y concentración, muestran dificultad para concluir y mantenerse en una misma actividad por largo tiempo, no tienen capacidad de supervisar la calidad de su desempeño, se les dificulta ajustarse al ritmo que implique trabajar dentro de un equipo por lo que las actividades que se les encomienden deben ser analizadas de acuerdo con su capacidad y velocidad de respuesta, siempre con el apoyo y la dirección cercana de un supervisor.

En cuanto a la valoración nutricional realizada, se obtuvo una media de IMC de 27.4 con un peso promedio de 66.46 kg y estatura promedio de 157 cm. La bibliografía nos informa que es común que los niños con discapacidades del desarrollo sean más pequeños para su edad, lo cual conlleva a diagnósticos de retraso del

crecimiento lineal; aproximadamente 90% de los niños con dichas discapacidades tienen problemas nutricionales, podemos concluir que, de los 28 pacientes valorados antropométricamente, 35% de ellos tenía diagnóstico de obesidad, mientras que 22% tenía sobrepeso; es decir, 57% del total de la población valorada tenía un peso por arriba del recomendable para su talla. Al hacerles el interrogatorio de estilo de vida no reportaron actividad física alguna que ayudara a mediar o disminuir el incremento ponderal del peso corporal, esto sumado a que los hábitos de alimentación fueron sobreestimados a expensas de carbohidratos y grasas saturadas, lo que conlleva a calificar su dieta como de alta densidad energética y muy por arriba del gasto energético total diario. La hidratación no era la adecuada para cubrir el cociente mL/cal de una dieta sana y los horarios para la ingestión de alimentos no tenían un orden regular. Se entregó un plan de alimentación personalizado con un cálculo promedio de 25 kcal/kg en tratamientos de reducción, con una distribución energética media de 20% de proteínas, 30% de lípidos y 50% de carbohidratos, cociente mL/cal 1:1, con la indicación de tres o cinco tiempos de comida, según los hábitos de alimentación. Lo anterior se combinó con una sugerencia de actividad física de evolución gradual, con la finalidad de llegar a la activación del metabolismo lipídico y con éste, una reducción de peso efectiva y sostenida. Dichos planes de alimentación coincidieron en su mayor parte en la restricción de exceso de grasa saturada y se sustituyó con grasa monosaturada y ácidos grasos esenciales como omega 3 y 6 para favorecer el metabolismo de los lípidos y la oxidación celular. En su mayor parte, los carbohidratos sugeridos fueron complejos y acompañados de la fibra adecuada para el mantenimiento saludable de las glucemias y procesos digestivos; mientras que las proteínas establecidas debían provenir de carnes blancas, huevo, quesos frescos y bajos en sodio, lácteos descremados, así como bebidas libres de cafeína (metilxantinas) para evitar estimulantes y vasoconstrictores. La sugerencia de las preparaciones de los platillos fue el asado, hervido, al vapor, empapelado, al horno, etc., para evitar el consumo excesivo de grasas. Con respecto a los micronutrientes (folatos, vitaminas, minerales), se contemplaron en el cálculo dietético a expensas de la inclusión de todos los grupos de alimentos (verduras,

frutas, leguminosas, cereales integrales, oleaginosas y alimentos de origen animal) para así poder cumplir con las recomendaciones del manejo del plato del bien comer en la dieta sana.

Por lo general, las personas con deficiencia mental tienden a ser obesos y a estar en baja forma física, no por su deficiencia en sí, sino por la falta de ejercicio, la sobreprotección familiar y la creencia general de que no están capacitadas para participar en actividades deportivas.

Los niños con discapacidad y necesidades especiales tienen más problemas de salud bucal que la población en general, tienen complicaciones que pueden ser un obstáculo para el cuidado adecuado de su boca y esto puede conferir mayores riesgos de padecer problemas de salud bucal. Se observó que 35% de los pacientes han asistido a sesiones dentales periódicas, pues tenían restauraciones y una cavidad bucal en óptimas condiciones, mientras que 65% tenía deficiencias dentales. Se detectó retardo de erupción y exfoliación de dientes deciduos en dos pacientes; un paciente del género masculino de 14 años tenía órganos dentarios 41 y 31, y una paciente de 19 años mostró órganos dentarios 55; ambos sin rastros de germen dental de dientes permanentes.

