
T. 19 EL RETRASO MENTAL

I. INTRODUCCION

Peculiaridades:

- Ha aglutinado a un gran nº de personas no profesionales (padres) con gran influencia sobre la OMS (CIE) y sobre la APA (DSM).
- Gran nº de cambios terminológicos.
- Es el diagnóstico que ha tenido más en cuenta los conocimientos y las aportaciones de las distintas especialidades psicológicas.
- Reúne áreas muy diversas: biológica, sociológica, política, ética, psicológica...

II. LÍNEAS HISTÓRICO-RACIONALES Y MARCO GENERAL

Ya hay datos desde antes de la Grecia clásica, si bien las diferenciaciones entre retraso mental y demencia no aparecen claramente hasta el s. XIX.

Un poco de historia:

- En la Grecia antigua el tratamiento más común era eliminación de los niños con deficiencias (no sólo intelectuales).
- El cristianismo apeló a la consideración humana, pero las actitudes de ayuda y protección no arraigaron en la sociedad de la Edad Media y Moderna: prevalencia de los modelos inculpatorios o demonológicos.
- La tasa de retraso mental era más baja que actualmente (por muerte tras parto, abandonos o enfermedades).
- Con la sociedad industrial, se gestan las ciencias sociales, y además coincide con del desarrollo de las ciencias médicas.
- Cambios de filosofía que llegan hasta nuestros días, producidos más por “presiones externas” que por resultados de investigación.
 - Los cambios en la conceptualización y en el tratamiento son reflejos de cambios éticos aparejados a un mayor desarrollo económico.
 - También la evolución en la forma de entender el retraso mental ha estado vinculada al desarrollo de la psicología de la inteligencia.
- En un 1er momento el abordaje fue hecho desde la psiquiatría.
 - Se diferenció el retraso mental de la demencia
 - Los términos fueron variando: idiocia, oligofrenia, deficiencia mental, niños excepcionales, niños con necesidades educativas especiales, hasta llegar, de nuevo, al retraso mental.

Respecto a los tratamientos:

- En un 1er momento se identificaron con estados graves de demenciación y, por ello, eran situados en los mismos pabellones que las personas con psicosis crónicas y terminales.
- La identificación temprana del retraso mental permitió la creación de centros específicos de educación y una especialidad (educación especial) que intentó promover intervenciones psicoeducativas para eliminar diferencias entre retrasados y normales.

- El movimiento antiinstitucionalización, apoyado en la desegregación escolar y la integración escolar, llevó a la reincorporación del niño retrasado mental al sistema de educación normal. Fase en la que se encuentra España.
- Actualmente se apunta hacia la vuelta (ej. EEUU) a la especialización de ambientes, tratamientos y formas de afrontamiento del problema.

Respecto a la definición, modelos teóricos y vías de intervención:

- La referencia es la AAMR (Asociación Americana sobre el Retraso Mental).
- Tanto la OMS (CIE) como la APA (DSM) siguen su estela.

III. DEFINICIÓN, EVALUACIÓN Y CLASIFICACIÓN

A. LAS CLASIFICACIONES SINTOMATOLÓGICAS MÁS COMUNES: CIE Y DSM.

CIE -10: El retraso mental = “presencia de un desarrollo mental incompleto o detenido, caracterizado por el deterioro de las funciones concretas de cada época de desarrollo y que contribuyen al nivel global de la inteligencia, tales como las funciones cognoscitivas, las del lenguaje, las motrices y la socialización”.

- Puede ir acompañado de cualquier otro tipo de problema somático o mental.
- Y dicen “las dificultades de la comunicación con estos enfermos hacen necesario, para efectuar el diagnóstico, confiar más de lo habitual en los síntomas objetivos”.
- Se atribuye una importancia considerable a la inteligencia (equiparable a la eficacia y homologación con el rendimiento normativo en cada fase evolutiva).
- Se hace mención a los tests de CI y a las escalas de adaptación y madurez social como forma de valoración (aunque piden uso prudente).

