

TEMA 19- EL RETRASO MENTAL.

1.- LÍNEAS HISTÓRICO-RACIONALES Y MARCO GENERAL.

☞ Grecia antigua: tratamiento más común: eliminación de los niños con deficiencias (no sólo intelectuales)

☞ Edad Media y Moderna: el cristianismo representó un avance en cuanto a la consideración humana hacia deficientes, pero aún así no llegó a arraigar en aquellas sociedades.

La tasa de retraso mental era más baja que actualmente, ya que:

- El requerimiento para sobrevivir era a nivel de eficacia intelectual baja
- Gran tasa de mortalidad postparto
- Abandonos de recién nacidos
- Enfermedades infantiles

☞ Sociedad industrial:

- Se promovieron cambios en la filosofía respecto a los retrasados mentales.
- La evolución de la forma de entender el retraso mental. Ha estado vinculada al desarrollo de la psicología de la inteligencia.
- 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 al retraso mental.
- Tratamiento: estados graves de demenciación y eran situados en los mismos pabellones que las 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 desagregación escolar y la integración escolar, llevó a la reincorporación del niño retrasado mental al sistema de educación normal.

- Actualmente se ha vuelto a la especialización de ambientes, tratamientos y formas de afrontamiento del problema: dichas modificaciones se corresponden con las propuestas revoluciones en salud mental como los descubrimientos de fármacos (esquizofrenias) y el retraso mental con una mayor expectativa de vida.

2.- DEFINICIÓN, EVALUACIÓN Y CLASIFICACIÓN.

2.1.- LAS CLASIFICACIONES SINTOMATOLÓGICAS MÁS COMUNES: CIE Y DSM.

CIE - 10: enfoque multiaxial:

- 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: funciones cognitivas, lenguaje, motricidad, socialización.
- Puede ir acompañado de cualquier otro tipo somático o mental.
- Necesario para efectuar el diagnóstico: síntomas objetivos, por la dificultad en la comunicación de estos enfermos.
- Importancia de la inteligencia: equiparable a la eficacia y homologación con el rendimiento normativo en cada fase evolutiva.
- Se mencionan los tests de CI como una estimación posible, escalas de adaptación y madurez social

DSM - III, DSM - III – R y DSM – IV (DSM-IV-TR):

- Proponen características similares a nivel de definicional:
 - Capacidad intelectual por debajo de la media: CI por debajo de 70.
 - Déficits o deterioros concurrentes de la conducta adaptativa, según la edad de la persona.
 - Inicio antes de los 18 años. Se acepta la posible presencia de otros trastornos asociados.

- Si el inicio es posterior: se sugiere diagnóstico de demencia.
- Se amplían y especifican más las áreas de funcionamiento social (habilidades sociales y responsabilidad, comunicación, habilidades del cuidado personal diario, independencia y autosuficiencia)
- Es una psicopatología duradera y que exige apoyo social.

☞ Propuesta de un sistema de clasificación según gravedad, empleándose como criterio el nivel de CI que se obtenga, según los sistemas CIE y DSM:

Denominación	Rango CI	% incidencia sobre total retraso mental
Ligero	50/55 - 70	80
Moderado	35 - 49	12
Grave	20 - 34	7
Profundo	Menos de 20	1

En la CIE 10 se añaden:

- Otro retraso mental
- Retraso mental sin especificación

En el DMS-IV-TR se añade:

- Retraso mental sin especificar

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

☞ Se ha acusado a los test de inteligencia que están excesivamente constituidos por elementos escolares, por lo que es difícil hacer inferencias de los resultados en culturas con graves problemas de desarrollo cultural

- Wechsler: en la 2ª prueba elaborada de inteligencia de CI se ha modificado en lo referente a supuestos evolutivos, creándose:
 - WPPIS: escala para preescolares
 - WISC: escala para escolarización obligatoria
 - WAIS: escala para adultos

- En el test de Terman - Merrill y las escalas de Wechsler: la diferenciación diagnóstica no es constante a través de 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.

☞ Como toda media posee un error de medida: el CI, obtenido oscilara en +/- 5 puntos.

2.3- UN PLANTEAMIENTO REDEFINICIONAL RECIENTE: EL MANUAL DE TERMINOLOGÍA Y CLASIFICACIÓN DE LA SOCIEDAD AMERICANA SOBRE EL RETRASO MENTAL.

☞ En la 9ª edición del Manual sobre definición, clasificación y sistemas de apoyo se amplía la definición:

- El retraso mental se caracteriza por un funcionamiento intelectual por debajo de la media que son concurrentes con limitaciones relacionadas con dos o más 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.

