

# **CAPÍTULO I**

---

## **DISCAPACIDAD INTELECTUAL: ASPECTOS GENERALES**

### **UN RETO SOCIO-SANITARIO**

Es difícil encontrar en las disciplinas de la salud un caso parecido al del retraso mental. Se trata de una entidad frecuente, cuyas consecuencias se extienden a lo largo de todo el ciclo vital del sujeto y actualmente sin un tratamiento curativo, salvo en algunos casos excepcionales relacionados con problemas metabólicos. El retraso mental afecta aproximadamente al 1,5% de la población en los países con una economía consolidada, y su tasa se duplica en las regiones deprivadas del planeta. En más de la mitad de los casos se desconoce la causa del retraso mental, y esta proporción es mayor en países no desarrollados. Los costes sociosanitarios asociados a esta entidad son enormes, y otro tanto ocurre con la carga de dependencia para el propio sujeto y para sus allegados. De hecho, los estudios efectuados en Holanda y en el Reino Unido indican que el retraso mental, no solo lidera la tabla de clasificación de costes directos e indirectos de los trastornos mentales, sino también la del conjunto de todo el sistema sanitario. Por otro lado,

una parte del “exceso” de casos en el tercer mundo sería fácilmente corregible con medidas generales de tipo nutricional (aporte de yodo, hierro, etc.) y ambiental (disminución del contacto con plomo), así como por la implantación de medidas sanitarias elementales (prevención de enfermedades durante la gestación y el periodo perinatal, mejora de las condiciones del parto).

Sin embargo, las políticas de salud de los países desarrollados y los organismos internacionales relegan sistemáticamente el retraso mental a un segundo plano, cuando no lo ignoran por completo. Al establecer la lista de las 100 principales causas de discapacidad por enfermedad en el mundo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) no incluye el retraso mental. Muchos países carecen de políticas sanitarias sobre retraso mental, que es considerado un problema de los servicios sociales, infravalorando las necesidades asistenciales de este conjunto de población, compartimentando la asistencia entre diferentes administraciones y contraviniendo el más elemental principio de equidad, al negar recursos y servicios equiparables a los que dispone, por ejemplo, un paciente diabético. De hecho, no es infrecuente que los gestores sanitarios consideren que el retraso mental no es un problema sanitario, sino puramente social.

La carencia de recursos sanitarios se repite en lo que respecta a la investigación y a la formación sobre este tema. En España, un estudiante de cualquier disciplina de las ciencias de salud no puede adquirir un conocimiento integrado del problema, y concluirá su formación de pregrado sin el contacto mínimo imprescindible con estos trastornos. Tendemos a no ver lo que no conocemos o, al menos, a evitarlo. Así las cosas, no es de extrañar que el retraso mental, la principal causa de costes sanitarios, sea al mismo tiempo la que menos interés despierta entre los profesionales de salud. A esta paradoja contribuyen un amplio número de factores. Se trata de un problema poco atractivo desde el punto de vista curricular, crónico e “incurable”

(luego veremos que esto no siempre es así). En el escaso interés sobre el retraso mental influye una educación sanitaria que sigue aún centrada en la curación más que en la prevención, y de los tres niveles de ésta (prevención de la aparición de la enfermedad, del acortamiento de sus síntomas, y de la discapacidad asociada a sus secuelas), el último apenas recibe más que unos comentarios durante toda la formación médica. No debe pues resultar extraño que la mayoría de los médicos piense que el retraso mental es un problema social donde la medicina tiene poco que hacer, si exceptuamos los estudios genéticos y perinatales. Desde hace medio siglo, esta actitud de abandono ha afectado particularmente a la psiquiatría, que ha delegado una parte significativa del cuidado del retraso mental en manos de lo que ahora se engloba en la disciplina de la psicopedagogía. De hecho y salvo algunas excepciones como el Reino Unido, la formación en retraso mental ni siquiera aparece en el curriculum de la especialidad. Se trata de una tendencia mundial, que en los últimos años ha cambiado de sentido. A ello han contribuido sin duda los espectaculares avances acontecidos en el conocimiento del retraso mental a diferentes niveles (genética, atención temprana, evaluación psiquiátrica, psicofarmacología, intervención psicosocial), la presión de las asociaciones de familiares, y la progresiva conciencia de la auténtica dimensión del problema por parte de las autoridades sanitarias (cfr. informe MH-SIRG, 2000).

