

Caracterización clínica de niños con Retraso Mental. Área centro del municipio Guantánamo. Diciembre 2011.

Clinical characterization of children with mental retardation. Guantanamo center area of the municipality. December 2011.

Autores: Dra. Yudismelkis Sánchez Abrines ¹, Dra. Melkys Sánchez Abrines ² y Est. Fidel Sánchez García ³.

Cargo: Especialista de I Grado en Logopedia y Foniatría. Master en Atención Integral al Niño¹, Especialista de I Grado en Genética Clínica. Profesor Instructor ² y Estudiante de 4to año de la Carrera de Medicina ³.

Resumen.

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con el objetivo de determinar las características clínicas de niños con retraso mental del área centro del municipio Guantánamo durante el año 2011, a partir de la caracterización de algunas variables presentes en los casos estudiados. La población estuvo integrada por 152 familias que conviven con niños con retraso mental. De este universo se seleccionó por muestreo aleatorio simple a 46 pacientes. La muestra se caracterizó por un predominio del sexo masculino, el grupo etario de 0 a 4 años fue el de menor número de pacientes, predominó la etiología perinatal y retraso mental ligero.

Palabras claves: retraso mental.

Abstract.

We performed a cross sectional study in order to determine the clinical characteristics of children with mental retardation center area of the municipality Guantanamo in 2011, from the characterization of some variables in the cases studied. The population consisted of 152 families living with children with mental retardation. This universe was selected by simple random sampling in 46 patients. The sample was characterized by a predominance of males; the age group 0 to 4 years had the lowest number of patients, the prevailing perinatal etiology and mild mental retardation.

Keywords: mental retardation.

Introducción.

La prevalencia precisa del retraso mental (RM) no se conoce, pero la Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que en las poblaciones industrializadas afecta aproximadamente al 3% de la población. Se presenta en personas de todas las razas y etnicidades. La cual, además de la afectación que produce en el paciente, puede producir distintos grados de afectación en la familia, así como al grupo social al que pertenece. El estudio psicopedagógico, social y clínico-genético de las personas con retraso mental realizado en Cuba durante los años 2001 al 2003 arrojó 140 489 personas con esta discapacidad, lo que representa 1,25 de cada 100 habitantes de la población del país.

Esto significa que hay una persona con retraso mental por cada 80 habitantes para todas las edades. Guantánamo se encuentra entre las provincias que presentan un mayor índice de personas con esta entidad, con una tasa de 1,65 por cada 100 habitantes. Cuatro de sus municipios se encuentran entre los diez con tasas más elevadas a nivel nacional y que oscilan entre 3,42 y 2,12, ellos son: Caimanera (3,42), Manuel Tames (2,21), Imías (2,18) y Yateras con 2,29. De esta investigación se recogió como dato interesante las oportunidades de atención que para estos grupos ofrece el Ministerio de Salud Pública en sus consultas de Atención Temprana, que aún son insuficientes en Cuba.

Resultaron también insuficientes el acceso y la atención que le ofrecen distintos servicios en la comunidad, muy en particular los de rehabilitación. Entre las provincias de las que se recogen mayor necesidad en las diferentes modalidades de atención se destacan Holguín, seguida de Granma y Guantánamo en tercer lugar. Durante el primer semestre del año en curso, existían en la provincia Guantánamo un total de 9842 personas con retraso mental y de ellos un total de 2923 niños. Unos 3258 del total de la provincia, pertenecen al municipio Guantánamo de estos 371 son niños, el área centro con un total de 451 adultos y 152 niños ocupa un lugar importante, datos obtenidos por la autora gracias a la colaboración del Centro Provincial de Genética y Defectología Provincial.

El retraso mental constituye la causa más importante de retraso del lenguaje por lo que la asistencia de pacientes con esta entidad diagnostica a la consulta de logopedia foniatría es notoria, lo que la convierte en un problema de salud. Esta situación motivó a la autora a realizar esta investigación considerando como: Problema científico: ¿Cómo incrementar los conocimientos de los padres y médicos de niños del área centro sobre retraso mental?, objeto de estudio: las características clínicas de los niños con retraso mental del área centro del municipio Guantánamo. Objetivo: determinar las variables que caracterizan la muestra estudiada.

