

Retraso mental y calidad de vida

José Israel López,¹ Luis M. Valdespino Pineda² y Miguel Lugones Botell³

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo transversal con todos los niños de 0 a 14 años diagnosticados con algún grado de retraso mental, en el municipio Playa, en el año 2001. Encontramos un total de 244 retrasados mentales pertenecientes a ese grupo de edad, para el 21,2 %. Los antecedentes perinatales se presentaron como causa de retraso mental en un 29,5 %. Dentro de las enfermedades más frecuentemente asociadas al embarazo encontramos las infecciones, la desnutrición y/o anemia. Los eventos del período neonatal relacionados con el retraso mental, como son, el parto pretérmino, el instrumentado y la cesárea, mostraron indicadores por encima de los aceptados por el programa materno infantil. De igual manera se comportaron el bajo peso, el apgar bajo y los signos de hipoxia. Existen antecedentes de enfermedades graves e ingresos hospitalarios en el 34,4 % de los casos por diferentes causas, entre las que se destacan las infecciones.

Palabras clave: Retraso mental, discapacidad, déficit de la intelectual, actividad adaptativa, problema médico social.

El retraso mental (RM) está definido como una condición, por lo general permanente, originada en algún momento de la vida entre el nacimiento y los 18 años de edad, y caracterizada por una capacidad intelectual deficiente y por la alteración concomitante de la actividad adaptativa.¹ Es considerado como un síndrome que comprende muchas entidades clínicas. Su principal característica es el déficit de la función intelectual. Según algunos autores se trata de un estado de desarrollo mental incompleto, que el individuo es incapaz de adaptarse, por sí mismo, al medio ambiente normal de sus compañeros.¹ La capacidad intelectual general de la persona es significativamente inferior al coeficiente intelectual promedio (aproximadamente un coeficiente de inteligencia de 70 o menor), y su comportamiento no presenta el nivel de independencia personal y de responsabilidad social esperado a esa edad y en la cultura de esa persona.

El RM se encuentra en todas las razas y en todas las culturas, y se estima que se presenta en un 3 % de la población mundial y en el 10 % de la población infantil con algún tipo de discapacidad.² La inmensa mayoría (85 %) es educable. Los *entrenables* constituyen el 10 % y los *custodiables* el 5 % del total.

En Cuba, desde 1984 surgió el modelo de atención del Médico y la Enfermera de la Familia, y con ello la garantía de una atención integral y multidisciplinaria dentro de la propia comunidad a estas personas con retraso mental.³

El municipio Playa tiene 1 140 pacientes diagnosticados con algún grado de RM, lo que representa una tasa de 0,62 por cada 100 habitantes. Por tal motivo decidimos conocer y caracterizar este grupo poblacional, que a veces es marginado, pudiendo ser útil de algún modo a nuestra sociedad y así integrarlo a ella.

El RM puede ser considerado como un problema médico, psicológico o educativo, pero se trata fundamentalmente de un problema social.⁴ Conocer las causas o factores que

mantienen la prevalencia de esta entidad nos permitirá accionar sobre el futuro de estos pacientes y otorgarles una mejor calidad de vida.

Es importante convencerse de que no es una enfermedad, sino un estado de discapacidad que se manifiesta antes de los 18 años de edad y se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior al promedio, así como también por alteraciones de la capacidad adaptativa que se exteriorizan en dos o más áreas funcionales:

- Autonomía personal.
- Comunicación.
- Orientación en el entorno.
- Trabajo.
- Tiempo libre.

El RM ligero está presente cuando el paciente posee potencialidades de escolaridad hasta el 9º grado en la Educación Especial, es susceptible de alguna formación laboral, y también es capaz de integrarse social y laboralmente. En cambio, si es moderado, las potencialidades de escolaridad serán solo hasta el 6º grado de la Educación Especial, pero sigue siendo susceptible de formación laboral y capaz de integrarse social y laboralmente con ayuda.

El RM es severo si el paciente posee potencialidades para el logro de habilidades funcionales, es susceptible de aprendizaje de técnicas laborales elementales, y es capaz de integrarse laboralmente con ayuda de un medio laboral protegido; mientras que estamos en presencia del RM profundo cuando solo posee potencialidad de comunicación verbal o extraverbal elemental, y si es completamente dependiente para la actividad de la vida cotidiana (vestirse, bañarse y alimentarse), por lo que requiere protección y cuidados permanentes.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en el municipio Playa durante el año 2002, en el que se revisaron las historias clínicas de 244 pacientes entre 0 y 14 años diagnosticados con algún grado de RM.

