

ALGUNAS CONSIDERACIONES TEORICAS ASOCIADAS CON LA DEFICIENCIA MENTAL

Celedonio Castanedo S.*

Key Word Index; Child psychosocial development in hunger-prone urban areas, minusvalic children, social prejudice, premature adult behavior.

Resumen

Se presenta una visión de la problemática del desarrollo infantil neuropsicológico, intelectual, efectivo y social en niños procedentes de zonas urbanas de alto riesgo nutricional, trasciende las limitaciones económicas, para situarse en un contexto sociocultural más amplio. Inclúyense en este contexto las deficientes relaciones entre adultos, y de estos con los niños, las posiciones de minusvalía psicosocial, y la presencia de guiones o argumentos de vida que imponen pautas rígidas de conducta, no productivas e inhibitorias, que sumergen a las personas en sus fantasías, estereotipos y prejuicios. A los niños se les exige conductas prematuras de adulto, incongruentes con su realidad infantil, y se condicionan a sobrevivir en un ambiente hostil y adverso, produciéndose la minusvalía y demás problemática psicosocial estudiada. (Rev. Cost. Cienc. Méd. 1983;4(1):27-40).

Introducción

Se han desencadenado una serie de artículos en los periódicos, relacionados con la deficiencia mental (DM) o retardo mental (RM). Algunos de ellos tienen un carácter poco científico y que pueden conducir al lector a la creencia errónea que la deficiencia mental se “cura”. Es así como en La Nación del 3 de marzo de 1982 apareció un artículo con el título pomposo y engañoso de “Exitoso tratamiento del mongolismo en Alemania”, que enfoca el tratamiento con células frescas extraídas de los fetos de corderos y terneros como un descubrimiento reciente, cuando en realidad este tratamiento se conoce desde hace ya más de 50 años, como escribió días después el Dr. Mario Saborío Ruiz, en el mismo periódico, en respuesta muy acertada al artículo mencionado. Incluso en Costa Rica fue utilizado este tipo de tratamiento, por el fallecido Dr. Quesada Córdoba hace más de 20 años, tratamiento que consistía en inyectar “células vivas” de cerdos a niños con Síndrome de Down.

Para mucha gente el deficiente mental es percibido como un “desecho humano”, con patrones de conducta animal. Nada más lejos de la realidad. El deficiente mental, sea adulto o niño, es antes que nada un ser que pertenece a la especie *Homo Sapiens* que tiene los mismos sentimientos, necesidades, enfermedades, ansiedades y frustraciones que sus semejantes denominados “normales”. Es un ser que desea vivir, sentir, trabajar y amar, que desea establecer lazos de amistad, y recibir la aprobación y el afecto de los demás.

* Escuela de Psicología, Universidad de Costa Rica.
Instituto Nacional de Reeducción “Dr. Celedonio Castanedo”.

En otras palabras no es únicamente un cociente intelectual (CI) en el extremo inferior de una curva estadística, o un objeto en seguridad detrás de un frío muro institucional o encerrado en un cuarto en el hogar sin acceso alguno.

De otra parte tenemos que el don de la comunicación verbal o digital es único en el ser humano y lo ubica así en la cúspide de la escala filogenética. Desafortunadamente, la versatilidad con que manipula el hombre los símbolos lingüísticos da como resultado, frecuentemente, una ambigüedad y confusión general; en psicología el Meta-modelo de Bandler y Grinder (1) se dedica al estudio de estas distorsiones psico o socio lingüísticas que parten de la gramática transformacional de Noam Chomsky. Todo esto es también evidente con respecto al concepto de deficiencia mental. A pesar de que la deficiencia mental ha sido reconocida, en los escritos del hombre, desde hace ya más de 2000 años*, aún no se han desarrollado definiciones reconocidas universalmente. La ausencia de una definición adecuada depende, en gran parte, de la naturaleza altamente relativa y compleja de la DM. La deficiencia mental, haciendo caso omiso de su causa o forma, está determinada principalmente sobre la base de los niveles socio-culturales de una sociedad dada. Kanner (8), en 1943 ilustró claramente dicha relatividad:

I. Definiciones

Tal vez ningún otro campo ha sido tan extensamente investigado por diferentes disciplinas como la deficiencia mental** (18). Como compromiso se ha llegado a un acuerdo parcial en la definición, sin embargo, dado que existe al final desacuerdo, el resultado ha conducido a una explosión en la terminología y una proliferación en su interpretación. Todo ello ha proporcionado una gran confusión que se refleja en el diagnóstico, la evaluación de los tratamientos y los programas de entrenamiento vocacional y remedial del aprendizaje.

Los autores clásicos tendían a describir o asociar la deficiencia mental con términos negativos como "incompetencia social", "detención en el desarrollo", "causación de origen constitucional", e "inestabilidad". También fueron frecuentes el empleo de expresiones tales como "conducta criminal", "psicopatía", "degenerado" (13), para identificar al deficiente mental. Hoy en día, en general, las definiciones ponen el acento en el bajo rendimiento de las funciones cognitivas (inteligencia), en el desarrollo de la madurez social, y en la conducta adaptativa. Así, el concepto de subnormal es retenido, considerando la deficiencia mental como la representación de una inteligencia más baja que las normas y que aparece durante el período del desarrollo comprendido desde el nacimiento y los 18 años y estando además esta reflejada por una ejecución deficiente en la conducta adaptativa. Cabe indicar que como consecuencia de un accidente cerebral se puede adquirir una deficiencia aunque en este caso sería una lesión cerebral y no una deficiencia mental. En términos menos técnicos, el deficiente mental se desarrolla desde su infancia, con más lentitud que el promedio de los niños de su edad,

* El gran médico Hipócrates de Cos. (460—357 AC), contemporáneo de Sócrates, describió formas de deficiencia mental relacionadas con anormalidades craneales. Confucio (551—478 AC), menciona la responsabilidad que tiene el hombre frente a los débiles mentales. Platón distingue dos clases de "enfermedades del alma", la manía o locura y la amencia o ignorancia patológica, esta última enfermedad parece corresponder al retardo mental (10).