☞ Supuestos de interés:

- Reconocimiento explícito de la importancia de la diversidad cultural y lingüística y las diferencias en comunicación y en factores comportamentales
- Las habilidades adaptativas tienen como referencia los contextos en los que viven los compañeros del sujeto y se aplica a las necesidades individuales de apoyos para esa persona en esos contextos
- 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
- Toda persona con retraso mental, si recibe el apoyo adecuado mejorará su adaptación así como su capacidad de adaptación.

☞ 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.e. alteraciones cromosómicas), aunque el retraso mental NO es sinónimo de etiología.

☞ En la conceptualización general del retraso mental interactúan 3 elementos:

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.
- Concepción en la que se defiende la existencia de más de una inteligencia humana, socialmente contextualizada y con procesos y dinámica funcional distintas.

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:
 - El funcionamiento intelectual y las habilidades adaptativas
 - Consideraciones emocionales y motivacionales
 - Los aspectos comprometidos con la etiología y el estado físico
 - Consideraciones ambientales donde debe proponerse el tipo y calidad óptimos en donde pueda desarrollar mejor las potencialidades del retrasado mental.

☞ Explícitamente se rechazan los tipos de ligero, moderado, grave y profundo, debiendo emplearse descripciones que definan el tipo de apoyo y en qué áreas.

- ☞ Se propone el cambio sustancial del diagnóstico: no se trata de una clasificación por gravedad apelando al CI, sino al tipo de apoyos necesarios y sus áreas concretas
- ☞ El proceso en tres pasos de la AAMR para el diagnóstico, la clasificación y los sistemas de apoyo en el retraso mental

Dimensiones	Pasos
I - Funcionamiento intelectual y habilidades adaptativas	<p><u>Paso 1.</u> Diagnóstico de retraso mental. Determina la elegibilidad de apoyos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1). Funcionamiento intelectual del sujeto aproximado de 70 - 75 o menor 2). Existen discapacidades significativas en dos o más áreas de habilidades adaptativas 3). La edad de aparición es menor de los 18 años
II - Consideraciones psicológicas/emocionales III - Etiología / física / salud IV - Consideraciones ambientales	<p><u>Paso 2.</u> Clasificación y descripción. Identifica fortalezas y debilidades y la necesidad de apoyos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1). Describe las fortalezas y debilidades relacionadas con consideraciones psicológico - emocionales. 2). Describe la salud física general e indica la etiología de la condición 3). Describir el emplazamiento ambiental usual del sujeto y el ambiente óptimo que debería facilitar su desarrollo y crecimiento continuado.
	<p><u>Paso 3.</u> Perfil e intensidades de los apoyos necesarios. Identifica los apoyos que se requieren.</p> <p>Para cada una de las cuatro dimensiones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1). 1.I. Funcionamiento intelectual y habilidades adaptativas 2). 2. II. Consideraciones psicológicas/emocionales 3). III. Etiología/física/salud 4). IV. Consideraciones ambientales

☞ Definición y ejemplos de las intensidades de apoyos en el manual de la AAMR como base para el diagnóstico funcional del retraso mental:

- Intermitente:

Apoyo sobre una base necesaria. De naturaleza episódica. La persona no necesita siempre los apoyos que se requieren en las transiciones vitales (p.e. pérdida de trabajo o una crisis médica). Pueden ser de intensidad grande o pequeña mientras se prestan

- 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.)

- 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).

- 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.

3.- CUESTIONES EPIDEMIOLÓGICAS.

3.1. – EL PROBLEMA DE LA INCIDENCIA.

- ☞ La apelación a 70 como valor de CI se refiere a que ya el valor hacia abajo se encuentra el 2,5% de la población
- ☞ La incidencia no puede depender sólo de un determinado CI, sino que exige a concordancia de criterios, denominándose en el sentido amplio como inteligencia social
- ☞ Años atrás Pelechado propuso un modelo de confluencia de criterios (psicológicos, académicos y sociales) para estimar mejor el estudio sobre la incidencia del retraso mental:
 - En retrasos mentales profundos: la detección es temprana (antes de los 6 años) y hecha por profesionales o familiares. Su rápida detección permite instalarlos en programas de estimulación precoz.

- En retrasos mentales graves: la detección es posterior, pudiendo pasar desapercibidos hasta la entrada en el colegio.
- En retrasos mentales medios y ligeros: la detección es máxima en periodo de enseñanza obligatoria. Según en qué contextos puede haber un enmascaramiento del trastorno.

3.2. – LA PRESENCIA DE OTRAS COMPLICACIONES FÍSICA Y/O MENTALES.

- ☞ En personas con retraso mental la tasa de trastornos mentales se duplica.
- ☞ Respecto a las enfermedades físicas: fragilidad médica: existen una serie de complicaciones médicas en algunos tipos de retraso mental: p.e. Síndrome de Down y esclerosis tuberosa pueden afectar al corazón, riñones o espina dorsal.
- ☞ Las dificultades en comunicación: conlleva dificultades especiales a la hora de realizar un diagnóstico.
- ☞ 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.
 - 2) Formulación de un plan específico para cada paciente.
 - 3) El empleo de una sustancia dada debe contemplarse en plan 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 retrasados mentales deben estar informados sobre los efectos secundarios y de las interacciones entre sustancias.
 - 10) Revisión regular del régimen farmacológico que sigue cada persona retrasada

4.- ETIOLOGÍA.