Se aplicó a los familiares de primer grado de los pacientes a estudiar un formulario confeccionado por un grupo de expertos, previa explicación de los objetivos de la investigación y su posterior consentimiento. Se analizaron las variables: edad, sexo, antecedentes prenatales, perinatales y postnatales de estos pacientes.

El procesamiento de los datos fue manual con calculadora y computadora. El procedimiento estadístico se realizó en por ciento y los resultados se brindan en tablas para su mejor comprensión.

RESULTADOS

En la tabla 1 vemos que el municipio tiene un total de 1 140 RM con una tasa de 0,62 por cada 100 habitantes. De ellos, 244 pertenecen al grupo de 0 a 14 años, lo que representa el 21,3 % del total, de los que el 1,8 % tienen entre 0 y 4 años, el 7,5 % están

en el grupo de 5 a 9 y el 12 % está en el de 10 a 14 años. En la tabla 2 puede observarse también que predomina el sexo masculino con un 57,6 %.

TABLA 1. Retrasados mentales según grupos de edades

Grupos de edades (en años)	No.	%	Tasa x 100 habitantes
0-4	21	1,8	0,19
5-9	86	7,5	0,66
10-14	137	12,0	1,20
15-19	111	9,7	1,09
20-29	212	18,6	0,84
30-39	294	25,8	0,81
40-59	222	19,5	0,50
60 y más	57	5,0	0,18
Total	1140	100,0	0,62

Fuente: Departamento materno infantil, municipio Playa.

TABLA 2. Retrasados mentales según sexo y edad

Grupos de edades (en años)	Sexo femenino	Sexo masculino	Total
0-4	11	10	21
5-9	36	50	86
10-14	58	79	137
Total	105	139	244
%	43,5	57,6	100

Fuente: Departamento materno infantil, municipio Playa.

Se encontraron antecedentes familiares de RM en el 34,02 % de los casos, según puede observarse en la tabla 3, así como 31 madres que aceptaron ingerir algún tipo de bebidas alcohólicas durante el embarazo, lo que representa el 12,86 %. Sin embargo, el factor de riesgo más frecuente encontrado fue la ingestión de café con un 21,57 %, seguida del tabaco con un 18,25 %. También puede observarse en la misma tabla que el 14,9 % de las madres presentaron amenaza de parto pretérmino, el 12,4 % amenaza de aborto y el 11,2 % tuvieron retraso del crecimiento intrauterino fetal, lo que resalta la importancia de la transmisión hereditaria en esta entidad.

De los 244 casos de RM en el grupo de 0 a 14 años el 57,2 % fueron partos eutócicos a término, el 24 % cesáreas, mientras que solo el 9,1 % fueron partos instrumentados. Entre los eventos del período neonatal que se relacionan con el RM, encontramos al bajo peso en un 20,3 % de los casos, seguido del *apgar* bajo con 16,18 % (tabla 3).

TABLA 3. Antecedentes prenatales y perinatales relacionados con el retraso mental

Retrasados mentales según	0-4 años	5-9 años	10-14 años	Total
---------------------------	----------	----------	------------	-------

grado	n=21		n=86		n=137		n= 244	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Antecedentes personales								
Antecedentes de retraso mental	8	38,8	36	41,9	38	27,7	82	34,02
Infecciones de la madre	11	52,3	28	32,5	30	21,9	69	28,6
HTA	6	28,6	7	8,1	11	8,02	24	9,9
Diabetes mellitus	2	9,5	2	2,3	3	2,1	7	2,9
Desnutrición o anemia	6	28,6	21	24,4	24	17,5	51	21,2
Hábitos tóxicos								
Consumo de alcohol	2	9,5	15	17,4	14	10,2	31	12,86
Consumo de tabaco	3	14,3	19	22,0	22	16,0	44	18,25
Consumo de café	4	19,0	11	12,7	37	27,0	52	21,57
Antecedentes obstétricos								
Amenaza de aborto	6	28,6	11	12,7	13	9,4	30	12,40
Amenaza de parto pretérmino	6	28,6	16	18,6	14	10,2	36	14,90
Sospecha de CIUR o CIUR	3	14,3	11	12,7	12	8,7	26	11,20
Antecedentes perinatales								
Parto pretérmino	6	28,6	9	10,4	8	5,8	23	9,50
Parto instrumentado	1	4,8	7	8,1	14	10,2	22	9,10
Cesárea	7	33,3	22	25,5	29	21,1	58	24,0
Bajo peso	6	28,6	20	23,2	23	16,7	49	20,33
Apgar bajo	3	14,3	17	19,7	19	13,8	39	16,18
Antecedentes del neonato								
Infecciones del niño	6	28,6	11	12,7	12	8,7	29	12,03
Convulsiones	1	4,8	8	9,3	4	2,9	13	5,39
Signos de hipoxia	3	14,3	15	17,4	16	11,6	34	14,10

Fuente: Departamento materno infantil, municipio Playa.