** Considerando únicamente los campos de la psicología y la educación, y dentro de ellos únicamente las tesis doctorales realizadas en los Estados Unidos, de 1917 a 1981, se ha producido la impresionante cifra de 2113. (18)

experimentando serias dificultades en áreas del aprendizaje, el ajuste social y la productividad.

La National Association for Retarded Citizens (NARC), proporciona una definición similar de la deficiencia mental percibiéndola como una condición en la que el cerebro al estar limitado no logra alcanzar su completo desarrollo, imposibilitando, por consecuencia, la habilidad a aprender, a retener ya hacer uso de lo aprendido (14).

Por otra parte, la deficiencia mental conlleva un estado de desarrollo mental incompleto de tal calidad y magnitud que el individuo deficiente mental es incapaz de adaptarse al medio ambiente "normal" de sus semejantes, de manera que este pueda vivir en forma independiente y sin supervisión, control o apoyo externo.

Otras definiciones además de reconocer las implicaciones sociales de la deficiencia mental han identificado la naturaleza y características de la misma. Hemos mencionado que desde el punto de vista psicológico, el defecto mental representa una condición caracterizada por un lento desarrollo, la detención del mismo, y el deterioro que puede ser grave y permanente. Además, se origina a temprana edad y afecta siempre los procesos intelectuales del juicio, razonamiento y comprensión, así como el ajuste social adaptativo. Aunque el déficit intelectual es uno de los rasgos básicos y constantes de la deficiencia mental, si el niño no presenta un déficit radical y marcado, en la esfera de la inteligencia, no debe ser considerado deficiente mental, a pesar de que este puede ser ignorante o analfabeto, o de que sus reacciones emocionales, instintivas o morales sean inadecuadas.

Para Doll (3), la deficiencia mental significa un estado de incompetencia social manifestado en la maduración y que resulta de una detención en el desarrollo mental, de origen constitucional, hereditario o adquirido. Esta definición de Doll, citada extensamente en la literatura, incluye criterios que él considera como esenciales para llegar a establecer el concepto de deficiencia. Estos son: 1) incompetencia social; 2) debida a subnormalidad mental; 3) la cual se ha detenido en el transcurso del desarrollo; 4) que se manifiesta en la maduración del individuo; 5) es de origen constitucional; 6) es esencialmente incurable. Estos seis criterios resumen varios de los componentes o características, que en el pasado estaban incorporados en los conceptos genéricos de deficiencia mental.

La definición de la **American Association on Mental Deficiency (AAMD)** no hace ninguna referencia a la etiología, aunque el Manual de esta Asociación sí proporciona consideraciones etiológicas. La definición en sí de la AAMD es descriptiva y no discrimina entre las causas psicosociales, los determinantes poligenéticos y la deficiencia asociada con déficits fisiológicos. El referido Manual sitúa el acento en la relación existente entre el pronóstico y los medios asociados con el mismo, como son el tratamiento y entrenamiento.

Dicho Manual de la AAMD, editado por Grossman, describe el factor que considera más importante: la **conducta adaptativa** como:

"la eficacia o grado de que dispone el individuo para hacer frente a los niveles de independencia personal y responsabilidad social, que se espera a su edad, en su grupo cultural" (7).

Según esta definición, lo que la sociedad "espera" de un individuo varía no solamente según las culturas sino que también difiere según los diferentes grupos de edad a que pertenece el individuo. Dichas expectativas se reflejan por las siguientes conductas correspondientes a los niveles de desarrollo: en la primera infancia por el desarrollo sensoriomotor; el desarrollo de la comunicación, los cuidados personales y la socialización; durante la infancia y comienzos de la adolescencia por la aplicación de los conocimientos básicos de

de las actividades de la vida cotidiana, la puesta en práctica de un razonamiento y juicios adecuados que permitan adueñarse del medio ambiente, y la habilidad social. Finalmente la adolescencia y la vida adulta se caracterizan por la responsabilidad vocacional y social (7).

Por lo tanto, en general, la conducta adaptativa refleja la base o el grado que el individuo necesita para llegar a ser autosuficiente, y responsable en términos de su edad cronológica y en relación con el grupo cultural al que pertenece. Asimismo el Manual considera tres elementos como esenciales de la conducta: la madurez, el aprendizaje, y el ajuste social.

En Rusia, la deficiencia mental es definida no solamente en términos de sus características, sino que se toman en cuenta las causas. Es así como Luna (11), en 1963, se refiere a los deficientes mentales como a aquellos niños que habiendo padecido una afección cerebral severa, en la etapa intra-uterina, o en su temprana edad, tienen perturbado el desarrollo normal del cerebro, produciendo esto serias anomalías en el desarrollo mental y como consecuencia un desarrollo anormal de la función cerebral. El niño deficiente mental, según Luna, se diferencia claramente del normal por la reducida cantidad de ideas que puede comprender, y también por el carácter limitado que tiene de la percepción de la realidad y su mundo.

Así, para Luna, el concepto de deficiencia mental depende de que exista o no lesión cerebral. También debe anotarse que en su concepción de la deficiencia mental, no se excluyen las implicaciones socio-políticas, describiendo este autor el enfoque de la deficiencia mental en los países capitalistas (Estados Unidos e Inglaterra) como sistemas que separan a los niños deficientes mentales de los normales utilizando pruebas psicológicas de habilidad intelectual; de acuerdo con los resultados a estas pruebas los niños son clasificados y ubicados en tres categorías de clases escolares: una de ellas para aquellos que son superdotados y que siguen un programa avanzado; la segunda para aquellos de inteligencia promedio que asisten a las clases normales y la tercera categoría compuesta por aquellos que obtienen los puntajes más bajos en las pruebas y que van a educación especial. Para Luna, está perfectamente claro que este método de seleccionar a los niños, conlleva a que los deficientes mentales sufran abiertamente el prejuicio clasista de la sociedad capitalista.

