

# RETARDO MENTAL

Gabriel Jaime Vélez Rengifo

## ■ ■ Consideraciones generales

### Definición del DSM-IV

Los tres criterios diagnósticos del retardo mental (RM), son:

- A) *Edad de comienzo previa a los 18 años.*
- B) *Cociente intelectual (CI) significativamente inferior al promedio:* el CI se distribuye normalmente en la población general. Las personas con RM son parte del 2% con valores menores (CI menor que 70). Sólo una parte de ese 2% de la población tendrá RM, si cumple con el siguiente criterio.
- C) *Disminución de la capacidad adaptativa en, al menos, dos áreas de la vida cotidiana:* las áreas tenidas en cuenta varían de acuerdo con los instrumentos que uno utilice para ponderarlas, pero básicamente son: *salud y seguridad, uso de la comunidad, autodeterminación*, (posibilidad de decidir por sí mismo sobre la propia vida), *habilidades académicas-funcionales, autosuficiencia personal, habilidades sociales, capacidades comunicativas, trabajo, uso del tiempo libre*. La comparación debe hacerse con respecto a los pares en edad y procedencia socio-cultural.

Una vez que se realiza el diagnóstico, se subclasifica a los pacientes en cuatro niveles basados en el CI (leve, moderado, grave y severo o profundo).

### Definición de la American Association On Mental Retardation (AAMR)

Los tres criterios básicos para el diagnóstico, son coincidentes con los del DSM-IV. Sin

embargo, la AAMR sostiene que el RM es producto de la interrelación entre la capacidad del individuo, el medio ambiente, (su estructura, sus expectativas) y el funcionamiento que tiene en los diversos ámbitos. La diferencia fundamental radica en la subclasificación. Se toman en cuenta las diez áreas adaptativas mencionadas con anterioridad y de cada una de ellas se determina el nivel de apoyos que la persona necesita. La evaluación considera lo que la persona sí puede hacer y sus dificultades no son tomadas como déficit, sino como requerimientos de apoyo. La AAMR propone cuatro niveles de apoyo (*intermitente, limitado, extenso y pervasivo*).

**Epidemiología:** un estudio realizado entre 1994 y 1995, dentro del marco del *National Health Interview Survey* en EE.UU., determinó que, en ese país el porcentaje de personas con RM o discapacidades del desarrollo oscila entre el 0,83 y el 1,62% de la población general, de acuerdo con la segmentación por edades que se efectúe. Durante la infancia prevalece el diagnóstico de discapacidad del desarrollo y, con la llegada de la adultez, se diferencian las discapacidades del desarrollo, el RM, y los dobles diagnósticos.

El RM se considera como un *fenómeno transdisciplinario* que atraviesa varias disciplinas y se resiste a ser delimitado como objeto de cualquiera de ellas. Al no poder ser un *objeto*, es difícil encontrar una *causa* de ese objeto. Si se quisiera limitar la etiología del RM a la existencia de lesiones neurológicas, estaríamos equivocándonos seriamente. Por otro lado, una clasificación etiológica del RM no es predictiva

del nivel de desempeño ni del tipo de tratamiento que vaya a requerir una persona. En la medida en que la persona crece en edad, debe haber más interés por su nivel de funcionamiento y por los modos de interacción con su ambiente, que por la causa de su retraso mental.

La etiología más frecuente en RM es la desconocida. El 50% de las personas con RM no tienen un diagnóstico etiológico. La búsqueda de una causa lineal del RM es frustrante, ya que es un producto y no una cosa en sí. La reflexión etiológica siempre conlleva una suposición de linealidad causa-efecto entre una condición física y el estado del RM posterior. Los pasos habituales para realizar un diagnóstico etiológico, no necesariamente consecutivos, son: los estudios electrofisiológicos, el perfil endocrinológico, el estudio genético, la histopatología y el perfil metabólico (general y especial) y la imaginología estática y dinámica. El diagnóstico etiológico es fundamental para: obtener información epidemiológica, desarrollar investigaciones científicas y programas de prevención de etiologías específicas, instrumentar los tratamientos adecuados en las patologías que lo ameriten y elaborar un pronóstico desde el punto de vista médico para algún caso particular.

Hay que incluir dentro de las etiologías a los factores sociales, educativos, y conductuales; no sólo las causas orgánicas pueden contribuir a producir RM. Abocados al diagnóstico etiológico, entonces, no sólo debe incluirse el pedido de una resonancia magnética o del mapeo cerebral, sino también la visita del asistente social al hogar, la entrevista con ambos padres y la evaluación de la interacción madre/hijo.