Según puede observarse en la tabla 4, el mayor número de RM se encuentra clasificado como *ligero* para un 48,8 %, con una afectación significativa en el grupo de 10 a 14 años en un 54 %. Le siguen los *moderados* (33,6 %), con mayor incidencia en el grupo de 0 a 4 años para un 42,9 %. Según el instrumento clasificador utilizado por los defectólogos, quedaron las causas perinatales como las causantes en 72 casos, lo cual representa el 29,5 % del total. Le siguieron las posnatales con un 19,3 %, dentro de las que se encontraron las epilepsias con 27 casos, los accidentes con 13, y las infecciones con 6, de las cuales 4 fueron por meningoencefalitis y 1 por intoxicación.

TABLA 4. Clasificación del retrasado mental según grupos de edades

Retrasados mentales según grado	0-4 años n=21		5-9 años n=86		10-14 años n=137		Total n= 244	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Retraso mental ligero	4	19,0	41	47,7	74	54,0	119	48,8

Retraso mental moderado	9	42,9	29	33,7	44	32,1	82	33,6
Retraso mental severo	7	33,3	7	8,1	14	10,2	28	11,5
Retraso mental profundo	1	4,7	9	10,5	5	3,6	15	6,1
Total	21	8,7	86	35,7	137	56,8	244	100
Retrasados mentales según instrumento clasificador								
Prenatal genético	9	42,9	11	12,7	11	8,0	31	12,7
Prenatal ambiental	3	14,3	12	13,9	24	17,5	39	15,9
Prenatal inespecífico	1	4,7	21	24,4	19	13,9	41	16,8
Perinatal	8	38,1	28	32,6	36	26,3	72	29,5
Posnatal	0	0	14	16,3	33	24,1	47	19,3
Psicosis	0	0	0	0	7	5,1	7	2,9
Inclasificado	0	0	0	0	7	5,1	7	2,9
Total	21	8,7	86	35,7	137	56,8	244	100

Fuente: Departamento materno infantil, municipio Playa.

La tabla 5 nos muestra el comportamiento de los antecedentes postnatales de interés en el grupo de edad de 0 a 14 años, que estuvieron presentes en el 76,6 % de los casos, en los que las enfermedades graves e ingresos hospitalarios representaron el 34,4 %, en su mayoría provocados por infecciones respiratorias, y las convulsiones un 18,2 %.

TABLA 5. Antecedentes postnatales relacionados con el retraso mental

Antecedentes	No. de casos	%
Infecciones del SNC	6	2,4
Traumatismos	6	2,4
Desnutrición	19	7,8
Enfermedades graves e ingresos hospitalarios	84	34,4
Convulsiones	44	18,2
Otras	28	11,6
Total	187	76,6

Fuente: Departamento materno infantil, municipio Playa.

DISCUSIÓN

El RM es una situación clínica caracterizada por una capacidad intelectual deficiente y por la alteración concomitante de la actividad adaptativa como ya señalamos, 1 y afecta a un 0,5-2,5% de la población menor de 14 años. En nuestro estudio encontramos una afectación de 0,62 %, obtenidos mediante exámenes de inteligencia para la edad del niño, que señalan un pronóstico funcional evolutivo. Este será radicalmente diferente en relación con la dependencia, la escolarización o la futura capacidad laboral. Aunque definitivamente es una discapacidad permanente, diferentes medidas de intervención psicopedagógica pueden mejorar las habilidades cognitivas y adaptativas del paciente, por lo que el diagnóstico precoz desde la atención primaria tiene una especial relevancia, principalmente en las formas leves. Del mismo modo, la aproximación

etiológica no solo favorece un pronóstico más ajustado, sino que podrá anticipar tratamientos específicos o complicaciones asociadas a la enfermedad de origen.

Es uno de los trastornos que requiere de un mayor número de actuaciones profesionales de diversos órdenes en todos los aspectos de la intervención, como ha sido señalado,^{5,6} representa un ejemplo de acercamiento interdisciplinario y de avanzada en la búsqueda de servicios (educativos, médicos, psicológicos). Esta necesidad de establecer intervenciones desde diferentes y variados ámbitos y disciplinas para configurar el marco global de atención a este tipo de pacientes, supone un gran compromiso para los profesionales de la salud mental, y es en la APS donde pueden ejercerse acciones muy específicas con estos pacientes y sus familiares, de ahí su importancia.¹

Como ha sido señalado, es imprescindible actuar sobre los recursos, equipamientos y el grado de especialización de los profesionales implicados en la atención a estos pacientes, sin obviar a las familias, que constituyen el verdadero soporte asistencial de éstos.⁷ Igualmente el asesoramiento genético que debe brindarse a estas familias resulta de vital importancia en este sentido.⁸

Como pudo observarse en los resultados, fueron encontrados factores de riesgo como antecedentes importantes en muchas pacientes, como es el caso del alcoholismo, cuyo efecto sobre esta entidad está demostrado.⁹ La importancia que tiene la transmisión hereditaria en esta entidad, hace que deba ponerse énfasis en fortalecer el equipo de genética en las áreas de salud, así como el programa de riesgo preconcepcional en aquellas mujeres con antecedentes de niños con RM.