## **EL DIAGNÓSTICO DEL RETRASO MENTAL**

Aparentemente, la definición de retraso mental es sencilla, y presenta pocas variaciones entre los tres sistemas internacionalmente aceptados: la Clasificación Internacional de las Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10), la de la Asociación Psiquiátrica Americana en su manual DSM-IV, y la de la Asociación Americana de Retraso Mental (en inglés: AAMR). Se basa en tres criterios comunes:

- A. Nivel intelectual significativamente inferior a la media (inferior a 69-75 según los criterios).
- B. Capacidad de adquirir habilidades básicas para el funcionamiento y la supervivencia: Comunicación, Autocuidado, Vida en el Hogar, Habilidades Sociales, Uso de la Comunidad, Autodirección, Salud y Seguridad, Habilidades Académicas Funcionales, Ocio, y Trabajo.
- C. Inicio anterior a los 18 años.

En las tablas 1 y 2 se reflejan estos criterios con más detalle. Sin embargo, bajo este aparente acuerdo, se esconden enormes problemas conceptuales. En primer lugar, ¿qué nombre debemos utilizar: “retraso mental”, “minusvalía psíquica”, “discapacidad del aprendizaje”, “discapacidad intelectual”? Actualmente se tiende a considerar como “políticamente correcto” el último término. Sin embargo, el constante cambio de nombre no obedece a criterios terminológicos sino al estigma asociado al retraso mental. Como el estigma se asocia al problema y no a la denominación del mismo, los sucesivos nombres acaban por quedar impregnados del estigma y se hace necesario cambiarlos. La Asociación Europea de Salud Mental en el Retraso Mental (en inglés, AEMH-MR), ha adoptado la decisión de ceñirse al concepto tradicional, frente a otras organizaciones, que prefieren el término “discapacidad intelectual”.

**Tabla 1. Criterios de diagnóstico de retraso mental**

<p><b>Limitación sustancial</b> del funcionamiento actual caracterizado por:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Funcionamiento intelectual</b> significativamente inferior a la media, definida por el cociente de inteligencia (CI) obtenido por evaluación mediante uno o más tests de inteligencia, administrados individualmente. Una capacidad intelectual significativamente inferior al promedio se define como un CI situado por debajo de 70 puntos.</li> <li>2. <b>Limitaciones</b> relacionadas con lo anterior en al menos dos de las siguientes áreas: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comunicación</li> </ul> </li> </ol>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- Autocuidado
- Vida en el hogar
- Habilidades sociales
- Uso de la comunidad
- Autodirección
- Salud y seguridad
- Habilidades académicas funcionales
- Ocio
- Trabajo

### 3. Inicio antes de los 18 años

*Fuente: Asociación Americana de Retraso Mental (AAMR), 2002*

**Tabla 2. Clasificación del retraso mental según las clasificaciones de la Sociedad de Psiquiatría Americana (DSM-IV) y la Organización Mundial de la Salud (CIE-10)**

DSM-IV		CIE-10	
<b>1. RM ligero</b>	CI de 50-55 a 70	<b>1. RM ligero (Código F70)</b>	CI entre 50-69
85% de la población con retraso mental			
<b>2. RM moderado</b>	CI entre 35-40 y 50-55	<b>2. RM moderado (F71)</b>	CI entre 35-49
10% de la población con retraso mental			
<b>3. RM grave</b>	CI de 20-25 a 35-40	<b>3. RM grave (F72)</b>	CI entre 20-34
3-4% de la población con retraso mental			
<b>4. RM profundo</b>	CI por debajo de 20-25	<b>4. RM profundo (F73)</b>	CI inferior a 20
1-2% de la población con retraso mental			
<b>5. RM no especificado</b>	Existe una fuerte sospecha de retraso mental pero no puede ser detectado a través de las pruebas de inteligencia convencionales (p.ej., debido a un deterioro	<b>5. Otro RM (F78)</b>	La evaluación del grado de RM es difícil o imposible de establecer debido a déficits sensoriales o físicos,

importante)	trastornos graves del comportamiento o incapacidad física
	<b>6. RM sin especificación (F79)</b> Evidencia de RM pero sin información suficiente como para asignar al sujeto a una de las categorías anteriores

Fuente: Asociación Americana de Psiquiatría (APA), 1994, y Organización Mundial de la Salud (OMS).