Caracterización clínico-epidemiológica de los niños con retraso mental

A través de la historia de la humanidad, el retraso mental ha sido una de las causas más frecuentes de limitación funcional en la población infantil. Conocer las características de su comportamiento, su distribución geográfica, los factores etiológicos, y la tendencia de su incidencia es un reto para cualquier sistema de salud. El retraso mental no es una enfermedad, es un estado de discapacidad que se reconoce en el comportamiento de la persona y cuyas causas pueden ser múltiples, como múltiples son las disciplinas que tratan de explicarlo. No obstante, el último concepto propuesto por la Asociación Americana del

Retraso Mental (AAMR) en 1992, define que el RM se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, que tiene lugar junto a otras limitaciones asociadas en dos o más de las siguientes áreas de habilidades adaptativas posibles: comunicación, cuidado personal, vida en el hogar, habilidades sociales, autogobierno, salud, seguridad, habilidades académicas funcionales, ocio y trabajo, algo que no es posible evaluar en niños menores de 3 o incluso de 5 años. Para estos casos se habla hoy día de retraso global del desarrollo (RGD) pues en ellos no se aplican pruebas para medir Coeficiente Intelectual (CI) aunque se les hace una evaluación clínica detallada que permite hacer el diagnóstico de retraso global del desarrollo.

La clasificación estándar de los trastornos mentales más utilizada para el diagnóstico del RM en los EUA es la propuesta por el DSM, publicado por la American Psychiatric Association, donde se clasifica la gravedad del retraso mental basándose en puntuaciones de CI. En la etiología del R M intervienen muchos factores de índole biológico y ambiental que pueden ejercer su influencia deletérea desde la etapa prenatal, pasando la perinatal, postnatal hasta que se llega a la edad adulta. El 30% de los que, con mayor probabilidad, se encuentran entre los de causa prenatal parece ser de origen genético (cromosómico, monogénico y multifactorial) y un 15% de origen ambiental. El resto de casos (más del 50%) presenta una etiología desconocida.

Como se puede apreciar, aunque la etiología del retraso mental responde a factores genéticos o ambientales, definir cada uno de ellos es a veces muy difícil, ya que si bien las primeras son siempre de origen prenatal, las segundas pueden estar presentes tanto en etapas prenatales, como perinatales y postnatales. Cuando los factores ambientales actúan en etapas muy tempranas del desarrollo embrionario (prenatal) los defectos malformativos resultan verdaderas fenocopias de defectos genéticos (simulan síndromes genéticos). Esto explica que para abordar los factores causales del retraso mental se realice una clasificación atendiendo a los momentos en que pudo haber ocurrido el fenómeno que trajo como consecuencia esta discapacidad. Esta clasificación fue propuesta por Gustavson en 1977, quien hizo la siguiente clasificación.

1. Factores prenatales: Cuando el retraso mental se acompaña de 3 o más defectos congénitos menores, malformaciones congénitas, bajo peso para la edad gestacional, antecedentes maternos de agentes biológicos, físicos, o químicos de conocido efecto teratogénico, enfermedades maternas conocidas (endocrino metabólicas, HTA u otras que puedan repercutir en la salud fetal), antecedentes familiares de consanguinidad o familiares de primer grado con retraso mental. Estos pueden ser de **etiología genética**: Diagnóstico de Síndromes Genéticos conocidos que se expresan con retraso mental tanto monogénicas como cromosómico o multifactorial. **Etiología ambiental**: Ausencia de etiología genética y antecedentes maternos de teratógeno que expresan retraso mental. **Inespecífico**: Cuando no se pudo identificar la etiología genética o ambiental en los casos con evidencia de factor causal prenatal del retraso mental.

2. Factores perinatales: Cuando en ausencia de las manifestaciones o antecedentes anteriores, existan evidencias de asfixia, hematomas cefálicos, traumas u otros fenómenos relacionados con el parto y hasta los 7 días de vida.

3. Factores postnatales: Cuando en ausencia de los antecedentes anteriores existieran evidencias de fenómenos ambientales que dejaran secuelas en el funcionamiento del Sistema Nervioso Central. Además, en la clasificación se incluyó:

- Psicosis infantil: Fundamentalmente el autismo infantil primario por diagnóstico psiquiátrico y se agregó el concepto de:
- Inclasificable: Cuando en ausencia de todos los posibles factores causales anteriores no existiera evidencias etiológicas de Retraso Mental.