En la actualidad, el CI indica únicamente una representación cuantitativa de la ejecución manifestada en ese momento por el individuo frente a una prueba de inteligencia, utilizando, para efectos de comparación, una muestra nacional con grupos de edades normativas que han servido para llegar a la estandarización de la prueba. Es así como un niño con una edad mental de 10 años en las pruebas de inteligencia y con una edad cronológica también de 10 años, tiene un CI de 100. Cualquier persona que se sitúe significativamente por encima de su grupo de edad es considerada superdotada, si es por debajo se conoce como deficiente mental, quiere decirse que se aparta del promedio "normal" del CI*.

La ventaja del enfoque psicométrico es que este es fácil de definir, siendo además razonablemente objetivo. Sin embargo, se da la polaridad, con sus desventajas, entre ellas

?? No existe una técnica hasta el momento, que sirva para evaluar directamente la inteligencia o el potencial intelectual de un individuo. Por ejemplo no podemos llegar a contar las neuronas que tiene una persona y determinar después de haber establecido la cantidad si esta es deficiente, normal o genio. En su lugar, tenemos que confiar en las pruebas psicológicas que consideran únicamente una muestra del comportamiento como indicador o índice del funcionamiento intelectual.

que el CI no puede reflejar un punto fijo del desarrollo con precisión, sino que bien representa, como hemos dicho, una comparación entre individuos de un mismo grupo de edad, con una misma localización geográfica e idéntico estrato socio-cultural, sin hacer, a menudo, diferenciaciones relacionadas con el sexo de la muestra. Otra de las desventajas reside en que algunos profesionales se basan solamente en el CI para establecer el diagnóstico de deficiencia mental, sin considerar los logros alcanzados en la madurez, el desarrollo en el aprendizaje formal, y la conducta adaptativa adquirida por el individuo.

La madurez se refiere a la velocidad en el desarrollo de la adquisición de habilidades que conduzcan a una independencia funcional y a ciertas conductas aceptadas socialmente. Más específicamente, concierne la capacidad de darse autoapoyo en la infancia y los comienzos de la adolescencia. Incluye conductas específicas como sentarse, sostenerse parado, caminar, hablar. También cuenta con niveles de ejecución social que están asociados con hábitos de comer, beber, vestirse-desvestirse, control de esfínteres y destreza en los cuidados personales. El retraso o la demora en la adquisición de todas o algunas de estas habilidades proporciona un criterio importante en la evaluación de la deficiencia mental, considerando que, como grupo, estos niños pasan por un largo periodo de lactancia antes de lograr adquirir el desarrollo en la marcha, el lenguaje, los cuidados personales y el desarrollo social en general.

Arnold Gesell (6), fundador de la Clínica del Desarrollo del Niño (Yale University), junto con sus colaboradores, ha estudiado profundamente el desarrollo de los primeros años de la vida del niño. De sus numerosas investigaciones han surgido las etapas del crecimiento desde la niñez hasta la juventud. Estas etapas son similares a las estaciones que se encuentran a lo largo de una vía de ferrocarril, siendo, por analogía, el desarrollo humano como un tren que toma el niño desde que nace hasta que llega a la adolescencia. Aquí se dan tres alternativas: El tren puede ir o muy rápido (niño genio); o a una velocidad normal; o puede moverse lentamente (DM). Puede pararse mucho tiempo en una estación, como puede quedarse solamente un instante en la misma.

También Elma Fraibergs (5) ha estudiado el desarrollo de los primeros años del niño, basándose en el enfoque psicoanalítico del desarrollo. Fraibergs considera que los cinco primeros años de la vida del niño son sus años mágicos (título de su libro), básicos para determinar el desarrollo de la personalidad futura del niño. En este estudio, Fraibergs parte de las diferentes fases que atraviesa el desarrollo psicosexual: oral, anal, y fálico. Es aquí donde se observa, en los deficientes mentales, las fijaciones, y las regresiones en los enfermos mentales. La anterior afirmación empírica psicoanalítica ha sido confirmada por la observación clínica de pacientes deficientes mentales y enfermos mentales. Una de las diferencias que existen entre ambos grupos es que los primeros experimentan fijaciones en las etapas psicosexuales del desarrollo, de tal forma que a mayor deficiencia más serán las fijaciones en las etapas inferiores. En caso de los enfermos mentales, que han tenido anteriormente una salud mental equilibrada, y que han alcanzado un cierto nivel de desarrollo psicosexual, regresan a etapas anteriores. En ambos, el desarrollo psicosexual no corresponde al nivel de edad en que se encuentran, aunque el proceso que siguen estas dos nomenclaturas clínicas es diferente.

De todo lo expuesto anteriormente, se deduce rápidamente que las definiciones existentes sobre deficiencia mental se han desarrollado desde diferentes campos de interés y pueden incluir referencias a las causas, los niveles de funcionamiento, la adaptación social, el puntaje en las pruebas de inteligencia, y las características propias de las diversas disciplinas relacionadas con la deficiencia mental. Incluso la definición de la AAMD, siendo la más flexible y comprensiva en la actualidad, no es enteramente satisfactoria, ya

que muchos aspectos de la conducta adaptativa quedan aún por estudiar, identificar y medir. Es de esperar que las definiciones futuras de deficiencia mental adquieran una mayor precisión a medida que se incrementa el conocimiento científico, de esta problemática social-universal que representa la deficiencia mental.

