Incidencia Etiológica del Retardo Mental

Carlota Ojeda Sánchez

Resumen

Se´describe la incidencia del retardo mental en 152 sujetos de ambos sexos, entre 5 y 27 años, de educación inicial, primaria y talleres ocupacionales. Se identificó los niveles de retardo (leve, moderado y severo). y el tipo de etiología (biológico, sociocultural, emocional, hereditario-genético y desconocido) a través de la historia clínica. Los resultados muestran en más de la mitad de la muestra retardo mental por factores orgánicos adquiridos, en más de la tercera parte factores socioculturales y una menor incidencia por herencia. Finalmente se encontró incidencia de retardo mental leve en más del 80% por factores socioculturales, emocionales y de tipo desconocido, retardo moderado por factores hereditario-genético y biológico y retardo severo y profundo por etiología biológicos .

Palabras clave: *Etiología, retardo mental, herencia, psicosocial, emocional, educación inicial, educación primaria.*

Abstract

It is described incidence of mental retardation in 152 both sexes cases, aged 5 to 27, from beginning, primary and occupational educational grade. Through a review of clinical histories, they were identified levels of retardation (light, moderate and severe) and the type of ethiology (biological, sociocultural, emotional, hereditary-genetic and unknown).

Results show in more than a half of sample mental retardation due to acquired organic factors, in more than a third part due to sociocultural factors and a small incidence by heredity. Finally, it was found incidence more than 80 % of light mental retardation by sociocultural, emotional and unknown factors, moderate mental retardation by hereditary-genetic and biological factors and severe mental retardation by biological factors.

Key words: *biology, mental retardation, heredity, psychosocial, emotional, beginning education, primary education.*

Introducción

En nuestro medio son pocos los estudios acerca de las causas que generan el retardo mental, a ello se suma el fenómeno poco analizado y prevenido de casos de retardo leve y moderado y no sólo a nivel institucional en salud, sino además dentro del régimen educativo peruano. La educación del niño deficiente o con retardo mental no encuentra su realización completa y menos aún las verdaderas condiciones que necesita esta educación especial.

El retardo mental es un hecho que los psiquiatras y psicólogos observaron ya hace mucho tiempo y desde las primeras investigaciones que intentaron explicar el fenómeno, hasta las que hoy se dan en este mismo sentido, media una gran distancia; distancia que denota el avance en el conocimiento científico en torno a los factores que se encuentran en la base del intelecto.

Ahora bien, según la OMS (1976) citado por Salomón (1984) en términos estadísticos se calcula que en una población del 2% de los sujetos tiene un CI por debajo de los 70; por lo demás, del 100% de los sujetos con retardo, el 87% son leves mientras que el restante se distribuye en moderado grave y profundo.

Algunos estudios han estimado que el retardo mental afecta 2,5 a 3% de la población. cálcula que el retardo mental es 10 veces más frecuente que la parálisis cerebral, 28 veces más que los defectos neurológicos y 25 veces más común que la ceguera. El retardo mental parece no tener preferencia de raza; sexo ni condición social.

En el Perú el año 1972 existían 288, 000 casos de retardo mental y de estos solo 1,309 estaban en escuelas primarias especiales. En el año 1978 en Lima se contaban 90,000 personas con retraso mental y de éstos 3,077 acudían a centros especiales y según estimados internacionales en nuestro país actualmente cuenta con 280,000 y 800,000 entre personas que padecen retardo mental. Entonces dentro de la población en general existe un 3% de la población que está afectada por grados variables de retardo. El reconocimiento de la multiplicidad de factores que le subyacen a la Inteligencia Humana, condujo a sucesivas modificaciones en torno, a las concepciones acerca de las causas del retardo mental.

Especialistas, pediatras, psicólogos y médicos han avanzado significativamente en el diagnóstico y análisis de este fenómeno, pero poco se contribuye en prevenir y educar o simplemente educar a la colectividad tanto en la salud como en el plano educativo. Por ello el presente artículo surge por la necesidad de investigar que factores son causas más frecuentes del retardo mental a fin de que se pueda dar una comprensión real del problema y cuestionar al actual sistema que relega a la educación y la salud del Discapacitado.

