RETRASO MENTAL

Dra. Marcela Abufhele

INTRODUCCION

El desarrollo integral de un individuo (en todos sus aspectos; biológico, cognitivo, socioemocional, etc) ocurren gracias a un coordinado y armónico proceso de maduración e integración que va desde el período prenatal (genética, formación y desarrollo del organismo y del SNC, temperamento) hasta las complejas interacciones individuo-familia-ambiente que van modulando el desarrollo y configurando la personalidad.

El desarrollo de la funciones cognitivas ocurre de la misma forma y va en paralelo a las otras áreas (lenguaje, afectividad, desarrollo moral y social) a la vez que influencia y es influido por ellas. Es por esto que, separar las funciones cognitivas (inteligencia) de las otras áreas del desarrollo, es una distinción artificial y se realiza solo con fines didácticos. Las perturbaciones en uno de estos campos inevitablemente repercute en los otros.

INTELIGENCIA

Existen muchas definiciones de Inteligencia: “Aquella actividad que permite al ser humano aprender, conocer, utilizar su saber, crear, adaptarse al mundo y dominarlo” (Dailly). Funcionalmente es útil pensarla como “La capacidad del individuo de actuar deliberadamante, pensar racionalmente y relacionarse eficazmente con su medio” (Wechsler).

La inteligencia o funciones cognitivas son una variable más del desarrollo y el grado de desempeño de un individuo en particular depende de complejas interacciones y recíprocas influencias que se dan entre:

* factores biológico/genéticos (heredabilidad poligénica compleja, indeminidad del desarrollo SNC)
* factores ambientales (condiciones educativas, socioeconómicas, afectivas y de periodos críticos.)

Se ha intentado evaluar o medir la inteligencia de múltiples formas. En la actualidad se utilizan dos métodos:

Método cuantitativo o Psicométrico: mide el “nivel del rendimiento”. A través de un conjunto de pruebas de desempeño, se intenta cuantificar el nivel de inteligencia que muestra un individuo en comparación a un estándar para la edad. Mirada cuantitativamente así, la inteligencia se distribuye en la población en una de distribución normal o de Gauss, por lo tanto la mayoría de los niños de una edad determinada se encuentran en el grueso de la campana de Gauss, y existen individuos que se distribuyen hacia ambos extremos.

Método cualitativo o Clínico: Mide el “cómo del rendimiento”, es decir, no determina en qué nivel se situa un rendimiento sino la estrategia que utiliza para realizarlo. Significa comprender la estructura del razonamiento según los niveles de pensamiento de Piaget y es más comúnmente utilizada por especialistas de salud mental. Ubica al niño o adolescente según el tipo de pensamiento que ha alcanzado; preoperatorio (2-7), operacional concreto (7-11), operacional formal o hipotético -deductivo (mayor de 12).

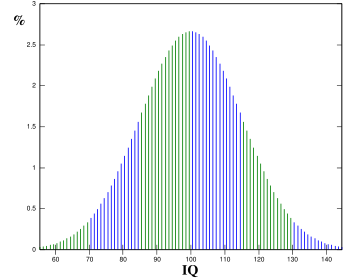
METODO PSICOMÉTRICO : COEFICIENTE INTELECTUAL (CI)

La medición cuantitativa es la que nos permite categorizar los niveles de “inteligencia”. Para homogenizar los conceptos de normalidad y retraso mental , se utilizan mediciones universales, estandarizadas para cada problación. Se han desarrollado multiples instrumentos. Actualmente los más utilizados son las escalas de Wechsler, las cuales otorgan un valor que es el “coeficiente intelectual” y que, estadísticamente, determinan una dispersión de la media de rendimiento para ese grupo etareo.

¿Qué es el Coeficiente intelectual?

Es un valor numérico (criterio estadístico) que mide la dispersión (el grado de retraso o adelanto) que muestra una persona, en pruebas o test específicos, en relación a una media relativa a la edad de aquella persona. Por definición, un CI de 100 corresponde al percentil 50 de la edad y se ubica en la mitad de la campana de gauss (como muestra la figura 1). Cada desviación estándar implica una desviación de 15 puntos en relación a esta media.