Desde el DSM- III hasta el DSM-IV-Tr:

Proponen características similares:

- A. Capacidad intelectual significativamente por debajo de la media: CI por debajo de 70.
 - B. Déficits o deterioros concurrentes de la conducta adaptativa, teniendo en cuenta la edad y el grupo cultural de la persona, en dos áreas, al menos, de las siguientes: comunicación, cuidado personal, vida hogareña, habilidades sociales/interpersonales, uso de los servicios comunales, autodirección, salud y seguridad, habilidades funcionales-académicas, distracción y trabajo.
 - C. Inicio antes de los 18 años.
- Se acepta la posible presencia de otros trastornos asociados.
 - Entienden que se trata de una psicopatología duradera y que exige apoyos sociales.
 - Se propone un sistema clasificatorio en función del grado de **gravedad** y se emplea como criterio el nivel de CI
 - Además emplea la categoría “retraso mental de gravedad no especificada” cuando es imposible el pase individual de las pruebas pertinentes.

Clasificación del retraso mental según la CIE y el DSM en función de la gravedad:

Con un error típico de medida de 5 puntos:

Denominación	Rango CI	% incidencia sobre total retraso mental
Leve	50/55 - 70	80
Moderado	35 - 49	12
Grave	20 - 34	7
Profundo	< 20	1
En la CIE 10 se añaden: – Otro retraso mental – Retraso mental sin especificación		
En el DMS IV se añade: – Retraso mental sin especificar		

B. UNAS NOTAS ACERCA DE LOS TESTS INDIVIDUALES DE INTELIGENCIA Y EL CI

1. El CI antes era un “cociente intelectual” = (edad cronológica/edad mental) * 100. Ahora, y para ganar equiparabilidad, se ha convertido en un “coeficiente intelectual” o en un “cociente intelectual desviación”.
La puntuación directa se corrige con unos coeficientes de adecuación.
2. Las medias de los coeficientes de correlación encontrados entre los elementos que definen las edades mentales entre 3 y 12 años son muy bajos, incluso a veces, negativos.
3. Tanto Terman como Wechsler advierten que sus pruebas no deberían ser usadas para el diagnóstico de retraso mental (¡y son las más usadas!).
ii Pero un estudio de los elementos de la 2ª versión del Terman-Merrill en su adaptación española ofrecía una buena discriminación, altos índices de estabilidad temporal y un notable poder de diferenciación entre retraso mental con causa orgánica y sin causa orgánica identificada.
4. Se ha acusado a los test de inteligencia de estar excesivamente constituidos por “elementos escolares” (con lo que el CI sería equiparable a rendimiento escolar) por lo que es difícil hacer inferencias de los resultados en culturas con graves problemas de desarrollo cultural.
En este sentido es mejor el Terman- Merrill que las escalas de Wechsler (mayor influencia de contenidos culturales-instruccionales)
5. La aplicación de los tests de CI debe ser hecha de forma muy cuidadosa y se deben interpretar con prudencia.

Tanto en la CIE como en el DSM se apela a la experiencia del evaluador respecto a los test (p.ej. aplicación previa de + de 50 veces en el Terman y en las escalas de Wechsler) y respecto al retraso mental.

6. Escalas de Wechsler:
- **WPPIS:** escala para preescolares
 - **WISC:** escala para escolarización obligatoria
 - **WAIS:** escala para adultos

ii Mejor que la Terman-Merrill en evidencia clínica. P.ej.: la disonancia entre las escalas verbales y las de ejecución= existencia de problemas neurológicos a nivel cortical.

7. Tanto en la Terman-Merrill como en las escalas de Wechsler, la diferenciación diagnóstica no se mantiene constante a lo largo de todos los niveles evolutivos, y la equiparación-homologación de resultados para edades mentales/cocientes intelectuales de periodos evolutivos diferentes presentan problemas, aún así son los mejores indicadores para la evaluación cognitiva de la inteligencia académica-conceptual.

