

INFORME FINAL TRABAJO DE GRADO

Antecedentes de Riesgos Materno Perinatales en niños y niñas con discapacidad intelectual y trastornos de la conducta: Estudio retrospectivo. Santander de Quilichao (Cauca) 2022

Trabajo de grado para optar por el título de fonoaudiólogo(s)

DANIELA IDROBO PERDOMO
DIEGO FERNANDO VÁSQUEZ MONTERROZA
Estudiantes X semestre
Programa Académico de Fonoaudiología

Julián Herrera
M. MD, FOM, PhD, PDPH.
Profesor Titular Emérito y Honorario de Medicina
Grupo Salud Sexual y Reproductiva
Director

Andrea Aguilar Arias
Fonoaudióloga
Magíster en Epidemiología
Grupo Cátedra de Discapacidad y Rehabilitación
Co – directora



UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE REHABILITACIÓN HUMANA
PROGRAMA ACADEMICO DE FONOAUDIOLOGÍA
SANTIAGO DE CALI
2023

Agradecimientos

El paso por la universidad pública nos ha permitido cuestionarnos y reconstruir la forma de ver el mundo, nos ha brindado herramientas para tratar de interpretarlo y procurar comprender nuestro rol en él. Por ello, nos encontramos agradecidos por culminar un proceso que no se define por la meta, aunque está sea la materialización del esfuerzo, sino por los grandes y pequeños momentos que se vivieron en él.

Agradecemos las casualidades que nos permitieron encontrarnos con personas, construarnos, deconstruarnos, encontrarnos a sí mismos y finalizar una carrera con un sin fin de sensaciones.

Y por supuesto, gracias a todas esas personas, desde nuestras madres, padres, abuelos, amigos y profesores que nos acompañaron, sostuvieron, guiaron y apoyaron durante todo lo que conllevó este proceso.

Finalmente, agradecemos a nuestro tutor Julián A. Herrera por su confianza en nosotros, hacernos partícipes de su proyecto y motivarnos en la investigación; a nuestra Cotutora Andrea Aguilar, por aventurarse con nosotros en este proceso, darnos su apoyo y guiarnos, y desde luego a las dos instituciones que nos abrieron sus puertas para llevar a cabo esta investigación.

TABLA DE CONTENIDO

1. Resumen	5
2. Problema de investigación	6
3. Justificación	11
4. Estado del Arte y Referente Teórico	14
4.1. Riesgo Materno Perinatal	14
4.1.1 Preeclampsia	16
4.1.2 Restricción del Crecimiento Intrauterino (RCIU)	16
4.1.3 Anemia materna	17
4.1.4 Hipertensión arterial	17
4.2. Discapacidad	18
4.2.1. Discapacidad Intelectual	19
4.2.1.1 Definición.	19
4.2.1.2. Clasificación.	19
4.2.1.3. Etiología.	20
4.2.1.4. Epidemiología y Prevalencia	21
4.3. Trastorno de la conducta	23
4.3.1. Definición	23
4.3.2. Etiología	23
4.3.3. Clasificación según DSM-V	24
4.4. Modelo de los Determinantes Sociales de la Salud	25
4.5. Profesional de Fonoaudiología	26
5. Objetivos	27
5.1. Objetivo General	27
5.2. Objetivos específicos	28
6. Aspectos metodológicos	28
6.1. Tipo de estudio	28
6.2. Área de estudio	29
6.3. Criterios de inclusión y exclusión	29
6.3.1. Historias clínicas de Niños y niñas.	29
6.3.2. Historias clínicas de Madres.	30
6.4. Recolección de la información	30
6.5. Selección de la población	32
6.6. Variables de interés	33
6.7. fases de la investigación	36
7. Análisis de la información	37
8. Consideraciones éticas	39
9. Resultados	41
10. Discusión de los hallazgos del estudio	58
11. Conclusiones	62
12. Limitaciones del estudio	65



13. Fortalezas del estudio	66
14. Impactos	67
15. Referencias	68
16. Anexos	79
Anexo 1. Aval Fundación.	79
Anexo 2. Aval Hospital.	80
Anexo 3. Variables actualizadas	81
Anexo 4. Aval comité de Ética Universidad del Valle	82
Anexo 5. Formato base de datos	83
Anexo 6. Consolidado de factores de riesgo materno perinatal	84
Anexo 7. Cronograma de actividades	85
Anexo 8. Presupuesto	85

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Variables iniciales HC madres.	33
Tabla 2. Variables iniciales HC niños y niñas.	36
Tabla 3. Condiciones sociodemográficas de las madres durante la gestación.	43
Tabla 4. Condiciones sociodemográficas de las madres durante la gestación; variable edad.	43
Tabla 5. Condiciones de riesgo materno durante la gestación.	44
Tabla 6. Consolidado factores de riesgo materno perinatales	45
Tabla 7. Grado de discapacidad intelectual en las HC de niños y niñas	46
Tabla 8. Clasificación trastornos de conducta en HC de niños y niñas.	46
Tabla 9. Consolidado DI y TC en reporte de niños y niñas.	47
Tabla 10. Relación de condiciones sociodemográficas maternas y discapacidad intelectual	48
Tabla 11. Relación condiciones de riesgo maternas y discapacidad intelectual	49
Tabla 12. Relación de condiciones sociodemográficas maternas y trastorno de conducta.	50
Tabla 13. Relación de condiciones de riesgo maternas y trastorno de conducta.	50
Tabla 14. Consolidado reporte interdisciplinar habilidades comunicativas y sociales de niños y niñas	53

1. Resumen

El presente trabajo de grado se enmarca bajo el Macroproyecto titulado "Prevención materno perinatal para el riesgo cardiovascular y de violencia en jóvenes". **Objetivo:** Describir Riesgos Materno Perinatales a los que fueron expuestas madres de niños y niñas con diagnóstico de discapacidad intelectual y trastorno de conducta que fueron atendidas en el periodo de gestación en un hospital regional de prestación de servicios primarios y complementarios ubicado en Santander de Quilichao, Cauca entre 2008 y 2016. **Métodos:** estudio descriptivo de abordaje cuantitativo, con carácter retrospectivo. En el que se hizo una revisión documental a partir de historias clínicas de dos instituciones ubicadas en el municipio de Santander de Quilichao. El análisis de datos se realizó en el software estadístico STATA versión 16. **Conclusión:** Sobre la información sociodemográfica; la mayoría de las madres tuvieron el parto entre 15 y 19 años (48,38%), 48,39% vivía en zona urbana, el 74,19% en estrato 1, el 58,06% alcanzo educación media, y el 74,19% tenía un régimen de afiliación en salud subsidiado; en cuanto Riesgos Materno Perinatales (RMP) se encontró que: hipertensión arterial (3,23%), anemia (3,23%), preeclampsia (6,45%), sepsis (3,23%), embarazos previos (6,45%), ETS (3,23%), y el tipo de parto que tuvo predominio fue la cesárea (29,03%). Respecto al cruce de información entre RMP, DI y TC se obtuvo que la mayoría de niños y niñas que tienen discapacidad intelectual leve sus madres vivían en zona rural (56,52%), el 78,26% se encontraba en estrato 1, 4,35% presentó HTA y 4,35% anemia; se obtuvo que la mayoría de niños y niñas que tuvieron algún reporte de trastorno de conducta (60%) sus madres vivían en zona urbana, el 50% vivía en estrato 1, el 10% ha tenido una condición de vulnerabilidad, 10% presentó sepsis, el 10% tuvo embarazos previos y se encontró relación entre el reporte de consumo de sustancias psicoactivas y el diagnóstico de discapacidad intelectual moderado-severo con trastorno de la conducta. **Palabras clave:** Discapacidad intelectual, riesgo materno perinatal, trastorno de conducta, fonoaudiología.

2. Problema de investigación

El embarazo de alto riesgo es aquel que tiene la probabilidad de presentar morbilidad o mortalidad antes, durante o después del parto para la madre o para el niño, aumentando los riesgos para la salud de ambos, teniendo una mayor posibilidad de enfermar, morir o presentar secuelas antes o después del parto (Martínez y Pereira, 2016).

Debido a la existencia de condiciones de diferente índole, alrededor del 10% al 30% de las gestaciones pueden considerarse de alto riesgo. Lo anterior, puede generar complicaciones en el curso de la gestación, el parto y el puerperio (Vélez et al., 2013). Entre las complicaciones más frecuentes reportadas en un estudio realizado por Maassen et al., (2008) incluso en embarazos de bajo riesgo fueron: anemia, rotura de membrana previa al trabajo de parto, trastornos hipertensivos, amenaza de parto pretérmino, infección cérvico-vaginal, infección vías urinarias y diabetes gestacional.

En la actualidad, los indicadores utilizados para evaluar los riesgos materno perinatales son la mortalidad materna y mortalidad perinatal (Donoso y Oyarzún, 2012). Los indicadores de muerte materna siguen siendo excesivamente altos, la World Health Organization et al. (WHO, et al. 2023) reporta que *"En 2020, se estima que 287.000 mujeres en todo el mundo murieron por causas maternas, equivalente a casi 800 muertes maternas cada día, y aproximadamente una cada dos minutos"* (p.xiv) siendo la mayoría prevenibles, ocurriendo el 99% de esos casos en países en desarrollo.

Por lo mencionado, el embarazo de alto riesgo se configura un problema de salud pública que evidencia inequidad y vulnerabilidad en la población, destacándose la *"influencia que ejercen los factores sociodemográficos y obstétricos sobre la ocurrencia de la muerte materna, como son la edad, etnia, estado civil, escolaridad, número de gestaciones, periodo del embarazo, lugar del parto y persona que lo asiste, accesibilidad a servicios de salud y utilización de los mismos"* (Martínez y Pereira, 2016, p. 453).

En América Latina y el Caribe según el Grupo de Trabajo Regional para la reducción de muerte materna (GTR, 2021) *"las causas de la mortalidad materna más comunes en la región incluyen la hemorragia, la hipertensión inducida por el embarazo, complicaciones relacionadas con el aborto en condiciones de riesgo, la sepsis, y otras causas directas e indirectas"* (p.1).

Con respecto a Colombia el Instituto Nacional de Salud (INS, 2022) reporta que "durante el 2020 se notificaron 587 muertes maternas", siendo las principales causas la "hemorragia obstétrica con el 19,4% y el trastorno hipertensivo asociado al embarazo con el 16,9 %" (p. 5-6).

De igual modo, en el territorio del Cauca la razón de mortalidad materna presentada por el Boletín Epidemiológico Semanal en el año 2022 fue de 41,2 casos por 100.000 nacidos vivos (INS, 2022). Mera y Alzate (2019) plantean en el estudio realizado en este departamento que dentro del grupo de factores de riesgo para la muerte materna se encontraron causas obstétricas y sociodemográficas como la hemorragia, trastornos hipertensivos del embarazo, edades extremas, zona de residencia, niveles de educación, entre otros.

En el municipio de Santander de Quilichao de acuerdo con lo reportado por Quilisalud (2019) existen condiciones socioculturales que inciden en las altas tasas de mortalidad materna presentando en el año 2016 una razón de 129,7 muertes por cada cien mil nacidos vivos respectivamente.

Por otra parte, Chuquipiondo (2010) comenta que "Los factores de alto riesgo neonatal aumentan de forma significativa la posibilidad de ocurrencia de una discapacidad" (p.7), influyendo considerablemente de esta forma las condiciones de la madre sobre el niño o niña. Por ejemplo "el embarazo en la adolescencia implica una mayor probabilidad de hipertensión, preeclampsia, placenta previa, anemia materna, bajo peso al nacer, prematuridad, ictericia neonatal, síndrome de dificultad respiratoria, sepsis y algunos defectos congénitos, que en general representan situaciones riesgosas

para la salud y el desarrollo del bebé” (Atención integral a la primera infancia, 2013, p.24). Por lo tanto, que el infante desencadene una condición de salud es el resultado de una combinación multicausal de factores biológicos y ambientales lo que posiblemente puede generar alteraciones del desarrollo neurológico.

La Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las personas con Discapacidad (2014) menciona que, la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

De acuerdo con lo anterior, la discapacidad es un fenómeno de salud pública de interés mundial. Se estima que el 15 % de la población mundial vive con algún tipo de discapacidad y que el 2,2 % tienen dificultades de funcionamiento físico. La discapacidad en la población infantil afecta aproximadamente a 95 millones de niños y niñas en el mundo (OMS, 2011).

Los trastornos mentales y de conducta representan el 14% de la carga global de las enfermedades y constituyen una de las principales causas de discapacidad a nivel mundial (Gaytán et al., 2015). Caro et al., (2021) en su investigación mencionan que *“la discapacidad intelectual se reporta en la literatura en el 3% a nivel mundial, incrementándose en la población infantil hasta en un 10%”* (p.139).

Las estimaciones de la prevalencia de niños con discapacidad varían considerablemente según la definición y la medida de discapacidad utilizada. Según resultados del estudio sobre carga mundial de morbilidad, hay 93 millones (5,1%) de niños de 0 a 14 años que experimentan una «discapacidad moderada o grave», de los cuales 13 millones (0,7%) sufren dificultades graves (OMS, 2008). Se indica que la prevalencia de la discapacidad infantil oscila entre el 0,4% y el 12,7%.

En Colombia, los datos reportados por el Ministerio de Salud en los Boletines poblacionales de las Personas con Discapacidad, durante el primer periodo del año 2020

se afirma que las enfermedades más frecuentes en niños, niñas y adolescentes con discapacidad se encuentran los trastornos mentales y del comportamiento con un 18,4% en niños y con un 19,1% en jóvenes (MinSalud, 2020).

Según los resultados del Censo Nacional de Población y Vivienda realizada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE, 2019) hay una prevalencia nacional de 7,1% de personas con dificultades en el funcionamiento humano, de éstos 8,5% corresponde a personas de 0 a 14 años con dificultades en la realización de actividades diarias. La prevalencia estimada para el departamento del Cauca es de 10,9% ubicando a este territorio en el segundo lugar con la prevalencia más alta a nivel nacional después de Nariño. Según datos reportados por el DANE en el año 2020, el departamento del Cauca representa el 6,2% de la población con discapacidad total en Colombia.

En el Boletín de PcD se reportan como causas asociadas a la discapacidad las siguientes: 15,44% alteraciones genéticas y factores hereditarios, 5,45% complicaciones durante el parto y, 1,35% dificultades en la prestación de servicios de salud, entre otras (Minsalud, 2020, p.13).

Adicionalmente, la Dirección de Censos y Demografía del DANE, en el año 2010, dio a conocer la población con registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad. Los datos recogidos reportan que en este territorio durante el mencionado año se encontraban más de 600 niños y niñas entre los 0 y los 14 años de edad que padecían dificultades para el desarrollo de actividades cotidianas.

Es de resaltar, que además de la discapacidad que puede llegar a propiciar los riesgos materno perinatales, estos pueden también desencadenar a futuro dificultades en el aprendizaje y adquisición del lenguaje, pudiendo limitar el desarrollo íntegro de los infantes (Torres y Granados, 2010). Esta asociación puede deberse a que *"mientras mayor sea el número de factores de riesgo, mayores serán las implicaciones cognitivas*

que dificultan la adquisición de procesos aprendidos como el lenguaje” (Torres y Granados, 2010, p.132)

De acuerdo con lo mencionado anteriormente la pregunta de investigación que orienta este trabajo de grado es la siguiente:

¿Cuáles son los Factores de Riesgo Materno Perinatal reportados por madres de niños y niñas nacidos entre los años 2008 y 2016 que se relacionan con el diagnóstico de discapacidad intelectual y trastorno de la conducta en Santander de Quilichao?

3. Justificación

El presente trabajo de grado se enmarca bajo el macroproyecto interdisciplinar titulado “*Prevención materno perinatal para el riesgo cardiovascular y de violencia en jóvenes*” del grupo de investigación de Salud sexual y reproductiva de la Universidad del Valle, que consta de diez proyectos diferentes entre estudios descriptivos, casos - controles, estudios de cohortes y ensayos clínicos controlados, en búsqueda de evidencia que correlacione el déficit cognitivo, el embarazo en adolescencia y la violencia interpersonal en adolescentes, con el objetivo de mejorar la calidad de atención materna y fetal en adolescentes.

Siguiendo las consideraciones de este macroproyecto se seleccionó el municipio de Santander de Quilichao para realizar la investigación del trabajo de grado, pues en el Norte del Cauca según Quilichao hay una incidencia de 42% de embarazo en adolescentes, el doble de la nacional (21.3%) (Encuesta de demografía y salud [ENDS], 2015) siendo el embarazo adolescente un riesgo materno perinatal, por lo tanto, este es un territorio en el que es necesario prestar atención a este asunto.

Al respecto, el INS (2022) señala que hay correlación directa de riesgos materno perinatales con factores de desventaja económica, estado de salud en cuanto a los comportamientos reproductivos, educación, entre otros; lo que permite vislumbrar la

inequidad y desigualdad que enfrentan las mujeres siendo el resultado de factores determinantes relacionados con el contexto que influyen en la misma durante su etapa reproductivas. A su vez, se establece la necesidad de focalizar la mirada en el periodo perinatal con la intención de promover un adecuado cuidado, reducir las causas de muerte de los recién nacidos y mejorar las condiciones tempranas para el curso de vida de estos (OPS, sf).

Reducir la mortalidad y la morbilidad en la madre, el recién nacido y el niño, es una meta que se han planteado los diferentes países a nivel mundial, al respecto la Organización Mundial de la Salud (OMS) dentro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), propone garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades, dentro del cual se encuentra disminuir las altas tasas de mortalidad infantil y materna (OPS, sf). Por lo mencionado, atender oportunamente los RMP y futuras complicaciones es fundamental en las diferentes regiones de Colombia, entre estas el Norte del Cauca, es por esto que la presente investigación se encuentra articulada para contribuir a este objetivo desde sus alcances, reconociendo las diversas dinámicas y complejidades del territorio.

Con respecto a la discapacidad en la infancia se destaca que "El diagnóstico temprano de la discapacidad requiere un seguimiento cuidadoso del desarrollo neurológico a lo largo de la infancia y la niñez" (Chuquipiondo, 2010, p.29). En este sentido, es importante brindar atención integral en la primera infancia de forma precoz, sobre todo en aquellos infantes que muestran antecedentes positivos prenatales y perinatales, pues estos factores de riesgo pueden determinar cuáles son los niños con mayores posibilidades de presentar discapacidad (Chuquipiondo, 2010).

Se debe agregar que, las enfermedades más frecuentes en las niñas, niños y adolescentes con discapacidad son trastornos mentales y del comportamiento, esta categoría abarca los trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos, esquizofrenia, trastornos del humor, retraso mental y trastornos del desarrollo

psicológico y trastornos emocionales que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia; enfermedades del sistema nervioso; enfermedades del sistema digestivo y malformaciones congénitas (MinSalud, 2020). Lo mencionado, deja en evidencia la gran necesidad de una atención interdisciplinar desde el nacimiento, que acompañe los diferentes procesos por los que transita la familia y el infante, posibilitando así una atención oportuna y de calidad que propenda por el bienestar de los niños y niñas, mejorando las alternativas para la participación y desarrollo en las diferentes etapas del curso de vida.

