



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN SALUD REPRODUCTIVA

TRABAJO ACADÉMICO

**“USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN
ADOLESCENTE CON RETRASO MENTAL LEVE ATENDIDA
EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDARAPA – APURÍMAC
2019”**

PRESENTADO POR:

SERGIO ALBERTO EURIBE BENDEZU

ASESOR:

Mg. ELIZABETH ENI YALAN LEAL DE MICHILOT

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
SALUD REPRODUCTIVA CON MENCIÓN EN SALUD SEXUAL DEL
ADOLESCENTE Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

MOQUEGUA – PERÚ

2024



Universidad José Carlos Mariátegui

CERTIFICADO DE ORIGINALIDAD

El que suscribe, en calidad de Jefe de la Unidad de Investigación de la **Escuela de Posgrado**, certifica que el trabajo de investigación () / Tesis () / Trabajo de suficiencia profesional () / Trabajo académico (X), titulado “**USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTE CON RETRASO MENTAL LEVE ATENDIDA EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDARAPA – APURIMAC 2019**” presentado por el(la) aspirante **EURIBE BENDEZU SERGIO ALBERTO**, para obtener el grado académico () o Título profesional () o Título de segunda especialidad (X) en: **SEGUNDA ESPECIALIDAD EN SALUD REPRODUCTIVA CON MENCIÓN EN SALUD SEXUAL DEL ADOLESCENTE Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR**, y asesorado por el(la) Mg. **ELIZABETH ENI YALAN LEAL DE MICHILLOT**, designado como asesor con Resolución Directoral N°0273-2022-DEPG-UJCM, fue sometido a revisión de similitud textual con el software TURNITIN, conforme a lo dispuesto en la normativa interna aplicable en la UJCM.

En tal sentido, se emite el presente certificado de originalidad, de acuerdo al siguiente detalle:

Programa académico	Aspirante(s)	Trabajo de investigación	Porcentaje de similitud
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN SALUD REPRODUCTIVA CON MENCIÓN EN SALUD SEXUAL DEL ADOLESCENTE Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR	EURIBE BENDEZU SERGIO ALBERTO	USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTE CON RETRASO MENTAL LEVE ATENDIDA EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDARAPA – APURIMAC 2019	23%

El porcentaje de similitud del Trabajo de investigación es del **23%**, que está por debajo del límite **PERMITIDO** por la UJCM, por lo que se considera apto para su publicación en el Repositorio Institucional de la UJCM.

Se emite el presente certificado con fines de continuar con los trámites respectivos para la obtención de grado académico o título profesional o título de segunda especialidad.

Moquegua, 17 de julio del 2024

UNIVERSIDAD "JOSE CARLOS MARIATEGUI"

DR. JAVIER PEDRO FLORES AROCUTIPA

JEFE DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN
ESCUELA DE POSGRADO UJCM - SEDE MOQUEGUA

ÍNDICE

CAPÍTULO I.....	1
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	1
1.2 JUSTIFICACIÓN	1
1.3 MARCO TEÓRICO.....	2
1.3.1 ANTECEDENTES.....	2
a) NACIONALES	2
b) INTERNACIONALES.....	2
1.3.2 CONCEPTOS BÁSICOS	3
a) MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.....	3
b) RETARDO MENTAL	13
c) ANTICONCEPTIVA PARA USUARIA CON RETRASO MENTAL	21
CAPÍTULO II	22
2.1 OBJETIVOS	22
2.2 SUCESOS RELEVANTES DEL CASO CLÍNICO.....	28
2.3 DISCUSIÓN:	31
2.4 CONCLUSIONES:	32
2.5 RECOMENDACIONES:.....	32
BIBLIOGRAFÍA:	34
CARTA DE COMPROMISO ANTI-PLAGIO	36
CARTA DE COMPROMISO	37

RESUMEN

El presente trabajo académico tiene como finalidad determinar el adecuado uso de métodos anticonceptivos en adolescente con retraso mental leve atendido en el centro de salud de Andarapa – Apurímac 2019, cuyo propósito fue buscar el mejor método anticonceptivo para la adolescente con retraso mental.

La metodología que se usa para el presente trabajo académico es un estudio de casos (EC), a través de la técnica de transcripción ordenada, que pretende conocer por una parte los métodos anticonceptivos y por otro lado los adolescentes con retraso mental.

Como resultado del presente trabajo académico se obtuvo que la anticoncepción de larga duración actúan mejor en pacientes con problemas mentales y a la vez se necesita de mucha sensibilización a las autoridades y personas de la parte rural ya que el machismo es la principal causa de que las mujeres no usen métodos anticonceptivos y más aún si son modernos pueden sentirse o verse en el cuerpo de la persona.

Palabras claves: Métodos anticonceptivos, retardo mental, sexualidad

CAPÍTULO I

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

En nuestra realidad los embarazos en adolescentes son preocupantes a pesar que existen diferentes programas sociales para disminuir la tasa de fecundidad en este grupo etareo, más aun en personas con retraso mental donde están involucrados los diferentes actores sociales como las autoridades locales, los docentes y el personal de salud. El aumento de la fecundidad en adolescentes requiere mayor necesidad de los servicios de salud, por el aumento de la morbilidad materna y el riesgo de infecciones de transmisión sexual.

En las regiones de la sierra o alto andinas donde predomina el machismo, la religión y la falta de educación, es difícil sensibilizar y tratar que la población entienda que los métodos anticonceptivos son importantes para la salud reproductiva de los adolescentes.