FIGURA 1



Las pruebas o test específicos que se utilizan en la actualidad para medir el CI de una persona son las escalas de Weschsler. Estas son aplicadas por psicólogos entrenados. En Chile las más utilizadas son:

* WAIS–R (Wechsler Adult Intelligence Scale): Sobre 16 años
* WISC-R (Wechsler Inteligence Scale for Children): 6 a 16 años
* WIPPSI (Wechsler Intelligence for Preeschool Period): 4 a 6 años

Estos test comprenden 2 partes: una verbal (6 subtest que miden distintas capacidades verbales) y una parte manual (6 subtest que miden habilidades de ejecución visoespacial). De aquí se obtienen entonces dos valores de coeficiente intelectual parciales (CI verbal y un CI manual) y el promedio de ambos lo constituye el CI total o final.

Esta manera de evaluar el nivel cognitivo ha demostrado ser útil clínicamente y relativamente estable durante la vida de un individuo, por lo que es de uso universal. Sin embargo, es importante señalar que tiene sus limitaciones en la práctica y que debe ser usada con criterio a la hora de interpretar los resultados:

* Los resultados dependen del contexto clínico y no es constante siempre en un mismo individuo. Por ejemplo, un niño que está muy ansioso frente a la situación e valuación puede afectar su rendimiento o bien, una adolescente deprimida tiene las funciones cognitivas alteradas producto de su trastorno de animo, por lo que su rendimiento en la pruebas puede variar significativamente entre el momento actual y luego de un adecuado tratamiento.
* El nivel intelectual, medido como CI, no siempre se correlaciona totalmente con la capacidad de adaptación a la vida cotidiana de un niño. A modo de ejemplo, se sabe que algunos chicos con retrasos mentales leves son capaces de ajustarse muy bien si es entrenado en las rutinas de la vida cotidiana y en un oficio estable. Por otro lado, jóvenes con coeficientes intelectuales normales pueden tener una muy pobre adaptación a la vida cotidiana.
* Como toda medición a través de prueba estadística, las escalas de Wechsler tienen un error de medición de ± 5 puntos.

CLASIFICACION DEL NIVEL COGNITIVO (CI)

|  |  |
| --- | --- |
| **VALOR DE CI** | **CATEGORÍA** |
| ≥ 130 | Muy superior |
| 120 - 129 | Superior |
| 110 - 119 | Normal Superior |
| 90 - 109 | NORMAL |
| 80 - 89 | Normal Lento |
| 70 - 79 | Limítrofe |
| ≤ 70 | Retraso mental |

DISARMONIA COGNTIVA

Se refiere a un patrón de funcionamiento intelectual con una disminución notable y perturbadora de un área de la inteligencia respecto de otra que permanece normal. En el test aparece como una diferencia de más de 15 puntos entre el CIV o CIM o bien, entre subtest de las mismas categorías. No siempre es patológico pero puede explicar dificultades en el aprendizaje o rendimientos muy dispares entre distintas asignaturas o en actividades de vida diaria. Es frecuente de encontrar también en niños o adolescentes que presentan otras enfermedades psiquiátricas.

INTELIGENCIA LIMÍTROFE (CI entre 79-70)

Se refiere al hecho que el CI está ubicado en un área intermedia entre el retraso mental y la inteligencia normal (lenta). Individuos que rinden en esta categoría presentan déficits en el funcionamiento intelectual, pero en una categoría menos severa que quienes tienen un retraso mental.

Esta condición es relativamente prevalente, presentándose en un 6-7% de la población, siendo considerablemente mayor la frecuencia en niños de nivel S-E bajo. Las características clínicas que pueden hacer sospechar son:

* Retraso del desarrollo psicomotor: atraso en el logro de la marcha o del control de esfínter, retraso de la adquisición del lenguaje expresivo, baja capacidad de abstracción, vocabulario pobre, lentitud grafomotora, alteraciones de la psicomotricidad fina.
* Proceso de aprendizaje es tardío, lento y con dificultades. Pueden presentar repitencias y requieren mucho apoyo para finalizar enseñanza básica y media.
* Dificultades en ajuste o adaptación social: son inmaduros, con pobre control de impulsos, dependientes, lentos y pasivos. Tienen menor desarrollo del sentido de responsabilidad, autonomia y desarrollo moral.