Dentro de las situaciones riesgosas para la salud y el desarrollo del bebé a partir de los riesgos sufridos en la gestación se encuentran diferentes condiciones como la prematuridad, ictericia neonatal, síndrome de dificultad respiratoria, bajo peso al nacer, entre otras, lo que hace que los neonatos deban pasar algún tiempo en la Unidad de Cuidado Intensivo (Atención integral a la primera infancia, 2013). Por lo tanto, se considera importante la intervención Fonoaudiológica en las UCI de Neonatos donde se puede privilegiar la comunicación, la cognición, el lenguaje, alimentación y la deglución (Bravo et al., 2015) de acuerdo a los lineamientos establecidos por la American Speech-Language-Hearing Association (ASHA, 2004) donde se generan acciones para la identificación, evaluación, orientación, educación e intervención, dirigida al neonato, familia y personal de la UCI.

En este orden de ideas, el profesional en Fonoaudiología es un miembro fundamental dentro del equipo interdisciplinario para brindar atención primaria en salud, generando un impacto positivo en la atención y el desarrollo integral de la primera infancia, pues desde las distintas áreas de intervención propicia ventanas de oportunidad para el desarrollo de los infantes en sus diferentes contextos, ejecutando actividades de promoción, prevención, rehabilitación/habilitación y gestión y diseño de proyectos sociales; aspectos que se intervienen desde equipos de apoyo en salud pública. (Achury et al., 2015; Bienestar Familiar, 2022). Favoreciendo el bienestar comunicativo de niños

y niñas con o sin discapacidad, equiparando oportunidades para la participación social y la consolidación de redes de apoyo, comprendiendo la salud desde una concepción integral, que abarque los determinantes biológicos y sociales (Oliveira-Machado et al., 2013).

Es necesario continuar nutriendo el campo de investigaciones que contemplen la importancia del abordaje de los factores de riesgo materno perinatales y sus consecuencias en niños y niñas, contribuyendo a su vez a la formación de profesionales integrales que aporten el conocimiento interdisciplinario necesario para la construcción y puesta en práctica de instrumentos de investigación que permitan identificar necesidades y generen propuestas de ser posible para la población (Moreno, M., 2011).

4. Estado del Arte y Referente Teórico

4.1. Riesgo Materno Perinatal

El periodo perinatal comprende desde la semana 22 de gestación (154 días) hasta los 7 días completos después del nacimiento (Ministerio de Salud de Colombia [MinSalud], 2021). La Organización Mundial de la Salud (como se citó en Vélez et al., 2013) define el riesgo perinatal como "Cualquier condición de tipo médico, quirúrgico, sociodemográfico, que cuando está presente durante la gestación, el parto o el puerperio aumenta la posibilidad de enfermar o morir para la madre y el feto".

En la etapa perinatal, existe vulnerabilidad del cerebro a los diferentes factores tanto biológicos como ambientales que interfieren con el desarrollo normal de las estructuras y la organización de sus funciones, que pueden interrumpir la secuencia de eventos propios del desarrollo y determinar la presencia de una alteración neurológica de diversas severidades y diferentes expresiones (Jijón et al., 2011, p. 42)

Como ha sido mencionado anteriormente, dentro de los riesgos materno perinatales se encuentran factores contextuales, es por esto que por ejemplo el

embarazo adolescente se asocia con mayor riesgo y pobres resultados perinatales, incluidos bajo peso al nacer y prematuridad. Esta asociación refleja un ambiente sociodemográfico desfavorable para la mayoría de las adolescentes gestantes que se configura como riesgo (Panduro, 2012).

Así mismo, hay condiciones que engloban a la pareja, como el nivel socioeconómico, la cultura, la edad, la salud física y emocional que pueden generar condiciones poco favorables para la gestación. Por eso cabe destacar que toda mujer de acuerdo con los factores ambientales tiene una vivencia gestacional diferente. Lo mencionado, de acuerdo con las condiciones en que se encuentre la madre podría llegar a ser una experiencia negativa y volverse en un factor de riesgo, mientras que por el contrario podría ser una experiencia positiva, previniendo dificultades en el bebé por nacer. (Triviño, 2022).

De acuerdo con Chuquipiondo (2010), las condiciones de vida que pueden influir negativamente en el desarrollo y crecimiento del feto están relacionados con problemas de asfixia, bajo peso al nacer, infecciones perinatales entre otras. De ahí la importancia de delimitar el "riesgo", conocer su incidencia en función del momento en que se produce (prenatal, perinatal o postnatal), y seguir la manifestación de sus posibles secuelas a corto, medio o largo plazo y sus consecuencias en el desarrollo.

Dentro de los factores de riesgo perinatales estudiados en la presente investigación se consideraron los siguientes: Factores de riesgo biológico; hipertensión arterial (HTA), restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), anemia materna, preeclampsia, sepsis, hemorragias en el tercer trimestre del embarazo, embarazo no deseado, antecedentes obstétricos y ginecológicos, embarazos previos, enfermedades de transmisión sexual, abortos previos, tipo de parto. Factores sociodemográficos y de riesgo social; edad, zona de residencia, etnia, estratificación socioeconómica, nivel de escolaridad, estado civil y ocupación.

4.1.1 Preeclampsia

La preeclampsia (PE) se ha definido como una enfermedad propia del embarazo, parto y puerperio, con causa hasta el momento desconocida. Sin embargo, muchos estudios han planteado la hipótesis de que posee un origen multisistémico, el que se ha relacionado con un desarrollo anormal de la placenta y múltiples factores que llevan a un daño endotelial.

Clínicamente, su diagnóstico y pronóstico está dado a través de la tensión arterial, por su relación directa con la morbilidad tanto materna como perinatal. El diagnóstico de PE se formula en pacientes embarazadas con valores de presión arterial sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg, presión arterial diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg después de las 20 semanas de gestación. (Londoño, L. Trujillo, J., 2020)

4.1.2 Restricción del Crecimiento Intrauterino (RCIU)

La restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) es la insuficiente expresión del potencial genético de crecimiento fetal. La deficiencia en el crecimiento fetal implica una falla en el feto para alcanzar todo su potencial de crecimiento establecido genéticamente. Este potencial de crecimiento varía fisiológicamente de acuerdo con las características maternas como peso, talla, origen étnico, paridad, condición nutricional, además se ve afectado por otro tipo de factores como consumo de cigarrillo, trastornos hipertensivos, diabetes, y otras patologías maternas, como también la prematuridad. (Londoño, L. Trujillo, J., 2020)

4.1.3 Anemia materna

La anemia es una alteración en la sangre, caracterizada por la disminución de la concentración de la Hemoglobina (Hb), el hematocrito o el número total de eritrocitos.

De acuerdo con Londoño y Trujillo en 2020, la anemia es la alteración hematológica que más se diagnostica durante el embarazo, ya que, en esta etapa, el

volumen corporal total materno presenta un cambio al expandirse para lograr la adecuada perfusión feto placentaria y prepararse para amortiguar las pérdidas durante el parto. La OMS considera anemia en el embarazo cuando se presentan valores de Hb inferiores a 11 g/dL y el hematocrito inferior a 33%.

4.1.4 Hipertensión arterial

La hipertensión arterial se define como una PAS (Presión Arterial Sistólica) mayor o igual de 140 mmHg y /o una PAD (Presión Arterial Diastólica) mayor o igual a 90 mmHg. Tradicionalmente se clasifica como hipertensión arterial primaria o esencial, cuya causa es desconocida y reúne al 90% de los hipertensos adultos y como hipertensión arterial secundaria, cuya causa es identificable, que agrupa a menos del 10% de personas con esta enfermedad.

En términos epidemiológicos, constituye un problema de salud pública mundial, toda vez que es uno de los factores de riesgo más prevalentes para enfermedad cardiovascular; de hecho, un reporte del año 2014 de la AHA (American Heart Association) señala que la HTA es el principal factor de riesgo poblacional porcentual para desarrollar enfermedad cardiovascular.

Asimismo, se conoce que la prevalencia de esta enfermedad aumenta con la edad, por lo que en países de alto ingreso con gran población de mayor edad se calcula que al menos dos tercios de estos adultos padecen hipertensión arterial. (Londoño, L. Trujillo, J., 2020)

4.2. Discapacidad

Para abordar el tema de discapacidad en el presente trabajo se comprende y analiza este concepto desde el Modelo de la diversidad funcional en el cual se entiende la discapacidad como parte de la diversidad humana, en el que el eje teórico de la

capacidad es sustituido por el de la dignidad, relacionada con la igualdad en el valor de las vidas y de los derechos de todos los seres humanos (Pérez y Chabra, 2019).

Sin embargo, no se desconoce la necesidad médica de clasificar a las personas de acuerdo con sus patologías, funcionamiento, entre otras, para establecer tratamientos e implementar acciones a seguir (Toboso y Arnau, 2008), pues se reconoce que en la discapacidad hay una interacción dinámica entre las condiciones de salud y los factores contextuales. Por este motivo, se asume también el Modelo biopsicosocial definido por la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), la cual entiende la discapacidad como "limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación, derivadas de una deficiencia en el orden de la salud, que afectan a un individuo en su desenvolvimiento y vida diaria dentro de su entorno físico y social" (OMS, 2001).

4.2.1. Discapacidad Intelectual

4.2.1.1 Definición.

La discapacidad intelectual (DI) o trastorno del desarrollo intelectual, antes conocida como retraso mental, se define según la Asociación americana de psiquiatría (APA) en su Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5 (2013) como "un trastorno que comienza durante el período de desarrollo y que incluye limitaciones del funcionamiento intelectual como también del comportamiento adaptativo en los dominios conceptual, social y práctico" (p. 17). Cabe resaltar que se emplea este término debido a que es el usado habitualmente en la profesión médica, educativa, en la legislación pública, entre otras (APA, 2013).

Del mismo modo, la American Association of Intellectual and Developmental Disability (AAIDD) (como se citó en Sadock et al., 2018) define la discapacidad intelectual como limitaciones significativas tanto en las funciones intelectuales en las que se incluye: razonamiento, aprendizaje y resolución de problemas, como en los

comportamientos adaptativos como lo son: dominio conceptual, social y práctico, que aparecen antes de los 18 años de edad.

4.2.1.2. Clasificación.

Para determinar el grado de discapacidad intelectual el DSM-5, determina distintos niveles de gravedad con base en el funcionamiento adaptativo en el que se encuentra la persona, en este se evalúa el desempeño en los dominios conceptual, social y práctico, teniendo en cuenta los apoyos que la persona requiere para estas dimensiones, basado en conceptos descriptivos en lugar de etiológicos. Esta forma de evaluar se correlaciona con las habilidades que se tienen y las esperadas según la edad, brindando un resultado dentro de la clasificación de leve, moderada, grave y profunda. Sin embargo, para los fines de este trabajo se consideró pertinente tener en cuenta también lo determinado por el AAIDD la cual menciona que es necesario evaluar tanto la adaptación social como el coeficiente intelectual, esta última es una clasificación que se ha realizado tradicionalmente pero que con el paso del tiempo su relevancia ha disminuido debido al desarrollo de otras dimensiones que muestran la importancia de considerar otros aspectos como el contexto para determinar el nivel de discapacidad intelectual, pero que aún se sigue usando y teniendo en cuenta como referencia. (Sadock et al., 2018; Navas, 2008).

Cabe señalar que es importante conocer la clasificación de la discapacidad intelectual para poder realizar una caracterización y análisis completo de la población que se tuvo en cuenta en el presente trabajo, así como la aceptación de ambas formas de clasificar esta condición, pues era posible que en la revisión documental de historias clínicas, anamnesis y pruebas realizadas a los niños no hubiese uniformidad en la forma en que realizaron la clasificación, por lo tanto el validar ambas estrategias de medición sirvió para organizar y asociar la información recolectada en la investigación, además que permite el uso de un lenguaje y clasificación estandarizada que facilita la

comprensión entre toda la población, en especial los profesionales del área de la salud que revisen el documento, así como el favorecimiento del desarrollo teórico (Navas, 2008).

4.2.1.3. Etiología.

En la mayoría de los casos de discapacidad intelectual se desconoce la causa, pero existen muchos factores que actúan durante el embarazo y pueden causar o contribuir este tipo de discapacidad. La clasificación de los factores causales que se han relacionado con la discapacidad intelectual según estudios realizados por Katz y Lazcano (2008) son los siguientes: genéticos, adquiridos (congénitos y del desarrollo), ambientales y socioculturales. De igual forma Jijón et al., (2011) menciona que "entre los principales grupos etiológicos que se han descrito se encuentran: la etiología prenatal genética, prenatal ambiental, prenatal inespecífica, perinatal, postnatal, psicosis e inclasificable".

En el mismo orden de ideas, de acuerdo con lo encontrado por Jijón et al., (2011) en su estudio descriptivo transversal realizado en la República de Ecuador "El 12,65 % de los casos tuvieron una causa prenatal inespecífica, el 6,61 % una causa prenatal ambiental, el 28,45 % prenatal genética, el 33,82 % perinatal, el 11,88% postnatal y en el 1,48 % se diagnosticó algún evento psicótico. En el 5,08 % de los casos no se pudo precisar la causa" (p.38). Dentro de los resultados de este estudio se destaca que la causa perinatal, la prenatal genética, y la prenatal inespecífica, ocuparon los primeros lugares en la etiología de la discapacidad intelectual en dicho país.

Katz y Lazcano (2008) establecen que las personas con discapacidad intelectual son más vulnerables a desarrollar una anomalía psiquiátrica, ya que esta población experimenta dos o tres veces más trastornos del estado de ánimo, trastornos de la ansiedad y problemas de conducta que las personas sin discapacidad intelectual.

4.2.1.4. Epidemiología y Prevalencia

Las cifras de discapacidad en la infancia de acuerdo con un material publicado en países de ingreso bajo y mediano, indica que la prevalencia de la discapacidad infantil oscila entre el 0,4% y el 12,7% (Maulik y Darmstadt, 2007; OMS, 2011). Hay que mencionar, además que según el DANE (2020) en el rango de 0-14 años, el 56,5% de las personas con discapacidad, son hombres.

De acuerdo con lo mencionado por Márquez et al., (2011)

A nivel mundial se señala que la DI es frecuente, con un alto impacto en el funcionamiento individual y una prevalencia aproximada de 1-4%. En Latinoamérica la prevalencia puede ser cuatro veces mayor, por su asociación a factores como la desnutrición, las complicaciones obstétricas y perinatales, la prematurez, la intoxicación por plomo, las infecciones del Sistema Nervioso Central (SNC) y la pobreza. (p.444)

Esto indica que en países como Colombia la prevalencia de la discapacidad intelectual puede ser mayor que los datos presentados a nivel mundial según este estudio, considerando los diversos factores que pueden influir por las características del país, lo que hace necesario establecer investigaciones al respecto y resaltar la importancia de abordarlo a nivel de salud pública.

Por otra parte, un estudio epidemiológico referenciado por Sadock et al., (2018) encontró que "El 40.7% de los niños de entre 4 y 18 años de edad con discapacidad intelectual cumplían los criterios diagnósticos de, al menos, otro trastorno psiquiátrico, y la gravedad de esta influía en el tipo de trastorno psiquiátrico asociado". (p.707). A su vez, en la información brindada por este estudio se señala que los trastornos psiquiátricos que suelen ser asociados con la DI son: trastornos del estado de ánimo, esquizofrenia, trastorno por déficit de atención con hiperactividad y trastornos de la conducta; teniendo este último una mayor frecuencia con el grupo de estudio que presentaba discapacidad intelectual leve. También, es de resaltar que los niños con nivel leve y moderado de discapacidad presentaron autoimagen negativa, estilos rígidos de

resolución de problemas, sentimientos de ansiedad, ira, disforia y depresión. (Sadock et al., 2018).

Lo mencionado anteriormente permite vislumbrar la correlación que en algunos casos hay entre la discapacidad intelectual y el trastorno de la conducta, lo cual está directamente relacionado con la pregunta que lleva a la construcción de este trabajo el cual está enmarcado bajo el macroproyecto de investigación titulado "Factores de Riesgo Materno - Perinatales y la Violencia Juvenil".

4.3. Trastorno de la conducta

4.3.1. Definición

En consideración a lo mencionado por Aguilar (2019) los Trastornos de la Conducta (TC) se definen como "todas aquellas entidades clínicas que se manifiestan mediante dificultades persistentes, a nivel de los diferentes tipos de respuesta--cognitivo, emocional, social, académica, afectando significativamente la conducta prosocial del sujeto dentro de un contexto donde ésta se vea realizada" (p.147). Es de resaltar que esta definición se tuvo en cuenta para establecer la posible relación entre el TC con la discapacidad intelectual. Pues Peña (2017) en su investigación plantea que existe una prevalencia entre el desarrollo de trastornos de la conducta asociado con personas que presentan diagnóstico de discapacidad intelectual.

4.3.2. Etiología

La etiología del TC es incierta, pues puede derivarse de distintos factores, estos incluyen factores de riesgo genéticos y neurológicos, también factores ecológicos y cómo interactúan en el curso de vida de la persona (relación gen-ambiente). Además, según estudios recientes el TC se asocia con alteraciones neurocognitivas; anomalías funcionales en circuitos cerebrales responsables del procesamiento de emociones, su

regulación y la toma de decisiones basada en el refuerzo. También, la disminución de la reactividad autonómica al estrés, entre otras (Fairchild et al. 2019; Lautarescu 2020).

Por lo tanto, el trastorno de conducta es difícil de diagnosticar debido a su complejidad y variabilidad de criterios, además de los que se encuentran asociados al desarrollo de discapacidad intelectual. Mayormente, los criterios diagnósticos para su detección y diagnóstico son la desatención, la hiperactividad y la impulsividad. En estos casos, el TC es una consecuencia de la disfuncionalidad existente a nivel de aquellos componentes encargados de regular la cognición, y la conducta adaptativa e intencionada (funciones ejecutivas) (Aguilar, 2019). Por ende, se espera poder identificar si existe o no una relación acorde a lo abordado en esta investigación.

En un estudio realizado por Newman et al., (2015) encontraron una correlación positiva entre las graves alteraciones de comportamiento y la enfermedad mental en un estudio con 47 niños con síndrome X frágil y diferentes grados de DI. Así como Rojahn et al., (2004) observaron correlaciones entre alteraciones de comportamiento y trastornos psiquiátricos en 180 individuos con DI grave/severa. "Estas alteraciones de conducta, han sido consideradas como síntomas psiquiátricos atípicos o equivalentes psiquiátricos comportamentales en las personas con Discapacidad Intelectual" (Peña, 2017). Es en este punto, donde el paciente diagnosticado con DI y TC inicia un tratamiento que conlleva intervenciones psicosociales para de esta forma poder realizar un abordaje terapéutico adecuado, basadas en el mejoramiento de las destrezas de comunicación, solución de problemas y control de los impulsos; terapia familiar, enfocada en las interacciones familiares y destrezas interpersonales, y en ocasiones, se suministran bajas dosis de antipsicóticos atípicos. (Fairchild et al., 2019; Lillig, 2018; Peña, 2017). Estos estudios mencionados anteriormente permiten inferir que existe una relación entre los trastornos de la conducta con la discapacidad intelectual, cosa que se estableció en este trabajo de investigación relacionado a los factores de riesgo materno perinatal.