Una segunda cuestión, más trascendente, atañe al propio significado de retraso mental. ¿Qué es el retraso mental: una enfermedad, un conjunto de enfermedades, o el déficit o discapacidad asociado a la enfermedad? En realidad el retraso mental es una agrupación de manifestaciones similar al concepto de demencia. Como ésta, incluye una amplia serie de enfermedades y trastornos de origen genético y ambiental, cuya característica común es un *déficit* de funciones cerebrales superiores de una intensidad tal como para producir una interferencia significativa en el funcionamiento normal del individuo. A diferencia de la demencia, los problemas intelectuales del retraso mental son previos al desarrollo madurativo y a la adquisición de habilidades mediante el aprendizaje; por lo que hablamos de “déficit” en lugar de “deterioro”. Utilizando un símil, podríamos decir que *“la persona que padece una demencia sería aquella que siendo rica se convierte en pobre, mientras que la persona con retraso mental sería el pobre que siempre ha sido pobre”*.

Si existen dificultades conceptuales en la definición de inteligencia, éstas son mayores al tratar de medir el “cociente intelectual” o CI. Este es sólo un índice numérico que pretende expresar el nivel inte-

lectual de una persona o de un grupo, por lo que no debe confundirse con el concepto de “inteligencia” en sí mismo. El CI relaciona la edad cronológica (EC) con la edad mental (EM), o grado de inteligencia del individuo en relación con su edad cronológica, proporcionando un índice del desarrollo intelectual del individuo comparado con el resto de personas de su misma edad. Este índice se calcula según la fórmula siguiente:

$$CI = (EM/EC) \times 100$$

Para su estimación se utilizan una serie de instrumentos. En adultos el test más difundido es la segunda versión de la Escala de Inteligencia para Adultos de Wechsler (WAIS-II), que permite clasificar a la población general en diversos grupos según su nivel de inteligencia (tabla 3).

**Tabla 3. Niveles del cociente intelectual según la escala WAIS**

CI	Clasificación	% de población
130 y más	<b>A</b> Muy superior	2,2
120-129	<b>B</b> Superior	6,7
110-119	<b>A</b> Normal-alto	16,1
90-109	<b>B</b> Medio	50,0
80-89	<b>C</b> Normal-bajo	16,1
70-79	<b>A</b> Inferior	6,7
69 y menos	<b>B</b> Deficiente mental	2,2

*Fuente: Escalas de Inteligencia de Wechsler (WAIS).*

Esta categorización ha sido abandonada por la Asociación Americana de Retraso Mental (AAMR) en su clasificación, pero, nos guste o no, sigue teniendo un indudable interés práctico para fijar necesidades de atención socio-sanitaria.

La utilización del cociente intelectual para fijar el punto de corte en el retraso mental ha sido criticada desde diversos punto de vista. Se

trata de un constructo teórico cuyo resultado (el CI), muestra una alta variabilidad entre diferentes culturas, una falta de estudios sobre su distribución real en muchas regiones del planeta, y una inestabilidad histórica que viene determinada por el aumento constante del nivel de CI en las poblaciones occidentales.

Pero como sabemos, el retraso mental no depende sólo del nivel intelectual ni de las habilidades de adaptación por separado, sino de ambos elementos. El concepto se refiere así, a una limitación importante en el funcionamiento de la persona - consecuencia de la interacción de las capacidades restringidas del individuo con el medio en el que vive-, no a las limitaciones de la persona en sí mismas.

Si bien las limitaciones en las habilidades de adaptación generales deben ser evaluadas en el contexto de las características propias del grupo de edad al que pertenece el afectado (por ejemplo, en el cálculo matemático, en aptitudes artísticas), a menudo coexisten con puntos fuertes en otras capacidades personales. De hecho, el funcionamiento de la persona con retraso mental puede mejorar significativamente con los apoyos apropiados durante un periodo continuado, tal como queda reflejado en el método de evaluación propuesto por la AAMR (tabla 4).