8. El CI obtenido con dichas pruebas oscilará en +/- 5 puntos (es el error de medida).

C. UN REPLANTEAMIENTO DEFINICIONAL RECIENTE: EL MANUAL DE TERMINOLOGÍA Y CLASIFICACIÓN DE LA SOCIEDAD AMERICANA SOBRE EL RETRASO MENTAL

En la 9^a edición del Manual sobre definición, clasificación y sistemas de apoyo (AAMR) se amplía la definición:

- “El retraso mental se refiere a unas limitaciones sustanciales en el funcionamiento actual.
- Se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente por debajo de la media que es concurrente con limitaciones relacionadas con dos o más de las siguientes áreas de habilidades adaptativas: comunicación, cuidado personal, vida en la casa, habilidades sociales, uso de los servicios comunales, autodirección, salud y seguridad, rendimiento académico funcional, distracción y trabajo.
- Se manifiesta antes de los 18 años”.

En el DSM-IV-Tr, como hemos visto anteriormente, se ha incorporado parte de esta definición.

Supuestos de interés sobre los que se asienta esta definición:

- 1). Reconocimiento explícito de la importancia de la diversidad cultural y lingüística, así como las diferencias en comunicación y en factores comportamentales.
Las deficiencias no están determinadas por esta diferenciación cultural.
- 2). Las habilidades adaptativas tienen como referencia los contextos en los que viven los compañeros de la persona con retraso mental y se aplica a las necesidades individuales de apoyos para esa persona-en- esos-contextos.
Estas habilidades adaptativas hacen referencia especialmente a las habilidades relacionadas con la inteligencia social y la inteligencia práctica.

- 3). La detección de limitaciones de adaptación se acompaña de fortaleza en otras parcelas que corresponden a habilidades adaptativas que han de tenerse en cuenta al hacer el diagnóstico funcional (y tratamiento)
- 4). Toda persona con retraso mental, si recibe el apoyo adecuado, mejorará su adaptación actual así como su capacidad de adaptación.

Esencialmente se trata de un enfoque teórico (basado en un modelo de inteligencias múltiples) que apela a un funcionamiento deficitario en competencias personales referidas a la inteligencia conceptual (o académica).

- No se considera como un T. mental, aunque aparezca en las clasificaciones psiquiátricas o psicopatológicas.
 - ¡¡El discurso no ha de ser médico o psicopatológico.
- El retraso mental se refiere a un estado de funcionamiento concreto que empieza en la infancia y en el que coexisten limitaciones en inteligencia con limitaciones en habilidades adaptativas.
- Puede tener etiologías concretas (p. ej. alteraciones cromosómicas).
 - ¡¡El retraso mental NO es sinónimo de etiología.

La conceptualización general del retraso mental (desde esta postura teórica) se asienta sobre la interacción de 3 elementos claves: **capacidades, ambientes y apoyos**.

1. Capacidades: competencia en cada ambiente social.

Se sugiere la importancia de una concepción multidimensional de la inteligencia como sustrato teórico justificativo de las competencias que se requieren, aunque no se defiende un modelo de funcionamiento de diferentes inteligencias sobre otro.

Se defiende la existencia de más de una inteligencia humana, socialmente contextualizada y con procesos y dinámica funcional distinta.

2. Ambientes: Son los contextos específicos en los que la persona vive, aprende, juega, trabaja, se socializa e interactúa.

En personas con retraso mental deben ofrecer oportunidades que satisfagan sus necesidades de convivencia y crecimiento personal y bienestar físico.

3. Apoyos:

La propuesta de la AAMR consiste en la diferenciación de 4 ejes racionales sobre los que centrar la atención en el diagnóstico y la actuación:

1. El funcionamiento intelectual y las habilidades adaptativas
 - los apoyos más adecuados
2. Consideraciones emocionales y motivacionales: debilidades y fortalezas.
3. Los aspectos comprometidos con la etiología y el estado físico.