4.3.3. Clasificación según DSM-V

Según el DSM-V, para la clasificación de trastorno de la conducta se tienen en cuenta distintos criterios, pues varía de acuerdo con ciertas características con las que puedan asociarse, se determina su nivel de gravedad, brindando una clasificación de leve, moderado o grave según la edad de inicio (en la infancia o en la adolescencia) y la presencia o ausencia de rasgos insensibles-no emocionales (déficits de empatía y culpabilidad). Esta clasificación resulta compleja debido a que se debe identificar la presencia de por lo menos tres de 15 criterios existentes, arrojando así 32,647 distintos perfiles sintomáticos que califiquen para TC. (Fairchild et al. 2019)

Por otro lado, hay autores que consideran necesaria la mejora de los subtipos actuales propuestos por el DSM-V, relacionados con la edad de inicio y la integración de los rasgos insensibles-no emocionales en los criterios de diagnóstico se identifican como cuestiones clave para mejorar la clasificación (Frick y Nigg, 2011). Esto podría contribuir a la identificación de los subtipos basados en los síntomas de manera precisa y ser útil para realizar distinciones más claras en la etiología, el curso y la respuesta a un tratamiento. (Nock et al. 2006). Además, se recomienda realizar un diagnóstico complementario de tipo funcional, que permita esclarecer las condiciones reales de las conductas problema, la frecuencia y las relaciones funcionales existentes entre las mismas, y de las principales variables participantes (dependientes a controlar, e intervinientes a considerar) (Aguilar, 2019).

4.4. Modelo de los Determinantes Sociales de la Salud

Para la comprensión del problema de investigación que se llevó a cabo por medio del presente trabajo de grado, se hará un abordaje desde el Modelo de los Determinantes Sociales de la Salud, pues desde esta mirada se reconoce que "el riesgo epidemiológico está determinado individual, histórica y socialmente" (MinSalud, 2013, p.74) en el que se abarca desde el nivel microcelular hasta el macroambiental. Los

determinantes abarcan un conjunto de factores sociales, políticos, económicos, ambientales y culturales que ejercen gran influencia en el estado de salud (OMS, 1998). Este abordaje desde el sector salud puede generar sistemas más integradores, accesibles y adaptados a las comunidades desfavorecidas, y conferir mayor eficacia a la promoción de la salud (Instituto Nacional de Salud Pública de México, 2012).

Es por lo anteriormente mencionado, que a través de este modelo se puede dar una mirada global al problema de investigación abordado, pues permite tener una comprensión integral de la salud y enfermedad, que incluya los determinantes biológicos y sociales, pudiendo así tener una mirada más integradora.

4.5. Profesional de Fonoaudiología

El quehacer de la fonoaudiología en Colombia se encuentra estipulado en la Ley 376 de 1997, la cual define la profesión como:

La profesión autónoma e independiente de nivel superior universitario con carácter científico. Sus miembros se interesan por cultivar el intelecto, ejercer la academia y prestar los servicios relacionados con su objeto de estudio. Los procesos comunicativos del hombre, los desórdenes del lenguaje, el habla y la audición, las variaciones y las diferencias comunicativas, y el bienestar comunicativo del individuo, de los grupos humanos y de las poblaciones (p. 1).

El profesional en fonoaudiología, según el Ministerio de Salud (2014) cuenta con las competencias para abordar la infancia desde un enfoque diferencial, por lo cual reconoce las necesidades en salud como derecho de la población en situación de discapacidad. "Fundamenta su actuación profesional sobre el conocimiento del quehacer fonoaudiológico, sus procesos y procedimientos para la promoción, prevención, la evaluación, diagnóstico y la rehabilitación de los desórdenes de comunicación a todo lo largo del ciclo vital de los individuos, grupos y poblaciones" (p.10).

Desde la profesión se comprende la Comunicación Humana como esfera del desarrollo humano, lo cual involucra la cognición, lenguaje, habla, voz, audición y la función oral faríngea, todo esto desde una perspectiva biopsicosocial del ser humano, promoviendo de esta forma el desarrollo, bienestar comunicativo y social (MinSalud, 2014).

Por lo tanto, se destaca que el fonoaudiólogo cuenta con las condiciones esenciales para participar y apoyar las acciones estipuladas desde la perspectiva de salud pública, ejerciendo su participación en equipos interdisciplinarios durante las diferentes etapas del ciclo vital de las personas, así como la necesidad de contemplar en su intervención los determinantes sociales.

5. Objetivos

5.1. Objetivo General

Describir Riesgos Materno Perinatales a los que fueron expuestas madres de niños y niñas con diagnóstico de discapacidad intelectual y trastorno de conducta que fueron atendidas en el periodo de gestación en un hospital regional de prestación de servicios primarios y complementarios ubicado en Santander de Quilichao, Cauca entre 2008 y 2016.

5.2. Objetivos específicos

5.2.1. Caracterizar condiciones sociodemográficas y los tipos de riesgos materno perinatales de las madres.

5.2.2. Caracterizar la condición de discapacidad intelectual y los trastornos de la conducta de los niños y niñas.

5.2.3. Explorar posibles relaciones entre los riesgos materno perinatales y el diagnóstico de discapacidad intelectual y trastornos de la conducta.

5.2.4. Caracterizar componentes de la comunicación y el lenguaje de niños y niñas con discapacidad intelectual.

6. Aspectos metodológicos

6.1. Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo de abordaje cuantitativo, que según Hernández et al. (2014) es un estudio que se caracteriza por “describir fenómenos, situaciones, contextos y sucesos” (p.92). El carácter retrospectivo de la investigación marcó la ruta metodológica para recoger la información, sobre las variables definidas en el proyecto, pues se indagó sobre hechos ocurridos en el pasado (Hernández, et al., 2014).

El estudio está basado en revisión documental a partir de historias clínicas de dos instituciones, una de salud la cual es un Hospital regional de prestación de servicios primarios y complementarios ubicado en Santander de Quilichao y una institucional la cual es una Fundación sin ánimo de lucro que presta servicio a la población con Discapacidad en el norte del Cauca.

6.2. Área de estudio

La población de estudio fueron las historias clínicas de los niños y niñas con diagnóstico de discapacidad intelectual que asisten a una Fundación sin ánimo de lucro ubicada en el municipio de Santander de Quilichao, y de sus madres, quienes fueron atendidas en un Hospital regional de prestación de servicios primarios y complementarios ubicado en Santander de Quilichao durante la gestación y el parto. Como el estudio se hizo a partir de revisión de documentos, es importante precisar cómo se comprendió para este estudio el documento historia clínica:

La historia clínica (HC) de acuerdo con la Ley 23 de 1981 en su artículo 34 “es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado

sometido a reserva que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley". Según el MinSalud la HC contiene detalles íntimos acerca de aspectos físicos, psíquicos y sociales del paciente, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención, y en ella se relaciona información personal y familiar.

De acuerdo con la Resolución 1995 de 1999 los Prestadores de Servicios de Salud pueden utilizar medios físicos o técnicos para el registro y conservación de la historia clínica. Es de resaltar que de acuerdo con esta normativa el hospital en el cual se hizo la recolección de información contaba con las historias clínicas digitalizadas.

6.3. Criterios de inclusión y exclusión

6.3.1. Historias clínicas de Niños y niñas.

Los criterios que se tuvieron en cuenta para la selección de historias clínicas de los niños y niñas fueron los siguientes:

Criterios de inclusión:

- Estar ingresados en la fundación ubicada en Santander de Quilichao en el año 2022
- Haber nacido en Santander de Quilichao.
- Estar diagnosticados con discapacidad intelectual.
- Estar diagnosticado con discapacidad intelectual y tener registros de comportamiento por el psicólogo de la institución.
- Tener entre 6 y 14 años.

Criterios de exclusión:

- Niños no nacidos en Santander de Quilichao.
- No estar institucionalizados en la fundación.

- Niños que tengan otra discapacidad asociada diferente a trastorno de la conducta y discapacidad intelectual.
- No tener registro de comportamiento escolar en la institución.
- Niños menores de 6 años y mayores de 14 años.

6.3.2. Historias clínicas de Madres.

Los criterios usados para la búsqueda de información de las historias clínicas de las madres fue el siguiente:

- Contar con historia clínica con información de la etapa gestacional en el Hospital regional de Santander de Quilichao, entre los años 2008-2016.

6.4. Recolección de la información

La información recolectada se llevó a cabo mediante la revisión de historias clínicas en dos lugares y momentos distintos. El primero fue en la Fundación el 9 de septiembre y el segundo fue en el Hospital el 8 de octubre, del año 2022.

Para la recolección, manejo y almacenamiento de la información fue necesario el desplazamiento en tres ocasiones, al municipio de Santander de Quilichao para solicitar los permisos y autorizaciones pertinentes, así como el aval para la participación de ambas instituciones tanto en la Fundación como del Hospital mencionados anteriormente para participar en el estudio ([Anexo 1](#) y [Anexo 2](#)).

Una vez obtenido el aval para ingresar a las instituciones a recolectar la información, se siguieron los protocolos de custodia de los documentos, que fueron revisados dentro de cada institución, siguiendo los protocolos establecidos por las normas dispuestas para el manejo de la historia clínica. Para conservar la confidencialidad de la información sobre datos personales y de identificación de las madres y los niños y niñas, se codificó la información minimizando el riesgo como lo exigen las consideraciones éticas del estudio.

La obtención de esta información se hizo de forma presencial en el municipio de Santander de Quilichao, donde en un primer momento se revisó las carpetas físicas de los niños y niñas que se encontraban en la Fundación durante el trabajo de campo, y luego para adquirir información sobre el comportamiento de los niños y niñas se preguntó directamente al psicólogo de la institución para que brindara su criterio profesional. Para esto se estableció un contacto previo con todo el personal de la institución en compañía del director de tesis, en la cual se socializó el trabajo que se realizaría. Cabe resaltar que durante la recolección de la información se tuvo presencia del personal de la fundación en el espacio.

La información obtenida en la revisión de las historias clínicas de los niños y niñas de la fundación dio paso a la revisión de las HC de las madres en el Hospital regional, las cuales se encontraban de forma virtual, por lo tanto se tuvo acceso al sistema de información del Hospital a través de sus propios computadores donde se ingresó por medio de una cuenta brindada por el mismo personal, quien en todo momento estuvo acompañando a los estudiantes en el área de gestión documental, garantizando, una vez más la custodia de la información.

El registro de la información se almacenó en una base de datos en *Excel* elaborada, previamente revisada y sometida a validación de contenido, en la cual se clasificó y separó la información que se deseaba buscar en las HC de los niños, niñas y madres, dentro de las cuales se encontraba información relacionada con los diagnósticos de los niños y niñas, características sociodemográficas, condiciones de vulnerabilidad, factores de riesgo materno perinatal, entre otras, para así configurarse finalmente la base de datos de la investigación realizada.

6.5. Selección de la población

El marco muestral fueron 75 historias clínicas de niños y niñas con diagnóstico de discapacidad intelectual nacidos entre los años 2008 y 2016, quienes se encontraban asistiendo a la Fundación durante el período de estudio.

Inicialmente se tenía previsto tomar una muestra aleatoria del 40% de las historias clínicas, pero después de un análisis inicial y en coherencia con los objetivos del estudio y con los criterios de inclusión y exclusión, se amplió la muestra total a 46,6% [35 historias clínicas de niños y niñas en la Fundación].

Con la información de identificación de los niños y niñas que fueron incluidos en el estudio se hizo la ubicación de la historia clínica de la madre durante el embarazo y parto en el Hospital Regional para poder acceder a la información de antecedentes materno-perinatales. De las 35 HC de los niños y niñas incluidos, se logró ubicar en el Hospital el 88,5%; es decir 31 HC de las madres con registro completo o parcial del embarazo hasta el momento del parto.

6.6. Variables de interés

Teniendo en cuenta que el presente trabajo de investigación es un estudio cuantitativo, dentro de su metodología se tuvo presente las variables que se presentan en el cuadro que está a continuación, en el cual se presentan sus características, así como especificaciones en cuanto a categorías, tipo de variable, escala de medición y unidad de medida. Es de resaltar, que, al realizar el trabajo de campo, las variables propuestas inicialmente se ampliaron, debido a la información obtenida en los documentos de las instituciones que en su momento se consideraron relevantes para los objetivos planteados ([Anexo 3](#)).

Se considera relevante mencionar en este apartado como se asumió el término de niños y niñas para todo el trabajo, en el que se tuvo en cuenta lo siguiente:

La Ley 1998 del 2006 dispuesta por el Congreso de la República de Colombia menciona que “se entiende por niño o niña las personas entre los 0 y los 12 años, y por adolescente las personas entre 12 y 18 años de edad” (p.1).

Sin embargo, para los fines pertinentes a este trabajo, se toma como referencia principalmente la clasificación realizada en el Acuerdo 031 de 2012 en el cual se agrupa por ciclos vitales el contenido de las coberturas del Plan Obligatorio de Salud para los niños y niñas menores de 18 años, en el que se establecen los siguientes grupos: desde el periodo prenatal hasta 6 años; de los 6 a 14 años y de los 14 a 18 años. Haciendo uso específicamente del segundo grupo, pues es en este en el que se encuentra inmersa la población del estudio llevado a cabo.

Tabla 1. Variables iniciales HC madres.

Tabla inicial de variables consideradas para el estudio						
Variables de la madre						
Nombre		Definición	Naturaleza (tipo de variable)	Escala de medición	Unidad de medida	Valores o categorías
Edad		Edad de la madre al momento de presentar el parto.	Cuantitativa	Razón	Años cumplidos	Se consideran todas las edades posibles en las que se pudo tener el parto
Características sociodemográficas	zona de residencia	Lugar en el que la madre vivió durante el periodo de gestación; este es zona rural y urbana.	Cualitativa	Nominal	-	Urbano Rural
	Etnia	Conjunto de personas que pertenecen a una misma raza y, generalmente, a una misma comunidad lingüística y cultural.	Cualitativa	Nominal	-	Indígena Afrocolombiana/afro descendiente ROM Raizal (San Andrés y Providencia) Palenquera (San Basilio) Otra.
	Estratificación socioeconómica	Mecanismo que permite clasificar la población en distintos estratos o grupos de personas que tienen características sociales y económicas similares, a través del examen de las características físicas de sus viviendas, el entorno inmediato y el contexto urbanístico o rural de las mismas.	Cualitativa	Ordinal	-	Estrato 1 2 3 4 5 6
	Nivel de escolaridad	Máximo grado de estudios aprobado por las personas en el nivel del Sistema Educativo Nacional. Esta información es de acuerdo al nivel cursado al momento del parto.	Cualitativa	Ordinal	-	Sin estudios Educación básica Educación media Técnico Tecnólogo Universitario Otro
	Estado civil	Situación jurídica de una persona tanto en la familia como en la sociedad. Determina la capacidad de ejercer algunos derechos, pero también contraer obligaciones. Se considera el estado de esta variable al momento del parto.	Cualitativa	Nominal	-	Casada Separada/Divorciada Viuda Unión libre Soltera
Tipo de aseguramiento en salud		Vinculación al sistema de salud que brinda la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud. El estado de esta variable se tendrá en cuenta durante el periodo de gestación.	Cualitativa	Nominal	-	Régimen contributivo Régimen subsidiado Regimen de excepción Régimen especial No asegurada
Condición de vulnerabilidad de la madre durante la gestación		Una situación de amenaza, inseguridad e indefensión que experimentan las comunidades, familias e individuos en sus condiciones de vida a consecuencia del impacto provocado por algún tipo de evento económicosocial de carácter traumático	Cualitativa	Nominal	-	Habitante de calle Persona con discapacidad Desmovilizada Desplazada Población en centros carcelarios Ninguna

Factores de riesgo materno perinatal medicos (Variable independiente)	Hipertensión arterial (HTA) crónica	Patología crónica en la que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta, que puede dañarlos. Se considerará alta cuando haya una presión arterial $\geq 140/90$ mm Hg	Cualitativa	Nominal	-	Si No
	Restricción del crecimiento intrauterino (RCIU)	Crecimiento deficiente de un bebé mientras está en el útero de su madre durante el embarazo. Para esta clasificación se considerará el percentil de crecimiento fetal <10	Cualitativa	Nominal	-	Si No
	Anemia materna	Alteración hematológica; proceso dilucional secundario al aumento del volumen plasmático que ocurre durante el embarazo. Se considerará anemia materna cuando la hemoglobina <11 g/L	Cualitativa	Nominal	-	Si No
	Preeclampsia.	Complicación del embarazo caracterizada por presión arterial alta y signos de daños en otro sistema de órganos, suele presentarse después de las 20 semanas de embarazo en mujeres cuya presión arterial había sido normal.	Cualitativa	Nominal	-	Si No
	Sepsis	La sepsis es la respuesta abrumadora y extrema de su cuerpo a una infección.	Cualitativa	Nominal	-	Si No
	Hemorragias en el tercer trimestre del embarazo	Las principales causas de hemorragia en el tercer trimestre son la placenta previa, el desprendimiento prematuro de placenta y lo que se denomina vasa previa	Cualitativa	Nominal	-	Si No
Antecedentes obstétricos y ginecológicos (AOG)	Embarazo no deseado	Se relacionan al deseo explícito o implícito de la madre por la negación a continuar con el desarrollo saludable del embarazo, el criterio para su evaluación va desde factores psicológicos hasta acciones que atenten contra la vida del feto.	Cualitativa	Nominal	-	Si No
	Número de embarazos previos	Cantidad de embarazos que la madre tuvo antes del que se está investigando.	Cuantitativa	Discreta	-	-
	Enfermedades de transmisión sexual (ETS)	Son infecciones que se transmiten de una persona a otra a través del contacto sexual y que pueden generar graves afecciones de salud.	Cualitativa	Nominal	-	Si No
Información del parto	Abortos	Interrupción voluntaria o involuntaria del embarazo antes de que el embrión o el feto estén en condiciones de vivir fuera del vientre materno.	Cualitativa	Nominal	-	Si No
	Tipo de parto	Es la culminación del embarazo hasta el período de la salida del bebé del útero. Este apartado hace referencia al tipo de parto que se tuvo con el infante que se está teniendo en cuenta en la presente investigación.	Cualitativa	Nominal	-	Vaginal normal Cesárea Vaginal con uso de fórceps o ventosa
Ocupación		Referente a lo que ella se dedica; su trabajo, empleo, o actividad en la que se desempeñaba la madre durante su etapa gestacional. Esta variable no tendrá valor o categoría, pues se tiene en cuenta la posibilidad de múltiples posibles respuestas. Cabe resaltar que el interés es la ocupación que tenía la madre durante su período de gestación.	Cualitativo	Nominal	-	-

Fuente: Elaboración propia

Tabla 2. Variables iniciales HC niños y niñas.