La etiología es desconocida y se atribuye, como todo déficit cognitivo, a factores mixtos genético-ambientales. En este caso predominarían factores socioculturales tales como; escaso cuidado y nutrición materna durante el período pre-natal, pobre calidad y cantidad de estímulos en los primeros años de vida y períodos críticos del desarrollo. La evolución del cuadro es estable durante el tiempo, habitualmente el diagnóstico es tardío y pueden presentarse con crisis adaptativas en la adolescencia y trastornos conductuales. Además, presentan con frecuencia trastornos emocionales derivados de la imagen negativa de sí mismos. Es relevante hacer un diagnóstico diferencial con:

* Variabilidad normal del aprendizaje y escaso nivel educacional
* Trastornos específicos del aprendizaje y déficit atencional
* Trastornos del ánimo
* Trastornos de conducta

El pronóstico es variable pero habitualmente logran completar la enseñanza media con bastante apoyo y en colegios de baja exigencia. Pueden realizar carreras técnicas y trabajos de baja exigencia cognitiva y desempeñarse apropiadamente en ellos.

RETRASO MENTAL

Por retraso mental vamos a entender “*funcionamiento intelectual muy por debajo del promedio, que se origina en el período del desarrollo y se acompaña de alteración de uno o más de los siguientes aspectos: maduración, capacidad de aprendizaje y/o adaptación social*” (definición de Asociación Americana de RM). En esta definición: “muy por debajo del promedio” significa 2 desviaciones estándar bajo la media de la población de una edad determinada. Esto corresponde a un CI inferior a 70.

La prevalencia en Chile es un 3-4%, con una relación hombre: mujer de 1.5: 1.

El retraso mental constituye un trastorno global del desarrollo, esto es, que no solo afecta la capacidad de aprendizaje y de rendimiento académico del sujeto sino que impide la adecuada maduración de la personalidad, con alteraciones en variados aspectos del desarrollo: cognición, lenguaje, psicomotricidad, afectividad y relaciones interpersonales.

Etiología y patogenia

La patogenia es compleja y pueden estar involucrados tanto factores biológicos (ver tabla 2), como ambientales y socioculturales. La combinación de ambos factores probablemente da cuenta de la mayoría de los casos.

Tabla 2: factores biológicos asociados al retraso mental

|  |  |
| --- | --- |
| Factores genéticos/hereditarios | 50% |
| Alteraciones tempranas del desarrollo embrionario | 30% |
| Problemas graves durante gestación - perinatales | 10% |
| Trastornos somáticos en la infancia | 5% |

Con respecto a la etiología es importante destacar que en un 30 a 40% de los casos de retraso mental la etiología es desconocida. Existe una asociación relevante en cuanto a la frecuencia de etiología demostrable a la base del retraso mental: a mayor severidad del déficit cognitivo, mayor probabilidad de encontrar un origen etiológico claro. Las causas conocidas de retraso mental son múltiples. Clínicamente es útil clasificarlas según el momento del desarrollo en que se produce la noxa (ver tabla 3).

Tabla 3: Retraso Mental biológico: Etiología

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| RM PRENATAL (61%) | Trastornos géneticos | * Sd down * Sd “x” frágil * Alteraciones ligadas a cromosomas sexuales (Turner XO, Klinefelter XXY, XYY) * Esclerosis tuberosa, neurofibromatosis |
| Trastornos metabólicos | * Hipotiroidismo congénito * PKU * Otros errores congénitos del metabolismo |
| Adquiridas | * Tóxicos: metales pesados, Sd OH fetal, consumo drogas materno, radiación * Infecciones: TORCH * Nutricionales: mal nutrición materna * Enfermedades del embarazo |
| RM PERINATAL (10%) | Prematurez |  |
| Traumatismo y complicaciones periparto |
| Infecciones perinatales |
| RM POSTNATAL (8%) | Enfermedades Metabólicas |  |
| Enfermedades Infecciosas |
| Traumáticas |
| Exposición a tóxicos |
| Encefalopatía bilirrubínica |
| Desconocido momento del daño (20%) |  |  |