Se debe tener en cuenta que muchos factores etiológicos pueden causar diferentes situaciones. Por ejemplo, la anoxia perinatal puede dejar secuelas neurológicas focalizadas, producir parálisis cerebral o RM sin que se tenga explicación clara al hecho de que en un mismo factor produzca cuadros tan diferentes. Lo mismo es válido para los trastornos genéticos: el síndrome de Turner, el síndrome de Klinefelter, la fragilidad del cromosoma X, la trisomía del cromosoma 21 o la esclerosis tuberosa; todos pueden acompañarse de algún grado de RM nunca previsible. Y, en algunos casos, el CI se halla dentro de los límites normales. La posible explicación de la existencia de estas variaciones individuales radica en que el RM no está causado por un solo factor, sino que es el producto de la interrelación entre muchos factores personales, sociales, ambientales y educativos. Obviamente cuanto más precoz es la aparición del retraso madurativo o de los trastornos en el desarrollo del lenguaje, las probabilidades de existencia de un trastorno cromosómico, metabólico o congénito aumentan, y hacia allí debemos dirigir, en primera instancia, nuestros esfuerzos diagnósticos.

## ■ ■ Consideraciones diagnósticas

**Desarrollo del lenguaje:** la detección temprana de las limitaciones cognitivas y del desarrollo puede significar un nivel de discapacidad menor para la persona afectada, siempre que se implementen programas de intervención temprana. Sin embargo, las limitaciones cognitivas suelen pasar desapercibidas hasta el inicio de la escolaridad primaria, eventualmente en el jardín de infantes. Un indicador precoz de las limitaciones cognitivas es el retraso en el desarrollo del lenguaje. Dos evaluaciones sencillas sirven de indicadores de alta sensibilidad:

- **Balbuceo canónico:** consiste en emisiones, (pseudopalabras), con al menos dos sílabas, que constan de un sonido compuesto por una vocal y una consonante, con una articulación veloz entre ambos. Aparece entre los cuatro y los diez meses de edad (mediana = 6,5 meses). No está afectado por la prematuridad, el bilingüismo, el nivel socioeconómico, las interacciones con el entorno o el síndrome de Down. Para investigar este indicador basta con preguntarle a los familiares qué tipo de sonidos realiza su hijo, si emite "palabras en su idioma", en las que alterne consonantes, por ejemplo, ba pa ba pa. Tan simple como preguntar si dice "papá" o "mamá", o cómo llama el niño a los integrantes de la familia.
- **Funciones pragmáticas:** se estructuran alrededor del año de vida; no son "conductas típicas", sino expresión precoz de la estructuración del lenguaje en el infante.
  - *Interacción social:* registra al otro, llama la atención, saluda.
  - *Atención convocada:* llama la atención de un adulto hacia un objeto que está percibiendo.
  - *Regulación conductual:* lograr que otro realice una acción por él.

Cualquier retraso en la aparición de estos dos indicadores amerita una evaluación más detenida de la audición, la visión y de otros aspectos del lenguaje.

Un segundo paso en la evaluación del lenguaje, incluye:

**Comprensión de vocabulario:** difícil de evaluar con suma precisión. Se basa en que el niño señale o tome con su mano objetos conocidos frente al requerimiento del entrevistador o que obedezca consignas verbales simples del entrevistador.

**Capacidad de juego:** podemos identificar tres tipos de actividad lúdica ligados a la adquisición de habilidades en el uso y la construcción del lenguaje

- **Exploratorio:** agita, toca, muerde, golpea los objetos con los que toma contacto.
- **Combinatorio:** relaciona objetos (construye torres, cadenas; agrupa los juguetes, aunque no sea evidente la existencia de un criterio o un propósito).
- **Simbólico:** los objetos representan roles, tienen vínculos entre sí, son personajes de historias.

