

FACULTAD DE MEDICINA

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID



**HOSPITALIZACIÓN
PSIQUIÁTRICA BREVE EN
PACIENTES CON
RETRASO MENTAL:
AGOSTO 1987 - FEBRERO 1995**

(TESIS DOCTORAL)

DIRECTOR: PROF. DR. ALFREDO CALCEDO ORDOÑEZ

AUTORA: ROSA MARÍA MOLLÁ MOLTÓ



DEPARTAMENTO DE
PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA MEDICA

FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD COMPLUTENSE

DON ALFREDO CALCEDO ORDOÑEZ, CATEDRÁTICO EN EL DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA MÉDICA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID.

C E R T I F I C A: Que el presente trabajo, titulado "*Hospitalización psiquiátrica breve en pacientes con retraso mental: Agosto 1987 – Febrero 1995*", ha sido realizado bajo mi dirección por **Dña. Rosa M^a Molla Molto** y tiene a mi juicio méritos suficientes para optar al Grado de Doctor en Medicina.

Y para que así conste expido el presente certificado en Madrid, a trece de Mayo de mil novecientos noventa y siete.

Fdo. Prof. D. Alfredo Calcedo Ordóñez



CIUDAD UNIVERSITARIA
TELEF. 394 14 97
FAX 394 15 06
28040 MADRID

DEPARTAMENTO DE
PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA MÉDICA

FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD COMPLUTENSE

**ALFREDO CALCEDO ORDOÑEZ, DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO DE
PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA MÉDICA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE
LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID.**

HACE CONSTAR: en mi condición de Jefe del Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica, que el trabajo "*Hospitalización psiquiátrica breve en pacientes con retraso mental: Agosto 1987 – Febrero 1995*", suscrito por **Dña. Rosa M^a Molla Molto**, se encuentra en condiciones de ser presentado y defendido públicamente como Tesis Doctoral.

Para que conste, a los efectos oportunos, firmo el presente certificado en Madrid, a trece de Mayo de mil novecientos noventa y siete.



Fdo. Prof. Dr. D. Alfredo Calcedo Ordoñez.

AGRADECIMIENTOS

A mi marido José María y a mis hijos José María y Gloria, que padecieron mis necesarias ausencias para elaborar ésta tesis, y supieron comprenderme y animarme.

A mis padres, que me inculcaron el afán de superación y la constancia.

A mi familia de Madrid, que me acogieron muchas veces en sus casas mientras preparaba éste trabajo, especialmente a mis primos Vicente y Carolina.

A mi cuñado Alfonso, también en especial, porque siempre estuvo dispuesto a ayudarme con sus consejos y visión clarificadora.

A Víctor Abaira Santos, del Departamento de Bioestadística del Hospital Ramón y Cajal, por su vital ayuda en el análisis estadístico.

A Paloma, por su amabilidad y facilitarme la recogida de casos en el Hospital.

Y, por supuesto, al Profesor Calcedo Ordoñez, por aceptar dirigir ésta tesis y sugerir mi dedicación al interesante tema de la psiquiatría en el retraso mental.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN	2
1.1. DEFINICIÓN DE RETRASO MENTAL:	6
1.1.1. DISTINGUIR CONCEPTOS:	6
1.1.1.1 DEFICIENCIA	
1.1.1.2 DISCAPACIDAD.	
1.1.1.3 MINUSVALÍA.	
1.1.1.4. MINUSVALÍA PSÍQUICA	
1.1.1.5. DEMENCIA.	
1.1.2. LAS CUATRO ÚLTIMAS DEFINICIONES	
DE RETRASO MENTAL:	9
1.1.2.1. 1987: LA ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA (DSM-III-R).	
1.1.2.2. 1992: LA ASOCIACIÓN AMERICANA DE RETRASO MENTAL (AAMR).	
1.1.2.3. 1992: LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (CIE-10).	
1.1.2.4. 1994: LA ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA (DSM-IV).	
1.1.3. DIRECTRICES ACTUALES EN EL CONCEPTO	
DE RETRASO MENTAL:	
.....	18
1.1.3.1. EL CONCEPTO ECOLÓGICO Y SISTÉMICO DE RETRASO MENTAL.	
1.1.3.2. EL CONCEPTO DE RETRASO MENTAL COMO ENTIDAD “NO PERMANENTE”.	
1.1.3.3. NUEVA CONSIDERACIÓN DE “CONDUCTA DESADAPTATIVA”.	
1.1.3.4. AMPLIACIÓN DEL CONCEPTO DE “INTELIGENCIA”	

**1.2. DIFICULTADES EXISTENTES PARA EL ESTUDIO
DE LA CONDUCTA Y PSICOPATOLOGÍA DE LAS
PERSONAS CON RETRASO MENTAL: 21**

1.2.1. LA FALTA DE UN CONSENSO TERMINOLÓGICO INTERNACIONAL ADECUADO PARA LA DENOMINACIÓN CONDUCTUAL DE LAS PERSONAS CON RETRASO MENTAL

1.2.2. LA FALTA DE UNA PROTOCOLIZACIÓN CONSENSUADA INTERNACIONALMENTE PARA LA EVALUACIÓN CONDUCTUAL DE LAS PERSONAS CON RETRASO MENTAL.

1.2.3. LA FALTA DE UNOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS CONSENSUADOS INTERNACIONALMENTE QUE TENGAN MAS EN CUENTA LA PSICOPATOLOGÍA PRESENTADA POR LAS PERSONAS CON RETRASO MENTAL.

1.2.4. LA RETICENCIA DE ALGUNOS PROFESIONALES A AÑADIR UN DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO AL DE “RETRASO MENTAL”.

1.2.5. EL PROBLEMA DE LA ETIQUETA ÚNICA “RETRASO MENTAL” PARA UN GRUPO TAN DISTINTO DE PERSONAS.

1.2.6. EL TÉRMINO “DIAGNÓSTICO DUAL”.

**1.3. LA PSICOPATOLOGÍA EN LAS PERSONAS
CON RETRASO MENTAL: 27**

1.3.1. LA CONDUCTA NORMAL Y LA PATOLÓGICA: 27

1.3.1.1. “DÉBIL ARMÓNICO” // “DÉBIL DISARMÓNICO”.

1.3.1.2. CIE-10: “CON TRASTORNO DEL COMPORTAMIENTO” // “SIN TRASTORNO DEL COMPORTAMIENTO”.

1.3.1.3. “CONDUCTA ADAPTATIVA” // “CONDUCTA DESADAPTATIVA”.

1.3.2 LA PREVALENCIA Y LA CUALIDAD DE LOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN EL RETRASO MENTAL	30
1.3.3 CICLO VITAL DE LA PERSONA CON RETRASO MENTAL: ALGUNAS VARIABLES DISTINTIVAS	32
1.3.4. FACTORES DE RIESGO	33
1.3.5. PSICOPATOTOGÍA ASOCIADA A ALGUNAS FORMAS DE RETRASO MENTAL:	34
1.3.5.1. SÍNDROME DE DOWN.	
1.3.5.2. SÍNDROME "X" FRAGIL.	
1.3.5.3. SÍNDROME DE PRADER-WILLI.	
1.3.6. ¿EXISTEN ALGUNOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EXCLUSIVOS DEL RETRASO MENTAL?:	35
1.3.6.1. LA CONDUCTA AUTOMUTILADORA PERSISTENTE.	
1.3.6.2. TRASTORNO HIPERCINÉTICO CON RETRASO MENTAL Y MOVIMIENTOS ESTEREOTIPADOS (CIE-10 F84.4).	
1.3.7. EL TRASTORNO PSIQUIÁTRICO SOBREAÑADIDO AL RETRASO MENTAL: DIFICULTADES DIAGNÓSTICAS.....	36
1.3.8. INSTRUMENTOS DE MEDIDA.	38
1.3.9. LOS TRASTORNOS MENTALES EN EL RETRASO MENTAL SEGÚN LA LITERATURA:	40
1.3.9.1. TRASTORNO DE CONDUCTA.	41
1.3.9.2. CONDUCTA ANTISOCIAL Y DELINCUENCIA.	48

1.3.9.3. ESQUIZOFRENIA.	50
1.3.9.4. TRASTORNO DE IDEAS DELIRANTES.	52
1.3.9.5. TRASTORNOS AFECTIVOS.	53
1.3.9.6. TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTROPAS.	55
1.3.9.7. TRASTORNOS DE ANSIEDAD.	57
1.3.9.8. TRASTORNOS ADAPTATIVOS.	58
1.3.9.9. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.	60
1.3.9.10. TRASTORNOS DE PERSONALIDAD.	62
1.3.9.11. TRASTORNOS MENTALES ORGÁNICOS.	64

1.4. PROBLEMAS MÉDICOS GENERALES EN LAS PERSONAS CON RETRASO MENTAL, Y ESPERANZA DE VIDA.	65
---	-----------

2. HIPÓTESIS DE TRABAJO	68
--------------------------------------	-----------

3. MATERIAL Y MÉTODOS:	69
-------------------------------------	-----------

3.1. OBJETIVOS.	70
----------------------	----

3.2. HOSPITAL Y ZONA SANITARIA.	70
--------------------------------------	----

3.3. POBLACIÓN DE DONDE SE OBTIENE EL GRUPO OBJETO DE ESTUDIO.	72
--	----

3.4. POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO: CRITERIOS DE INCLUSIÓN.	72
---	----

3.5. SELECCIÓN DEL GRUPO DE CASOS.	72
---	----

3.6. SELECCIÓN DEL GRUPO CONTROL.	73
3.7. CUESTIONARIO.	73
3.8. METODOLOGÍA ESTADÍSTICA APLICADA.	77
4. RESULTADOS:	78
4.1. NUMERO DE PACIENTES Y N° DE INGRESOS QUE CAUSARON AMBOS GRUPOS	79
4.2 . HOSPITALIZACIÓN.	80
4.3. GRADOS DE RETRASO MENTAL ENCONTRADOS.	82
4.4. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS (TABLA N° 1).	83
4.4.1. EDAD.	84
4.4.2. SEXO.	87
4.4.3. ESTADO CIVIL.	89
4.4.4. HIJOS.	90
4.4.5. PROFESIÓN PREFERENTEMENTE EJERCIDA EN SU VIDA LABORAL.	91
4.4.6. SITUACIÓN LABORAL PREVIA AL INGRESO.	92
4.4.7. NIVEL EDUCATIVO.	93
4.4.8. NIVEL SOCIOECONÓMICO.	94
4.4.9. CONVIVENCIA.	95
4.4.10. DISTRITO DE PROCEDENCIA	96
4.4.11. PROBLEMAS CON LA LEY.	101

4.5. ANTECEDENTES PERSONALES DE INSTITUCIONALIZACIÓN.	99
4.6 CIRCUNSTANCIAS QUE RODEAN AL INGRESO:	103
4.6.1. VARIABLES QUE MOSTRARON SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA.	103
4.6.2. APLICACIÓN DEL ANÁLISIS MULTIVARIANTE	108
4.6.3. VARIABLES QUE NO MOSTRARON SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA.	110
4.7 DATOS CLÍNICOS:	116
4.7.1. ETIOLOGÍA DEL RETRASO MENTAL.	116
4.7.2. DIAGNÓSTICOS ENCONTRADOS:	118
4.7.3 PROBLEMAS MÉDICOS GENERALES.	137
4.7.4. ESTRÉS PSICOSOCIAL.	139
4.7.5. DATOS RELATIVOS A LA ESTANCIA EN EL HOSPITAL: INCIDENTES.	143
5. DISCUSIÓN.	144
5.1. ALGUNAS CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS.	145

5.2. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS.	147
5.3 CIRCUNSTANCIAS QUE RODEAN AL INGRESO.	156
5.4. DATOS CLÍNICOS.	158
6. CONCLUSIONES.	173
APÉNDICES	
BIBLIOGRAFÍA	

PRIMERA PARTE

INTRODUCCIÓN

1 -- INTRODUCCIÓN

Según estudios realizados en países desarrollados, se ha registrado un aumento de ingresos de personas con retraso mental (R.M.) en Unidades Psiquiátricas de Hospitalización Breve (Cárter, 1984; Lund, 1985; entre otros). Tales datos coexisten con otro hallazgo: una disminución de los ingresos de éstas personas en Hospitales Psiquiátricos de media y larga estancia. Las admisiones que se siguen registrando en éstos últimos hospitales corresponden principalmente a pacientes con grados de R.M. grave y profundo que sufren importante minusvalía física y psíquica (Guy, USA, periodo 1970 - 1981, citando datos de Scheerenberg); (Lund, Dinamarca, 1985, entre otros).

Según un estudio realizado en España en 1988 por el Grupo AMAT de Sociología, también se ha registrado en Hospitales Psiquiátricos de media y larga estancia, un descenso de ingresos de pacientes jóvenes con grados de R.M. débil y moderado. (La población de pacientes con R.M. que permanece en tales centros, tienen una edad media de 47 años, -solo el 22,5% tiene 33 o menos-, llevan institucionalizados una media de 21 años, presentan graves incapacidades físicas asociadas a unos grados de retraso grave y profundo, o padecen importante minusvalía psíquica derivada de trastornos psiquiátricos sobreañadidos crónicos y deteriorantes). Se explica que tal descenso es quizá debido a la política de desinstitucionalización, normalización e integración promulgada en España y otros países, y a la aparición de los distintos Centros de Atención a Minusválidos Psíquicos y Centros Ocupacionales del INSERSO.

Estos datos nos hacen pensar ¿Donde se encuentran actualmente los pacientes jóvenes con R.M. leve o moderado que en otro tiempo quizá se hubiesen institucionalizado?

.Cuando una familia tiene un miembro con R.M. grave o profundo, se produce siempre un nivel de sobrecarga que dependerá por una parte de la flexibilidad de la estructura familiar para hacer frente al estrés, y por otra, de los recursos económicos de que disponga la familia para conseguir el cuidado del paciente. Además, en éstos casos no suele haber problemas insalvables para conseguir la institucionalización. El problema principal surge cuando el paciente presenta un grado de R.M. débil o moderado, se encuentra en una etapa clave del ciclo vital como es el inicio de la edad adulta y presenta un comportamiento disfuncional o un trastorno psiquiátrico añadido. En estos casos, el manejo del paciente en el medio familiar se hace difícil y en algunos momentos imposible. Cuando la familia, sobre todo si dispone de un nivel socioeconómico bajo, intenta buscar ayuda a través de los programas asistenciales disponibles encuentra que éstos son muy pocos y que el paciente “no reúne el perfil” para ser incluido en ninguno de ellos. Cuando estos pacientes se derivan a la U.S.M. del area, lo mas habitual es medicarles para conseguir controlar su sintomatología, pero a veces, ésta fracasa quizá porque no es la apropiada debido a dificultades diagnósticas, quizá porque el paciente rehusa tomar la medicación, quizá porque hay una serie de factores psicosociales que rodean al paciente que están contribuyendo a perpetuar dicha sintomatología. Si el ingreso en hospitales psiquiátricos de media o larga estancia se les niega por la política de desinstitucionalización actual, es entonces cuando la única salida disponible es acudir al Servicio de Urgencias de un Hospital General. Marcos et al.(USA, 1986), señalan que en la práctica , cuando uno de éstos pacientes acude al Servicio de Urgencias de un Hospital Municipal, se le ingresa con facilidad en Unidades Psiquiátricas de Agudos, pero que no resulta fácil darles de alta cuando no se dispone de medios asistenciales adecuados en la comunidad. La raíz del problema no es otra que la carencia de emplazamientos especializados en tratar a estos pacientes “doblemente diagnosticados”.

Actualmente, no existen en España Unidades de Hospitalización especiales para pacientes retrasados con problemas psiquiátricos o de conducta. Por otra parte, los distintos Centros de Atención a Minusválidos Psíquicos del INSERSO o

los distintos Talleres Ocupacionales creados para personas con R.M. son escasos y exigen como requisito indispensable para acceder a ellos que el posible candidato no presente ninguno de éstos trastornos que pueda impedir la convivencia pacífica entre sus miembros. Por otro lado, si bien el ingreso en la Unidad de Hospitalización Breve podría estar indicado durante cierto tiempo cuando el paciente con R.M. sufre una descompensación de un trastorno psiquiátrico concomitante grave, existe cierta proporción de pacientes ingresados con R.M. que no presentan ninguno de éstos trastornos psiquiátricamente definidos en las clasificaciones actuales. A lo largo de la transcurriencia del ingreso, el psiquiatra no encuentra patología alguna, o tan solo observa conductas mas o menos desadaptadas que a menudo parecen limitarse al contexto familiar.

Lund (1985), encontró que el 37,6 de los ingresos de éstas personas en Unidades Psiquiátricas generales no padecía ningún trastorno psiquiátrico. Los psiquiatras diagnosticaron “retraso mental” únicamente y las causas de tales ingresos fueron “trastornos de conducta”, sin que éste último constituyera un adicional diagnóstico al alta.

Davidson (1994), encontró que mas del 60% de los pacientes que acuden a un “Servicio de Intervenciones en Crisis” para personas con R.M., pueden necesitar tratamiento psicológico y/o medicamentoso, pero que no presentan ninguno de los trastornos psiquiátricos reconocidos según las clasificaciones internacionales actuales.

Marcos et al.(1986), califican como “pesadilla asistencial” el conflicto creado entre los distintos estamentos asistenciales existentes en USA a cerca de quien debe atender a los pacientes con R.M. que presentan problemas psiquiátricos o de conducta. Tanto los dispositivos de salud mental como los de integración social, refieren no estar preparados para atender éste tipo de demanda. Este conflicto es extrapolable a otros paises y por supuesto, también a España (Artigue, 1988; Revuelta, 1994).

El presente estudio, está realizado en uno de los hospitales donde con cierta periodicidad causan ingreso pacientes con R.M.: una Unidad Psiquiátrica de Hospitalización Breve de un Hospital General.

1.1 -- DEFINICIÓN DE RETRASO MENTAL

1.1.1 --DISTINGUIR CONCEPTOS:

Antes de exponer la definición del Retraso Mental, es necesario comprender adecuadamente y distinguir una serie de conceptos importantes:

1.1.1.1 -- DEFICIENCIA (Impairment):

Se refiere a la pérdida o anomalía en una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica, e implica consecuencias a nivel orgánico (OMS).

1.1.1.2 -- DISCAPACIDAD (Disability):

Toda restricción o ausencia, debida a la deficiencia, de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano, e implica consecuencias a nivel personal (OMS).

1.1.1.3 -- MINUVALÍA (handicap):

Situación desventajosa para un individuo determinado, que le limita o impide el desempeño de un papel determinado, normal para su edad, sexo y valores sociales y culturales. Son el resultado de las deficiencias y discapacidades, e implica consecuencias a nivel social (OMS).

1.1.1.4 -- MINUSVALÍA PSÍQUICA:

Desventaja social en varios roles de supervivencia atribuible a retraso mental, enfermedad neurológica, o a enfermedad psiquiátrica crónica grave. (Salvador). La minusvalía psíquica sería pues, el resultado común de un gran conjunto de procesos muy distintos en cuanto a su etiología, patogénia, síntomas presentados y tratamiento. No alude a si la causa de la misma es primaria como en el R.M. o si es adquirida o secundaria a una enfermedad psiquiátrica crónica (deterioro) o a un proceso orgánico (demencia).

1.1.1.5 -- DEMENCIA:

Según la CIE- 10, es un síndrome debido a una enfermedad del cerebro, generalmente de naturaleza crónica o progresiva, en la que hay déficits de múltiples funciones corticales superiores, entre ellas la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. La conciencia permanece clara. ...El requisito primordial para el diagnóstico es el deterioro tanto de la memoria como del pensamiento, suficiente como para interferir con la actividad cotidiana. El DSM-IV hace hincapié en el concepto de “deterioro”,

especificando que para diagnosticar la demencia es preciso que el nivel de funcionamiento a nivel cognitivo o de memoria observado en el individuo antes de la aparición del cuadro actual haya sido normal. Añade también, que para individuos menores de 18 años solo se realizará tal diagnóstico, cuando el cuadro en cuestión no pueda ser incluido satisfactoriamente bajo el diagnóstico de retraso mental

1.1.2 -- LAS 4 ÚLTIMAS DEFINICIONES DE

RETRASO MENTAL:

El Retraso Mental no es una enfermedad en el sentido de otras en la cual existe una determinada etiología, patogénia, signos anatomopatológicos o físicos determinados, curso, pronostico e incluso posible tratamiento.

Bajo el término “Retraso Mental” se engloba a un grupo muy heterogéneo de personas que tienen en común desde antes de la edad de 18 años, una pobre ejecución de los test de inteligencia establecidos y una falta de habilidad para hacer frente a las demandas de la vida cotidiana del modo que se espera que se haga en la cultura del grupo social al que pertenece el individuo.

El concepto de “Retraso Mental” ha variado mucho a lo largo de la historia. Cabe decir, por ejemplo, que a lo largo del periodo de tiempo que abarca el estudio realizado en ésta tesis doctoral , que como luego veremos comienza el 1 de agosto de 1987 y acaba el 31 de enero de 1995, (7 años y 6 meses), surgieron cuatro nuevas definiciones importantes:

1.1.2.1 -- 1987: LA AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION:

Revisa la 3ª Edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales y la vuelve a editar con los cambios pertinentes, surgiendo así la **DSM-III-R**. Sus criterios para el diagnóstico de R.M. son:

A. Capacidad intelectual general muy por debajo del promedio: un coeficiente intelectual (C.I.) de 70 o inferior obtenido mediante una prueba de inteligencia administrada de forma individual.

B. Existencia de un déficit o deterioro concurrentes en la capacidad adaptativa, por ejemplo, en la eficacia personal del niño para conseguir el rendimiento esperado por su edad y grupo cultural en áreas como habilidades sociales y responsabilidad personal, comunicación habilidad para resolver problemas cotidianos, independencia personal y autosuficiencia.

C. Comienzo antes de los 18 años

NIVELES DE GRAVEDAD:

Leve: CI de 50-55 a 70.

Moderado: CI de 35-40 a 50-55.

Grave: CI de 20-25 a 35-40

Profundo: CI por debajo de 25.

1.1..2.2 -- 1992: LA ASOCIACIÓN AMERICANA DE RETRASO MENTAL (AAMR):

Publica su 9ª Edición del Manual de Clasificación y Diagnóstico con el título: *“Retraso Mental. Definición, Clasificación y Sistemas de Apoyos”*. (Ver APENDICE N° 1) Propone una definición que puede considerarse un cambio de paradigma en la concepción del R.M. (Verdugo, 1994):

“Retraso Mental hace referencia a limitaciones substanciales en el funcionamiento actual. Se caracteriza por un *funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media*, que generalmente coexiste junto a limitaciones en dos o mas de las siguientes áreas de *habilidades de adaptación*: comunicación, auto-cuidado, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, tiempo libre y trabajo. El retraso mental se ha de manifestar *antes de los 18 años de edad*”.(Luckasson et al., 1992, p.1)

Con respecto al funcionamiento intelectual, difiere con la Asociación Americana de Psiquiatría en que sitúa el límite superior de lo que puede considerarse R.M. en 70 ó 75 puntos de CI. Este criterio ha suscitado críticas, pues si con el error estándar de 5 puntos de algunos test el límite superior puede llegar a 80, entonces se englobaría como retrasadas a un mayor número de personas.

Con respecto a que el R.M. se ha de manifestar antes de los 18 años de edad, coincide con lo establecido anteriormente por la AAP, y lo considera positivo en cuanto que de éste modo pueden recibir las ayudas establecidas para el R.M. muchos adolescentes, y por otro lado, también podrían beneficiarse aquellos otros que presentan tal retraso como consecuencia de accidentes o de abuso de sustancias tóxicas.

La AAMR enfatiza el concepto de “Conducta Adaptativa”, a la cual considera producto de la interacción del individuo - con un potencial intelectual limitado -, con el ambiente que le rodea. La conducta adaptativa está “desglosada” en 10 áreas:

1. Comunicación: incluye la habilidad para comprender y expresar la información a través de conductas simbólicas (ej: expresión facial, movimientos corporales y gestuales).

2. Autocuidado: Se refiere a las habilidades que incluyen alimentarse, vestirse, acicalamiento e higiene.

3. Vida en el hogar: se refiere al funcionamiento diario dentro de la casa: preparación de la comida, mantenimiento, cuidado, organización y seguridad de la casa, cuidado de la ropa, planificación y presupuesto para la compra.

4. Habilidades sociales: se refiere a la adecuación o inadecuación del comportamiento. Las conductas adecuadas incluyen entre otras: hacer amigos, cooperar con otros, honestidad, desarrollo de un papel apropiado.

5. Utilización de la comunidad: se refiere a la adecuación del uso de los recursos de la comunidad. Incluye viajes, compras, obtención de servicios de la comunidad.

6. Auto-dirección: se refiere a elecciones que un sujeto puede o debe hacer.

7. Salud y seguridad: se refieren al mantenimiento de su propio bienestar, como comer, identificar síntomas de enfermedad, tratamiento de las mismas prevención de accidentes, seguir reglas y leyes.

8. Habilidades académicas funcionales: se refieren a las habilidades cognitivas relativas al aprendizaje en la escuela. Escritura, lectura, conceptos básicos de matemáticas, etc.

9. Ocio y tiempo libre: hace referencia al desarrollo de intereses variados de tiempo libre y ocio, como entrenamiento individual y con otros. Reflejan

las preferencias y elecciones personales y , si la actividad pudiera ser realizada en público, las normas asociadas a la edad y a la cultura.

10. Trabajo: Se refiere al desempeño de un trabajo a tiempo parcial o a tiempo completo. Incluye competencia laboral específica, conducta social adecuada, habilidades laborales adecuadas, manejo de dinero y adecuada interacción con los compañeros de trabajo

La AAMR , es consciente de que el término “retrasado” se aplica a un grupo muy heterogéneo de personas, por tanto, las capacidades encontradas en los individuos pueden variar ampliamente. Una adecuada valoración del individuo, deberá realizarse en **4 dimensiones** :

Dimensión 1: Funcionamiento intelectual y habilidades adaptativas.

Dimensión 2: Consideraciones psicológicas y emocionales.

Dimensión 3: Consideraciones físicas, de salud y etiológicas.

Dimensión 4: Consideraciones ambientales

El proceso de evaluación de dichas dimensiones se realiza en un proceso de 3 pasos que se resume en el APÉNDICE N° 1.

La AAMR deja de utilizar los niveles de gravedad del R.M. leve, moderado, severo y profundo. En su lugar la clasificación la hace en relación a la **intensidad de los apoyos** que precisa el individuo:

Intermitente:

Apoyo “Cuando sea necesario”. Se caracteriza por su naturaleza episódica. Así la persona solo requiere apoyo de corta duración durante los momentos de transición del ciclo vital, o si suceden ciertos acontecimientos mas o menos estresantes como pérdida de trabajo, o de una persona querida, cambio de domicilio, etc.

Limitado:

Apoyos intensivos caracterizados por su consistencia temporal, por tiempo limitado pero no intermitente. Son ejemplos, el entrenamiento laboral por tiempo limitado, o apoyos transitorios durante el periodo de cambio de la vida escolar a la forma de vida adulta.

Extenso:

Apoyos a largo plazo y al menos en algunos entornos, como en el hogar y en la escuela.

Generalizado:

Apoyo intenso y constante en distintos entornos, de los cuales depende incluso la vida de la persona. Requiere la implicación de mas personal que los apoyos anteriores.

1.1.2.3 -- 1992: LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS):

Publica la 10ª Edición de la Clasificación Internacional de las enfermedades (CIE-10) con el título: *“The ICD-10 Classification of mental and Behavioural Disorders: Diagnostic criteria for research”*.

GRADOS DE R.M.:

“Si se utilizan test de CI de un modo adecuado, los rangos:

50 al 69 corresponde a un **R.M. leve**”.

35 al 49 “ “ a un **R.M. moderado**

20 al 34 “ “ a un **R.M. grave**

CI menor de 20 corresponde a un **R.M. profundo**

F78 OTRO RETRASO MENTAL: Esta categoría debe usarse cuando la evaluación del grado de R.M. es especialmente difícil o imposible de establecer mediante los procedimientos habituales debido a la presencia de déficits sensoriales o físicos, tales como ceguera, sordomudez, y en personas con trastornos graves del comportamiento e incapacidad física.

F79 RETRASO MENTAL SIN ESPECIFICACIÓN: En éstos casos hay evidencia de un R.M., pero con información insuficiente como para asignar al enfermo a una de las categorías anteriores

Coincide con la AAMR en la necesidad de un sistema multiaxial de evaluación y nuevas investigaciones para desarrollar un “sistema por separado”. (“...La política seguida en el capítulo V de la CIE-10 con respecto al R.M. ha sido darles tratamiento tan breve y sencillo como fuera posible, reconociendo que solo un sistema multiaxial comprensivo puede hacer justicia a este punto. Es necesario desarrollar un sistema por separado y ya se han iniciado investigaciones para hacer propuestas de aplicación internacional”...).

No adopta, sin embargo, la clasificación de la AAMR basada en la intensidad de los apoyos y continúa con la clasificación tradicional.

Añade un cuarto dígito para especificar si existe o no un trastorno de comportamiento añadido.

1.1.2.4 -- 1994: ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA:

Publica la 4ª Edición de su “*Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*” (DSM-IV)

En cuanto al CI, mantiene el límite superior en “aproximadamente” 70.

En cuanto a la Conducta Adaptativa, adopta los criterios de la AAMR, arriba señalados, en cuanto que debe existir déficit en 2 o más áreas de las 10 habilidades adaptativas que se especifican.

En cuanto a límite de edad, coincide con las demás clasificaciones en que el diagnóstico deberá haber sido hecho antes de los 18 años.

No adopta, sin embargo la clasificación de la AAMR en cuanto a la desaparición de los niveles de retraso débil, moderado, grave y profundo, sino que los mantiene, alegando que tales grados no son exactamente equiparables con los grados intermitente, limitado, extenso y generalizado que señala la AAMR relacionada con los apoyos. También señala que la utilización de tal clasificación entraría en “conflicto” con la definición legal de “Minusvalía” (Developmental disabilities) en la legislación americana (Public Law 95-602 (1978), que se basa en criterios funcionales e incluye también incapacidades físicas.

En el apartado de “ OTROS ESTADOS QUE PUEDEN REQUERIR ATENCIÓN MÉDICA”, incluye la **CAPACIDAD INTELECTUAL LÍMITE**: esta categoría debe usarse, cuando la demanda de ayuda o tratamiento está relacionada con una capacidad intelectual en los límites de la normalidad, es decir, con un **CI entre 71 y 84**. El diagnóstico diferencial entre ésta categoría y el retraso mental, es especialmente difícil cuando coexiste con ciertos trastornos mentales, (ej. la esquizofrenia).

1.1.3 -- DIRECTRICES ACTUALES EN EL CONCEPTO DE RETRASO MENTAL:

1.1.3.1 -- EL CONCEPTO “ECOLÓGICO” Y “SISTÉMICO” DE R.M.:

La manifestación de R.M. es el producto resultante de la interacción entre un individuo con unas funciones cognitivas mas o menos inferiores a una determinada cifra estándar, con el entorno social en el que vive. Una misma persona podría considerarse retrasada en grado débil o moderado en el seno de una cultura compleja y con alto nivel de exigencias académicas, y no ser considerada como tal en un ambiente donde la forma de vida fuera mas sencilla y las exigencias académicas menores (Luckasson et al., AAMR, 1992; CIE-10, 1992; Verdugo, España, 1994)

1.1.3.2 -- EL CONCEPTO DE R.M. COMO ENTIDAD “NO PERMANENTE”:

En algunos casos una persona puede ser diagnosticada de “Debilidad Mental” en la escuela, y al llegar a la vida adulta estar bastante adaptado en el medio ambiente habitual en el que se desenvuelve. En éste caso la etiqueta de “retrasado” no tendría sentido. (CIE-10, OMS,1992; DSM-IV, 1994; Luckasson et al.,AAMR, 1992; Verdugo, España, 1994)

1.1.3.3 -- NUEVA CONSIDERACIÓN DEL CONCEPTO DE “CONDUCTA DESADAPTATIVA”:

Lo que siempre se ha llamado conducta desadaptativa, se considera ahora como una respuesta del individuo a las condiciones ambientales y, en algunos casos, como una determinada forma de “comunicar algo” ante la falta de adquisición de otros modos de hacerlo.

Greenspan y Granfield (1992), critican éste constructo y proponen cambiarlo por un modelo de “competencia general” (“*general competence*”) que se subdivide en competencia instrumental y competencia social. Este modelo está basado en la división tripartita realizada por Thorndike (1920) que postulaba tres facetas en la inteligencia: la inteligencia abstracta, la mecánica y la social.

1.1.3.4 -- AMPLIACIÓN DEL CONCEPTO DE “INTELIGENCIA” Y DISMINUCIÓN DEL PESO OTORGADO A LOS TEST QUE ACTUALMENTE LA MIDEN:

Algunos autores proponen reetiquetar los test de Coeficiente de Inteligencia como test de habilidades escolares o de aptitudes académicas, dado que se considera ampliamente sesgado en éste sentido e impregnado de contenido “cultural”. Sería tan solo el índice numérico obtenido al realizar una determinada batería de pruebas. Mediría la “inteligencia académica”.

La “inteligencia general”, sería un concepto mucho mas amplio que la inteligencia académica y englobaría además otros 2 tipos que muchos autores, como Sternberg en 1994, denomina “inteligencia social”, e “inteligencia práctica”.

La “inteligencia social” incluye la capacidad para actuar adecuadamente en las relaciones humanas y la existencia de habilidades interpersonales apropiadas.

La “inteligencia práctica” incluye las competencias de la vida diaria, y la capacidad para adaptarse con éxito a los distintos entornos y para mostrar la suficiente destreza en el entorno de uno mismo.

En 1989, Gardner y Hatch sugirieron que existían 7 tipos de inteligencia:

1. Lógica-matemática.
2. Lingüística.
3. Musical
4. Espacial.
5. Corporal-kinestésica.
6. Interpersonal.
7. Intrapersonal.

1.2 -- DIFICULTADES EXISTENTES PARA EL ESTUDIO DE LA CONDUCTA Y PSICOPATOLOGÍA DE LAS PERSONAS CON RETRASO MENTAL:

A éste respecto, existen una serie de dificultades señaladas por distintos autores:

1.2.1 -- FALTA DE UN CONSENSO TERMINOLÓGICO INTERNACIONAL ADECUADO PARA LA DENOMINACIÓN CONDUCTUAL DE LAS PERSONAS CON R.M.:

La Asociación Americana de Retraso Mental (AAMR) señala en su manual de 1992, las enormes dificultades existentes para la evaluación de los problemas comportamentales en las personas retrasadas, debidos a la falta de un consenso terminológico internacional adecuado. Señala que si algunas de éstas conductas están dentro del contexto de una patología psiquiátrica determinada, otras deben ser consideradas “normales” en el contexto ambiental del sujeto. Para intentar diferenciarlas será necesario profundizar en sus posibles causas.

En los distintos estudios y tratados, el término “**Trastorno de conducta**”, por ejemplo, se utiliza de un modo intercambiable con los términos “**trastorno de comportamiento**”, “**conducta desadaptada**” o “**desadaptativa**”, “**conducta disruptiva**”, “**personalidad disfuncional**”. Tales denominaciones

plantean problemas diagnósticos y metodológicos importantes, pues se utilizan en algunos estudios como sinónimo de trastorno mental, sin embargo en otros se critica éste uso y se resalta que tales formas de comportamiento no siempre forman parte de alguna categoría diagnóstica definida. Algunos psiquiatras pues, ante tales pacientes utilizan el “diagnostico dual” de “trastorno de conducta” y “R.M.” Otros sin embargo, tan solo diagnostican “R.M.” considerando éstos comportamientos inherentes o propios de tal retraso.

1.2.2 -- LA FALTA DE UNA PROTOCOLIZACIÓN CONSENSUADA INTERNACIONALMENTE PARA LA EVALUACIÓN CONDUCTUAL DE LAS PERSONAS CON R.M.:

La CIE-10, 1992, señala que “...solo un sistema de evaluación multiaxial puede hacer justicia en éste punto. Es necesario desarrollar un sistema por separado y ya se han iniciado investigaciones para hacer propuestas de aplicación internacional...”. (pp.42) “...las dificultades de comunicación en éstos enfermos, hacen necesario para efectuar el diagnostico, confiar mas de lo habitual en los síntomas objetivos, tales como, en el caso de un episodio depresivo, la inhibición psicomotriz, la disminución de apetito y del peso y los trastornos del sueño...”(pp. 278).

La AARM (Washington DC, 1992), desarrolló un protocolo con tal fin que ya se ha referido aquí con anterioridad (pp. 10).

1.2.3 -- LA FALTA DE UNOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS VALIDADOS INTERNACIONALMENTE QUE TENGAN MAS EN CUENTA LA PSICOPATOLOGÍA PRESENTADA POR LAS PERSONAS RETRASADAS EN SUS DISTINTAS FORMAS Y MATICES.

Los criterios diagnósticos utilizados en los trabajos realizados a cerca de la patología psiquiátrica en personas con R.M. utilizan los de las últimas revisiones de la AAP o de la OMS pero introduciendo algunas modificaciones *ad hoc*. Tales modificaciones tienen como objetivo, adaptar los criterios diagnósticos utilizados a la población objeto de estudio que presenta R.M. en sus diferentes grados. Esta costumbre presenta problemas de validez diagnóstica, pero refleja una realidad: Los criterios diagnósticos actuales no siempre son aplicables a personas con un R.M. de base. Su utilidad es menor conforme es menor también el nivel intelectual de los pacientes retrasados. (Sturmey, 1995)

Diferentes autores comentan en sus estudios, a éste respecto, las siguientes cuestiones:

“...¿Cuándo y como podrían modificarse los criterios diagnósticos estandarizados actuales para que tuviesen en cuenta los distintos aspectos del desarrollo como el lenguaje, el pensamiento simbólico, etc.? ... Si trastornos psiquiátricos específicos se diagnostican con criterios estandarizados, ¿Se podría considerar que los mecanismos psicopatológicos implicados son los mismos en las personas retrasadas que en la población general?... (Bregman, J. , 1991).

“...La coexistencia de R.M. y de enfermedad mental en un mismo individuo, constituye un reto tanto para el diagnóstico, como para el tratamiento. Esta dificultad reside entre otras razones, en la complejidad del concepto de enfermedad mental, en la ausencia de investigaciones definitivas en ese terreno, en la escasa consistencia de las técnicas diagnósticas habituales, y en la inadecuada clasificación y confusión conceptual existente. Sin embargo, el hecho es que entre un 20% y un 35%

de personas no institucionalizadas con R.M. suelen ser diagnosticadas como “Retraso Mental/Enfermedad Mental”... (Verdugo, S. Cero pp.17)

“...¿ Podrían considerarse ciertos hallazgos clínicos en personas retrasadas, como la hiperactividad, la escasa tolerancia a la frustración, inestabilidad emocional, movimientos estereotipados, escasas habilidades sociales, etc., como síntomas de una patología neuropsiquiátrica asociada, mas que a signos directamente asociados con dificultades cognitivas y de adaptación?” (Bregman,1991)

Menolascino, en 1991, recalca la necesidad de una aproximación causal a éstas conductas, diferenciando aquellas relacionadas con una patología psiquiátrica concomitante, de las atribuibles a la propia etiología del R.M. o a factores ambientales o del desarrollo.

Revuelta (1994), subraya “...La considerable cantidad de malentendidos en cuanto a lo que constituye enfermedad mental en una persona con R.M...”

1.2.4 -- LA RETICENCIA DE ALGUNOS PROFESIONALES A AÑADIR UN DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO AL DE R.M.:

Muchos autores consideran que un diagnóstico psiquiátrico adicional acarrearía una mayor estigmatización de la persona retrasada (Revuelta), y se le excluiría del beneficio de ser incluido en los distintos programas de educación y centros ocupacionales creados para ellos (Bregman y Harris, 1995), pues “...sigue dominando el prejuicio de la incurabilidad psíquica y conductual de todo deficiente, cuando muchos subnormales responden excelentemente a diversas técnicas...”(Fierro, “*La Transformación de la Asistencia Psiquiátrica*”, España, 1980). Tal “prejuicio” o “creencia” también la señala Davidson en USA en 1994.