RM sociocultural

Por mucho tiempo se clasificó los retrasos mentales según si eran “biológicos” o “socioculturales”. El término RM sociocultural es un término controvertido en la actualidad. Hoy en día se sabe que ambos factores son más bien complementarios que antagónicos. Como ha sido señalado previamente existen casos de retarso mental en que predomina un factor más que el otro. En el caso de los retrasos en que predominan los factores ambientales cabe destacar algunas características distintivas:

* En general el nivel de retraso es menor, por lo que su diagnóstico es tardío (habitualmente en etapa escolar)
* Los factores ambientales involucrados habitualmente constituyen condiciones en que se mezclan variados factores de alto riesgo como son:
  + Madres desnutridas, con consumos perjudiciales de sustancias.
  + Embarazos no planificados, deseados o no controlados
  + Cuidado pre/peri/post natal inexistente o precario
  + Malnutrición en infancia
  + Niños expuestos a múltiples noxas: infecciosas, toxicas o traumáticas.
  + Hogares y familias extremadamente disfuncionales: severo maltrato y negligencia.
  + Deficiente estimulación en períodos críticos del desarrollo.
  + Condiciones sociales de extrema carencia.

CLASIFICACION DE RM

En la clasificación de los RM se han usado distintos criterios. Inicialmente se utilizó el criterio etiológico, sin embargo, como sabemos muchas veces en estos cuadros la etiología es desconocida; a menor severidad del trastorno (CI mayor a 50) menor la correlación con un origen biológico identificable, y éstos casos constituyen los más frecuentes.

Por este motivo, se ha validado la clasificación según grado de severidad y de adaptación al medio, la cual es considerablemente más funcional y permite hacer una categorización útil en la práctica clínica y educacional.

Clasificación RM:

|  |  |
| --- | --- |
| **VALOR DE CI** | **CATEGORÍA** |
| 70 - 50 | Retraso mental leve |
| 50 - 35 | Retraso mental moderado |
| 35 -20 | Retraso mental grave |
| ≤ 20 | Retraso mental profundo |
| No puede ser evaluada: clara presunción | Retraso mental de gravedad no especificada |

FIGURA 2: Distribución de RM según severidad

**RM leve (CI: 50/55 – 70)**

Representan el 85% de todos los RM. Los niños de este nivel pueden desarrollar habilidades sociales y de comunicación durante el período preescolar, con poca afectación del área sensoriomotriz, por lo que el diagnóstico se suele hacer en edades avanzadas (período escolar). Los adolescentes adquieren habilidades hasta nivel de 6to básico y durante la vida adulta pueden adquirir habilidades de tipo social y profesional que le permitan independencia mínima. Sin embargo, pueden requerir ayuda de otros frente a estresores sociales y económicos. En la actualidad pueden vivir perfectamente adaptados a una comunidad de forma independiente, pero con cierta red de apoyo disponible.

**RM moderado (CI: 35-50/55)**

Constituyen el 10%. Durante el periodo preescolar los niños aprenden a comunicarse, pero su grado de atención a normas sociales es pobre. Ya en período escolar requieren de algún grado de apoyo o entrenamiento en habilidades sociales y de autonomía en actividades de vida diaria. En el área aprendizaje es inhabitual que progresen más allá de 2do año básico en temas académicos. En adolescencia pueden aprender a movilizarse solos en lugares que le son familiares. Suelen tener dificultades en reconocer las convenciones sociales., por lo que las relaciones con pares pueden estar interferidas. Como adultos, pueden contribuir a su propio mantenimiento con trabajo supervisado, en lugar protegido. Necesitan mantener cierta orientación y supervisión por parte de otros para lidiar con estresores de la vida cotidiana.