La caries dental fue una de las enfermedades de mayor prevalencia, todos los pacientes la tenían en diversos grados; 5% tenía caries de cuarto grado, 20% tenía caries de segundo grado y 75% tenía caries de primer grado. Para el tratamiento se aplicó el esquema básico de prevención, el cual consiste en la realización de detección de placa dentobacteriana, profilaxis, instrucción de técnica de cepillado y uso de hilo dental, aplicación de flúor y en proporcionar información a los padres para que la transmitan a sus hijos y los apoyen para mejorar las condiciones bucales, con lo que se obtienen mejores resultados.

Con base en estos resultados se diseñaron programas de adiestramiento de hábitos, de vida saludable y de estimulación motora para los niños; mientras que para los familiares se optó por dar capacitación con base en los siguientes objetivos: autoayuda y apoyo emocional, información, acompañamiento, orientación, aumento de los conocimientos y destrezas en el manejo de sus hijos, así como el fomento de estrategias que ayuden a la autonomía de estos pacientes. Es importante la

difusi3n a la comunidad para que con el conocimiento de estos padecimientos y al tomar en cuenta sus alcances de acuerdo con sus capacidades y habilidades se evite su exclusi3n de la sociedad y de los medios de producci3n.

DISCUSI3N

El presente estudio se compara con el denominado Evaluaci3n M3dica Social de una Poblaci3n Adulta con discapacidad intelectual, realizado en 129 sujetos asistidos institucionalizados en la ciudad de Afanas, Jerez, Espa1a. Se realiz3 un estudio descriptivo de una serie de casos para caracterizar una poblaci3n con retraso mental. Se evaluaron las 3reas psicol3gica, m3dica y social. El 3rea intelectual se evalu3 mediante la prueba de inteligencia Wechsler para adultos, la conducta adaptativa mediante el Inventario de Planificaci3n de Servicios y Programaci3n Individual, se complet3 la evaluaci3n m3dica y social mediante una entrevista estructurada. Se encontr3 que la edad media de discapacidad fue de 32 a1os, con un porcentaje de 73% de varones, 45% ten3a problemas de comportamiento. El 32% ten3a retraso mental leve, 39.6%, retraso mental moderado, 20.7%, retraso mental grave, y 7.5%, profundo. En este estudio, 57.1% de los participantes ten3a retraso mental moderado y 42.8%, datos de retraso mental leve. El promedio de edad fue de 24 a1os, en cuanto a g3nero se estudiaron 18 hombres de los cuales ocho fueron diagnosticados con s3ndrome de Down, uno con hipotiroidismo y ocho con da1o org3nico cerebral derivado de hipoxia neonatal, uno ten3a autismo, 11% ten3a diagn3stico psiqui3trico. De las 10 mujeres estudiadas una ten3a s3ndrome de Down, una hipotiroidismo y ocho da1o org3nico cerebral; de 3stas, 10% ten3a alteraciones conductuales debido a un padecimiento psiqui3trico. El estudio espa1ol valora pacientes institucionalizados, esta investigaci3n incluy3 a pacientes ambulatorios que viven en su entorno familiar, que est3n sobreprotegidos y cuentan con afecto y apoyo. Los instrumentos utilizados arrojaron datos 3tiles y consistentes en la valoraci3n de pacientes con discapacidad intelectual que permiten dise1ar programas educativos, h3bitos de vida saludable y de capacitaci3n adecuada, con base en las necesidades

reales que tiene este grupo de pacientes, as3 como contemplar la totalidad de su entorno social y familiar para dar apoyos pertinentes.