Tabla inicial de variables consideradas para el estudio Variables de los niños y niñas	
Nombre	Definición
1. Madre	Nombre de la madre de los infantes seleccionados en la Fundación Angelitos, en este caso se recoge el nombre para corroborar la información en la historia clínica, pues en ocasiones hay infantes que tienen madres sustitutas o aparece registrada como madre la abuela o algún otro familiar.
2. CC	Cédula de ciudadanía de la madre de los infantes seleccionados.
3. Infante	Se encuentra el código que reemplaza el nombre de los Infantes seleccionados de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión donde se encuentran: que pertenezcan a la Fundación Angelitos, haber nacido en Santander de Quilichao, tener documentada discapacidad intelectual por la institución, estar en una edad entre los 6 y 14 años al momento de la investigación, que cuente con un registro de comportamiento escolar por sus maestros y que no cuente con patologías asociadas. El código fue construido a partir de las iniciales de los nombres y la edad actual al momento de la recolección de la información.
4. Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento. Se tendrá en cuenta la edad del niño y niña actual.
5. Sexo	Características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres
6. DI	Discapacidad intelectual: Trastorno que comienza durante el período de desarrollo y que incluye limitaciones del funcionamiento intelectual como también del comportamiento adaptativo en los dominios conceptual, social y práctico.
7. TC	Trastorno de conducta: Todas aquellas entidades clínicas que se manifiestan mediante dificultades persistentes, a nivel de los diferentes tipos de respuesta—cognitivo, emocional, social, académica, afectando significativamente la conducta prosocial del sujeto dentro de un contexto donde ésta se vea realizada
8. RP Comportamiento	Registro del psicólogo sobre el comportamiento: Información reportada por el psicólogo de la fundación en la historia clínica de los niños y niñas. Adicionalmente, en algunos casos se reporta en este espacio el diagnóstico dado por el médico en cuanto al trastorno del comportamiento pero que no tiene un grado como por ejemplo: deterioro del comportamiento de grado no especificado y deterioro del comportamiento significativo y que por lo tanto no se puede clasificar en la casilla anterior.
9. IAH fono	Infantes que recibieron atención fonoaudiológica en el hospital Francisco de Paula Santander. Se registra la atención brindada por fonoaudiología en el hospital a los infantes hasta la fecha
10. Área D	Área de desarrollo: Categoría que abarca las subcategorías de: comunicativa, cognitiva, y personal, social y afectiva. Estas categorías fueron tomadas de las historias clínicas en la fundación Angelitos, de acuerdo a la valoración y seguimiento de los distintos profesionales de la institución, en especial del psicólogo.
10.1 Comunicativa	Comunicativa: categoría tomada de la HC de la fundación angelitos, que cuenta con la subclasificación de: lenguaje, intencionalidad (interpretación de mensajes) y sistema de comunicación.
10.1. 1 Leng	Lenguaje
10.1.2 Intencionalidad	Intencionalidad (interpretación de mensajes)
10.1.3 Sist com	Sistema de comunicación
10. 2. Cognitiva	categoría tomada de la HC de la fundación angelitos, que cuenta con la subclasificación de: memoria, observación, percepción, atención (MOPA) y seguimiento de instrucciones
10.2.1 MOPA	Memoria, observación, percepción, atención
10.2.2 S instr	seguimiento de instrucciones

Fuente: Elaboración propia

6.7. fases de la investigación

En un primer momento se hizo la preparación de la propuesta de investigación. Luego de obtener el aval del Comité de ética de la Universidad del Valle ([Anexo 4](#)) se obtuvo la autorización de la Coordinadora de la Fundación ([Anexo 1](#)) y posteriormente el aval del Comité de ética del Hospital regional ([Anexo 2](#)), a quienes se realizó una presentación del proyecto en una de sus juntas.

El trabajo de campo se dividió en las siguientes fases:

- **Fase 1:** se realizó una visita de campo a la fundación, en la cual se conversó con todo el equipo interdisciplinar que trabaja en la fundación socializando el trabajo que se realizaría. También se solicitó a las directivas el acceso a los documentos donde se encontraba el diagnóstico de los niños y niñas, así como el reporte y seguimiento realizado por el personal.

Posteriormente, se asistió durante dos jornadas cada una de 6 horas, en las cuales a partir de la revisión que se hacía de las HC se seleccionaba los niños y niñas que podrían ser parte del estudio de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión, recolectando la información de quienes habían sido seleccionados.

En esta fase se estableció la codificación que se usaría para el registro de la información, manteniendo la privacidad de los datos. Para esto los nombres de las madres, niños y niñas fueron rotulados de la siguiente manera; se puso las iniciales de acuerdo con el nombre y apellido, seguido de la edad de los niños y niñas.

Entonces, por ejemplo, la codificación podría ser la siguiente: DIP12. Para las madres se puso la misma codificación de los niños y niñas, adicionando la letra M al inicio, de la siguiente manera: M-DIP12 de esta forma se tendría identificado el binomio madre-hijo y la relación entre los factores de riesgo materno perinatal de la madre y el estado clínico del niño y su conducta. Es de resaltar que en esta fase se mantuvo en la base de datos la información respecto al documento de identidad de las madres para

posteriormente recoger la información en el hospital y al finalizar este proceso se eliminó.

- **Fase 2:** se llevaron a cabo dos jornadas para la recolección de datos de las HC de las madres en el hospital, a partir de la información previamente recolectada en la fundación.

Nota: Paralelamente durante la fase 1 y 2 se diligenció la base de datos de acuerdo con el formato establecido ([Anexo 5](#)) en el que se recogió de manera ordenada la información extraída de las HC de las madres y niños o niñas de la fundación y hospital.

- **Fase 3:** fase de análisis de la información obtenida en el trabajo de campo de acuerdo con los marcos teóricos abordados y finalmente hacer el cierre del proyecto con la entrega del informe final. Es de resaltar que durante esta fase del proyecto ingresa al equipo de trabajo la docente Andrea Aguilar como cotutora del trabajo, pues se identificó la necesidad de contar con la dirección y consejería académica de una profesional en fonoaudiología y epidemiología de acuerdo a las orientaciones del trabajo.

- **Fase 4:** Se realiza la socialización y divulgación de los resultados del proyecto una vez finalizado a las organizaciones participantes, al equipo del macroproyecto y la escritura de un artículo para una revista de investigación.

7. Análisis de la información

Se analizaron las principales características de la población estudiada, donde se calcularon los principales estadísticos descriptivos de medida de tendencia central y dispersión con las variables cuantitativas, de frecuencias y porcentajes con las variables categóricas. Para evaluar posibles relaciones estadísticamente significativas se utilizó la prueba exacta de Fisher puesto que las categorías tenían al menos una de las

frecuencias menores a 5. El nivel de significancia usado fue al 5% (0.05) y el análisis de datos se realizó en el software estadístico STATA versión 16.

Para el tercer objetivo en el que se explora posibles relaciones entre FRMP y DI + TC, se realizó un cruce de la información obtenida de las condiciones sociodemográficas y factores de riesgo maternos con el diagnóstico de discapacidad intelectual y luego esas mismas variables se cruzaron con los diagnósticos de trastornos de la conducta.

Para el cruce con DI se agruparon las categorías de nivel de discapacidad en dos: 1. Leve y 2. Moderado-severo. En cambio, para el cruce de la información de riesgo materno con los trastornos de la conducta se agruparon las categorías de esta variable en dos niveles: 1. No diagnóstico y 2. Sí diagnóstico.

En cuanto al cuarto objetivo, se recogió la información revisada de las HC de los niños y niñas en la fundación, lo cual arrojó datos descriptivos del desarrollo de los niños y niñas en componentes comunicativos, cognitivos, personal, social y afectivo; para ello se organizaron desde la perspectiva fonoaudiológica en tres categorías de análisis: habla, comprensión del lenguaje y aspectos pragmáticos.

8. Consideraciones éticas

En consideración a la normativa del consejo institucional de ética de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, así como lo establecido por los requerimientos de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, la Resolución número 2378 del Ministerio de protección social del 2008, los principios de la Asociación Médica Mundial en su última versión y la Declaración de los Derechos Humanos ONU, el presente estudio trató con el debido respeto y confidencialidad la información recolectada, minimizando todo posible riesgo en el que se pueda filtrar la información, garantizando que no se atentara contra la integridad de ninguna persona.

Es importante mencionar que se tomaron las medidas necesarias para asegurar que sólo los estudiantes Daniela Idrobo y Diego Vásquez encargados de la investigación tuvieran acceso a ella, utilizando una carpeta creada en drive llamada "Datos historias clínicas" a través del uso de los correos institucionales, sin acceso para cualquier persona ajena a la investigación. La privacidad de los datos personales de las madres, niños y niñas recogidas de las historias clínicas revisadas fueron rotulados por medio de códigos, protegiendo la confidencialidad de los datos que aparecen en las historias clínicas.

En este orden de ideas, el uso que se dio a la misma tuvo fines exclusivamente académicos, por ende, al recoger la información no se hizo registro de nombres, documento de identidad, teléfonos, ni direcciones de los niños y niñas, sin embargo, es de aclarar que fue necesario el registro de los documentos de identidad de las madres para hacer la búsqueda de HC en el Hospital regional, las cuales posterior a la recogida de la información se eliminó. Adicionalmente, cabe resaltar que la información obtenida será almacenada sólo hasta el año 2024. En resumen, los estudiantes fueron quienes registraron la información y se hicieron responsables de su custodia, no pudiendo socializar los datos dados que están codificados. El rol del docente fue el de supervisar y apoyar este proceso.

Es importante mencionar que no existió ninguna compensación o pago por las autorizaciones brindadas, así como tampoco implicó ningún tipo de gasto para las instituciones participantes, por lo tanto, es de recalcar que la participación fue voluntaria.

9. Resultados

Los resultados obtenidos son analizados y presentados de acuerdo con los objetivos planteados en el proyecto. En ese orden de ideas se comienza presentando los resultados de cada objetivo uno a continuación:

- **Caracterizar los tipos de riesgos materno perinatales.**

De acuerdo con la información registrada en las HC el grupo de madres que se incluyó en el estudio fue de 31. La mayoría, (19,35%) tuvo el parto a los 19 años de edad y en promedio las mujeres se ubicaban en los 21,5 años. De ellas (48,39%), es decir 15/31 vivían en la zona urbana de Santander de Quilichao, mientras un 44,16% residían en la zona rural del departamento. No se encontró esta información registrada para dos de los casos. La mayoría de las madres, 74,2% reporta en las HC que vivía en un estrato socioeconómico 1; 58% había alcanzado el nivel de educación media, 7% nivel técnico, y 3,2% reporta no tener estudios.

Tabla 3. Condiciones sociodemográficas de las madres durante la gestación; variable edad.

CONDICIONES DE RIESGO MATERNAS		
VARIABLE EDAD	Nº	%
Entre 15-19	15	48,38%
Entre 20-24	9	29,03%
Entre 25-29	2	6,45%
Entre 30-34	2	6,45%
Entre 35-39	1	3,22%
Entre 40-44	2	6,45%

Fuente: Elaboración propia

Respecto al régimen de afiliación en salud, 74,2% de las madres pertenecían al régimen subsidiado y 25,8% al régimen contributivo. La ocupación que la mayoría de las mujeres realizaba 80,65%, se encuentra clasificada como "otra actividad no clasificada", según las categorías reportadas en la HC. Sólo 6,4% se encontraban empleadas, 3,2% era ama de casa y el 3,2% restante hacía parte de organizaciones y organismos territoriales. Es importante mencionar que algunas de las variables consideradas relevantes para el estudio no se encontraron reportadas en los registros de las HC, entre estos etnia y estado civil, en cuanto a condición de vulnerabilidad, solo se obtuvo información en dos de los 31 documentos; en la cual una tuvo desplazamiento forzado y otra presentó consumo de sustancias psicoactivas.

Tabla 4. Condiciones sociodemográficas de las madres durante la gestación.

CONDICIONES SOCIODEMOGRÁFICAS MATERNAS		
VARIABLE		N= 31 (%)
Zona	Rural	14 (45,16%)
	Urbana	15 (48,39%)
	No reportado	2 (6,45%)
Etnia	No reportado	31 (100%)
Estrato	1	23 (74,19%)
	2	1 (3,23%)
	No reportado	7 (22,58%)
Escolaridad	Sin estudios	1 (3,23%)
	Educación básica completa	6 (19,35%)
	Educación media	18 (58,06%)
	Técnico	2 (6,45%)
	No reportado	4 (12,90%)
Estado Civil	Unión libre	1 (3,23%)
	No reportado	30 (96,77%)
Ocupación	Otra actividad no clasificada	25 (80,65%)
	Ama de casa	1 (3,23%)
	Organizaciones y órganos extraterritoriales	1 (3,23%)
	Empleado	2 (6,45%)
	No reportado	2 (6,45%)
Régimen de Afiliación	Régimen subsidiado	23 (74,19%)
	Régimen contributivo	8 (25,81%)
Condición de vulnerabilidad	Desplazamiento forzado	2 (6,45%)
	Consumo de sustancias psicoactivas	1 (3,23%)
	No reportado	28 (90,32%)

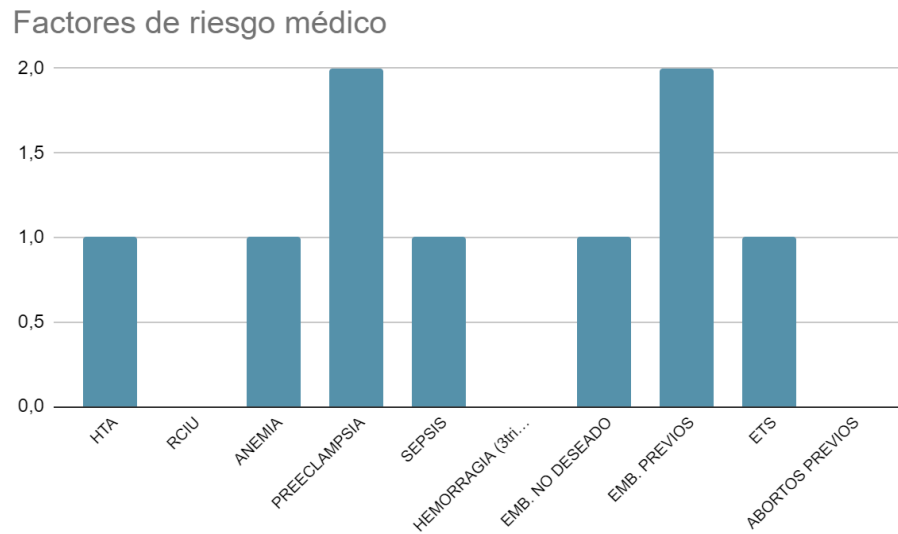
Fuente: Elaboración propia

Con relación a la categoría de los riesgos materno perinatales se encuentra en el reporte de la HC que una mujer fue diagnosticada con anemia e hipertensión arterial durante el embarazo y, 2 de las 31 contaron con diagnóstico de preeclampsia durante el período perinatal. Se encontró que una de las madres presentó sepsis; con la misma cantidad se reportó enfermedades de transmisión sexual; se identificó en la HC de una mujer que su embarazo fue no deseado, y el 2% tuvo embarazos previos.

El tipo de parto más común fue la cesárea con 29, %, seguido de parto vaginal normal 25,8% y vaginal con uso de fórceps o ventosas 3,23%. Respecto a los riesgos

materno durante la gestación como hemorragia, abortos previos y restricción en el crecimiento intrauterino no se encontró ningún caso reportado en las HC revisadas.

Figura 1. Condiciones de riesgo materno durante la gestación.



Fuente: Elaboración propia

Tabla 5. Condiciones de riesgo materno durante la gestación.

CONDICIONES DE RIESGO MATERNAS		
VARIABLE		N= 31 (%)
Hipertensión Arterial (HTA)	Si	1 (3,23%)
	No reportado	30 (96,77%)
Restricción de crecimiento intrauterino (RCIU)	No reportado	31 (100%)
Anemia	Si	1 (3,23%)
	No reportado	30 (96,77%)
Preeclampsia	Si	2 (6,45%)
	No reportado	29 (93,55%)
Sepsis	Si	1 (3,23%)
	No reportado	30 (96,77%)
Hemorragias en el tercer nivel de embarazo	No reportado	31 (100%)
Embarazo no deseado	Si	1 (3,23%)
	No reportado	30 (96,77%)
Embarazos previos	Si tuvo	2 (6,45%)
	No tuvo	1 (3,23%)
	No reportado	28 (90,32)
Enfermedad de transmisión sexual (ETS)	Si	1 (3,23%)
	No reportado	30 (96,77%)
Abortos previos	No reportado	31 (100%)
Tipo de Parto	Vaginal normal	8 (25,81%)
	Vaginal con uso de fórceps o ventosa	1 (3,23%)
	Cesárea	9 (29,03%)
	No reportado	13 (41,94%)

Fuente: Elaboración propia.

Para ampliar información sobre el consolidado de los factores de riesgo materno perinatales categorizados como médicos, quirúrgicos y sociodemográficos de forma detallada e individual ver el ([Anexo 6](#)).

- **Caracterizar la condición de discapacidad intelectual de los niños y niñas de la Fundación.**

Todos los niños y niñas que se encuentran en la Fundación cuentan con diagnóstico de discapacidad intelectual (DI) clasificados en diferentes grados, pues esta es una condición para ser admitidos. Dentro de las HC seleccionadas, en total, se encontró que la mayoría 74,2% presenta un nivel de DI leve, 19,3% moderado y 6,5%

grave. De la información revisada 21 historias pertenecen a niños y 10 a niñas, revelando el sexo como una variable importante para tener en cuenta.

Tabla 6. Grado de discapacidad intelectual en las HC de niños y niñas

Nivel de clasificación DI	Nº	%
Leve	23	74,19%
Moderado	6	19,35%
Grave	2	6,45%

Fuente: Elaboración propia

- **Caracterizar los trastornos de la conducta de los niños y niñas de la Fundación.**

Dentro de todas las historias clínicas de los niños y niñas de la fundación se encuentra un reporte médico donde se describen las condiciones de salud y diagnósticos relacionados, así como también una evaluación interdisciplinar inicial al ingreso a la fundación y un seguimiento realizado por los diferentes profesionales de psicología, educación, fonoaudiología, fisioterapia y trabajo social, que brindan atención dentro de la institución. Sobre los diagnósticos médicos revisados se encontró que 6 de los niños (19,3 %) presentan trastorno de la conducta de grado leve y 4 (13 %) tienen diagnóstico del comportamiento de grado no especificado.