1.2.5 -- EL PROBLEMA DE LA ETIQUETA ÚNICA “R.M.” PARA UN GRUPO TAN DISTINTO DE PERSONAS:

El término “Retraso Mental” se aplica a un grupo de personas muy distintas entre si que tienen en común el resultado pobre en la ejecución de unos determinados test que miden el CI, y una limitada capacidad para hacer frente a las exigencias habituales de la vida cotidiana. Y pueden ser tan distintas, que solo en trastornos genéticos asociados a R.M. se conocen ya mas de 500 tipos. Sus manifestaciones conductuales serán diferentes según sea la relación entre su alteración genética de base y sus experiencias vitales .

Precisamente, los diferentes resultados obtenidos en los distintos estudios en cuanto a la prevalencia de los distintos trastornos psiquiátricos en las personas con R.M. surgen al incluir en dichos estudios a todas las personas con R.M. con sus distintas edades, niveles de retraso, etiologías, etc., como si fueran un grupo homogéneo. (Nezu, 1992)

1.2.6 -- EL TÉRMINO “DIAGNOSTICO DUAL”:

Se denomina así a la coexistencia de R.M. y algún otro trastorno psiquiátrico en un mismo individuo.

La utilización de éste concepto se está haciendo habitual sobre todo en países anglosajones. Al parecer éste término nació con propósitos de tipo administrativo y político: en algunos estados de Norteamérica no puede prescribirse medicación psicotrópica a individuos cuyo diagnóstico es exclusivamente el de R.M. Es un requisito imprescindible especificar otro diagnóstico psiquiátrico. También parece que pueden presentarse problemas a la hora de cobrar la factura a un paciente que ha estado ingresado y cuyo diagnóstico fue solo el de R.M. (Vitiello, 1992).

El término “diagnóstico dual” ha sido muy criticado. Por una parte, se aduce que el empleo de tal término “ha conducido al uso de prácticas discriminatorias al excluir a estos pacientes de programas, conducirles a clínicas segregadas y hacerles caer en el engranaje entre servicios de salud mental y de R.M.” (Bregman y Harris, 1995). Por otro lado, puede conducir a error, porque también se ha denominado así en otro campo de la psiquiatría a los pacientes en los que coexiste el alcoholismo y algún otro tipo de trastorno psiquiátrico.

1.3. -- PSICOPATOLOGÍA EN EL R.M.

1.3.1 -- LA CONDUCTA NORMAL Y LA PATOLÓGICA EN EL RETRASO MENTAL.

El concepto “normal” está íntimamente relacionado con lo que es intrínseco o habitual en una persona, animal, o cosa, y dentro de un contexto determinado. En el contexto de la conducta humana, lo que es mas o menos normal es un término ambiguo que se mueve en un continuum cuyos limites superior e inferior son a menudo resbaladizos y no claros.

De hecho, el término “trastorno” utilizado en las clasificaciones psiquiátricas actuales, es un concepto impreciso y ambiguo , “...se usa para señalar la presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren con la actividad del individuo” (CIE-10, 1992) . “...el término “trastorno mental” implica la dicotomía reduccionista y anacrónica mente/cuerpo, cuando existe consenso en que hay mucho de “físico” en los trastornos mentales y mucho de “psíquico” en las enfermedades físicas. Tampoco éste término tiene límites precisos ni una definición consistente y operativa que pueda abarcar todas las situaciones...Desafortunadamente el término persiste ante la falta de un sustituto mas adecuado...” (DSM-IV, 1994).

Lo que se considera o no normal en las personas con R.M. es un tema muy discutido. De hecho, conductas que en una persona no retrasada serían claramente anormales, en el caso de un paciente con R.M. pueden no serlo. A veces el problema es distinguir cuando una conducta indeseable o desadaptada -a menudo diagnosticada como un proceso psicótico, o como un trastorno de conducta -, es una forma de

reaccionar o de comunicar algo ante un conflicto determinado, que surge ante la incapacidad para saber hacerlo de otra manera por la escasez de recursos intelectuales o físicos, o constituye un signo de un trastorno o enfermedad mental.

“La conducta desadaptada”, es sin embargo, uno de los factores primordiales de riesgo de institucionalización en las personas con R.M.(Black et al.(1985); Davidson, (1995), entre otros).

1.3.1.2-- “DÉBIL ARMÓNICO” / “DÉBIL DISARMÓNICO”:

Ya en los años 60, Vermeylen y Simon distinguieron 2 tipos de personas con “debilidad mental” :

El “débil armónico”, en el cual el R.M. no se complica con ningún trastorno de comportamiento, mostrándose éste dentro de un cierto equilibrio. Se le llama también, “débil equilibrado” o “débil utilizable”, pues es capaz de aprovechar sus reducidas capacidades dentro de un determinado grupo social o profesional.

El “débil disarmónico”, en el cual el R.M. se complica con trastornos afectivos o del comportamiento, pudiendo presentar distintos cuadros como inestable, excitado, apático, pueril, emotivo, etc. Señalan que ésta asociación puede darse aproximadamente en el 50% de los casos.

1.3.1.2 -- CIE-10: CON “TRASTORNO DEL COMPORTAMIENTO” / SIN “TRASTORNO DEL COMPORTAMIENTO”:

La CIE 10, al distinguir entre los distintos grados de R.M., añade un cuarto carácter que hace referencia a si existe o no en el paciente retrasado un trastorno del comportamiento, -pero no especifica las distintas modalidades de “deterioro” con que nos podemos encontrar -:

F7x.0 Con deterioro del comportamiento mínimo o ausente.

F7x.1 Con deterioro del comportamiento importante que requiere
atención o tratamiento

F7x.8 Con otros deterioros del comportamiento.

F7x.9 Sin alusión al deterioro del comportamiento.

1.3.1.3 -- VINELAND: “CONDUCTA ADAPTATIVA” / “CONDUCTA DESADAPTATIVA”:

El Test de Conducta Adaptativa de Vineland (USA, 1984) define la “Conducta adaptativa” como “el desarrollo de las actividades cotidianas imprescindibles para una adecuada suficiencia personal y social”. Señala que dichas actividades están siempre relacionadas con la edad de la persona, y a patrones estándares de conducta de otras personas, y que se refiere a lo que el individuo suele

hacer en su vida cotidiana, y no a si es capaz o no de poder hacerlo. Se trataría de medir si existe o no déficit y en su caso, el grado del mismo.

Considera “Conducta desadaptada”, a comportamientos “indeseables” que la persona manifiesta de vez en cuando. Dicho comportamiento puede medirse administrando una escala suplementaria de 36 ítems

1.3.2 -- LA PREVALENCIA Y LA CUALIDAD DE LOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN EL RETRASO MENTAL:

La prevalencia de trastornos psiquiátricos en las personas con R.M. es 3 ó 4 veces mayor que en la población general (CIE-10, DSM-IV). Entre uno y dos tercios de las personas con R.M. que viven en la comunidad presentan algún grado significativo de psicopatología (la prevalencia varía de unos estudios a otros entre el 30 y el 42%). Es mayor del 50% en los pacientes institucionalizados, de los cuales entre un 8 a 15% se les considera como trastornos graves. (Vitiello, (1992), citando el libro de Parson, May y Menolascino de 1984).

La prevalencia de psicopatología correlaciona con el grado de R.M., siendo mayor conforme es mayor también el grado de retraso de los individuos, o dicho de otro modo: la prevalencia de psicopatología aumenta conforme el coeficiente intelectual (CI) disminuye.

La variación encontrada en dicha prevalencia y el tipo de trastornos diagnosticados depende de los métodos de valoración empleados, de los criterios

diagnósticos utilizados, de las distintas formas de R.M. que predominan en las muestras estudiadas y de las distintas fuentes utilizadas para la recogida de datos, (Nezu, 1992, entre muchos otros). La muestra, por ejemplo, puede estar obtenida de la comunidad, de pacientes que utilizan algún tipo de servicio para deficientes, de pacientes institucionalizados en centros de media o larga estancia -algunos de ellos gravemente incapacitados físicamente con bajo C.I., o con algún trastorno psiquiátrico crónico y deteriorante-, de pacientes en edades comprendidas entre la primera infancia y mayores de 65 años (Jacobsson 1990), de pacientes que han sido derivados por el médico de Atención Primaria a la Unidad de Salud Mental, etc. Borthwick-Duffy y Eyman (1990), señalan que mientras se sigan estudiando muestras de pacientes obtenidas de aquellos que solicitan asistencia psiquiátrica, las muestras estarán sesgadas y la prevalencia encontrada será una “prevalencia administrativa”, entendida por Kushlick (1974), como aquellas obtenidas de muestras de individuos que han sido identificados a causa de recibir servicios de “agencias” determinadas.

Existe consenso en que las personas con R.M. pueden padecer cualquiera de las categorías diagnósticas que se han descrito en las personas no retrasadas; sin embargo, la “cualidad” o el modo de manifestación de una determinada categoría difiere notablemente en función del grado de retraso y del distinto desarrollo de funciones específicas, como el habla, la motricidad, etc. Dentro de un síndrome determinado y conocido, como por ejemplo el de Down, con una clara etiología genética, hay unas manifestaciones conductuales propias, y otras no tanto, que incluso pueden encuadrarse dentro de una categoría psiquiátrica determinada como puede ser, por ejemplo, la depresión. Sin embargo, hay casos en los que se desconoce una clara etiología, como en muchísimos pacientes con grados leves de R.M.

En el caso de las personas con R.M. leve, -que constituyen las tres cuartas partes de la población con R.M.-, las manifestaciones de la psicopatología presentada difiere de la encontrada en las personas no retrasadas bastante menos de lo

que difiere la encontrada en grados mas graves o severos de retraso.(CIE-10 pp. 280, Bouras & Drummond, 1992, entre otros muchos).

Para explicar la alta prevalencia y la posible patogénia de trastornos psiquiátricos en las personas con R.M. es necesario tener en cuenta por una parte, las variables que a menudo inciden sobre su ciclo vital, y por otra una serie de posibles factores de riesgo.

1.3.3 -- CICLO VITAL : ALGUNAS VARIABLES “DISTINTIVAS”:

A lo largo del ciclo vital, una persona con R.M. se ve sometida a una serie de variables que de algún modo son distintas a las de las personas sin R.M. La limitación de las funciones cognitivas origina una escasa capacidad de demora de la gratificación y una falta de control de los impulsos . Por otro lado los padres reaccionan a menudo ante un hijo con R.M. con una sobreprotección que a veces engloba ciertas dosis de rechazo. Si la sobreprotección impide el desarrollo de las habilidades que potencialmente puede disponer una persona para hacer frente a las exigencias de la vida, y en las personas con R.M. éstas están limitadas a causa de unas funciones cognitivas disminuidas, se crea un circulo vicioso que va a originar mayores limitaciones. El rechazo social que padecen, es otra variable importante que produce situaciones de aislamiento y resentimiento hacia los demás. Todos éstos factores provocan - dependiendo de la capacidad de introspección y de “darse cuenta” de que disponga la persona -, una baja autoestima que se une a la insatisfacción con la propia apariencia física, una represión de su curiosidad e imaginación disponibles, un exceso de dependencia de sus cuidadores, y una falta de motivación para realizar actividades nuevas. De éste modo, la persona con R.M puede desarrollar una “personalidad

disfuncional”, siendo los rasgos encontrados por diversos autores la inestabilidad emocional, conducta agresiva e introversión (Bregman y Harris, 1995).

1.3.4 -- FACTORES DE RIESGO:

Nezu (1992), elabora una lista de 12 factores obtenida de diferentes estudios, que podrían explicar la alta prevalencia de trastornos psiquiátricos en las personas con R.M.:

1. Nivel socioeconómico bajo.
2. Mayor prevalencia de incapacidades físicas.
3. Mayor prevalencia de epilepsia.
4. Alto nivel de estrés maternal y familiar.
5. Alta prevalencia de lesiones cerebrales.
6. Alta prevalencia de trastornos del lenguaje y de la lectura.
7. Carencia de oportunidades para aprender estilos apropiados de relacionarse.
8. Alta prevalencia de anormalidades cromosómicas, enfermedades metabólicas e infecciones.
9. Alta prevalencia de institucionalización.
10. Alta prevalencia de problemas en el desarrollo emocional y de la personalidad.
11. Mayor vulnerabilidad a los acontecimientos estresantes.

1.3.5 -- PSICOPATOLOGÍA ASOCIADA A ALGUNAS FORMAS DE R.M. DE ETIOLOGÍA GENÉTICA:

Ya se ha comentado, que solo en trastornos genéticos asociados con R.M. existen mas de 500. Conforme avanza los conocimientos en genética el número de éstos trastornos aumenta, pudiendo ser muy aclarador para la enorme cantidad de grados de R.M. ligeros cuya etiología actualmente es “desconocida”. Se conocen, no obstante algunas formas de R.M. con una reconocida y específica etiología que presentan a su vez, formas propias de desarrollo cognitivo, lenguaje y habilidades sociales. Así mismo se encuentran asociados a formas específicas de psicopatología (Bregman y Harris, 1995):

1.3.5.1 -- SÍNDROME DE DOWN:

En el Síndrome de Down, la prevalencia de psicopatología es mucho menor que en otras formas de retraso. Se les ha descrito como cariñosos y habitualmente bien adaptados a su medio; sin embargo, pueden sufrir depresión mayor, incluso con ideación suicida, trastornos de conducta, brotes psicóticos y sobre todo demencia tipo Alzheimer.

1.3.5.2 -- SÍNDROME X FRAGIL:

En el Síndrome X fragil, se ha encontrado que en tres cuartas partes de los pacientes se encuentra asociado un Síndrome con déficit de atención con

hiperactividad (ADHD). También se encuentran asociados conducta estereotipada y repetitiva -sobre todo en el lenguaje-, aversión social, autolesiones y agresión hacia los demás.

1.3.5.3 -- SÍNDROME DE PRADER--WILLI:

En el Síndrome de Prader-Willi, existe ansiedad, miedo, escasa tolerancia a la frustración, terquedad, y conducta compulsiva sobre todo hacia la comida en sus aspectos de búsqueda continua e ingestión de grandes cantidades de la misma. En al menos un 50% de los que padecen éste síndrome, existen criterios para el diagnóstico de un trastorno psiquiátrico.

1.3.6 -- ¿ EXISTEN ALGUNOS TRASTORNOS PSQUIATRICOS EXCLUSIVOS DEL R.M.?

Para algunos autores, existen trastornos psiquiátricos que parecen ser exclusivos del R.M.:

1.3.6.1 -- LA CONDUCTA AUTOMUTILADORA PERSISTENTE:

La Conducta Automutiladora Persistente, que se da en formas severas de R.M., algunos la consideran un fenómeno exclusivo de ésta categoría diagnóstica (retraso mental), que no se da en personas no retrasadas y que todavía no ha sido bien definido e investigado.

1.3.6.2 -- EL TRASTORNO HIPERCINÉTICO CON RETRASO MENTAL Y MOVIMIENTOS ESTEREOTIPADOS (CIE-10-F84.4):

“...los niños con R.M. (CI < 50), con problemas importantes de hiperactividad y déficit de atención tienen con frecuencia un comportamiento estereotipado. Además éstos niños no suelen beneficiarse de un tratamiento con fármacos estimulantes (al contrario de aquellos con CI normal), al que pueden responder con reacciones disfóricas intensas, (a veces con inhibición psicomotriz), y en la adolescencia la actividad parece ser reemplazada por una hipoactividad (una forma que no es frecuente en los niños hipercinéticos con inteligencia normal).”

1.3.7 -- EL TRASTORNO PSIQUIÁTRICO SOBREAÑADIDO AL R.M.: DIFICULTADES DIAGNÓSTICAS:

A la hora de valorar la posibilidad de un **diagnóstico psiquiátrico** en un paciente con R.M, los distintos autores coinciden en la dificultad de realizar un diagnóstico psiquiátrico en pacientes con grados severos y profundos de R.M., sobre todo los que tiene relación con determinadas manifestaciones relacionadas con el pensamiento y la expresión verbal (Reid, 1982, entre otros). Se denuncia, no obstante, que los trastornos psiquiátricos en las personas con R.M. estarían **infradiagnosticados** (Bregman, 1995). Se ha señalado repetidamente la tendencia existente entre los profesionales a considerar un determinado tipo de conducta indeseable como una manifestación mas, del retraso que padece la persona, y a desechar la posibilidad de que tal conducta sea la manifestación de un trastorno psiquiátrico añadido.(Reiss, Alford, entre otros). Esta tendencia sería sobre todo mas evidente en los casos con

R.M. graves o severos, tras la asunción de que unas limitadas funciones cognitivas impedirían los procesos psicológicos necesarios para desarrollar un trastorno psiquiátrico. La conducta indeseable, tendría pues, según ésta creencia, una base orgánica.

En el caso de los pacientes con R.M. débil o incluso moderado, tal tendencia coexistiría, sin embargo, con la de **sobrediagnosticar**, sobre todo los procesos psicóticos. Una conducta aparentemente caótica puede ser la manifestación de un trastorno adaptativo ante un determinado acontecimiento vital, a menudo leve, pero no fácilmente “asimilable” por la persona retrasada. Muchos diagnósticos como “trastorno psicótico inespecífico” o “esquizofrenia”, serían en realidad trastornos adaptativos semejantes a “descompensaciones psicóticas” ante la mayor vulnerabilidad emocional de éstas personas.(Alonso Fernandez, 1979; Bregman pp.2224,1995; Revuelta,1994; Crews, 1994, entre otros muchos)

Davidson (1994), encontró que el 60% de personas con R.M. que recibían asistencia de “Intervención en Crisis” de los Servicios de Salud Mental de N.York, no presentaban ningún diagnóstico psiquiátrico según criterios DSM-III-R.

1.3.8 -- INSTRUMENTOS DE MEDIDA:

Durante éstos últimos años se han desarrollado varios tipos de instrumentos para valorar la psicopatología de los pacientes con R.M. Parece existir cierto consenso en que todos deberían ser perfeccionados y validados tras su aplicación a muchos mas grupos de pacientes con R.M. "... ¿Los instrumentos de medida empleados para valorar la psicopatología presentada en la población general son también válidos y aplicables en las personas retrasadas?..." (Bregman, J. , 1991).

Algunos de los instrumentos utilizados son:

- ◆ "PIMRA".
- ◆ "Reiss Screen for maladaptive behavior".
- ◆ "Aberrant Behavior Checklist"(ABS) .
- ◆ "Emotional Disorder Rating Scale for Developmental Dissabilities" (EDRS-DD).
- ◆ "Inventory for Client Agency Planning (ICAP).
- ◆ "Self-Report Depression Questionary (SRDQ).
- ◆ "AAMR Adaptative Behavior Scale " (AAMR--ABS Scale).
- ◆ "Diagnostic Assessment for the Severely Handicapped Scale" (DASH).
- ◆ "Clinical Psychopathology Mental Handicap Rating Scale".
- ◆ "Psychiatric Assessment Schedule for Adults with a Developmental Disability (PAS-ADD).

- ◆ “Clinical Interview Schedule-Mental Handicap” (CIS-MH).
- ◆ “Disability Assessment Schedule”(DAS) de Holmes y cols.
- ◆ “Problemas de conducta de la adaptación española del Inventario para la Planificación de Servicios y Programación individual” (ICAP).

1.3.9. -- LOS TRASTORNOS MENTALES EN EL R.M. SEGÚN

LA LITERATURA:

En éste apartado no se pretende realizar un tratado exhaustivo de “todo” lo que se conoce a cerca de “todas” las manifestaciones conductuales mas o menos anormales que pueden darse asociadas al R.M. Se trata tan solo de exponer brevemente algunas ideas de los distintos trastornos psiquiátricos, - según la denominación de las clasificaciones actuales -, tal y como la contemplan diferentes autores que han estudiado el tema de la psiquiatría en el R.M. en los últimos años.

En éste apartado se da preferencia a los trastornos psiquiátricos observados principalmente en personas con grados ligeros de R.M. y se excluye también la psicopatología infantil. El motivo es no sobrepasar los límites del presente estudio, puesto que en la muestra estudiada no existen menores de 16 años, ni pacientes con niveles graves o profundos de R.M.

1.3.9.1 -- TRASTORNO DE CONDUCTA:

El término “trastorno de conducta” cuando se aplica a un paciente con R.M. resulta ser uno de los principales conceptos en los que mas se manifiesta la falta de un consenso terminológico internacional adecuado.

Lo que se entiende por “Trastorno de Conducta “ en las personas retrasadas parece en los distintos estudios estar a “años luz” de lo que se entiende como tal en las personas no retrasadas. En clasificaciones diagnósticas vigentes (CIE-10, y DSM-IV) el trastorno de conducta se encuadra dentro de los trastornos psiquiátricos del niño y del adolescente, apuntando que si el paciente tiene mas de 18 años se considerará el paso de éste diagnóstico al de “trastorno de personalidad antisocial”. Aunque por otro lado se dice que podrá mantenerse el diagnóstico primitivo si la persona no reúne los criterios para realizar tal cambio de denominación, el término “trastorno de conducta” sigue aplicándose en el paciente adulto con R.M. con una frecuencia superior a lo que se aplica en los adultos no retrasados (Reid, 1982). Las alusiones realizadas en éstas clasificaciones a los pacientes con R.M. son escasas, puntuales y a menudo ambiguas:

El término “trastorno de conducta” fue introducido por vez primera en 1980 por la Asociación Americana de Psiquiatría en el DSM-III tras observar determinados modelos de conducta antisocial presentada por muchos adolescentes. Distinguieron 4 tipos: socializado, no socializado, agresivo y no agresivo.

En 1987, el DSM-III-R distingue 3 tipos: solitario o no socializado, en grupo o socializado y tipo indiferenciado.

La CIE- 10 (1992) distingue 6 tipos de trastornos de conducta o “disociales”: limitado al contexto familiar, en niños no socializados, en niños socializados, trastorno disocial desafiante y oposicionista, otros trastornos disociales y trastorno disocial sin especificación.

En 1994 el DSM-IV considera el trastorno de conducta como un “disruptive behavior disorder” y distingue 2 formas según el consenso general de que cada una de ellas es una categoría distinta en términos de etiología, sintomatología y pronóstico: la forma que tiene su inicio en la niñez (antes de los 10 años de edad) y la que tiene su inicio en la adolescencia (después de los 10 años de edad).

Además de describir los criterios diagnósticos, hace una serie de puntualizaciones en las que podría aludirse a las personas con R.M.:

- A partir de los 18 años se podrá seguir manteniendo éste diagnóstico, solo si no se reúne los criterios de “Trastorno de Personalidad Antisocial”.
- El diagnóstico de trastorno de conducta solo se aplicará si tal comportamiento es sintomático de una manifiesta disfunción del individuo, y no una mera forma de reaccionar a un contexto social determinado.
- El diagnóstico de trastorno de conducta debe tener en cuenta el grado de desarrollo del individuo.
- El trastorno de conducta puede estar asociado a un CI inferior a la media (DSM-IV), y a retraso mental, en una proporción mayor a lo que podría deberse al azar (Kaplan VI edición)

- El trastorno de conducta puede asociarse a trastornos del aprendizaje, (las realizaciones académicas son a menudo mas bajas en las areas de lectura y capacidad verbal). trastorno de atención con hiperactividad , de ansiedad, del humor y por abuso de sustancias tóxicas.

- El trastorno de conducta debe distinguirse del trastorno de adaptación (DSM-IV) tanto si se manifiesta como trastorno de conducta, o mixto con trastorno de conducta y trastorno emocional (ej. ansioso o depresivo). En el trastorno de adaptación, el comienzo de la sintomatología está en clara asociación con el inicio de un determinado factor estresante, pero no reúne los criterios para realizar un diagnóstico específico en el eje I, o no se trata de una mera exacerbación de un trastorno del eje II.

Reid (1982), dice que **en el caso de las personas con R.M.**, el trastorno de conducta no forma parte de ningún trastorno psiquiátrico, y que **se refiere tan solo a conductas socialmente inapropiadas en un contexto determinado.** Este trastorno se distinguiría del trastorno de personalidad en que no constituye un modelo de conducta que aparece profundamente determinado desde la adolescencia o la primera edad adulta.

Y es que la descripción de las distintas formas de trastorno de conducta en el R.M. que señalan los distintos autores, difiere enormemente de la descripción de los distintos tipos de conducta que apuntan las clasificaciones diagnósticas antes citadas y que se obtienen de la población general sin R.M. Estas formas varían enormemente de unos estudios a otros, tanto si se trata de diagnosticar psicopatología como si se trata de medirla con algún método estandarizado disponible.

Fraser et al. (1986), critican el uso intercambiable de muchos autores entre los términos “trastorno de conducta” y “trastorno o enfermedad mental” cuando se alude a pacientes con R.M. Concluyen que los trastornos de conducta observados en

éstas personas no son trastornos psiquiátricos, sino “formas de conducta desviada de la norma relacionadas con una falta de recursos intelectuales y con la disfunción creada entre el individuo y el ambiente que le rodea” (Definición de Schroeder et al., 1979)

Lund (1989), utilizando la MRC-HBS schedule, encuentra una prevalencia del 17% de trastornos de conducta.

Black et al. (1990), estudiaron una muestra de 571 pacientes con R.M. que vivían con sus familias de origen las cuales habían solicitado para sus hijos en edades comprendidas entre 20 y 24 años ser incluidos en alguno de los 8 tipos de programas asistenciales ofertados fuera de sus hogares. El 51% de estos pacientes presentaba algún tipo de trastorno de comportamiento añadido, siendo el más frecuente la conducta irritable hacia los demás, seguido de impedir el descanso nocturno a los cuidadores y de los destrozos.

Fraser y Murti Rao (1991), señalan la controversia existente a cerca de la hipótesis que atribuye a la conducta agresiva en los pacientes con R.M. una etiología orgánica y que despojaría a tal conducta de sentido de intencionalidad. (“... los vagos conceptos de “ataques subclínicos” o “episodios de falta de control”, deben ser reemplazados por el concepto de “crisis del lóbulo frontal”, que sugieren que tales episodios pueden ser involuntarios...”)

Bouras y Drummond (1992), encuentran que de 318 pacientes (54,4% débiles, 28,6% moderados y 17% severos) derivados a una USM para valoración, el 52,5% presentaba trastorno de conducta, siendo la agresividad la forma más frecuente seguida de los destrozos.

Titileo y Behar, (1992), señalan:

El “*disruptive behavior disorder*” es el trastorno mas diagnosticado en R.M. y la causa mas frecuente de consulta e ingreso (Primrose, 1971).

La incidencia de hiperactividad y trastorno de conducta es del 59% según un estudio de 5 años efectuado por Koller et al. en adolescentes procedentes de la comunidad.

Las rabietas, autolesiones, jugar con excrementos, rechazar la vestimenta y la conducta sexual inapropiada se dan con mas frecuencia en grados severos y profundos de R.M., mientras que la hiperactividad, la agresión y las fugas del hogar pueden ocurrir en todos los niveles de R.M. (Ross 1972).

Davidson et al. (1994), estudiando las diferencias entre los sujetos con trastorno de conducta, señala los siguientes tipos:

- problemas con la comida o con la evacuación.
- Ensimismamiento o retraimiento social.
- Conducta ritualizada o autolesiones.
- Conducta explosiva.
- Agresión
- falta de atención o hiperactividad
- otros

Reid (1994), señala que los principales trastornos de conducta de las personas con R.M. son:

- Falta de control de las emociones.
- Autolesiones.
- Agresividad.
- Hiperactividad.

Emerson y Bromley, (1995) utilizan el término “*challenging behaviors*” que podría traducirse como “comportamiento desafiante o litigante”. Lo aplica a

personas con *“learning disabilities”* y lo considera así si cumple alguno de los 3 criterios: (Qureshi y Alborz, 1992)

1°. El comp. ha causado daño a uno mismo o a otros, precisando tratamiento médico, o ha producido destrozos en la estancia o en el lugar de trabajo.

2°. El comp. ocurre al menos 1 vez/semana y precisa intervención de mas de un miembro del staff, o tal comportamiento conlleva peligro, o causa un daño que no puede ser solucionado tan solo por el staff.

3°. El comportamiento ocurre diariamente y provoca alteración del orden algo mas de varios minutos.

Los “Learnings disabilities” son:

- Dificultades visuales
- D. auditivas
- D. movilidad.
- Incontinentes , a veces.
- Epilepsia de algún tipo.
- La incapacidad precisa asistencia para lavarse, vestirse y realizar las actividades domésticas.
- D. de comunicación.
- No pretende comunicar nada.
- D. para comprender a los demás.
- D. para hacerse comprender.

Los “challengings behaviours” son:

- Agresión
- Autolesiones
- Gritar o alterar el orden
- Destrozos
- Conducta social inapropiada.
- Fugas.
- Hiperactividad

Encuentra una prevalencia de 3'3 por 10.000 en la población general

Cuanto mas seria es la incapacidad, mas serios las alteraciones conductuales.

Exhiben mas de 1 forma de alteración el 44% del total, pero en el grupo de los mas incapacitados llega al 79%

En el 93% ha habido mas de un “problematic behavior” el mes anterior.

Los fines de tales alteraciones fueron:

- Autoestimulación, con autolesiones principalmente, destrozos y “otros”.
- Obtener atención de los cuidadores, con conducta agresiva.

1.3.9.2. -- CONDUCTA ANTISOCIAL Y DELINCUENCIA:

Como vemos, los distintos autores coinciden en que la agresividad parece ser la forma de trastorno de conducta mas frecuente en las personas con R.M., tanto en pacientes institucionalizados como en los que viven en la comunidad. No obstante, **la conducta antisocial** tal como figura en los criterios diagnósticos actuales también puede darse en éstas personas y quizá con mas frecuencia de la que suele diagnosticarse (DesNoyers y Sovner, 1995; Hawk et al. 1993).

En el estudio realizado por Gostasson en 1985, no encuentra ningún trastorno de personalidad antisocial, pero señala a otros autores que coinciden en que estas personas pueden ser capaces de realizar actos criminales como ocurre en la población general. El padecer un R.M. no tendría mucha importancia en la etiología de éste tipo de conductas, sino que serían otros factores concurrentes mucho mas determinantes -los mismos factores que en la población general, como una historia personal haber sufrido abusos físicos y/o sexuales, de déficit de atención con hiperactividad, familia caótica con prevalencia de alcoholismo y bajo nivel socioeconómico, etc.-. Lund (1990), llega a similares conclusiones, señalando que la prevalencia de delincuencia en éstas personas ha aumentado en los últimos años, probablemente debido a la desinstitucionalización. Se trata de individuos varones casi siempre, con grado de retraso débil y límite, siendo en éstos últimos en que se da mayor índice de reincidencias. Concretamente, los delitos contra la propiedad parecen haber disminuido, mientras que los delitos con violencia, los incendiarios y las agresiones sexuales han aumentado. Hawk (1993), corrobora con sus hallazgos tal aumento de agresiones sexuales encontrando que la prevalencia de éste tipo de delito en relación al resto es mayor en el grupo de pacientes con R.M. que en la población general.

Goldberg (1995), sin embargo, estudia 344 sujetos -265 de la comunidad y 119 institucionalizados -, encontrando todos los tipos de trastornos de personalidad excepto el antisocial explicando que los rasgos aislados de personalidad antisocial se encuadran en el contexto de otros trastornos de personalidad encontrados.

El que Goldberg y Gostasson no encuentren en sus estudios ningún trastorno de personalidad antisocial y los hallazgos positivos del resto de los autores citados en éste apartado, puede deberse a que en el primer caso, las muestras estudiadas procedían de la comunidad, mientras que en el segundo caso las muestras se obtuvieron de personas que habían sido arrestadas y juzgadas por cometer diferentes actos delictivos.

1.3.9.3 -- ESQUIZOFRENIA:

Existe consenso entre los distintos autores en que las personas con R.M. pueden padecer todo tipo de trastornos psicóticos; sin embargo existe discusión a cerca de si éstos pueden presentarse y observarse cuando el C.I. es muy bajo (Nezu, 1992).

Cuando son objetivables, coinciden los distintos autores en que las alucinaciones son mas concretas y de menor riqueza simbólica y los delirios son menos elaborados que los observados en la población general.

Alonso Fernandez, (1979), Reiss (1990), Henry Ey (1975), entre otros, hablan de que la debilidad de la inteligencia da lugar a un descenso del umbral de reactividad que favorece la eclosión de episodios psicóticos, señalando éste último que la verdadera “Esquizofrenia Injertada” de que hablaba Kraepelin (1896-1902) está constituida sin duda por los casos tardíos: un retrasado de unos 20 o 30 años, por ejemplo, tiene ideas de filiación principesca o de envenenamiento, se encierra en quejas hipocondríacas y estereotipadas o en un mundo alucinatorio a la vez pobre y monótono.

La prevalencia de esquizofrenia en el R.M. varía enormemente de unos estudios a otros, aunque algunos coinciden en el hallazgo del 3% (Reid, Eaton-Ward, Corbett, Gosstason, Lund); mientras que en la población general suele ser del 0,2 al 2%.

Bouras y Drummond (1992), encuentran que de 318 pacientes (54,4% debiles, 28,6% moderados y 17% severos) derivados a una USM para valoración, presentaban esquizofrenia/trastorno de ideas delirantes el 12,5%.

Pary (1993), se pregunta si su hallazgo de 25% de R.M. con esquizofrenia no estará sobrediagnosticado, pues la conducta bizarra que a veces presentan éstas personas, no siempre supone la existencia de dicho trastorno.

1.3.9.4 -- TRASTORNO DE IDEAS DELIRANTES:

Todos los autores convienen en que los delirios de las personas con R.M. suelen ser pueriles, infantiles y poco sistematizados, y que a menudo se trata de delirios megalomaniacos quizá con el fin de compensar una autoestima baja.

Heaton-Ward hace hincapié en que existen en las personas con R.M. “fantasías vividas” que relatan con aparente convicción pero que no llegan a ser verdaderos delirios y en los cuales hay un gran componente de deseo.

Reid señala que los problemas auditivos y/o de visión, aparecen asociados en un 42% con los delirios paranoides.

1.3.9.5 -- TRASTORNOS AFECTIVOS:

Distintos estudios coinciden en que las personas con R.M., sean del grado que sean, pueden padecer cualquiera de los trastornos afectivos encontrados en la población general.

Reid (1982), dice:

La depresión puede manifestarse en las personas con R.M. principalmente con un enlentecimiento psicomotor que puede llegar a ser estuporoso. No siempre pueden objetivarse sentimientos de tristeza, pero hay que tener presente que ésta puede provocar una conducta irritable, agresiva, y que a veces lo expresado son síntomas somáticos como cefaleas y dolor abdominal difuso.

La manía se manifiesta principalmente en éstas personas con hiperactividad, y exaltación. También puede objetivarse una conducta impulsiva, irritable y agresiva. Habrá que prestar atención a la conducta sexual desinhibida, falta de sueño y cambios en la alimentación.

Nezu, (1992) señala distintos estudios (Sovner, 1983, entre otros) en los que aparece como el trastorno psiquiátrico mas frecuente encontrado en éstas personas, tanto en niños, como en adolescentes y en adultos.

Laman y Reiss (1987), encuentran que en personas con R.M. de grado débil, la depresión está asociada con la falta de habilidades sociales en el trato a los demás y la falta de un soporte social adecuado, manifestándose mayores índices de aislamiento y menor presencia o disponibilidad de personas significativas.

Pawlarczyk y Beckwith (1987), tras realizar una revisión de los estudios existentes hasta la fecha sobre la depresión en personas con R.M. señalan que los criterios DSM-III son válidos en niveles debiles o incluso moderados de R.M. , pero

que hay que prestar atención a síntomas físicos como la pérdida de peso, trastornos del sueño, agitación o enlentecimiento psicomotor, así como intentar explorar posibles sentimientos de culpa y de tristeza.

Arumainaygam y Kumar (1990), citan que los cambios de conducta observados en los que puede identificarse un patrón estacional, pueden ser una clave para el diagnóstico de los trastornos bipolares, sobre todo en las personas con grados importantes de R.M.

Bregman y Harris (1995) señalan que la prevalencia de trastornos depresivos serios en las personas con R.M. es del 2%, mientras que existe distimia en el 50% de ésta población; sin embargo, apuntan la frecuencia con la que hay que recurrir a la categoría de “no especificado”, por no reunir completamente los criterios para el diagnóstico de uno de los trastornos del estado de ánimo definidos, ni para el diagnóstico de un trastorno adaptativo.

Meins (1995), tras estudiar la depresión mayor en pacientes con distintos grados de R.M., considera necesario modificar los criterios diagnósticos vigentes de forma que incluyan las manifestaciones adicionales de depresión que pueden darse en éstas personas, como la agitación e irritabilidad -igual que ocurre en niños y adolescentes -, y en casos mas severos de R.M. la agresividad, autolesiones, estereotípicas y llanto fácil.

El intento de suicidio es mas escaso en los pacientes con R.M. que en la población general. Vitiello, 1992, cita el estudio de 1970 de Sternlicht et al. que encuentra una prevalencia de 0,9% en institucionalizados. No obstante, Walters (1990), cita 4 casos de pacientes con un CI menor de 50, que realizaron verdaderos intentos de suicidio en el seno de un trastorno depresivo.

**1.3.9.6 -- TRASTORNOS MENTALES Y DEL
COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS
PSICOTROPAS :**

Gostasson (1985), en su muestra obtenida de la comunidad, encuentra menor prevalencia de etilismo en las personas con R.M., aunque las diferencias no son significativas con respecto a la población general.

Lund (1985), no encuentra ningún caso de abuso de sustancias tóxicas en su muestra obtenida de la comunidad

Vitiello (1992), señala que al parecer la prevalencia es escasa, debido posiblemente a la falta de acceso a éstas sustancias por estar institucionalizado o en hospitales de día, etc.

Krishef y DiNitto (1981), estudiaron el abuso de alcohol entre pacientes con R.M. de grado débil llegando a 4 conclusiones:

- El 83% son hombres, solteros, beben desde hace muchos años. Los que tienen empleo presentan el mismo tipo de problemas relacionados con el alcohol que los no retrasados, siendo el mas frecuente el absentismo laboral.
- También tienen problemas con la ley , siendo a veces arrestados y subrayan que los mas frecuentes son el emborracharse en publico y conducir bajo los efectos del alcohol, -al igual que en la población general

- Subraya, que las prevalencias de alcoholismo encontradas en los escasos estudios habidos en personas con R.M., constituyen tal solo “la punta del iceberg” de la prevalencia real, puesto que éstos pacientes son todavía menos susceptibles de solicitar o aceptar ayuda que los que padecen el mismo problema en la población general.
- Sugieren que las personas con R.M. pueden ser mas susceptibles al abuso de alcohol debido a que por un lado, son menos capaces para prever los efectos indeseables de éste hábito a largo plazo, y por otro lado, el acudir a beber a los bares les proporciona una forma de sentirse “ser igual a los demás” y un medio de socialización como salida al frecuente rechazo y aislamiento social que padecen.

1.3.9.7 -- TRASTORNOS DE ANSIEDAD:

Reid (1982), dice que la ansiedad está muy presente en las personas con R.M. a lo largo de todo su ciclo vital, y que puede manifestarse principalmente como crisis de ansiedad extrema, fobias, y miedos.

Vitiello (1992), señala que quizá están infradiagnosticados.

Nezu,1992, señala los distintos estudios que sugieren que el nivel de ansiedad que experimentan las personas con R.M. es generalmente mayor que el de las personas no retrasadas.