1.2 JUSTIFICACIÓN

Con el presente trabajo académico se busca poder ayudar a los adolescentes con retrasos mentales a que puedan usar un método anticonceptivo adecuado y así poder prevenir embarazos no deseados, como también no se puede dejar de lado las infecciones de transmisión sexual aun es escaso la ayuda ante esas infecciones.

Por otra parte con ayuda de los familiares y autoridades locales. Con el trabajo académico se quiere concientizar a la población, autoridades y personal de salud para poder ayudar a este tipo de personas que son más vulnerables a que sean violentadas sexualmente y así poder prevenir muertes maternas en adolescentes con discapacidad ya que no tienen la capacidad intelectual adecuada para sus cuidados y más aún en provincias de la sierra donde la población es pobre o extremadamente pobres con nivel de educación bajo o iletrados en algunos casos.

1.3 MARCO TEÓRICO

1.3.1 ANTECEDENTES

a) NACIONALES

Adrianzen L. (Chimbote 2019) En su investigación se encontró que los estudiantes adolescentes tienen un buen conocimiento sobre métodos anticonceptivos, pero así mismo muestra una mala disposición para poder usar dichos métodos (1).

Lozano M. (Chachapoyas 2019) En su nivel de investigación sobre el conocimiento y actitud de la población de Chachapoyas, hacia los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad, demostró que el 72 % de las personas saben que las personas con retraso mental o con alguna discapacidad mental son más propensas a tener violencia (2).

b) INTERNACIONALES

Diaz S, Capella D. (Chile 2017) En su investigación sobre la anticoncepción para personas en situación de discapacidad nos indica que los inyectables de solo progestágeno son una buena opción por su eficacia y duración, pero los

métodos que tienen larga duración son de primera elección para evitar un embarazo (3).

Marinello Z. (Cuba 2014) En su investigación sobre la prevención del embarazo en adolescentes con retraso mental leve llegaron a la conclusión de que el inicio de la actividad sexual se produce a los 15 años a 17 años mientras la edad para ser padres es de 18 años a 20 años. Eligiendo el preservativo como método anticonceptivo pese a que existe deficiencia en la preparación y la prevención de las consecuencias de un embarazo (4).

1.3.2 CONCEPTOS BÁSICOS

a) MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

DEFINICIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Estos son métodos, medicamento o herramientas utilizados para prevenir el embarazo algunos de los cuales funcionan mejor que otros. El método elegido dependerá de las preferencias de la mujer en función de su estado de salud (5).

Los métodos son medicamentos que contienen sustancias que se usan de forma voluntaria para planificar una familia con la finalidad de prevenir embarazos no deseados.

CLASIFICACIÓN:

➤ TEMPORALES.

1) Métodos de abstinencia periódica.

2) Método de lactancia materna exclusiva y amenorrea (MELA).

3) Métodos de barrera.

4) Hormonales.

5) Dispositivos intrauterinos.

➤ **DEFINITIVOS.**

El ministerio de salud no acepta el coitus interruptus o practicas folclóricas por su alta efectividad y falta de base científica (6).

➤ **MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS TEMPORALES:**

1) MÉTODOS DE ABSTINENCIA PERIÓDICA:

Este método se basa en identificar los signos y síntomas asociados a los periodos fisiológicos de fertilidad e infertilidad, así como en utilizar los periodos infértiles para la actividad sexual ninguno de estos métodos anticonceptivos protege contra las infecciones de transmisión sexual (6).

a) MÉTODO DE OGINO-KNAUS, RITMO O CALENDARIO.

Abstención de las relaciones coitales durante la fase fértil del ciclo menstrual (6).

Mecanismo de acción

Abstención regular durante el periodo fértil para evitar el embarazo.

Tasa de falla

- Teórica el 9% de 100 embarazos durante el primer año.
- Real el 25% de 100 embarazos durante el primer año.

b) MÉTODO BILLINGS, DE LA OVULACIÓN O DEL MOCO CERVICAL

Abstinencia de las relaciones coitales por la presencia de humedad en la zona genital.

Mecanismo de acción

Abstinencia periódica durante el periodo fértil para evitar el embarazo.

Tasa de falla

- Teórica el 3% de 100 embarazos durante el primer año.
- Real el 25% de 100 embarazos durante el primer año.

c) MÉTODO DE LOS DIAS FIJOS O DEL COLLAR

Abstinencia periódica durante el periodo fértil para evitar el embarazo apoyándose en las perlas de colores (marrón, rojo y blanco) (6).

Mecanismo de acción

Abstinencia periódica durante el periodo fértil para poder así evitar un embarazo.

Tasa de falla

- Teórica el 3% de 100 embarazos durante el primer año.
- Real el 25% de 100 embarazos durante el primer año.

2) MÉTODO DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y AMENORREA (MELA).

Método anticonceptivo natural que dura mientras amamantas (6).

Mecanismo de acción

Detener de la ovulación aumentando la prolactina para evitar el embarazo.

Tasa de falla

- Teórica el 1% de 100 embarazos durante el primer año.
- Real el 2% de 100 embarazos durante el primer año.

3) MÉTODOS DE BARRERA

Basado en la creación de una barrera que impide que los espermatozoide se unan al ovulo (6).

a) CONDÓN MASCULINO

Funda fina de látex, sin nonoxinol 9, que se coloca en el pene antes de las relaciones coitales.

Mecanismo de acción

Impide que los espermatozoides accedan al tracto reproductivo femenino.