II. Terminología

Hasta aquí nos hemos referido, la mayoría de las veces, a la deficiencia mental, para describir esta condición que es identificada también en términos de **retardo mental, minusválido, impedido, debilidad mental, oligofrenia, subnormalidad, y amencia**, entre otros. El término deficiente mental es el utilizado por la AAMD e incluye todos los grados del mismo. En 1954, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendó el uso del término genérico de **subnormal**, estableciendo una distinción entre, retardo mental y deficiencia mental, considerando la última como una condición en la cual las capacidades mentales se encuentran disminuidas como resultado de causas patógenas y dejando las causas ambientales reservadas al retardo mental (2).

Debilidad mental era comúnmente citada en la literatura americana y francesa hasta los años 40, constituyendo en estos dos países un término general que implicaba tanto la deficiencia como el retardo. Hoy en día se utiliza muy raramente a causa de las connotaciones indeseadas adquiridas con su uso y abuso. Sin embargo, en Inglaterra sigue utilizándose en los casos moderados o educables con CI de 50 a 80.

El término **oligofrenia** aparece ocasionalmente en los informes médicos americanos, siendo aún más utilizado en Rusia, Francia y los países escandinavos.

La **amencia** es también un término genérico para la deficiencia que aparece a menudo en la terminología psiquiátrica y médica. Frecuentemente es utilizado como dicotomía de la demencia, limitándose este último concepto a la identificación de pacientes mentalmente perturbados y enfermos mentales.

Teóricamente, las deficiencias que se observan en el aprendizaje y la adaptación social son funciones de una inteligencia subnormal en el retardo mental. Sin embargo, en el enfermo mental con características de desempeño idénticas, estas deficiencias son atribuidas a perturbaciones emocionales y motivacionales, suponiendo naturalmente la existencia de una inteligencia normal. Aunque en la práctica es más difícil llegar a delimitar el factor fundamental que subyace en la conducta inadaptada. Cuando después de un largo tiempo un individuo revela conductas indicadoras de deficiencia mental y enfermedad mental, al mismo tiempo, este requiere un diagnóstico diferencial sumamente fino y hábil que determine si es un caso de deficiencia con trastornos emocionales secundarios, o si por el contrario el trastorno emotivo primario ha generado la reducción de su inteligencia. Además, la situación se complica por el hecho de que ciertas formas de lesiones cerebrales pueden llegar a ocasionar perturbaciones emocionales y deficiencia mental a la vez.

III. Diagnóstico

Desde el punto de vista psicológico, los hallazgos referentes al diagnóstico de la deficiencia mental parecen claros. Sin embargo, este no es el caso cuando se trata de deficientes ligeros. Los procedimientos para la evaluación y diagnóstico de la deficiencia mental deben contar con elementos psicométricos que tengan en cuenta el desarrollo, el aprendi-

zaje y el ajuste social, los tres serán descritos más adelante. En las personas con trastornos emocionales o déficit sensorial, la deficiencia mental ligera y muy ligera que manifiestan, incluso cuando ésta se encuentra asociada con un lento desarrollo durante el período de lactancia o un inadecuado ajuste social, no garantiza el hallazgo calificado de deficiencia mental. El diagnóstico diferencial requiere una considerable sofisticación en relación con la naturaleza del material o instrumentos a utilizar y además exige un vasto conocimiento y experiencia profesional con una gama extensa de sujetos. Por ejemplo: ¿en qué forma son diferentes los puntajes en pruebas psicológicas como el Wechsler y el StanfordBinet? ¿Cómo puede ser penalizado un individuo en una situación de evaluación intelectual? ¿Es que un paciente presenta psicosis episódica asociada con epilepsia localizada en el lóbulo temporal, o es que es evidente una reacción esquizofrénica? Además, los bajos puntajes en una prueba de inteligencia pueden ser a la vez indicadores de fases agudas de esquizofrenia, de ansiedad crónica, depresión episódica, y de fases activas de epilepsia. Todos estos síntomas contribuyen a un bajo rendimiento en las pruebas y además retrasan el ajuste social y el aprendizaje cognitivo.

La habilidad o capacidad de aprendizaje facilita otro criterio para establecer el diagnóstico de la deficiencia mental. Esta es manifestada, en términos generales, por aquellas respuestas que reflejan cambios en la conducta, con una relativa duración e inducidas por el entrenamiento o la experiencia. Como concepto, la habilidad es lógicamente distinta a la madurez, dado que la primera está directamente relacionada con la experiencia, aunque la distinción entre los dos, habilidad y madurez, no es absoluta. Aquí la palabra experiencia se refiere al entrenamiento, la retención y la práctica, representando generalmente el aprendizaje formal en la clase o escuela aunque también puede incluir los aprendizajes de otro tipo. Si la deficiencia mental es ligera en grado, las deficiencias en el aprendizaje pueden no llegar a ser evidentes hasta que el niño comience a asistir a la escuela, por lo tanto, la escuela juega un rol importante para determinar los casos de deficiencia mental. Los maestros pueden detectar antes que nadie que un niño no funciona como lo hacen los otros en su clase. En esos casos estos niños deben ser referidos a especialistas para que realicen un diagnóstico adecuado.

Detectándolos y ayudándolos en sus dificultades de aprendizaje se evitaría el engaño que se origina al pasarles de grado, en sus primeros años formativos, para más tarde descenderlos a grados inferiores, lo que conduce, además de significar una pérdida de tiempo en la educación, al conocido síntoma de "fracaso escolar"

El ajuste social es de gran ayuda y se tiene en cuenta como uno de los elementos que califica la conducta adaptativa del deficiente mental. En algunos casos el ajuste social puede ser inadecuado, incluso cuando el éxito académico es evidente.