1.3.9.8 -- TRASTORNOS ADAPTATIVOS:

En la CIE-10 (F 43.2), se encuentran incluidos dentro de la categoría “Trastornos Neuróticos, Secundarios a Situaciones Estresantes y Somatomorfos” (F 40-49), es decir dentro de los Trastornos de Ansiedad. Sin embargo, en el DSM-IV los Trastornos Adaptativos forman una categoría única por sí sola (309.xx): En el trastorno de adaptación, el comienzo de la sintomatología está en clara asociación con el inicio de un determinado factor estresante, pero no reúne los criterios para realizar un diagnóstico específico en el eje I, o no se trata de una mera exacerbación de un trastorno del eje II. (DSM-IV). “...Están determinados de un modo importante, mas que en el caso de otros trastornos de F43.-, por una predisposición o vulnerabilidad individual. Sin embargo, hay que aceptar que el trastorno no se habría presentado en ausencia del agente estresante...” (CIE-10).

En el caso de las personas con R.M., muchos diagnósticos como “trastorno psicótico inespecífico” o “esquizofrenia”, serían en realidad trastornos adaptativos semejantes a “descompensaciones psicóticas” ante la mayor vulnerabilidad emocional de éstas personas ante acontecimientos o situaciones que podrían considerarse banales para personas no retrasadas. (Alonso Fernandez, 1979; Bregman y Harris, 1995; Revuelta, 1994; Crews, 1994, entre otros muchos)

Vitiello, entre otros, señala que pueden ser frecuentes debido al alto nivel de rechazo que experimentan y a la escasa capacidad que poseen para adaptarse a nuevas circunstancias. Goldberg (1995), utilizando el PIMRA encuentra en su estudio, por orden de frecuencia, a los trastornos adaptativos en primer lugar. Después estarían el trastorno de control de los impulsos, los trastornos depresivos y los trastornos mentales orgánicos. Resulta llamativo que apenas encuentra esquizofrenia. Es posible que haya considerado como “descompensaciones psicóticas” aparecidas tras un acontecimiento agudo estresante, y con un cuadro atípico, lo que otros diagnostican de entrada como esquizofrenia.

1.3.9.9 – TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA:

Los estudios de éstos trastornos en el contexto de un R.M. son muy escasos y se refieren sobre todo al “pica”, que se da principalmente en niños institucionalizados

Reid (1982), refiere no tratar éstos trastornos en su libro, debido a que es poco corriente en éstas personas.

Fox et al. (1983), señalan que si bien la obesidad tiene mayor prevalencia entre las personas con R.M que en la población general, no siempre se acompaña de una mayor ingesta de comida o algún trastorno en la alimentación.

O'Brien y Whitehouse (1990), estudiaron a 48 pacientes con R.M. institucionalizados, encontrando que los sujetos deprimidos ingerían mayor cantidad de comida, pasaban parte de su tiempo buscándola y sentían preferencia por alimentos dulces.

Bremner y Regan (1991), encontraron polidipsia e incluso intoxicación por agua en pacientes institucionalizados con distintos niveles de R.M. y con distintos trastornos psiquiátricos sobreañadidos. Sugieren que parece una forma temporal de aliviar la ansiedad probablemente relacionada con sentimientos de vacío, ante la falta de disponibilidad de otros medios para conseguirlo.

La CIE-10 (1992), no hace referencia a éstos trastornos en las personas con R.M..

El DSM-IV (1994), no menciona si se dan específicamente éste tipo de trastornos en personas con R.M.

Bregman y Harris (1995), no hacen referencia a éste trastorno en su capítulo dedicado al R.M. de la sexta edición del “Tratado de Psiquiatría” de Kaplan y Sadock.

1.3.9.10 -- TRASTORNOS DE PERSONALIDAD:

Cuando se habla de éste tipo de trastornos en pacientes con R.M., existe controversia a cerca de si los distintos tipos de personalidad encontrados en la población general pueden encontrarse en éstos pacientes. Muchos autores han aplicado distintas escalas para valorar la personalidad a estos pacientes, con resultados distintos. Otros hablan tan solo de Trastorno de personalidad no especificado, y otros tan solo de “personalidad disfuncional”(Bregman y Harris, 1995).

Reid (1982), dice que existe entre las personas con R.M. un amplio rango de formas distintas de personalidad, -como ocurre en las no retrasadas -, pero que no existe actualmente ningún sistema de clasificación para los trastornos de la misma.

Eaton y Menolascino, (1982), encuentran una prevalencia de 27,1% en un estudio en la comunidad. Creen que se debe a factores extrínsecos mas que a factores relacionados con el R.M.

Reid y Ballinger (1987) encuentran una prevalencia de 22% de trastorno de personalidad grave, pero ésta asciende al 56% si el trastorno -aunque presente -, es de gravedad menor.

Gostasson (1987), encuentra una prevalencia del 3%. Cree que están infradiagnosticadas.

Zigler (1989), concluye, tras un estudio de 30 años, que los rasgos fundamentales de la personalidad de los R.M. en general, son:

1. Sobredependientes de los demás.
2. Búsqueda de la aprobación de los demás.

3. Recelosos con los desconocidos.
4. Búsqueda de directrices ajenas para resolver problemas.
5. Escasas expectativas de éxito.
6. Escasas aspiraciones.
7. Baja autoestima.

Goldberg (1995), señala que las clasificaciones internacionales actuales difieren unas de otras y que esto contribuye a crear confusión. Estudia 344 sujetos -265 de la comunidad y 119 institucionalizados -, y encuentra, como se ha referido anteriormente, todos los tipos de trastornos de personalidad excepto el trastorno antisocial explicando que los rasgos aislados de personalidad antisocial se encuadran en el contexto de otros trastornos de personalidad encontrados. También encuentra asociación entre ciertos tipos de personalidad y ciertos trastornos mentales.

1.3.9.11 -- TRASTORNOS MENTALES ORGÁNICOS:

El Retraso Mental, en si mismo, - a pesar de su frecuente etiología desconocida de los grados debiles -, tiene a menudo una base orgánica manifiesta. Basta citar, por ejemplo el S. de Down de causa genética, o el R.M. debido a lesión cerebral por infecciones o traumas sufridos en la niñez. No obstante, las manifestaciones conductuales de las personas retrasadas están principalmente determinadas por sus experiencias vitales y medio social en el que viven (Bregman y Harris, (1995), entre otros muchos).

Aunque persiste cierta controversia, parece ser que la epilepsia no está asociada con la agresividad en personas con R.M. (Lund, 1985; Deb y Hunter, 1991; Davidson, 1994). La epilepsia resulta a veces, sin embargo, el trastorno neurológico mas frecuente en las personas con grados ligeros de R.M.

Como en las demás categorías psiquiátrica, los trastornos mentales orgánicos también pueden darse en las personas con R.M. Es de sobra conocido, por ejemplo, la asociación entre el S. de Down y la demencia tipo Alzheimer.

1.4. -- PROBLEMAS MÉDICOS GENERALES **EN LAS PERSONAS CON R.M. Y ESPERANZA DE VIDA:**

A- PROBLEMAS MÉDICOS GENERALES:

Algunos estudios como el de Beange et al. señalan que las enfermedades físicas están infradiagnosticadas en las personas con R.M.

Cuando un médico se enfrenta a unos síntomas conductuales presentados por un paciente retrasado, si no existen signos clínicos llamativos muy evidentes, puede producirse lo que llaman Reiss et al.(1982) “diagnóstico enmascarado” (*diagnostic overshadowing*), definido como la tendencia de los profesionales médicos a atribuir todos los síntomas presentados por el paciente al Retraso Mental, sin tener en cuenta otras posibles causas.

A éste respecto, muchos autores han señalado que una enfermedad médica que produce malestar y dolor puede manifestarse en un paciente con R.M. como un trastorno de conducta, es decir, con un comportamiento irritable, agitado, agresivo, etc., según el caso.

La prevalencia de problemas visuales, auditivos y del habla es mayor en éste grupo, así como la epilepsia y otros trastornos neurológicos (Vitiello, 1992, citando a Forssman, Herbst y Roberts).

La epilepsia resulta a veces, el trastorno neurológico mas frecuente en las personas con grados ligeros de R.M.

B- ESPERANZA DE VIDA

Con respecto a la “**ESPERANZA DE VIDA**” de las personas con R.M, en general, los pacientes con R.M. tienen mayor riesgo de enfermar y por tanto, menos esperanza de vida. No obstante, Day (1985), señala que ha aumentado considerablemente en los últimos 50 años y cita el estudio de Carter y Jancar,(1983), en el que aparece una esperanza de vida de 58,3 años para los hombres y de 59,8 años para las mujeres, -aunque no especifica si dichas conclusiones se han obtenido de pacientes con CI muy bajos donde los problemas de tipo orgánico abundan -.

SEGUNDA PARTE

HIPÓTESIS DE TRABAJO

2 -- HIPÓTESIS DE TRABAJO:

Planteamos la hipótesis de que A PESAR DE QUE MUCHOS PACIENTES CON R.M. PRESENTAN TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS SOBREAÑADIDOS QUE JUSTIFICAN EL INGRESO, ...

EXISTE CIERTA PROPORCIÓN EN LOS CUALES NO HAY PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA ADICIONAL ALGUNA, Y.....

LA FUNCIÓN QUE REALIZA EN ÉSTOS ÚLTIMOS CASOS EL HOSPITAL, ES LA DE PROPORCIONAR UN EMPLAZAMIENTO PARA ELLOS ANTE LA FALTA DE RECURSOS COMUNITARIOS ESPECIFICOS, PARA ATENDER LA PROBLEMÁTICA DE TIPO CONDUCTUAL Y SOCIOCULTURAL QUE A MENUDO PRESENTAN ESTE TIPO DE PACIENTES.

Para proceder a confirmar o rechazar ésta hipótesis, necesitamos conocer si existen diferencias entre los pacientes con R.M. y los pacientes no retrasados que ingresan en tales Unidades Psiquiátricas en cuanto a las circunstancias que rodean el ingreso y la posible patología psiquiátrica presentada.

TERCERA PARTE

MATERIAL

Y

MÉTODOS

3-- MATERIAL Y MÉTODOS:

3.1 -- OBJETIVOS:

◆ Conocer si existen diferencias entre los pacientes con RETRASO MENTAL y los pacientes NO RETRASADOS, con respecto a las CIRCUNSTANCIAS QUE CAUSAN SU INGRESO en una Unidad Psiquiátrica de Hospitalización Breve .

◆ Conocer si existen diferencias entre los pacientes con RETRASO MENTAL y los pacientes NO RETRASADOS, con respecto a la PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA presentada.

3.2 -- HOSPITAL Y ZONA SANITARIA:

Este estudio está realizado en la Unidad de Hospitalización breve de Psiquiatría II del Hospital “Gregorio Marañón” de Madrid. Actualmente, en ésta unidad ingresan pacientes psiquiátricos mayores de 16 años que proceden del Area Sanitaria 1 Sur-Este de Madrid, con una población total , según censo de 1991, de 630.000 habitantes, y que comprende 4 distritos:

1. Retiro: 127.832 habitantes.

2. Moratalaz: 160.642 habitantes.

3. Vallecas: 284.186 habitantes.

4. Arganda: 57.800 habitantes.

Cuando comenzó éste estudio, en Agosto de 1987, ya operaba en Madrid una normativa sobre ingresos en función de áreas de salud, -desde el 1 de mayo de 1987- ;sin embargo en dicha fecha la zonificación sanitaria de Madrid no era la misma que en la actualidad, y recibía pacientes de otros distritos. A lo largo de éste estudio, que termina el 31 de enero de 1995, se observa, como la zonificación va perfilándose hasta quedar establecida.

El Hospital "Gregorio Marañón" depende administrativamente de la Consejería de Salud y Bienestar Social de la Comunidad Autónoma de Madrid y mantiene un concierto con la Seguridad Social.

La Unidad de Psiquiatría II consta de Consultas Externas, Interconsulta, Hospital de Día, Unidad de Desintoxicación, y Unidad de Hospitalización con 75 camas. Es en ésta última, -- La Unidad de Hospitalización Breve -- donde se ha realizado éste estudio.

3.3 -- POBLACIÓN DE DONDE SE OBTIENE EL GRUPO OBJETO DE ESTUDIO

Pacientes de ambos sexos, mayores de 16 años que requirieron ingreso en la Unidad de Hospitalización referida ,durante el PERIODO DE TIEMPO comprendido entre: 1 de agosto de 1987 y 31 de enero de 1995 (7 años y 6 meses).

3.4 -- POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO (CRITERIOS DE INCLUSIÓN):

Todos los pacientes de ambos sexos , mayores de 16 años, DIAGNOSTICADOS DE RETRASO MENTAL, que requirieron ingreso en la Unidad de Hospitalización durante el periodo de tiempo anterior.

3.5 -- SELECCIÓN DEL GRUPO DE CASOS (población objeto de estudio):

A partir del libro de registro de pacientes ingresados en la Unidad, se localiza y analiza, una por una, cada Historia Clínica, asignando al grupo de casos a todos aquellos diagnosticados de RETRASO MENTAL.

3.6 -- SELECCIÓN DEL GRUPO CONTROL:

Por cada paciente encontrado diagnosticado de retraso mental , se asigna uno al grupo control, siendo éste ,el siguiente paciente ingresado que figura en el libro de registro, es decir, siguiendo riguroso orden cronológico de ingreso. Este paciente no deberá ser retrasado mental. Si dicho paciente resulta serlo, por azar, se le excluye del grupo control y se le asigna al grupo de casos, siendo los 2 pacientes controles correspondientes a éstos, los 2 ingresos siguientes, no retrasados

3.7 -- CUESTIONARIO:

(Para conocer la descripción de cada ítem ver APÉNDICE N° 2)

Se confeccionó un cuestionario de 23 puntos, divididos en 5 secciones:

3.7.1 -- DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Edad.
2. Sexo.
3. Estado civil.
4. Hijos.

5. Profesión.
6. Nivel educativo.
7. Nivel socioeconómico.
8. Convivencia.
9. Distrito de procedencia.
10. Antecedentes personales de problemas con la ley.

3.7.2 -- INTERNAMIENTOS:

1. Antecedentes personales de institucionalización.
2. Número de ingresos de cada paciente durante el periodo de tiempo estudiado.

3.7.3 -- CIRCUNSTANCIAS QUE RODEAN AL INGRESO:

1. Se elaboró una lista de 16 circunstancias posibles:
2. Conducta agresiva.
3. Autolesiones.
4. Tentativa, amenazas o ideas suicidas.
5. Conducta extravagante.

6. Conducta explosiva, o inestabilidad emocional.
7. Agitación psicomotriz.
8. Reagudización de un posible trastorno psiquiátrico crónico o persistente.
9. Motivos familiares ajenos al paciente.
10. Desarraigo social.
11. Para abstinencia de alcohol o de drogas.
12. Ensimismamiento, apatía, mutismo, o retraimiento social.
13. Enfermedad física complicada con trastorno psiquiátrico que hace imposible el tratamiento en una Unidad Médica.
14. Quejas somáticas.
15. Modo de presentación en el Servicio de Urgencias
16. Derivación médica o psiquiátrica
17. Actitud del paciente hacia el ingreso:
 - Demanda personalmente el ingreso.
 - No opone resistencia. No precisa Orden, o bien, Autorización Judicial.
 - Involuntario: Precisa Orden o Autorización Judicial

3.7.4 -- DATOS CLÍNICOS:

1. Etiología del R.M.
2. Grado de R.M.: criterios diagnósticos de la OMS, (CIE-9 y CIE-10).
3. Diagnóstico psiquiátrico: criterios diagnósticos de la OMS, (CIE-9 y CIE-10 tras se publicada en 1992).
4. Problemas médicos generales: equivaldría al eje III del DSM-IV.
5. Estrés psicosocial: equivaldría al eje IV del DSM-IV, diferenciando, no obstante, entre “acontecimientos biográficos estresantes recientes”- los ocurridos en el último año - y “situaciones estresantes crónicas” - cuando el modo de vida habitual del individuo transcurre con un grado alto de estrés basal-
- 6.

3.7.5 -- DATOS RELATIVOS A LA ESTANCIA: Existencia o no de incidentes y clase de los mismos.

Este cuestionario se aplica a cada paciente, tanto del grupo de retrasados, objeto de estudio, como de el grupo control.

Solo 2 ítems no se aplican al grupo control por tratarse de datos relativos al retraso mental y sus posibles causas.

- Coeficiente Intelectual (CI).
- Etiología del Retraso Mental.

3.8 -- METODOLOGÍA ESTADÍSTICA APLICADA:

Cálculo de estadísticos para el análisis descriptivo: se usaron como medidas de tipo descriptivo, la media aritmética, la desviación típica y el histograma de frecuencias.

Para el análisis de asociaciones “crudas” se usaron las **tablas de contingencia y el estadístico “Ji-cuadrado”**.

Para las asociaciones controlando por otras variables se usó la **regresión logística múltiple**, usando como estrategia de modelización la denominada “hacia atrás”.

Para el análisis de “Factores Sociodemográficos Asociados al Retraso Mental”, se usó también la regresión logística. Aquellas variables categóricas con mas de dos categorías se codificaron como “**variables indicadoras**” “**(DUMMY)**”, usando como referencia la categoría que tuviera en índice mas bajo. En el cuestionario que se aplicó a cada paciente (APÉNDICE nº 2), en el apartado “FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS”, el valor mas bajo corresponde a la categoría “**1**” (en negrita) de cada variable. En la “Tabla de Resultados”, (TABLA nº1) que corresponde al “modelo final” obtenido tras el análisis multivariante, para cada variable “dummy” se indica también cual fue el nivel de referencia.

Para todas las pruebas estadísticas se usó el **nivel de significación “P < 0.05”**.

CUARTA PARTE

RESULTADOS

4.1 -- N° DE PACIENTES Y N° DE INGRESOS QUE CAUSARON AMBOS GRUPOS

N° total de ingresos habidos en la unidad: 8.568.

N° total de pacientes con R.M. 131

N° de ingresos de los 131 pacientes con R.M. : 456 (5,3% del total)

Media de ingresos/año = 61

VARIABLE	RETRASO MENTAL	GRUPO CONTROL
N° DE PACIENTES	131	131
N° DE INGRESOS	456 (5,3% del total)	438
FRECUENCIA DE INGRESOS	de 1 a 26	de 1 a 18
MEDIA ARITMÉTICA	8	7
DESVIACIÓN TÍPICA	7	5

4.2 -- HOSPITALIZACIÓN

HOSPITALIZACIÓN:	RETRASO MENTAL	GRUPO CONTROL
Nº DE DIAS:	de 1 a 109	de 1 a 154
ESTANCIA MÉDIA:	17 días	23 días
DESVIACIÓN TÍPICA:	16 “	25 “

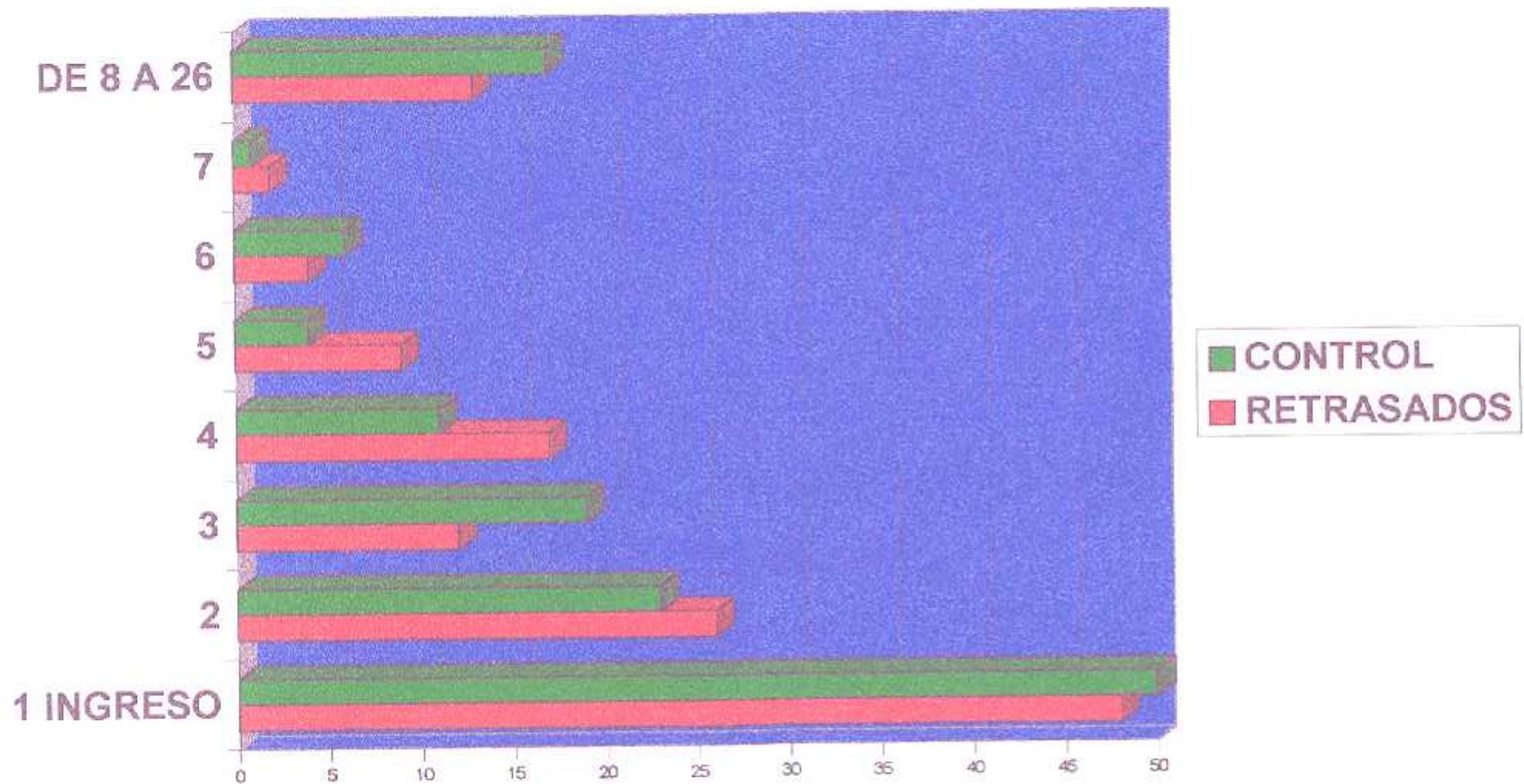
En el histograma de frecuencias de la pagina siguiente, se observa que LO MAS HABITUAL EN AMBOS GRUPOS, fue haber ingresado solo una vez a lo largo del periodo de tiempo estudiado (el 37% de los pacientes con R.M. y el 38% de los pacientes del grupo control). Sigue después en frecuencia el haber ingresado dos veces (el 20% de los pacientes con R.M. y el 18% de los pacientes del grupo control), y después el haber ingresado 3, descendiendo la frecuencia según aumenta el número de ingresos habidos por paciente.

Los pacientes con “INGRESOS MÚLTIPLES”, (de 8 a 26 en el histograma), fueron el 10% en el grupo con R.M. y el 13% en el grupo control.

Observesé que en los dos grupos, mas de la mitad de los pacientes ingresaron solo 1 ó 2 veces en los 7,5 años que comprende éste estudio (57% R.M. y 56% G.C.)

HISTOGRAMA DE FRECUENCIAS :

<u>NÚMERO DE INGRESOS</u>	RETRASADOS (nº de pacientes)	GRUPO CONTROL (nº de pacientes)
1 INGRESO	48 (37%)	50 (38%)
2	26 (20%)	23 (18%)
3	12 (9%)	19 (15%)
4	17 (13%)	11 (8%)
5	9 (7%)	4 (3%)
6	4 (3%)	6 (5%)
7	2 (2%)	1 (1%)
DE 8 A 26	13 (10%)	17 (13%)



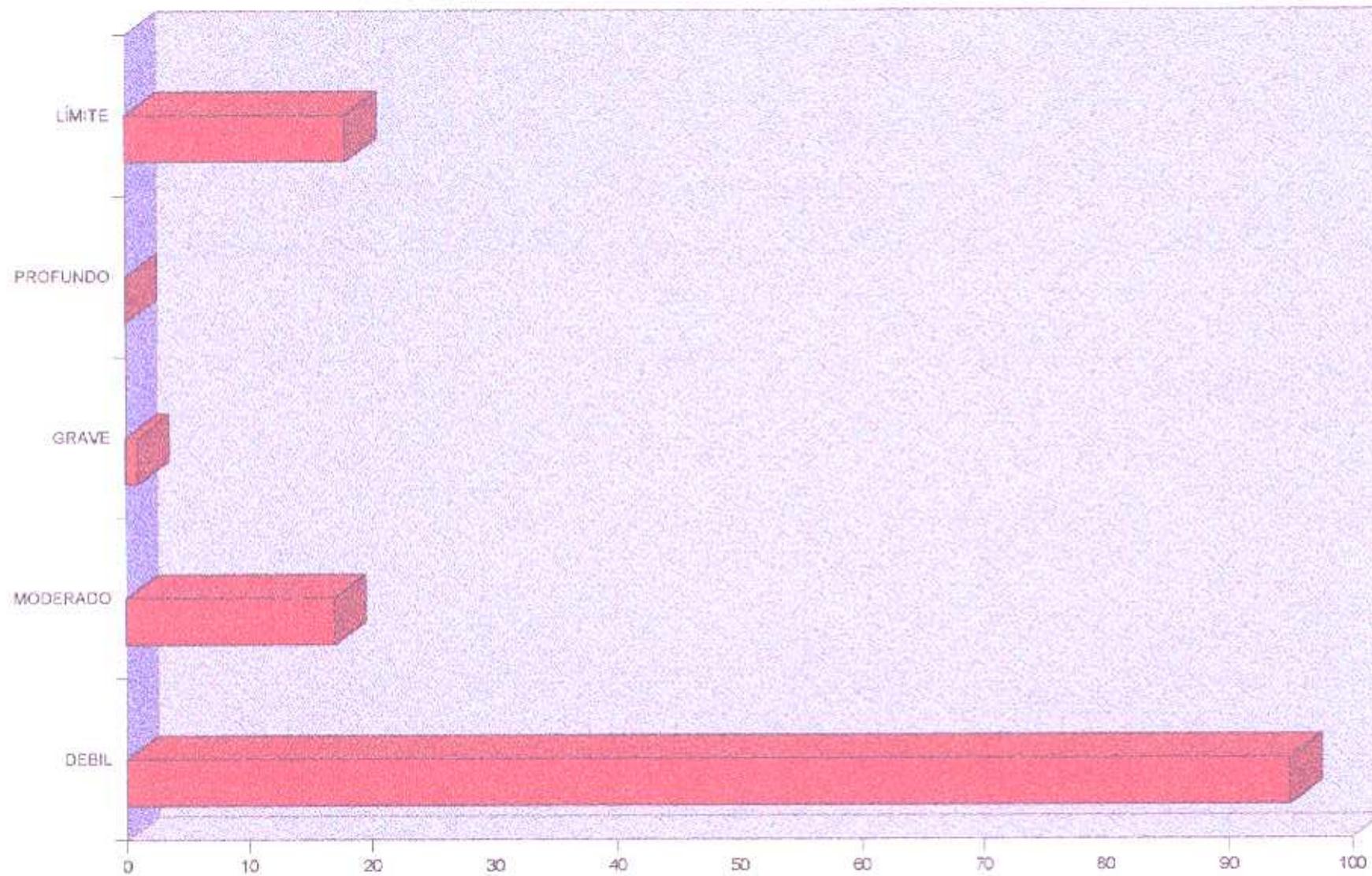
FRECUENCIA DE INGRESOS POR PACIENTE EN LOS 7 AÑOS Y MEDIO DE ÉSTE ESTUDIO

4.3 -- GRADOS DE RETRASO MENTAL

ENCONTRADOS:

<u>GRADO DE RETRASO</u>	Nº DE PACIENTES	PORCENTAJE
DEBIL:	95	72,5%
MODERADO:	17	12,9%
GRAVE:	1	0,7%
PROFUNDO:	0	0%
LÍMITE*:	18	13,7%

*Se incluyó a 18 pacientes cuyo C.I estaba entre 71 y 84, es decir, con Capacidad Intelectual Límite, con el criterio adoptado del DSM-IV de que la demanda de ayuda o tratamiento estaba de algún modo relacionada con una capacidad intelectual en los límites de la normalidad.



GRADOS DE RETRASO MENTAL ENCONTRADOS (INCLUYE "CAPACIDAD INTELECTUAL LÍMITE")

4.4 -- FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS

VARIABLE	NIVEL DE REFERENCIA	ODD RATIO	INTERVALO DE CONFIANZA	"P"
TIENE HIJOS	<u>SIN HIJOS</u>	0,27706	0,08171 - 0,93943	0,03715
(NIVEL EDUCATIVO): TIENE EGB O BUP	<u>NO INICIA O NO ACABA ESTUDIOS PRIMARIOS</u>	0,01194	0,00241 - 0,05920	0,00000
OTROS		0,14884	0,04045 - 0,54760	0,00427
NIVEL SOCIO-ECONÓMICO MEDIO	<u>NIVEL SOCIO-ECONÓMICO BAJO</u>	0,28075	0,10027 - 0,78608	0,01493
(CONVIVENCIA): CON FAMILIA PRÓPIA	<u>VIVE CON FAMILIA DE ORIGEN, O CON HERMANOS O</u>	0,25224	0,06679 - 0,95263	0,03982
VIVE SOLO	<u>CON SOBRINOS</u>	0,010674	0,02313 - 0,49259	0,00425
INSTITUCIÓN, O, CON AMIGOS, O, SIN HOGAR		0,19419	0,04837 - 0,77967	0,01979

Ji-cuadrado del modelo: 119,22500 p = 0,00000

VARIABLES QUE FINALMENTE MOSTRARON SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA EN EL ANÁLISIS MULTIVARIANTE EN RELACIÓN A LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS EN RELACIÓN AL RETRASO MENTAL

TABLA N° 1

4.4.1 -- EDAD:

PACIENTES CON RETRASO MENTAL:

Los límites de edad inferior y superior fueron: desde 16 hasta 63 años.

La media de edad fue 34,1 con una desviación típica de 10,0.

GRUPO CONTROL:

Los límites de edad inferior y superior fueron: desde 17 hasta 85 años .

La media de edad fue 40,7 con una desviación típica de 16,5.

EN EL HISTOGRAMA DE FRECUENCIAS POR GRUPOS DE EDAD de la pagina 84, se observa:

En general, la población de pacientes con R.M. es mas joven que la del grupo control:

80% R.M. < 45 años // 58% G.C. < 45 años

El intervalo de edad que ingresa con mayor frecuencia en ambos grupos es el comprendido entre los 26 y los 35 años, aunque dicha frecuencia es algo mayor en el grupo con R.M.:

38% R.M. // 25% G.C.

Escasa frecuencia de ingresos de pacientes con R.M. a partir de los 56 años:

3% R.M. > 56 años // 26% G.C. > 56 años

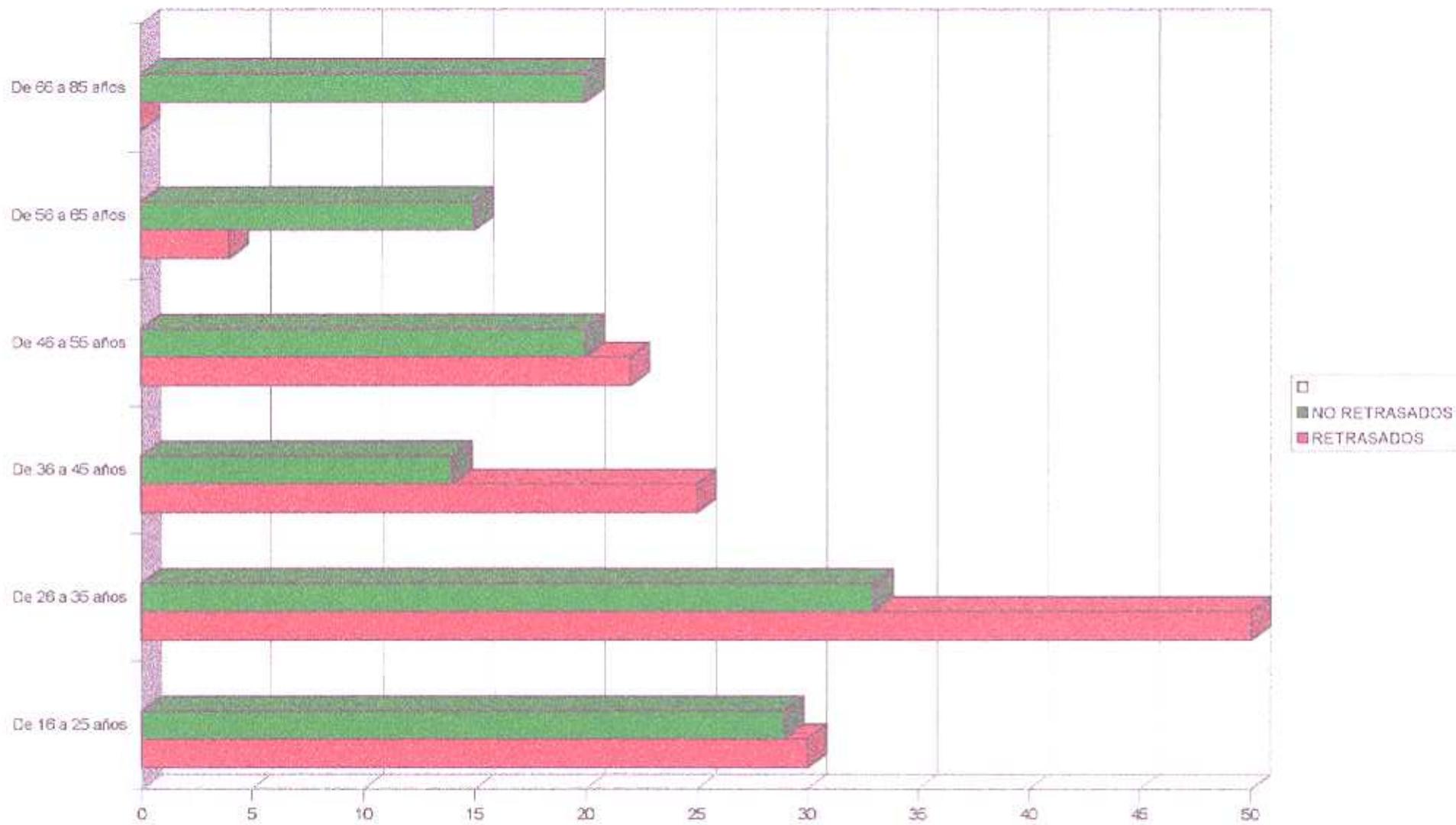
EN EL ANÁLISIS DE TABLAS DE CONTINGENCIA por grupos de edad, resultó significativa la casi total ausencia de ingresos de pacientes con R.M. a partir de los 56 años ($p < 0,05$)

Solo hubo 4 pacientes mayores de 56 años con R.M. (3% del total), que originaron 8 ingresos. Los 4 eran hombres y ninguno mayor de 65 años. No hubo ningún predominio diagnóstico. Estos fueron: trastorno de adaptación, etilismo crónico, trastorno de conducta y trastorno delirante.

En el grupo sin R.M. hubo 35 mayores de 56 años (26% del total), que originaron 99 ingresos. 27 eran mujeres y los 8 restantes hombres. En la mitad de éstos pacientes se diagnosticó depresión (16), y en los 14 restantes - con una relación de 7:7 -, trastorno mental orgánico (demencia/delirium) y trastorno esquizofrénico.

HISTOGRAMA DE FRECUENCIAS POR GRUPOS DE EDAD:

GRUPO DE EDAD	RETRASADOS (Nº de pacientes) Total : 131	GRUPO CONTROL (Nº de pacientes) Total : 131
De 16 a 25 años	30 (23%)	29 (22%)
De 26 a 35 años	50 (38%)	33 (25%)
De 36 a 45 años	25 (19%)	14 (11%)
De 46 a 55 años	22 (17%)	20 (15%)
De 56 a 65 años	4 (3%)	15 (11%)
De 66 a 85 años	0	20 (15%)



GRUPOS DE EDAD

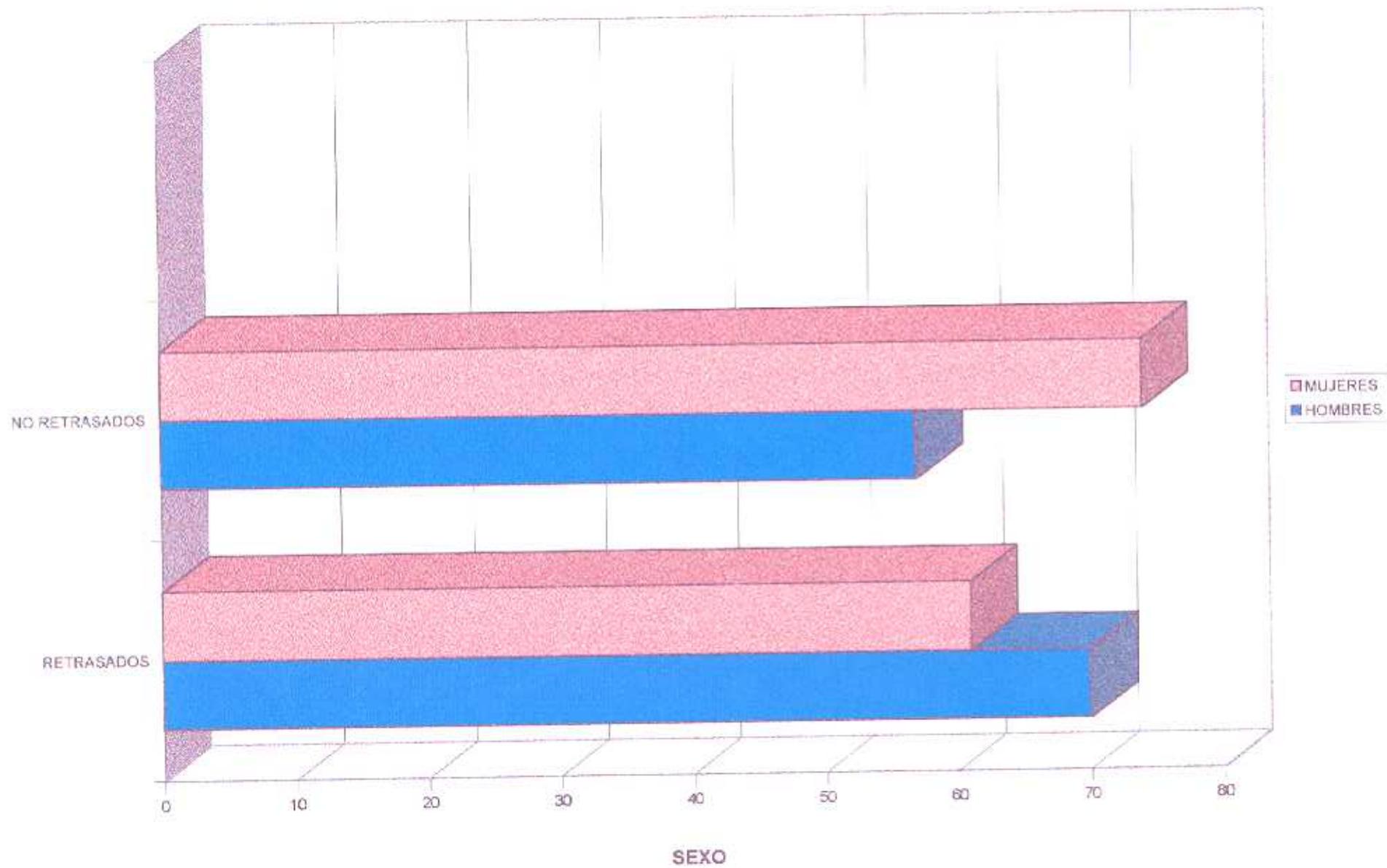
4.4.2 -- SEXO:

De los 131 pacientes con R.M., 70 fueron hombres (53%) y 61 mujeres (47%).