En esta calificación se agrupan generalmente los retrasados mentales moderados y sobre todo, los graves y profundos. El RM ligero, en su gran mayoría, pertenece a otra categoría; los factores biológicos, aunque presentes, no son tan evidentes y en ocasiones faltan o no son reconocidos, apareciendo determinados en su gran mayoría por factores socioculturales, a los que se ha llamado privación ambiental subcultural. También hay una gran tendencia a presentarse en familias y en ocasiones se les llama por algunos autores RM familiar. Muchas enfermedades muestran agrupación por familia sin que conformen ningún patrón reconocido de herencia mendeliana. Así, es posible que muchos factores, tanto genéticos como ambientales, estén implicados en la aparición de estas enfermedades, de las cuales se dice que muestran herencia multifactorial tal y como puede ocurrir en el RM, lo que no significa que los mecanismos genéticos subyacentes estén bien aclarados, pues de hecho no están planteándose una interacción entre factores ambientales y genéticos. Los niños con RM pueden presentar una sintomatología muy variada y muy dependiente del grado de profundidad del mismo, sin embargo hay aspectos del cuadro clínico que siempre están presentes y otros que se presentan frecuentemente asociadas en dependencia del RM. Los aspectos siempre presentes son la capacidad intelectual general por debajo del promedio y que se define como un cociente de inteligencia (C I) inferior a 70 puntos (obtenido mediante un test de inteligencia administrado de forma individual) y el déficit en la capacidad adaptativa. Dada que ninguna medida de inteligencia es infalible, la prueba de coeficiente de inteligencia posee un margen de error de 5 puntos entre el intervalo que va desde 65 a 75. Tratar el concepto de coeficiente de inteligencia es recomendable y supone incluir en la categoría de RM a las personas con coeficiente de inteligencia ligeramente mayor de 70 y con déficit significativo en la capacidad adaptativa. Se puede excluir del diagnóstico a las personas con un coeficiente de inteligencia ligeramente inferior a 70, si el juicio clínico considera que no existe un déficit relevante en el funcionamiento adaptativo. El cuadro clínico depende grandemente del grado de profundidad del trastorno y además de la etapa de la vida en la que se encuentra la persona, así tenemos cuatro niveles: ligero (CI de 50-55 a 70), moderado (CI de 35-40 a 50-55), severo (CI de 20-25 a 35-40) y profundo (CI menor de 20-25), no obstante para estudios epidemiológicos y etiológicos la Organización Mundial de la Salud (OMS) propone utilizar los niveles de ligero y severo.

Metodología desarrollada en la investigación

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal a partir de la caracterización de algunas variables socio demográficas presentes en los niños estudiados. El universo estuvo integrado por 152 familias que conviven con niños con retraso mental. Se seleccionó por muestreo

aleatorio simple a 46 niños muestra estudiada, se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de Inclusión: niños con retraso mental confirmado por el Centro Diagnóstico y de Orientación (CDO) de entre 0 y 7 años que viven con sus padres y la aceptación voluntaria de sus tutores para participar en la investigación y como criterios de exclusión: niños con retraso mental Internados y que no estén dentro del rango de edad en estudio, tutores que no acepten participar en la investigación. Las variables estudiadas relacionadas con los niños fueron: edad, sexo, grado y etiología del retraso mental. La obtención del dato primario se realizó por la autora y se obtuvo a través de la historia clínica, formulario y la encuesta, donde se analizaron las variables previamente operacionalizadas. Con la información recogida se creó una base de datos y se procesó utilizando el paquete estadístico SPSS versión 11.5. Los datos se procesaron en una computadora Pentium IV como procesador de texto se utilizó el Microsoft Word Office de Windows para el análisis de una base de datos creada en el programa Microsoft Excels. Los resultados se muestran en tablas de frecuencia, y se utilizó el análisis porcentual para cuantificar e ilustrar los datos empíricos obtenidos.

Análisis y discusión de los resultados.