El retardo mental comprende una amplia serie de trastornos que pueden estar determinados por muchos factores de naturaleza biológica, psicológica o social. Las causas del retardo mental son numerosas, pero se determina una razón específica para esta condición en sólo el 25% de los casos, lo que implica que en la mayoría de casos son por etiologías diferentes donde una es la preponderante.

En edad temprana puede evidenciarse por la falta de adaptación normal y pobre ejecución intelectual y en los casos de retardo leve puede ser posterior a la edad escolar. La familia puede sospechar retardo mental cuando las habilidades motoras, del lenguaje y de autoayuda no parecen desarrollarse en un niño o cuando se desarrollan a un ritmo mucho menor que en otros niños de su edad.

Las causas del retardo mental se presentan en varias categorías, para fines del presente estudio se dividirán en :

- **Biológicas:** Trauma (prenatal y postnatal),hemorragia intracraneal antes o después del nacimiento (como una hemorragia periventricular) ,falta de oxígeno hacia el cerebro antes, durante y después del nacimiento ,grave lesión de la cabeza.
- **Socioculturales o Ambientales**: pobreza, bajo nivel socioeconómico y síndrome de deprivación. Algunos estudios confirman que la desnutrición, la poca estimulación de experiencias culturales y ambientales pueden causar retardo mental.
- **Emocionales :** Consideradas entre otras a los estados de depresión, estres durante el embarazo, alteraciones de la personalidad.
- **Hereditarias** :entre ellas se encuentran las de tipo: .
  - Congenitas como rubéola congénita, meningitis, CMV congénito, encefalitis,toxoplasmosis congénita, listeriosis, infección por VIH.
  - También las anomalías cromosómicas :errores en el número de cromosomas (síndrome de Down),defectos en los cromosomas o herencia cromosómica (síndrome del cromosoma X frágil, síndrome de Angelman, síndrome de Prader-Willi), translocaciones cromosómicas (un gen localizado en un punto inusual en un cromosoma o en un cromosoma distinto al usual) y síndrome de deleción (síndrome del maullido de gato).

- Anomalías genéticas y trastornos metabólicos hereditarios: galactosemia, enfermedad de Tay-Sachs, fenilcetonuria, syndrome de Hunter, síndrome de Hurler,síndrome de Sanfilippo, leucodistrofia metacromática, adrenoleucodistrofia, síndrome de Lesch-Nyhan, trastorno de Rett, esclerosis tuberosa, Metabólicas, síndrome de Reye, hipotiroidismo congénito, altos niveles de bilirrubina en los bebés y hipoglicemia (diabetes mellitus mal regulada)
- Tóxicas: exposición intrauterina al alcohol, cocaína, anfetaminas y otras drogas, intoxicación por metilmercurio, intoxicación por plomo.
- Nutricionales: desnutrición.

• **Desconocidas o Inexplicables.**

Los tipos de retardo mental se identifican teniendo en cuenta sus limitaciones intelectuales, afectivas, sociales y conductuales. Son cuatro los niveles:

EL RETARDO MENTAL LEVE (Límite y ligero)

«En la primera etapa de la vida la persona con debilidad mental suele ser muy tranquilo, lo que puede inquietar ya desde un principio a las personas que lo tienen a su cuidado. Es capaz de sonreír, conseguir los movimientos oculares adecuados y mirar con atención, al menos en apariencia. Puede desarrollar aptitudes sociales, de relación y de comunicación, presentando un mínimo retardo sensoriomotor. Las diferencias con el niño normal son poco notables durante los primeros años de su evolución, pero es en el inicio de la escolaridad cuando los padres comienzan a apreciar las diferencias existentes a través de las dificultades que el niño presenta.

En la evolución psicomotora, observan un cuadro de hipotonía. No aprecian diferencias significativas en la coordinación general ni en la coordinación específica óculo-manual; tampoco en los trastornos de la lateralidad. Las sincinecias y la paratonía son normales en la mayoría de los niños con retardo mental leve. En cambio, el equilibrio en relación con los trastornos posturales, la orientación espacio-temporal y las adaptaciones a un ritmo (especialmente precisión-rapidez) suelen ser dificultosos.