### Diagnósticos diferenciales

- **Autismo:** en un 75% de los casos es coexistente con un RM.
- **Trastorno por déficit de atención con hiperactividad:** el cuadro clínico es bastante diferente. La posible confusión se produce a partir de los fracasos escolares que presentan ambos.
- **Epilepsia:** los cuadros son, obviamente, distintos. Si la epilepsia permanece descompensada durante varios años de la infancia puede ocasionar RM.
- **Psicosis infantiles.**
- **Dificultades específicas en el desarrollo del lenguaje y los procesos cognitivos.**
- **Parálisis cerebral.**

### ■ ■ Consideraciones terapéuticas

**El paradigma de los apoyos:** apoyo es un recurso y/o estrategia que cumple con tres funciones:

- Promueve los intereses y metas de las personas con o sin discapacidades.
- Posibilita el acceso a recursos, información y relaciones propias de ambientes de trabajo y de vivienda integrados.
- Da lugar a un incremento de su independencia, su productividad laboral, su integración comunitaria y su satisfacción subjetiva.

La naturaleza de los apoyos puede ser individual, institucional, tecnológica o de servicios. El origen de los apoyos también es variable. En primera instancia, los apoyos deben provenir de la familia y los amigos (los apoyos naturales); luego de los servicios generales y gratuitos y en última instancia, de los servicios especializados. Las cuatro intensidades de los apoyos son:

- **Intermitente:** provisión esporádica, a corto plazo, a demanda de la persona o ante imprevistos, de baja complejidad técnica.
- **Limitado:** provisión de apoyos con regularidad, durante breves periodos o con escasa frecuencia, que requieren bajo costo en dinero y en recursos humanos y una capacitación simple.

- **Extenso:** apoyos que duran años, de frecuencia semanal, que requieren participación profesional directa o su supervisión frecuente, que suelen exceder las posibilidades de las fuentes naturales.
- **Pervasivo:** apoyos de por vida que requieren un alto grado de entrenamiento específico y demandan altos costos o una cantidad importante de personal altamente capacitado.

Si uno combina las funciones, las naturalezas, los orígenes y las intensidades de los apoyos, puede lograr que:

- Las limitaciones funcionales no se traduzcan en una discapacidad o una minusvalía, sino que sean rasgos diferentes.
- Se amplíen el rango y el nivel de las habilidades adaptativas y las capacidades funcionales.
- La calidad de vida resulte incrementada gracias al fomento de sus ocho componentes centrales (bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodefinición, inclusión social y derechos).

Los apoyos no deben ser retirados bruscamente; para que su eficacia sea evidente, su instalación, desarrollo y suspensión requieren tiempo. Su naturaleza y origen deben variar en sintonía con los diferentes momentos vitales de la persona, lo cual implica que deben revisarse o replantearse periódicamente. Algunas áreas de apoyo típicas son: las relaciones humanas, la planificación económica, la ayuda laboral, el apoyo conductual, la ayuda en el hogar, el acceso y la utilización de la comunidad.

### Comorbilidad

**Convulsiones:** la población con RM severo y profundo tiene convulsiones de algún tipo en casi un 50% de los casos.

**Sobrepeso:** estudios realizados en EE.UU. indican que, dentro de la población general, el 33% de los hombres y el 36% de las mujeres tienen sobrepeso. Entre las personas con síndrome de Down, el 45% de los varones y el 56% de las mujeres tienen sobrepeso, (índice de masa corporal >P85 para la edad). El 15% de las personas con síndrome de Down tiene hipotiroidismo, lo cual también contribuye a la ganancia de peso. La vida sedentaria, el estilo familiar de alimentación, la falta de control en la dieta y el desinterés por las actividades físicas ponen a estos pacientes en riesgo de todas las enfermedades relacionadas con la obesidad y la hipercolesterolemia.

**Síntomas psiquiátricos:** los motivos de consulta psiquiátrica en orden decreciente de fre-

cuencia son: trastornos de conducta, agresividad, impulsividad, síntomas ansiosos, alteraciones del sueño, conductas autodestructivas, síntomas psicóticos negativos, síntomas psicóticos productivos y síntomas de la esfera afectiva.

**Depresión** el diagnóstico de depresión en personas con RM severo y profundo puede ser bastante difícil dada la esperable dificultad en comunicar su interioridad con palabras o con gestos. Se ha propuesto para este subgrupo una tríada sintomática: conducta autoagresiva, agre-

sividad y abandono o desinterés notorio de las actividades sociales.

**Demencia** con la mejora general de la expectativa de vida de las personas, se está asistiendo a un fenómeno que hace 15 años podía resultar poco probable: la aparición de trastornos demenciales en personas con RM. En especial se ha visto que los pacientes con síndrome de Down presentan una aparición precoz de síntomas demenciales que, por supuesto, hay que diferenciar de las limitaciones cognitivas que tenían previamente.