**RM grave: (CI: 20 - 35/40)**

Esta categoría representa sólo el 3-4%, sin embargo, los pacientes requieren de mucha mayor asistencia social y profesional. Durante el periodo preescolar hay un desarrollo motor pobre y escaso o nulo desarrollo de habilidades de lenguaje. En edad escolar pueden aprender a conversar y desarrollar hábitos básicos de higiene. En adolescencia son capaces de aprovechar un buen entrenamiento laboral e incluso alcanzar noción de cálculo. Como adultos el ideal es que logren realizar tareas simples bajo estrecha supervisión. Habitualmente viven con familiares o en hogares protegidos

**RM profundo (CI menor a 20-25)**

Constituyen el 1-2%. Desde tempranamente muestran mínima capacidad para el funcionamiento sensoriomotor. Requieren de entornos altamente estructurados, ayuda y supervisión constante. Sin duda, el desarrollo motor, habilidades de comunicación y cuidado personal mejora con adecuado entrenamiento.

COMORBILIDAD

Según la etiología específica los pacientes con retraso mental pueden o no tener comorbilidad médica. Ahora bien, como regla general a mayor severidad del retraso mental mayor probabilidad de tener comorbilidad médica y de verse afectada la morbimortalidad.

En el caso de la comorbilidad psiquiátrica, ésta es frecuente y subdiagnosticada. Es 3 a 4 veces más que población general.. Se pueden observar con frecuencia esterotipias motoras, autoagresiones, psicosis, depresión y déficit atencional. Es importante considerar que la presencia de retraso mental es un factor de riesgo para maltrato físico, abuso sexual, discriminación y negación de derechos.

EVALUACION Y ESTUDIO

Como en todo cuadro médico-psiquiátrico, se requiere una historia clínica completa, una historia familiar, antecedentes del desarrollo y del nivel de adaptación social. El examen físico, neurológico y del desarrollo psicomotor debe ser exhaustivo y detallado. No olvidar solicitar un informe escolar.

Es necesario realizar exámenes de laboratorio , neuroimágenes y electroencefalograma de rutina. También estudio endocrinológico, metabólico, neurológico y genético según corresponda en cada caso.

La psicometría (WISC; WAIS; WIPPSI) permite certificar el diagnóstico. Otras evalauciones psicológicas o del desarrollo pueden ser necesarias en cada caso particular.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

* Trastornos específicos de aprendizaje y lenguaje
* Trastornos generalizados del desarrollo
* Sindromes psicoorgánicos y demenciales (enf degenerativas SNC)
* Handicaps sensoriales (hipoacusia, déficit de refracción)
* Rendimiento intelectual interferido por otras causas (epilepsia, psicosis, estados emocionales graves agudos, etc)

PREVENCION

Si bien existen muchas causas de retraso mental que no pueden ser prevenidas, existe un grupo de ellas que puede evitarse a través de mejorar la eficacia de programas materno-infantiles. Por un lado, se pueden implementar buenos programas educativos sobre embarazo y parto, consumo nicotina, OH y drogas, nutrición, estimulación precoz desarrollo psicomotor, edad de procreación, entre otros. Por otro lado, se puede mejorar el reconocimiento de variables que influyen el desarrollo y la detección precoz de causas tratables de RM: PKU, Hipotiroidismo, galactosemia, etc.

En prevención secundaria se sabe que a mayor precocidad del diagnóstico y tratamiento, mayor es la recuperación del RM. Por esto es necesario optimizar una evaluación sistemática de desarrollo psicomotor y derivar oportunamente a especialista frente a sospecha de retraso del desarrollo psicomotor.

TRATAMIENTO

Dada la afectación de múltiples áreas del desarrollo y la necesidad de rehabilitación de los distintos aspectos comprometidos, es necesario un equipo multidisciplinario.

Un aspecto fundamental a trabajar es la psicoeducación a los padres. Ellos pasarán por etapas del duelo frente a un diagnóstico como éste y es necesario apoyarlos en el logro de la aceptación y tránsito por distintas etapas del duelo. Además, será necesario ajustar las expectativas de ellos frente al rendimiento de sus hijos. Apoyar y estimular el aprendizaje no significa sobreexigir.

Se requerirá apoyo por escuelas especiales y con integración. Se debe mantener siempre el foco del tratamiento en el bienestar del niño, cuidado personal y adaptación social por sobre logros académicos.

Luego se requiere que el equipo tratante instaure y coordine tratamientos y rehabilitaciones específicas para cada niño (motora, lenguaje y/o adaptacion social). Se debe estar atento a posibles problemas emocionales y conductuales que surgan y otorgar tratamiento pertinente.