**Tabla 4. Diagnóstico, clasificación y sistemas de apoyo para el retraso mental según la Asociación Americana del Retraso Mental (AAMR).**

PRIMER PASO. Diagnóstico del retraso mental	
Dimensión I	Determinación de los requisitos para el apoyo. Se diagnostica retraso mental si: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. El funcionamiento intelectual es menor de CI 70-75.</li> <li>2. Existen discapacidades significativas en dos o más áreas de habilidades adaptativas</li> <li>3. Comienza antes de los 18 años</li> </ol>
SEGUNDO PASO. Clasificación y descripción	

<p>Dimensión II Dimensión III Dimensión IV</p>	<p>Identificación de las habilidades y carencias así como la necesidad de apoyos.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Descripción de las habilidades y carencias desde el punto de vista psicológico-emocional.</li> <li>2. Descripción de la salud física general e indicación de la etiología del retraso mental.</li> <li>3. Descripción del ambiente actual del individuo y del entorno óptimo que facilitaría su crecimiento y desarrollo.</li> </ol> <p><b>TERCER PASO. Perfil e intensidad de los apoyos necesarios</b></p> <p>Identificación de los apoyos requeridos para cada una de las cuatro dimensiones:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Intermitente:</b> apoyo ocasional en necesidades básicas (la persona no siempre necesita el apoyo o lo precisa en cortos períodos de tiempo, coincidiendo con acontecimientos vitales transitorios).</li> <li>2. <b>Limitado:</b> se caracteriza por una intensidad de apoyo consistente en el tiempo, limitada temporalmente pero no de naturaleza intermitente, que puede requerir poco personal y menor coste que los niveles más intensos de apoyo (p.ej., formación laboral durante unos meses o apoyo transitorio durante el período de escolarización).</li> <li>3. <b>Extenso:</b> apoyo regular (p.ej., diario) en al menos algunos entornos (tales como el trabajo o el hogar) y sin limitación temporal.</li> <li>4. <b>Completo:</b> apoyo constante y de alta intensidad, en todos los entornos del sujeto, involucrando a más personal y un mayor rango de intervenciones que los apoyos “extenso” y “limitado”.</li> </ol>
--------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

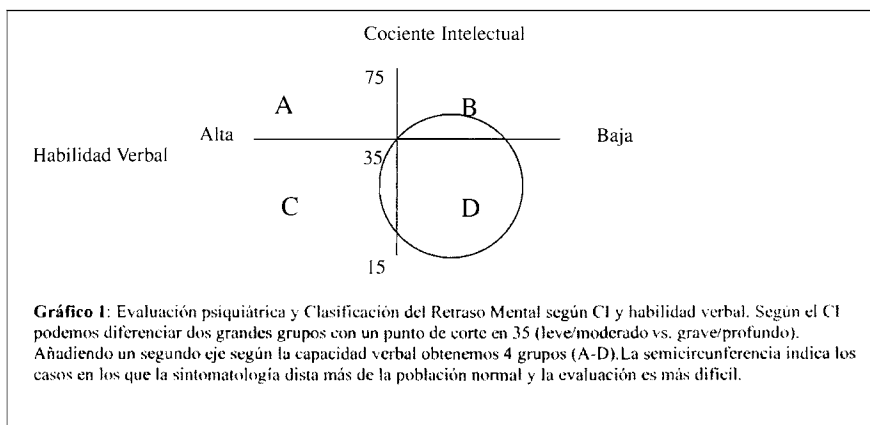
*Fuente: Asociación Americana del Retraso Mental (AAMR), 1992.*

La necesidad de incluir el “criterio C” (inicio antes de los 18 años) no hace sino reflejar el problema conceptual antes mencionado. Evidentemente, los déficits intelectuales asociados a retraso mental son anteriores a esa edad madurativa, pero también antes de dicha edad pueden producirse deterioros (como por ejemplo en la esquizofrenia o

en los traumatismos craneoencefálicos).

*Los problemas conceptuales del retraso mental no son una invitación para ignorarlo sino un reto para abordar con más interés este problema*

Esta división podría simplificarse utilizando dos grandes ejes: presencia/ausencia de habilidades verbales y CI superior/inferior a 35. Se trata de una clasificación no aceptada a nivel internacional, pero que puede resultar muy útil en la práctica clínica (Gráfico 1).