4. Consideraciones ambientales donde debe proponerse el tipo y calidad del ambiente en el que pueda desarrollar mejor sus potencialidades.

Cada eje lleva consigo la identificación de los tipos de apoyo más adecuados.

Se insiste en los 4 tipos de apoyos que son los que van a dar la expresión diagnóstica.

- La clasificación se asienta sobre criterios de **intensidad** (vs gravedad: CI): tipo de apoyos necesarios y sus áreas concretas.
 - ¡¡El CI no se incluye como criterio de identificación diagnóstica.
- Explícitamente se rechazan los tipos de ligero, moderado, grave y profundo, debiendo emplearse descripciones que definan el tipo de apoyo y las áreas. También las fortalezas y debilidades.

Definición las intensidades de apoyo en el manual de la AAMR como base para el diagnóstico funcional del retraso mental:

A. Intermitente: apoyo sobre una base necesaria. De naturaleza episódica. La persona no necesita siempre los apoyos y en alguna ocasión se trata de apoyos que se requieren en las transiciones vitales (p.ej. pérdida de trabajo o una crisis médica). Pueden ser de intensidad grande o pequeña mientras se prestan

B. Limitado: son apoyos consistentes a lo largo del tiempo, de tiempo limitado, pero no de naturaleza intermitente. Pueden exigir menos números de personas del equipo de apoyo que otros más intensos (por ejemplo, entrenamiento vocacional durante un tiempo limitado o apoyos en las transiciones durante la época escolar o paso de la fase de escolarización a la fase de adulto).

C. Extensivo: son apoyos regulares (por ejemplo, diarios), en algunos ambientes al menos (tales como trabajo u hogar) y no limitados temporalmente (por ejemplo, apoyos de larga duración para la vida en casa).

D. Impregnante o difusivo: caracterizado por su constancia y gran intensidad que se proporcionan en distintos ambientes y con una naturaleza potencial de mantenimiento de la vida. Típicamente comprometen a un mayor número de personas en el equipo de apoyo y presentan mayor grado de intrusión en la vida del sujeto que los apoyos extensivos y limitados.

IV. CUESTIONES EPIDEMIOLÓGICAS

A. EL PROBLEMA DE LA INCIDENCIA

La forma de integrar los criterios de definición (inteligencia conceptual/académica y social) determina los datos de la epidemiología.

- La apelación a 70 como valor de CI: algo más del 2,5% de la población.
- Pero la incidencia no puede depender solo de un determinado CI, sino que exige la concordancia de criterios (la inteligencia conceptual y la social)
 - Pelechano ya propuso un modelo de confluencia de criterios (psicológicos, académicos y sociales) para estimar mejor el estudio sobre la incidencia del retraso mental.
- Una posibilidad estaba en que la relación entre la inteligencia académica (CI) y la social fuera =1.00, y poder medir el retraso a partir del CI.
 - ¡¡Pero los resultados sugieren que la relación entre ambas series de inteligencia no se mantiene constante ni en la población normal ni en la población con retraso:

- En niveles graves y profundos: 1.00
- En niveles medio y ligero: 0.30 – 0.60 (coeficiente *rho*)

Probabilidades de detección:

- **En retraso mental profundo:** la detección suele ser temprana (antes de los 6 años) y es hecha fundamentalmente por pediatras o familiares. La rápida detección permite que participen en programas de estimulación precoz.
- **En retraso mental grave:** la detección suele ser posterior (excepto niños con Down), pudiendo llegar a pasar desapercibidos hasta la entrada en el colegio.
- **En retraso mental medio y ligero:** la probabilidad de detección es máxima en periodo de enseñanza obligatoria. Incluso en algunos contextos puede quedar enmascarada.

Curiosidades:

- En 1975 había más casos graves y profundos en España que en EEUU. Los abortos preventivos han eliminado esta diferencia.
- La expectativa de vida es algo menor que la de una persona sin retraso mental.