Tasa de falla

- Teórica el 2% de 100 embarazos durante el primer año.
- Real el 15% de 100 embarazos durante el primer año.

b) CONDÓN FEMENINO

Se trata de una funda ancha y delgada hecha de polímero de nitrilo que se inserta en la zona vaginal antes de la relación coitales (6).

Mecanismo de acción

Impide que los espermatozoides entren en el tracto reproductivo femenino.

Tasa de falla

- Teórica el 5% de 100 embarazos durante el primer año.
- Real el 21% de 100 embarazos durante el primer año.

4) MÉTODOS HORMONALES

Se dividen en: hormonales combinados y de solo progestágenos (6).

a) ANTICONCEPTIVOS HORMONALES COMBINADOS

○ ANTICONCEPTIVO ORAL COMBINADO

Son aquellos que contienen estrógenos y progestágenos para administración por vía oral.

Mecanismo de acción

Inhibición de la ovulación.

Tasa de falla

- Teórica el 0.3% de 100 embarazos durante el primer año.
- Real el 8% de 100 embarazos durante el primer año.

Forma de uso

- consumo diario.
- Entre el primer y el quinto día de la menstruación.

○ **ANTICONCEPTIVO HORMONAL COMBINADO DE DEPÓSITO:**

Poseen estrógenos y progestina (6).

Mecanismo de acción

Inhibición de la ovulación.

Tasa de falla

- Teórica el 0.05% de 100 embarazos durante el primer año.
- Real el 3% de 100 embarazos durante el primer año.

Forma de uso

- La administración es vía intramuscular.
- Entre el primer y el quinto día de la menstruación.

Seguimiento:

Al mes para su control así como para el suministro del mismo.

b) ANTICONCEPTIVO HORMONAL SOLO DE PROGESTINA

○ **INYECTABLE SOLO DE PROGESTINA (AMPOLLA TRIMESTRAL).**

Son aquellos que solo contienen progestina (6).

Mecanismo de acción

Inhibición de la ovulación.

Tasa de falla

- Teórica el 0.3% de 100 embarazos durante el primer año.
- Real el 3% de 100 embarazos durante el primer año.

Forma de uso

- La administración es intramuscular.
- Entre el primer y el quinto día de la menstruación.

Seguimiento

- Trimestralmente, para su evaluación así, como para la provisión del mismo.
- Brindar atención integral en salud sexual.

Efectos Secundarios

- Sangrado.
- Amenorrea.
- Sangrado prolongados.
- Cefalea.
- Acné.
- Alteraciones del peso.
- Dolor abdominal severo.

Contraindicaciones

- Enfermedad hepática
- Diabetes con más de 20 años
- Cáncer de mama
- Accidente cerebro-vasculares

○ **IMPLANTE SOLO DE PROGESTINA**

Se trata de capsulas delgadas y flexibles que se insertan debajo de la piel de la parte superior interna del brazo. Ofrece protección por 3 años y no contiene estrógenos. Contiene 68 mg de etonogestrel (6).

Mecanismo de acción

Inhibición de la ovulación.

Tasa de falla

- Teórica el 0.05% de 100 embarazos durante el primer año.
- Real el 1% de 100 embarazos durante el primer año.

Forma de uso

- Usuarías que deseen optar el método anticonceptivo.
- Insertar entre el primer y quinto día de la menstruación.
- Colocar por personal capacitado.

Seguimiento

- Citar a los 3 días, al mes, 3 meses y al año post inserción.
- Brindar consejería en salud sexual y reproductiva.

Efectos secundarios

- Sangrado.
- Amenorrea.

- Cefalea.
- Acné.
- Alteración del peso.
- Rigidez mamaria.
- Infección en el lugar de la inserción.

Contraindicaciones

- Sangrado vaginal
- Trombosis
- Cáncer de mama
- hepatopatías
- Mujeres que toman barbitúricos

5) DISPOSITIVO INTRAUTERINOS (DIU)

a) DISPOSITIVO INTRAUTERINO LIBERADOR DE COBRE T Cu 380 A

Se insertan en la cavidad uterina y liberan cobre. La T de COBRE 380 A tiene una duración de 12 años y se pueden encontrar en los establecimiento del ministerio de salud (6).

Mecanismo de acción

Afecta la capacidad de los espermatozoides destruyéndolos o inmovilizándolos.

Tasa de falla

- Teórica el 0.6% de 100 embarazos durante el primer año.
- Real el 0.8% de 100 embarazos durante el primer año.

Forma de uso

- Mujeres que deseen usar el método anticonceptivo.

- Insertar en los cinco primeros días de la menstruación.
- Colocar por profesional capacitado.

Seguimiento

- Citar a los siete días pos inserción, luego al mes y al año.
- Promover las atenciones integrales de salud sexual y reproductiva.

Efectos secundarios

- Dismenorrea severa.
- Amenorrea.
- Sangrado.
- Dolor abdominal o pélvico.
- Enfermedad inflamatoria pélvica.
- Perforación uterina.

Contraindicaciones

- Embarazo
- Sepsis puerperal
- Sangrado vaginal
- Cáncer cervical
- Tuberculosis pélvica
- SIDA / ITS
- Enfermedad inflamatoria pélvica

➤ MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DEFINITIVOS

Estos son métodos anticonceptivos permanentes que se llevan a cabo mediante un procedimiento quirúrgico (6).

1) BLOQUEO TUBÁRICO BILATERAL (BTB)

Se realiza mediante un procedimiento quirúrgico electivo, cuyo objetivo es evitar que los espermatozoide se unan con el ovulo a nivel de las trompas de Falopio (6).