En el reporte del psicólogo según su criterio profesional se obtiene que 22,6 % de los niños y niñas incluidas en el estudio presenta un trastorno de la conducta leve, 19,3 % TC moderado, 3,2 % grave, 9,7 % tiene dificultades en el comportamiento y la mayoría (45,16%) no presenta un registro de alteración en el comportamiento.

Tabla 7. Clasificación trastornos de conducta en HC de niños y niñas.

TRASTORNOS DE CONDUCTA DE LOS NIÑOS Y NIÑAS		
VARIABLE		N= 31 (%)
Trastorno de conducta	Leve	6 (19,35%)
	Deterioro del comportamiento de grado no especificado	4 (12,90%)
Registro del psicólogo sobre el comportamiento	No	14 (45,16%)
	Con dificultades de comportamiento	3 (9,68%)
	Leve	7 (22,58%)
	Moderado	6 (19,35%)
	Grave	1 (3,23%)

Fuente: Elaboración propia

- **Explorar posibles relaciones entre los riesgos materno perinatales y el diagnóstico de discapacidad intelectual y trastornos de la conducta.**

Inicialmente se presenta el consolidado de la información obtenida en las HC sobre discapacidad intelectual y trastorno de la conducta. Donde se puede identificar de forma global que todos los niños y niñas presentan, algún grado de DI, mientras que sólo 10 tienen algún diagnóstico médico de Trastornos de la Conducta (TC) y 17 presentan reporte de psicología sobre dificultades en el comportamiento.

Tabla 8. Consolidado DI y TC en reporte de niños y niñas.

CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL Y LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA DE LOS NIÑOS Y NIÑAS		
VARIABLE		N= 31 (%)
Sexo	Hombre	21 (67,74%)
	Mujer	10 (32,26%)
Discapacidad intelectual	Leve	23 (74,19%)
	Moderado	6 (19,35%)
	Grave	2 (6,45%)
Trastorno de conducta	No diagnóstico	21 (67,74%)
	Leve	6 (19,35%)
	Deterioro del comportamiento de grado no especificado	4 (12,90%)
Registro del psicólogo sobre el comportamiento	No	14 (45,16%)
	Con dificultades de comportamiento	3 (9,68%)
	Leve	7 (22,58%)
	Moderado	6 (19,35%)
	Grave	1 (3,23%)

Fuente: Elaboración propia

- **Explorar posibles relaciones entre los RMP, el diagnóstico de DI y TC**

Para dar respuesta a este objetivo, se cruzó la información obtenida de las condiciones sociodemográficas y factores de riesgo maternos con el diagnóstico de discapacidad intelectual reagrupando las categorías de discapacidad en: leve y Moderado-severo.

A partir de lo anterior, se identifica que el 56,5% de las madres que vivían en zona rural tienen niños y niñas que presentan DI leve y el 12,5 % DI moderada-severa, mientras que, 39% de aquellas madres que vivían en zona urbana tienen hijos e hijas con DI leve y 75, % DI moderado-severo.

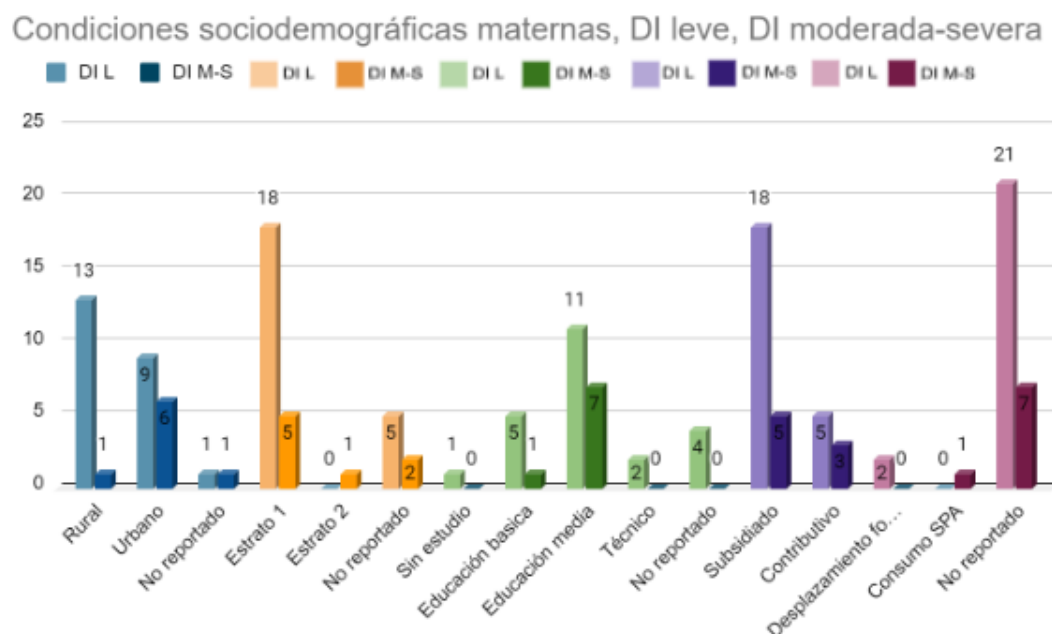
La mayoría de madres, de los niños y niñas que presentaron diagnóstico de discapacidad intelectual leve, en el momento de la gestación reportaron que habitaban en barrios categorizados como estrato 1 (78,2%), mientras que el 62,5% fueron diagnosticados con DI moderada-severa; seguido de las que habitaban en barrios estrato 2, representados en 12,5% para ambos casos, para quienes los niños y niñas contaron

con diagnóstico de DI moderada-severa. Ninguna madre, según lo hallado en las historias clínicas, de las 31 consultadas, reportó habitar en estratos 3, 4 o 5. Es necesario aclarar que 7 HC, no contaban con reporte de esta variable.

En cuanto a la escolaridad reportada se identifica que 11 de las madres que había alcanzado la educación media tuvo hijos con DI leve y 7 con DI moderada-severa. La información obtenida del régimen de afiliación en salud evidencia que el 78,3 % de las madres hacía parte del régimen subsidiado, quienes tuvieron niños - niñas con diagnóstico de DI leve, y 62,5 % moderado-severo.

Respecto a las condiciones de vulnerabilidad, las 2 madres que vivieron desplazamiento forzado reportan tener hijos que fueron diagnosticados con DI leve (8,7 %), en cambio la madre en que se registró consumo de sustancias psicoactivas su hijo presentó un diagnóstico de DI moderado-severo.

Figura 2. Relación de condiciones sociodemográficas maternas y discapacidad intelectual



Fuente: Elaboración propia

Tabla 9. Relación de condiciones sociodemográficas maternas y discapacidad intelectual

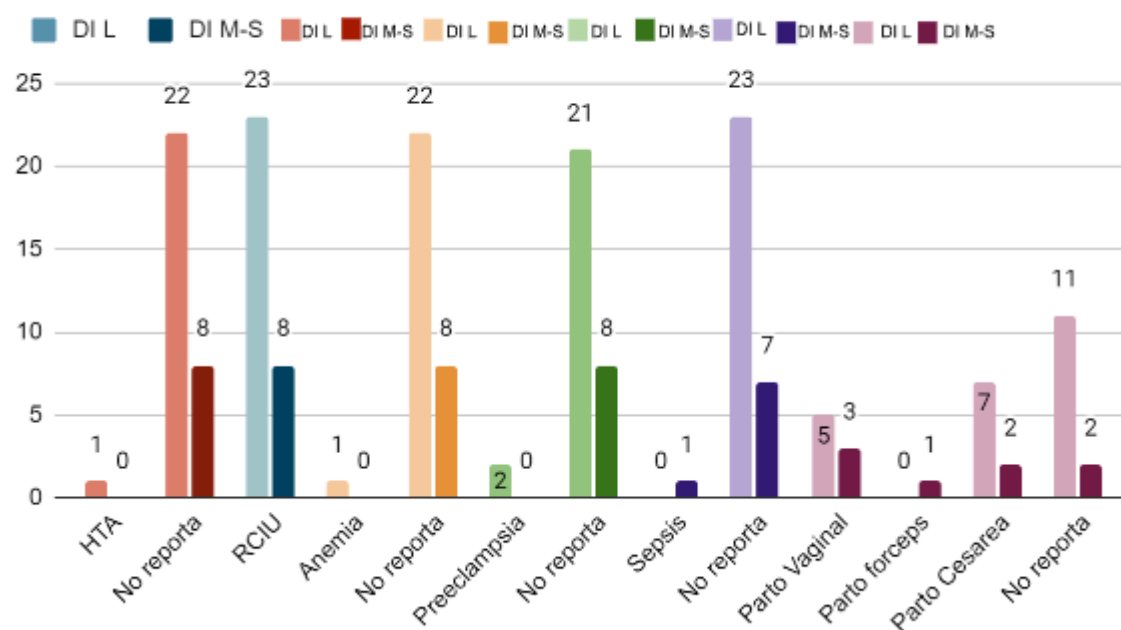
CONDICIONES SOCIODEMOGRÁFICAS MATERNAS			
VARIABLE		Discapacidad Intelectual	
		Leve N=23 (%)	Moderado-Severo N= 8 (%)
Zona	Rural	13 (56,52%)	1 (12,50%)
	Urbana	9 (39,13%)	6 (75,00%)
	No reportado	1 (4,35%)	1 (12,50%)
Estrato	1	18 (78,26%)	5 (62,50%)
	2	0 (0,00%)	1 (12,50%)
	No reportado	5 (21,74%)	2 (25%)
Escolaridad	Sin estudios	1 (4,35%)	0 (0,00%)
	Educación básica completa	5 (21,74%)	1 (12,50%)
	Educación media	11 (47,83%)	7 (87,50%)
	Técnico	2 (8,70%)	0 (0,00%)
	No reportado	4 (17,39%)	0 (0,00%)
Estado Civil	Unión libre	1 (4,35%)	0 (0,00%)
	No reportado	22 (95,65%)	8 (100,00%)
Régimen de Afiliación	Régimen subsidiado	18 (78,26%)	5 (62,50%)
	Régimen contributivo	5 (21,74%)	3 (37,50%)
Condición de vulnerabilidad	Desplazamiento forzado	2 (8,70%)	0 (0,00%)
	Consumo de sustancias psicoactivas	0 (0,00%)	1 (12,50%)
	No reportado	21 (91,30%)	7 (87,50%)

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a las condiciones de riesgo materno y la relación obtenida con la discapacidad intelectual se encuentra que 4,4 % de las madres que presentaron hipertensión arterial o anemia, tuvieron hijos que cuentan con diagnóstico de DI; 8,7 %, de aquellas que registraron preeclampsia o embarazos previos tuvieron niños-niñas con DI leve. Las madres que presentaron sepsis 12,50 % coinciden con un dx de sus hijos-hijas con DI moderada-grave.

Figura 3. Relación condiciones de riesgo maternas y discapacidad intelectual.

Riesgos maternos DI leve y DI moderada-severa



Fuente: Elaboración propia

Tabla 10. Relación condiciones de riesgo maternas y discapacidad intelectual

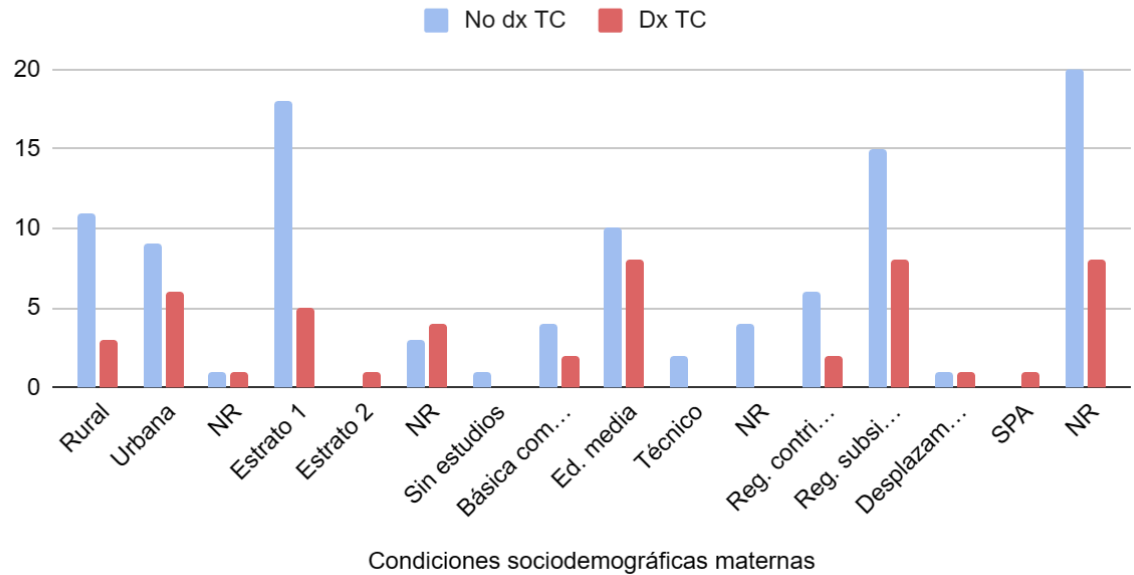
CONDICIONES DE RIESGO MATERNAS			
VARIABLE		Discapacidad Intelectual	
		Leve N= 23 (%)	Moderado- severo N= 8 (%)
Hipertensión Arterial (HTA)	Si	1 (4,35%)	0 (0,00%)
	No reportado	22 (95,65%)	8 (100%)
Restricción de crecimiento intrauterino (RCIU)	No reportado	23 (100%)	8 (100%)
Anemia	Si	1 (4,35%)	0 (0,00%)
	No reportado	22 (95,65%)	8 (100%)
Preeclampsia	Si	2 (8,70%)	0 (0,00%)
	No reportado	21 (91,30%)	8 (100%)
Sepsis	Si	0 (0,00%)	1 (12,50%)
	No reportado	23 (100%)	7 (87,50%)
Embarazos previos	Si tuvo	0 (0,00%)	1 (12,50%)
	No tuvo	2 (8,70%)	0 (0,00%)
	No reportado	21 (91,30%)	7 (87,50%)
Tipo de Parto	Vaginal normal	5 (21,74%)	3 (37,50%)
	Vaginal con uso de fórceps o ventosa	0 (0,00%)	1 (12,50%)
	Cesárea	7 (30,43%)	2 (25%)
	No reportado	11 (47,83%)	2 (25%)

Fuente: Elaboración propia

Dentro de los resultados obtenidos a partir del cruce de la información de riesgo materno con los trastornos de la conducta se encontró que 30 % de los niños-niñas que presentan algún reporte de TC sus madres vivían en zona rural y 60% en zona urbana. Sobre el estrato socioeconómico, 50 % de las madres que vivían en estrato 1 tuvo hijos que presentan algún TC. Del 80 % de los niños-niñas que presentan algún reporte de trastorno de conducta se registra que sus madres alcanzaron la educación media. En cuanto al régimen de afiliación, de aquellas que se encontraban en el régimen subsidiado el 80% de los hijos presenta TC, y acerca de las condiciones de vulnerabilidad quienes reportaron desplazamiento forzado o consumo de sustancias psicoactivas tiene niños-niñas con reporte de dificultades en la conducta.

Figura 4. Relación de condiciones sociodemográficas maternas y trastorno de conducta.

Relación de condiciones sociodemográficas maternas y trastorno de conducta.



Fuente: Elaboración propia

Tabla 11. Relación de condiciones sociodemográficas maternas y trastorno de conducta.

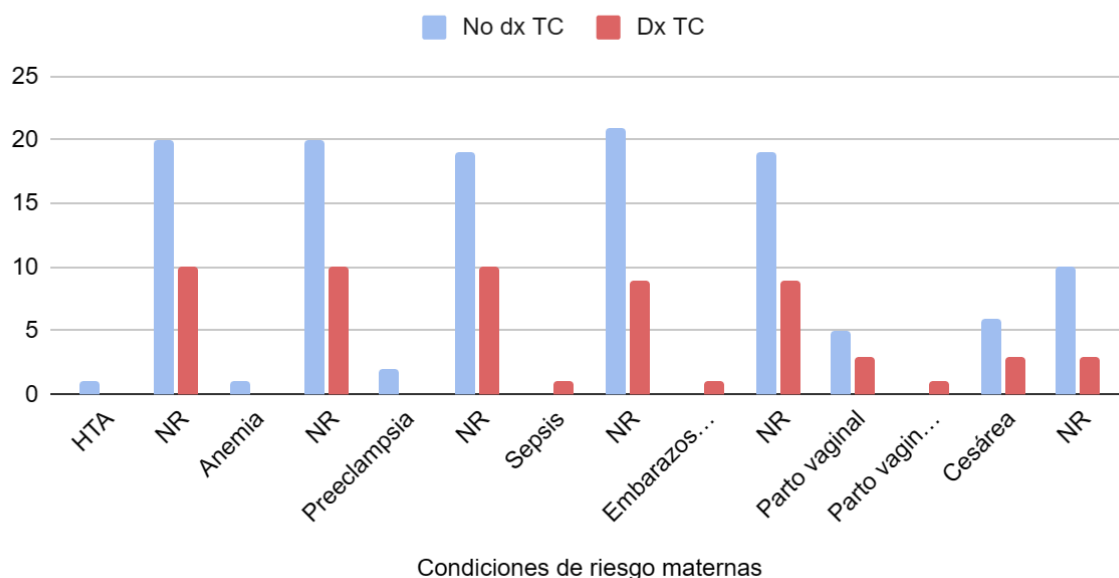
CONDICIONES SOCIODEMOGRÁFICAS MATERNAS			
VARIABLE		Trastorno de conducta	
		No dx N=21 (%)	Si dx N= 10 (%)
Zona	Rural	11 (52,38%)	3 (30,00%)
	Urbana	9 (42,86%)	6 (60,00%)
	No reportado	1 (4,76%)	1 (10,00%)
Estrato	1	18 (85,71%)	5 (50,00%)
	2	0 (0,00%)	1 (10,00%)
	No reportado	3 (14,29%)	4 (40,00%)
Escolaridad	Sin estudios	1 (4,76%)	0 (0,00%)
	Educación básica completa	4 (19,05%)	2 (20,00%)
	Educación media	10 (47,62%)	8 (80,00%)
	Técnico	2 (9,52%)	0 (0,00%)
	No reportado	4 (19,05%)	0 (0,00%)
Estado Civil	Unión libre	1 (4,76%)	0 (0,00%)
	No reportado	20 (95,24%)	10 (100,00%)
Régimen de Afiliación	Régimen subsidiado	15 (71,43%)	8 (80,00%)
	Régimen contributivo	6 (28,57%)	2 (20,00%)
Condición de vulnerabilidad	Desplazamiento forzado	1 (4,76%)	1 (10,00%)
	Consumo de sustancias psicoactivas	0 (0,00%)	1 (10,00%)
	No reportado	20 (95,24%)	8 (80,00%)

Fuente: Elaboración propia

Una de las madres, de los niños y niñas que presentan trastorno de conducta, en el momento de la gestación reportaron que contó con diagnóstico de sepsis 1 (10%), así como se tuvo el mismo resultado para una madre que tuvo embarazos previos. Por otra parte, ninguna madre de las cuatro que contaron con diagnóstico de HTA, anemia y preeclampsia sus hijos no fueron diagnosticados con TC. De acuerdo al tipo de parto, el 30% de las mujeres que tuvo parto vaginal normal y el 30% cesárea sus hijos fueron diagnosticados con TC; seguido de las que necesitaron uso de fórceps o ventosas (10%). Es necesario aclarar que 13 HC, no contaban con reporte de esta variable.