Las personas con CI superior a 35 y habilidades verbales (grupo A), presentan unas necesidades claramente diferenciadas con respecto a los otros subgrupos, pueden acceder a la integración mediante empleo, presentan menos problemas en la evaluación del estado mental y los problemas de salud mental son más parecidos a los de las personas sin discapacidad intelectual. El grupo “B” incluye personas con problemas de comunicación y CI leve/moderado. La entrevista con estas personas requiere del desarrollo de habilidades especiales por parte del entrevistador (por ejemplo, dominio de sistemas aumentativos y alternativos de comunicación), y/o la colaboración de un “intérprete” (generalmente

un familiar). La calidad de la información recabada en la entrevista es más reducida y ésta debe basarse más en la evaluación conductual. El grado de dificultad depende también de los déficits sensoriales asociados. De otra parte, el grupo D es el que más difiere de la evaluación convencional.

## **LAS CAUSAS DEL RETRASO MENTAL**

La definición anteriormente expuesta da una idea de la gran variedad de causas del retraso mental. Incluye tanto enfermedades genéticas, que van desde anomalías cromosómicas a alteraciones de un solo gen; como un amplísimo rango de enfermedades de origen ambiental como carencias nutricionales (por ejemplo, déficit de yodina, o intoxicación por plomo), traumas en el momento del parto, infecciones intrauterinas (por ejemplo, rubéola), o una deprivación social grave en la infancia. Por otro lado, las causas no genéticas varían significativamente de un país a otro, dependiendo de factores socio-políticos, económicos y culturales. En la tabla 5 aparece una breve descripción de algunas de las causas más significativas de retraso mental. Es importante tener en cuenta que muchos sujetos con retraso mental presentan alteraciones metabólicas, endocrinas (por ejemplo, hipotiroidismo) o neurológicas (epilepsia, demencia) que pueden confundirse con síntomas de enfermedades mentales. De igual modo, la aparición de enfermedades orgánicas concurrentes, como veremos más adelante, puede dar lugar a manifestaciones conductuales que se pueden atribuir erróneamente a un problema mental (por ejemplo, agitación psicomotora por dolor dental).