Algunos niños débiles mentales se expresan utilizando palabras correctamente, sin trastornos en la articulación; su lenguaje presenta cierta organización y en ocasiones, aparece más evolucionado de lo que podría preverse atendiendo al coeficiente intelectual; pero, en otras, se crean retrasos intelectivos del lenguaje, especialmente en los niños que presentan trastornos emocionales asociados.

Como trastornos intelectivos propiamente dichos, se presentan disminución de la comprensión, pobreza de razonamiento y falta de autocrítica. B. Inhelder observa las dificultades del pensamiento abstracto en los niños deficientes. El débil pasa por los estadios sucesivos del desarrollo a un ritmo mas lento que el niño normal, sin acabar de desprenderse del todo de las formas anteriores de su razonamiento. También los resultados de las operaciones concretas de los niños retardados y los normales son muy semejantes; pero. en cambio, en los primeros no aparecen indicios de las operaciones formales. Inhelder considera, pues, como un factor típico de la debilidad las dificultades en alcanzar el pensamiento abstracto. Evidentemente, cuanto más profundo sea el retardo, las dificultades se acrecentarán hasta llegar a la incapacidad.

Observa también dicho autor que el pensamiento conceptual, explorado por medio de actividades de clasificación, utiliza criterios inhabituales y de gran variabilidad. Como reacciones compensatorias se consiguen rendimientos verdaderamente sorprendentes en las capacidades de la memoria inmediata.

En los aprendizajes escolares, estos niños pueden alcanzar niveles aproximados de hasta sexto grado en la enseñanza primaria, aunque a un ritmo mas lento que el normal. En la secundaria, presentan grandes dificultades en los temas generales, y necesitan de una enseñanza individual o especializada. Posteriormente, pueden alcanzar una adaptación social adecuada y conseguir aptitudes vocacionales que les permitan desenvolverse durante la adultez con cierta independencia. Esto ocurrirá cuando la insuficiencia intelectual no presente ningún trastorno emocional grave, que pueda dificultar el máximo aprovechamiento de sus capacidades intelectuales y de adaptación. Con todo, frente a situaciones nuevas o extrañas, aparecerán dificultades para adaptarse, pudiendo llegar a necesitar ayuda cuando se encuentren bajo un fuerte estado de tensión.

Los niños con retardo leve presentan una mayor sensibilidad ante el fracaso y una baja tolerancia a las frustraciones, especialmente las afectivas. Tienen mayores dificultades en las relaciones con los otros niños y posteriormente en las situaciones sociales en general.

EL RETARDO MENTAL MODERADO

«Los niños con retardo mental moderado pueden beneficiarse de los entrenamientos para la adquisición de los hábitos. Llegan a hablar y aprenden a comunicarse de formas diversas, aunque les es difícil expresarse con palabras y utilizar formulaciones verbales correctas. Su vocabulario es limitado, pero, en ocasiones, cuando el ambiente es suficientemente acogedor y sugerente, el niño puede ampliar sus

conocimientos de lenguaje y expresión hasta extremos realmente sorprendentes.

La estimulación ambiental que recibe, especialmente durante el primer tiempo de vida, le posibilitará una evolución más o menos favorable. La estructura de su lenguaje hablado es semejante a la que correspondería a etapas anteriores del desarrollo en el niño normal. La evolución del desarrollo psicomotor es variable, pero frecuentemente está alterado.

Contrariamente a lo que podría esperarse, la percepción elemental no está demasiado alterada. Hay trastornos de juicio y razonamiento, pero estos niños pueden hacer generalizaciones y clasificaciones mentalmente, aunque después tengan dificultades o no sean capaces de expresarlas a nivel verbal. Socialmente, se manejan con dificultades, aunque en un grupo estructurado pueden desenvolverse con cierta autonomía. Se benefician del adiestramiento, pese a que necesitan cierta supervisión, y se desenvuelven con bastante habilidad en situaciones y lugares que les son familiares.