De los 131 pacientes del grupo control, 57 fueron hombres (44%) y 74 mujeres (56%).

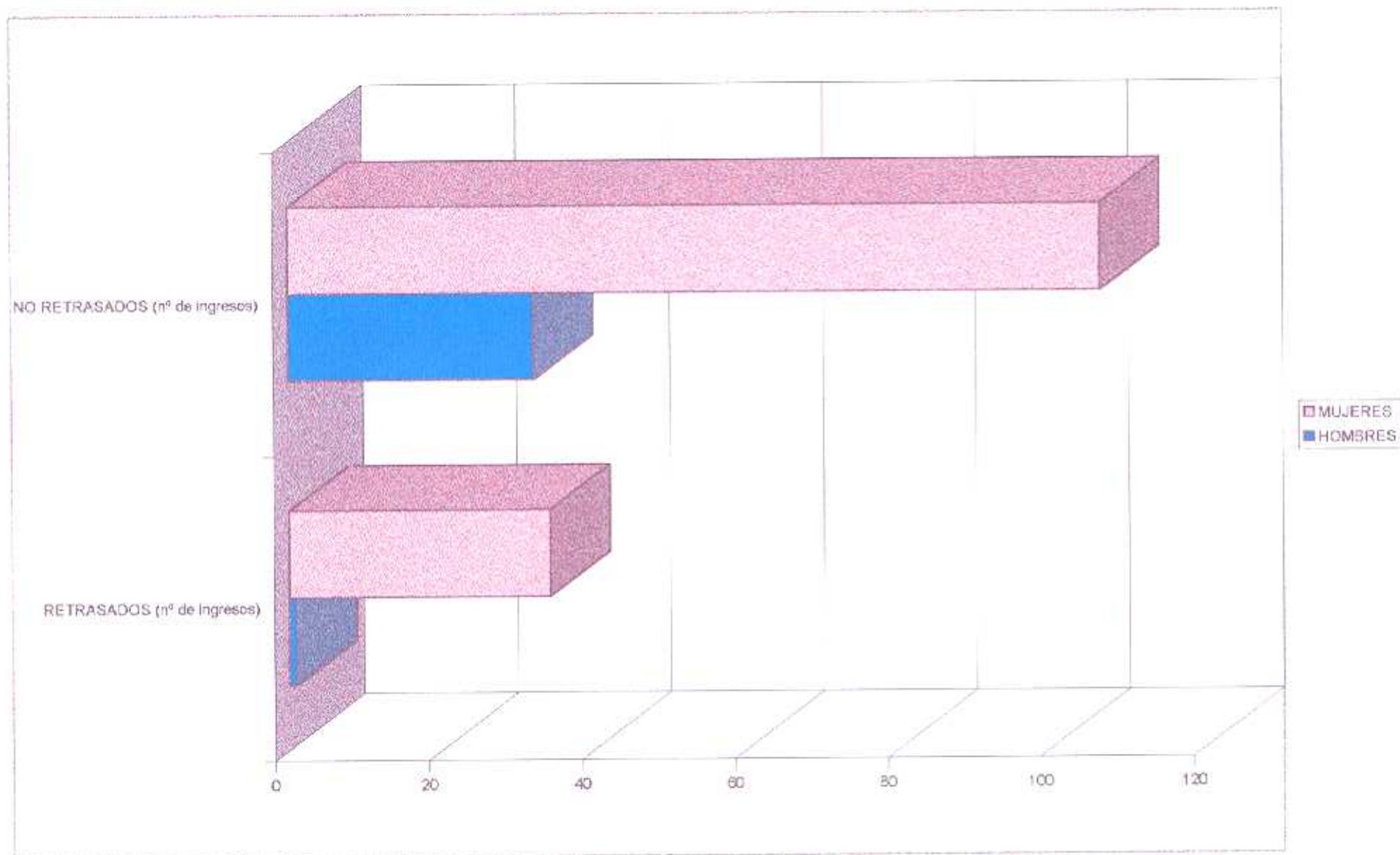
En el análisis de tablas de contingencia, **no se encontraron diferencias significativas en cuanto al sexo entre los dos grupos** con y sin R.M., ni en cuanto al número de pacientes encontrados ni en cuanto al número de ingresos habidos.

<u>SEXO</u>	RETRASADOS (n° de pacientes) Total: 131	GRUPO CONTROL (n° de pacientes) Total: 131
HOMBRES	70 (53%)	57 (44%)
MUJERES	61 (47%)	74 (56%)



En cuanto a la **patología encontrada**, en el siguiente histograma de frecuencias encontramos mayor prevalencia de trastornos depresivos en el sexo femenino, tanto en pacientes con R.M. como en los pacientes del grupo control:

<u>DEPRESIÓN</u>	RETRASADOS (n° de ingresos)	GRUPO CONTROL (n° de ingresos)
HOMBRES	1 (0% de los 456 ingresos de pacientes con R.M.)	32 (15% de los 438 ingresos de pacientes G.C.)
MUJERES	34 (15% de los 456 ingresos de pacientes con R.M.)	106 (48% de los 438 ingresos de pacientes G.C.)



SEXO Y DEPRESIÓN

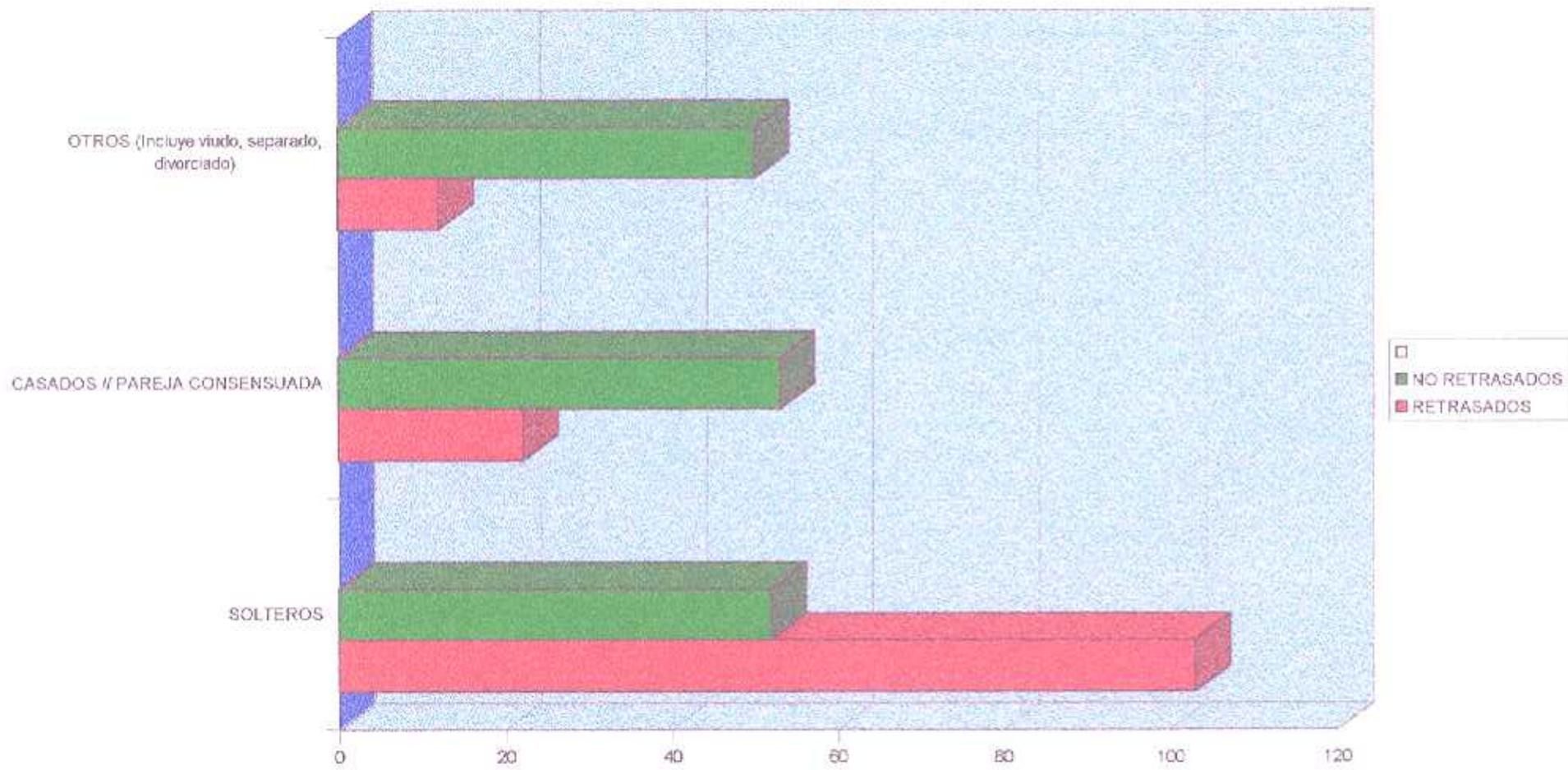
4.4.3 -- ESTADO CIVIL:

En el análisis de tablas de contingencia, predominan **los ingresos de solteros en el grupo de pacientes con R.M.**

En el histograma de frecuencias, se observa también el predominio en el grupo control del estado civil “Otros” que incluye a los viudos y sobre todo a separados o divorciados, - estados derivados de haber perdido una relación de pareja estable -.

<u>ESTADO CIVIL</u>	RETRASADOS	GRUPO CONTROL
SOLTEROS	103 (79%)*	52 (40%)
CASADOS/PAREJA	22 (17%)	53 (40%)
OTROS:		
Viudo:	3 (2%)	7 (5%)
Separado/Divorciado	3 (2%)	18 (14%)
(Total)	6 (4%)	25 (19%)

*** P < 0,05.



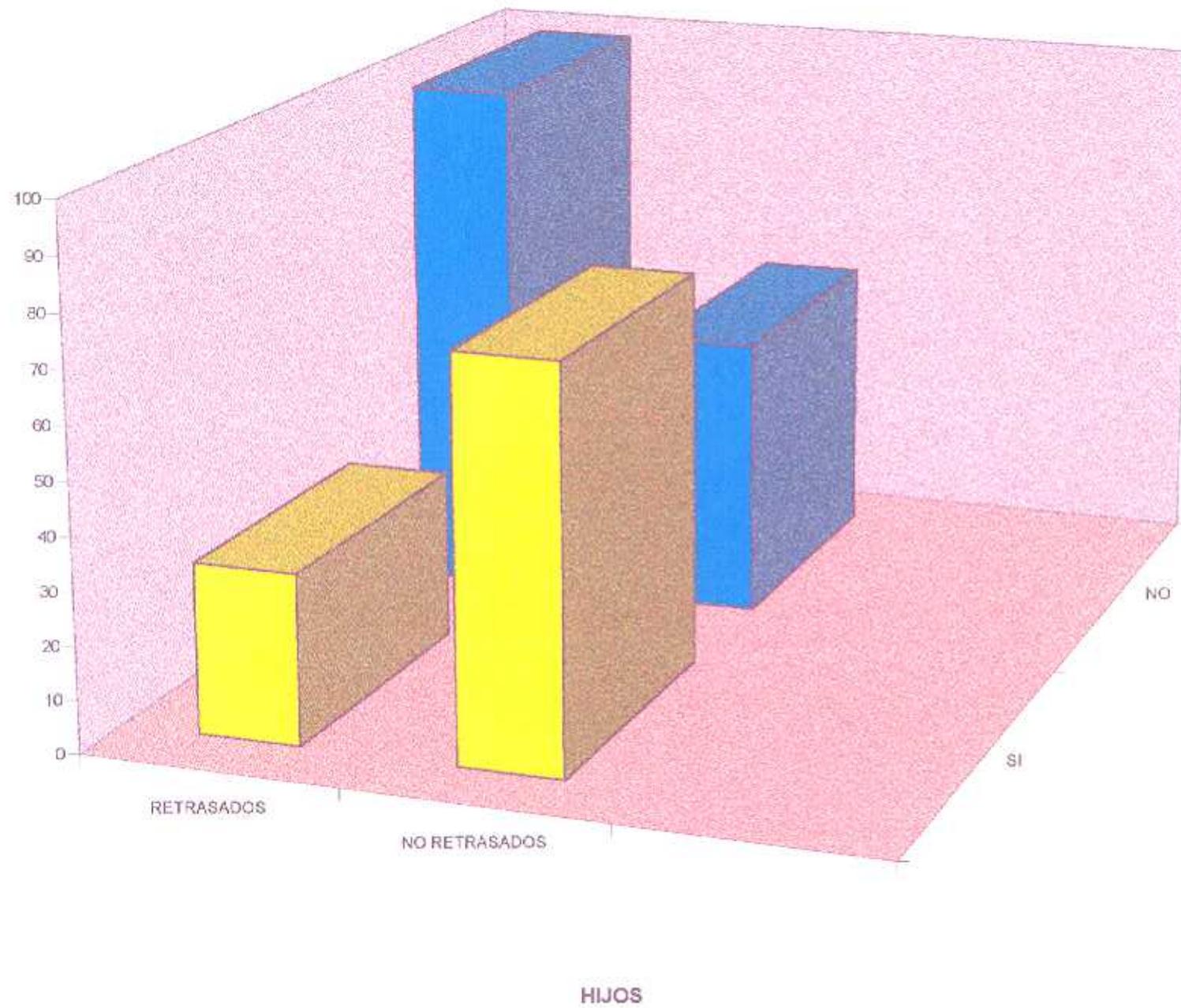
ESTADO CIVIL

4.4.4. – HIJOS:

La carencia de hijos resultó significativa en el grupo de pacientes con R.M. tanto en el análisis de tablas de contingencia, como en el análisis multivariante ($P < 0,05$). (Ver TABLA N°1)

<u>HIJOS</u>	RETRASADOS	GRUPO CONTROL
SI	32 (24%)	75 (59%)
NO	99 (76%)*	53 (41%)

*** ($P < 0,05$)



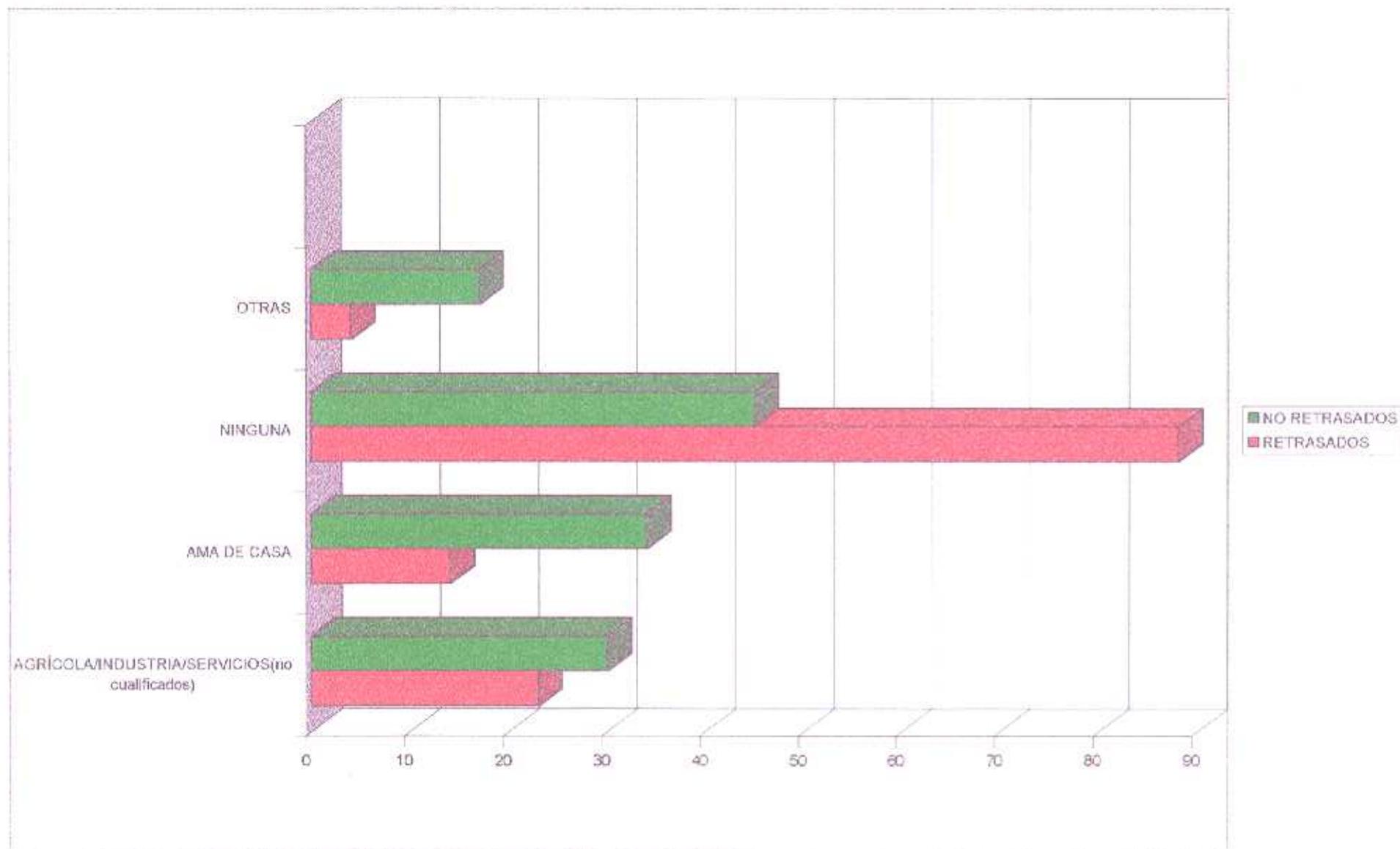
4.4.5. -- PROFESIÓN PREFERENTEMENTE EJERCIDA EN SU VIDA LABORAL:

EN EL ANÁLISIS DE TABLAS DE CONTINGENCIA se encontró asociación ($P < 0,05$), pero no fue así en el análisis multivariante.

EN EL HISTOGRAMA DE FRECUENCIAS se observa:

- La “ausencia de profesión”, resultó predominante en los pacientes con R.M.
- Las “amas de casa”, así como el desempeño de alguna profesión de algún tipo, es mas frecuente en el grupo de pacientes sin retraso.

<u>PROFESIÓN</u>	RETRASADOS	GRUPO CONTROL
AGRÍCOLA/INDUSTRIA/SERVICIOS (no cualificados)	23 (18%)	30 (24%)
AMA DE CASA	14 (11%)	34 (27%)
NINGUNA	88 (68%)	45 (36%)
OTRAS	4 (3%)	17 (13%)



PROFESIÓN

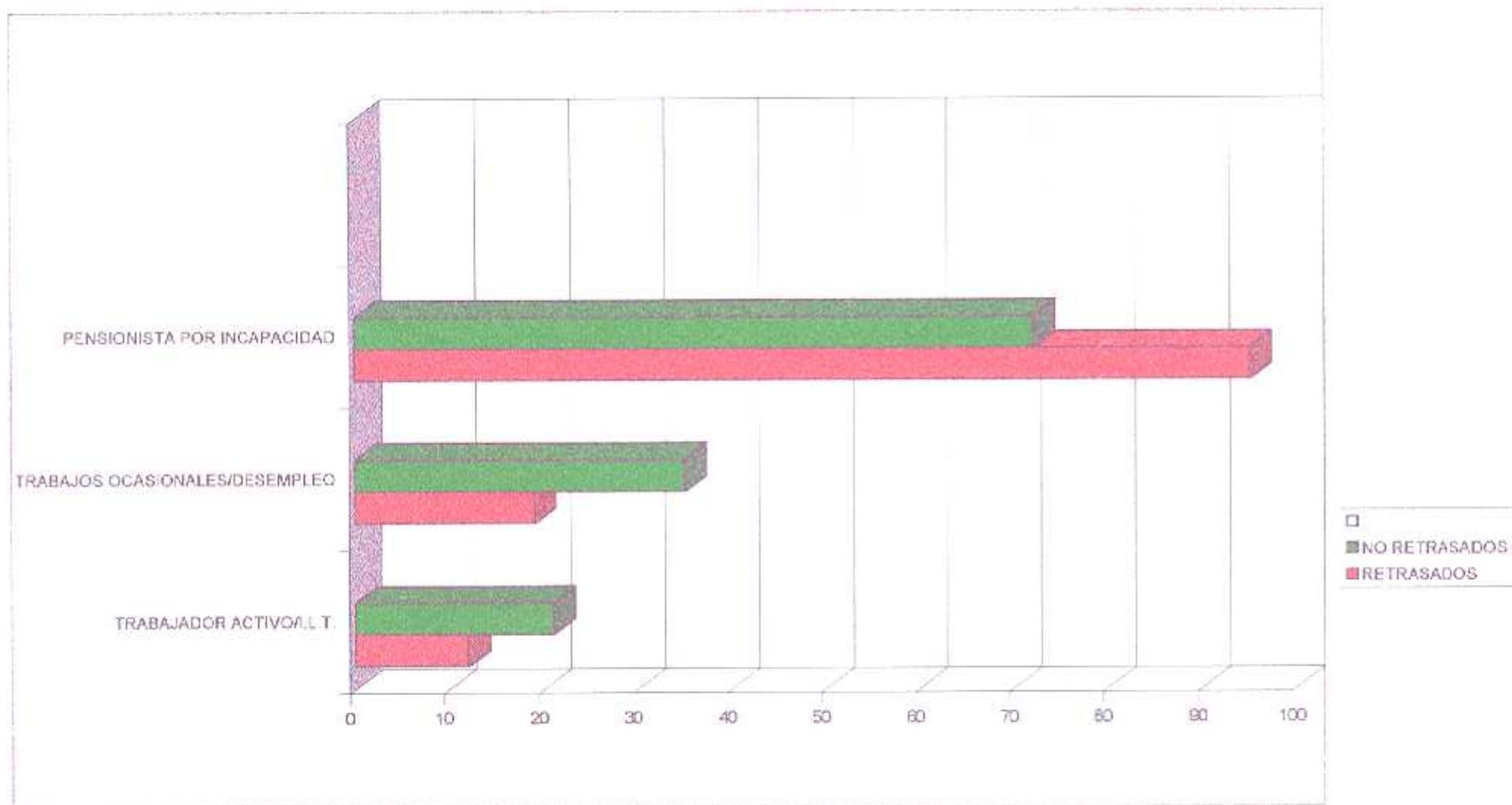
4.4.6. -- SITUACIÓN LABORAL PREVIA AL INGRESO:

EN EL ANÁLISIS DE TABLAS DE CONTINGENCIA Y EN EL ANÁLISIS MULTIVARIANTE, **no se encontraron diferencias significativas en ambos grupos.**

En el histograma de frecuencias se observa:

- El número de pacientes en situación previa al ingreso de trabajador activo o en I.L.T. es escasa en ambos grupos, aunque se observa casi un 10% mas en el grupo control
- Los trabajos ocasionales son desempeñados con una frecuencia de casi el doble por el grupo control.
- La situación de “pensionista por incapacidad” es muy frecuente en ambos grupos, existiendo casi un tercio mas en el grupo de pacientes con R.M.

<u>SITUACIÓN LABORAL</u> (PREVIA AL INGRESO)	RETRASADOS	GRUPO CONTROL
TRABAJADOR ACTIVO / I.L.T.	12 (10%)	21 (17%)
TRABAJOS OCASIONALES/DESEMPLEO	19 (15%)	35 (27%)
PENSIONISTA POR INCAPACIDAD	95 (75%)	72 (57%)



SITUACION LABORAL PREVIA AL INGRESO

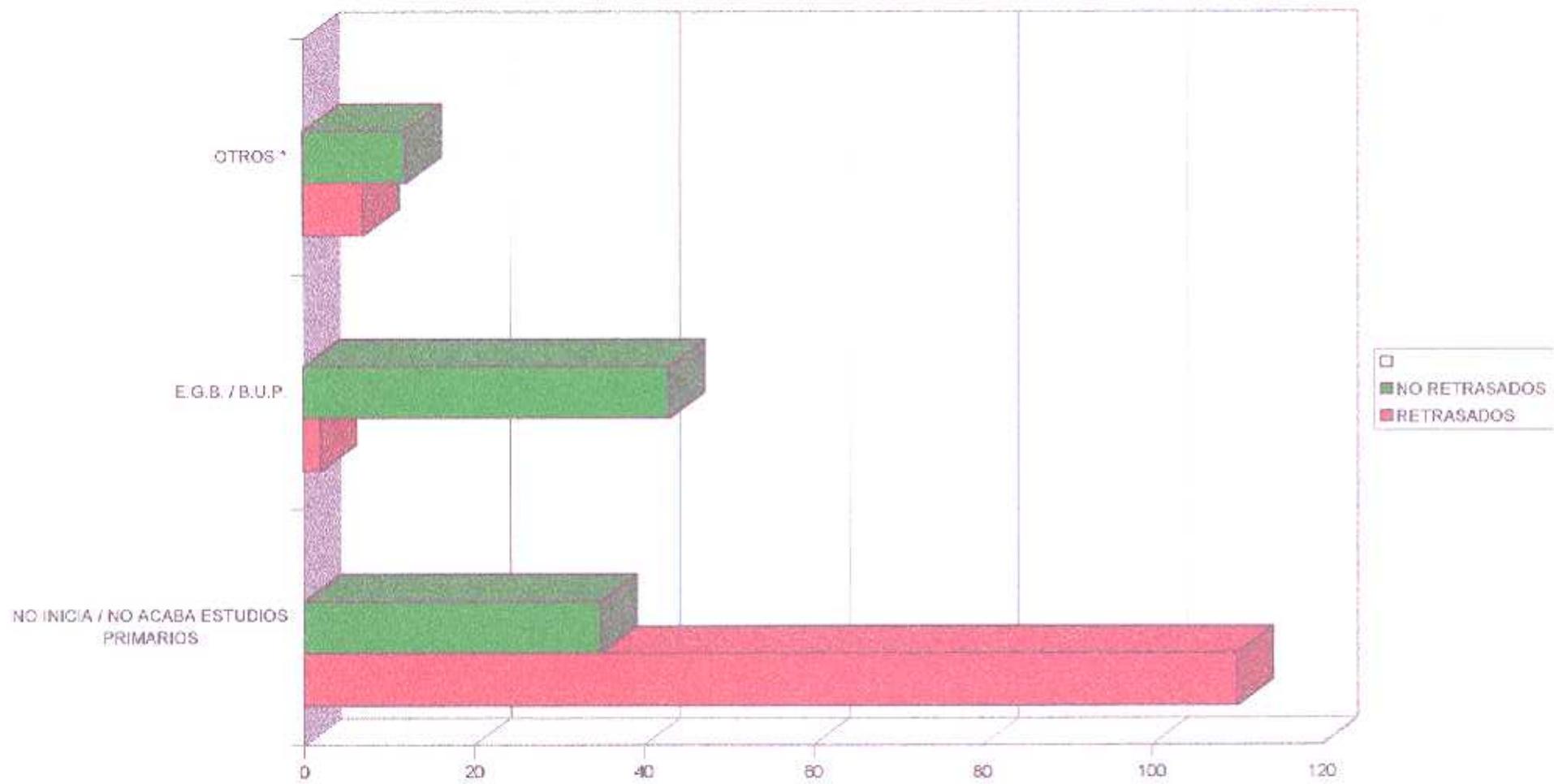
4.4.7 -- NIVEL EDUCATIVO:

EN EL ANÁLISIS DE TABLAS DE CONTINGENCIA, **el no iniciar o no acabar los estudios primarios predomina de forma significativa en los pacientes con R.M.** Según se observa en la TABLA N° 1, ésta variable sigue asociada al R.M. tras el análisis multivariante.

En el histograma de frecuencias se observa que el 92% de los pacientes con R.M. no inicia o no acaba los estudios primarios. Solo 2 pacientes acabaron la EGB.

El apartado “OTROS” (*) corresponde, en el caso de los pacientes con R.M. a “educación especial”, y en el caso del grupo control, a estudios superiores, diplomaturas, etc.

<u>NIVEL EDUCATIVO</u>	RETRASADOS	GRUPO CONTROL
NO INICIA /NO ACABA ESTUDIOS PRIMARIOS	110 (92%)	35 (39%)
TIENE E.G.B. o B.U.P.	2 (2%)	43 (48%)
OTROS *	7 (6%)	12 (13%)



* OTROS: "educación especial" en R.M. y estudios superiores, diplomaturas, etc en no R.M.

NIVEL EDUCATIVO

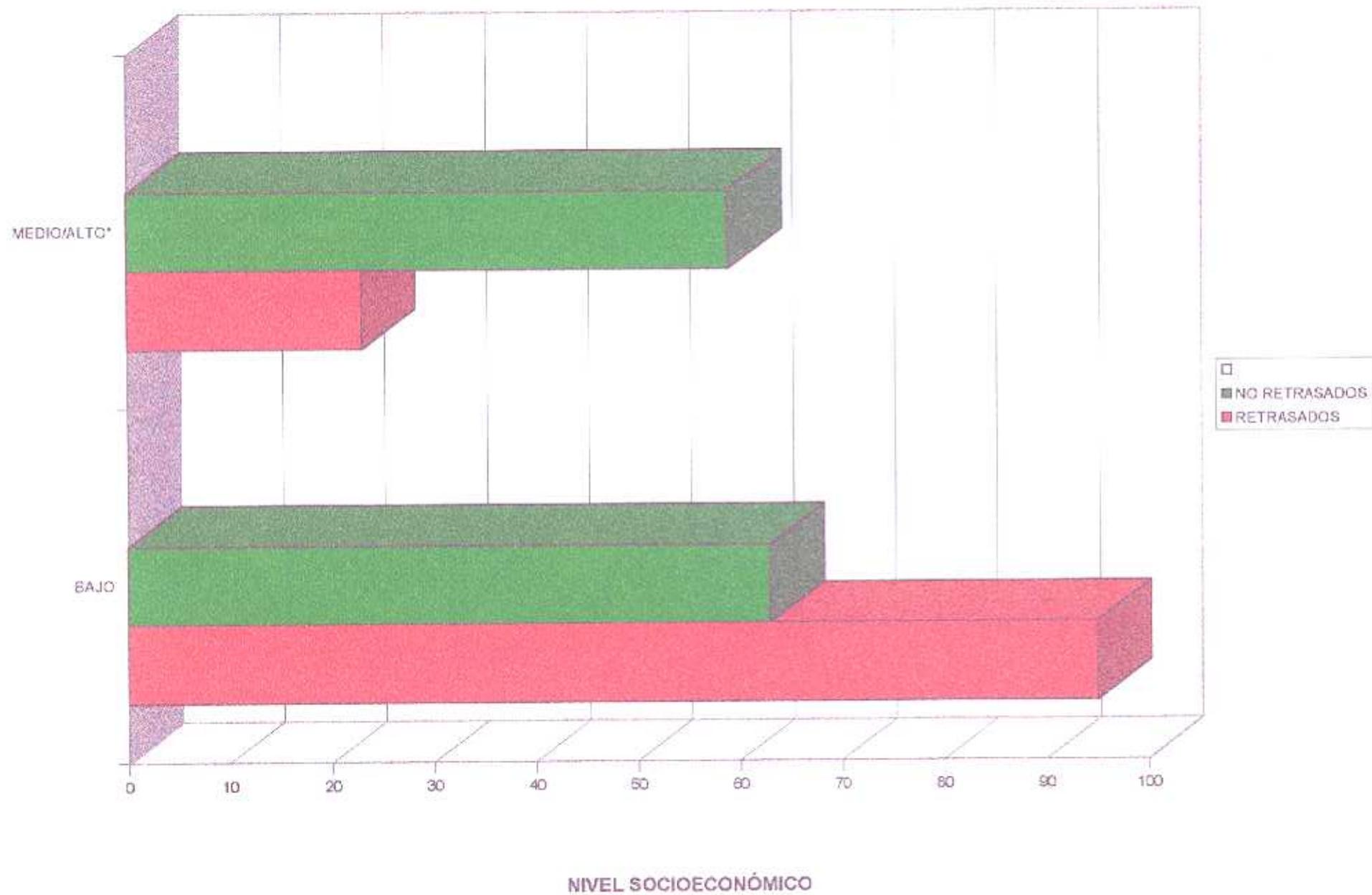
4.4.8. -- NIVEL SOCIOECONÓMICO:

EN EL ANÁLISIS DE TABLAS DE CONTINGENCIA y EN EL ANÁLISIS MULTIVARIANTE (Tabla nº 1), se encontró que el “**nivel socioeconómico bajo**” predomina en el grupo con R.M.

El histograma de frecuencias es el siguiente:

<u>NIVEL SOCIOECONÓMICO</u>	RETRASADOS	GRUPO CONTROL
BAJO	95 (81%)	63 (52%)
MEDIO / ALTO *	23 (19%)	59 (49%)

* No hubo ningún paciente con R.M. y que tuviera un nivel socioeconómico alto. Y solo hubo dos pacientes del grupo control que tuvieran tal nivel.

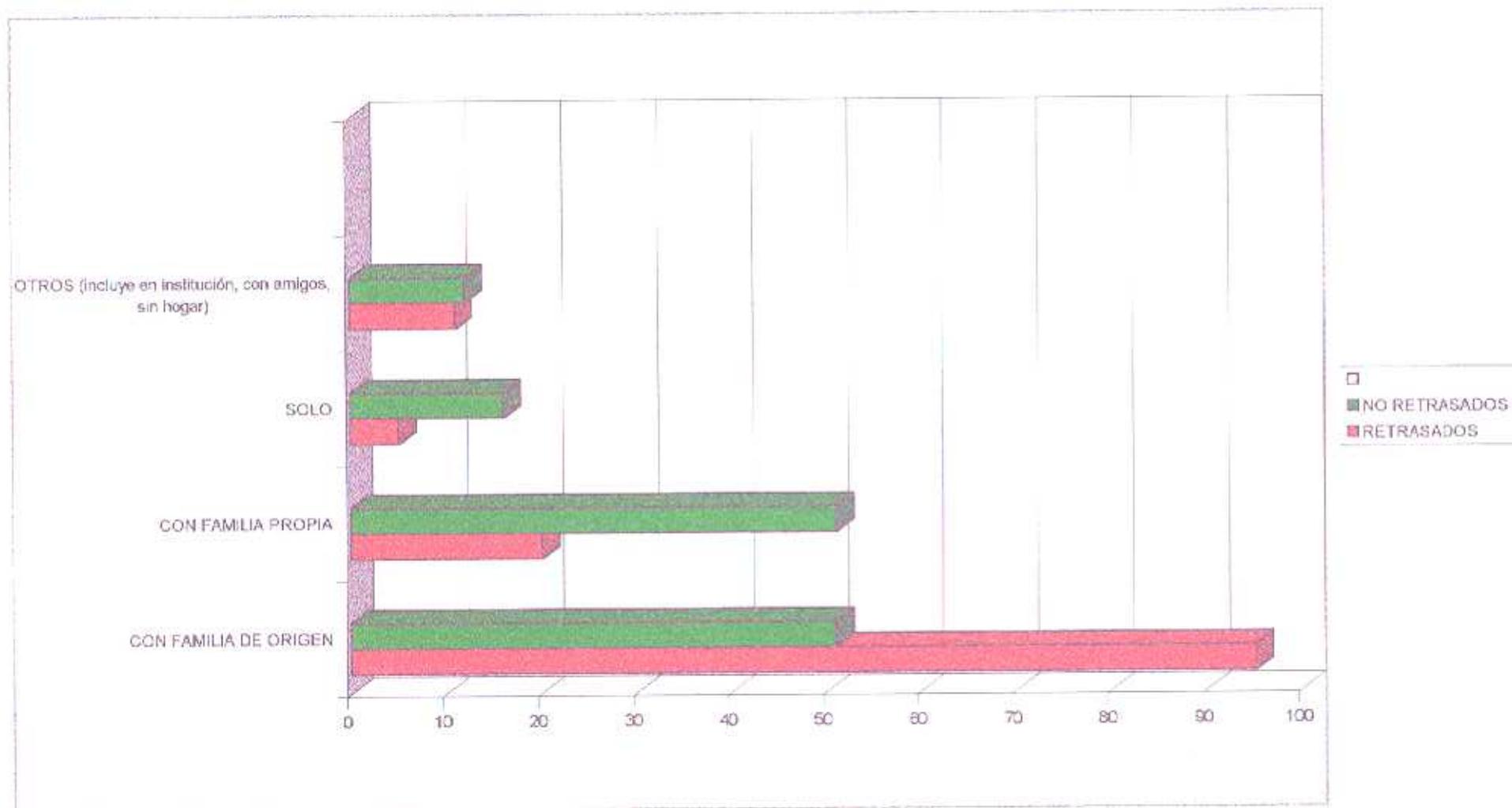


4.4.9. -- CONVIVENCIA:

EN EL ANÁLISIS MULTIVARIANTE, según se observa en la TABLA nº 1, resulta que **los pacientes con R.M. viven principalmente con sus familias de origen**. En el análisis por tablas de contingencia se encontró asociación entre éstas dos variables

EN EL HISTOGRAMA DE FRECUENCIAS se observa que esto es así en 95 pacientes (73%). Solo 20 pacientes (15%), vivían con familia propia, es decir, con una familia formada por ellos mismos, y es muy poco frecuente que presenten “otras” formas de convivencia o que vivan solos.