Mecanismo de acción

Es la oclusión de las trompas de Falopio para impedir la unión del ovulo con el espermatozoide.

Tasa de falla

- Teórica el 0.5% de 100 embarazos durante el primer año.
- Real el 0.5% de 100 embarazos durante el primer año.

Efectos secundarios

- Se desconoce los efectos colaterales.

Seguimiento

- citar al tercer día post operación y al séptimo día post operatorio.
- posteriormente serán citadas anualmente.
- Promover las atenciones integrales de salud sexual y reproductiva.

2) VASECTOMÍA

Esta destinada a ligar o cortar los conductos deferentes en los testículos del hombre (6).

Mecanismo de acción

Es la obstrucción o corte de los conductos deferentes que impiden la salida de los espermatozoides.

Tasa de falla

- Teórica el 0.15% de 100 embarazos durante el primer año.
- Real el 0.15% de 100 embarazos durante el primer año.

Efectos secundarios

- Se desconoce los efectos colaterales.

Seguimiento

- citar al tercer día post operación y al séptimo día post operatorio.
- Promover las atenciones integrales de salud sexual y reproductiva.

b) RETARDO MENTAL

DEFINICIÓN

Es el funcionamiento intelectual por debajo del promedio, que ocurre junto con deficiencias adaptativas y emerge durante el período de desarrollo (7, 8).

Se refiere que la actividad intelectual será por debajo del promedio normal, y no solo consiste en esto ya que viene con problemas de adaptación y se va presentar siempre antes de la mayoría de edad.

ETIOLOGÍA

Los modelos adaptativo, biomédico y sociocultural, Los partidarios del primer modelo insisten en cambios fundamentales. El segundo pone mas énfasis en el funcionamiento social y la adaptación (7, 8).

Los tipos de adaptación, biomédico y sociocultural simbolizan las 2 uniones principales al concepto de retraso mental. Hay un grupo del primer modelo que persiste en las alteraciones básicas del cerebro como factor principal del diagnóstico. Y los que apoyan el segundo modelo se basan más que todo en la importancia de las adaptaciones generales a normas aceptadas.

Se cree en gran medida que la etiología es multifactorial, y una combinación de factores. Los factores causales están dispersos: 50% factores hereditarios, 30% cambios temprano en el desarrollo embrionario, 50%, trastornos somáticos infantiles; mientras que las influencias ambientales y los trastornos mentales entre el 15 y el 20% de los casos (7, 8).

La etiología se estima mayormente multifactorial y la mezcla de estos diferentes factores etiológicos va supeditar la gran diversidad de demostraciones clínicas. El 30% o 40 % de todos los casos estudiados en la atención externa no se ha podido identificar una etiología conocida y eso que fueron sujetos a complejas evaluaciones, pero se llegó a una conclusión de que el 50% se debe a una condición hereditaria, un 30% por alteraciones en la etapa embrionaria, y un 50% se refieren a trastornos somáticos en la niñez.

GRADOS DE RETARDO MENTAL

Se considera que su principal característica. Es un déficit de funciones intelectuales. El cociente intelectual (C.I) se tiene en cuenta al clasificar los grados de retraso mental (7, 8).

La carencia en la actividad intelectual es considerada como la primordial particularidad. Tomando en cuenta el coeficiente intelectual, para catalogar los niveles de retraso se debe aplicar individualmente a pruebas de inteligencia personalizadas y que tendrán que estar acostumbradas a la cultura de la comunidad a la cual pertenece.

Las escalas de madurez y adaptación social aportan información complementaria, siempre que se adapten al entorno cultural del paciente y deben complementarse con entrevistas a los padres del paciente o a personas que lo cuidan y son conscientes de su discapacidad en las actividades de su discapacidad en las actividades cotidianas (7, 8).

Las gamas de desarrollo social y de adecuación darán más información complementaria pero si estas están acondicionadas al medio cultural del individuo, se deberá consumir con interrogar a los padres de familia o personas al cuidado del individuo y que saben sobre su discapacidad. Este diagnóstico debe de considerarse como transitorio.

- **Retraso mental leve**

Llamado también debilidad mental. Se considera un cociente intelectual (C.I) de 50 a 69.

Conocido como debilidad mental, este se clasifica por que el individuo tiene el coeficiente intelectual mayor a 50 y menor a 69 según la clasificación.

Se trata de pacientes que dominan tarde el lenguaje, aunque son capaces de mantener una conversación. La mayoría logra independencia para cuidar de sis

mismos. Las mayores dificultades se dan en las actividades escolares especialmente en lectura y escritura (7, 8).

Estos pacientes obtienen el habla tarde, pero son competentes para tener una conversación, pueden expresar diariamente sin problemas. La gran mayoría es autosuficiente para su propio cuidado como ir al baño, comer vestirse, asearse, etc. el gran problema surge al momento de estudiar al escribir, leer, rinden mejor en cosas prácticas.

Cuando el retraso va acompañado de una falta de madurez emocional o social destacadas, pueden presentarse dificultades (7, 8).

Si a este retraso se añade falta de madurez social o emocionalmente, se presentara a futuro problemas para poder formar una familia, en la formación y educación de los hijos, así como la adecuación a la cultura.

- **Retraso mental moderado**

Los pacientes muestran una lentitud en el desarrollo de la comprensión y el uso del lenguaje (7, 8).

Conocido también como oligofrenia, idiocia, en este nivel los pacientes reflejan una dilación en el desarrollo de la comprensión y uso de lenguaje, tienen un ámbito limitado, en la escuela son limitados y ellos aprenderán solo lo básico para poder leer escribir.