**Tabla 5. Causas del retraso mental y comportamientos asociados**

<b>Causas</b>	<b>Ejemplo</b>	<b>Rasgos clínicos y fenotipo comportamental</b>
<i>Trastornos metabólicos</i>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lípidos</li> <li>▪ Mucopolisacaridosis</li> <li>▪ Aminoácidos</li> <li>▪ Carbohidratos</li> <li>▪ Purinas</li> </ul>	<p>Enfermedad de Tay-Sachs</p> <p>Síndrome de Hurler</p> <p>Fenilectonuria</p> <p>Galactosemia</p> <p>Síndrome de Lesch-Nyhan</p>	<p>Retraso mental progresivo, parálisis, ceguera, muerte hacia los 3-4 años de edad</p> <p>Comienzo temprano, corta estatura, hirsutismo, cataratas, muerte generalmente antes de los 10 años de edad</p> <p>Ausencia de síntomas neonatales; más tarde, aparición de convulsiones, <i>hiperactividad</i>, erupciones cutáneas</p> <p>Vómitos en la primera infancia, ictericia, hepatomegalia, cataratas</p> <p>Ataxia, corea, fallo renal, <i>autolesiones</i>, gota</p>
<i>Otros trastornos genéticos</i>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Trastornos neurocutáneos</li> <li>▪ Alteraciones cromosómicas</li> <li>▪ Alteraciones de genes</li> </ul>	<p>Esclerosis tuberosa</p> <p>Síndrome de Down</p> <p>Síndrome de X frágil</p> <p>Síndrome de Prader-Willi</p> <p>Síndrome de Angelman</p> <p>Síndrome de Cornelia de Lange</p> <p>Síndrome de Williams</p>	<p>Epilepsia, <i>autismo</i>, <i>hiperactividad</i>, <i>impulsividad</i>, <i>agresividad</i>, retraso mental</p> <p>Hipotonía, fisura palpebral, nariz chata, <i>pasividad</i>, <i>dependencia</i>, <i>hiperactividad en la infancia</i>, <i>testarudez</i>, retraso mental entre ligero y grave</p> <p>Rostro alargado, orejas grandes, corta estatura, <i>macroorquidismo</i>, <i>hiperactividad</i>, <i>ansiedad</i>, <i>estereotipias</i>, retraso mental ligero en algunas mujeres, retraso mental de moderado a grave en hombres</p> <p>Hipotonía, polifagia y obesidad, pies y manos pequeños, <i>microorquidismo</i>, <i>conducta compulsiva</i>, retraso mental de ligero a moderado</p> <p><i>Temperamento alegre</i>, <i>risa paroxística</i>, <i>aleteo</i> y <i>palmoteo con manos y brazos</i>, epilepsia (90%), retraso mental profundo</p> <p><i>Microcefalia</i>, corta estatura, manos y pies pequeños, <i>autolesiones</i>, retraso mental grave-profundo</p> <p><i>Déficit de atención e hiperactividad</i>, <i>pobres relaciones sociales</i>, <i>locuacidad</i>, <i>ansiedad excesiva</i>, <i>trastornos del sueño</i>, corta estatura, <i>hipercalcemia</i>, <i>trastornos tiroideos</i></p>
<i>Trastornos adquiridos</i>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Infecciones intrauterinas</li> <li>▪ Sustancias tóxicas</li> <li>▪ Problemas tardíos en el embarazo</li> <li>▪ Problemas perinatales</li> <li>▪ Enfermedades adquiridas en la infancia</li> <li>▪ Traumatismo</li> <li>▪ Pobreza</li> <li>▪ Enfermedad mental de la madre</li> </ul>	<p>Rubeola, toxoplasmosis, sífilis</p> <p>Síndrome alcohólico fetal</p> <p>Metales pesados (plomo, mercurio)</p> <p>Anoxia en el parto, parto prematuro</p> <p>Encefalitis</p> <p>Malnutrición</p> <p>Deprivación afectiva</p> <p>Situaciones de abandono</p> <p>Falta de educación y estimulación</p>	<p>Pérdida sensorial (auditiva, visual, etc.), <i>hiperactividad</i>, retraso mental entre ligero y profundo</p> <p><i>Microcefalia</i>, corta estatura, retraso mental ligero, fisuras palpebrales</p> <p><i>Irritabilidad</i>, convulsiones, déficits sensoriales, <i>coroatetosis</i>, retraso mental entre ligero y profundo</p>
<i>Causas desconocidas (supone alrededor del 40% de los casos de retraso mental)</i>		

¡¡Las diferencias entre las personas con retraso mental son enormes!! Sin embargo, paradójicamente tendemos a adoptar una visión reduccionista de sus problemas. Solemos afirmar: “todas las personas con retraso mental son iguales”, cuando en realidad existe una diferencia biológica mucho mayor entre una persona con síndrome de Down y otra con síndrome de Prader Willi que entre cualquier grupo de adultos con CI normal.

La realidad es que en más de la mitad de los casos, especialmente en personas adultas, desconocemos las causas del retraso mental. ¡No deberíamos darnos por vencidos! Tal como nos recuerda la Asociación Mundial de Psiquiatría, disponer de información sobre qué condiciones han propiciado la discapacidad intelectual es muy importante por diversas razones:

- La necesidad de los padres, cuidadores e individuos de entender por qué se ha producido el retraso mental.
- El derecho básico del individuo y de la familia a conocer.
- El alivio de la incertidumbre con respecto a la causa de la discapacidad.
- El alivio de la culpa de que la familia y/o factores sociales hayan sido la causa del retraso mental, o del trastorno del desarrollo o de la perturbación de la conducta.
- La facilitación de la resolución del duelo.
- El enfoque hacia el futuro.
- La programación de estrategias dirigidas a las capacidades y a las necesidades individuales.
- El potencial para la identificación y pertenencia a un grupo de apoyo.
- La ampliación a la familia entera del consejo genético apropiado.