En la tabla 1 la autora pudo observar que el grupo etario de 0-4 años es el de menor número de pacientes 13 para un 28%. Esto coincide con el estudio realizado en el 2003, en Guantánamo se encontraron solo 102 pacientes en este grupo, lo que también coincidió con las estadísticas nacionales reflejadas en el mismo trabajo para un total de 1751 en todo el país. El hecho de que exista un menor número de pacientes con retraso mental en edades tempranas de la vida es el resultado del nivel diagnóstico. Además los pacientes portadores de retraso mental ligero (grupo más numeroso), son diagnosticados cuando inician la vida escolar luego de los 5 años .Vale la pena destacar que los factores etiológicos de retraso mental son más evidentes en sus formas más severas y por tanto son más fáciles de diagnosticar en edades tempranas de la vida pero; son los menos frecuentes y aportan pocos casos pues muchas de las enfermedades de origen genético que presentan retraso mental, causan mortalidad antes de que el individuo llegue a la adultez o en los primeros años de vida.

Tabla I. Distribución de los pacientes según edad. Servicio Logopedia y Foniatría, área centro, municipio Guantánamo. 2011.

| Edad | No | % |
|--------------|-----------|-------------|
| 0 - 4 | 13 | 28% |
| 5 - 7 | 33 | 72% |
| Total | 46 | 100% |

Fuente: Planilla de vaciamiento.

En el período estudiado del total de 46 pacientes con el diagnóstico de retraso mental 27 pertenecen al sexo masculino para un 58% del total (tabla 2).

Tabla II. Distribución de los pacientes según sexo

| Sexo | No | % |
|--------------|-----------|-------------|
| M | 27 | 58% |
| F | 19 | 42% |
| Total | 46 | 100% |

Fuente: Planilla de vaciamiento.

Según la literatura médica, es coincidente con otros autores, estudios internacionales indican un mayor número de varones con retraso mental con una relación de 1,6 a 1,9 M: 1F. EL exceso de varones afectados por retraso mental, se observa en todos los estudios realizados en diferentes países, tanto poblacionales como en grupos de personas con esta discapacidad, lo que parece tener una explicación biológica y especialmente genética ya que se han descrito más de 200 mutaciones (genes afectados) localizadas en el cromosoma x transmitidas a través de mujeres portadoras quienes pueden tener el 50% de sus hijos varones afectados pudiera explicarse, entre otras causas, por la selectividad en cuanto al sexo de diversas afecciones genéticas. En la población general existen más varones afectados de retraso mental que mujeres, especialmente en el de rango medio a moderado (CI entre 35 y 70). Los resultados del estudio en Cuba durante el año 2003, arrojaron que en todas las provincias del país y para todos los grupos de edades, predominan los hombres (83455 para un 59.4%) con respecto a las mujeres (57034 para un 40.6%). La diferencia entre los sexos es menor en grupos de edades extremas (0-4 y 60 y mas). En la tabla 3 la autora aborda los factores causales del retraso mental. Aunque la etiología del retraso mental responde a factores genéticos o ambientales, definir cada uno de ellos es a veces muy difícil, ya que, si bien los primeros son siempre de origen prenatal, los segundos pueden estar presentes tanto en las etapas prenatales, perinatales y posnatales, por tanto la clasificación se realizó en dependencia del momento en que se produjo el fenómeno que originó esta discapacidad se sumó el autismo con RM y los que aún no tienen un diagnóstico definido o inclasificables. En el estudio realizado se pudo constatar que predominaron los niños con retraso mental de causa perinatal, de origen ambiental fundamentalmente, el 48% de la muestra estudiada, lo que se corresponde con la prevalencia de este fenómeno en nuestro país, que es de un 0.2%, más del doble de los nacimientos con síndrome de Down. La prevención del nacimiento de un bebé con esta patología es mucho más costosa que lo que habría que hacer para disminuir los factores perinatales como causa del retraso mental.

Tabla III. Distribución de los pacientes según los factores causales o etiología.

| Etiología | No | % |
|-----------|----|-----|
| Prenatal | 12 | 26% |
| Perinatal | 22 | 48% |
| Postnatal | 9 | 20% |

| | | |
|----------------|-----------|-------------|
| Autismo | 0 | - |
| Inclasificable | 3 | 6% |
| total | 46 | 100% |

Fuente: Planilla de vaciamiento.