Tienen dificultad para su cuidado personal. Sus funciones motrices son pobres, y necesitan de una supervisión permanente. Cociente intelectual (C.I.) entre 35 y 49, en el trabajo desarrollan labores prácticas y sencillas (7, 8).

Se les hace difícil mantener su cuidado y aseo personal, sus funciones cinéticas son muy carentes y van a necesitar de vigilancia constante. El porcentaje del coeficiente intelectual estar entre mayor a 35 y menor 49, en lo laboral podrán hacer cosas muy fáciles y prácticas, siempre y cuando este muy bien explicada y en todo momento tendrán que ser supervisados.

En la literatura psiquiátrica se consignan no pocos casos de retardo mental con memoria prodigiosa (7, 8).

Ha habido casos que se estipula en la literatura psiquiátrica que hubieron pacientes con una memoria asombrosa especialmente cuando se trata de números o los casos reportados de leer periódicos y luego los repetía tal cual los había leído o de otro caso que después de oír un discurso lo repetía tal cual pero sin comprender lo que este decía.

- **Retraso mental grave**

Llamado también subnormalidad mental grave u oligofrenia grave. Se considera un coeficiente entre 20 y 34 (7, 8).

Conocido también como la oligofrenia grave en este caso el nivel del coeficiente intelectual sería entre mayor 20 y menor a 24 de coeficiente intelectual.

Su etiología es orgánica, la gran mayoría de los pacientes presenta marcado déficit motor o anormalidad del desarrollo del Sistema Nervioso Central (7, 8).

El paciente con oligofrenia grave muestra una condición clínica muy severa, esencialmente su etiología es orgánica que está acompañada de un carente o suprimido desarrollo del lenguaje, que siempre necesita una anamnesis indirecta.

En este caso los pacientes tendrán un gran problema motor o daño central.

- **Retraso mental profundo**

Llamado también subnormalidad profunda. Se considera que el coeficiente intelectual es inferior a 20 (7, 8).

Conocido como oligofrenia profunda o subnormalidad profunda este tipo de personas tienen un coeficiente menor a 20 (7, 8).

Los pacientes de este grupo poseen una capacidad muy limitada para satisfacer sus necesidades básicas y requieren asistencia. No demuestran capacidad de comprender instrucciones. Su comunicación no verbal es muy sencilla; muestra movilidad muy limitada (7, 8).

Estos pacientes van a tener una capacidad limitada para poder realizar o cuidar de las necesidades más básicas, siempre van a requerir apoyo y vigilancia permanente, es muy difícil que comprendan normas básicas y menos actuar conforme a ellas, la comunicación no verbal que usan es muy primario, tienen movimientos muy limitados o en algunos casos no existen y no podrán controlar sus esfínteres.

La etiología es generalmente orgánica. Suele ir acompañada de graves trastornos somáticos y neurológicos, así como de epilepsia, el autismo atípico es común, especialmente en quienes pueden caminar (7, 8).

Nos manifiestan que su etiología orgánica, que siempre estará asociada a trastornos neurológicos y somáticos graves y por lo tanto estos van a dañar la motricidad, donde son comunes las alteraciones auditivas, visuales, aquí podemos encontrar al autismo atípico, así como también los trastornos generales de desarrollo la más graves.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de retraso, cualquiera sea el grado, debe realizarse con mucho cuidado y por un profesional experimentado. Un diagnóstico erróneo puede provocar prejuicios familiares y sociales (7, 8).

El descarte de retraso, dependiendo del grado que sea, siempre se tiene que hacer con sumo cuidado y claramente con un profesional capacitado. Ya que si se realiza un diagnóstico errado, va causar afecciones irremediables en el futuro del infante, así como tabús sociales, familiares.

○ **Historia clínica**

Anamnesis individual y familiar. La historia del embarazo y del parto (7, 8).

Se tiene que tener una anamnesis personalizada y del entorno familiar, los antecedentes de la gestación y del momento del parto, la cognación de los padres así como también si existe algún trastorno hereditario en el seno familiar.

- **Examen físico**

Esto debe incluir una observación cuidadosa de los niveles de actividad del niño y de otras personas con objetos inanimados. El examen físico debe ser minucioso y objetivo (7, 8).

Debería hacerse una observación meticulosa referente al nivel de actividad del niño y verificar cuanta interacción hay con el padre, madre, con familiares, cosas inertes, es por eso que el examen físico tiene que ser imparcial y minucioso.

- **Pruebas de laboratorio**

Exámenes bioquímicos, serológicos, citogenéticos, resonancia magnética (7, 8).

Para poder detectar estos tipos de trastornos debe de tener ciertos tipos de pruebas como Resonancia magnética, exámenes serológicos, bioquímicos, radiografías, tomografías, etc.

- **Examen psiquiátrico**

Incluye la entrevista, la historia psiquiátrica y el examen del estado mental. Son comunes los cambios de comportamiento como hiperactividad, irritabilidad y agresividad (7, 8).

Este examen se realiza a través de la entrevista y se redacta la historia clínica, así mismo durante el examen la persona puede presentar conducta de hiperactividad o agresión que es común en ellos.

c) ANTICONCEPTIVA PARA USUARIA CON RETRASO MENTAL

Las personas con discapacidad deben de tener la accesibilidad en condiciones de igualdad con las demás personas, a todas las formas de atenciones en salud sexual y reproductiva, como parte del derecho a formar una familia y preservar su fertilidad.