- ☞ Consideración multifactorial de la etiología del retraso mental.
- ☞ La AAMR propone 4 tipos de factores: biomédicos, sociales, comportamentales y educativos.
- ☞ Causalidad intergeneracional: cada tipo de etiología debe localizarse en el tiempo y secuencia de aparición según afecte a la persona con retraso mental, los padres o a ambos tipos de personas.
- ☞ Intervenciones 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:
 - Biomédica: dirige la detección de perturbaciones en diferentes fases del desarrollo y cuidado de la nutrición y la salud.
 - Social: para la obtención de apoyos familiares y la evitación del abuso infantil.
 - Comportamental: se dirige al logro de la aceptación (sin inculpación) del niño retrasado mental y a la evitación de sustancias psicoactivas y de accidentes y ataques de los demás.
 - Intervención preventiva educativa: en el niño debe ser prioritaria la estimulación precoz, educación compensatoria y después el entrenamiento vocacional, la educación sexual y preparación a la paternidad.
- ☞ Gracias al conocimiento del genoma humano se ha modificado el nivel de conocimiento:
 - Causas prenatales: Alteraciones cromosómicas; Trastorno síndromicos; Trastorno musculares...
 - Causas perinatales: Trastorno intrauterinos; Trastorno neonatales.
 - Causas posnatales: Lesiones craneales; Infecciones; Trastorno de la mielinización...

5 – PANORAMA DEL TRASTORNO.

- ☞ En la mayor parte de los casos, el retraso mental es un problema crónico, por lo que en algunas ocasiones se habla más de tratamientos de apoyo o problemas conectados con el incremento del nivel de vida.

5.1. – LA IDEA DE CONTINUIDAD DE SERVICIOS.

- Debido a la cronicidad, se necesita un entramado de servicios y apoyos por parte de la sociedad, para que el retrasado mental pueda vivir adecuadamente como cualquier ciudadano (cuestiones éticas, políticas, sanitarias, educativas y psicológicas)

5.2. – TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS.

- Como normal general los tratamientos inespecíficos han sido un fracaso excepto en los que se ha aislado la deficiencia funcional (la fenilalanina en el caso de la oligofrenia fenilpirúvica, si se detecta tempranamente) o mediante intervenciones agresivas (p.e. hidrocefalia)

5.3. – LOS ENTRENAMIENTOS DE INTELIGENCIA.

- En los años 70: Las posiciones ambientalistas realizaron, con desigual éxito, distintas acciones para mejorar la inteligencia.
- Programas de entrenamiento. En inteligencia dirigidos a niños de corta edad (programas de estimulación precoz), para promover el desarrollo motriz, después el desarrollo cognitivo y lingüístico, sensorial, académico y social.
- Se intensificó la investigación y la acción en el fomento de la inteligencia en niños de áreas socialmente muy deprivadas.
- Se han propuesto programas de enriquecimiento instrumental: asentados más es operaciones intelectuales que en el incremento en rendimiento en tareas estrictamente desigual, con un éxito desigual.
- Conclusión: todavía no son bien conocidos los procesos de aprendizaje y consolidación de lo aprendido de las personas con retraso mental.

5.4. – EL FENÓMENO DE LA INTEGRACIÓN.

- La idea de la integración consiste en el empleo de medios lo más normales posibles, en centros y con compañeros normales. Esto dio lugar en los 70 a un movimiento de reforma educativa para fomentar la externalización de los niños retrasados mentales de los centros específicos y a situarles en los centros normales con una serie de apoyos (especialistas en evaluación, tratamiento, lenguaje, motricidad y programación).

- ☞ Los resultados no fueron favorables a la integración debido a la falta de centros, servicios locales próximos y un estudio previo sobre las actitudes del resto de la población respecto al retraso mental y las actividades de normalización
- ☞ Conjuntamente se desarrollo una serie de aplicaciones, en donde los padres tenían parte activa como coterapeutas (asistidos por especialistas), mostrando un notable éxito.
- ☞ En la mitad de los 80, el fenómeno de la integración masiva había fracasado, y se comenzó a articular un esquema teórico diferencial, en el que importaba más el análisis del caso individual y la eficacia de los contextos/apoyos para un máximo desarrollo potencial humano del retrasado mental.
- ☞ Propuesta actual de la AARM: el reconocimiento de la diversidad, individualidad y adecuación de servicios según las necesidades frente a decisiones generalistas indiferenciadas