Durante la edad escolar, pueden llegar a aprender hasta niveles de segundo grado en la enseñanza elemental, y adquirir conocimientos sociales y ocupacionales. En condiciones favorables, y con un entrenamiento previo, pueden conseguir automantenerse con trabajos semicualificados o no cualificados. Aún así, necesitarán orientación y ayuda cuando se encuentren en dificultades sociales o económicas, aunque éstas sean leves.

EL RETARDO MENTAL SEVERO

«Este retardo se evidencia ya en las primeras semanas de vida, aunque los niños afectados no presenten características morfológicas especiales (Excepto los Down). Su desarrollo físico es generalmente normal en peso y estatura; no obstante, muestran, por lo general, una total hipotonía abdominal y, consecuentemente, leves deformaciones torácicas con frecuentes escoliosis. Suelen tener insuficiencia respiratoria (respiración corta y bucal) y posibilidad de apnea (suspensión transitoria de la respiración).

Como conductas motrices alteradas están la marcha, el equilibrio, la coordinación dinámica y grandes dificultades de relajación. La paratonía es muy evidente, y las sincinesias, numerosas.

Estos niños pueden realizar algunas adquisiciones verbales, pero su lenguaje es muy elemental. El vocabulario es muy restringido; la sintaxis, simplificada, y suelen presentar trastornos distónicos. La mayoría de ellos tienen considerables dificultades en la coordinación de movimientos, con defectuoso control de la respiración y de los órganos

de fonación. Están incapacitados para emitir cierto número de sonidos, en especial algunas consonantes. La lengua y los labios carecen de necesaria movilidad, la articulación de los fonemas es errónea o débil. Para llegar a la palabra, deben vencer su incapacidad de seguir un ritmo variado. Consiguen hablar y aprenden a comunicarse, pero no pueden desarrollar el lenguaje escrito.

En cuanto a su personalidad, las diferencias individuales son muchas, aunque son características comunes los estados de agitación o cólera súbita, alternando con la inhibición y los cambios bruscos e inesperados del estado de ánimo. Son frecuentes las situaciones de angustia generalizada. La inseguridad y la falta de confianza en sí mismos suele estar presentes en todas las situaciones, sobre todo ante alguna actividad que no les sea familiar. En estos casos necesitan constantemente pedir ayuda o protección. Pueden aprovechar el entrenamiento encaminado a conseguir cierta independencia y autovalimiento Consiguen desarrollar actitudes mínimas de autoprotección frente a los peligros más comunes, siempre que hayan podido beneficiarse de un ambiente propicio.

EL RETARDO MENTAL PROFUNDO

«Los retardados profundos suelen presentar algún tipo de malformaciones cefálicas o faciales. Normalmente, el origen de estos déficits es de tipo orgánico, y su etiología es conocida, aunque no reversible. Este estado se caracteriza por la persistencia de los reflejos primitivos, con una falta de maduración que deja al niño en un estado protopático, primitivo.

Se sabe muy poco acerca de sus actividades psíquicas, pero no por ello hay que negar su existencia. Durante los primeros años, y hasta la edad escolar, los niños afectados por este déficit desarrollan una mínima capacidad de funcionamiento sensoriomotor. En algunos casos pueden adquirir los mecanismos motores elementales, una exigua capacidad de aprendizaje, y conseguir relaciones afectivas simples durante el período de la escolaridad. En otros, no se alcanza este grado mínimo de desarrollo, y necesitan permanentemente ser atendidos, con cuidados maternos y si es preciso, incluso de enfermería.

Pueden responder a los entrenamientos básicos, pero no en lo que se refiere a desenvolverse por sí mismos. En la adultez, necesitarán igualmente cuidados y protección, pero pueden ser capaces de desarrollar algún aspecto muy primitivo del lenguaje y conseguir, aunque de forma muy precaria, un grado mínimo de autodefensa.»