Los métodos anticonceptivos temporales como: píldoras, preservativos masculinos y femeninos no son recomendables para las adolescentes con discapacidad mental, ya que puede tal vez no pueden tener la destreza adecuada para su uso.

Los anticonceptivos reversibles de larga duración como: implantes subdérmicos de solo progestágeno, dispositivos intrauterinos de cobre o levonorgestrel son los de primera línea para la prevención de un embarazo en los adolescentes con discapacidad mental, facilitan los cuidados reproductivos y son seguros para la salud de los adolescentes teniendo una duración de 3 años a 10 años.

Los anticonceptivos inyectables de solo progestágeno son una buena opción por su duración y eficacia, facilitando la higiene en las mujeres con retraso mental porque provoca amenorrea y se encuentran en segunda categoría por el impacto en la masa ósea en las mujeres menores de 18 años.

La anticoncepción definitiva es recomendada para las personas con retardo mental severo, estas personas no tienen la capacidad de dar un consentimiento voluntario y tiene que intervenir terceras personas.

Los adolescentes con discapacidad presentan mayor riesgo de desprotección, vulnerabilidad y abandono social. Pese a ellos tiene los mismos derechos y el acceso igualitario a oportunidades en la salud sexual y reproductiva. (3,9)

CAPÍTULO II

CASO CLÍNICO

2.1 OBJETIVOS

2.1.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar el tipo de métodos anticonceptivos en adolescente con retraso mental leve atendida en el centro de salud de Andarapa – Apurímac 2019.

2.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar el tipo de asesoría en metodología anticonceptiva en paciente adolescente con retraso mental leve atendida en el centro de salud de Andarapa – Apurímac 2019
- Identificar el método anticonceptivo adecuado para paciente adolescente con retraso mental leve atendida en el centro de salud de Andarapa – Apurímac 2019
- Brindar el adecuado método anticonceptivo para paciente adolescente con retraso mental leve atendida en el centro de salud de Andarapa – Apurímac 2019

HISTORIA CLINICA

ANAMNESIS

2 Día: 30/08/2016 10:00 horas

Motivo de consulta (Anamnesis antes del uso de métodos anticonceptivos)

“Paciente adolescente acude al establecimiento de salud con sus familiares y autoridades de la comunidad, manifiestan que es víctima de abuso sexual, paciente poco colaboradora refiriendo que tiene pareja hace tiempo”.

Resultado: test de embarazo (Positivo).

“Se procede a explicar a los familiares y a las autoridades de la comunidad que la adolescente tiene problemas mentales aparentemente y que se encuentra embarazada y que se va a realizar exámenes de laboratorio e interconsultas a diferentes profesionales”.

Edad: 16 años.
Natural de: Apurímac.
Estado civil: Soltera.
Ocupación: Ninguna.
Instrucción: Primaria incompleta.
Religión: Evangélica.

Antecedentes personales y familiares

Se investiga a la paciente y se indaga donde no se encuentran antecedentes personales ni familiares.

Peso pre gestacional: 51.500 kilogramos Talla: 141.2 centímetros.

Índice de masa corporal: 25.9 (Sobrepeso).

Funciones biológicas: Aparentemente conservadas.

Antecedentes gineco-obstétricos:

Menarquia: No se sabe Inicio de relaciones sexuales: 16 Años.

Métodos anticonceptivos: Ninguno Papanicolaou: Ninguno.

Gestación: 0 Paridad: 0000

Fecha de última regla: 05/07/2016 (Por ecografía).

Fecha probable de parto: 12/05/2017 (Por ecografía).

Edad gestacional: 8 semanas ecografía.

Diagnóstico:

- Primigesta de 8 semanas por ecografía.
- Descartar retraso mental leve a moderado.
- Descartar violencia sexual.

Interconsultas: medicina, ecografía, laboratorio y psicología.

Reporte de ecografía:

- Diagnóstico de primigesta de 8 semanas por Longitud céfalo nalga.

Reporte de psicología:

Se aplico el tamizaje de trastornos del comportamiento y de las emociones, se utiliza test proyectivo, se utiliza test de bender, tamizaje de violencia.

- Diagnóstico de retraso mental leve.

Reporte de laboratorio:

- Evaluación y entrega de resultados de laboratorio de sangre normales, examen completo de orina patológico

Se brinda tratamiento de para la infección urinaria de nitrofurantoina de 100 mg cada 8 Horas por 7 días vía oral.

Nota: Se da parte a la policía de los hechos sucedidos sobre la gestante adolescente con problemas de retraso mental.