IV. Etiología

La deficiencia mental puede originarlo cualquier condición que interfiera con el desarrollo antes del nacimiento (período prenatal), durante el nacimiento (perinatal), o después del nacimiento, en los años de la primera infancia (postnatal). Hasta la fecha han sido identificadas más de 200 causas diferentes, que originan únicamente una cuarta parte de los casos conocidos como deficientes mentales (4)

Entre ellas se encuentra la rubéola en la madre contraída en los tres primeros meses de embarazo, la sífilis, la meningitis infantil, la malnutrición y la desnutrición, y las aberraciones de los cromosomas. Entre estas últimas se sitúa el síndrome de Down, conocido

corrientemente como "mongolismo", con una incidencia de una de cada 600 nacimientos. Generalmente, estos niños padecen una deficiencia mental de grado moderado a severo (4).

También han sido identificadas como causas de la deficiencia mental un cierto número de errores del metabolismo, los cuales si no son tratados a tiempo pueden ocasionar daños severos en el cerebro y el sistema nervioso central y como consecuencia el retardo mental (4).

Por otra parte, tenemos que las malformaciones físicas del cerebro y de otros órganos, ocurridas en el período prenatal, pueden ocasionar deficiencia mental directa o indirectamente. Un ejemplo típico es la hidrocefalia o la acumulación excesiva de líquido cefalorraquídeo en el cerebro, y la craneosinostosis o cierre prematuro de las fisuras cerebrales. La inflamación del cerebro, asociada con altas fiebres infantiles, es otra de las causas, aunque esta última afortunadamente se puede prevenir (4).

Con el transcurso del tiempo una gran cantidad de personas, que habían sido antes clasificadas como deficientes mentales, de la categoría "indiferenciada", llegaron a ser diagnosticadas con causas específicas. Sin embargo, aún no se puede llegar a establecer un diagnóstico seguro y preciso de las causas etiológicas en la mayoría de los casos. En muchos de los DM no existe una patología específica del cerebro y el sistema nervioso central.

Sin duda, entre los deficientes mentales existe un gran número de ellos cuya maduración ha sido adversamente afectado por influencias no específicas, tales como una dieta no balanceada, cuidados prenatales y prenatales inadecuados, carencia de estimulación sensorial, todo ello unido a pocas oportunidades de aprendizaje en la infancia. Tanto el desarrollo físico como el mental se benefician con este tipo de actividades. Un crecimiento como el otro es deficiente cuando no existe actividad y estimulación suficientes. Por lo tanto los dos desarrollos se interrelacionan entre sí. En este proceso maduracional los años de la primera infancia son críticos ya que es cuando el sistema nervioso central adquiere su madurez y cuando se desarrolla el lenguaje.

En el nacimiento de un ser humano pueden intervenir varios factores que provoquen la deficiencia mental. Por ejemplo, el niño prematuro es más vulnerable al daño cerebral que el que nace al término; la prematernidad es más común entre madres que han recibido cuidados prenatales inadecuados o aquellas que no los han recibido del todo, más frecuentes en los grupos marginados de la sociedad. Los niños de estos sectores sociales se encuentran más frecuentemente expuestos a no recibir cuidados postnatales que les ayuden en su desarrollo y crecimiento, asimismo son más vulnerables a los factores que contribuyen a la privación psicológica y cultural.

La gran cantidad de problemas psicomotores, perceptuales y sensoriales que presentan los deficientes mentales señala hacia una causa común en muchos de los casos.

V. Clasificación

La deficiencia mental está sujeta a un sinnúmero de clasificaciones como definiciones formales e informales, las cuales también satisfacen las necesidades de ciertas disciplinas, servicios y áreas de investigación. En general todas las clasificaciones toman en cuenta tres parámetros: el grado de deficiencia; la educabilidad y la conducta adaptativa.

El grado de severidad de la deficiencia y su nomenclatura parten del supuesto de que la inteligencia verbal y de ejecución puede ser ubicada cuantitativamente a lo largo de un

continuo de capacidad, medido desde el extremo inferior (deficiencia mental profunda) hasta el extremo opuesto superior (superdotado). Este continuo se divide en varias categorías sobre la base de la desviación estándar estadística, partiendo de un puntaje determinado se obtiene el CI. Terman (17), en 1916, categorizó la escala completa de la inteligencia, mediante la selección arbitraria de cocientes intelectuales. Esta escala que se inicia con el “genio” y finaliza con el “idiota”, es la siguiente:

COCIENTE INTELECTUAL	NOMENCLATURA
140 y +	Genio
120/139	Inteligencia muy superior
110/119	Inteligencia superior
90/109	Inteligencia normal
80/ 89	Inteligencia torpe
70/ 79	Retardo marginal
50/ 69	Morón
25/ 49	Imbécil
–de 25	Idiota

Años más tarde la MMD (7) recomendó los cinco grados siguientes de deficiencia mental:

COCIENTE INTELECTUAL	NOMENCLATURA
65/79	DM Muy ligera
50/64	DM Ligera
35/49	DM Moderada
20/34	DM Severa
0/19	DM Profunda

En esta última clasificación de la AAMD se tiene en cuenta además el funcionamiento intelectual, la conducta adaptativa (Escala de la Conducta Adaptativa, AAMD) y la madurez social, medida con la Escala de Madurez Social de Vineland, creada por Doll (3).

A pesar de que esta clasificación de la AAMD ha sido ampliamente aceptada en los Estados Unidos y muchos otros países, aún no se ha logrado reemplazar completamente las nomenclaturas tradicionales que establecen únicamente tres grados de deficiencia: benigno, moderado y severo. Tampoco se ha logrado aún borrar de la literatura los términos despreciativos de la clasificación utilizada por Terman (17); idiota, imbécil y morón.