Cabe resaltar que estos múltiples factores identificados se hallan con más frecuencia asociado al retardo mental. Por ello en el presente

estudio se propuso conocer ¿Cuál es la etiología más frecuencia en personas con diferentes niveles de retardo mental según el nivel de instrucción en un centro especial?

OBJETIVOS

Identificar la etiología más frecuencia en personas con diferentes niveles de retardo mental según el nivel de instrucción en un centro especial?

MÉTODO

Diseño: Descriptivo

Participantes:

La muestra estuvo conformada por 152 personas de ambos sexos, cuyas edades fluctuaban entre 5 y 27 años. Se selecciono la muestra de manera intencional, la misma que se distribuye en la tabla 1.

Tabla 1
Distribución de la muestra total según el grado de instrucción.

Instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Inicial	52	34.2%
Primaria	54	35.5%
Ocupacional	46	30.3%
TOTAL	152	100.0%

Tabla 2
Distribución de la muestra total según nivel de retardo mental

Nivel de retardo	Frecuencia	Porcentaje
Leve	102	67.1%
Moderado	31	20.4%
Severo	12	7.9%
Profundo	7	4.6%
TOTAL	152	100.0%

Variables de estudio:

- Etiología del retardo mental, considerados cinco factores etiológicos, los cuales son: el de tipo biológico, hereditario- genéticos, socioculturales, emocionales y desconocidos

Variables de control

- Retardo mental (leve, moderado, severo y profundo)
- Nivel de instrucción (Inicial, primaria y Taller)

Instrumento: Historia psicológica

Procedimiento: Se cotejo en la historia psicológica cada uno de los casos, se identifico el tipo de etiología, luego se hallo la descripción de los datos con estadígrafos de frecuencia.

RESULTADOS

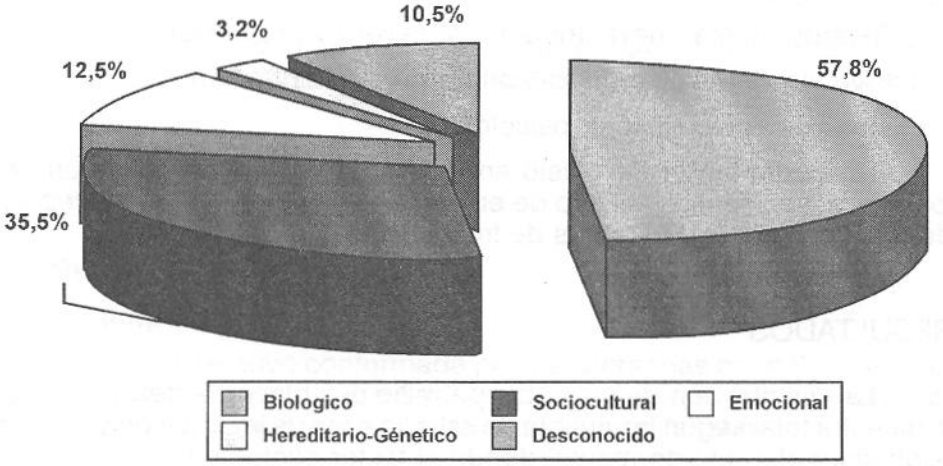
La distribución de los datos permitió establecer la descripción de la muestra total según la variable de estudio nivel de instrucción y factores etiológicos del retardo mental donde el factor etiológico màs frecuente es el biológico y el menos frecuente el Hereditario Genético, confirmando con ello que el riesgo de tener hijos con retardo mental es menor de padres a hijos que por accidente en relación al nacimiento. (Tabla 4) . En la misma tabla se aprecia que la población con retardo en el medio esta el nivel inicial, lo que indica una aceleración demográfico de población con limitación intelectuales.