Figura 5. Relación de condiciones de riesgo maternas y trastorno de conducta.

Relación de condiciones de riesgo maternas y trastorno de conducta.



Fuente: Elaboración propia

Tabla 13. Relación de condiciones de riesgo maternas y trastorno de conducta.

CONDICIONES DE RIESGO MATERNAS			
VARIABLE		Trastorno de conducta	
		No dx N=21 (%)	Si dx N= 10 (%)
Hipertensión Arterial (HTA)	Si	1 (4,76%)	0 (0,00%)
	No reportado	20 (95,24%)	10 (100%)
Anemia	Si	1 (4,76%)	0 (0,00%)
	No reportado	20 (95,24%)	10 (100%)
Preeclampsia	Si	2 (9,52%)	0 (0,00%)
	No reportado	19 (90,48%)	10 (100%)
Sepsis	Si	0 (0,00%)	1 (10%)
	No reportado	21 (100%)	9 (90%)
Embarazos previos	Si tuvo	0 (0,00%)	1 (10%)
	No tuvo	2 (9,52%)	0 (0,00%)
	No reportado	19 (90,48%)	9 (90%)
Tipo de Parto	Vaginal normal	5 (23,91%)	3 (30%)
	Vaginal con uso de fórceps o ventosa	0 (0,00%)	1 (10%)
	Cesárea	6 (28,57%)	3 (30%)
	No reportado	10 (47,62%)	3 (30%)

Fuente: Elaboración propia

- **Componentes de la comunicación y el lenguaje.**

Teniendo en cuenta componentes de la comunicación como habla, lectura, escritura, interpretación, sistemas de comunicación, expresión e interacción, se obtuvo los siguientes resultados:

Habla: 18 de los 31 niños-niñas incluidas en el estudio presentan habla inteligible, seguidamente 3 ininteligible y 2 habla semi inteligible. Respecto a la comprensión de lectura, 8 niños-niñas se encuentran en el nivel literal y 2 en el nivel inferencial; sobre la escritura se evidencian 6 reportes de niños-niñas que se encuentran en el nivel de coherencia local y 2 en el nivel de coherencia lineal.

Comprensión del lenguaje: Con relación a la interpretación de mensajes se encontró que 13 de los reportes mencionan que los niños-niñas tienen comprensión literal, mientras que 11 presentan dificultades en el seguimiento de instrucciones y consignas. Sobre el sistema de comunicación reportado en los documentos se observa que 32,2% hace uso de recursos visuales, verbales y auditivos, en cambio 13% utiliza apoyos con símbolos, imágenes y video.

Aspectos pragmáticos: Sobre la variable personal, social y afectivo, se recogió que 45,2% realizan poca expresión de sus emociones, deseos y pensamientos; 55% presenta habilidades y recursos comprensivos y expresivos para exteriorizar lo que desean. Finalmente, sobre el componente de relacionamiento e interacción se obtiene que 12 de los 31 niños-niñas incluidos en el estudio presentan limitación en las habilidades sociales, mientras que 19 tienen habilidades sociales desarrolladas.

Adicionalmente, en la información recolectada en las HC se encontró que hay niños y niñas que han recibido atención fonoaudiológica, entre esto se destaca el reporte de que 7 tuvieron diagnóstico de otros trastornos del desarrollo del habla y del lenguaje, 1 trastorno específico de la pronunciación y 2 fueron reportados con trastorno mixto de las habilidades escolares.

Figura 6. Consolidado reporte interdisciplinar habilidades comunicativas y sociales de niños y niñas.



Fuente: Elaboración propia

Tabla 12. Consolidado reporte interdisciplinar habilidades comunicativas y sociales de niños y niñas

Reporte Interdisciplinar Habilidades Comunicativas y Sociales					
Variable				Categoría	Nº
9_AH fono				Otros trastornos del desarrollo del habla y del lenguaje	7
				Trastorno específico de la pronunciación	1
				Trastorno mixto de las habilidades escolares	2
				No reporta	21
Área de desarrollo	10.1 Comunicativa	10_1_1 Leng	Habla	Inteligible	18
				Seminteligible	2
				Ininteligible	3
				No reporta	8
			Lectura	Nivel literal	8
				Nivel infrencial	2
				No reporta	21
			Escritura	Coherencia local	6
		Coherencia lineal		2	
		No reporta		23	
		10_1_2 Interpretación		Comprensión literal	13
				Dificultad en el seguimiento de instrucciones y consignas	11
				No reporta	7
		10_1_3 Sist com		Visual, verbal, auditivo	10
				Apoyo con simbolos, imagenes, video	4
				No reporta	17
10.2 Personal, social y afectiva	10_2_1 Expresion		Poco expresivo	14	
			Comprensivo y expresivo	17	
	10_2_2 Relacionamiento _ interacción	Limitación en las habilidades sociales	12		
		Habilidades sociales desarrolladas	19		

Fuente: Elaboración propia

10. Discusión de los hallazgos del estudio

Este apartado da cuenta de la interpretación de los investigadores sobre los resultados obtenidos de los datos recogidos durante el trabajo de campo en las instituciones que formaron parte del estudio

- **Riesgos materno perinatales.**

De acuerdo con los datos del estudio, la mayoría de madres consultadas (48,38%), vivieron su periodo de gestación entre los 15 y 19 años. Al respecto, la OMS (2012) afirma que este es un factor que influye en la mortalidad materna debido a que se pueden presentar complicaciones prenatales y perinatales. Lo anterior, se corrobora con la muestra del estudio, pues de las 15 mujeres que se encontraban en este grupo etario durante la gestación, reportadas se presentaron diagnóstico de preeclampsia (3,23%) y anemia (3,23%).

Adherido a lo expuesto, autores como Donoso Et. Al. (2014) y Molina Et. Al. (2007), afirman que además del riesgo biológico al que se enfrentan las madres gestantes antes de los 19 años, existe una correlación con el riesgo social, pues, generalmente se asocia con bajos índices de ingreso, desarrollo y bienestar social. En consideración, las historias clínicas de las 31 mujeres que participaron en el estudio se pueden asociar 100% a un bajo nivel de ingreso en el periodo de gestación, dado que contaban con un reporte de estratificación como 1 y 2.

En cuanto a los resultados obtenidos por zona de residencia es de destacar que el 45,16% de las mujeres, es decir un número significativo, residían en la zona rural del departamento, así como sobresale el habitar en un sector que cuenta con un estrato socioeconómico bajo. Con respecto a esto, el ICBF (2021) destaca una gran diferencia en la posibilidad de acceso que presenta la población que habita la zona rural en comparación con quienes habitan la zona urbana, teniendo mayores dificultades para recibir atención de los servicios de salud durante la gestación y el nacimiento la

población enunciada en un primer momento. Lo mencionado se puede correlacionar con la afiliación a la seguridad social con que contaban las mujeres en ese momento, pues el (74,19%) pertenecía al régimen subsidiado, es decir, más de la mitad de las mujeres, régimen donde de acuerdo al DANE (2021) se presentan mayores defunciones maternas, lo cual se podría relacionar con la falta de atención oportuna de estas poblaciones, ya que se encuentran limitadas por las diferentes barreras de acceso para una buena atención en los servicios de salud durante el embarazo.

Acercas del nivel académico alcanzado por las mujeres al momento de la gestación, se resalta que ocurrió con mayor frecuencia en mujeres donde el nivel académico al cual llegaron fue la educación media (58,06%). Villalobos et al. (2015) atribuyen esta situación a la falta de acceso a la información integral y educación sexual adecuada, así como limitaciones sociales y económicas relacionadas al género. Lo cual deja identificar el riesgo biopsicosocial al cual pueden estar expuestas las mujeres, incrementándose al momento de estar en un periodo de gestación.

Respecto a la variable de etnia, se destaca que las mujeres pertenecientes a minorías étnicas tienen mayor riesgo de mortalidad materna, lo cual se correlaciona con el acceso deficiente a servicios públicos, de atención en salud y educación (DANE, 2021), además de asociarse con control prenatal inadecuado y en algunas comunidades con la prevalencia de yodo deficiencia, lo que compromete el crecimiento, desarrollo y futuro neurológico de los niños y niñas (Moreno et al., 2014; Herrera et al., 2019). Esto, deja en evidencia la importancia de considerar la variable etnia en la investigación, pues cada comunidad presenta prácticas y costumbres que se pueden reflejar en la situación de salud de los integrantes de la misma, en este caso las mujeres gestantes y sus hijos, no obstante, no se obtuvieron reportes de esta variable en las HC revisadas.

En cuanto a los resultados obtenidos de los riesgos materno perinatales relacionados directamente a factores biológicos, se logra resaltar que dentro de la información recolectada se encontraron 5 mujeres que presentaron este tipo de riesgos

cada una respectivamente, destacándose HTA, anemia, preeclampsia y sepsis, lo cual se relaciona con las principales causas de mortalidad materna y riesgos para la salud de la madre y bebé, de acuerdo a lo reportado por diferentes estudios (Martínez y Pereira, 2016; Jijón et al., 2011; Chuquipiondo, 2010; GTR, 2021).

- **Condición de discapacidad intelectual de los niños y niñas de la Fundación.**

Dentro de los datos recogidos, se encuentra que todos los niños y niñas tienen un diagnóstico de discapacidad intelectual; acorde a lo reportado en las historias clínicas, el 74,19% (23/31) están diagnosticados con discapacidad intelectual leve. Adicionalmente, es de destacar que en concordancia con los datos reportados por el DANE en el año 2020; en el rango de 0-14 años, el 56,5% de las personas con discapacidad, son de sexo masculino; acorde con el actual estudio, pues se reportan 21 historias clínicas de niños con discapacidad intelectual, conformando el 67,74% de la población del estudio, en contraste con las 10 historias clínicas de niñas.

- **Trastornos de la conducta de los niños y niñas de la Fundación.**

En lo que respecta a los diagnósticos relacionados a trastornos de la conducta se identificó que hay una mayor cantidad de niños y niñas con información relacionada al comportamiento derivada por el psicólogo (54,84%) en comparación al diagnóstico médico (32,25%). Aguilar (2019) recomienda complementar el diagnóstico de trastorno de la conducta con uno de tipo funcional, en el que se pueda identificar las características y realidad del diagnóstico puesto en el contexto, teniendo en cuenta el nivel de funcionalidad y limitaciones que se pueden presentar, posibilitando de esta forma una atención más significativa. En consideración, esta información permite el reconocimiento de la importancia de que un profesional experto que comparte tiempo y espacio pueda complementar un diagnóstico, pues es este quien conoce el comportamiento en contexto de los niños y las niñas, pudiendo así identificar mayores

fortalezas y debilidades a trabajar, siendo de esta forma más significativo para las familias, niños y niñas.

- **Posibles relaciones entre los riesgos materno perinatales y el diagnóstico de discapacidad intelectual y trastornos de la conducta**

Dentro de los resultados obtenidos se encontró que las mujeres que vivían en zona urbana tuvieron un mayor número de hijos con diagnóstico de discapacidad intelectual moderada-severa y un reporte de trastorno de la conducta que aquellas mujeres que vivían en la zona rural. Adicionalmente, una de las mujeres que presentó desplazamiento forzado tuvo un hijo con diagnóstico de discapacidad intelectual leve y un reporte de trastorno de la conducta la madre que reportó consumo de sustancias psicoactivas tiene un niño-niña que cuenta con diagnóstico de discapacidad intelectual moderado-severo y trastorno de la conducta. Por su parte, López et al. (2012) reportan que el consumo de sustancias nocivas para la salud puede generar un riesgo, asociado a alteraciones en el desarrollo y conducta. Esta información se correlaciona con los resultados obtenidos, pues se encontró una relación entre ambos diagnósticos con la condición de riesgo presentada por la madre.

A su vez, se tuvo que el 3,23% de las madres presentó un parto vaginal asistido con fórceps o ventosa, para quien su hijo fue diagnosticado con DI moderada-severa y TC, mientras que el 3,23% de las madres que presentó ETS se encontró asociación con DI leve, más no con TC. En lo reportado por Villarejo et. al (2009) cuando hay uso de instrumentación ginecológica durante el parto existe la posibilidad de generar múltiples lesiones al sistema nervioso central y periférico, así como el diagnóstico de ETS durante la gestación puede desencadenar múltiples discapacidades, entre estas, discapacidad intelectual (Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development [NIH], 2015). De acuerdo con lo reportado se puede mencionar que hay una semejanza entre los resultados obtenidos y la información encontrada en otras

investigaciones en cuanto a la condición de discapacidad, sin embargo, se resalta la correlación adicional que se encontró respecto al trastorno de la conducta.

En cuanto a las posibles relaciones que han de establecerse entre el diagnóstico de discapacidad intelectual y trastornos de la conducta, se identificó que de las 31 HC revisadas de los niños y niñas, 17 de ellos presentan un reporte sobre su comportamiento. Frente a esto, Rojahn et al., (2004) y Peña (2017) en sus estudios respectivos observaron correlación en alteraciones conductuales mayormente en pacientes diagnosticados con discapacidad intelectual, las cuales han sido consideradas como síntomas psiquiátricos atípicos. Es por lo mencionado, que se considera la existencia de conexión entre estos diagnósticos, pues más de la mitad de los niños y niñas presentan algún reporte en el comportamiento, así como se correlaciona la información obtenida de los RMP lo que podría llevar a pensar que los niños y niñas desencadenan alguna condición de alteración de la conducta como resultado de una combinación multicausal tanto de factores biológicos como sociodemográficos.

- **Comunicación y el lenguaje de niños y niñas con discapacidad intelectual.**

De acuerdo a la información obtenida sobre la caracterización de la comunicación y el lenguaje se identificó que hay unos niños y niñas que cuentan con niveles más avanzados en componentes como lectura y escritura, habla, entre otras, sin embargo hay otro grupo de niños y niñas que presentan dificultades en los diferentes componentes revisados, por lo tanto se reconoce la necesidad de valorar otras formas de comunicación, expresión e interacción que favorezca la mayor participación de los mismos en diferentes contextos desde sus posibilidades y potencialidades, sin poner toda la responsabilidad de la interacción comunicativa sobre ellos, sino sobre todos los actores con quienes se relacionan y que participan en la interacción, convirtiéndose en una construcción y desarrollo conjunto entre el niño-niña con discapacidad, su familia, docentes, terapeutas, entre otros, permitiendo reconocer los diferentes recursos que

tiene esta población para comprender y comunicarse, respetando las particularidades de cada individuo.

11. Conclusiones

Dando respuesta al primer objetivo se obtuvo que los factores de riesgo sociodemográficos más significativos fueron que las mujeres en su mayoría (48,38%) tuvo el parto entre los 15 - 19 años, el 45,16% vivía en zona urbana, el 74,19% en estrato 1, el 58,06% alcanzo educación media, el 74,19% tenía un régimen de afiliación en salud subsidiado. Es de resaltar que una variable tan importante como lo es la etnia no se encontró reportada en ninguna de las historias clínicas revisadas, el 90,32% de las condiciones de vulnerabilidad tampoco se encontraron diligenciadas; sin embargo, se resalta que dos mujeres reportaron desplazamiento forzado y una consumo de sustancias psicoactivas. En la ocupación no se encontró a qué hace referencia "otras actividades no clasificadas" respuesta que tenía la mayoría de mujeres.

Se encontró que las condiciones de riesgo maternas que se reportaron fueron: hipertensión arterial, anemia, preeclampsia, sepsis, embarazos previos, ETS, y el tipo de parto que tuvo predominio fue la cesárea.

De acuerdo con el segundo objetivo, sobre la discapacidad se tiene que la mayoría de los niños y niñas en la fundación presentan discapacidad intelectual de grado leve (74,19%). En cuanto a los trastornos de conducta se tiene que, de los 31 niños y niñas, 10 tienen un diagnóstico médico asociado y el psicólogo reporta desde su criterio profesional y seguimiento que al menos 17 tienen algún grado de trastorno de la conducta o dificultades en su comportamiento.

Con relación al tercer objetivo y al cruce de la información se encontró relación entre el reporte de consumo de sustancias psicoactivas y el diagnóstico de discapacidad intelectual moderado-severo con trastorno de la conducta. Al igual que la mujer que presentó un parto con uso de instrumentación ginecológica se asoció con el diagnóstico

de DI moderada-severa y TC, mientras que la madre que tuvo una condición de ETS sólo se asoció con DI leve. Adicionalmente, se identificó que la mayoría de niños y niñas que tienen discapacidad intelectual leve sus madres vivían en zona rural, la mayoría se encontraba habitando en estrato socioeconómico 1, una madre presentó HTA y otra anemia respectivamente. En cuanto a la DI de grado moderado-severo gran parte de las mujeres habían alcanzado educación media, pertenecían al régimen de salud subsidiado, una de ellas tuvo diagnóstico de sepsis.

Respecto al cruce de información con el TC se obtuvo que la mayoría de niños y niñas que tuvieron algún reporte de trastorno de conducta, la gran parte de sus madres vivían en zona urbana, el 20% presentó una condición de vulnerabilidad y el 10% presentó sepsis.

Hay que mencionar, además, que se identificó que más de la mitad de los niños y niñas presentan algún reporte o diagnóstico sobre la conducta, destacándose que todos los niños y niñas fueron diagnosticados con algún nivel de discapacidad intelectual.

Lo mencionado anteriormente, nos lleva a considerar el gran impacto que tiene la salud sexual y reproductiva en las mujeres con relación al bienestar del binomio madre – niño, pues los resultados y discusión realizada en páginas anteriores permite vislumbrar las implicaciones que pueden generar los Riesgos Materno Perinatales, esto mencionado sin responsabilizar propiamente a las mujeres cuando son madres, sino por el contrario, reflexionar sobre la importancia de establecer políticas públicas acordes a las necesidades propias de esta población, de acuerdo a las diferentes condiciones sociales y biológicas que puede tener cada territorio con el fin de realizar intervenciones significativas desde un abordaje comunitario más amplio desde la promoción y prevención, lo cual tendría repercusiones positivas en la infancia.

