

## RETRASO MENTAL

Las definiciones acerca del retraso mental se refieren al funcionamiento intelectual por debajo de un CI de 70 de acuerdo con los puntajes que se obtienen en una población general y que se traduce en déficits cognoscitivos y comportamentales.

Pirozzolo (1985), le cataloga como un funcionamiento intelectual por debajo del promedio de la población, que se manifiesta durante el período del desarrollo (hasta antes de 18 años) y que asocia con desadaptación en el comportamiento social.

El CIE-10 le conceptúa como un trastorno definido por la presencia de un desarrollo mental incompleto o detenido, caracterizado principalmente por el deterioro de las funciones concretadas de cada época de desarrollo y que contribuyen al nivel global de la inteligencia, tales como las funciones cognoscitivas, las del lenguaje, las motrices y la socialización. Las características del retardo mental hacen referencia, más que en una enfermedad a una serie de trastornos cognoscitivos globales y conductuales que afectan generalmente a la adaptación general del sujeto a su medio, le limitan en las adquisiciones académicas y en los requerimientos laborales complejos. Comparado con el niño normal es factible encontrar diferencias señaladas tanto en el proceso del desarrollo como en las manifestaciones cualitativas de sus funciones. Así, el desarrollo psicomotriz y del lenguaje, es lento y torpe manteniendo características correspondientes a niños de menor edad. Se aprecian defectos atencionales, amnésicos, sensoriales, adaptativos y comportamentales que son variados de acuerdo con el nivel en el que se encuentran o a la etiología del trastorno. A parte de estas diferencias cualitativas, para su clasificación se han tomado criterios cuantitativos que miden los déficits cognitivos correspondientes a la dimensión intelectual y escolar comportamentales que evalúan las dificultades adaptativas en la dimensión conductual juzgando el grado en que el sujeto puede responder satisfactoriamente ante las demandas culturales y sociales. Usualmente son mayormente empleados las pruebas de inteligencia como indicadores y previsores de la capacidad del individuo. Las más usadas en nuestro medio son las de Weschler para niños, Binet-Terman, Terman-Merrill, Gessel, entre otras.

De acuerdo con los puntajes, se obtienen las siguientes categorías:

<b>ENTIDAD</b>	<b>CI</b>
<b>F70 RML</b>	50-55 a 69-70
<b>F71 RMM</b>	35-40 a 50-55
<b>F72 RMS</b>	20-25 a 35-40
<b>F73 RMP</b>	<20-25>
<b>F74 RMG</b>	Inespecificado
<b>F78 RM sin esp.</b>	

La etiología del retraso mental es múltiple. Al respecto, Ardila y Roselli (1992), se refiere a dos tipos de factores etiológicos, el cultural y el orgánico. El primero es una consecuencia de factores sociales y familiares constituyendo el 75% de los casos de retardo. El orgánico es secundario a factores accidentales de tipo cromosómico, infeccioso, metabólico, trauma prenatal y se asocia con características defectuosas de tipo físico y motriz.

Los mismos autores agrupan las etologías más importantes del siguiente modo:

**Patología Prenatal:** Relacionado con alteraciones del desarrollo intrauterino que generan anomalías morfo genéticas (alteraciones histológicas sin cambios evidentes de la configuración cerebral) y malformación morfoquinéticas con alteraciones claras de la configuración cerebral que produce por ejemplo: hidrocefalia, licencefalia y agenesia de cuerpo caloso y del lóbulo temporal.

**Patología Perinatal:** Tienen que ver con traumas cerebrales durante el parto por hipoxia, hipoglucemia o trauma perinatal son conocidas como parálisis cerebral. Este trastorno presenta alteraciones motoras del tipo cuadripléjico, diplejico, hemipléjico, atáxico y disquinésico. No siempre existe una relación directa entre los defectos motores y los trastornos motores (o lo contrario) y en otras ocasiones se presentan juntos. La causa más frecuente de parálisis cerebral es la hipoxia cerebral que produce daños de los ganglios basales de tipo difuso, siendo selectivamente alteradas las células piramidales del hipocampo, cerebelo, ganglios subcorticales y las capas profundas de la corteza.

**Patología Metabólica:** El trastorno más frecuente de este tipo es la fenilcetonuria caracterizada por niveles altos de ácido fenilpirúvico que se asocia con la incapacidad para metabolizar la fenilalanina, defecto transmitido con forma autosómica. Detectada a tiempo puede ser tratada con resultados positivos antes de los 6 meses. Otras alteraciones cognitivas pueden ser causadas por deficiencias de tiamina, yodo, niacina y déficit nutricionales.

**Patología Infecciosa:** Asociada con meningitis, abscesos, virus. La más frecuente es la rubeola que usualmente produce retardo mental asociado con ceguera, sordera, malformaciones físicas y trastornos en el lenguaje.

**Patología Tóxica:** Como la intoxicación con plomo.

**Patología Cromosómica:** Son más frecuentes los trastornos asociados a la herencia poligenética debido a la combinación defectuosa de genes que constituyen el 75% de los casos de retardo mental, antes que los desórdenes cromosómicos. En este tipo de patología el síndrome de Down es el más frecuente. La trisomía del cromosoma 21 es la causa del trastorno denotando características de retraso mental, hipotonía, pliegue simiano en la mano, pliegue epicántico ocular y retraso en el desarrollo físico. No son usuales los trastornos de conducta, caracterizándose los sujetos más bien por ser colaboradores y afectuosos.

Tienden a presentar un envejecimiento prematuro y extremadamente los cambios cerebrales corticales son parecidos a los que presentan los pacientes con demencia de Alzheimer.