Tabla 4
Incidencia de etiología de Retardo mental en la muestra total

Etiología Nivel de Instrucción	Biológico		Sociocultural		Emocional		Hereditario-Genético		Desconocido	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Inicial	32	36.4%	7	29.2%	6	31.6%	1	20.0%	6	37.5%
Primaria	29	33.0%	10	41.7%	7	36.8%	2	40.0%	6	37.5%
Talleres	27	30.7%	7	29.2%	6	31.6%	2	40.0%	4	25%
TOTAL	**88**	**100%**	**24**	**100%**	**19**	**100%**	**5**	**100%**	**16**	**100%**

En la muestra total se encontró que más de la mitad tiene retardo mental por factores biológicos y más de la tercera parte por factores socioculturales, entendiéndose con ello que el origen del retardo mental esta más asociado al nacimiento es decir que las circunstancias significativas de los procesos pre, peri y post natal son de alto riesgo (gráfico 1).

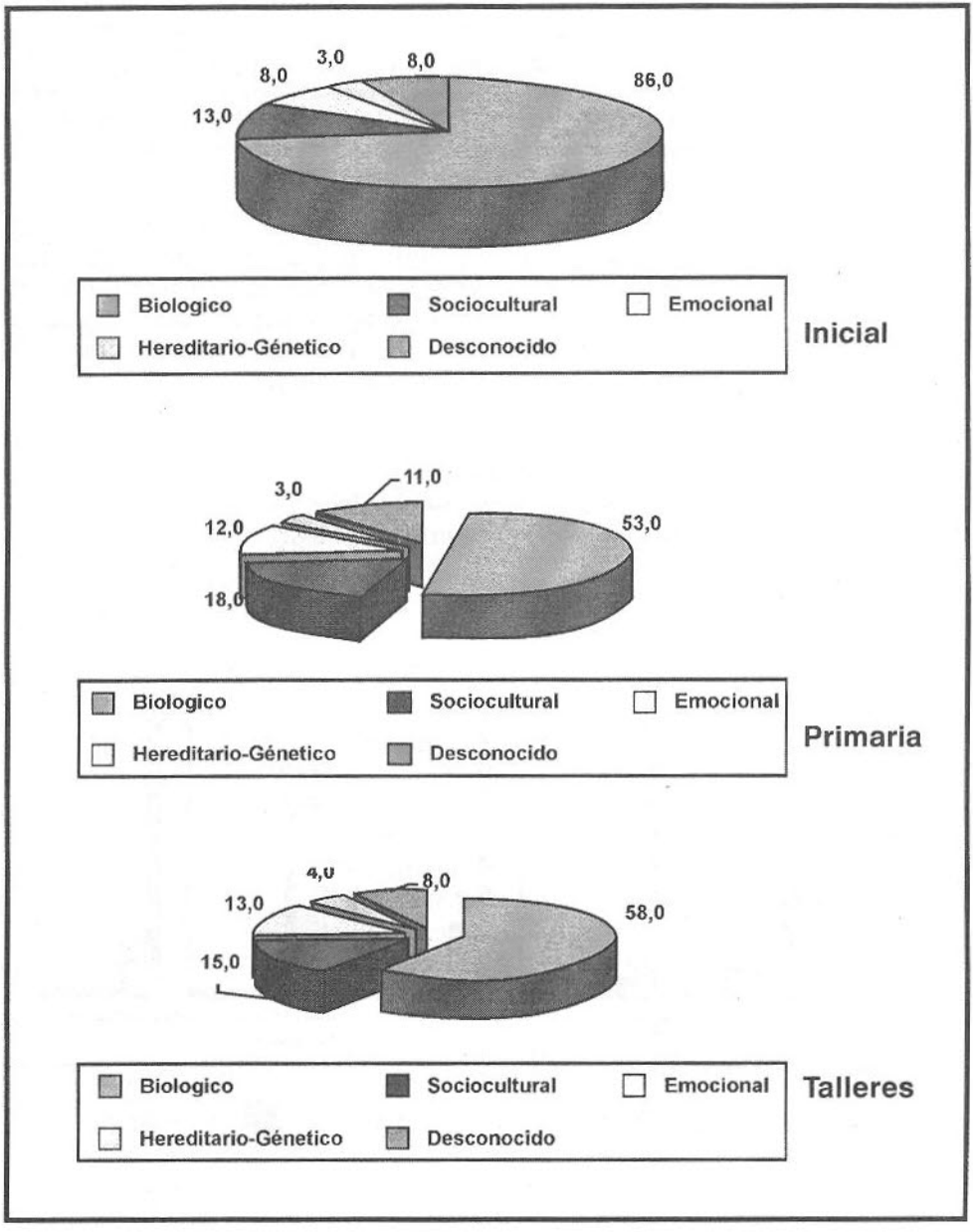
Gráfico 1
Porcentaje de los factores etiológicos de retardo mental en la muestra total