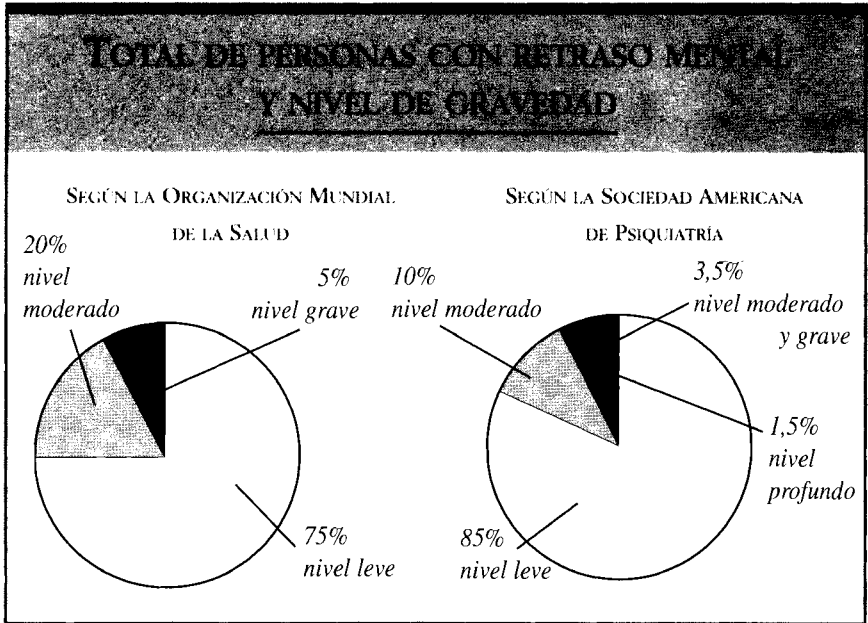
- Los riesgos para otros miembros de la familia de la condición recurrente en su descendencia.
- El posible tratamiento de condiciones específicas.
- La identificación y prevención de complicaciones.

## **EPIDEMIOLOGÍA DEL RETRASO MENTAL**

Ya hemos comentado que el número de casos de personas con retraso mental se sitúa alrededor del 1,5% de la población, pudiendo llegar al 4% en países no desarrollados, según estimaciones de la OMS (WHO, 1993). Dada su variabilidad interregional, los problemas en la medida del CI en países donde no se han adaptado adecuadamente los tests de inteligencia, y la dificultad existente en la medida de las habilidades o capacidades básicas de supervivencia, la fiabilidad de los datos disponibles sobre la tasa real de retraso mental en el mundo es, cuando menos, baja.

Especial atención merece el estudio efectuado a principios de los años 90 en la comarca de La Safor en la Comunidad Valenciana. Hasta la fecha, este es el estudio más relevante efectuado sobre retraso mental en nuestro país, aunque desafortunadamente se limita al análisis de población infanto-juvenil (0-14 años) y no efectúa una descripción pormenorizada de los sujetos con CI límite. Este estudio refiere una prevalencia de 13,97 casos de CI límite por mil habitantes, frente a un 14,10 por mil de sujetos con retraso mental. El reciente estudio del Instituto Nacional de Estadística y el IMSERSO señala para la población por debajo de 65 años, una tasa de retraso mental global del 0,45% (“madurativo”: 0,02; grave y profundo del 0,1; moderado 0,2 y leve y límite del 0,13). Estas tasas son inferiores a las reales y reflejan un sesgo por encuestas en núcleos familiares, sin valorar la población institucionalizada y en prisiones.

**Gráfico 2. Total de personas con retraso mental y nivel de gravedad.**



Fuente: Salvador, L. y Rodríguez, C. (1999). *Mentes en desventaja*

### *Género*

La prevalencia es manifiestamente superior en los varones en todos los niveles de retraso mental, presentando un cociente de 1,7 hombres por cada mujer afectada. Esta situación es debida a que un porcentaje importante de síndromes de causa genética que cursan con retraso mental van ligados al cromosoma X.

### *Edad*

Por grupos de edad, el diagnóstico de retraso mental es menos frecuente durante los primeros años de vida - antes de los 5 años-, aunque va aumentando a lo largo de la etapa escolar, en la medida en que se

demanda un mayor rendimiento intelectual, hasta alcanzar su cuota máxima entre los 14 y los 15 años. En la edad adulta, desciende alrededor del 1%.

### *Clase Social*

Los niveles de retraso mental grave y profundo se distribuyen uniformemente entre todos los estratos sociales, pero la forma leve, en la que influyen factores ambientales como la desnutrición (que afecta al desarrollo cerebral) y la deprivación afectiva o cultural (que afecta al desarrollo intelectual y emocional), es más frecuente en las clases bajas.