**Epilepsia:** La epilepsia suele asociarse aproximadamente con un 25% de niños portadores de retraso mental. Por otro lado, los niños que poseen epilepsia heredada suelen presentarse con capacidades intelectivas disminuidas a lo que se agregan que, las constantes crisis convulsiones por la TCE secuenciales y la hipoxia repetida, van produciendo efectos de deterioro.

## CARACTERÍSTICAS Y DESARROLLO DE LOS RETRASOS MENTALES

Grado de Retraso Mental	Maduración y Desarrollo Preescolar (0-5 años)	Entrenamiento y educación Escolar (0-20 años)	Adecuación Social y Vocacional Adulta (a partir de 21 años)
<b>PROFUNDO</b>	Aquí hay una mínima capacidad de funcionamiento en las áreas sensorias motoras, donde necesita cuidados asistenciales; se precisa supervisión y ayuda constante.	Existe algún desarrollo motor puede responder al entrenamiento mínimo y limitado en la ayuda de sí mismo	Cierto desarrollo motor y lingüístico puede conseguir cuidados de sí mismo muy limitados; necesita cuidados asistenciales.
<b>GRAVE</b>	Bajo desarrollo motor, lenguaje mínimo generalmente incapaz de beneficiarse del entrenamiento en la ayuda a sí mismo, nulas o escasas facultades de comunicación.	Puede hablar o comunicarse, puede ser entrenado en áreas sanitarias elementales, se beneficia del entrenamiento sistemático de los hábitos, es incapaz de beneficiarse de entrenamiento profesional.	Pueden contribuir parcialmente o mantenerse así mismo bajo supervisión completa; puede desarrollar protección de sí mismo hasta un nivel de utilidad mínimo en un ambiente controlado.
<b>MODERADO</b>	Puede hablar o comunicarse bajo conciencia social, desarrollo motor bueno, se benefician del entrenamiento en la ayuda a sí mismo, puede ser manejado por supervisión moderada.	Puede sacar provecho del tratamiento en habilidades sociales y ocupacionales y probable que progrese por encima del segundo nivel en materias académicas puede aprender a manejar solo en lugares familiares.	Puede conseguir mantenerse a sí mismo en trabajos cualificados o semicualificados en condiciones relativa, protección. Necesita supervisión y guía cuando su enfrente a tensiones económico o sociales ligeras.
<b>LEVE</b>	Puede desarrollar habilidades sociales y educación con mínimo retraso en las áreas sensiomotor, a menudo no es distinguible de las personas normales hasta una edad avanzada	Puede aprender materias académicas hasta aproximadamente el 6to grado hasta el final de la 2da década, puede ser guiado a conseguir la conformidad social.	Habitualmente puede conseguir habilidades sociales y vocacionales adecuadas a una autoayuda mínima pero puede necesitar asesoramiento cuando se encuentra en situaciones de tensión social o económicas inhabituales.

## **AUTISMO INFANTIL**

Catalogado en las clasificaciones psiquiátricas como trastorno generalizado del desarrollo, es un síndrome definido por la ausencia de respuestas sociales, acompañado por alteraciones profundas del lenguaje y en las habilidades para la comunicación. Los conocimientos comportamentales suelen ser respuestas estereotipadas, incapacidad para medir el peligro, aislamiento social y resistencia al cambio. Existe una alta incidencia asociativa entre el retardo mental y el autismo infantil aunque pueden apreciarse determinadas características que las diferencian. En ocasiones algunos autistas evolucionan favorablemente en la adolescencia y la adultez contrariamente a lo que sucede en el retardo mental que siempre se estanca en su desarrollo. Las diferencias notables son las observadas en el lenguaje, lo que se evidencia en la disociación entre los puntajes verbales y no verbales obtenidos en las pruebas de inteligencia resueltas por niños autistas, hecho que no sucede en el retardo mental.

En los autistas, los puntajes verbales son generalmente muy disminuidos con relación a los no verbales. Las etapas del desarrollo del lenguaje del niño autista no siguen el patrón normal, observándose profundas regresivas en su curso. Existen incoherencias entre la forma gramatical y el contenido semántico del lenguaje.

Algunos autores como Kinsbourne (1989), han surgido problemas de lateralización con predominio del hemisferio derecho, lo cual se refuerza por la mayor frecuencia de zurdos o ambidextros entre los niños autistas. Al sobreestimarse el hemisferio derecho, se inhibirá el izquierdo, causando los problemas definidos en el área del lenguaje.

### **DIAGNOSTICO DEL DESARROLLO DEL TIPO AUTISTA**

- Giro sobre sí mismo por largos periodos
- No atiende a estímulos sociales o del ambiente
- Invierte pronombre (habla en 3era persona)
- Su lenguaje es atonal y arrítmico
- Se balancea por largos períodos
- Agitado, movimientos bruscos, giros y pasos en punta de pie.
- Columpiándose, golpeando, etc.
- Evita contacto con los ojos.
- Se resiste a ser tocado.
- No desarrollan amistades.
- Se cubren los oídos de cualquier ruido
- No juegan apropiadamente
- Mira a través de las personas
- Repite frases
- Rituales complicados
- Mira fijamente al espacio por largos periodos.

## **SINDROME DE RETT**

- Pérdida de los movimientos intencionales de las manos
- Estereotipias consiste en retorcerse las manos e hiperventilación
- El desarrollo social y lenguaje se detiene entre el 1er y 3er año pero el interés social suele mantenerse.

## **ASPERGER**

- Difiere del autismo porque no hay déficit o retraso del lenguaje o del desarrollo cognoscitivo, la mayoría de los afectados son de inteligencia normal pero pueden ser marcadamente torpes desde el punto motor y esto más se da en los hombres que en las mujeres con una diferencia de 1 a 8.