<u>CONVIVENCIA</u>	RETRASADOS	GRUPO CONTROL
CON FAMILIA DE ORIGEN	95 (73%)	51 (38%)
CON FAMILIA PROPIA	20 (15%)	51 (38%)
SOLO	5 (4%)	16 (12%)
OTROS (incluye en institución, con amigos, sin hogar)	11 (9%)	12 (9%)



CONVIVENCIA

4.4.10 -- DISTRITO DE PROCEDENCIA:

EN EL ANÁLISIS DE TABLAS DE CONTINGENCIA:

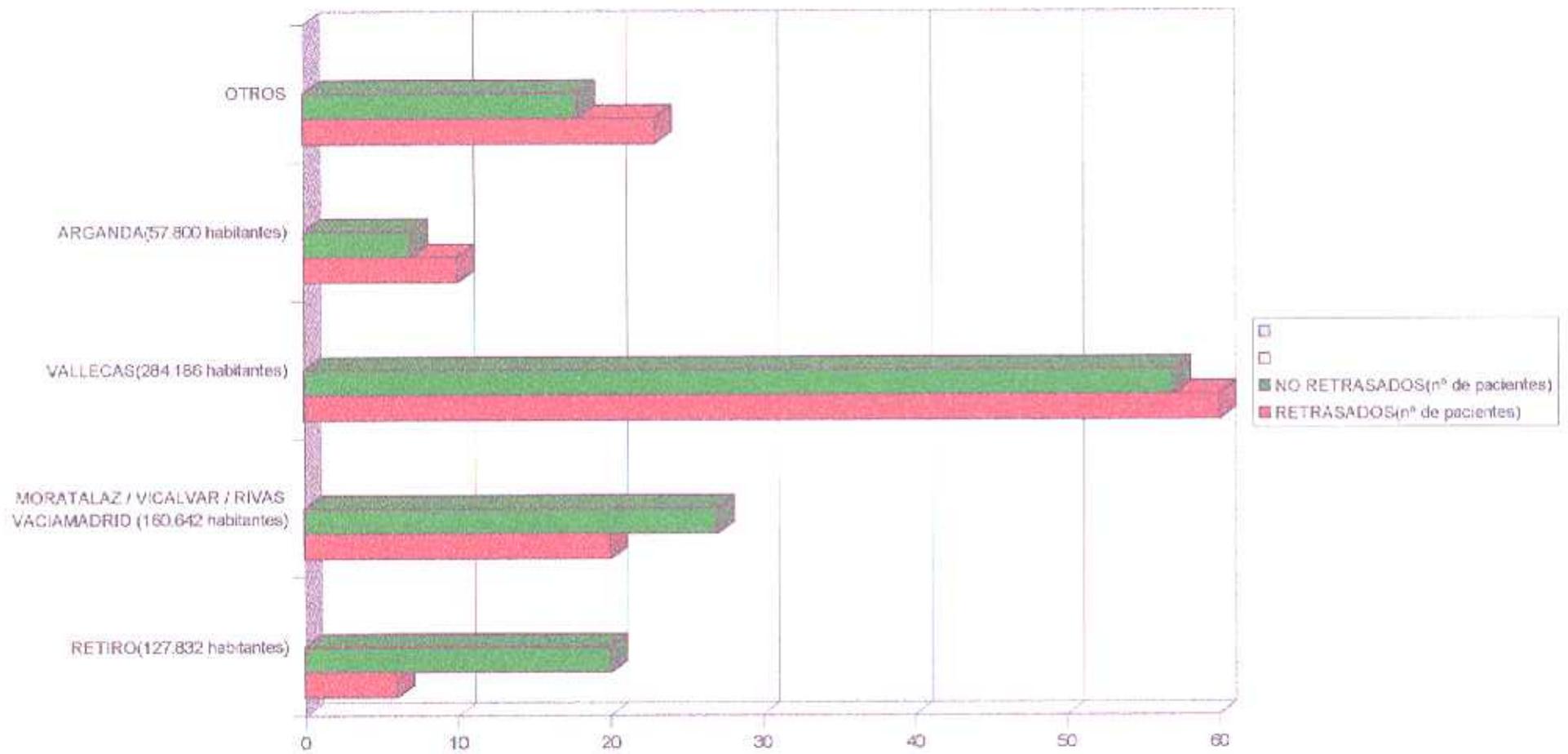
- En relación al nº de pacientes, **no se encontró asociación entre la variable “R.M.” y la pertenencia a un distrito determinado** (Ver histograma de frecuencias **A**)
- En relación al nº de ingresos, **si se encontró asociación:** Hubo 65 ingresos procedentes de Retiro de pacientes del grupo control (15%), y solo 6 ingresos (1%) de pacientes con R.M. (Ver histograma de frecuencias **B**)

Considerando el distrito de procedencia de todos los pacientes ingresados -tanto R.M. como G.C.-, en el periodo estudiado notamos:

- En relación al nº de habitantes por distrito, existe una proporción anormalmente aumentada de ingresos procedentes de Vallecas en ambos grupos.
- Se observa a lo largo de éste estudio, que comprende 7 años y 6 meses, como la zonificación que se dispuso el 1 de Mayo de 1987 para el AREA 1 SUR - ESTE de Madrid, va perfilándose hasta quedar establecida (Ver histograma de frecuencias **C**)
- En el HISTOGRAMA DE FRECUENCIAS “**D**” y en el gráfico de la pagina siguiente a esa, se observa LA EVOLUCIÓN SEMESTRAL DEL NÚMERO DE INGRESOS DE PACIENTES CON RETRASO MENTAL, SEGÚN EL DISTRITO DE PROCEDENCIA

HISTOGRAMA DE FRECUENCIAS A:

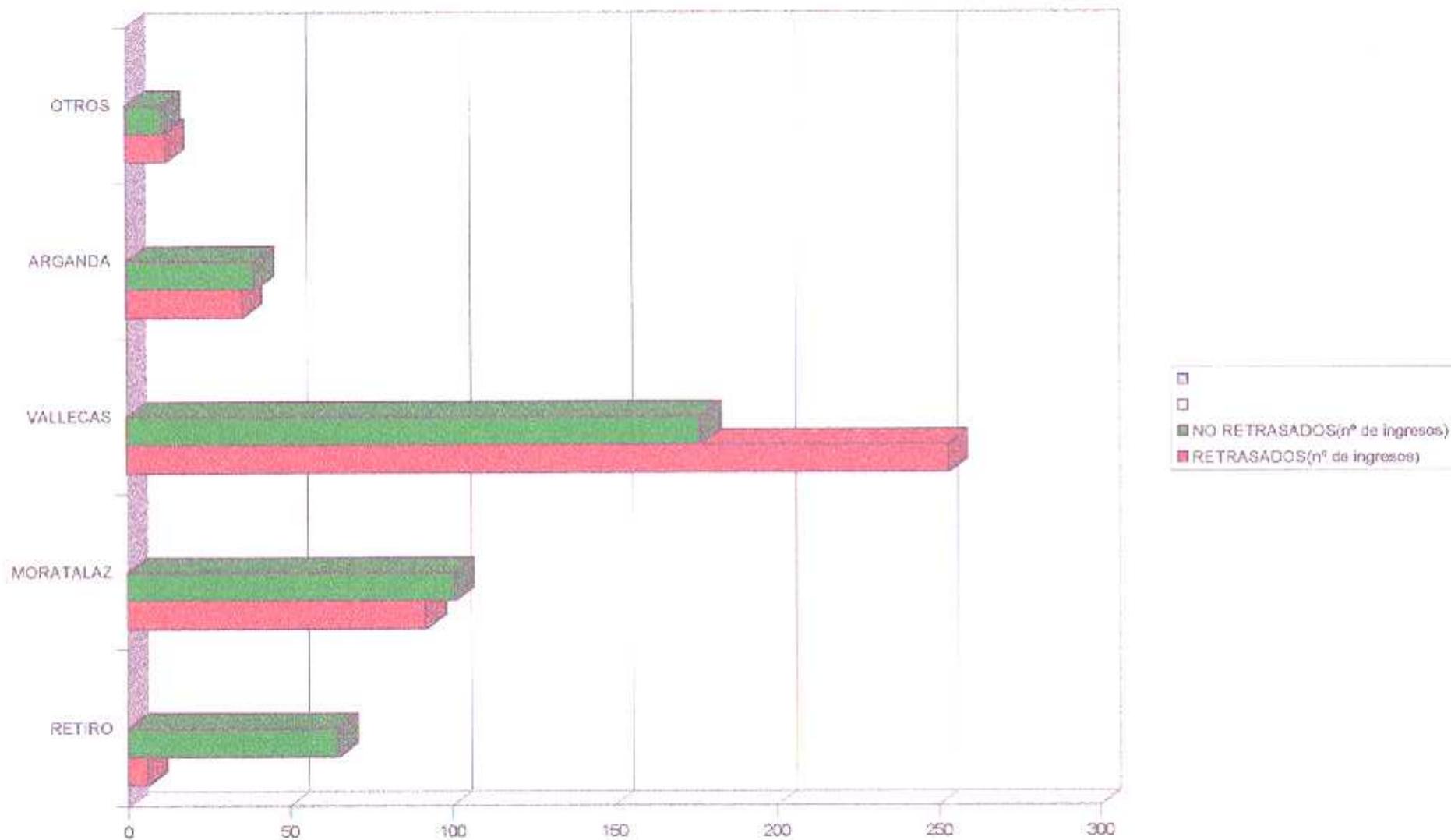
<u>DISTRITO</u>	RETRASADOS (n° de pacientes)	GRUPO CONTROL (n° de pacientes)
RETIRO (127.832 habitantes)	6 (5%)	20 (16%)
MORATALAZ VICALVARO RIVAS V.M. (160.642 habitantes)	20 (17%)	27 (21%)
VALLECAS (284.186 habitantes)	60 (50%)	57 (44%)
ARGANDA (57.800 habitantes)	10 (8%)	7 (5%)
OTROS	23 (19%)	18 (14%)



DISTRITO DE PROCEDENCIA

HISTOGRAMA DE FRECUENCIAS **B**:

<u>DISTRITO</u>	RETRASADOS (n° de ingresos)	GRUPO CONTROL (n° de ingresos)
RETIRO (127.832 habitantes)	6 (1%)	65 (15%)
MORATALAZ VICALVARO RIVAS V.M. (160.642 habitantes)	92 (21%)	101 (24%)
VALLECAS (284.186 habitantes)	253 (58%)	177 (41%)
ARGANDA (57.800 habitantes)	36 (8%)	40 (9%)
OTROS	12 (51% ⁹)	11 (46%)



NÚMERO DE INGRESOS EN RELACIÓN AL DISTRITO DE PROCEDENCIA

HISTOGRAMA DE FRECUENCIAS C:

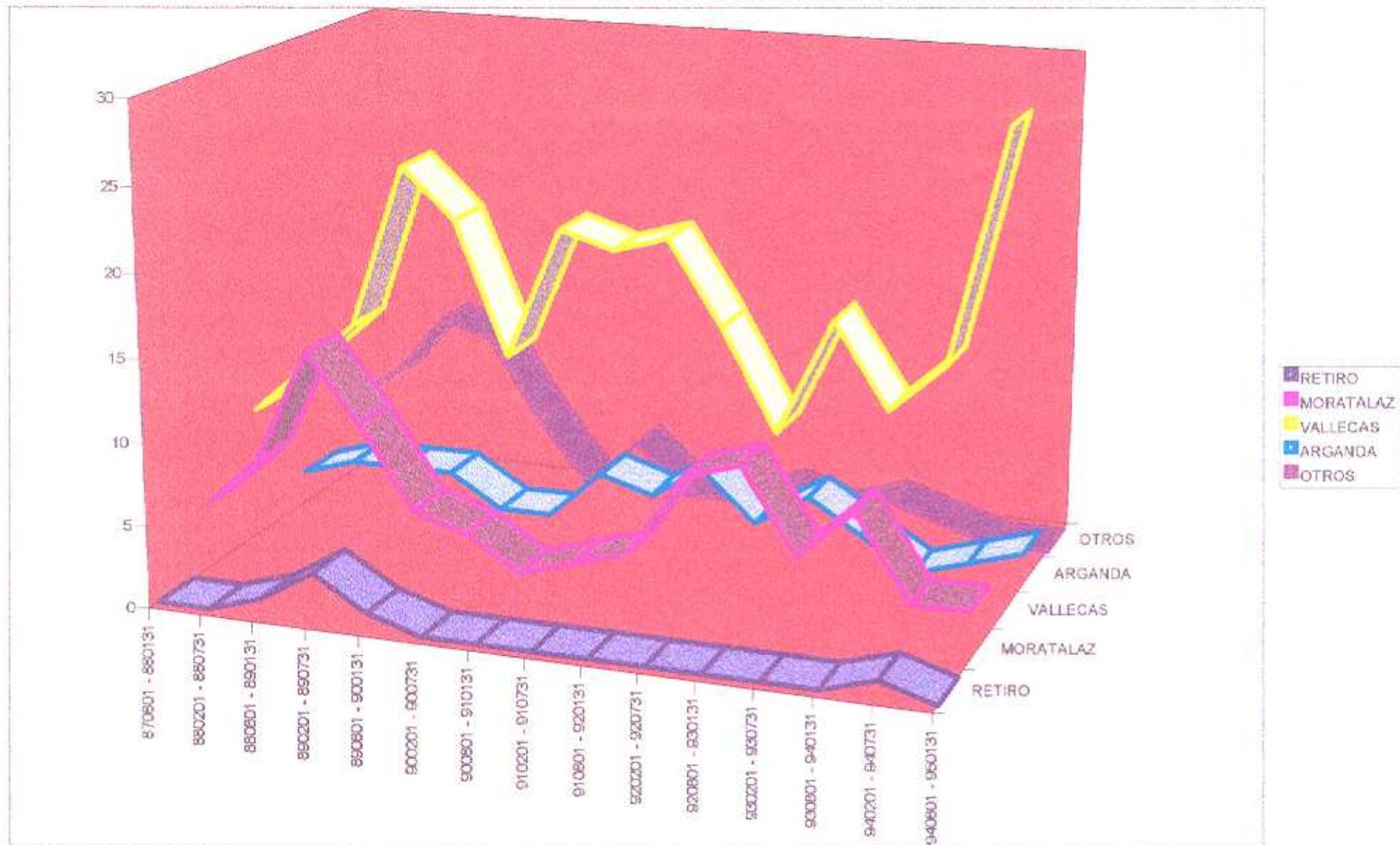
<u>FECHA</u>	<u>RETIRO</u>	<u>MORATALAZ</u>	<u>VALLECAS</u> (*)	<u>ARGANDA</u>	<u>OTROS</u>
1-8-1987 -- 31-12-1987	2 (3%)	8 (4%)	15 (3%)	4 (5%)	9 (9%)
1-1-1988 -- 31-12-1988	6 (14%)	29 (15%)	45 (10%)	12 (16%)	33 (34%)
1-1-1989 -- 31-12-1989	21 (48%)	36 (19%)	76 (18%)	10 (13%)	23 (24%)
1-1-1990 -- 31-12-1990	12 (27%)	22 (11%)	71 (17%)	10 (13%)	14 (15%)
1-1-1991 -- 31-12-1991	9 (20%)	28 (15%)	64 (15%)	16 (21%)	6 (6%)
1-1-1992 -- 31-12-1992	6 (14%)	32 (17%)	48 (11%)	14 (18%)	4 (4%)
1-1-1993 -- 31-12-1993	11 (25%)	23 (12%)	43 (10%)	5 (7%)	5 (5%)
1-1-1994 -- 31-12-1994	4 (9%)	13 (7%)	62 (14%)	5 (7%)	2 (2%)
1-1-1995 -- 31-1-1995	0	1 (1%)	5 (1%)	0	0

(*) incluye Vicálvaro y Rivas Vaciamadrid

DIAGRAMA DE FRECUENCIAS “ D”

<u>FECHA</u>	<u>RETIRO</u>	<u>MORATALAZ</u>	<u>VALLECAS</u>	<u>ARGANDA</u>	<u>OTROS</u>
1-8-87 : 31-1-88	0	4	8	2	5
1-2-88 : 31-7-88	0	7	11	3	7
1-8-88 : 31-1-89	1	14	14	3	11
1-2-89 : 31-7-89	3	10	24	3	10
1-8-89 : 31-1-90	1	5	21	1	5
1-2-90 : 31-7-90	0	4	13	1	1
1-8-90 : 31-1-91	0	2	21	4	4
1-2-91 : 31-7-91	0	3	20	3	1
1-8-91 : 31-1-92	0	4	21	5	1
1-2-92 : 31-7-92	0	9	16	2	2
1-8-92 : 31-1-93	0	10	10	4	1
1-2-93 : 31-7-93	0	5	17	2	2
1-8-93 : 31-1-94	0	8	12	0	1
1-2-94 : 31-7-94	1	3	15	1	0
1-8-94 : 31-1-95	0	3	29	2	0

**EVOLUCIÓN SEMESTRAL DEL NÚMERO DE INGRESOS DE
PACIENTES CON RETRASO MENTAL, SEGÚN DISTRITO DE PROCEDENCIA**



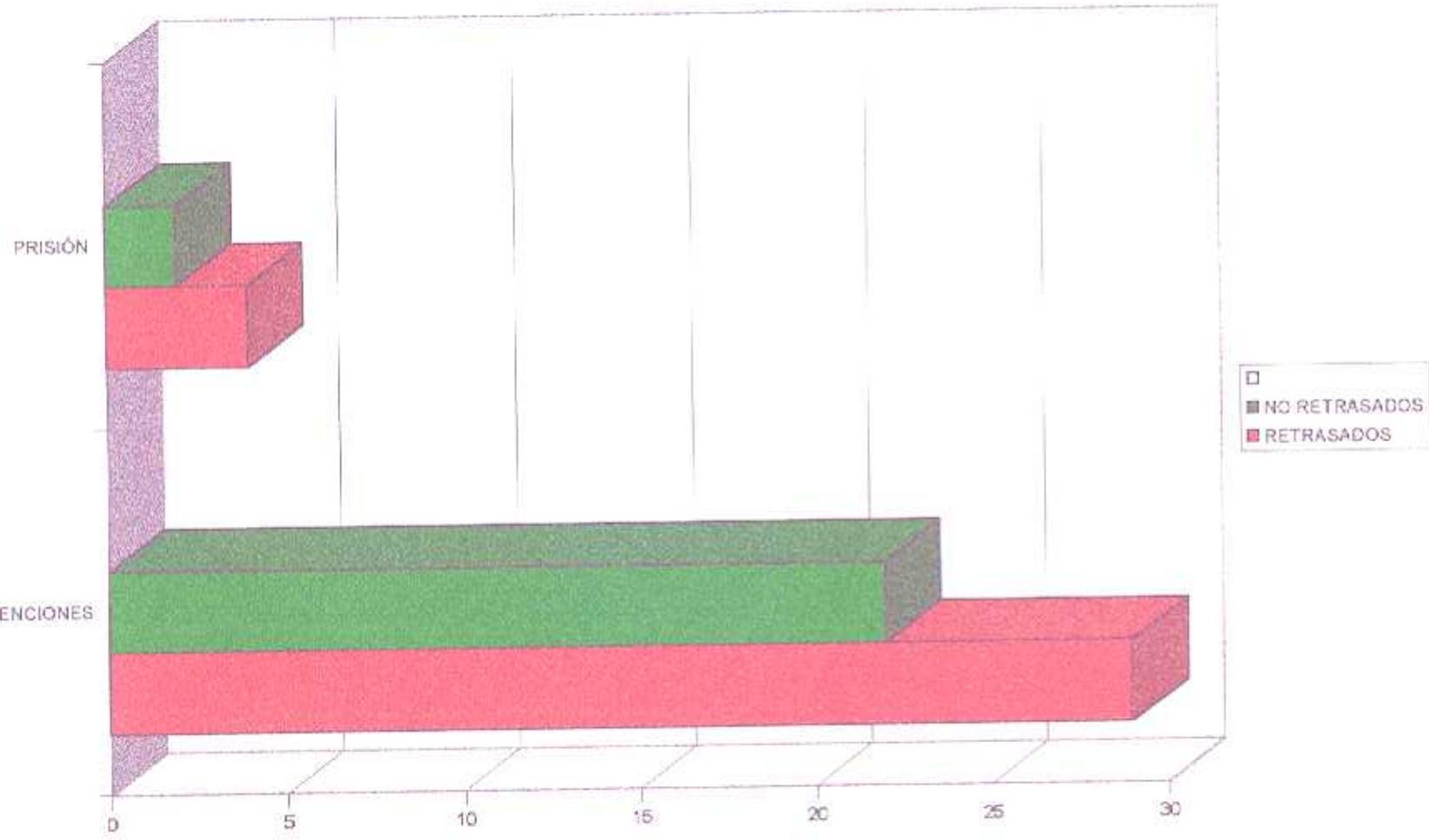
EVOLUCIÓN SEMESTRAL DEL NÚMERO DE INGRESOS DE PACIENTES CON RETRASO MENTAL SEGÚN DISTRITO DE PROCEDENCIA

4.4.11. -- PROBLEMAS CON LA LEY:

EN EL ANÁLISIS DE TABLAS DE CONTINGENCIA **no se encontró asociación entre la variable R.M. y el tener antecedentes personales de denuncias, detenciones o de haber estado en prisión.**

HISTOGRAMA DE FRECUENCIAS:

<u>PROBLEMAS CON LA LEY</u> (antecedentes personales de,)	RETRASADOS	GRUPO CONTROL
DENUNCIAS Y/O DETENCIONES:		
NO	102 (78%)	109 (83%)
SI	29 (22%)	22 (17%)
PRISIÓN:		
NO	126 (97%)	129 (98%)
SI	4 (3%)	2 (2%)



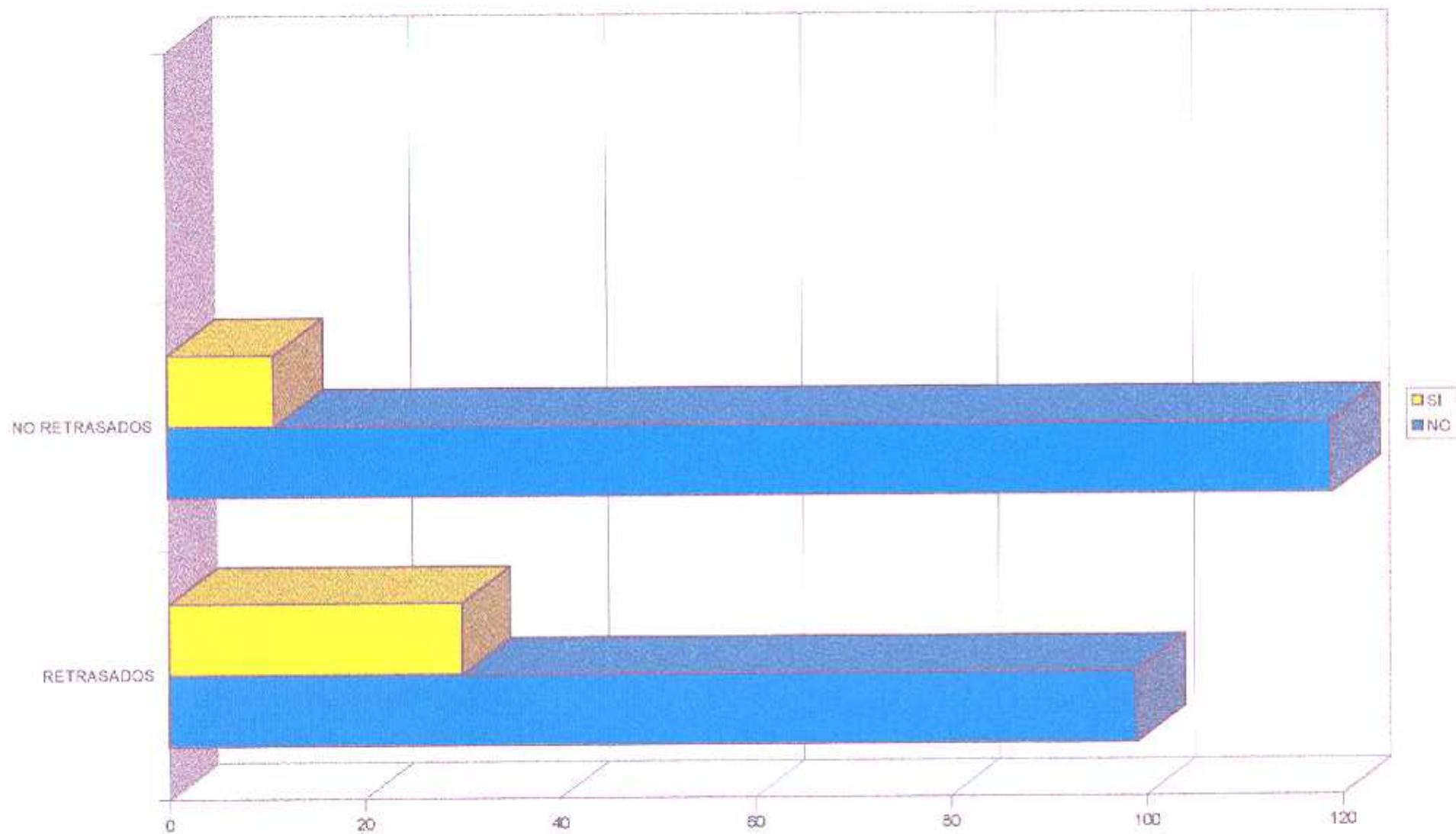
PROBLEMAS CON LA LEY

4.5. --ANTECEDENTES PERSONALES DE INSTITUCIONALIZACIÓN

EN EL ANÁLISIS POR TABLAS DE CONTINGENCIA, se encontró asociación entre la variable R.M. y presentar antecedentes personales de haber estado institucionalizado en hospitales de media o larga estancia, aunque no fue así en el análisis multivariante.

La frecuencia de institucionalización es escasa en los dos grupos, según se observa en el HISTOGRAMA DE FRECUENCIAS:

<u>INSTITUCIONALIZACIÓN</u> (Antecedentes personales de,)	RETRASADOS	GRUPO CONTROL
NO	99 (77%)	119 (92%)
SI	30 (23%)	11 (8%)



ANTECEDENTES PERSONALES DE INSTITUCIONALIZACIÓN

4.6 -- CIRCUNSTANCIAS QUE RODEAN AL INGRESO

4.6.1 -- VARIABLES QUE MOSTRARON SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA (ANÁLISIS DE TABLAS DE CONTINGENCIA:)

Las variables que tras el análisis de tablas de contingencia y con el estadístico “Ji-cuadrado”, salían significativas se utilizaron para el modelo inicial del análisis multivariante. Estas fueron:

4.6.1.1. -- AGRESIVIDAD VERBAL O FÍSICA HACIA LOS DEMÁS: La agresividad resultó mas frecuente en el grupo con R.M.

HISTOGRAMA DE FRECUENCIAS:

<u>AGRESIVIDAD</u>	RETRASADOS (nº de ingresos)	GRUPO CONTROL (nº de ingresos)
NO	287 (63%)	360 (82%)
SI	169 (37%)	78 (18%)

4.6.1.2 -- TENTATIVA / AMENAZAS / IDEAS SUICIDAS:

Resultó ser mas frecuente en el grupo control.

HISTOGRAMA DE FRECUENCIAS:

<u>TENTATIVA</u> <u>AMENAZAS</u> <u>IDEAS</u> <u>SUICIDAS</u>	RETRASADOS (n° de ingresos)	GRUPO CONTROL (n° de ingresos)
NO	382 (84%)	337 (77%)
SI	74 (16%)	101 (23%)

**4.6.1.3.- CONDUCTA EXPLOSIVA / INESTABILIDAD
EMOCIONAL, QUE HACE DIFÍCIL LA CONVIVENCIA:**

(INCLUYE DESTROZOS PROPIOS O AJENOS)

Resultó mas frecuente en el grupo con R.M.

HISTOGRAMA DE FRECUENCIAS:

<u>COND. EXPLOSIVA / INEST. EMOCIONAL</u>	RETRASADOS (n° de ingresos)	GRUPO CONTROL (n° de ingresos)
NO	408 (89%)	416 (95%)
SI	48 (11%)	22 (5%)

4.6.1.4.- REAGUDIZACIÓN DE UN TRASTORNO CRÓNICO:

Resultó mas frecuente en el grupo control

HISTOGRAMA DE FRECUENCIAS:

<u>REAGUDIZACIÓN</u> <u>T. CRÓNICO</u>	RETRASADOS (n° de ingresos)	GRUPO CONTROL (n° de ingresos)
NO	233 (51%)	136 (31%)
SI	223 (49%)	302 (69%)

4.6.1.5.- INGRESO PARA ABSTINENCIA DE ALCOHOL O DE DROGAS:

Resultó mas frecuente en el grupo control.

HISTOGRAMA DE FRECUENCIAS:

<u>ABSTINENCIA DE ALCOHOL O DROGAS</u>	RETRASADOS (n° de ingresos)	GRUPO CONTROL (n° de ingresos)
NO	455 (100%)	428 (98%)
SI	1 (0%)	10 (2%)

4.6.2 -- APLICACIÓN DEL ANÁLISIS MULTIVARIANTE :

El resultado obtenido se expone en la TABLA N° 2:

Según se observa, **la variable que resultó asociada en relación directa con el R.M., FUE LA VIOLENCIA** verbal o física hacia los demás, pues resultó ser 2,4 veces mas probable (OR = 2,420) que en el grupo control.

Las variables que resultaron asociadas en relación inversa, es decir, que resultan circunstancias de ingreso “poco probables” en el grupo de pacientes con R.M. fueron:

- * El ingreso por tentativa / amenazas / o ideas suicidas.
- * El ingreso por reagudización de un trastorno crónico.
- * El ingreso para realizar abstinencia de alcohol o de drogas.

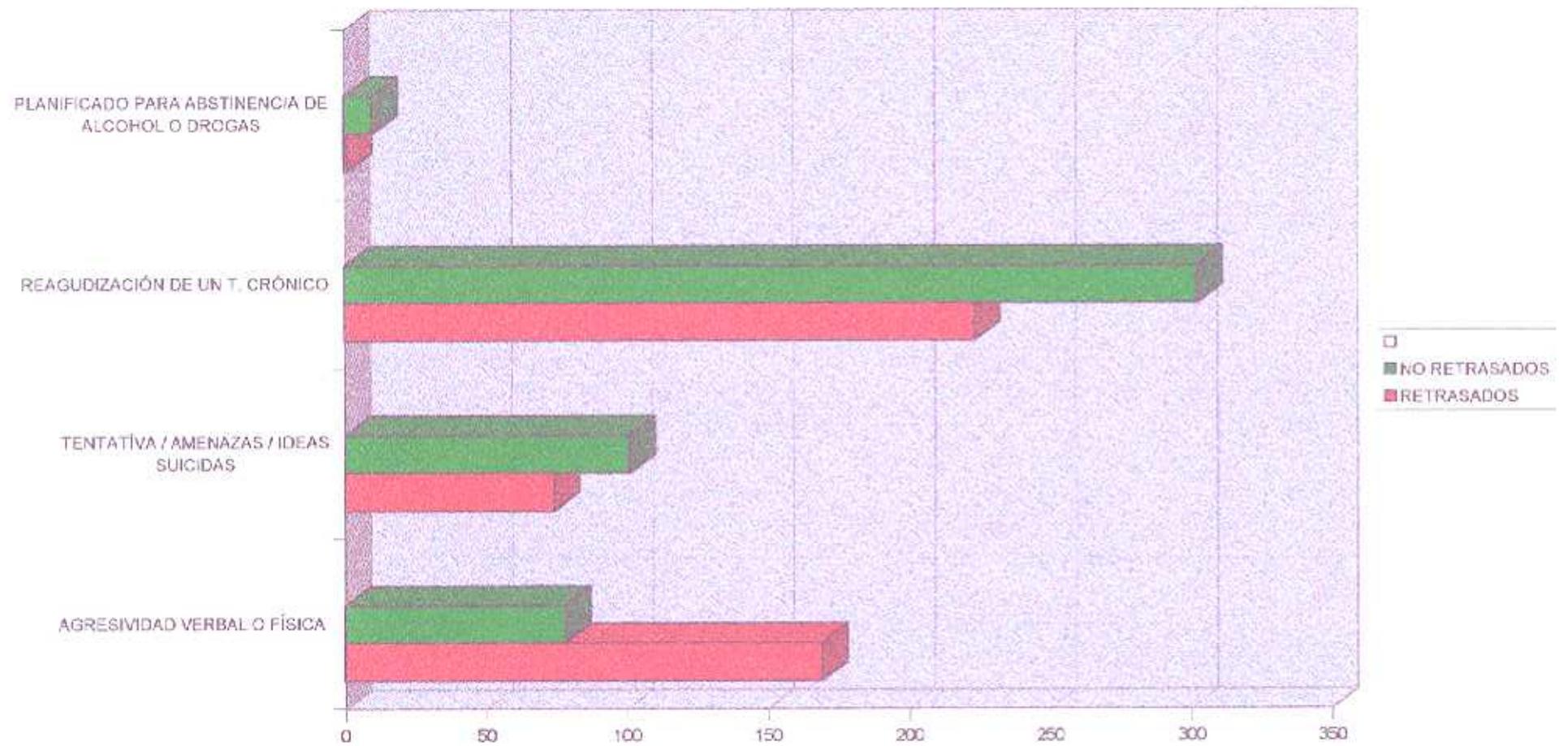
VARIABLE:	ODD RATIO	INT. DE CONFIANZA	SIGNIFICACIÓN
VIOLENCIA (Verbal o física hacia los demás)	2,42094	1,74056 -- 3,36728	p= 0,00000
SUICIDIO (Tentativa, amenazas o ideas de,)	0,64865	0,44901 -- 0,93704	p= 0,02002
TRASTORNO CRÓNICO (Reagudización)	0,38654	0,28876 -- 0,51742	p= 0,00000
PARA ABSTINENCIA DE ALCOHOL O DROGAS	0,07075	0,00869 -- 0,57579	p= 0.01279

Ji-cuadrado del modelo = 93,26172

p = 0.00000

VARIABLES QUE MOSTRARON SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA EN EL ANÁLISIS MULTIVARIANTE, EN RELACIÓN A LAS CIRCUNSTANCIAS QUE RODEAN AL INGRESO (MODELO FINAL)

TABLA N° 2



VARIABLES QUE RESULTARON SIGNIFICATIVAS TRAS LA APLICACIÓN DEL ANÁLISIS MULTIVARIANTE: NÚMERO DE INGRESOS

4.6.3 -- VARIABLES QUE NO MOSTRARON SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA

Se trata del resto de las variables , o circunstancias que rodearon el ingreso , -ver cuestionario en apéndice nº 2-, que tras someterlas a análisis estadístico con tablas de contingencia, no demostraron diferencias significativas entre los dos grupos, siendo la prevalencia muy escasa en algunas de ellas, según se observa en los histogramas de frecuencias que se exponen mas abajo.

Estas variables fueron:

- ◆ Autolesiones.
- ◆ Conducta extravagante.
- ◆ Agitación psicomotriz.
- ◆ Motivos familiares ajenos al paciente.
- ◆ Vida marginal.
- ◆ Mutismo / Apatía / Retraimiento social.
- ◆ Enfermedad física complicada con trastorno psiquiátrico que hace imposible el tratamiento en una Unidad Médica.
- ◆ Quejas somáticas
- ◆ Derivación médica o psiquiátrica.
- ◆ Actitud del paciente hacia el ingreso.

4.6.3.1 -- AUTOLESIONES :

<u>AUTOLESIONES</u>	RETRASADOS	GRUPO CONTROL
NO	448 (98%)	436 (100%)
SI	8 (2%)	2 (0%)

4.6.3.2. -- CONDUCTA EXTRAVAGANTE:

<u>CONDUCTA EXTRAVAGANTE</u>	RETRASADOS	GRUPO CONTROL
NO	434 (95%)	413 (94%)
SI	22 (5%)	25 (6%)

4.6.3.3. -- AGITACIÓN PSICOMOTRÍZ:

<u>AGITACIÓN PSICOMOTRÍZ</u>	RETRASADOS	GRUPO CONTROL
NO	409 (90%)	392 (89%)
SI	47 (10%)	46 (11%)

4.6.3.4 -- MOTIVOS FAMILIARES AJENOS AL PACIENTE:

<u>MOTIVOS FAMILIARES</u>	RETRASADOS	GRUPO CONTROL
NO	450 (99%)	436 (100%)
SI	6 (1%)	2 (0%)

4.6.3.5. -- VIDA MARGINAL:

<u>VIDA MARGINAL</u>	RETRASADOS	GRUPO CONTROL
NO	430 (94%)	415 (95%)
SI	26 (6%)	23 (5%)

4.6.3.6. -- ENSIMISMAMIENTO / APATÍA / RETRAIMIENTO SOCIAL:

<u>ENSIMISMAMIENTO</u>	RETRASADOS	GRUPO CONTROL
NO	442 (97%)	419 (96%)
SI	14 (3%)	19 (4%)

4.6.3.7. -- ENFERMEDAD FÍSICA COMPLICADA CON TRASTORNO PSIQUIÁTRICO (que hace imposible el tratamiento en una Unidad Médica):

<u>ENFERMEDAD FÍSICA</u>	RETRASADOS	GRUPO CONTROL
NO	444 (97%)	425 (97%)
SI	12 (3%)	13 (3%)

4.6.3.8. -- QUEJAS SOMÁTICAS:

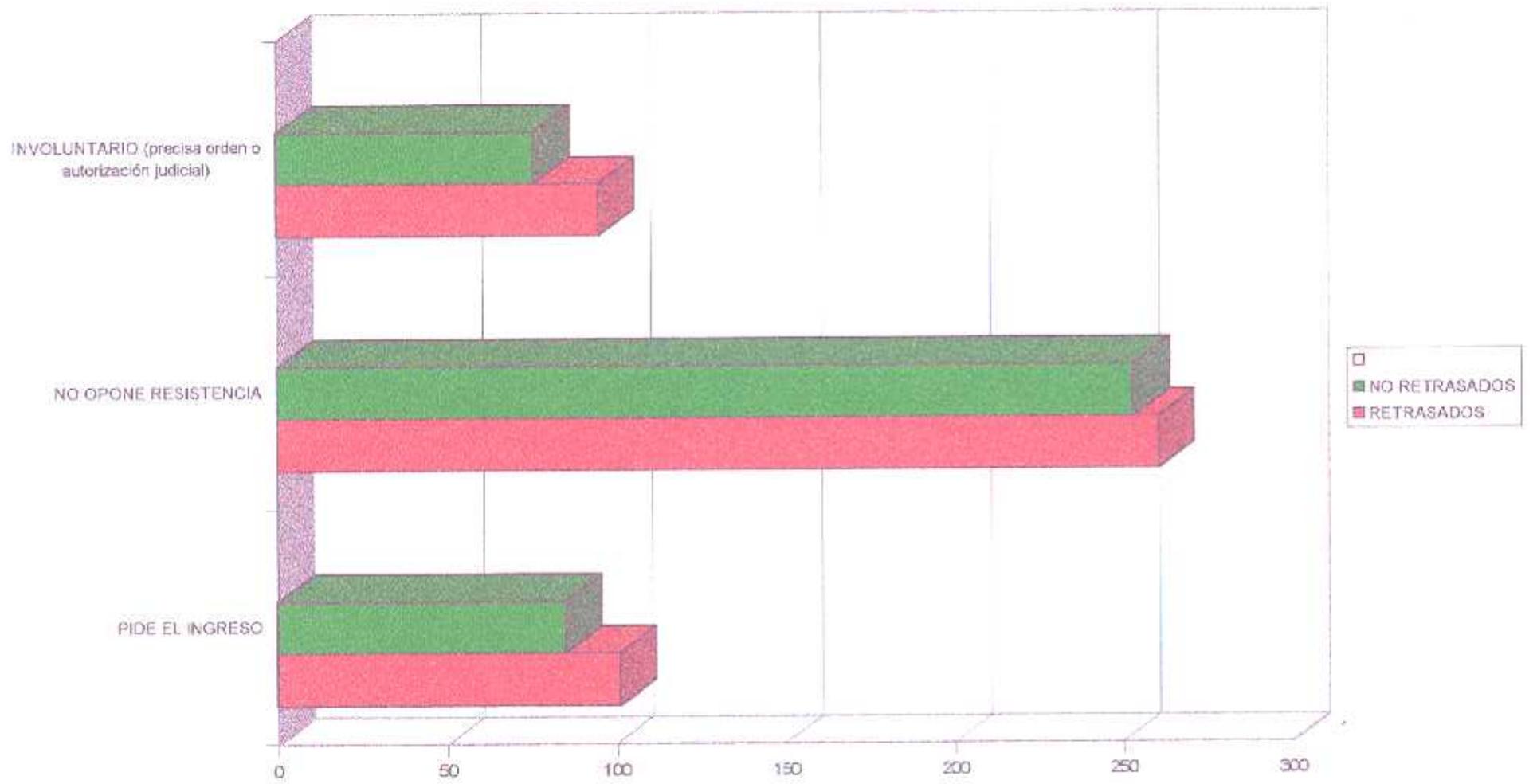
<u>QUEJAS SOMÁTICAS</u>	RETRASADOS	GRUPO CONTROL
NO	417 (91%)	390 (89%)
SI	39 (9%)	48 (11%)

4.6.3.9. -- DERIVACIÓN MÉDICA O PSIQUIÁTRICA AL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL:

<u>DERIVACIÓN</u>	RETRASADOS	GRUPO CONTROL
NO	403 (88%)	386 (88%)
SI	53 (12%)	52 (12%)

4.6.3.10. -- ACTITUD DEL PACIENTE HACIA EL INGRESO:

<u>ACTITUD DEL PACIENTE</u>	RETRASADOS	GRUPO CONTROL
PIDE EL INGRESO	101 (22%)	85 (21%)
NO OPONE RESISTENCIA	260 (57%)	253 (61%)
INVOLUNTARIO (precisa orden o autorización judicial)	95 (21%)	76 (18%)



ACTITUD DEL PACIENTE HACIA EL INGRESO

4.7. -- DATOS CLÍNICOS

4.7.1. -- ETIOLOGÍA DEL RETRASO MENTAL

Solo se encontró una determinada etiología en 38 casos de los 131 pacientes del presente estudio (29% del total).

La etiología se desconoce en 93 casos (70% del total).

No se encontró ningún caso cuya etiología pudiera deberse a factores hereditarios de ciertos tipos como errores del metabolismo, anormalidades genéticas o cromosómicas.

Tampoco se encontró ningún caso debido a alteraciones tempranas del desarrollo embrionario, ni se demostró caso alguno que pudiera ser achacable a problemas sufridos durante la gestación ni a trastorno mental grave de aparición precoz como psicosis o autismo.