Atenciones Prenatales

Atención prenatal	Primera	Segunda	Tercera	Cuarta	Quinta	Sexta	Séptima	Octava
Fecha	30/08/2016	28/09/2016	23/10/2016	28/11/2016	28/12/2016	28/01/2017	28/02/2017	26/03/2017
Edad gestacional En semanas	8	12	16	20.5	25.1	29.2	33.5	37.4
Peso En kilogramos	51.8	52.7	53.5	53.1	53.9	53.6	53.9	54.6
Temperatura En grados centígrados	36	36	36	36	36	36	36	36
Presión arterial En milímetros de mercurio	80/40	70/40	70/40	70/40	70/40	70/50	80/60	90/60
Pulso en un minuto	72	88	84	80	80	88	88	80
Altura uterina en centímetros	No aplica	No aplica	11	16	25	25	27	32
Situación	No aplica	No aplica	No aplica	Longitudinal	Longitudinal	Longitudinal	Longitudinal	Longitudinal
Presentación	No aplica	No aplica	No aplica	Cefálico	Cefálico	Cefálico	Cefálico	Cefálico
Posición	No aplica	No aplica	No aplica	derecho	Izquierdo	derecho	Derecho	Derecho
Frecuencia cardiaca fetal Por minuto	No aplica	No aplica	146	148	140	136	136	150o
Movimientos fetales en cruces	No aplica	No aplica	No aplica	++	++	++	++	++
Proteinuria	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	Negativo	Negativo	Negativo	Negativo
Edema	Sin Edema	Sin edema	Sin edema	Sin edema	Sin edema	Sin edema	Sin edema	Sin edema
Reflejos osteotendinosos en cruces	++	++	++	++	++	++	++	++
Examen del pezón	formado	formado	formado	formado	formado	formado	formado	formado
Hierro 300 mg + Ácido fólico 05 mg	No aplica	No aplica	30	30	30	30	30	30
Calcio 500 mg	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	60	60	60
Acido fólico 0.5 mg	30	30	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica
Consejería	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Edad gestacional por ecografía	8 Semanas	No	No	No	No	No	No	No
Perfil biofísico	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No se realizó	No Se Realizo	No Se Realizo
Próxima cita	28/09/2017	28/10/2017	28/11/2017	28/12/2017	28/01/2018	28/02/2018	15/03/2018	01/04/2018
Visita domiciliaria	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Plan de parto	Primer control	No	No	Segundo plan de parto	No	Tercer plan de parto	No	No

3 Día: 01/04/2017

10:00 horas

“Paciente acude al establecimiento de salud con su abuelito para su atención prenatal aparentemente asintomática con funciones vitales estables.

Piel y mucosas: húmedas, rosadas, **Mamas:** normales, **Abdomen:** Grávido por gestación, **altura uterina:** 32 centímetros, latidos cardiacos fetales:110 por minuto. **Movimientos fetales:** Normales **Dinámica uterina:** sin dinámica uterina.

Se comienza a monitorizar los latidos cardiacos fetales oscilando entre 100 a 110 por minuto y se monitoriza durante 10 minutos, se comunica a medico de turno para coordinación”.

Genitales externos: Normales, **Perdida de sangrado vaginal:** Negativo, **Perdida de líquido amniótico:** Negativo, **Miembros inferiores:** Normales.

Diagnóstico:

- Primigesta adolescente de 38.4 semanas por ecografía.
- Bradicardia fetal aguda.
- Retraso mental leve.

Tratamiento:

- Cloruro de Sodio 9% a 30 gotas por minuto.
- Oxigeno Terapia 5 litros por minuto.
- Posición de cubito lateral izquierdo.
- Monitoreo materno fetal estricto.

Se coordina la referencia al hospital sub regional de Andahuaylas Hugo Pessce Pescetto.

➤ **Día: 08/04/2017** **16:00 horas**

“Paciente puérpera mediata acude con su familiar al establecimiento de salud con referencia del hospital de Andahuaylas con el diagnóstico de cesareada por sufrimiento fetal agudo.

Signos y síntomas: Aparentemente asintomática.

Examen físico: Aparentemente normales.

Abdomen: Blando, se evidencia herida operatoria de 10 centímetros en buenas condiciones de cicatrización, se procede a retirar los puntos de la operación”.

Diagnóstico:

- Puérpera mediata.
- Control puerperal primero.
- Post cesareada por sufrimiento fetal agudo.

Cita: 01/05/2017

2.2 SUCEOS RELEVANTES DEL CASO CLÍNICO

➤ **Día: 01/05/2017** **10:00 horas**

“Paciente acude al establecimiento de salud acompañada de un familiar para su control puerperal del mes, se logra convencer al familiar para que autorice y se le pueda colocar la ampolla trimestral. Se recalca que se ira a visitar a su domicilio cada vez que le toque la ampolla para poder prevenir algún embarazo posterior ya que ella esta propensa ante cualquier circunstancia”.

Signos y síntomas: Aparentemente asintomática.

Examen físico: aparentemente normales

Abdomen: Blando, se evidencia herida operatoria en buenas condiciones de cicatrización.

Diagnóstico:

- Puérpera mediata.
- Post cesareada.
- Prescripción de método anticonceptivo inyectable trimestral.
- Usuaria captada.

Cita: 01/08/2017 (planificación familiar)

➤ **Día: 01/08/2017** **16:00 horas**

“Se realiza seguimiento a paciente adolescente, encontrándola en su domicilio con su familiar a quien se le indica que se le colocara una ampolla a su nieta para que no salga embarazada, el abuelo da la autorización y se procede a aplicar el método anticonceptivo”

❖ **Diagnóstico:**

- Repetición de método inyectable trimestral.

Cita: 01/11/2017 (planificación familiar)

➤ **Día: 01/11/2017** **07:00 horas**

Se realiza visita domiciliaria a adolescente usuaria de método anticonceptivo inyectable, encontrándola en su domicilio con su familiar en la cual se le aplica su método, paciente aparentemente asintomática.

❖ **Diagnóstico:**

- Repetición de método inyectable trimestral.

Cita: 01/02/2018 (planificación familiar)

➤ **Día: 01/02/2018** **06:00 horas**

“Se realiza visita domiciliaria a paciente usuaria de método anticonceptivo, se encuentra en su domicilio con su menor hijo y familiar se aplicar una ampolla de método anticonceptivo y también se le encuentra con un poco de rinitis y tos”.

Al examen:

Presenta placa blanca en amígdalas con inflamación.

❖ **Diagnóstico:**

- Faringitis aguda.
- Repetición de método inyectable trimestral.