La prevención de daños perinatales ambientales, fundamentalmente, como la hipoxia, el nacimiento pretérmino, y los traumas perinatales, se puede realizar aplicando medidas de control relativamente sencillo y de bajo costo en los niveles primarios y secundarios de salud, lo que disminuiría notablemente la frecuencia de retraso mental en el país y defendería la calidad de vida del individuo. La inteligencia, es uno de los ejemplos de rasgos que pueden ser cuantificados y que tienen una gradación continua que depende de varios genes, aún no definidos, cuya expresión puede modificarse por la acción de factores ambientales en beneficio o en detrimento. En relación con el grado de retraso mental teniendo en cuenta los niños a los que se les aplicó el Test de WISC, la autora constató que existe un predominio del retraso mental ligero, seguido de retraso mental moderado (tabla4), lo que se asemeja con el comportamiento en todas las provincias del país en donde existe el predominio del nivel ligero para un 56.55%, seguido por el moderado para un 26.02%. Ambos constituyen el 82.57% de los casos estudiados. Informes internacionales reflejan frecuencias coincidentes, en los EUA la prevalencia del RM grave o severo es muy inferior a la del leve (0,4% frente al 2,5-3%). En el RM ligero o leve, los condicionantes familiares, socioculturales y biomédicos resultan mucho más frecuentes.

Tabla IV Distribución de los pacientes a los que se les aplicó test de WISC, según CI.

| Grado de CI | No |
|-------------|----|
| Ligero | 10 |
| Moderado | 8 |
| Severo | 6 |
| Profundo | 6 |

Fuente: Planilla de vaciamiento.

Es en los grados de ligero y moderado donde existen mayores potencialidades para el desarrollo de habilidades cognitivas, laborales y de integración a la vida social, se puede inferir la importancia que tienen los factores sociales tales como el nivel educacional y cultural de la familia, que determinan el grado de estimulación de estos niños en el hogar, las familias subculturalizadas, , no están bien informadas en relación con el estado de sus hijos y posibles alternativas terapéuticas antes de su ingreso a instituciones educativas.

Conclusiones.

La muestra seleccionada se caracterizó por un predominio del sexo masculino, el menor número de pacientes perteneció al grupo etario de 0 a 4 años, predominó la etiología perinatal y el retraso mental ligero.

Bibliografía.

- Artigas-Pallarés J. (2003) Perfiles cognitivos de la inteligencia límite. *Fronteras del Retraso Mental. Rev Neurol*; 161-167p.
- Artigas-Pallarés, J. (2006). Tratamiento farmacológico del Retraso mental. *Rev. Neurol* 42 (1): 109 – 115p.
- Delgado, J. (2006). Fundamentos teóricos para la creación de un registro de pacientes diagnosticados de retraso mental de origen genético: Perspectiva desde la epidemiología y la salud pública. *Rev. Neurol*; 117 – 123p.
- Lantigua, C. A. (2001). *Epidemiología y caracterización genética y ambiental del Retraso Mental en individuos nacidos en el período 1977-1993*. Ciudad de La Habana: Centro Nacional de Genética Médica.
- Lantigua, A. (2004) *Defectos congénitos de origen genético y ambiental*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Martínez C. (2003) *Salud familiar*. La Habana. Editorial Científico Técnico.
- Martínez, F. (2006). Retraso mental inespecífico ligado al cromosoma X. *Rev Neurol* 42(1): 77 – 83p.
- Michel, W. (2008) *Estudio de la Personalidad*. México: Editora McGraw-Hill.
- Núñez H. (2006) *Psicología y salud*. C Habana Editora Ciencias Médicas.
- Ozonoff, S. (1999). *Cognitive impairment in neurofibromatosis type 1. Am J Med Genet [El deterioro cognitivo en la neurofibromatosis tipo 1. Am J Med Genet]*; 89: 45-52p.
- Ramos, J. (2006). Evaluación y diagnóstico del paciente con retraso mental de origen genético: protocolos estandarizados de evaluación clínica. *Rev Neurol*, 93 – 98p
- Sardiñas, N. (2001) *Fundamentos de neurología infantil*. Ciudad de La Habana: Científico técnica.
- Tejada, I. (2006). Retraso mental de Origen genético. Presentación de la Red Girmogen. *Rev Neurol*, 1 – 6p.
- Thompson and Thompson. (2004) *Genetics in Medicine*. España. Editorial Barcelona.

Fecha de recibido: 17 enero 2012
Fecha de aprobado: 21 marzo 2012