La etiología encontrada corresponde a:

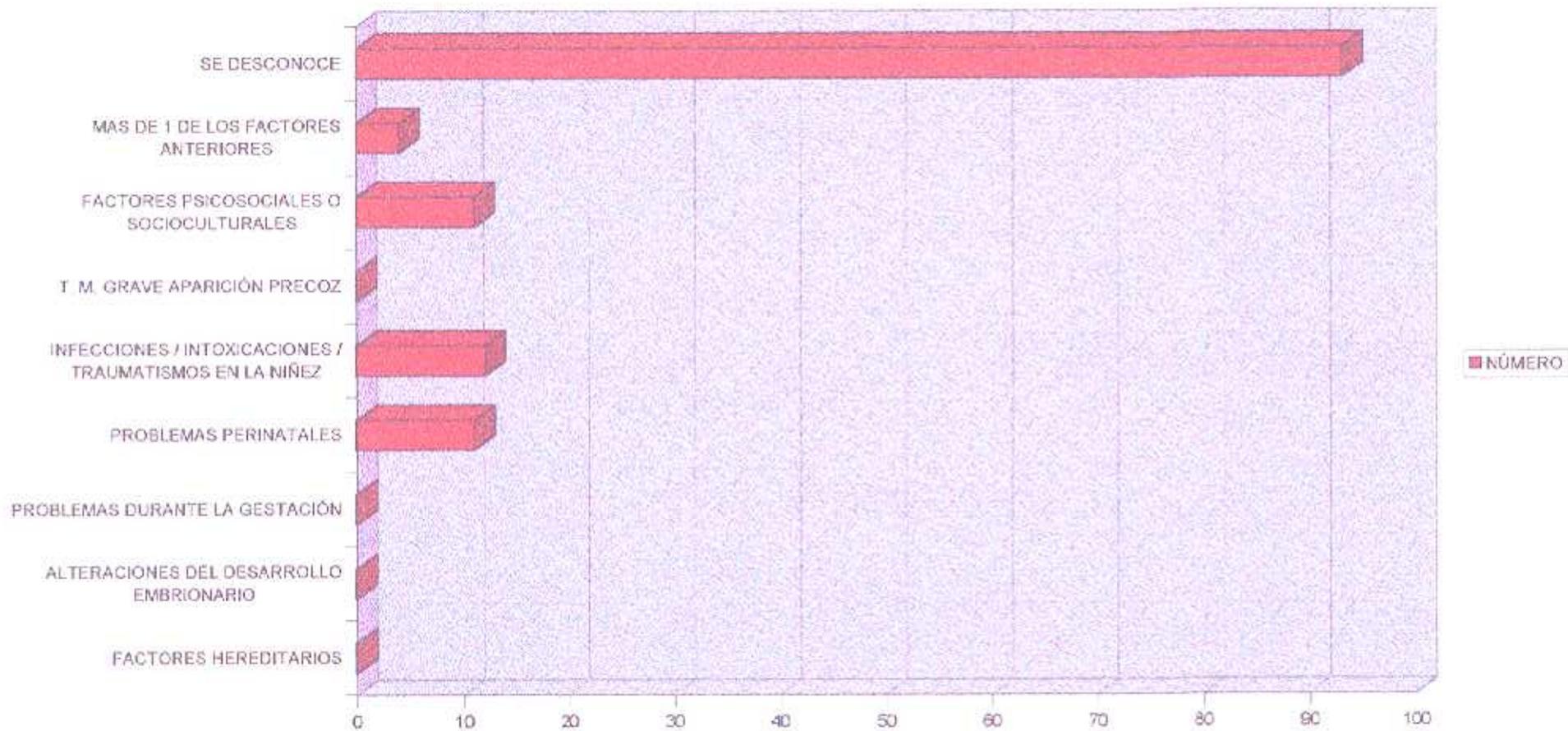
- Problemas perinatales.
- Infecciones, intoxicaciones, o traumatismos sufridos durante la niñez.
- Factores psicosociales o socioculturales.
- Mas de uno de los factores anteriores: De los 4 casos, 3 corresponden a la asociación de meningitis con factores psicosociales o socioculturales, como la pobreza, marginalidad, y familias multiproblemáticas con miembros con R.M. y trastornos psiquiátricos. En el otro caso se asocia éste último tipo de factores con un traumatismo craneoencefálico sufrido en la niñez.

ETIOLOGÍA ENCONTRADA: HISTOGRAMA DE FRECUENCIAS

<u>ETIOLOGÍA</u>	NÚMERO y PORCENTAJE	
FACTORES HEREDITARIOS	0	(0%)
ALTERACIONES DEL DESARROLLO EMBRIONARIO	0	(0%)
PROBLEMAS DURANTE LA GESTACIÓN	0	(0%)
PROBLEMAS PERINATALES	11	(8%)
INFECCIONES / INTOXICACIONES / TRAUMATISMOS EN LA NIÑEZ	12	(9%)
T. M. GRAVE APARICIÓN PRECOZ	0	(0%)
FACTORES PSICOSOCIALES O SOCIOCULTURALES	11	(8%)
MAS DE 1 DE LOS FACTORES ANTERIORES	4	(4%)
SE DESCONOCE	93	(70%)

HISTOGRAMA DE FRECUENCIAS DE LA ETIOLOGÍA DEL RETRASO MENTAL ENCONTRADA EN LOS PACIENTES DEL PRESENTE ESTUDIO

TABLA N° 3



LA ETIOLOGÍA DEL RETRASO MENTAL EN EL GRUPO OBJETO DE ESTUDIO

HISTOGRAMA DE FRECUENCIAS DIAGNÓSTICAS:

DIAGNOSTICO	RETRASO MENTAL	GRUPO CONTROL
T. DE CONDUCTA	79 (17%) ***	1 (0%)
ESQUIZOFRENIA:	132 (29%)	100 (23%)
T. DE IDEAS DELIRANTES:	18 (4%)	26 (6%)
T. ESQUIZOAF. Y OTROS (1):	15 (3%)	57 (13%) ***
TOTAL:	164 (36%)	182 (42%)
T. DEL HUMOR:		
Cuadros Depresivos:	35 (8%)	138 (32%) ***
Cuadros Maníacos:	30 (7%)	55 (13%) ***
TOTAL:	65 (14%)	193 (44%) ***
T. USO DE S. PSICOTROPAS:		
Alcohol:	92 (20%)	63 (14%)
Drogas	17 (4%)	21 (5%)
Politoxicomanías, y otras.	25 (5%)	23 (5%)
TOTAL:	134 (29%)	107 (24%)
T. DE ANSIEDAD	51 (11%) ***	16 (4%)
T. DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	1 (0%)	16 (4%) ***
T. DE PERSONALIDAD	58 (13%)	52 (12%)
T. MENTALES ORGÁNICOS		
Demencia:	0 (0%)	14 (3%)
Delirium:	0	2 (0%)
Otros:	3 (0%)	0 (0%)
TOTAL:	3 (1%)	16 (4%) ***
SOLO RETRASO MENTAL	16 (3'5%)	
TOTAL INGRESOS	456 (51%)	438 (49%)

(*) VARIABLES QUE RESULTARON SIGNIFICATIVAS EN EL ANÁLISIS DE TABLAS DE CONTINGENCIA. (p < 0,05)**

(1) "otros": psicosis reactiva breve, y trastorno psicótico no especificado

TABLA N° 4



DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS REALIZADOS EN AMBOS GRUPOS

4.7.2. -- DIAGNÓSTICOS ENCONTRADOS

EN EL HISTOGRAMA DE FRECUENCIAS DIAGNÓSTICAS (TABLA N° 4) vemos:

4.7.2.1. -- DIAGNÓSTICOS DONDE SE ENCONTRÓ DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS ENTRE AMBOS GRUPOS:

- ◆ Trastorno de Conducta : (17% R.M. // 0% G.C.)
- ◆ Trastorno de Ansiedad : (11% R.M. // 4% G.C.)
- ◆ Trastorno Esquizoafectivo y “otros” : (3% R.M. // 13% G.C.)
- ◆ Trastornos del Humor : (14% R.M. // 44% G.C.)
- ◆ Trastornos de la Conducta Alimentaria : (0% R.M. // 4% G.C.)
- ◆ Trastornos Mentales Orgánicos : (1% R.M. // 16% G.C.)

4.7.2.2-- --. DIAGNÓSTICOS MAS FRECUENTES EN CIFRAS ABSOLUTAS Y POR ORDEN DE FRECUENCIA FUERON:

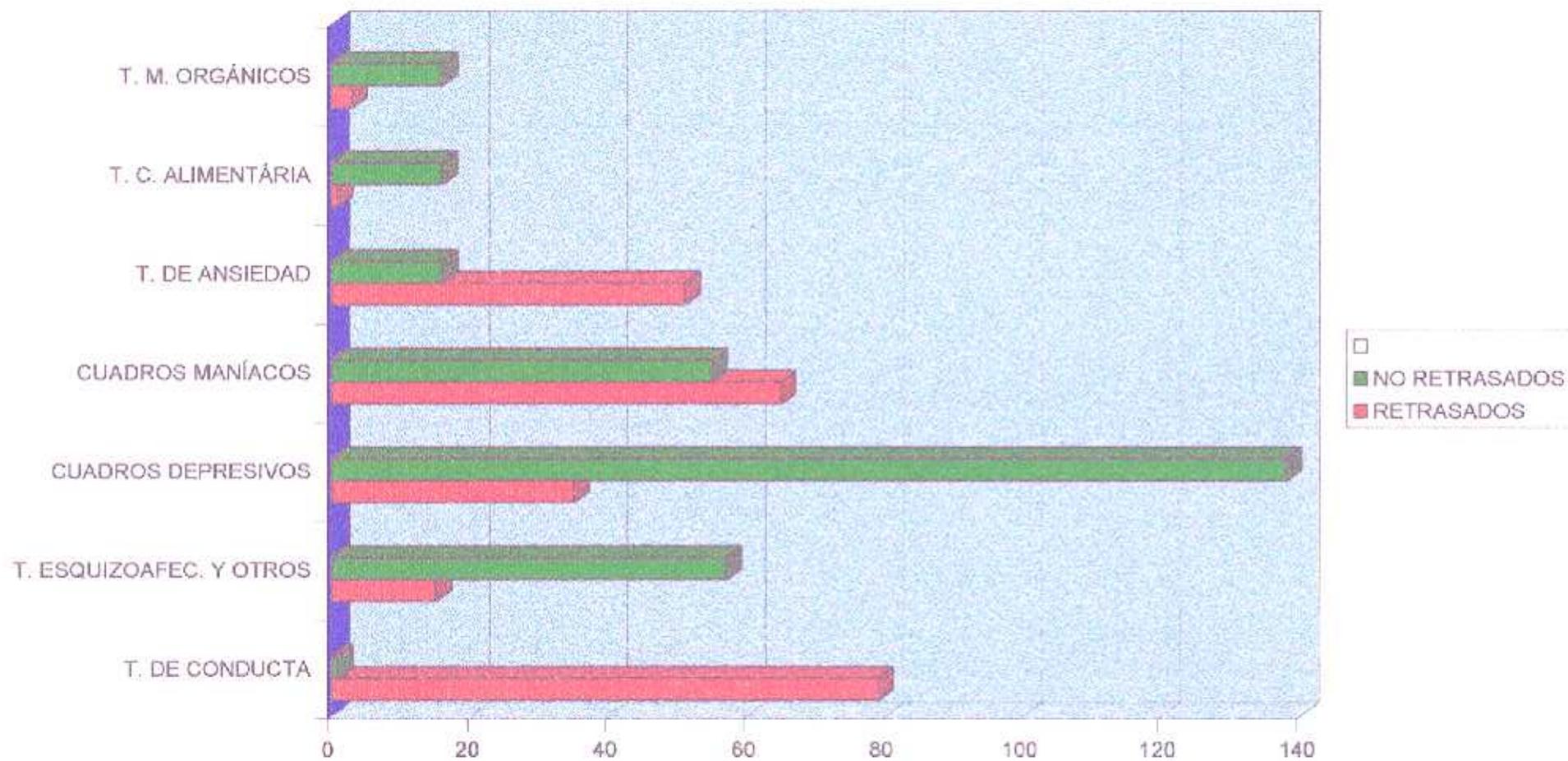
◆ EN LOS PACIENTES CON R.M.:

1. Esquizofrenia, T. de Ideas Delirantes, t. esquizoafectivo y otros: 164 ingresos (36%)
2. Trastornos por uso de sustancias psicotropas - por abuso de alcohol principalmente : 134 ingresos (29%).

- 3. Trastorno de conducta: 79 ingresos (17%).
- 4. Trastornos de personalidad: 58 ingresos (13%).
- 5. Trastornos de ansiedad: 51 ingresos (11%).
- 6. Retraso mental (“único diagnóstico”): 16 ingresos (3,5%).
- 7. Trastornos mentales orgánicos: 3 ingresos (1%).
- 8. Trastornos de la conducta alimentaria: 1 ingreso (0%).

◆ GRUPO CONTROL:

- 1. Trastornos del humor: 193 ingresos (44%).
- 2. Esquizofrenia, t. de ideas delirantes, t. esquizoafectivo y otros: 182 ingresos (42%)
- 3. Trastornos por uso de sustancias psicotropas: 107 ingresos (24%).
- 4. Trastornos de personalidad: 52 ingresos (12%).
- 5. Trastornos de ansiedad : 16 ingresos (4%).
- 6. Trastornos de la conducta alimentaria : 16 ingresos (4%).
- 7. Trastornos de personalidad : 16 ingresos (4%).
- 8. Trastorno de conducta : 1 ingreso (1%).



DIAGNÓSTICOS DONDE SE ENCONTRÓ DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS ENTRE AMBOS GRUPOS

4.7.2.3 -- TRASTORNO DE CONDUCTA:

EN EL HISTOGRAMA DE FRECUENCIAS de la página nº 117 (TABLA N°4), se observa:

En el grupo de pacientes con R.M., en 79 ingresos (17% del total), se diagnosticó al alta “T. de Conducta”. Estos 79 ingresos corresponden a 29 pacientes, (22,1% de los mismos).

En el grupo control, solo en 1 ingreso se realizó tal diagnóstico.

EN EL ANÁLISIS DE TABLAS DE CONTINGENCIA, como era de esperar, la asociación entre la variable R.M. y el trastorno de conducta, resultó significativa.

Tras comprobar que éste diagnóstico se realizó casi en exclusiva en los pacientes con R.M., interesó conocer cuales eran las circunstancias que condicionaban los 79 ingresos encontrados. Para conseguirlo se utilizó el análisis de tablas de contingencia para comprobar la posible asociación entre la variable “trastorno de conducta” y cada una de las circunstancias de ingreso consideradas en éste estudio.

Las variables que salían significativas fueron:

- AGRESIVIDAD VERBAL O FÍSICA HACIA LOS DEMÁS
- AGITACIÓN PSICOMOTRÍZ
- ACONTECIMIENTO BIOGRÁFICO ESTRESANTE EN EL ÚLTIMO AÑO

- TENTATIVA // AMENAZAS // O IDEAS SUICIDAS
- REAGUDIZACIÓN DE UN TRASTORNO CRÓNICO

Las tres primeras fueron mas frecuentes en los pacientes con R.M.

Las dos últimas fueron mas frecuentes en el grupo control.

Posteriormente, SE UTILIZÓ LA REGRESIÓN LOGÍSTICA MÚLTIPLE y como estrategia de modelización la denominada “hacia atrás”. La variable dependiente fue el “trastorno de conducta”, y las variables independientes las ya citadas, que en el análisis “crudo” salían significativas.

EL MODELO “FINAL” TRAS EL ANÁLISIS MULTIVARIANTE fue el que se observa en la página 123, (TABLA nº 5):

Como puede verse, **las dos circunstancias de ingreso que resultaron directamente relacionadas con el diagnóstico de “trastorno de conducta” fueron la “agresividad verbal o física hacia los demás” y la “agitación psicomotriz”.**

Encontramos **dos variables asociadas en relación inversa con éste diagnóstico**, es decir, dos circunstancias de ingreso que es “muy poco probable” que originen un diagnóstico al alta hospitalaria de “trastorno de conducta”. Estas son la “reagudización de un trastorno crónico” y la “tentativa/ amenazas/ ideas suicidas”:

- **AGRESIVIDAD VERBAL O FÍSICA HACIA LOS DEMÁS:** Esta variable está asociada en una relación de tipo lineal con el trastorno de conducta (OR. = 2,97596).
- **AGITACIÓN PSICOMOTRÍZ:** Esta es la otra variable que también está asociada en una relación de tipo lineal con el trastorno en cuestión (OR. = 2,37164).

- **TENTATIVA / AMENAZAS / O IDEAS SUICIDAS MAS O MENOS ELABORADAS:** La asociación que presenta ésta variable con el trastorno de conducta es inversa, (OR. = 0,13233), es decir, que conforme aumenta la probabilidad de presentar al alta éste diagnóstico, disminuye la probabilidad de que el ingreso esté en función de haberse presentado ésta variable. Dicho de otro modo: la tentativa, o amenaza, o ideas suicidas se darán mas en otro tipo de patologías.
- **REAGUDIZACIÓN DE UN TRASTORNO CRÓNICO:** La asociación que presenta ésta variable con el trastorno de conducta es también inversa (OR. = 0,02897), es decir, éste diagnóstico no surge de uno de los trastornos de tipo crónico en que los episodios de reagudización son frecuentes o los síntomas persistentes en los 2 últimos años, según la definición de “crónico” adoptada en éste estudio.

<u>VARIABLE</u>	ODD RATIO	INTERVALO DE CONFIANZA	SIGNIFICACIÓN
AGRESIVIDAD VERBAL O FÍSICA HACIA LOS DEMÁS	2,97596	1,60270 -- 5,52590	p=0,00069
TENTATIVA, AMENAZAS, O IDEAS SUICIDAS	0,13233	0,03770 -- 0,46452	p= 0,00178
AGITACIÓN PSICOMOTRÍZ	2,37164	1,00275 -- 5,60924	p= 0,04653
REAGUDIZACIÓN DE UN TRASTORNO CRÓNICO	0,02897	0,01021 -- 0,08220	p= 0,00000

Ji-cuadrado del modelo = 136,99540 p= 0,00000

INGRESO POR TRASTORNO DE CONDUCTA

VARIABLES QUE MOSTRARON SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA EN EL ANÁLISIS MULTIVARIANTE (MODELO FINAL).

TABLA N° 5

4.7.2.4 -- ESQUIZOFRENIA / T. DE IDEAS DELIRANTES / T. ESQUIZOTÍPICO Y OTROS:

Como se observa en la TABLA N° 3, fue ésta categoría la mas diagnosticada en los pacientes con R.M., con 164 ingresos (36%), particularmente la esquizofrenia, que constituye el diagnóstico mas frecuente, con 132 ingresos (29%)

En general, en el análisis de tablas de contingencia **no se encontraron diferencias significativas** entre los paciente con y sin R.M. Hubo 164 ingresos en total, de pacientes con R.M. (36%), con un diagnóstico adicional de alguno de estos trastornos, y 182 ingresos (42%) de pacientes del grupo control con algún diagnóstico incluido en ésta categoría.

ESQUIZOFRENIA:

No hubo diferencias significativas entre los dos grupos en cuanto a la frecuencia diagnóstica de esquizofrenia.

En el grupo de pacientes con R.M. hubo 132 ingresos (29%) de pacientes a los que se les realizó éste diagnóstico.

En el grupo control, hubo 100 ingresos (23%), de pacientes a los que se les diagnosticó esquizofrenia.

TRASTORNO DE IDEAS DELIRANTES:

No hubo diferencias significativas entre los dos grupos en cuanto a la frecuencia diagnóstica encontrada, que fue escasa en los dos grupos.

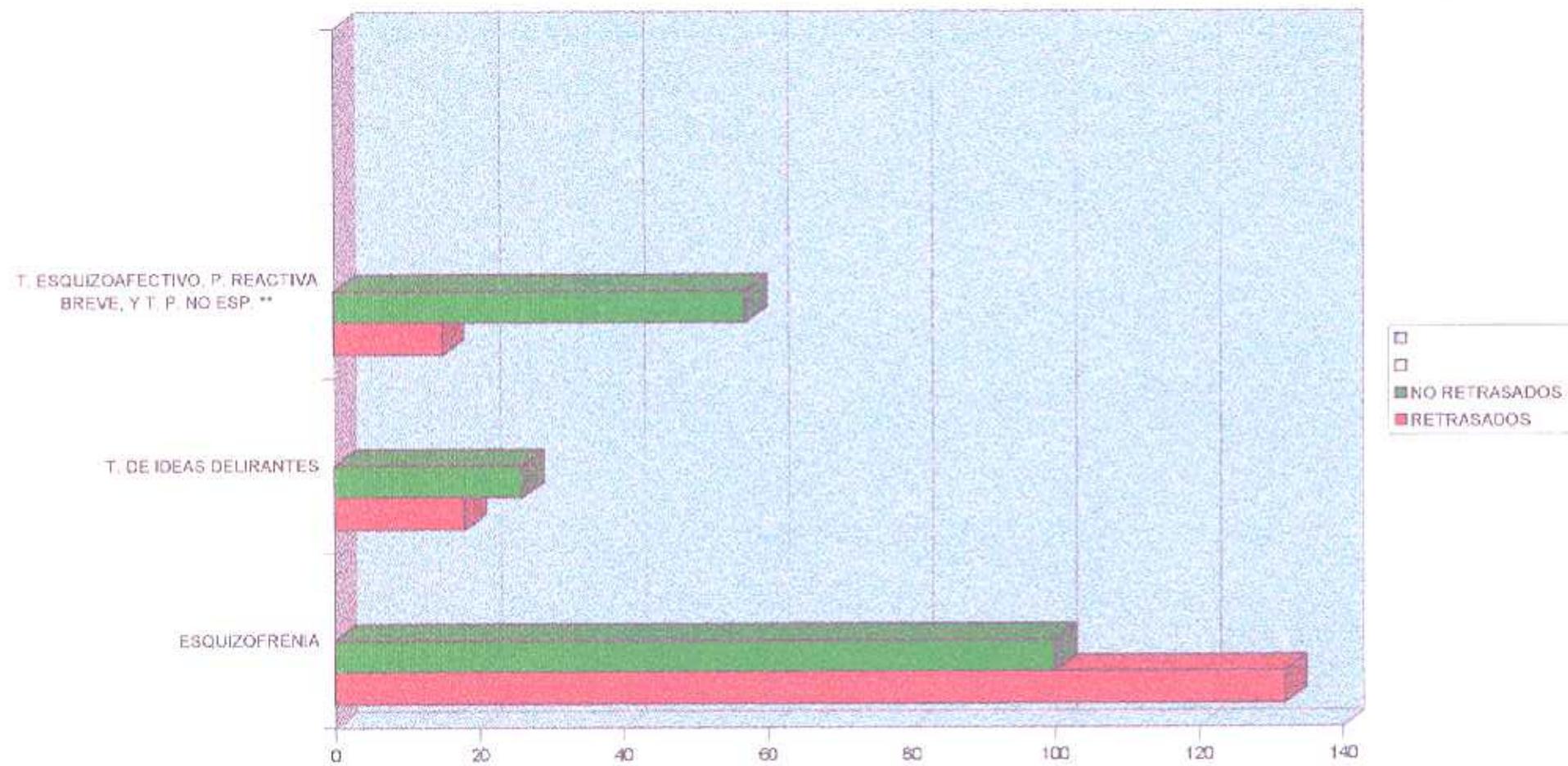
En el grupo con R.M. solo hubo 18 diagnósticos (4%) de pacientes con trastorno de ideas delirantes.

En el grupo control, hubo 26 ingresos (6%).

OTROS:

Sin embargo, el apartado “Otros” (incluye - según CIE-10 -, los trastornos esquizoafectivo, agudos transitorios, otros t. psicóticos, y el t. Psicótico no especificado) fue diagnosticado **mas frecuentemente en el grupo control**, encontrándose asociación en el análisis de tablas de contingencia.

En el grupo con R.M. hubo solo 15 ingresos (3%) , mientras que en el grupo control, hubo 57 ingresos (13%), a los que se les realizó alguno de éstos diagnósticos.



** (P < 0,05)

CATEGORÍA F20-29 -- (CIE-10)

4.7.2.5 -- TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS):

En el presente estudio, para facilitar el análisis estadístico de los datos encontrados, no se intentó distinguir de un modo preciso entre cada uno de los diagnósticos incluidos en éste tipo de trastornos según la CIE-10. Ateniéndonos a los rasgos generales del cuadro clínico presentado y por el que se llevó a cabo el ingreso, distinguimos tan solo si dichos rasgos eran de tipo depresivo o de tipo maniaco.

Los trastornos del humor predominaron con una frecuencia estadísticamente significativa en el grupo control. Y hubo tales diferencias tanto si nos referimos especialmente a los trastornos depresivos, como a los trastornos de tipo maniaco.

TRASTORNOS DEL HUMOR EN GENERAL:

65 ingresos (14%) de pacientes con R.M. // 193 ingresos (44%) de pacientes del grupo control.

CUADRO DE TIPO DEPRESIVO:

35 ingresos (8%) de pacientes con R.M. // 138 ingresos (32%) de pacientes del grupo control.

CUADRO DE TIPO MANÍACO:

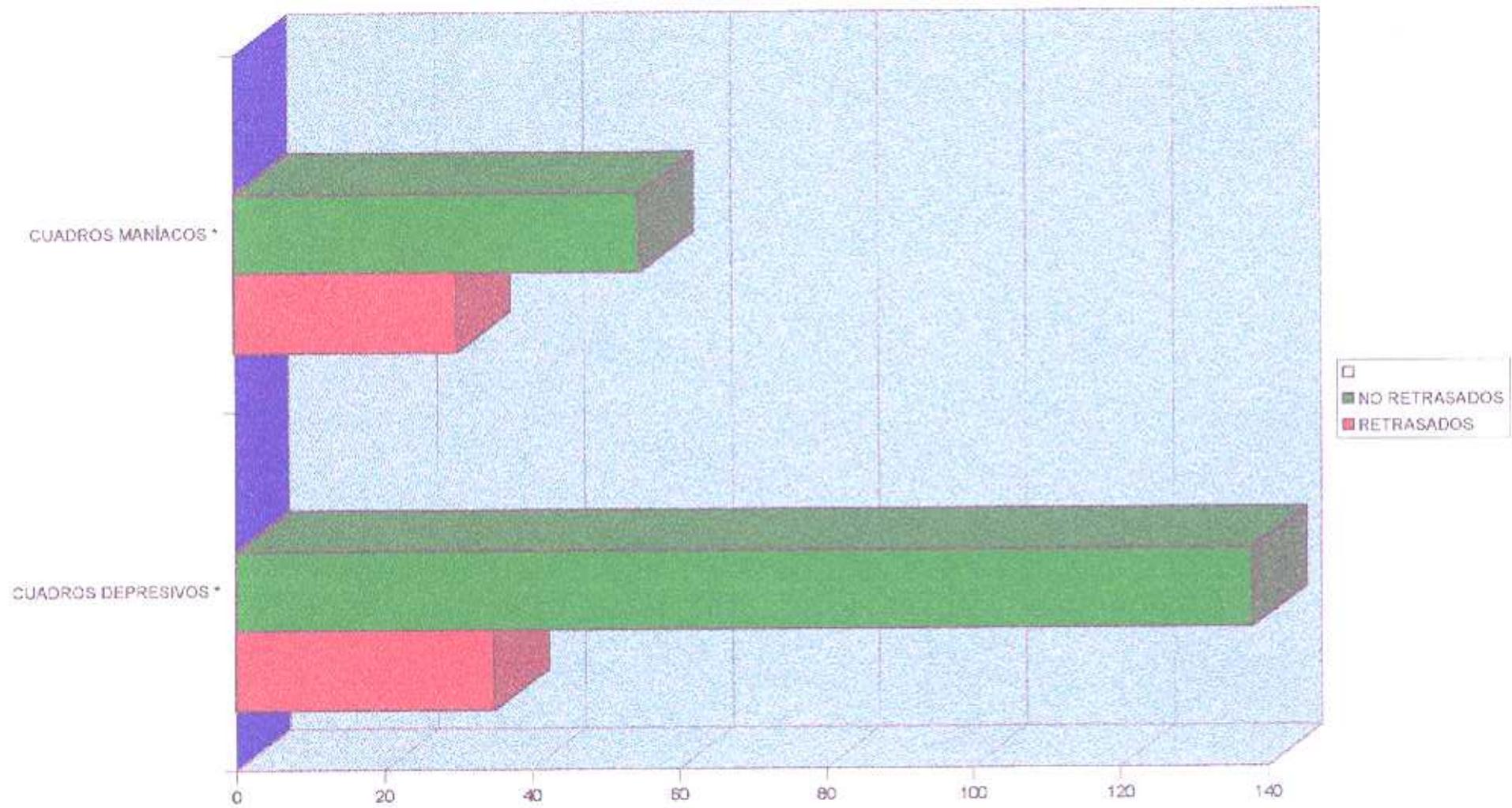
30 ingresos (7%) de pacientes con R.M. // 55 ingresos (13%) de pacientes del grupo control.

TRASTORNO BIPOLAR:

En cuanto a los cuadros, bien depresivo o bien maníaco que se manifestaban en un paciente con un trastorno bipolar reconocido, se contabilizaron :

10 ingresos de 2 pacientes con R.M. con diagnóstico al alta de “trastorno bipolar”. 9 de los 10 ingresos correspondieron a un cuadro maníaco y solo 1 a un cuadro depresivo.

39 ingresos de 11 pacientes del grupo control, a los que se les diagnosticó al alta “trastorno bipolar”. De los 39 ingresos, 22 se manifestaron como un cuadro depresivo y 17 como un cuadro maníaco.



*(p < 0,05)

TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS)

4.7.2.7. -- TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS

PSICOTROPAS:

Con el fin de facilitar la metodología y el análisis estadístico, todas las categorías incluidas en la CIE-10 se agruparon solo en 3:

1ª. Las debidas al consumo de alcohol.

2ª. Las debidas al consumo de drogas tipo cannabis, opioides, cocaína, alucinógenos, anfetaminas y disolventes volátiles.

3ª. Las debidas al consumo de múltiples drogas (las llamadas “politoxicomanías”) y otras sustancias psicotropas como sedantes o hipnóticos.

En el análisis de tablas de contingencia no se encontraron diferencias entre los dos grupos.

Encontramos en total en el histograma de frecuencias:

134 ingresos (29%) de pacientes con R.M. // 107 ingresos (24%) de pacientes del grupo control.

TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE ALCOHOL,

En el histograma de frecuencias vemos:

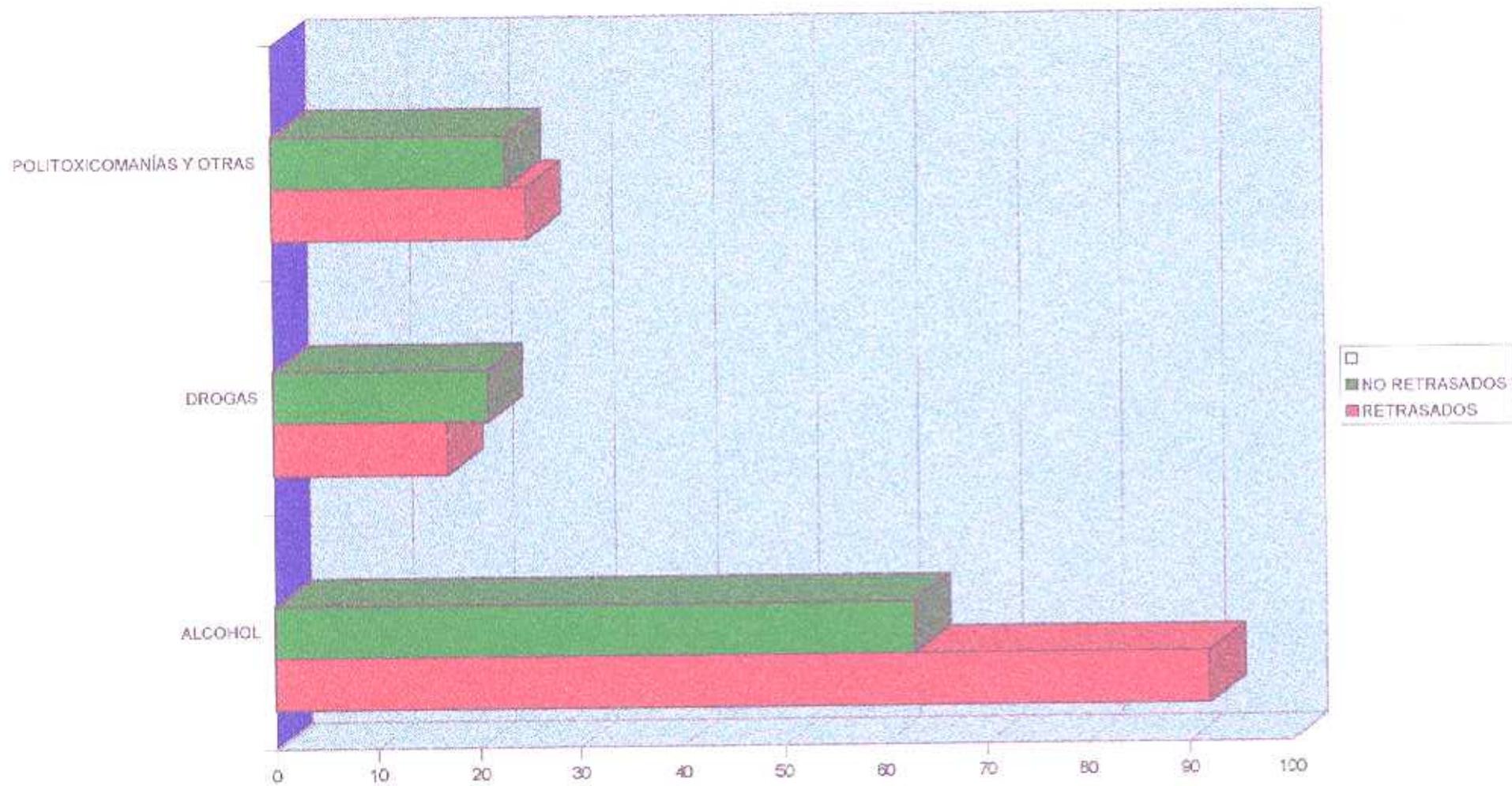
92 ingresos (20%), de pacientes con R.M. // 63 ingresos (14%) de pacientes del grupo control.

**TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO
DEBIDOS AL CONSUMO DE DROGAS,**

17 ingresos (4%) de pacientes con R.M. // 21 ingresos (5%) de
pacientes del grupo control.

POLITOXICOMANÍAS, Y OTRAS

25 ingresos (5%) de pacientes con R.M. // 23 ingresos (5%) de
pacientes del grupo control.



TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTROPAS

4.7.2.7. -- TRASTORNOS DE ANSIEDAD:

En el análisis de tablas de contingencia encontramos que existe predominio de ingresos por trastornos de ansiedad, en el grupo de pacientes con R.M.:

51 ingresos (11%) de 11 pacientes con R.M. // 16 ingresos (4%) de 11 pacientes del grupo control.

Notemos pues, que en el grupo con R.M. éstos 56 ingresos los causaron 11 pacientes - algunos de ellos con ingresos múltiples -, y también fueron 11 pacientes los que produjeron los 16 ingresos en el grupo control. La distribución encontrada es:

<u>DIAGNÓSTICO</u>	RETRASADOS-----(n° de ingresos de los 11 pacientes)	GRUPO CONTROL-(n° de ingresos de los 11 pacientes)
T. ANSIEDAD GENERALIZADA	33 (7%)	0
T. POR ANGUSTIA	0	6 (1%)
S.ANSIOSO-- DEPRESIVO	12 (3%)	1 (0%)
T. DISOCIATIVO	1 (0%)	0
T. ADAPTATIVOS	3 (1%)	9 (2%)
T.OBSESIVO- COMPULSIVO	2 (0%)	0

No se encontró ningún diagnóstico de fobias o trastornos somatomorfos.

4.7.2.8. -- TRASTORNO DE LA CONDUCTA

ALIMENTARIA:

En el análisis de tablas de contingencia **resultó significativo el predominio de ingresos por trastornos de la alimentación en el grupo control.**

En ambos grupos solo se encontró anorexia.

En el grupo con R.M. solo hubo 1 ingreso (0%) de un paciente al que se diagnosticó anorexia al alta.

En el grupo control, hubo 16 ingresos (4%) de 4 pacientes, de los cuales 13 corresponden a un solo paciente.

4.7.2.9. -- TRASTORNOS DE PERSONALIDAD:

En el análisis de tablas de contingencia no se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos.

52 ingresos (12%) de pacientes con R.M. // 58 ingresos (13%) de pacientes del grupo control.

En muy pocos casos se especificó en el diagnóstico al alta el tipo de trastorno de personalidad, por lo que no se incluyen aquí.

4.7.2.10. -- TRASTORNOS MENTALES ORGÁNICOS:

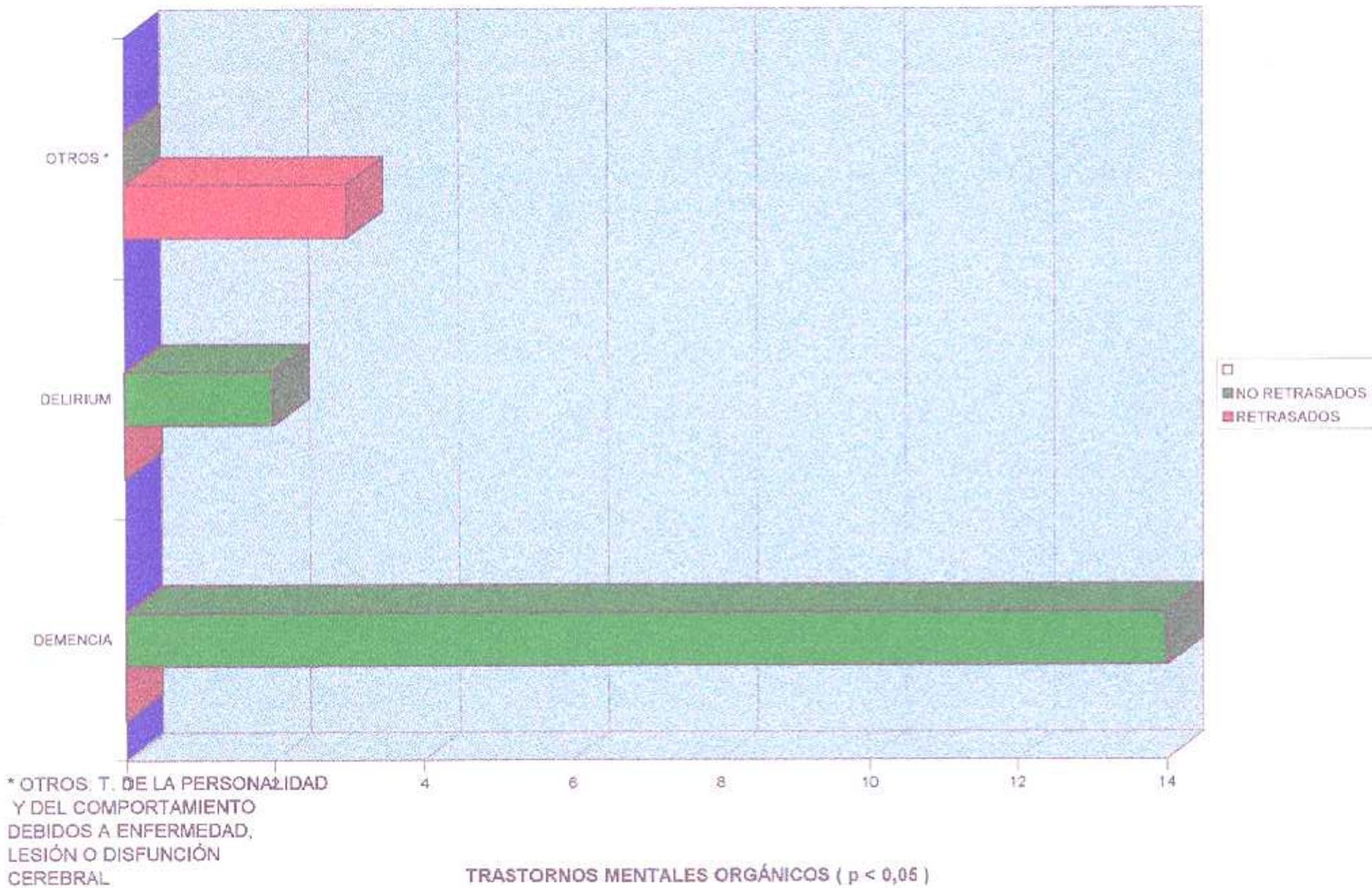
En el análisis de tablas de contingencia resultó significativo el **predominio de éstos trastornos en el grupo control**

3 ingresos (1%) de 2 pacientes con R.M. // 16 ingresos (4%) de 8 pacientes del grupo control.