Otra clasificación, bastante común, divide la deficiencia mental en tres grandes categorías educacionales: educables; entrenables (adiestrables); e ineducables. Kirk (9) definió al deficiente mental educable como aquel que posee suficiente potencial como para adquirir un mínimo de educabilidad en materias académicas, con un ajuste social suficiente como para poder manejarse en forma independiente en la sociedad y con una adaptación ocupacional mínima que le conduzca en la adultez, a mantenerse por sí solo parcial o totalmente. El adiestrable se define como aquel que a causa de su inteligencia limitada no es capaz de aprender en las clases para educables, aunque dispone de capacidad suficiente como para lograr el aprendizaje de los cuidados personales, el ajuste en el hogar y en la vecindad, además de la posibilidad de ser un elemento útil en la casa, en una granja, taller protegido o institución. Los ineducables son aquellos cuyas limitaciones severas les impiden alcanzar un adiestramiento formal. Los CI correspondientes a estas tres categorías son: educables de 50 a 80; entrenables de 20 a 49; y los ineducables con menos de 20.

Aparte de las clasificaciones ya mencionadas, los deficientes mentales han sido también divididos en dos categorías, considerando las causas endógenas y exógenas (16). Las causas endógenas corresponden a las deficiencias mentales determinadas por los genes, como son la herencia. Las causas exógenas de la deficiencia mental se originan al exterior del organismo o por causas engendradas en el medio ambiente, sean estas adquiridas o secundarias. Por consecuencia el bajo rendimiento intelectual de los deficientes mentales exógenos es principalmente el resultado de un deterioro orgánico inducido por el medio. Las causas pueden ser daños traumáticos, enfermedades, toxinas, y anoxia de un lado, y experiencias desviantes culturales de otro lado. La dicotomía endógena-exógena ha caído en olvido, los usos más recientes enfatizan las bases genéticas o del medio ambiente y a veces una combinación de los dos. Los factores que causan la deficiencia, sean estos intrínsecos al organismo, constituyen un componente mayor en la clasificación etiológica de la deficiencia mental, aunque en la actualidad, y en la mayoría de los casos, estos sean desconocidos. Esto hace que aproximadamente un tercio o más de todos los casos institucionalizados hayan sido clasificados inadecuadamente o tienen un diagnóstico desconocido. Repetimos que lo más probable es que la mayoría de los factores etiológicos que originan la deficiencia mental sean el resultado de una combinación endógena y exógena.

Otra clasificación también divide la deficiencia en dos grupos: la deficiencia mental de tipo clínico, y la de tipo psico-social (16). El primero de ellos comprende los niños y adultos con deficiencias acompañadas de síntomas identificables, sean estos somáticos o físicos. El diagnóstico se determina en una edad muy temprana, poco después de la aparición de la condición. La mayoría de estos casos presentan una deficiencia moderada, severa o profunda. Por lo general, en todos ellos se encuentra una explicación bio-médica a su deficiencia. Esta condición es estable, aunque debido a que las tasas de mortalidad se sitúan por encima del promedio, la incidencia específica, por grupos de edades, disminuye cuanto mayor es esta. Este fenómeno no depende de la clase social de la familia e involucra aproximadamente a un 4 por ciento de todos los niveles socioeconómicos de la población. En casi todos estos casos, es significativa la diferencia existente entre la inteligencia de los padres y la de sus hijos, en gran parte esto hace que los miembros de la familia sospechen, en una edad temprana del niño, que este tiene deficiencia mental y soliciten ayuda profesional. Este grupo de niños manifiestan además de incapacidad intelectual, grandes dificultades en el aprendizaje y la adaptación social, tanto dentro del hogar como fuera de él. Desde un punto de vista transnacional este tipo de deficiencia es similar en su ocurrencia, incidencia, sintomatología, prevención y manejo, aunque las tasas de ocurrencia, hasta cierto punto, están influenciadas por factores tales como la frecuencia de ciertos errores genéticos, el nivel general de salubridad, y dependen de la disponibilidad y calidad de los servicios de salud, de educación y bienestar social con que cuenta cada nación.

En el segundo grupo de deficiencias debidas a desventajas psico-sociales, la situación es totalmente diferente. Como grupo es más numeroso que el anterior, los cálculos más prudentes de ocurrencia representan aproximadamente el 75 por ciento de toda la población deficiente mental (15). Este grupo tiene las siguientes características: el grado de deficiencia es ligero; el diagnóstico se determina generalmente al entrar el niño a la escuela y desaparece al salir de ella*. Generalmente el diagnóstico no lo solicitan los padres, sino que más bien es pedido por las instituciones, principalmente las escuelas.

?? A estos niños se les ha dado en llamar también deficientes mentales de "cinco horas", el tiempo que permanecen cada día en la escuela.

En estos últimos casos la tecnología bio-médica actual ha sido incapaz de demostrar alguna anormalidad en el cerebro o el sistema nervioso central. Tal vez lo más importante a considerar es que este tipo de deficiencia es totalmente dependiente de la clase social familiar, lo que hace que se presente exclusivamente en los niveles marginados tanto a nivel económico como educativo y social. La tasa de incidencia es aproximadamente de un 8 por ciento en el grupo social mencionado y esencialmente es nula en las clases socio-económicas altas y medias.

VI. Incidencia

La deficiencia mental es una condición que se da en cualquier país, en cualquier lugar, y en cualquier hogar, solamente en los Estados Unidos de América se estima que exista más de seis millones de deficientes. La incidencia de la deficiencia mental es sobrepasada únicamente por cuatro grandes problemas de salud: la enfermedad mental (a veces asociada como hemos dicho con deficiencia mental); las enfermedades cardíacas, la artitis y el cáncer.

La incidencia, considerando las edades, hace suponer que durante la infancia la deficiencia mental ligera no es aparente. Esto es debido, en gran parte, a las pocas exigencias en los conocimientos formales que tiene que enfrentar el niño en edad pre-escolar. Por consecuencia, la incidencia de la deficiencia mental en edades comprendidas entre el nacimiento y los seis años refleja principalmente la frecuencia de los grados de deficiencia moderadas y severas. Por otra parte, revisando la literatura sobre este tema, se aprecia que la mayor frecuencia en la deficiencia mental se da durante los años de la enseñanza educativa formal.