En cuanto al último objetivo, de acuerdo con el análisis fonoaudiológico realizado a partir de los reportes del equipo interdisciplinar en las HC se identificó que 3 de ellos tienen un habla ininteligible, 2 presentan nivel de lectura inferencial y nivel de

coherencia lineal en la escritura, 17 presentan buen nivel de comprensión y expresión y 19 habilidades sociales desarrolladas. Adicionalmente, se puede mencionar que al menos 10 niños y niñas han recibido atención fonoaudiológica, en algún momento, sin embargo no se conoce la atención llevada a cabo ni los resultados de dichas intervenciones, ahora bien, de acuerdo a la información mencionada se puede destacar el potencial y pertinencia que tiene el profesional en fonoaudiología con esta población en sus diferentes contextos, no sólo como un profesional que aporta desde sus diferentes enfoques en la habilitación y rehabilitación, sino también como uno que apoya y posibilita otras formas de interacción y desarrollo en los diferentes contextos, dejando así posibilidades para próximos estudios, donde se pueda comprender desde otras miradas la discapacidad en las instituciones.

Finalmente, de acuerdo a los resultados obtenidos y el marco teórico revisado, se plantea la necesidad de articular desde las primeras etapas de vida el trabajo interdisciplinar para los niños y niñas, en el caso específicamente del profesional en fonoaudiología, hablamos no solo desde el espacio de UCI neonatales donde cumple un rol fundamental, sino también durante el desarrollo escolar y el resto del ciclo vital, ya que los niños y niñas con factores de riesgo perinatal pueden desarrollar dificultades en diferentes áreas tanto de procesamiento sensorial como de aprendizaje, atención, entre otros, lo cual permite establecer la necesidad de este profesional durante estos procesos, contemplando en las intervenciones la influencia de los determinantes sociales.

12. Limitaciones del estudio

En esta investigación se presentaron varias limitaciones, dentro de estas se encuentra que el tamaño de la muestra no fue tan grande, lo cual no posibilitó encontrar conexiones significativas en los datos reportados. Así mismo se destaca que los datos recogidos no fueron 100% fiables, pues la calidad de la información de las historias clínicas del Hospital no fue la más adecuada, ya que hubo muchos datos que no se encontraron reportados y en algunos casos no hubo seguimiento completo del periodo de gestación. También, se destaca que la forma en la que se recolectó la información debió ser más exhaustiva, dejando por escrito las dificultades encontradas en el proceso para poder tenerlas en cuenta en el momento de analizar la información.

Lo mencionado anteriormente, afectó la investigación debido a que en el análisis de resultados hubo variables que no se reportaron debido a que no tenían más categorías que comparar por falta de datos.

Se destaca la gran oportunidad de futuras investigaciones para continuar con este tipo de estudios en las poblaciones, posibilitando el reconocimiento de diferentes factores que generan dificultades en el desarrollo de los niños y niñas, para así propiciar estrategias que brinden mayores alternativas para su atención oportuna.

13. Fortalezas del estudio

Como fortalezas de la investigación se destaca la culminación del estudio que forma parte del Macroproyecto "Prevención materno perinatal para el riesgo cardiovascular y de violencia en jóvenes", integrando un lugar entre diez proyectos diferentes de estudios descriptivos, casos - controles, estudios de cohortes y ensayos clínicos controlados, llevado a cabo de manera interdisciplinaria por el grupo de investigación de Salud sexual y reproductiva de la Universidad del Valle, en búsqueda de mejorar la calidad de atención materna y fetal en adolescentes.

El estudio se realizó siguiendo las consideraciones éticas en todo momento y salvaguardando la información personal de las historias clínicas revisadas, contando además con el acompañamiento del docente en el establecimiento de contacto con las instituciones y la recolección de los datos.

El alcance descriptivo brindado por el estudio proporciona las bases para la posterior realización de estudios analíticos que establezcan una relación entre algún factor de riesgo y un determinado efecto; generando a su vez nuevos campos para ampliar la investigación en fonoaudiología y el tratamiento de las necesidades que surjan a partir de estas investigaciones.

Se destaca la importancia de contar con toda la población abordada en el estudio dentro de una misma institución como lo fue la fundación y el acceso que se otorgó por parte del Hospital para recoger la información de las historias clínicas de las madres. En ambos sitios la información se encontraba accesible; siendo consolidada en archivos como resultó ser en la fundación y la sistematización a través del software clínico como se encontraba almacenada en el Hospital.

14. Impactos

Dentro de los alcances que se proyectaron con el presente trabajo de grado se encuentra la presentación de los hallazgos del estudio a las instituciones involucradas, para que estas puedan evidenciar el trabajo realizado y así poder adquirir información sobre el contexto de la población con la que se encuentran. De acuerdo con los resultados que se obtengan en esta presentación se podría invitar a las instituciones para que implementen estrategias para dar atención a la población materna y niños nacidos que coincidan con la caracterización realizada. El indicador verificable de la misma se establece a través de registros de asistencia con firma de representantes de las instituciones.

Aportar al conocimiento científico y difusión de información actualizada sobre una población del municipio de Santander de Quilichao en cuanto a los riesgos maternos perinatales y su asociación con la discapacidad intelectual, así como posiblemente con los trastornos de la conducta. Motivando de esta forma a más investigadores a realizar búsqueda e investigaciones sobre temas relacionados situados en el contexto colombiano y generar acciones a implementar para el bienestar de los niños, niñas y madres.

El presente estudio establece las bases para la realización de posteriores estudios analíticos o descriptivos que surjan alrededor de la investigación para diferentes áreas del conocimiento.

Adicionalmente, genera reflexión sobre el rol que cumple el profesional de la fonoaudiología en la atención primaria en salud y la importancia de la interdisciplinariedad con los otros profesionales de la salud, para una atención oportuna, integral y de calidad a la población infantil. Así como el gran impacto que tiene la salud sexual y reproductiva en las mujeres con relación al bienestar infantil y la importancia de establecer políticas públicas acordes a las necesidades propias de esta población, de acuerdo a las particularidades que puede tener cada territorio con el fin de realizar intervenciones significativas desde un abordaje comunitario.

15. Referencias

- Achury, S., Cifuentes, I., Lasso, C. y Páez, S. (2015). *Fonoaudiología en la estrategia de atención integral a la primera infancia de cero a siempre* [Tesis de pregrado]. Biblioteca digital Univalle.
<https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/handle/10893/10868/CB-0565909.pdf?sequence=1>
- American Psychiatric Association. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5TM*.
<https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
- American Speech-Language-Hearing Association [ASHA]. (2004). Knowledge and Skills Needed by Speech-Language Pathologists Providing Services to Infants and Families in the NICU Environment. *American Speech-Language-Hearing Association*. <https://www.asha.org/policy/ks2004-00080/>
- Aguilar, J. A. (2019). Evaluación y diagnóstico clínico-funcional de los trastornos de conducta en la población infantil: consideraciones conceptuales y metodológicas. *Revista Electrónica Cuadernos de Neuropsicología*, 13(2), 145-162.
<https://www.cnps.cl/index.php/cnps/article/view/375/424>
- Atención integral a la primera infancia. (2013). *Boletín 5 Discapacidad en la primera infancia: Una realidad incierta en Colombia*.
<http://www.deceroasiempre.gov.co/Prensa/CDocumentacionDocs/Bolet%C3%ADn%20No.%205%20Discapacidad%20en%20la%20primera%20infancia%20una%20realidad%20incierto%20en%20Colombia.pdf>
- Bienestar Familiar. (2022). *Lineamiento técnico para la atención a la primera infancia* (7).
https://www.icbf.gov.co/system/files/procesos/lm5.pp_lineamiento_tecnico_para_la_atencion_a_la_primera_infancia_v7.pdf

- Bravo, G., Duque, K., Prado, P. y Vásquez, D. (2015). *Estrategias de estimulación oromotora empleadas por las madres y/o cuidadores en bebés prematuros de la unidad de cuidados intensivos neonatal de un hospital del suroccidente colombiano*. 2015 [Tesis de pregrado, Universidad del Valle]. Biblioteca digital Univalle.
- <https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/handle/10893/10858/CB-0565907.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Caro Castelar, I., Bermejo Padilla, S., Pérez Pérez, O., Barbosa Sarabia, V., & Triviño Barrios, L. (2021). Calidad de vida en población pediátrica entre los 7 a 11 años con discapacidad intelectual. Barranquilla 2017–2018. *Pediatría*, 53(4), 138-144.
- <https://doi.org/10.14295/rp.v53i4.206>
- Chuquipiondo, C. (2010). *Factores de riesgo perinatal asociados a discapacidad en niños de dos años*. Iquitos - 2010 [Tesis doctoral, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa].
- <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/10775/UPchcacm.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Comisión de Regulación en Salud. (2012). Acuerdo 031 de 2012.
- <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Acuero-31-de-2012.pdf>
- Congreso de la República de Colombia. (2004). Discapacidad Cognitiva. Programa de fortalecimiento legislativo; Oficina de Asistencia Técnica Legislativa. Bogotá, D.C.
- <https://www.camara.gov.co/sites/default/files/2017-11/028%20Discapacidad%20Cognitiva.pdf>
- Congreso de la República de Colombia. (2006). Código de la infancia y adolescencia Ley 1098 de 2006.
- <https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/codigoinfancialey1098.pdf>

- Coronel, C. (2018) Problemas emocionales y de comportamiento en niños con discapacidad intelectual. Universidad Nacional de Tucumán. *Revista diversitas-Perspectivas en psicología*. Vol. 14, No.2
<https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2018.0014.11>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE]. (2010). *Población con registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad*. Cauca.
<https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/discapacidad>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE]. (2019). *Resultados Censo Nacional de Población y Vivienda 2018*.
<https://www.dane.gov.co/files/censo2018/informacion-tecnica/cnpv-2018-presentacion-funcionamiento-humano.pdf>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE]. *Panorama general de la discapacidad en Colombia*.
<https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/discapacidad/Panorama-general-de-la-discapacidad-en-Colombia.pdf>
- Donoso, B., y Oyarzún, E. (2012). Embarazo de alto riesgo. *Medwave*, 12(5), 1-8.
<https://www.medwave.cl/medios/medwave/junio2012/PDF2/10.5867medwave.2012.05.5429.pdf>
- Emerson, E y Einfeld, S. (2011). *Challenging Behaviour* (3rd ed.). New York: Cambridge University Press.
- Erskine, H. E., Norman, R. E., Ferrari, A. J., Chan, G. D., Copeland, W. E., Whiteford, H. A y Scott, J. G. (2016) Long-Term Outcomes of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Conduct Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. Volume 55; 841-850
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.06.016>

Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development

[NIH]. (2015). *¿Cómo afectan las enfermedades e infecciones de transmisión sexual (STD/STI por sus siglas en inglés) el embarazo?*. Departamento de salud y servicios humanos.

<https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/stds/informacion/preguntas-afectan>

Fairchild, G., Hawes, D. J., Frick, P. J., Copeland, W. E., Odgers, C. L., Franke, B., Freitag, C. M. y De Brito, S. (2019) Conduct disorder primer. *Nature Reviews Disease Primers* 5, Volume 43. <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0100-5>

Fernandez, R y Araúxo, A. (2004) El modelo de Russell Barkley. Un modelo etiológico para comprender los trastornos de conducta. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 4(1); 54-64

Frick, P y Nigg, J. (2011) Current Issues in the Diagnosis of Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Oppositional Defiant Disorder, and Conduct Disorder. *Annual Review of Clinical Psychology* Vol. 8:77-107
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4318653/>

Ganguli, M., Blacker, D., Blazer, D., Grant, I., Jeste, D., Paulsen, J., Petersen, R. y Sachdev, P. (2011). Classification of neurocognitive disorders in DSM-5: a work in progress. *The American Journal of Geriatric Psychiatry : Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 19(3), 205–210.
<https://doi.org/10.1097%2Fjgp.0b013e3182051ab4>

Gaytán, E. Rosales, M. Reyes, H. Díaz, F. Calderón, J. (2015). Prevalencia de dificultades emocionales, conductuales y cognitivas en niños de escenarios urbanos con diferente grado de marginación. Universidad Autónoma de San Luis Potosí, Universidad Juárez del Estado de Durango. *Revista de Psicología y Ciencias del Comportamiento*. Vol. 6(1)
<https://revistapcc.uat.edu.mx/index.php/RPC/article/view/110>

- González, R., Oliva, Y., Carlos, F. y Medina, E. (2014). La discapacidad intelectual en Minas de Matahambre, una caracterización clínico-epidemiológica. *Rev. Ciencias Médicas*, 18(2), 187-198. <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v18n2/rpr03214.pdf>
- Grupo de Trabajo Regional para la reducción de muerte materna [GTR]. (2021). Consenso Estratégico Interagencial para la Reducción de la Morbi-mortalidad Materna: orientaciones estratégicas para el decenio 2020-2030. https://lac.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/geco-238_qtr_consenso_estrategico_interagencial_2020_2030_spanish_final.pdf
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la investigación* (6. ed.). McGraw Hill Interamericana. <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- Hospital Francisco de Paula Santander. (2019, 18 de julio). *La violencia en Quilichao muestra cifras brutales*. <https://hfps.gov.co/la-violencia-en-quilichao-muestra-cifras-brutales/>
- Instituto Nacional de Estadística. (2008). *Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD)*. https://www.ine.es/dynqs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176782&menu=resultados&idp=1254735573175
- Instituto Nacional de Salud Pública de México. (2012). *La importancia de los determinantes sociales de la salud en las políticas públicas*. https://www.insp.mx/images/stories/Produccion/pdf/131209_determinantesSociales.pdf
- Instituto Nacional de Salud [INS]. (2022). *Protocolo de Vigilancia de Mortalidad Materna* (07). https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Mortalidad%20Materna%202022.pdf

Instituto Nacional de Salud [INS]. (2022). *Boletín Epidemiológico Semanal* (31).

https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2022_BoletinEpidemiologico_semana_31.pdf

Jijón, M., Arguello, Lardoezt, R., Aldaz, C., Lozada, Y., Jiménez, I., Jordán, A., Icart, E. y Gámez, M. (2011). Caracterización de los eventos causales prenatales, perinatales y postnatales relacionadas con la discapacidad intelectual en la República del Ecuador. *Rev Cubana Genet Comunit.* 5(2-3), 38-43.

<https://www.medicigraphic.com/pdfs/revcubgencom/cgc-2011/cgc112e.pdf>

Katz, G. y Lazcano, E. (2008). Intellectual disability: definition, etiological factors, classification, diagnosis, treatment and prognosis. *Salud pública de México*, 50.

<https://scielosp.org/article/spm/2008.v50suppl2/s132-s141/en/>

Lautarescu, A., Craig, M. C., y Glover, V. (2020) Prenatal stress: Effects on fetal and child brain development. *International Review of Neurobiology* Vol. 150: 17-40

<https://doi.org/10.1016/bs.irn.2019.11.002>

Lillig, M. (2018) Conduct Disorder: Recognition and Management. *Am Fam Physician*, 98 (10): 584-592 <https://www.aafp.org/afp/2018/1115/p584.html>

Londoño, L. Trujillo, J. (2020) *Factores de riesgo materno perinatales asociados a riesgo cardiovascular del adulto y violencia juvenil en Colombia* [Trabajo de grado. Universidad del Valle]. Biblioteca digital Univalle.

<https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/handle/10893/18782/3645%20L846.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

López, S., Rivas, R., y Taboada, E. (2012). Prevalencia de los factores de riesgo perinatales en los Trastornos Generalizados del Desarrollo. *Univ. Psychol*, 11(3) http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672012000300016

- Márquez, E., Zanabria, M., Pérez, V., Aguirre, E., Arciniega, L. y Saúl, C. (2011). Epidemiología y manejo integral de la discapacidad intelectual. *Salud Mental*, 34, 443-449. <https://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v34n5/v34n5a8.pdf>
- Martínez, J. y Pereira, M. (2016). Caracterización de las gestantes de alto riesgo obstétrico (ARO) en el departamento de Sucre (Colombia), 2015. *Salud Uninorte*. 32 (3), 452-460. <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v32n3/v32n3a09.pdf>
- Maulik, P. y Darmstadt, G. (2007). Childhood Disability in Low- and Middle-Income Countries: Overview of Screening, Prevention, Services, Legislation, and Epidemiology. *Pediatrics*, 120, 1-55. <http://lib.ajau.ac.ir/booklist/347926.pdf>
- Mera, A. y Alzate, R. (2019). Mortalidad materna en el departamento de Cauca, un estudio en el régimen subsidiado. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 37(3), 64-73. <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v37n3/0120-386X-rfnsp-37-03-64.pdf>
- Ministerio de Salud de Colombia. (2013). *Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/PDSP.pdf>
- Ministerio de Salud de Colombia. (2014). *Perfil y competencias profesionales del fonoaudiólogo en Colombia*. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Fonoaudiologia_Octubre_2014.pdf
- Ministerio de Salud de Colombia. (2018). *Boletín No. 9 Caracterización de la población con discapacidad en las cinco ciudades principales de Colombia*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/boletin-9-discapacidad.pdf>
- Ministerio de Salud de Colombia. (s.f). *ABECÉ Interoperabilidad de Datos de la Historia Clínica en Colombia Términos y siglas*. <https://www.minsalud.gov.co/ihc/Documentos%20compartidos/ABC-IHC.pdf>

- Ministerio de Salud de Chile. (2018). *Manual con Orientaciones de codificación para Capítulo XVI " Ciertas afecciones originadas en el período perinatal" Para el tipo de Actividad Hospitalización (3).*
- <https://repositoriodeis.minsal.cl/ContenidoSitioWeb2020/uploads/2018/09/Orientaciones-de-codificaci%C3%B3n-para-el-Cap%C3%ADtulo-XVI-de-la-CIE-10.pdf>
- Ministerio de Salud de Colombia. (2020). *Boletines Poblacionales: Personas con Discapacidad -PCD Oficina de Promoción Social I-2020.*
- <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/boletines-poblacionales-personas-discapacidadI-2020.pdf>
- Ministerio de Salud de Colombia. (2021) *Plan de Acción de Salud Materna e Infantil «Primeros Mil Días de Vida y Marco Estratégico Nacional armonizado con el Plan Decenal de Salud Pública, Colombia 2012-2021.*
- <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/planeacion-primeros-mil-dias.pdf>
- Moreno, M. (2011). *Factores de riesgo prenatal, perinatal y posnatal presentes en el retardo mental* [Tesis de magister, Universidad de San Buenaventura]
- <http://biblioteca.usbboq.edu.co:8080/Biblioteca/BDigital/63547.pdf>
- Moreno, R. y Pérez, C. (2013). Atención temprana comunitaria en niños con factores de riesgo de retardo del neurodesarrollo: 1998–2008. *Revista Cubana Neurol Neurocir.* 3(1), 5-12.
- <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubneuro/cnn-2013/cnn131b.pdf>
- Naciones Unidas, (2014). Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad: Guía de formación. Nueva York y Ginebra.
- https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/CRPD_Training_Guide_PTS19_sp.pdf

- Navas, P., Verdugo, M. y Gómez, L. (2008) Diagnóstico y clasificación en discapacidad intelectual. *Intervención Psicosocial*, 17(2), 143-152.
<https://scielo.isciii.es/pdf/inter/v17n2/v17n2a04.pdf>
- Nock, M. K., Kazdin, A. E., Hiripi, E., y Kessler, R. C. (2006) Prevalence, Subtypes, and Correlates of DSM-IV Conduct Disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological medicine*, 36(5), 699-710.
<https://doi.org/10.1017/S0033291706007082>
- Oliveira, R., Bones, K., Pizzinato, A. y Cé, J.(2013). La percepción de determinantes sociales de la salud en Brasil según usuarios y profesionales: un estudio cualitativo. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 31, 160-169.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000400018
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2011). *Informe mundial sobre la discapacidad*.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/informe-mundial-discapacidad-oms.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (s.f). *Organización Panamericana de la Salud*. <https://www.paho.org/es/temas/salud-recien-nacido>
- Palacios, Y. (2014). *Salud y nutrición integral para el desarrollo físico y cognitivo en niños de 0 a 6 años* [Tesis de pregrado, Universidad Rafael Landívar.].
<http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/05/84/Palacios-Yuby.pdf>
- Panduro y cols. (2012). *Embarazo en adolescentes y sus repercusiones materno perinatales*. *Ginecol Obstet Mex*. 80(11):694-704.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2012/gom1211c.pdf>
- Peña, C. (2017). *El infradiagnóstico de los trastornos psiquiátricos en la población con discapacidad intelectual. La relación entre la enfermedad mental y los trastornos de conducta* [Tesis doctoral, Universidad Central de Catalunya].

https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/458124/tesdoc_a2017_pe%C3%B1a_carlos_infradiagnostico.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Pérez, M. E. y Chhabra, G. (2019). Modelos teóricos de discapacidad: un seguimiento del desarrollo histórico del concepto de discapacidad en las últimas cinco décadas. *Revista Española de Discapacidad*, 7, 7-27.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6955448>

Quilisalud. (2019). *Plan de desarrollo institucional 2020-2023*. Quilisalud somos todos.