La distribución encontrada es la siguiente:

<u>TIPO DE TRASTORNO</u>	RETRASADOS	GRUPO CONTROL
DEMENCIA	0	14 (3%)
DELIRIUM	0	2 (0%)
OTROS *	3	0

(*) Los 3 ingresos habidos en el grupo de pacientes con R.M. corresponden al apartado "otros". Tales ingresos pertenecen a 2 pacientes:



Una mujer de 55 años con R.M. de grado débil por meningitis en la infancia, ingresó remitida de neurocirugía tras ser intervenida de un meningioma. Presentaba además sordera, estrabismo y poliomielitis desde la niñez. Se le diagnosticó “otro trastorno del comportamiento debido a lesión cerebral y polipatología crónica invalidante”

Los otros 2 ingresos corresponden a un joven de 18 años con R.M. moderado, por hemiatrofia cerebral izquierda, remitido de un colegio de educación especial por agresividad, agitación y alucinaciones. Se le diagnosticó “psicosis orgánica” y “trastorno obsesivo compulsivo”.

Los 16 ingresos de pacientes del grupo control, corresponden a mayores de 65 años.

4.7.2.10. -- “SOLO” RETRASO MENTAL

(ÚNICO DIAGNÓSTICO):

En 16 ingresos, (3,5% del total) el único diagnóstico que aparece al alta, es “Retraso Mental”.

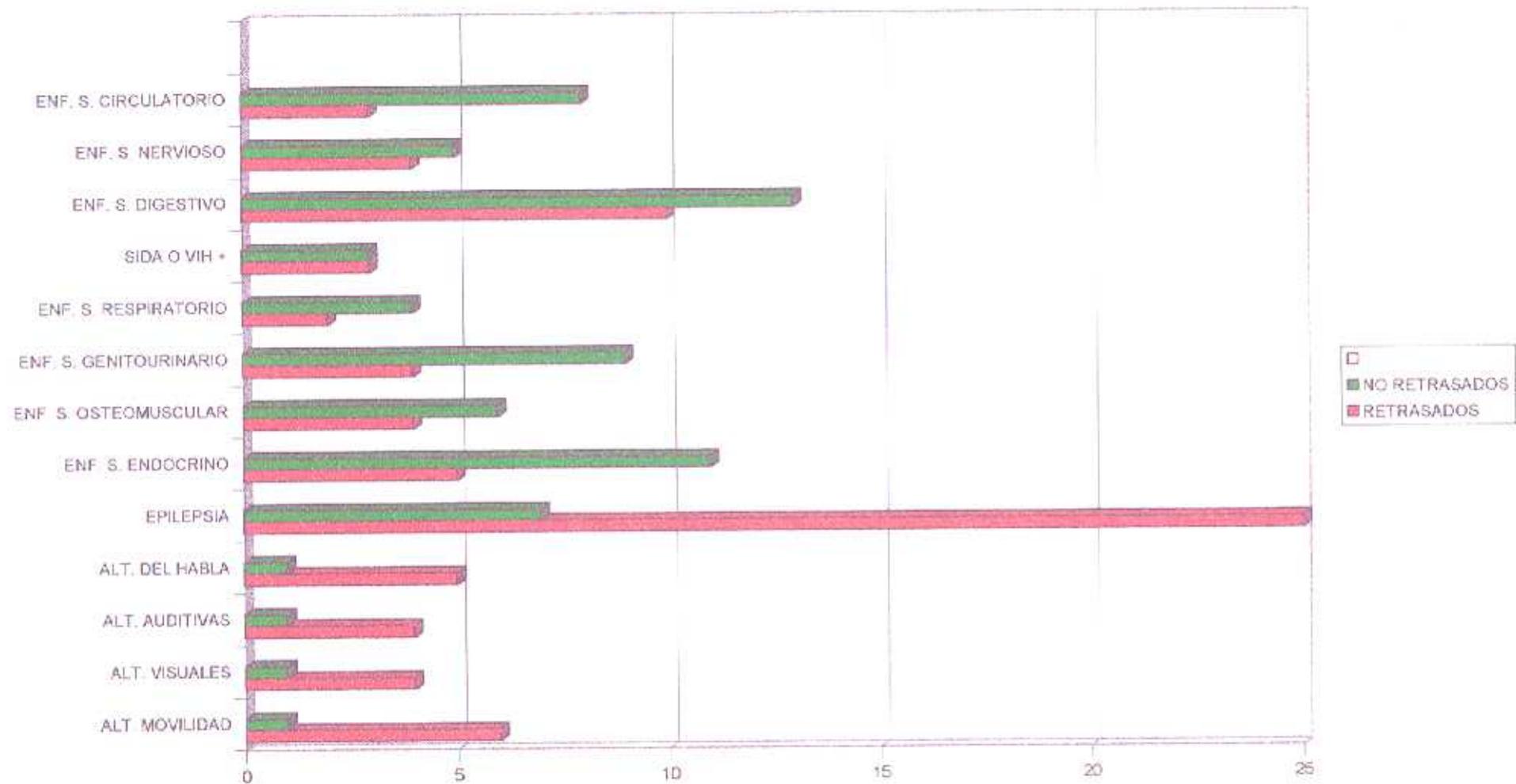
Los 16 ingresos corresponden a 12 pacientes que ingresaron por distintas causas.

La causa mas frecuente fue la agresividad (7 ingresos). En los 9 ingresos restantes las causas varían encontrando entre ellas la conducta extravagante, quejas somáticas, tentativa o amenazas suicidas y vida marginal.

4.7.3. -- PROBLEMAS MÉDICOS GENERALES

CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS	RETRASADOS	GRUPO CONTROL
ALTERACIONES DE LA MOVILIDAD	6	1
ALTERACIONES VISUALES	4	1
ALTERACIONES AUDITIVAS	4	1
ALTERACIONES DEL HABLA	5	1
EPILEPSIA	25	7
ENFERMEDADES DEL SISTEMA ENDOCRINO	5	11
ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEMUSCULAR	4	6
ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	4	9
ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO	2	4
S. INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA O VIH +)	3	3
ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO	10	13
ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	4	5
ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	3	8
TOTAL DIAGNÓSTICOS	79	70

TABLA N° 6



PROBLEMAS MÉDICOS GENERALES

PACIENTES RETRASADOS:

191 Ingresos de 43 pacientes con problemas médicos generales.

Se realizaron 79 diagnósticos.

En 13 de éstos pacientes se realizó mas de 1 diagnóstico.

GRUPO CONTROL:

197 Ingresos de 57 pacientes con problemas médicos generales.

Se realizaron 70 diagnósticos.

En 15 de éstos pacientes, se realizó mas de 1 diagnóstico.

Observesé que en los 5 primeros tipos diagnósticos existe una mayor prevalencia en el grupo de pacientes con R.M: (44 : 11), tratándose de categorías diagnósticas a menudo asociadas con R.M. Es esto evidente sobre todo en la epilepsia (25 : 7).

4.7.4. -- ESTRÉS PSICOSOCIAL

En el presente estudio se distinguió entre:

◆ **“Acontecimientos biográficos estresantes recientes”:**

Los ocurridos en el último año.

◆ **“Situaciones estresantes crónicas”:**

Cuando el modo de vida habitual del individuo transcurre con un grado alto de estrés basal.

Se incluyó en éste último apartado lo que denominamos **“Historia Personal de Factores de Riesgo”**, - utilizando los términos empleados por la CIE-10 (Z 91)-. Entre ellos incluimos los siguientes por haberlos encontrado en la biografía de muchos pacientes y haber sido factores cruciales en el inicio, o el desarrollo de un determinado trastorno:

- * Historia personal de problemas con la ley: denuncias, detenciones y cárcel.
- * Historia personal de vida familiar inestable o caótica
- * Historia personal de pérdidas familiares importantes: muerte o abandono de personas significativas a menudo en periodos cruciales del ciclo vital.
- * Historia personal de embarazo no deseado adolescente.
- * Historia personal de agresión sexual.
- * Historia personal de institucionalización temprana

EN EL ANÁLISIS DE TABLAS DE CONTINGENCIA:

• **No se encontraron diferencias significativas** en cuanto a la cantidad o número de factores estresantes entre los pacientes con R.M. y los del grupo control, ni en **estrés agudo** ni en **situaciones estresantes crónicas**.

• **Concretamente, en el trastorno de conducta, si se encontró asociación directa con el haber estado sometido a un acontecimiento biográfico estresante en el último año, ($p= 0,023$), y en el análisis multivariante su relación con éste diagnóstico era lineal (OR. = 1,3201), aunque ya sin significación ($p = 0,622$).**

EN CUANTO A LA CUALIDAD O EL TIPO DE FACTORES ESTRESANTES, no se realizó análisis estadístico alguno por exceder los fines de éste estudio, pero los tipos encontrados en ambos grupos se agruparon dentro de las siguientes categorías:

A. ACONTECIMIENTOS BIOGRÁFICOS ESTRESANTES RECIENTES:

- ◆ Fallecimiento de persona significativa
- ◆ Enfermedad grave de persona significativa.
- ◆ Pérdida afectiva de persona significativa por separación o ruptura *sentimental*.
- ◆ Enfermedad, intervención quirúrgica o accidente personal graves.
- ◆ Pérdida de empleo.
- ◆ Problemas recientes con la ley.
- ◆ Conflicto laboral.

- ◆ Cambio de residencia.
- ◆ Conflictos interpersonales con el entorno social.

B. SITUACIONES ESTRESANTES CRÓNICAS:

◆ Conflictiva familiar:

* Relaciones personales disfuncionales: situaciones de dependencia, sobreprotección, rechazo, peleas constantes, etc.

* Agresiones y malos tratos recibidos del cónyuge o de otros miembros de la familia.

* Situaciones de sobrecarga: paciente con escasez de recursos psicológicos o materiales que ha de desempeñar el rol de cuidador de otras personas, como ancianos, niños pequeños, otros pacientes psiquiátricos, etc.

◆ Problemas económicos graves y pobreza.

◆ Enfermedad personal crónica e invalidante.

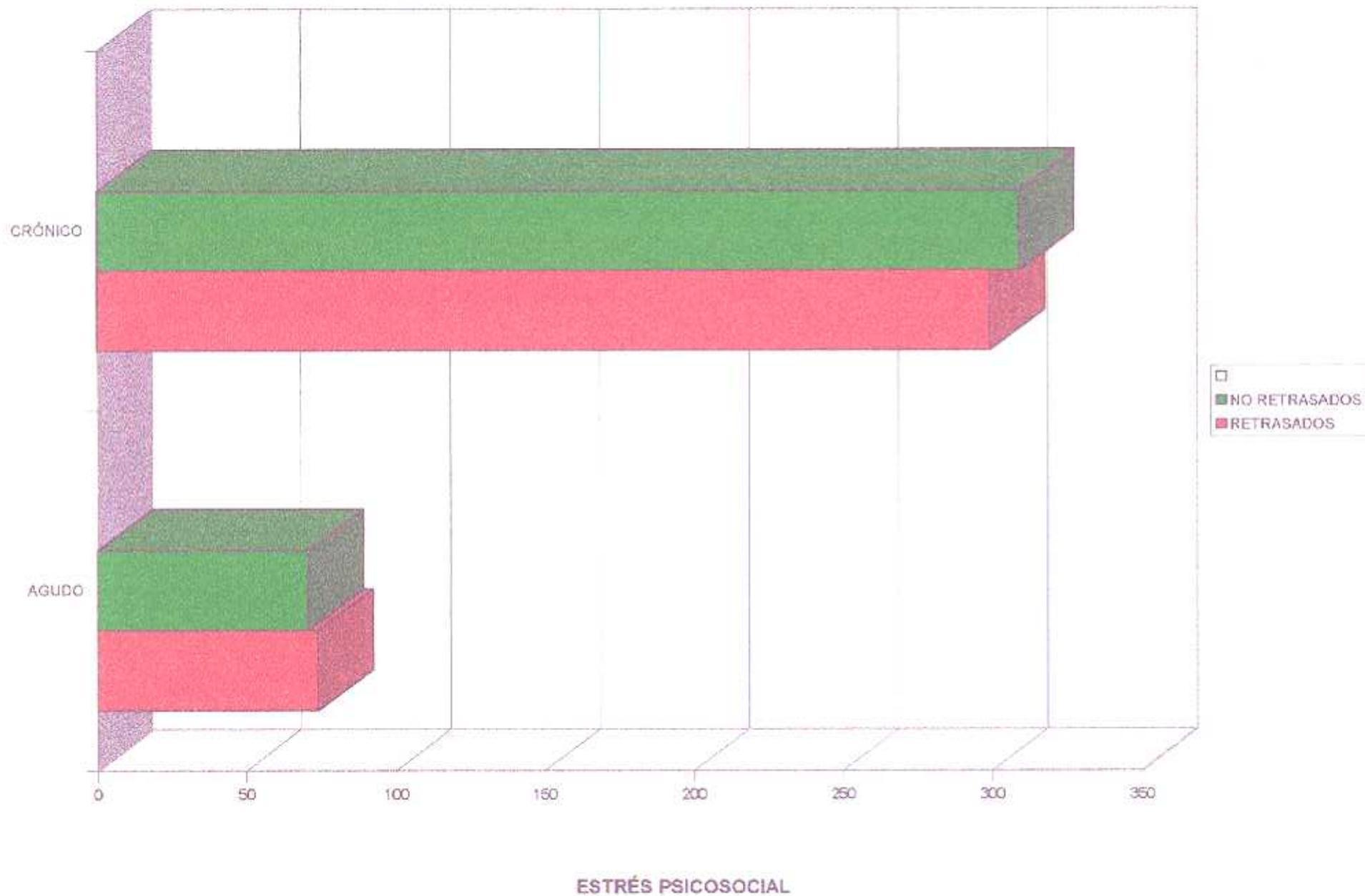
◆ Insatisfacción o estrés laboral.

◆ Situación de aislamiento social: persona que vive sola con ausencia de personas significativas o de relaciones personales.

◆ Situación de vivir en la calle, sin hogar.

En el HISTOGRAMA DE FRECUENCIAS, de la página siguiente, se observa la **alta prevalencia en los dos grupos, de “situaciones estresantes crónicas”**:

<u>ESTRÉS</u>	RETRASADOS	G. CONTROL
AGUDO:		
solo 1:	68 (15%)	66 (15%)
mas de 1:	6 (1%)	5 (1%)
Total:	74 (16%)	71 (16%)
CRÓNICO:		
solo 1:	204 (45%)	204 (47%)
mas de 1:	95 (21%)	105 (24%)
Total	299 (66%)	309 (71%)



4.7.5. -- DATOS RELATIVOS A LA ESTANCIA EN EL HOSPITAL: INCIDENTES

En el análisis de tablas de contingencia, no se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos en cuanto a la presentación de incidentes durante la estancia en el hospital.

En el grupo de pacientes con R.M. aparecieron incidentes en 27 ingresos, y en 4 de los mismos se contabilizó mas de uno.

En el grupo control, aparecieron incidentes en 31 ingresos.

Se contabilizaron los siguientes tipos:

<u>TIPO DE INCIDENTE</u>	RETRASADOS	GRUPO CONTROL
CONTENCIÓN MECÁNICA	15	13
FUGAS	4	14
AGRESIÓN A COMPAÑERO	2	2
TENTATIVA DE SUICIDIO	3	1
AUTOLESIONES	6	1

QUINTA PARTE

DISCUSIÓN

5. -- DISCUSIÓN

5.1. -- ALGUNAS CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS:

Se trata de un estudio retrospectivo y con las limitaciones que implica la procedencia de los datos, de las Historias Clínicas de los pacientes. No obstante se trata de un estudio longitudinal que abarca **absolutamente todos** los ingresos de personas con Retraso Mental habidos en la Unidad de Psiquiatría II del Hospital Gregorio Marañón de Madrid en 7 años y medio.

Con respecto a la PREVALENCIA DE T. PSIQUIÁTICOS encontrada, no es en modo alguno representativa de la población general de personas con R.M. Podríamos decir que LA MUESTRA está muy “sesgada”, puesto que representa a una porción muy concreta y especial: la que ingresa en una Unidad Psiquiátrica de Hospitalización Breve de un Hospital General. De éste modo, si bien la prevalencia no es extrapolable al resto de las personas retrasadas, era en definitiva la que deseábamos estudiar para contrastar nuestra hipótesis de trabajo. Dicha prevalencia solo sería extrapolable, pues, a otras Unidades de Hospitalización semejantes a ésta.

Con respecto a la VALIDEZ DIAGNÓSTICA, no nos la planteamos puesto que el presente estudio es DESCRIPTIVO. Era prioritario conocer cuales eran los diagnósticos al alta realizados por los psiquiatras sin profundizar con detalle en la posible validez. Los criterios diagnósticos que emplearon fueron los de la OMS vigentes en el momento (CÍE 9 y CIE-10). Cuando el psiquiatra consideró oportuno solicitar al Departamento de Psicología un estudio psicológico del paciente, los test mas utilizados fueron el WAIS, el Test de Apercepción Temática (TAT), el Roschard, el Bender, etc., según el caso.

Y sigue siendo el presente estudio DESCRIPTIVO también, cuando el fin propuesto era conocer el sistema de variables que conducían a un mismo hecho: EL INGRESO. En todos los campos de la medicina, -y mas aún en psiquiatría -, es necesario distinguir entre el motivo de consulta y el diagnóstico, entre lo “manifiesto” y lo “latente”. Por esta razón, se intentó “separar” lo mas posible, dentro de las limitaciones existentes, la “escena inicial” creada en el Servicio de Urgencias, - donde la conducta presentada por el paciente, la posible presencia de terceras personas que le derivaban o acompañaban y la conducta de proceder al ingreso del psiquiatra de guardia, eran elementos de la misma -, del “diagnóstico al alta” -“escena final”-, donde el psiquiatra responsable del paciente elabora el informe en el que acaba encuadrando la sintomatología en una categoría diagnostica determinada.

5.2. -- FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

5.2.1 -- EDAD:

Los pacientes con R.M. que ingresan en una Unidad Psiquiátrica de estas características son mayoritariamente, menores de 56 años (99% R.M. : 78% G.C.), siendo la edad de ingreso de mayor frecuencia la comprendida entre los 26 y los 35 años (44% R.M. : 29% G.C.).

Las causas de la carencia de ingresos de personas con R.M. mayores de 56 años (2% R.M. : 22% G.C.) pueden ser varias:

- La “mejoría” de los trastornos de conducta y trastornos psiquiátricos con la edad en las personas con R.M. (Lund, 1989; Jacobson 1990; Davidson 1994).

- La menor esperanza de vida de las personas con R.M.:

Day señala que aunque la esperanza de vida de éstas personas ha aumentado en los últimos 50 años, está situada en los 58,3 años para los hombres y 59,8 años para las mujeres. Beange et al., (1995), encontró un índice de mortalidad muy elevado en individuos con R.M., en comparación con G.C., (1,98% : 0,2%), aunque en su muestra había un 25% de severos y profundos, y el 29% tenían S. de Down.

- La institucionalización:

Quizá en el momento actual los mayores de 56 años con problemas psiquiátricos o de conducta se encuentren desde hace bastantes años residiendo en Hospitales de media o larga estancia. Sería una consecuencia de la normativa de ingreso existente con anterioridad a la política de desinstitucionalización actual. (Artigue, 1988; grupo AMAT, 1988).

5.2.2 -- ESTADO CIVIL:

Puesto que la presente muestra de personas con R.M. está compuesta principalmente por pacientes con grados ligeros de retraso, algunos están casados (21 pacientes, -16%-).

Permanecen solteros, no obstante, una abrumadora mayoría (103 pacientes, -79%-), el doble de pacientes que en el grupo control (52 pacientes, -40%-).

Puesto que el R.M., por definición es algo innato o de aparición muy temprana, - según su etiología -, y los trastornos psiquiátricos en las personas no retrasadas suelen aparecer en edades mas tardías, resulta lógico pensar que a éstos últimos les resulta mas fácil encontrar pareja, e incluso después separarse o divorciarse cuando el trastorno psiquiátrico se cronifica o resulta intolerable para la convivencia familiar.

5.2.3 -- HIJOS:

Podemos afirmar que existe notable disminución de “eficiencia reproductiva”, - utilizando términos puramente biogenéticos -, en las personas con R.M.

5.2.4. -- CONVIVENCIA:

Los pacientes con R.M. viven principalmente con sus familias de origen. Y esto es lógico, según se desprende de los datos expuestos anteriormente según los cuales al ser muy bajos sus niveles educativo y socioeconómico, ser solteros en su mayoría, con unas edades mas jóvenes que los pacientes del grupo control, y con grados ligeros de retraso -y por tanto difíciles de institucionalizar -, y además con problemas psiquiátricos o conductuales - que les impide acceder a algún tipo de trabajo o taller -, sus cuidadores están constituidos por sus familiares mas directos: sus familias de origen.

5.2.5 -- PROFESIÓN Y SITUACIÓN LABORAL PREVIA AL

INGRESO:

La “ausencia de profesión”, resultó predominante en los pacientes con R.M., existiendo un 75% de **pensionistas por incapacidad**. Lógicamente la condición de minusválido psíquico es de aparición mucho mas precoz en los pacientes con R.M. y por tanto la solicitud legal de dicha condición al INSS.

Las “amas de casa”, así como el desempeño de alguna profesión de algún tipo, aunque sea de modo esporádico, resulta mas frecuente en el grupo de pacientes sin retraso, siendo también abundante el nº de pensionistas (57%), aunque de ellos, 20 pacientes lo serán también por edad al ser mayores de 65 años.

Recordemos que en el grupo de pacientes con R.M. ninguno era mayor de 65 años.

De todo esto puede presumirse que los pacientes con R.M., que causan ingresan en Unidades Psiquiátricas de Agudos por problemas de conducta o psiquiátricos, han tenido menor posibilidad de aprender y posteriormente desempeñar alguna profesión que los pacientes del grupo control, en los que la situación de desempleo e incapacitación laboral sería mas tardío.

5.2.6. -- NIVEL EDUCATIVO:

Podemos afirmar, según queda corroborado por los análisis estadísticos, que como es lógico pensar, y por definición, no resulta muy factible para pacientes con un CI al menos dos puntos por debajo de la media estándar, realizar unos estudios diseñados para niños no retrasados, por lo que **el no iniciar o no acabar estudios primarios resulta habitual.**

5.2.7. -- NIVEL SOCIOECONÓMICO:

En el presente estudio, coincidimos con el hallazgo general, en que existe correlación positiva entre el R.M. y un nivel socioeconómico bajo.

A éste respecto, encontramos relativamente pocos pacientes con R.M. procedentes del distrito "RETIRO" (6 pacientes con R.M., 5%). Esto puede ser debido a sus características sociodemográficas, pues posee en relación al resto de los distritos de ésta area e incluso al resto de la Comunidad Autónoma de Madrid, mayor edad, menor potencia reproductora, mayor nivel educativo y menor paro con predominio de la ocupación "servicios" (Calvé y Peruga, Madrid, 1987). Quizá exista pues menos pacientes con R.M. o dispongan de mayores recursos económicos para conseguir su cuidado y manejo utilizando vías distintas a la hospitalaria, estudiada aquí.

5.2.8. -- NUMERO DE INGRESOS:

Aunque con respecto al número de ingresos por paciente, **no se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos, y mas de la mitad ingresaron 1 ó 2 veces en el periodo de tiempo estudiado**, (57% R.M. y 56% G.C.). (Coincidiría con lo encontrado por Davidson en 1995, en su Servicio de intervención en crisis), conviene subrayar lo expuesto en otras ocasiones en el presente estudio:

Muchas personas con R.M. necesitan asistencia psiquiátrica en algún momento de sus vidas, pues existe consenso en que son mas vulnerables que la población general a los cambios, bien ambientales, bien relacionados con la evolución de su ciclo vital. Sin embargo, una gran parte de éstos pacientes derivados no presentan ningún trastorno psiquiátrico definido (Lund, 1985; Davidson, 1995).

El que no se halla podido confirmar aquí, como en otros estudios (Carter, 1984; Lund, 1985, etc.) el aumento progresivo de ingresos de personas con R.M. con el paso del tiempo, sino que la incidencia anual se mantuviera dentro de cierta “estabilidad”, puede ser debido a que éste estudio coincide con el periodo de implantación de la nueva zonificación sanitaria de Madrid (comenzó en Mayo de 1987), con lo cual el número total de ingresos psiquiátricos en éste hospital ha disminuido.

5.2.9. -- MODO DE PRESENTACIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y DERIVACIÓN MÉDICA O PSIQUIÁTRICA:

El ir acompañado por la policía fue predominante en el grupo de pacientes con R.M.

111 ingresos R.M. (26%) // 63 ingresos G.C. (16%)

Quizá éste 10% de mas a favor de los pacientes con R.M sea debido al mayor índice de agresividad observada como factor condicionante de ingreso en éstos pacientes, aunque la policía y la familia acompañan al 2% de los pacientes del grupo control, y solo al 1% de los pacientes con R.M., por lo que no puede establecerse nada definitivo en éste terreno.

Sin embargo, en mas de la mitad de los ingresos, **lo mas habitual, es ir acompañado por la familia** (en ambos grupos):

229 ingresos R.M. (55%) // 227 ingresos G.C. (58%)

No hubo diferencias significativas entre los dos grupos en cuanto a la posible derivación del paciente hacia el Servicio de Urgencias desde los niveles asistenciales primario o secundario de salud. Ambos grupos coinciden en una frecuencia del 12% en tales derivaciones. Esta **escasez general de pacientes derivados** nos indica, que si bien el ingreso en un Hospital se considera un nivel terciario dentro de las redes asistenciales de salud, en el presente estudio el Hospital actúa como un “nivel primario” al que recurren las familias para conseguir el ingreso del paciente.

5.2.10. -- ACTITUD DEL PACIENTE HACIA EL INGRESO:

Uno de los 16 puntos incluidos en el cuestionario como “circunstancias que rodean al ingreso”, fue la actitud del paciente hacia el mismo:

- Demanda personalmente el ingreso.
- No opone resistencia. No precisa Orden, o bien, Autorización Judicial.
- Involuntario: Precisa Orden o Autorización Judicial

En el presente estudio, **no se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos**, sin embargo las frecuencias encontradas en los dos grupos en general en lo que se refiere al INTERNAMIENTO INVOLUNTARIO, difieren de los hallazgos obtenidos años atrás en otros estudios realizados en el mismo hospital.

En un estudio realizado entre el 1-9-1985 y el 31-8-1986, Almenta y Calcedo encuentran una prevalencia del 8.8%. Posteriormente en los 12 meses del año 1988 los mismos autores encuentran una prevalencia del 8,16%.

La prevalencia obtenida en el presente estudio es del 21% en pacientes con R.M. y 18% para los pacientes del grupo control, según se observa en el histograma de frecuencias de la pagina 105

Posiblemente esto sea debido:

- ◆ Por un lado, al mayor conocimiento por parte de las familias de que la presentación de una Autorización Judicial en el Servicio de Urgencias constituye el mejor medio para conseguir el ingreso del paciente al que acompañan.

Por otro lado, al habito ya consolidado entre los psiquiatras de “judicializar” los ingresos de los pacientes que manifestaron una conducta violenta a su llegada al Hospital, según cumplimiento del art. 211 del Código Civil de 1983.

5.3. -- CIRCUNSTANCIAS QUE RODEAN AL INGRESO:

5.3.1. -- LA AGRESIVIDAD VERBAL O FÍSICA HACIA LOS DEMÁS:

Es la violencia verbal o física hacia los demás, la variable que resultó predominante en los pacientes diagnosticados de "Retraso Mental" que ingresan en una Unidad Psiquiátrica de Agudos, en relación al resto de los pacientes no retrasados. Coincidimos así, con la mayor parte de los estudiosos de la psicopatología en las personas con R.M., en que es el síntoma clave que condiciona la búsqueda de las familias de los dispositivos comunitarios que puedan proporcionarles ayuda: En el contexto de una política de desintitucionalización, queda el recurso de acudir al Servicio de Urgencias del Hospital, e intentar ingresar al paciente, aunque sea por tiempo mas o menos reducido, en la planta de psiquiatría de dicho hospital.

Pero ¿Son en realidad mas violentos los pacientes con R.M. que ingresan en psiquiatría? ¿Son en realidad mas numerosos o a caso mas graves los hechos violentos que al parecer "provocan"? ¿No se tratara, a menudo, de reacciones violentas primarias y poco estructuradas ante la incapacidad de asimilar las frustraciones engendradas por el medio social en el que viven?

Davidson et al (1994), estudia la agresividad en éstas personas y concluye que sería el resultado de una compleja ecuación entre una disfunción del Sistema Nervioso Central, variables cognitivas y variables de tipo social. También señala otros dos hallazgos importantes:

El primero de ellos es, que la agresividad está directamente relacionada con una historia personal de episodios agresivos, de institucionalización y con un bajo

CI. La prevalencia de agresividad aumentaría conforme disminuye el CI y viceversa, debido según la hipótesis de McGrew et al (1991), a que a mayores habilidades verbales y cognitivas, mayor habilidad para adquirir estrategias alternativas a la agresividad.

El segundo, que no existe mayor prevalencia de agresividad en epilépticos, coincidiendo con Deb y Hunter (1991).

5.4. -- DATOS CLÍNICOS:

5.4.1 -- NIVELES DE RETRASO MENTAL:

Podemos afirmar que los pacientes con R.M. que causan ingreso en una Unidad de Hospitalización Breve de éstas características **tienen grados de retraso “ligeros”**, con predominio absoluto del grado débil (72,5%), existiendo carencia absoluta de niveles mas acusados de retraso como los graves (0,7%) y profundos (0 casos). Coincide éste hallazgo con lo encontrado por Lund (1985) en cuanto a los ingresos de éstas personas en los hospitales de Dinamarca.

5.4.2 -- ETIOLOGÍA:

Encontramos en el presente estudio ausencia de ciertas causas como son alteraciones cromosómicas, errores del metabolismo, alteraciones del desarrollo embrionario, problemas durante la gestación y trastorno mental grave de aparición precoz, y sin embargo, **existe predominio de etiología desconocida (70%)**. Parece lógico, puesto que en la muestra obtenida la mayoría de los pacientes presentan grados ligeros de R.M., (72,5% “débil”, y 12,9% moderado), presentando una “Capacidad Intelectual Límite” el 13,7%. En éstos casos a menudo no puede reconocerse una causa orgánica determinada. No obstante señalar tres puntos:

1. Subrayar la importancia del enfoque multidimensional para comprender éstos casos, ya que en mas del 50%, existe mas de un factor causal

posible (Verdugo, 1994; Ayuso, 1992; Fuentenebro, 1991). No siempre la causa es necesariamente genética, pueden existir “trastornos alimentarios, carencias vitamínicas, enfermedades infecciosas, vivencias traumáticas, privación afectiva, subdesarrollo sociocultural y el abandono corporal y físico. Algunos de ellos, por si solos, pueden producir una verdadera deficiencia mental...” (Alonso Fernandez, 1979).

2. La vital importancia de los factores de tipo psicosocial. Los factores psicosociales son difíciles de demostrar y medir cuantitativamente. Por esta razón, aunque en muchísimos casos, se sospechaba bastante esta influencia, no se contabilizaron aquí, y solo se recogieron 11 casos (8%), en que estos factores eran especialmente “evidentes”. En éste estudio los resumimos en el punto citado en la etiología como “Deprivación materna, alimentaria o social, o ambiente familiar inestable y “Síndromes poligénicos familiares” (familias multiproblemáticas con árbol genealógico con trastornos mentales, del desarrollo, retraso mental, sociopatías).

3. Que conforme avanza la tecnología médica, se están descubriendo nuevas causas, a menudo sutiles, que producen R.M., sobre todo en los casos del R.M. débil y en los casos donde se descubre una capacidad intelectual límite (Bregman y Harris, 1995). Señalar como ejemplo que se conocen ya mas de 500 causas de trastornos genéticos asociados con R.M.

5.4.3. -- TRASTORNO DE CONDUCTA:

En conclusión, podríamos decir que es la **agresividad** y la **agitación psicomotriz** en un paciente con R.M. lo que induce a ingresarle y realizar después el diagnóstico de TRASTORNO DE CONDUCTA.

Coincidimos pues, en el presente estudio con Bouras y Drumond (1992), que encuentra por orden de frecuencia, la agresividad a los demás y la agitación, respectivamente, los síntomas mas frecuentes hallados en el trastorno de conducta, o “las formas mas frecuentes de trastorno de conducta”. En nuestro caso fueron “circunstancias de ingreso” que condicionaron posteriormente el diagnóstico de “trastorno de conducta”.

Coincidimos con Lund, (1989), en el hallazgo de una prevalencia del 17% de trastornos de conducta (utiliza la MRC-HBS Schedule).

Convendría, no obstante, realizar aquí algunas consideraciones importantes:

- ◆ En éste grupo de pacientes todos tenían una edad superior a 18 años, pero al parecer, no se reunieron los criterios suficientes para el cambio de diagnóstico a “personalidad antisocial”, como se especifica en el DSM-IV.

- ◆ ¿Se ha tenido en cuenta que según los criterios diagnósticos actuales (CIE-10, DSM-IV), éste tipo de comportamiento debe ser repetitivo y persistente?.(Recordemos que en el presente estudio, el trastorno de conducta está bastante “alejado” de ser un trastorno “crónico”(OR = 0,13233). Por otra parte, de los 29 pacientes con trastorno de conducta 15 de ellos solo ingresaron 1 vez en el periodo estudiado)

◆ ¿Se ha tenido en cuenta si la agresividad o la agitación manifestadas constituyen un modelo de conducta del individuo y no una simple reacción a la aparición de un determinado factor estresante o a un contexto social determinado? (CIE-10, DSM-IV). Recordemos que en el análisis crudo existía asociación entre el inicio de uno o mas tipos de estrés agudo en el último año, y el diagnóstico de trastorno de conducta ($p = 0,023$), y que en el análisis multivariante su relación con éste diagnóstico era lineal ($OR. = 1,3201$), aunque ya sin significación ($p = 0,622$).

◆ ¿Se tratará, como se ha discutido repetidamente por los distintos autores, de tan solo una forma de “conducta desadaptada” nacida de unos precarios recursos intelectuales y que nada tiene que ver con un trastorno psiquiátrico manifiesto?

Observese, por último, que al tratarse de pacientes en su mayoría de R.M. de grado débil, no aparece ninguno de los “otros síntomas” considerados también por los estudiosos de la psicopatología del retraso mental como “trastornos de conducta”: chuparse los dedos, ensimismamiento, orinarse en la cama, autolesiones, balanceos, manierismos, estereotípias, etc.

5.4.4. -- ESQUIZOFRENIA / T. DE IDEAS DELIRANTES / T. ESQUIZOTÍPICO Y OTROS:

En el presente estudio la esquizofrenia es el diagnóstico realizado con mas frecuencia en los pacientes con R.M.(132 ingresos, 29% R.M. // 100 ingresos, 23%, G.C.). Si sumamos además, la frecuencia encontrada en todos los trastornos incluidos en ésta categoría, (F20-29 CIE-10), la prevalencia asciende al 36% (164 ingresos R.M. // 182 ingresos, 42% no R.M.).

Surge la pregunta de si no estará aquí sobrediagnosticada también, como señalan otros autores en sus respectivos estudios (Bregman y Harris, 1995; Pary, 1993, -entre otros -), ¿Se trataría de Trastornos Adaptativos? ¿"Reacciones anormales a vivencias"? ¿"Descompensaciones Psicóticas"?, ¿"Psicosis Reactiva Breve"? , quizá ¿"Conducta Desadaptada"?

Con respecto a la prevalencia del trastorno delirante (18 ingresos (4%) en R.M. y 26 ingresos (6%) en el grupo control) habría que subrayar las "fantasías vívidas" que relatan las personas con R.M con aparente convicción pero que no llegan a ser verdaderos delirios y en los cuales hay un gran componente de deseo (Heaton-Ward). Una paciente de éste estudio, débil mental, conocedora de que no podía tener hijos por haberle realizado una ligadura de trompas, "porque me dijeron que mis hijos podían salir mal"- según decía - , refería en ocasiones a sus compañeras de planta y a algunas enfermeras que era madre de dos hijos y que su marido era un médico muy famoso que trabajaba en otro hospital.

Encontramos un predominio estadísticamente significativo en el grupo control de trastornos esquizoafectivos, agudos transitorios, otro T.P. y T.P. no esp. (15 ingresos, 3%, en R.M. // 57 ingresos, 13%, en G.C.). Quizá sea debido a que en el seno de una conducta psicótica es mas difícil indagar un componente depresivo o maniaco cuando se da en un paciente con R.M

5.4.5 -- TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS):

Resulta interesante la “escasez” de ingresos por trastornos del humor en los pacientes con R.M. en relación a los “abundantes” ingresos habidos en los pacientes del grupo control (65 ingresos, 14%, en R.M. // 193 ingresos, 44%, en G.C.).

Este resultado no puede significar, en modo alguno, que las personas con R.M. presenten menos trastornos del humor que las no retrasadas. Tan solo demostraría que las personas con RM que padecen un trastorno depresivo o maniaco, o no son reconocidos como tales a lo largo de su ingreso, o es que ingresan menos en una Unidad Psiquiátrica de Agudos. Los motivos pueden ser diversos:

Muchos autores denuncian la necesidad de unos criterios diagnósticos que tengan mas en cuenta la diferente cualidad de la sintomatología de éstas personas, pues una depresión puede manifestarse de formas muy distintas:

- Con un enlentecimiento psicomotor sin mas.
- Con un cambio en los hábitos de comida o sueño o con quejas de tipo somático.
- Con irritabilidad y conducta agresiva aparentando un trastorno de conducta, como sucede en niños y adolescentes (Reid, 1982; Meins, 1995.)

La melancolía o la tristeza, pueden pasar desapercibidos cuando un paciente tiene dificultades para verbalizar sus sensaciones y sus sentimientos. Es posible que ante la presencia de ésta clase de comportamientos, las familias no hayan acudido al médico o al psiquiatra, o que los facultativos no hayan podido reconocer el trastorno en éstas personas, y por supuesto, no hayan sido derivadas al Hospital.

En los casos de manía, puede haber ocurrido algo similar: fenómenos como la fuga de ideas, la falta de concentración, distraibilidad, la verborrea, etc., pueden estar ausentes en éstas personas y manifestarse tan solo por exaltación e irritabilidad, conduciendo pues, al enmascaramiento de éste trastorno (Meins, 1995).

5.4.6. -- TRATORNO POR USO DE SUSTANCIAS

PSICOTROPAS

En ésta categoría, en general, no se encontraron diferencias significativas entre los pacientes con R.M. y los pacientes del grupo control.

Llama la atención, el que una de las circunstancias de ingreso que resultaron significativas en el análisis multivariante fuera el **“ingreso planificado para abstinencia de alcohol o de drogas”** (OR = 0,07075). Bajo ésta categoría agrupamos a los pacientes que ingresaban para deshabituarse con el fin de ser sometidos a una próxima intervención quirúrgica, o para la realización voluntaria de un implante de disulfirán.