Cuando se discute la incidencia de la deficiencia mental, se hace referencia, frecuentemente, a las expectativas teóricas asociadas con la distribución de la inteligencia proyectadas en una curva normal. Galton, en 1899, se sirvió de interpretaciones matemáticas para llegar a predecir que la inteligencia de una población dada se distribuye a lo largo de dicha curva, conocido como campana de Gauss-Laplace (17). De acuerdo con esta distribución de la inteligencia y definiendo la deficiencia mental como la parte de la curva que comienza en menos de dos (-2) desviaciones estándares, partiendo del promedio, ó sea los CI de 70 y menos, tendríamos un 2,15 por ciento del volumen total de personas que se encuentran en ese espacio de la curva. Es así como se estima teóricamente que aproximadamente un 3 por ciento de la población general es deficiente mental, aunque como menciona Pelechano:

“... cualquier tipo de estimación sobre la cantidad de personas que se encuentran bajo esta categoría (DM) depende de los criterios aducidos, independientemente de la orientación concreta de los tratadistas se suelen distinguir tres tipos de acercamiento; el asentado sobre criterios psicométricos intelectuales; el que se refiere a criterios sociales y el médico-etiológico (12).”

VII. Prevención

Un programa de prevención de la deficiencia mental debería garantizar a todo niño que nazca con un sistema nervioso central sano una serie de experiencias precoces que

den soporte y apoyo a su desarrollo intelectual, emocional y social, así como protección contra traumas físicos y psicológicos. Como ningún niño puede escapar totalmente a los peligros de los agentes nocivos, tal programa tendría que esforzarse en incrementar, al máximo, la capacidad del niño para enfrentarse a lesiones cerebrales y daños inevitables. La puesta en marcha de un programa de prevención tendría como resultado, a largo plazo, una considerable disminución en la incidencia de la deficiencia mental, especialmente aquellas de tipo psico-social. Sin embargo, estamos aún muy lejos de haber logrado nada de tal magnitud, como lo prueba un estudio realizado por Werner en la isla de Kavaí (19). Tajan (15) afirma que en los Estados Unidos existe todavía un enorme segmento de la población, cuyos miembros heredan de generación en generación, no solamente los genes sino también las circunstancias ambientales que predisponen a la deficiencia mental psico-social, en algunos individuos estas llegan a producir la condición misma de deficiencia mental. Todo esto puede ser sin duda extrapolado a otros países como el nuestro.

La prevención de la deficiencia mental de tipo psico-social tiene que comprometer acciones dirigidas a enfrentar una gran variedad de dimensiones, muchas de las cuales se encuentran entrelazadas, hasta el punto de ser imposible separarlas unas de otras. Por ejemplo, este tipo de deficiencia coloca en alto riesgo a los hijos de la gente pobre. Debido a ello, las acciones preventivas podrían verse como girando únicamente sobre puntos puramente económicos, aunque también podrían enfocarse como dependiendo igualmente de una mejor educación general para todos los niños y el acceso de los padres a mejores sistemas de información pública. Una alimentación sana, equilibrada, adecuada y un buen cuidado de sanidad son elementos esenciales para la consolidación de un adecuado desarrollo físico en el niño. La alimentación y la resistencia a las infecciones se encuentran entrelazadas. Por sí solo, un buen desarrollo físico no es suficiente, sino que además este tiene que ir acompañado de experiencias interpersonales precoces que sirvan de base o apoyo al desarrollo óptimo de la personalidad del niño.

Las acciones preventivas deben operar en diferentes intervalos de tiempo, que son críticos en la secuencia evolutiva. Los primeros puntos de ataque se encuentran estrechamente ligados con la planificación familiar, la cual tanto el estilo de vida como los valores personales, dependen de una filosofía social humanística y educación pública efectiva, así como también de la puesta en práctica de una tecnología contraceptiva adecuada.

Los niños no planeados o no deseados tienen un alto riesgo de caer en la deficiencia mental psico-social, la disminución de tales nacimientos tendría un impacto considerable en la incidencia de la deficiencia (15). Además una gran proporción de niños con alto riesgo de deficiencia mental psico-social, son los nacidos de madres muy jóvenes o como consecuencia de embarazos muy seguidos. En estos casos el aplazamiento del primer embarazo, hasta pasados los 20 años de edad de la madre, unido a un espacio de tiempo adecuado entre embarazos, contribuiría a la prevención. La mejoría en el estado general de salud de las futuras madres y un manejo adecuado de los embarazos ayudaría a asegurar al niño el comienzo de la vida, después de un periodo de gestación sano. Un programa de prevención de la deficiencia mental psico-social requeriría que las niñas durante los años de desarrollo recibiesen una buena alimentación, practicar inmunizaciones contra las afecciones que puedan ser perjudiciales para el feto, diagnóstico precoz del embarazo, recibir cuidados pre-natales lo más pronto posible y en forma continua, protección contra las infecciones y el tratamiento intensivo de las mismas cuando se presentan, preparación de la madre al parto y la maternidad, cuidados prenatales adecuados, evitando los medicamentos innecesarios como la anestesia (no confundir con analgesia) e instrumentos

como los forceps, y la toma de provisiones especiales para los recién nacidos prematuros. Además, durante el período post-natal los bebés de alto riesgo y especialmente los de nacimiento prematuro, requieren ser sometidos a evaluaciones continuas y sumamente rigurosas que identifiquen cualquier deficiencia del sistema nervioso central, trabajo que realiza el pediatra-neurólogo. De igual importancia que lo anteriormente mencionado, son los exámenes médicos de salud constante, y educación de los padres en cuanto a prevenir accidentes del niño e ingerencia de sustancias tóxicas.