Por último creemos que el estudio y control que se haga en cada área de salud y en cada consultorio sobre esta entidad, permitirá mejorar la atención y la calidad de vida de estos pacientes y sus familiares. En nuestro estudio podemos concluir que la población más afectada fue el grupo de 10 a 14 años con un predominio del sexo masculino; encontramos además un 34,02 % con antecedentes familiares de RM y las enfermedades más frecuentemente asociadas al embarazo fueron las infecciones, la desnutrición y/o anemia.

Los eventos del periparto, como son el parto pretérmino, el instrumentado y la cesárea mostraron indicadores por encima de los aceptados por el programa materno infantil; de igual manera se comportaron el bajo peso, el *apgar* bajo y los signos de hipoxia.

En la muestra estudiada hubo un predominio de los *ligeros* y *moderados*, y los antecedentes perinatales se presentaron como causa de RM en un 29,5 %, seguido de los postnatales en un 19,3 %. Se demostró además que existieron antecedentes de enfermedades graves e ingresos hospitalarios en el 34,4 % de los casos por diferentes causas, entre las que se destacan las infecciones.

SUMMARY

Mental retardation and quality of life

A descriptive cross-sectional study was conducted among all the children aged 0-14 that were diagnosed some degree of mental retardation in Playa municipality, in 2001. We found a total of 244 mentally retarded in that age group, accounting for 21.2 %. The

perinatal history was presented as a cause of mental retardation in 29.5 %. Infections, malnutrition and/or anemia were among the diseases most frequently associated with pregnancy. The events of the neonatal period related to mental retardation, such as preterm delivery, instrumented delivery and cesarean section, showed indicators above the accepted by the maternal and children's program. Low birth weight, low apgar score and hypoxia signs behaved in the same way. In 34.4 % of the cases there was history of severe diseases and admissions due to different causes, among which infections stood out.

Key words: Mental retardation, disability, intellectual déficit, adaptative activity, medicosocial problem.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fernández Jaen A, Calleja-Pérez B. Retraso mental desde la atención primaria. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2002; 39(4): 141-6.
2. Gestal Otero JJ. Minusvalías físicas, mentales y sensoriales. En: Piédrola Gil G eds. *Medicina Preventiva y Salud Pública*, 8ª ed. Barcelona: Salvat, 1988.p. 805-33.
3. Colectivo de autores. *Introducción a la Medicina General Integral. Tema XI: Medicina general integral. Evolución histórica y concepto de medicina general integral.* La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001: 123-7.
4. Ojembarrena ME, Fdez de Pinedo MR, Gorostiza GE, Lafuente MP, Lizarraga AMA. Fracaso escolar en adolescentes y factores sanitarios asociados. *An Pediat.* 2002; 56(5): 416-24.
5. Aicardi J. Mental retardation. In: Aicardi J, editor. *Diseases of the nervous system in childhood.* London: McKeith Press; 1998. p. 822-7.
6. Hagberg B, Kyllerman M. Epidemiology of mental retardation; a Swedish survey. *Brain Dev.* 2000;183(5):441-9.
7. Millán Calenti JC, Meleiro L, Quintana MJ, López Rey P, Vázquez de la Parra A, López Sanda. Discapacidad intelectual y envejecimiento: un nuevo reto para el siglo XXI. *Ger Gerontol.* 2003; 38(5): 266-74.
8. Lao JI. Acercamiento diagnóstico y asesoramiento genético en el retraso mental. *Rev Neurol.* 2001;33:1S-6S
9. Aros Aránguiz S. Síndrome alcohol fetal. *Rev Méd Santiago (RMS).* 2000; 3(11): 21.

Recibido: 5 de mayo de 2005. Aprobado: 9 de septiembre de 2005.

Dr. *José Israel López.* Calle 45 a No. 5215, entre 52 y 54, municipio Playa, Ciudad de La Habana, Cuba.

¹Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesor Asistente. Activista Municipal de Ginecología y Obstetricia.

²Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Policlínico Docente "28 de Enero", municipio Playa.

³Especialista de II Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesor Auxiliar del Policlínico Universitario "26 de Julio", municipio Playa.