Cita: 01/05/2018 (planificación familiar)

➤ **Día: 01/05/2018** **17:00 horas**

“Se realiza visita domiciliaria a usuaria de método anticonceptivo, se conversa con sus familiares indicándole la situación de su hija y posibles cosas que puedan sucederle se sensibiliza sobre los métodos de larga duración como la T de Cobre, el implante y la ligadura de trompas de Falopio, así también indicando que hay ciertos métodos anticonceptivos que no servirían porque es un caso muy especial y que esta propensa a sufrir violencia sexual entre otros si no se tiene cuidado con ella, familiares no aceptan otro método anticonceptivo indicando que produce cáncer o tumor, solo acceden al método de inyectable trimestral”.

❖ **Diagnóstico:**

- Repetición de método inyectable trimestral.

Cita: 01/8/2018 (planificación familiar)

➤ **Día: 05/08/2018** **09:00 horas**

“Se le realiza visitada domiciliaria a usuaria de método anticonceptivo, en presencia de las autoridades de la comunidad se lleva el método del implante y se le muestra a los familiares se indica que este método va durar 3 años y que será colocado en su brazo, y que no se le va estar inyectando el método de la ampolla trimestral y que es mejor para ella por tener problemas mentales, este método no va ocasionar molestias en su cuerpo y que si no le gusta podemos retirarlo si en caso siente molestias las autoridades intervienen con la familia y ayudan explicando en quechua aceptando que le coloquen el método. Se le lleva al establecimiento de salud para colocar el método”.

❖ **Diagnóstico:**

- Inserción de implante.
- Cita: a los 7 días. (control de implante).

2.3 DISCUSIÓN:

En el presente estudio nos demuestra que los diagnósticos médicos respecto al grado de retraso mental son importantes para el adecuado uso y eficacia de los métodos anticonceptivos. Existen personas diagnosticadas con retraso mental leve a moderado que no podrían ser conscientes del uso de los anticonceptivos.

En el presente trabajo académico se brindó la consejería a los 30 días post parto a la paciente adolescente junto con su familiar indicándole las ventajas y desventajas de los métodos anticonceptivos.

El presente trabajo académico se relaciona con Lozano M. donde los adolescentes con retardo mental son más propensos a sufrir abuso sexual.

En el presente trabajo académico se relacionó con la investigación de Diaz S, Capella D. donde queda demostrado que los métodos inyectables de solo progestágeno es una de las mejores alternativas para estos casos.

El presente trabajo académico se relaciona con Marinello Z. donde el inicio de las relaciones sexuales en los adolescentes con retraso mental se da entre los 15 a 17 años.

El presente trabajo académico nos indica que los métodos de larga duración son los métodos de primera elección para las adolescentes con problemas mentales.

Las personas con problemas de retraso mental mayormente no acuden a una institución de salud, a pesar que tienen los mismos derechos y oportunidades que los demás.

2.4 CONCLUSIONES:

Durante el presente estudio se determinó el mejor método anticonceptivo para los adolescentes con retraso mental.

Se identificaron los métodos anticonceptivos para la adolescente con retraso mental teniendo como métodos temporales: inyectables mensuales. inyectables trimestrales e implantes en los métodos definitivos: ligadura de trompas y vasectomía.

Se brindó el método anticonceptivo y se asoció significativamente a su estado mental de la adolescente con retraso metal siendo la mejor elección el implante subdérmico por su tiempo de duración y creencias culturales.

2.5 RECOMENDACIONES:

Establecer como estrategia de salud sexual y reproductiva en los establecimientos de atención primaria en salud el uso de métodos anticonceptivos a pacientes con retardo mental previo consentimiento de sus familiares o autoridades locales.

Contar con métodos anticonceptivos de larga duración teniendo la disposición para adolescentes o personas con retardo mental para así poder prevenir embarazos no deseados

Crear políticas de salud diferenciadas para las personas con problemas de retraso mental o alguna discapacidad en el Perú.

BIBLIOGRAFÍA

1. Adrianzén L. Relación entre el nivel de conocimiento y la actitud hacia los métodos anticonceptivos en los adolescentes de la I.E. La Unión - Piura, 2019. [Tesis de pregrado]. Piura: Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Los Ángeles de Chimbote; 2019.
2. Lozano M. Nivel de conocimiento y actitudes de la población de Chachapoyas, en derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad, distrito de Chachapoyas – amazonas 2019 [Tesis de pregrado]. Amazonas: Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Inca Garcilaso de la Vega; 2019.
3. Díaz S. Capella D. Anticoncepción para personas en situaciones de discapacidad 2017. Disponible en: <https://docplayer.es/74981297-Anticoncepción-para-personas-en-situación-de-discapacidad.html>
4. Marinello Z. conocimiento sobre prevención del embarazo en estudiantes adolescentes con retraso mental ligero. Vol. 39, numero 12 diciembre 2014 Disponible en: <https://salutsexual.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD30903.pdf>
5. Oficina para la Salud de la Mujer. Métodos anticonceptivos [internet] 2020[citado el 18 de julio del 2022]. Disponible en: <https://espanol.womenshealth.gov/a-z-topics/birth-control-method>
6. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud de Planificación familiar. internet] 2017 [citado el 3 de agosto del 2022]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4191.pdf>

7. Vallejo J. introducción a la Psicopatología y Psiquiatría, Tercera edición. Barcelona, Salvat, 1991.
8. Vidal G. y Alarcón R. Psiquiatría, Buenos Aires, Editorial Panamericana, 1986.
9. Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos, tercera edición, 2018 disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK583463/>