Por otro lado cobra importancia la deprivación cultural así como el analfabetismo, pobre educabilidad y aislamiento cultural como factores de desarrollo de retardo mental. Además se encontró que uno de cada diez personas tienen etiología de tipo emocional como factores estresares y de tipo desconocida. estresares. Finalmente en el mismo gráfico se observa que el factor etiológico de menos incidencia es el hereditario, lo que implicaría que la forma de adquisición de retardo mental que menos se da es por transmisión de padres a hijos .

El análisis en la muestra total sobre la etiología según el nivel de instrucción permite hacer una revisión longitudinal donde se comprueba que a largo del tiempo las variaciones de causas de retardo. En el gráfico 2 según los datos de frecuencia etiológica se encuentra que el grupo de las personas que actualmente están en talleres y que hace más de 25 años se encontraban en el nivel inicial, tienen casi la mitad tenía retardo por factores biológicos, situación que al comparar con los datos de etiológicos de la muestra que actualmente se encuentra en el nivel inicial se concluye que hoy de cada diez niños de educación inicial con retardo mental ocho presentan retardo por factores biológicos y hace más de 25 años era menos, sólo cinco de cada diez niños tenían retraso por factores de éste índole.

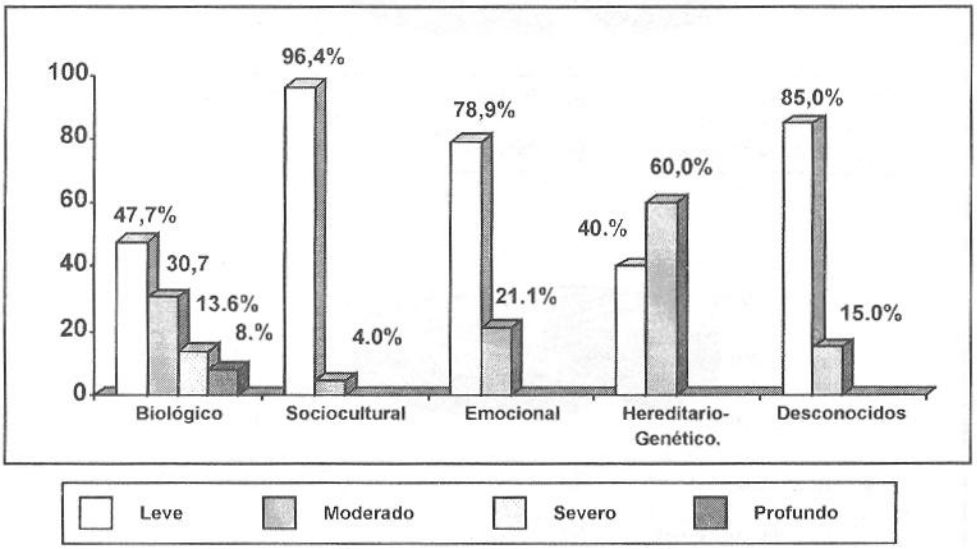
Gráfico 2
Porcentaje de los factores etiológicos de retardo mental según el grado de instrucción.



También el gràfico 2 se extrae que a lo largo del tiempo el factor sociocultural y emocional como determinantes de retardo se ha mantenido en el segundo lugar; esto se comprueba al analizar el hecho de que desde hace más de 15 años cuando los alumnos de talleres estaban en el nivel primaria y los de primaria en el nivel inicial ya eran tanto la falta de estimulación social, educativa y deprivación cultural y los factores estresares indicadores de lentificación del desarrollo psicológico. Cabe señalar que se infiere de la misma gráfica 2 que no existir diferencia al o largo del tiempo en la predisposición hereditaria así como en la variable desconocimiento, donde se registra que casi en el 90% de retardo se identifica la causal y que un casi 10% es exploración y en búsqueda del reconocimiento etiológico.