<http://quilisalud.gov.co/home/wp-content/uploads/2019/05/PDI-QUILISALUD-.pdf>

Reyes, J., Vega, Silva, G., Ojeda, N., Jijón, M., Camacho, A., Rodríguez, R., Reimar, O. y Gámez, M. (2011). Caracterización etiológica de la discapacidad intelectual en la República del Ecuador Año 2010. *Rev Cubana Genet Comunit*, 5(2-3),32-37.

<https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubgencom/cgc-2011/cgc112d.pdf>

Rodríguez, P. J. (2012). *Trastornos del comportamiento*. Pediatría Integral.

<https://www.pediatriaintegral.es/numeros-anteriores/publicacion-2012-12/trastornos-del-comportamiento/>

Rosas, C., Beteta, N. y Granados, D. (2010). Factores de riesgo para dificultades en el aprendizaje de la lecto-escritura. *Enf Neurol*, 9 (1),17-19.

<https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2010/ene101e.pdf>

Sadock, B., Sadock, V. y Ruiz, P. (2018). *Manual de psiquiatría clínica* (4 edición). Wolters kluwer.

Taboada, N., Bravo, O., Amanda, M., Acosta, O., Pérez, O., Díaz, R., Rodríguez, L., Bacallao, A., Arnaldo, K. y Morales, N. (2011). Discapacidad intelectual. Aproximación a las principales causas en el Estado Plurinacional de Bolivia. *Rev Cubana Genet Comunit*, 5(2-3),50-56.

<https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubgencom/cgc-2011/cgc112g.pdf>

- Toboso, M. y Arnau, M. (2008). La discapacidad dentro del enfoque de capacidades y funcionamientos de Amartya Sen. *Revista Iberoamericana de Filosofía, Política y Humanidades*, 10 (20), 64-94.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28212043004>
- Torres, P. y Granados, D. (2010). Factores de riesgo perinatal, signos neurológicos blandos y lenguaje en edad preescolar. *Enf Neurol (Mex)*, 12 (3), 128-133.
<https://www.mediagraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2013/ene133d.pdf>
- Triviño, J. (2022). *Propuesta de intervención sobre cuidados prenatales en relación al nivel socioeconómico, discapacidad intelectual y psicosocial* [Tesis de maestría, Pontificia Universidad Católica del Ecuador]. Repositorio PUCESA.
<https://repositorio.pucesa.edu.ec/handle/123456789/3950>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF]. (2002). *La niñez colombiana en Cifras*.
<https://www.unicef.org/colombia/media/2356/file/Ni%C3%B1ez%20colombiana%20en%20cifras.pdf>
- Vélez, J. E., Herrera, L. E., Arango, F., Herrera, A y Peña, J. A. (2013). Resultados materno perinatales en la consulta de alto riesgo, SES Hospital de Caldas, 2009-2011. *Hacia la promoción de la salud*. 18(2), 27-40.
<http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v18n2/v18n2a03.pdf>
- Villalobos, H., Campero, L., Suárez, Leticia., Atienzo, E., Estrada De la Vara. (2015) El embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México. *Salud Pública de México*, 57(2), 35-143
<https://www.redalyc.org/pdf/106/10636867004.pdf>
- Villarejo, F., Belinchón, J., Carceller, F., Gómez, A., Pascual, A., Cordobés, F., Pérez, C. y Rivero, B. (2009). Lesiones craneales secundarias a parto asistido con forceps. *Neurocirugía*, 20 (3).

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-14732009000300

004

World Health Organization [WHO], Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA], World Bank Group, y Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de Naciones Unidas [UNDESA].(2023). *Trends in maternal mortality 2000 to 2020. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division*
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240068759>

16. Anexos

Anexo 1. Aval Fundación.



Santander de Quilichao, Cauca, 3 de junio de 2022

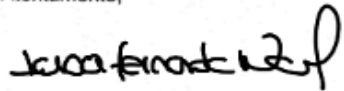
Señora
DANIELA HIDROBO PERDOMO
La ciudad

Asunto: Aval trabajo de grado

Cordial saludo.

Por medio de la presente brindamos el aval correspondiente, para la ejecución del proyecto de investigación en modalidad de trabajo de grado, el ejercicio investigativo denominado: "*Antecedentes de Riesgo materno perinatal en niños con discapacidad intelectual y trastornos de la conducta: Estudio retrospectivo. Santander de Quilichao (Cauca) 2022*"; desarrollado por los estudiantes: Daniela Idrobo Perdomo con código 1745735 y Diego Fernando Vasquez Monterroza con código 1745354, y bajo la tutoría del profesor Julián A. Herrera M.

Atentamente;



LUISA FERNANDA NAVIA MEDINA
Representante Legal

Anexo 2. Aval Hospital.

 HFPS Hospital Francisco de Paula Santander E.S.E. Medicina Especializada en Neumología	OFICIOS CÓDIGO: FR-GSI-GD-03 VERSION: No. 1	 HFPS Siempre Mejor
---	--	---

Santander de Quilichao, 07 de julio de 2022

Estudiante:
DANIELA IDROBO PERDOMO
DIEGO FERNANDO VASQUEZ
Estudiantes de Fonoaudiología, Universidad del Valle

Profesor:
JULIAN HERRERA M, MDMFOM, PhD
Profesor Titular
Universidad del Valle

Asunto: Aval trabajo de grado

Cordial saludo,

Por medio de la presente brindamos el aval correspondiente, para la ejecución del proyecto de investigación en modalidad de trabajo de grado, el ejercicio investigativo es denominado: "Antecedentes de Riesgo materno perinatal en niños con discapacidad intelectual y trastornos de la conducta: Estudio retrospectivo. Santander de Quilichao (Cauca) 2022". El trabajo es desarrollado por los estudiantes Daniela Idrobo Perdomo con código 1745735 y Diego Fernando Vasquez Monterroza con código 1745354, y bajo la tutoría del profesor Julián A. Herrera M.

Esta solicitud se hace con el fin de continuar con el proceso correspondiente para tener la aprobación de continuidad por parte del Comité Institucional de Revisión de Ética Humana.

Atentamente,


CARMEN CECILIA BANGUERO
Subgerente Científica
Hospital Francisco de Paula Santander E.S.E

Anexo 3. Variables actualizadas

CONDICIONES DE RIESGO MATERNAS	
VARIABLE	
Hipertensión Arterial (HTA)	Si
	No reportado
Restricción de crecimiento intrauterino (RCIU)	No reportado
Anemia	Si
	No reportado
Preeclampsia	Si
	No reportado
Sepsis	Si
	No reportado
Hemorragias en el tercer nivel de embarazo	No reportado
Embarazo no deseado	Si
	No reportado
Embarazos previos	Si tuvo
	No tuvo
	No reportado
Enfermedad de transmisión sexual (ETS)	Si
	No reportado
Abortos previos	No reportado
Tipo de Parto	Vaginal normal
	Vaginal con uso de fórceps o ventosa
	Cesárea
	No reportado

Actualización información Historia clínica madres

CONDICIONES SOCIODEMOGRÁFICAS MATERNAS	
VARIABLE	
Zona	Rural
	Urbana
	No reportado
Etnia	No reportado
Estrato	0
	1
	2
	No reportado
Escolaridad	Sin estudios
	Educación básica completa
	Educación media
	Técnico
	No reportado
Estado Civil	Unión libre
	No reportado
Ocupación	Otra actividad no clasificada
	Ama de casa
	Organizaciones y órganos extraterritoriales
	Empleado
	No reportado
Régimen de Afiliación	Régimen subsidiado
	Régimen contributivo
Condición de vulnerabilidad	Desplazamiento forzado
	Consumo de sustancias psicoactivas
	No reportado

Actualización información Historia clínica niños y niñas

Reporte interdisciplinar habilidades comunicativas y sociales		
Variable	Descripción	
9_AH fono	Atencion fonoaudiologica. Se registra la atención brindada por fonoaudiologia. Esta información se obtuvo de la HC de la fundación.	
Área de desarrollo	10_1_1 Leng	Lenguaje. Reporte tomado de HC de la fundación.
	10_1_2 Interpretación	Intencionalidad (interpretacion de mensajes) Reporte tomado de HC de la fundación.
	10_1_3 Sist com	Sistema de comunicacion. Reporte tomado de HC de la fundación.
	10_2_1 Expresion	Expresion de la emocion. Reporte y apreciación del grupo interdisciplinar acerca de las habilidades y recursos expresivos del infante. Reporte tomado de HC de la fundación.
	10_2_1 Expresion	Expresion de la emocion. Reporte y apreciación del grupo interdisciplinar acerca de las habilidades y recursos expresivos del infante. Reporte tomado de HC de la fundación.
	10_2_2 Relacionamiento o interacción	Reporte del grupo interdisciplinar encontrado en la HC de la fundación angeilitos.

Anexo 4. Aval comité de Ética Universidad del Valle

Comité de Ética en Investigación en Salud
Facultad de Salud



Santiago de Cali, 5 de agosto de 2022

Investigadores
JULIAN A HERRERA
DANIELA IDROBO PERDOMO
DIEGO FERNANDO VÁSQUEZ
Escuela de Rehabilitación Humana
Facultad de Salud
Universidad del valle

Asunto: Aprobación a protocolo sin participación directa de seres humanos

Cordial saludo,

El Comité de Ética en Investigación en Salud en sesión plenaria, deja constancia que en la propuesta "ANTECEDENTES DE RIESGO MATERNO PERINATAL EN NIÑOS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA: ESTUDIO RETROSPECTIVO. SANTANDER DE QUILICHAO (CAUCA) 2022" Con código E 027-022, se trabajará con historias clínicas.

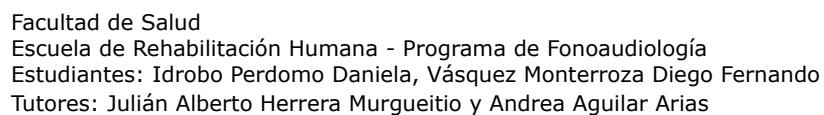
Esta propuesta fue revisada y aprobada. Se considera que no involucra la participación directa de seres humanos y cumple con los lineamientos éticos.

Se deja copia en nuestro archivo para futuras consultas o constancia de esta decisión.

Atentamente,



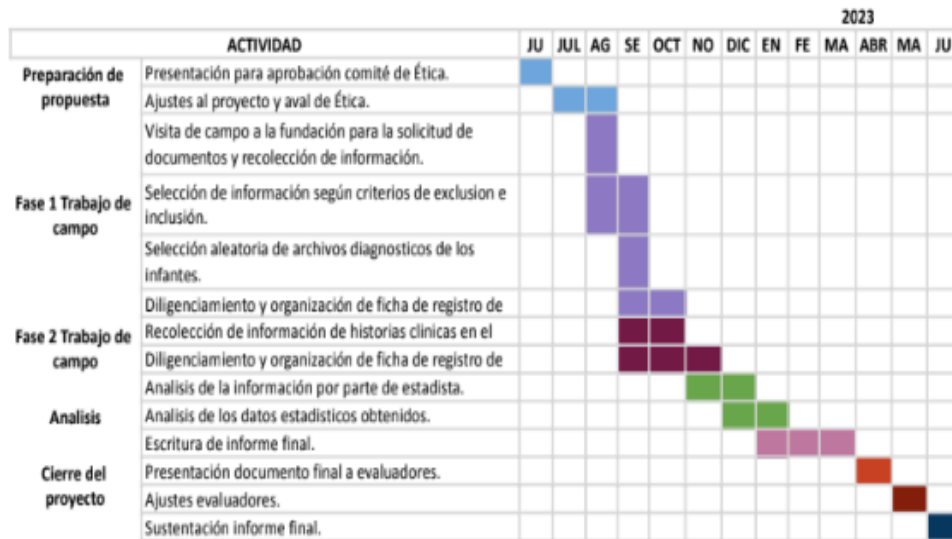
BEATRIZ EUGENIA FERNÁNDEZ HURTADO
Presidente
Comité de Ética en Investigación en Salud

[illegible][illegible]

Anexo 6. Consolidado de factores de riesgo materno perinatal

FACTORES DE RIESGO MATERNO PERINATAL																
	MÉDICOS							QUIRÚRGICOS	SOCIODEMOGRÁFICOS							
MUJERES	HTA CRÓNICA	ANEMIA	PREECLAMPSIA	SEPSIS	EMBARAZOS PREVIOS	ETS	PARTO VAGINAL CON USO DE FÓRCEPS O VENTOSA	PARTO POR CESÁREA	EDADES MENORES A 19 AÑOS Y MAYORES DE 30 AÑOS	ESTRATO SOCIOECONÓMICO 0 - 1 - 2	ZR RURAL	TA SALUD: R.SUBSIDIADO	SIN ESTUDIOS - ED MEDIA	CONSUMO SPA	DESPLAZAMIENTO FORZADO	TOTAL CATEGORÍAS
M-SCC13								X	X	X			X			2
M-DEB12				X				X		X		X				3
M-GFR13									X	X		X	X			1
M-JDHV14									X	X		X	X		X	1
M-SGM10									X	X			X	X		1
M-MJMC9										X	X	X				1
M-DSPT7								X		X	X	X	X			2
M-JDRO12										X	X	X	X		X	1
M-JAAM8									X	X		X	X			1
M-MACM14									X	X	X	X	X			1
M-JAAL9										X		X				1
M-SNCC9								X		X	X	X	X			2
M-JEDC11									X	X						1
M-YDED12										X	X	X	X			1
M-JMGM10		X	X					X	X	X		X				3
M-SSGO13									X	X		X	X			1
M-TIMC11	X		X							X	X	X				2
M-SMV9										X		X	X			2
M-YAPM13										X						1
M-GAPM14							X		X	X		X				2
M-SVPG9								X		X	X	X				2
M-MAPS13									X	X	X	X	X			1
M-ERG9								X	X	X		X				2
M-MJSV10									X	X	X	X				1
M-MSP8									X	X	X	X				1
M-OARF11					X			X	X	X	X					2
M-JDSV9									X	X	X					1
M-SNC8										X	X	X				1
M-ENO9									X	X						1
M-CFYC13									X	X		X				1
M-LVVC10					X					X		X				1

Anexo 7. Cronograma de actividades



Anexo 8. Presupuesto

8.1 Tabla general

RUBROS	FUENTES			
	RECURSOS PROPIOS	CONTRAPARTIDA EN ESPECIE	OTRAS FUENTES	TOTAL
PERSONAL	4.820.736	3.595.776	505.153	8.921.665
SALIDAS DE CAMPO	600.000			600.000
SERVICIOS TÉCNICOS		2.000.000		2.000.000
EQUIPOS	6.000.000			6.000.000
MATERIAL ESPECIALIZADO: SOFTWARE			184.000	184.000
MATERIAL GENERAL	300.000			300.000
BIBLIOGRAFÍA		2.000.000		2.000.000
TOTAL	11.720.736	7.595.776	689.153	18.205.665

8.2 Descripción de personal

Función dentro del proyecto	Formación académica	Dedicación (en horas/semana y meses de vinculación)	Recursos	
			Especie	Efectivo
Investigador Principal	Estudiante	8 horas/sem 32 horas/mes 384 horas/anual	2.410.368	
Investigador Principal	Estudiante	8 horas/sem 32 horas/mes 384 horas/anual	2.410.368	
Tutor investigativo	Docente nombrado asociado	1 horas/sem 4 horas/mes 48 horas/anual	3,595.776	
Estadística	institucional	5.5 horas/mes x 2 meses	505.153	
TOTAL			8.921.665	

8.3 Salidas de campo

Descripción	Justificación	Personal	No. de días	Costo Unitario	# de salidas	RECURSOS	
						Especie	Efectivo
Visita a la fundación para solicitud de documentos, selección de información y selección final de archivos diagnósticos	En estas salidas se recogerá la información necesaria para identificar la población candidata a participar en el estudio	Estudiantes investigadores	3	80.000	5		240.000
Recolección de historias clínicas en el hospital	En estas salidas se recogerá la información de HC en el hospital, las cuales serán los documentos fuente del estudio	Estudiantes investigadores	4	80.000	6		360.000
TOTAL							600.000

8.4 Servicios técnicos

Descripción del servicio	Justificación	RECURSOS	
		Especie	Efectivo
Uso de red wifi	Es necesario para facilitar la comunicación entre investigadores, análisis de datos y redacción de documentos	1.000.000	
Uso de servicios básicos (energía, acueducto)	Necesario para permitir el adecuado uso durante la estancia en las instalaciones de la universidad para facilitar el trabajo de los investigadores en el documento	1.000.000	
Total		2.000.000	

8.5 Material especializado

Descripción	Justificación	RECURSOS	
		Especie	Efectivo
Software Stata versión 14	Para el análisis estadístico se requiere el uso de un software que permita el análisis descriptivo de datos y gráficos.	184.000	
Total		184.000	

8.6 Descripción de los equipos

Descripción del equipo	Justificación	RECURSO	
		Especie	Efectivo
Computadores	Se requiere análisis de datos y producción intelectual.		4.000.000
Celulares	Almacenar información para el análisis de datos, la comunicación entre investigadores y las instituciones		2.000.000
TOTAL			6.000.000