Es poco probable que en un corto lapso de tiempo se puedan lograr cambios masivos y significativos en la crianza de los niños y su educación precoz, por lo tanto, los programas de enriquecimiento o estimulación precoz seguirán siendo la piedra angular de la prevención de la deficiencia mental.

Este último enfoque de estimulación precoz o temprana es cada día más popular, aunque las contribuciones de los científicos y clínicos que participan se sitúan más a nivel preventivo que terapéutico o reeducativo. En segundo lugar, a pesar de su rápido crecimiento y de su variabilidad, todavía existen una gran cantidad de preguntas que no han encontrado respuesta. Por ejemplo, no se ha desarrollado plenamente la metodología diagnóstica que permita separar los niños que padecen deterioro en el sistema nervioso central de aquellos que únicamente corren el riesgo. Ni tampoco se han delineado aún claramente los papeles correspondientes a los padres y al personal tratante en lo que a estimulación temprana del niño se refiere. Los padres en estos programas tienen una importancia capital por cuanto la gran mayoría de los bebés pasan la mayor parte del tiempo en el ambiente familiar del hogar y no en los programas. Además, todavía no se ha llegado a determinar el patrón de estimulación precoz mejor adaptado a las necesidades individuales de cada bebé. Finalmente, las metodologías de evaluación se encuentran aún a nivel embrionario, hasta que no se logren desarrollar, no se estaría en capacidad de evaluar la eficacia de las intervenciones en el campo de la estimulación precoz.

Aún cuando la etiología de la deficiencia mental y especialmente la de tipo psico-social puede seguir siendo un enigma durante muchos años más, la solución para prevenirla o por lo menos reducirla está cercana. Todo dependerá de la cantidad de programas puestos en práctica y no precisamente relacionados directamente con el campo de la deficiencia mental. Por ejemplo, los cuidados adecuados de la salud y alimentación de los niños, de las niñas en la adolescencia y las mujeres embarazadas; programas que luchan por combatir la pobreza, buscando el progreso económico, todo ello unido a un programa nacional de planificación de la población. Estas medidas pueden disminuir la incidencia de la deficiencia mental, tanto y tan rápidamente como cualquier otro dirigido directamente a la prevención de la misma.

ABSTRACT

The neuropsychological, intellectual, affective and social development in children from urban areas, and with greater nutritional risk, is presented as a global problem, that goes beyond economical limitations, and can be situated into a greater sociocultural context. Poor relations between adults, and between these and their children, psychosocial minusvalic feelings and the presence of life roles that impose rigid behavioral attitudes, that are not productive and are inhibitory, and in the long run sumerge the person within his own fantasies, stereotypes and prejudices, all these factors must be included within the sociocultural

a context that determine such problem. These children must behave prematurely as adults, which is incongruent with their childhood reality, and they are conditioned to live and survive in an adverse and hostile environment. All these factors condition the psychosocial problems that are later revealed.

Bibliografía

1. Bandler, R.; Grinder, J. *The Structure of Magic*, Palo Alto, Cal.: Science and Behaviour Books, 1975.
2. Castanedo, C. *Deficiencia Mental: Aspectos Teóricos y Tratamientos*. San José, Editorial Texto, 2a edición, 1982.
3. Doll, EA. *Measurement of Social Competence*, Minnesota: American Guidance Service, Inc., 1953.
4. Eyman, R.K; Meyers, C.E.; Tarjan, G. (eds.) *Sociobehavioral Studies in Mental Retardation*, Los Angeles, Cal.: Mongraphs of The American Association on Mental Deficiency, 1973.
5. Fraibers, E. *Los Años Mágicos*, Buenos Aires: Paidós, 1960.
6. Gesell, A. *The First Five Years of Life*, New York: Harper and Row, 1963; 126.
7. Grossman, N, (Editor), *Manual on Terminology and Classification in Mental Retardation*, Washington AAMD, 1973; 15.
8. Kanner, L. "Autistic Disturbance of Affective Contact", *Nervous Child*, 1943; 2:217—250.
9. Kirk, S.A. *Early Education of the Mentally Retarded: An Experimental Study*, Urbana, Ill.; University of Illinois Press, 1958.
10. Le Crose. E. "El Concepto de Locura en la Gracia Clásica", *Acta Psiquiat. Psicol. Amer. Lat.*, 1981: 27:285—291.
11. Luria. A. R. *El Cerebro Humano y los Procesos Psicológicos*, New York: Harper & Row, 1963; 126.
12. Pelechano, V. "Etiología de la Deficiencia Mental", *Rev. Psic. Gen. Aplic.*, 1973; 29:331—139.
13. Rosen, M.; Clark, G. R.; Kivitz, M.S. *The History of Mental Retardation*. Vol. I, Baltimore: University Park Press, 1976.
14. Rosen, M.; Clark, G. R.; Kivitz, M. S. *The History of Mental Retardation*, Vol. II, Baltimore: University Park Press, 1976.
15. Tarjan, G. "Excerpts from Comments for the President's Committee on Mental Retardation", Washington, D.C.: Government Printing Office, 1967; 5.
16. Tarjan, G. "Some Thoughts on Socio-Cultural Retardation". In Haywood, H. C., (Ed.) *Socio-Cultural Aspects of Mental Retardation*, New York: Appleton-Century Croft, 1970: 745—758.
17. Terman, L. M. *The Measurement of Intelligence*, Boston: Houghton & Mifflin. 1916.
18. "Tesis de Doctorado en Psicología y Educación sobre Deficiencia Mental: 1917 a 1981", Ann Arbor, Michigan: University Microfilm International, 1981.
19. Werner, E. E.; Bierman, J. M.; French, F. E. *The Children of Kavaï*, Honolulu: University of Hawai Press, 1971.