Por otro lado ante la interrogante que tipo de retardo es más frecuente según su etiología, encontramos que donde de cada diez niños con retardo mental leve por lo menos ocho son provocados por factores socioculturales, emocionales y de tipo desconocido, situación que inquieta ya que se confirma la influencia estos factores como de alto riesgo en el desarrollo psicológico e intelectual.

Gráfico 3
Porcentaje de los factores etiológicos de retardo mental según el tipo de retardo



Los Factores Emocionales son muchos más difusos. Las madres señalaron haber tenido fuertes impresiones o constante ansiedad o estrés. Se encuentra que gran cantidad de niños con retardo son hijos no deseados y este hecho no solo tiene una connotación emocional para la madre durante la gestación sino que en muchos casos se asociaron acciones concretas.

El retardo moderado se presenta por los diversos factores estudiados siendo el de mayor incidencia el hereditario-génetico y el biológico, lo que implica que son los factores constitutivos los que podrían determinar mayor gravedad en el retardo.

Hablar de estos factores biológicos implica el riesgo de tener hijos por el pobre control de exposición de la madre a la radiación, el uso de antibióticos potentes, el uso de inyecciones con fines abortivos u otros medios que usara la madre. Cabe resaltar que no es poco significativo el hecho de que muchas mujeres hayan tenido previo al nacimiento del niño, reiterados abortos (5 ó 6). Hechos que no tienen mucha frecuencia son la reducida o elevada edad de los padres, de los que sin embargo se halla mucho en la literatura del tema.

En cuanto al **retardo severo y profundo** se visualiza que estos tienen como determinantes factores biologicos , no reportándose retardo severo y profundo por causas psicosocioculturales. Esto último implicará que para que una persona presente retardo severo o profundo tiene que existir esencialmente una factor endògeno que un factor exógeno.

Los casos que registran antecedentes Genético-hereditario no siempre están referido a parientes no cercanos con retardo, en algunos casos estos se refieren a parientes con alteraciones psiquiátricas, padre o madre que ingieren alcohol o droga.

Es particularmente interesante hacer notar que se dan a notar muchos casos en los que no existen causas aparentes del retardo que el número de casos en que hay factores Genético-hereditario. Tal situación puede estar ligada a una deficiente información de los padres, pero no puede despertarse la posibilidad que hayan factores ligado al retardo que bien no se hayan registrado. Finalmente es importante señalar que ha quedado demostrado de que la existencia del retardo tiene mucho más responsabilidad que los padres bien pudieran controlar (Exógenos). Los casos en que el retardo parece estar asociado a cierta disposición hereditaria, cuyo número es reducido, sugiere tal situación.

DISCUSIÓN

Se puede determinar que el factor de mayor incidencia es el orgánico lo que reafirma ya estudios de Patton (1997) quien establece que de cada 3 niños con retardo 2 presentan retardo antes del nacimiento

y los factores no biológicos no son claramente identificados. También se encontró una incidencia cada vez más creciente del factor sociocultural y decreciente el factor hereditario, resultado no desconocido por cuanto ya hace màs de dos décadas Gutierrez (1988) señalo que cada vez los eventos sociales y el contexto cultural se convierten en un factor de riesgo. Finalmente al análisis de los niveles de compromiso del retardo se establece la relación directa entre el retardo y el componente sociocultural y una relación indirecta entre el retardo y el componente biológico.

Referencias Bibliográficas

CLELAND, Ch & SWARTZ, J.(1990) *Retardo Mental* / 2ª Edición

México – Trillas

GUTIERREZ, V y Cols. (1988) *Niños Excepcionales: Etiología, Detección y Prevención*. Lima / Perú – CECADE

HEWARD, W. (1997) *Niños Excepcionales: Una Introducción a la Educación Especial* Madrid – Prentice Hall

PATTON, J. y Cols.(1997) *Casos de Educación Especial México* - Limusa