B. LA PRESENCIA DE OTRAS COMPLICACIONES FÍSICAS O MENTALES

Respecto a T. mentales:

Si en la población general la tasa de T. mentales está entre 15 y 19%, en personas con retraso mental la tasa se triplica (30-50%), posiblemente por la mayor vulnerabilidad a estresores ambientales.

Respecto a las enfermedades físicas:

- Soportan más complicaciones físicas.
- Hay algunas complicaciones que son más características de un tipo de retraso mental.
P. ej: el Síndrome de Down o la esclerosis tuberosa pueden afectar al corazón, riñones o espina dorsal.
- Se habla de “fragilidad médica” para indicar la mayor vulnerabilidad de estas personas a cambios y alteraciones que son aparentemente sutiles y poco importantes.

Por otro lado, hay que señalar que las dificultades de comunicación e introspección pueden conllevar dificultades de diagnóstico → necesidad de servicios especializados.

En el caso de aplicación farmacológica para el tratamiento y/o rehabilitación el AAMR sugiere:

- 1). Debe revisarse y discutirse previamente otras alternativas al fármaco en el caso de que se desconozcan sus efectos sobre la conducta de la persona.
- 2). Formulación de un plan específico para cada paciente concreto.
- 3). El empleo de una sustancia dada debe contemplarse dentro del plan total del tratamiento.
- 4). El coordinador del tratamiento global debe revisar y registrar los efectos de la medicación.
- 5). Se evitará la combinación de agentes psicoactivos con efectos farmacodinámicos duplicados
- 6). Se evitará la combinación de agentes neurolépticos con ansiolíticos
- 7). El uso de agentes psicoactivos debe restringirse

- 8). Fármacos psicoactivos se emplearán con cuidado en ancianos, personas con fragilidad médica y niños
- 9). Las personas que participan en el cuidado de personas con retraso mental deben estar informados sobre los efectos secundarios y de las principales interacciones entre sustancias.
- 10). Revisión periódica y regular del régimen farmacológico que sigue cada persona con retraso mental.

V. ETIOLOGÍA

Se apela a una consideración multifactorial de la etiología del retraso mental.

P. ej. La AAMR propone 4 tipos de factores: biomédicos, sociales, comportamentales y educativos.

El concepto de “causalidad intergeneracional” = cada tipo de etiología debe ser localizado en el tiempo y secuencia de aparición en la medida en que afecte a la persona con retraso mental, a sus padres o a ambos tipos de personas.

Sobre las acciones preventivas: se sugieren análisis a nivel biomédico, social, comportamental y educativo tanto de padres de hijos con retraso mental como de personas con retraso mental que van a ser padres:

1. La biomédica: detección de perturbaciones en diferentes fases del desarrollo y cuidado de la nutrición y la salud
2. La social: obtención de apoyos familiares y la evitación del abuso infantil
3. La comportamental: se dirige al logro de la aceptación (sin inculpación) del niño con retraso mental, la evitación de sustancias psicoactivas y evitación de accidentes y ataques por parte de los demás.
4. Intervención preventiva educativa: la estimulación precoz, educación compensatoria, entrenamiento vocacional, educación sexual y preparación a la paternidad.

Gracias al conocimiento del genoma humano se ha modificado el nivel de conocimiento (y además lo cataloga como provisional).

Las causas pueden ser múltiples:

1. **Causas prenatales:** Alteraciones cromosómicas (Down), errores congénitos de metabolismo (galactosemia), T. evolutivos en la formación del cerebro (hidrocefalia), influencias ambientales (ingestión de talidomida, varicela, hipotiroidismo)...
2. **Causas perinatales:** T. intrauterinos (anemia materna), trastornos neonatales (meningitis)...
3. **Causas posnatales:** Lesiones craneales, infecciones, trastornos en la mielinización (encefalomielitis), T. degenerativos (psicosis desintegradora o de Heller), T. ganglionares basales, leucodistrofias, T. por crisis (epilepsia), T. toxicometabólicos, malnutrición, privación ambiental...

NOTA: El epígrafe VI no entra como materia de examen.