BIBLIOGRAF3A

1. Lazcano-Ponce E, Rangel-Eudave G, Katz G. La discapacidad intelectual y sus efectos en la sociedad. Revista de Salud p3blica M3x 2008; 50 (suppl. 2): X-X. Disponible en: <http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0036-36342008000800001&script> (consultado el 20 de noviembre de 2010.)
2. Instituto Nacional de Estadística, Geograf3a e Inform3tica. Censo de Poblaci3n y Vivienda 2010. Tabulados de cuestionario ampliado, poblaci3n con discapacidad, Disponible en: www.inegi.gob.mx (consultado el 26 de mayo de 2011.)
3. Esquivel F, Heredia C, Lucio E. Psicodiagn3stico cl3nico del ni1o. 1ª ed. M3xico, DF, El Manual Moderno, 1994;29-30.
4. Navas MP y col. La conducta adaptativa en personas con discapacidad intelectual. Revista Siglo Cero 2010;41(3)28-48, acceso <http://sidusual.es/rticulos/discapacidad/1611/8-2-6/la-conducta-adaptativa-en-en-personas-con-discapacidad-intelectual-.asp> vista 27 de octubre de 2011.
5. Morales Sandoval L, et al. Documento de Apoyo para la atenci3n de los Alumnos con Discapacidad Intelectual Severa, Secretar3a de Educaci3n y Cultura, Departamento de Educaci3n Especial Federalizado, Gobierno del Estado de Veracruz, Material educativo sin fines de lucro. 2005;1-80.
6. Wechsler D, G3mez PM, Padilla RE, Roo S. Manual de la Escala de Inteligencia para nivel escolar Wechsler, WISC-RM. M3xico: El Manual Moderno, 1984;1-96.
7. Pascual Garc3a P. La dislalia, naturaleza, diagn3stico y rehabilitaci3n. 1ª ed. Madrid: Editorial Ciencias de la Educaci3n Preescolar y Especial, Colecci3n Educaci3n Especial, 1984;159-162.
8. Kaplan IH, Sadock BJ. Compendio de Psiquiatr3a. 2ª ed. Barcelona: Salvat Editores, 1992;733-734.
9. Lizana SX. D3ficit mental y lenguaje, Universidad de Chile, 2005. Acceso en http://ceril.cl/P82_def_mental_y_lenguaje.htm, vista 30 de abril 2011.
10. Antequera MM y col. Manual de atenci3n a alumnos con necesidades espec3ficas de apoyo educativo derivadas de discapacidad intelectual, Edita, Junta de Andaluc3a, Consejer3a de Educaci3n, Direcci3n de Participaci3n y Equidad de la Educaci3n p3g. 18-19. Acceso <http://es.ecibd.com/doc/32174403/Manual-de-atencion-educativa.a.alumnos-con-Discapacidad-Intelectual>, vista 1 Mayo 2011.
11. Deggan H y col. Nutrici3n pedi3trica. 2ª ed. M3xico, DF: Intersistemas; 2001;tomo 2: 332-334.
12. Guillermo GE, Obesidad, ejercicio f3sico y deficiencia mental. Acceso en: www.efedeportes.com, Revista Digital, Buenos Aires, a1o 14, n3m. 132, Mayo del 2009, vista 7 enero del 2011.
13. Wechsler D, Velasco AJ. Manual de la escala de inteligencia WAIS para adultos, WAIS en espa1ol. M3xico, DF, 1985: El Manual Moderno, 1985;1-41.
14. Larra1aga Lav3n y col. Apoyando a las familias, Gu3a de actividades para mejorar la calidad de vida de las familias

- de personas con discapacidad intelectual. Madrid: FEAPS, Ministerio de trabajo y asuntos sociales por solidaridad otros fines de interés social, 2005;9. Acceso www.feaps.org/familias/documentos/apoyando.pdf, vista 2 mayo 2011.
15. Barrios AJ, García GR y col. Evaluación médica social de una población adulta con discapacidad intelectual. Revista Española de Salud Pública 1999;73: 383-392. Acceso www.scielo.org, vista 24 de noviembre del 2010.
16. Clasificación de trastornos mentales y del comportamiento, OMS. 1ª ed. Madrid: Técnicas Gráficas Forma, 1992;276-283.