1 ingreso en R.M. (0%) // 10 ingresos G.C. (2%)

Aunque ésta circunstancia de ingreso tuvo una frecuencia numéricamente despreciable con respecto a los ingresos totales, se dió prácticamente en exclusiva en el grupo control. Sin embargo, con respecto a los **T. debidos al consumo de alcohol**, en el grupo con R.M. hubo 29 ingresos mas que en el grupo control.

92 ingresos (20%) en R.M. // 63 ingresos (14%) en G.C.

Recordemos que en el estudio de Krishef y DiNitto (pp. 54), se señala entre otras cosas, que los pacientes con R.M. debil asistidos por problemas con el alcohol constituyen tan solo la “punta del iceberg” de la prevalencia real, pues son todavía menos susceptibles de solicitar o aceptar ayuda que los no retrasados.

Con respecto a los **T. debidos al consumo** del resto de las **drogas** no alcoholicas, no hubo diferencias entre ambos grupos:

42 ingresos (9%) en R.M. // 44 ingresos (10%) en G.C.

5.4.6 -- TRASTORNOS NEURÓTICOS SECUNDARIOS A SITUACIONES ESTRESANTES Y SOMATOMORFOS (CIE-10) (Se les denomina en éste estudio “TRASTORNOS DE ANSIEDAD”)

Bajo ésta categoría diagnóstica de la CIE-10 -, se incluye “un cóctel” de diferentes cuadros los cuales no coinciden con la clasificación DSM-IV, donde algunos de los epígrafes incluidos en ésta categoría , se separan y forman una sola por si mismas, como es el caso de los trastornos somatomorfos, los trastornos disociativos y los trastornos adaptativos.

Aunque en el análisis de tablas de contingencia encontramos que existe predominio significativo de ingresos por trastornos de ansiedad en el grupo de pacientes con R.M, (51 ingresos (11%) con R.M. // 16 ingresos (4%) G.C.), dichos ingresos tan solo corresponden a 11 pacientes tanto en un grupo como en otro. Esto nos indica que **en el grupo de pacientes con R.M. los ingresos por TRASTORNOS DE ANSIEDAD a lo largo del periodo estudiado fueron “múltiples”**

En el presente estudio, el trastorno de ansiedad generalizada fue el que originó mayor número de ingresos en los pacientes con R.M., seguido por el S. ansioso-depresivo.

5.4.7. -- TRASTORNOS ADAPTATIVOS:

En el presente estudio se encuentran incluidos dentro de la categoría de los trastornos de ansiedad, tal como aparece en la CIE-10, sin aparecer como categoría única y a parte como en el DSM-IV.

La escasísima frecuencia encontrada en éste estudio, - solo se contabilizaran 3 ingresos (1%) -, llama la atención por dos motivos:

1. - Si la comparamos con la encontrada en otros estudios, vemos que Bouras y Drumond, (1992), encuentran un 6,9%; y en el estudio de Goldberg, (1995), constituye el diagnóstico realizado con mas frecuencia).

2. - Pero sobre todo contrasta con la creencia cada vez mas aceptada de que muchos diagnósticos psiquiátricos efectuados a los pacientes con R.M., son en realidad trastornos adaptativos aparecidos ante la falta de adaptabilidad a circunstancias nuevas.(Alonso Fernandez, 1979; Revuelta, 1994; Bregman y Harris, 1995).

5.4.8. -- TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA:

Coincidimos con el consenso general, -al menos en la muestra estudiada -, en que éstos trastornos son poco frecuentes en éstas personas. Solo se realizó un diagnóstico de “anorexia” a un paciente con R.M. moderado que ingresó porque desde hacía días, se negaba a comer. No se especificó si se trataba de verdadera “anorexia nerviosa” o si “el negarse a comer” consistía en una forma de comportamiento desafiante, o era solo uno de los síntomas que pueden acompañar a un sin fin de trastornos tanto físicos como psiquiátricos.

5.4.9. -- TRASTORNOS DE PERSONALIDAD:

Ya se ha comentado en otro apartado, que no encontramos diferencias significativas entre los dos grupos en cuanto a la prevalencia de éste tipo de trastorno. Sin embargo, llama la atención la habitual falta de un “apellido” para éste trastorno en el caso de los pacientes con R.M. Los motivos pueden ser varios, según la controversia existente a éste respecto creada entre los distintos autores. En el apartado de la introducción dedicada a éste trastorno (pp. 61), se hace referencia a ella.

5.4.10. -- TRASTORNOS MENTALES ORGÁNICOS:

Las diferencias encontradas entre los dos grupos se dan a dos niveles

1.- Predominan de forma significativa en el grupo no retrasado:

3 ingresos (1%) en R.M. // 16 ingresos (4%) en G.C.

2.- La edad de los pacientes es muy distinta en ambos grupos:

Son < de 56 años los pacientes con R.M. y este trastorno.

Son > de 65 años todos los pacientes G.C. con éste trastorno.

Los 3 ingresos diagnosticadas de R.M. y “trastorno mental orgánico” en éste estudio, corresponden a solo 2 pacientes y, - al contrario que en el grupo control -, fueron pues, menores de 56 años.

No se realizó ningún diagnóstico de demencia y delirium.

Estas diferencias pueden ser debido a que la muestra de pacientes con R.M. del presente estudio, está constituida en su mayoría por menores de 56 años, donde es poco probable que se de algún tipo de demencia o de delirium (“S. Confusional Agudo”).

Por otro lado, aunque parece sobradamente probada la predisposición de algunos pacientes con S. de Down a desarrollar el Síndrome de Alzheimer, no figura entre los pacientes de éste estudio ninguno con S. de Down.

5.4.11. -- PROBLEMAS MÉDICOS GENERALES:

Aunque en la muestra de éste estudio predominan niveles de retraso de grado débil, - como ya se vió en el histograma de frecuencias -, en los 5 primeros tipos diagnósticos (alteraciones de la movilidad, visuales, auditivas, del habla, y epilepsia), existe una mayor prevalencia en el grupo de pacientes con R.M: (44 pacientes R.M. : 11 G.C.), tratándose de categorías diagnósticas a menudo asociadas con R.M. Es esto evidente sobre todo en la epilepsia (25 pacientes R.M. : 7 no R.M:).

De todos modos, es posible que los problemas médicos generales presentados por los pacientes de éste estudio no figuren aquí en su totalidad, y que no se hayan recogido exhaustivamente en las historias clínicas. A éste respecto, conviene tener en cuenta que una U. Psiquiátrica de Hospitalización Breve no es el lugar mas adecuado para realizar un estudio completo de salud. Los psiquiatras, al realizar la anamnesis, se limitan a reflejar en las historias clínicas las enfermedades que padece o ha padecido el paciente según refieren sus acompañantes, o según consta en el volante de derivación expedido por otro médico - si lo hubiere -. Mas tarde, se solicitan las pruebas de laboratorio o la interconsulta que se considera pertinente, según el caso.

Es necesario tener muy en cuenta - como ya se ha dicho anteriormente -, que una enfermedad médica que produce malestar y dolor puede manifestarse en un paciente con R.M. como un trastorno de conducta. Uno de los pacientes incluidos en éste estudio (L.R.), con debilidad mental, ingresó por primera vez en psiquiatría por presentar un cuadro de agresividad hacia su familia y agitación psicomotriz. En la analítica de orina se descubrió una hematuria, y tras realizar la interconsulta pertinente, se descubrió que tenía un cálculo en el uréter. Los fuertes dolores propios de un cólico nefrítico produjeron los síntomas antes citados que precipitaron el ingreso.

5.4.12. -- ESTRÉS PSICOSOCIAL:

En el análisis crudo con tablas de contingencia, fue concretamente **en el trastorno de conducta, donde se encontró correlación positiva con el haber estado sometido el paciente a un acontecimiento biográfico estresante en el último año.**

La prevalencia sobre todo de “situaciones estresantes crónicas”, fue enorme en ambos grupos: 299 ingresos (66%) en R.M. // 309 ingresos (71%) en G.C. También en ambos grupos, se reconoció mas de una situación estresante en aproximadamente 1/3 de los ingresos

En relación al estrés psicosocial, es necesario subrayar algunos puntos:

◆ La importancia de las situaciones estresantes crónicas en las vidas de la inmensa mayoría de los pacientes tanto retrasados como no retrasados, que causan ingreso en las unidades de Hospitalización Breve. En algunas ocasiones, dichas situaciones son las que favorecen la aparición de enfermedad psiquiátrica y posterior ingreso. Después, la enfermedad psiquiátrica si se cronifica, pasará por si misma a sumarse a la lista de situaciones estresantes que contribuyeron a la aparición, cronificación y persistencia de la enfermedad.

◆ La importancia de los factores psicosociales en el desarrollo y *mantenimiento de los trastornos psiquiátricos* -y en el caso del R.M., también en su etiología -, hace pensar en la gran importancia de un adecuado despliegue de recursos sociales tanto en las situaciones agudas de crisis como en las situaciones estresantes crónicas.

◆ En un estudio realizado por Black et al., (1990), la mayoría de las familias que solicitan algún tipo de emplazamiento para uno de sus miembros con R.M., refieren la presencia de al menos un tipo de **estrés psicosocial importante** en sus vidas **que no siempre está relacionado directamente con la presencia de**

dicho miembro. Cuando se refirieron en concreto a las dificultades relacionadas con el manejo del paciente señalaron -al igual que se refleja en el presente estudio -, que era la conducta agresiva e irritable de dicho paciente lo que originaba los mayores niveles de urgencia para la demanda del mencionado emplazamiento.

SEXTA PARTE

CONCLUSIONES

6. -- CONCLUSIONES:

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO:

Establecemos en los pacientes con R.M. que ingresan en una Unidad Psiquiátrica de Hospitalización Breve, el siguiente PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO:

- Paciente con un grado “débil” de R.M., de etiología desconocida.
- Hombre o mujer, indistintamente
- Menor de 56 años.
- Soltero/a.
- Sin hijos.
- No inicia o no acaba estudios primarios.
- Nivel socioeconómico bajo.
- Vive con su familia de origen.

CIRCUNSTANCIAS DE INGRESO:

1. -- La circunstancia de ingreso mas probable en los pacientes con R.M. en relación al grupo control fue **la violencia verbal o física hacia los demás.**

2. -- Las circunstancias de ingreso poco probables en los pacientes con R.M., en relación al grupo control, fueron:

- Tentativa / Amenazas o Ideas Suicidas
- Reagudización de un trastorno crónico
- Ingreso planificado para abstinencia de alcohol o de drogas.

DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO:

1. -- El diagnóstico psiquiátrico predominante en los pacientes con R.M., en relación al grupo control, fue el **“Trastorno de Conducta”**: 79 ingresos (17%)

Vemos que las 2 circunstancias de ingreso mas probables en el t de conducta fueron:

- VIOLENCIA VERBAL O FÍSICA HACIA LOS DEMÁS ,
- AGITACIÓN PSICOMOTRIZ.

Circunstancias de ingreso poco probables fueron

- Tentativa / amenazas o ideas suicidas,
- Reagudización de un trastorno crónico

Coincidimos así, con la mayor parte de los estudiosos de la psicopatología en el R.M. en 2 puntos:

En primer lugar, que cuando se trata de pacientes retrasados adultos, los criterios que se utilizan para el diagnóstico de “trastorno de conducta” son diferentes a los que se recogen en las clasificaciones diagnósticas actuales.

En segundo lugar, coincidimos también en que son primero la violencia, y después la agitación psicomotriz, las conductas clave que originan la búsqueda de ayuda de los dispositivos comunitarios en estas personas, y que lejos de constituir un modelo de conducta del individuo, se trata tan solo de reacciones inapropiadas ante un contexto social determinado, ante la falta de habilidades verbales y cognitivas para adquirir estrategias conductuales alternativas, más adecuadas.

Concluimos pues, que el llamado “trastorno de conducta”, cuando se aplica a personas adultas con R.M., NO CONSTITUYE UN VERDADERO TRASTORNO PSIQUIÁTRICO, sino una especie de “cajón de sastre”, donde se incluyen una serie de conductas desadaptadas que no pueden incluirse en el marco de ninguna categoría psiquiátrica definida.

2 -- Diagnósticos psiquiátricos poco predominantes en el R.M., en relación al grupo control, fueron:

- Trastornos del Humor
- Trastorno Esquizoafectivo / Agudo Transitorio / Otro T.P. y T.P. no especificado.
- Trastornos de la Conducta Alimentaria.
- Trastornos Mentales Orgánicos.

3. -- En algunos casos no se realizó ningún diagnóstico adicional al
R.M. : 16 ingresos (3,5%)

CONFIRMACIÓN DE LA HIPÓTESIS DE TRABAJO:

Podemos afirmar que los pacientes con **RETRASO MENTAL** no siempre presentan un trastorno psiquiátrico sobreañadido, por el mero hecho de haber ingresado en psiquiatría en uno o varios momentos de su vida.

CONCLUIMOS que en 95 de los 456 ingresos de los ingresos habidos de pacientes con R.M. en el presente estudio, (20,5%), no existió patología psiquiátrica adicional al retraso mental. Estas cifras se obtienen de la suma de los ingresos siguientes:

79 ingresos con diagnóstico al alta de “trastorno de conducta” (17%).

16 ingresos con diagnóstico al alta de “retraso mental” (3,5%).

Confirmamos también, que en éstos casos, **LA FUNCIÓN QUE REALIZA EL HOSPITAL** es proporcionar un emplazamiento para ellos ante la falta de recursos específicos destinados a atender la problemática tanto de tipo psicológica como sociocultural que padecen con frecuencia éste tipo de pacientes.

:

PUNTO DE PARTIDA PARA POSTERIORES
INVESTIGACIONES:

Según los datos obtenidos en éste estudio, en el 20,5% de los pacientes ingresados con R.M. no existió verdadera patología psiquiátrica sobreañadida.

Para futuras investigaciones, podríamos plantear la hipótesis de que la cifra obtenida en éste estudio (20,5%), es en realidad mucho mayor si tenemos en cuenta la opinión generalizada de los estudiosos de la psiquiatría en el retraso mental, según la cual, la esquizofrenia se sobrediagnostica en éste tipo de pacientes. Bajo la apariencia de una conducta desorganizada puede esconderse desde un proceso de tipo orgánico hasta una forma de manifestar malestar ante una determinada situación que resulta estresante para éste tipo de personas.

Por último, CON RESPECTO A LA PROVISIÓN DE LOS SERVICIOS, se hace necesario una vía de tránsito adecuada entre los Servicios de Salud Mental y los Servicios de Integración Social, así como la puesta en marcha de los dispositivos necesarios para atender los problemas conductuales de los pacientes con R.M. que no presentan patología psiquiátrica adicional alguna. El ingreso psiquiátrico no siempre es la solución.

APÉNDICE N° 1

<p style="text-align: center;"><u>Dimensión 1:</u></p> <p>Funcionamiento intelectual y habilidades adaptativas</p>	<p style="text-align: center;">PRIMER PASO</p> <p style="text-align: center;">Diagnóstico de Retraso Mental</p> <p>Se diagnostica R.M. si:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El aproximadamente funcionamiento intelectual del individuo es de 70 a 75 o inferior - 2. Existen discapacidades significativas en 2 o mas áreas de habilidades adaptativas. 3. La edad de comienzo es inferior a 18 años.
<p><u>Dimensión 2:</u> Consideraciones psicológicas y emocionales</p> <p><u>Dimensión 3:</u> Consideraciones físicas, de salud y etiológicas</p> <p><u>Dimensión 4:</u> Consideraciones ambientales</p>	<p style="text-align: center;">SEGUNDO PASO</p> <p style="text-align: center;">Clasificación y descripción</p> <p>Identificar los puntos fuertes y débiles, así como la necesidad de apoyos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Describir los puntos fuertes y debiles del individuo en relación a los aspectos psicológicos y emocionales. 2. Describir el estado general, fisico y de salud del sujeto e indicar la etiología de la discapacidad. 3. Describir el entorno habitual del sujeto y el ambiente óptimo que podría facilitar su continuo crecimiento y desarrollo.
	<p style="text-align: center;">TERCER PASO</p> <p>Identificación del perfil e intensidad de los apoyos necesarios en cada una de las cuatro dimensiones siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dimensión 1: Funcionamiento intelectual y habilidades adaptativas 2. Dimensión 2: Consideraciones etiológicas y emocionales. 3. Dimensión 3: Consideraciones físicas, de salud y etiológicas 4. Dimensión 4: Consideraciones sobre el entorno

Luckasson et al., "Mental Retardation: Definition, Clasification, and Systems of Supports" (AAMR) washington DC. 1992

APÉNDICE N° 2

EXPLICACIÓN DEL CUESTIONARIO UTILIZADO EN EL PRESENTE

ESTUDIO:

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

- Edad.

- Sexo:
 1. hombre
 2. mujer

- Estado civil:
 1. casado o pareja consensuada,
 2. soltero,
 3. otros: viudo, separado/divorciado,

- Hijos:
 1. Sin hijos
 2. Tiene hijos

- Profesión preferentemente ejercida en su vida laboral:

1. Trabajador no cualificado agrícola o de la industria y servicios,
 2. Ama de casa -entendiendo como tal a aquella mujer que realiza en su propia casa la función activa de “gerente” de la misma - .
 3. Nunca tuvo ninguna,
 4. Otra (especificar).
- Situación laboral previa al ingreso:
 1. Trabajador activo, o I.L.T.
 2. Trabajos ocasionales, o desempleo
 3. Pensionista por incapacidad
 - Nivel educativo:
 1. Si no inicia o no acaba estudios primarios
 2. Si tiene EGB o BUP,
 3. Estudios superiores, diplomaturas, etc, y en el caso de los pacientes con R.M. “educación especial”.
 - Nivel socioeconómico: (Según se deduce de nivel educativo, ocupación, ingresos, patrimonio, etc.)
 1. Bajo,
 2. Medio o alto,
 - Convivencia:
 1. Convive con su familia de origen, o con otros familiares.

2. Con familia propia.
 3. Vive solo.
 4. Otros: en alguna institución, o con amigos, o en la calle.
- Distrito de procedencia: Retiro, Moratalaz, Vallecas, Arganda u otros no correspondientes al Area Sanitaria “Sur-Este” de Madrid.
 - Antecedentes personales de problemas con la ley: si ha habido o no, y en su caso si se ha tratado de denuncias, detenciones o prisión.

INTERNAMIENTOS:

1. Número de ingresos de cada paciente en el periodo de tiempo estudiado (7 años y 6 meses), calificando de paciente con “ingresos múltiples” a aquel que por término medio ha tenido mas de un ingreso por año, es decir, de 8 en adelante.
2. Antecedentes personales de institucionalización: si ha estado alguna vez institucionalizado (en hospital psiquiátrico, o para pacientes con retraso mental o en residencia de ancianos, etc).

CIRCUNSTANCIAS QUE RODEAN AL INGRESO:

Descripción de las 16 circunstancias posibles:

1. **Conducta agresiva**, verbal o física hacia los demás.

2. **Conducta autoagresiva:** Podríamos llamar “Conducta autolesiva” (“self-injurious behavior”) a la conducta mas o menos repetitiva y deliberada consistente en infringirse daño en alguna parte del propio cuerpo sin que en modo alguno tal daño conlleve riesgo vital, o tenga como fin, provocar la propia muerte.(Herpertz , 1995).

3. **Tentativa, amenazas o ideas suicidas :**

- **Tentativa:** Cuando el motivo del ingreso el haber presentado un gesto suicida, y venga remitido tras ser dado de alta de la U.C.I. o del servicio de traumatología, o del Servicio de Urgencias tras lavado de estomago, etc.
- **Amenazas:** La familia o el propio paciente aducen la posibilidad de suicidio si no se ingresa a éste.
- **Ideas suicidas mas o menos elaboradas:** Cuando en la entrevista con el paciente, éste manifiesta deseos de muerte, o incluso ha pensado, de alguna manera, en el modo de acabar con su vida.

4. **Conducta extravagante e inusual** para el grupo social de pertenencia, como hablar solo por la calle o ir semidesnudo, manierismos, conducta exhibicionista, almacenar basura, etc.

5. **Conducta explosiva / inestabilidad emocional / inquietud psicomotora** que hace difícil la convivencia. (Puede incluir destrozos propios o ajenos). Se distinguiría de la *agitación psicomotriz* en que en éstos casos se mantendría cierto orden en las acciones y una aparente intencionalidad, lo cual no existe -al menos para el observador -, en la verdadera *agitación psicomotriz* (Fuentenebro, 1991)

6. **Agitación psicomotriz**, entendida como hiperactividad, generalmente no productiva y en respuesta a tensión interior (Kaplan pp. 494).

7. **Reagudización de un posible trastorno psiquiátrico crónico o persistente**, entendiéndose como tales a la presentación de episodios continuos o síntomas permanentes en al menos los 2 últimos años.
8. **Motivos familiares ajenos al paciente**, como enfermedad o muerte de alguno de los padres, cambio de trabajo o domicilio de éstos, etc.
9. **Abandono social**, desarraigo social, vagabundeo, sin hogar, vida marginal.
10. **Para abstinencia de alcohol o de drogas**: Puede tratarse de un ingreso programado con tal fin, bien para someterse próximamente a una intervención quirúrgica, o para el implante voluntario de disulfirán
11. **Ensimismamiento**, apatía, mutismo, o retraimiento social.
12. **Enfermedad física complicada con trastorno psiquiátrico** que hace imposible el tratamiento en una Unidad Médica.
13. **Quejas somáticas**: Cuando se aduce como motivo para acudir al Servicio de Urgencias la presentación de “dolencias” o síntomas de tipo físico.
14. **Modo de presentación en el Servicio de Urgencias**: si acude solo o acompañado por la policía, la familia, algún vecino, etc.
15. **Derivación médica o psiquiátrica hacia el Servicio de Urgencias** con presentación del informe correspondiente.
16. **Actitud del paciente hacia el ingreso**:
 - Demanda personalmente el ingreso.
 - No opone resistencia. No precisa Orden, o bien, Autorización Judicial.

- Involuntario: Precisa Orden o Autorización Judicial

DATOS CLÍNICOS:

A. DATOS RELATIVOS AL RETRASO MENTAL:

1. Etiología del R.M.:

- Factores hereditarios (derivan del genotipo de los padres): Errores innatos del metabolismo, anormalidades de “gen único”, aberraciones cromosómicas .
- Alteraciones tempranas del desarrollo embrionario: cambios mayores de las células germinales.
- Problemas durante la gestación: infecciones, tóxicos, trastornos endocrinos, traumatismos, radiaciones, hipoxia, desnutrición.
- Problemas perinatales: dificultades de reanimación, dificultad respiratoria, hemorragia intraventricular, acidosis, hipoglucemia, hiperbilirrubinemia e infección.
- Infecciones, intoxicaciones, traumatismos, sufridos durante la niñez.
- Trastorno mental grave de aparición precoz: psicosis, autismo.
- Deprivación materna, alimentaria o social, o ambiente familiar inestable (Factores psicosociales o socioculturales) y “Síndromes poligénicos familiares”(familias

multiproblemáticas con árbol genealógico con trastornos mentales, del desarrollo, retraso mental, sociopatías).

- Mas de uno de los factores anteriores.
- Se desconoce.

1. Grado de R.M.: criterios diagnósticos de la OMS, (CIE-9 y CIE-10):

- Leve
- Moderado.
- Grave.
- Profundo.
- “Limite” (Capacidad Intelectual Límite): Criterio adoptado del DSM-IV según el cual, la demanda de ayuda o tratamiento está de algún modo relacionada con una capacidad intelectual en los límites de la normalidad.

B. DATOS APLICADOS A AMBOS GRUPOS:

1. Diagnóstico psiquiátrico: criterios diagnósticos de la OMS, (CIE-9 y CIE-10).

2. Problemas médicos generales: equivaldría al eje III del DSM-IV.

3. Estrés psicosocial: (Equivaldría al eje IV del DSM-IV), diferenciando, no obstante, entre:

- **“Acontecimientos biográficos estresantes recientes”:** los ocurridos en el último año. Hace referencia a un estrés “agudo”, como la pérdida de una persona significativa, la pérdida del empleo, ingreso en prisión, sufrir una violación, padecer enfermedad, intervención quirúrgica o accidente personal graves.
- **“Situaciones estresantes crónicas”:** Cuando el modo de vida habitual del individuo transcurre con un grado alto de estrés basal. Como ejemplos podríamos citar la situación de pobreza, la vida marginal, vida familiar caótica o con malos tratos, patología crónica que produce incapacidad física grave

4. Datos relativos a la estancia: existencia o no de incidentes y clase de los mismos como agresiones, destrozos, precisar contención mecánica, fugas, ingestión de drogas, etc.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Abramson, P. and Weisber, S. "Sexual expresion on mentally retarded people: educational and legal implications " *American Journal of Mental Retardation*. 1988. vol. 93, nº 3, pp. 328-334.
- 2) Alfonso San Juan, M. e Ibañez Lopez, P. "las minusvalías: diagnóstico, tratamiento, e integración". UNED, 1987.
- 3) Alford, J.D. and Locke, B.J. "Clinical responses to psychopathology of mentally retarded persons". *American Journal of Mental Deficiency*. 1984, vol. 89, nº 2, pp. 195-197.
- 4) Almenta Hernandez, E., Calcedo Ordoñez, A. "Hospitalización voluntaria versus contra la voluntad en un hospital general (1): Aspectos conductuales, semiológicos y circunstanciales relacionados con la admisión". *An. de Psiquiatria*. (Madrid), 1989, vol 5, nº 9, pp. 365-373.
- 5) Almenta Hernandez, E., Gomez Navarro, R., Calcedo Ordoñez, A. "Internamiento voluntario de urgencia versus internamiento previo expediente". *An. de Psiquiatria* (Madrid), 1990, vol 6, nº 8, pp. 317-324.
- 6) Alonso Fernandez, F. "Deficiencias mentales". *Fundamentos de la psiquiatria actual*. Editorial Paz Montalvo. Madrid. 1979, vol. II, pp. 153-219.
- 7) Alonso Fernandez, F. "La Depresión Situacional". *La Depresión y su Diagnóstico. Nuevo Modelo Clínico*. Ediciones Labor, 1988.
- 8) *Amentia*. "Arriérés mentaux en instituts psychiatriques." (Bruselas) 1976, nº 36, pp. 13-16.

- 9) *American Psychiatric Association*. "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders". (DSM-IV) Fourth Edition (Washington, DC.) 1994.
- 10) *American Psychiatric Association*. "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders". (DSM-III—R) Third Edition, revised. (Washington, DC.) 1987.
- 11) Artigue, J. "La atención a disminuídos psicicos en una Institución Psiquiátrica". *Informaciones Psiquiátricas*. 1979, pp. 151-160.
- 12) Arumainaygam, M. and Kumar, A. "Manic-Depressive psychosis in a mentally handicapped person. Seasonality: a clue to a diagnostic problem". *British Journal of Psychiatry*. 1990, 156, 886-889.
- 13) Ayuso Gutierrez, J.L. y Salvador Carulla, L. *Manual de Psiquiatría*. Interamericana McGraw- Hill. 1992
- 14) Baca B. (et al.) "Las urgencias psiquiátricas en un hospital psiquiátrico y en un hospital de Madrid". *Col. Cuadernos de Trabajo*. Dirección General de Planificación, Formación e Investigación. (Madrid), 1984, ISBN:84 - 505 - 1669 - 2
- 15) Ballinger, B.R. (et al.) "The psychiatric symptoms, diagnoses, and care needs of 100 mentally handicapped patients". *British Journal of Psychiatry*. 1991, 158, 251-254.
- 16) Ballinger, B.R. "A standardised assessment of personality disorder in mental handicap". *British Journal of Psychiatry*. 1987, 150, pp. 108-109.
- 17) Baxter C. "Investigating stigma as stress in social interactions of parents". *Journal of Mental Deficiency Research*. 1989, 33, pp. 455-466.
- 18) Beail, N. and Warden, S. "Sexual abuse of adults with learning disabilities". *Journal of Intellectual Disability Research*. 1995, vol 39, nº 5, pp. 382-387.

- 19)Beange, H. (et al.) "Medical Disorders of adults with mental retardation: a population study". *American Journal on Mental Retardation*. 1995, vol. 99, nº 6, pp. 595-604.
- 20)Benson, B.A. and Ivins, J. "Anger, depression and self-concept in adults with mental retardation" *Journal of Intellectually Disabilities Research*. 1992, 36, pp. 169-175.
- 21)Benson, A. (et al.) "Psychosocial correlates of depression in mentally retarded adults: II. Poor social skills". *American Journal of Mental Deficiency*. 1985, vol. 89, nº 6, pp. 657-659.
- 22)Bermejo, B.G. "La conducta autolesiva en personas con retraso mental: revisión de las técnicas de intervención. *Siglo Cero*. 1995, vol. 26, nº 2, pp. 5-13.
- 23)Bicknell, J. "The psychopathology of handicap". *British Journal of Medical Psychology*. 1983, 56, pp. 167-178.
- 24)Black, M.M. (et al.) "Individual and family factors associated with risk of institutionalization of mentally retarded adults". *American Journal of Mental Deficiency*. 1985, vol. 90, nº 3, 271-276.
- 25)Black, M.M. (et al.) "Families caring for a young adult with mental retardation: service needs and urgency of community living request". *American Journal of Mental Retardation*. 1990, vol. 95, nº 1, pp. 32-39.
- 26)Borthwick-Duffy, Sh., Eyman, R. "Who are the Dually Diagnosed?". *American Journal of Mental Retardation*. 1990, vol. 94, nº 6, pp. 586-595.
- 27)Bouras, N., Drummond, C. "Behaviour and psychiatric disorders of people with mental handicaps living in the community". *Journal of Intellectual Disability Research*. 1992, vol. 36, pp. 349-357.

- 28)Bregman, J.D. and Harris, J.C. "Mental Retardation".*Comprehensive textbook of Psychiatry*. Kaplan, H.I. and Sadock, B.J. Sixth Edition. 1995.
- 29)Bregman, J.D. and Hodapp, R.M. "Current developments in the understanding of mental retardation, Part I: biological and phenomenological perspectives". *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 1991, vol. 30, nº 5, pp. 707-719.
- 30)Bregman, J.D. "Current developments in the understanding of mental retardation. Part II:Psychopathology". *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 1991, vol. 30, nº 6, pp.861-872.
- 31)Bremner, A.J. and Regan, A. "Intoxicated by water: Polydipsia and water intoxication in a mental handicap hospital". *British Journal of Psychiatry*. 1991, 158, pp. 244-250.
- 32)Brimblecombe, F.S.W. "The needs of young intellectually retarded adults"*British Journal of Psychiatry*. 1985, 146, pp.5-10.
- 33)Bruininks, R. (et al.) "Structure of adaptive behavior in samples with and without mental retardation" *American Journal of Mental Retardation*. 1988, vol 93, nº 3, pp. 265-272.
- 34)Byrd Burt, D., Loveland, K. A., and Lewis, K. R. "Depresión and the onset of dementia in adults with mental retardation". *American Journal of Mental retardation*. 1992, vol. 96, nº 5, pp. 502-511.
- 35)Calvé Perez, A. y Peruga Urrea, A. "Mapa de salud y servicios sociales. Comunidad de Madrid. II: perfiles de la estructura solcial y demográfica de las areas, distritos y zonas básicas". *Colección Informes Técnicos. Dirección General de Planificación, Formación e Investigación*. (Madrid) 1987. ISBN: 84 - 505 - 5895 - 6.

- 36)Carter, G. "Why are the mentally handicapped admitted to hospital?. A ten-year survey". *British Journal of Psychiatry*. 1984, 145, pp. 283-288.
- 37)Cervera Enguix, S. Aspectos etiológicos y sociales de la Deficiencia Mental. 1969.
- 38)Clark, A.D. and Clarke A.M. "Research on mental handicap, 1957-1987: a selective review". *Journal of Mental Deficiency Research*. 1987, Dec, 31, pp.317-328.
- 39)Crews. W.D. Jr. (et al.) . "Dual diagnoses: prevalence of psychiatric disorders in a Large State Residential Facility for individuals with mental retardation". *American Journal of Mental Retardation*. 1994, vol. 98, nº 6, pp. 688-731.
- 40)Davidson, Ph. W. (et al.) "Characteristics of community-based individuals with mental retardation and aggressive behavioral disorders". *American Journal of Mental Retardation*. 1994, vol.98, nº 6, pp. 704-716.
- 41)Davidson, Ph. W. (et al.). "Crisis intervention for de community-based individuals with developmental disabilities and behavioral and psychiatric disorders". *Mental Retardation*. 1995, vol 33, nº 1, pp. 21-30.
- 42)Day, K.A. " The elderly mentally handicapped in hospital: a clinical study". *Journal of Mental Deficiency Research*. 1987, 31, pp. 131-146.
- 43)Day, K. "Psychiatric disorder in the middle-aged and elderly mentally handicapped". *British Journal of Psychiatry*. 1985, 147, pp. 660-667.
- 44)Deb, S., Hunter, D. "Psychopatology of people with mental handicap and epilepsy. 1: Maladaptive behaviour." *British Journal of Psychiatry*. 1991, vol. 159, pp.822-826.

- 45) Deb, S., Hunter, D. "Psychopathology of people with mental handicap and epilepsy. 2: Psychiatric Illness. *British Journal of Psychiatry*. 1991, vol. 159, pp. 826-830.
- 46) Derecho Montes, J., (et al). "Urgencias psiquiátricas en un hospital general". *An de Psiquiatria* (Madrid) 1991, vol. 7, nº 3, pp. 104-108.
- 47) Eaton, and Menolascino, "Psychiatric disorders in the mentally retarded: types, problems and challenges". *American Journal of Psychiatry*. 1982, 139, pp. 1297-1303.
- 48) Emerson, E. and Bromley, J. "The form and function of challenging behaviors". *Journal of Intellectual Disability Research*. 1995, vol. 39, nº 5, pp. 388-398.
- 49) Everall, Y. P. and Lecouteur, A. "Firesetting in an adolescent boy with Asperger's Syndrome". *British Journal of Psychiatry*. 1990, 157, pp. 284-287.
- 50) Ey, H. (et al.). "Tratado de psiquiatria. 7ª Edición. Toray-Masson, SA. 1975
- 51) Fierro, A. "Atención psiquiátrica y psicoterápica del retrasado mental". *La Transformación de la Asistencia Psiquiátrica*. Editorial Mayoría, 1980.
- 52) Fox, R, (et al.). "Eating behavior of obese and nonobese mentally retarded adults.". *American Journal of Mental Deficiency*. 1983, vol 87, nº 5, pp. 570-573.
- 53) Fraser, W. (et al.) "Psychiatric and behaviour disturbance in mental handicap". *J. ment. Def. Res.* 1986, nº 30, pp. 49-57.
- 54) Fraser, W.I. and J. Murti Rao. "Recent studies of mentally handicapped young people's behaviour". *Journal of Child Psychology and psychiatry*. 1991, vol. 32, nº 1, pp. 79-108.

- 55)Fuentenebro, F. , Vazquez, C. “Psicología Médica, Psicopatología y Psiquiatría” 1991.
- 56)Gelder, M. (et al.). *Concise Oxford Textbook of Psychiatry*. Oxford Medical Publications. 1994.
- 57)Ghaziuddin, M. “Behavioural disorder in the mentally handicapped: the role of life events.” *British Journal of Psychiatry*. 1988, vol. 152, pp. 683-686.
- 58)Ghaziuddin, M. “Referral of mentally handicapped patients to the psychiatrist: a community study” *Journal of Mental Deficiency Research*. 1988, vol. 32, pp. 491-495.
- 59)Ghaziuddin, M. and Tsai, L. “Depression-Dependant erotomantic delusions in a mentally handicapped woman”. *British Joournal of Psichitry*. 1991, 158, pp. 127-129.
- 60)Glick, M. and Zigler, E. “Developmental differences in the simptomatology of psiquiatric inpatients with and without mild mental retardation”. *American Journal on Mental Retardation*. 1995, vol. 99, nº 4, pp. 407-417.
- 61)Goldberg, B. (et al.) “Personality and trait disturbances in an adult mental retardation population: significance for psychiatric management”. *Journal of Intellectual Disability Research*. 1995, vol. 39, nº 4, pp. 284-294.
- 62)Gostasson, R. “Psychiatric illness among the mentally retarded. A swedish population study”. (Tesis Doctoral) *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1985, vol. 71. (Suppl.)
- 63)Gorman-Smith, D. and Matson, J.L. “Abuso sexual y personas con retaso mental”. *Siglo Cero*. trad. de *The sexual abuse of children: theory and research*. Vol. 1. Hisdalle, New Jersey, 1992.

- 64)Greedharry, D. "Expressed emotion in the families of mentally handicapped: a pilot study". *British Journal of Psychiatry*. 1987, 150, pp. 400-402.
- 65)Greenspan, S. and Granfield, J.M. "Reconsidering the construct of mental retardation: implications of a model of social competence". *American Journal of Mental Retardation*. 1992 vol, 96, n° 4, pp. 442-453.
- 66)Grupo AMAT de Sociología. " La situación de las personas con deficiencia mental internadas en centros psiquiátricos".Ministerio de Sanidad y Consumo 1988.
- 67)Guy, G. "La atención basada en la comunidad: ¿Desinstitucionalización o transinstitucionalización?". *Siglo Cero*. pp. 46-51.
- 68)Hawk G.L. (et al.) "Prevalence of sexual offenses among mentally retarded criminal defendants". *Hospital and Community Psychiatry*. 1993, vol. 44, n° 8, pp. 784-786.
- 69)Herbert, J. and Grossman, Manual de Terminología y Clasificación en Retraso mental: informe estadístico base. American Association of Mental Deficiency. 1977.
- 70)Herpertz, S. "Self-injurious behavior. Psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self-injurers". *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1995, 91, pp. 57-68.
- 71)Hewitt, S. "The sexual abuse of young persons with a mental handicap". *Medicine and Law*. 1989, 8. pp. 403-414.
- 72)Hurley, A.D. (et al.). "Six cases of patients with mental retardation who have antisocial personality disorder". *Psychiatric Services*. 1995, vol. 46, n° 8. pp. 828-831.

- 73) Irastorza Eguskiza, L. J., Crisóstomo Pizarro, R., Martínez Canales, M^a J. "Suicidio: Ingreso hospitalario y factores determinantes". *An. de Psiquiatría* (Madrid), 1994,
- 74) Jacobson, J.W. "Do some mental disorders occur less frequently among persons with mental retardation?". *American Journal of Mental Retardation*. 1990, vol. 94, n^o 6, pp. 596-602.
- 75) Jacobson, J.W. and Ackerman, L. J. "Psychological services for persons with mental retardation and psychiatric impairments". *Mental Retardation*. 1989, vol. 27, n^o 1, pp. 33-36.
- 76) Jancar, J. and Johnston, S.J. "Incest and mental handicap". *Journal of Mental Deficiency Research*. 1990, 34, 483-490.
- 77) Jancar, J. and Gunatne, Y. J. "Dysthymia and mental handicap". *British Journal of Psychiatry*. 1994, 164, pp. 691-693.
- 78) Kearn, A. and O'Connor, A. "The mentally handicapped criminal offender : a 10-year study of two hospitals". *British Journal of Psychiatry*. 1988, 152, pp. 848--851.
- 79) Kennedy, C.H. y Haring, Th.H. "Reducir los problemas serios de conducta de personas con discapacidad que viven en la comunidad" (Capítulo aparecido originalmente en *Behavioral Residential Treatment*, vol. 7, n^o 2, pp. 81-98, 1992). *Siglo Cero*. 1995, vol 26, n^o 3, pp. 5-14.
- 80) Kent, S., Yellowlees, P. "Psychiatric and social reasons for frequent rehospitalization". *Hospital and Community Psychiatry*. 1994, vol. 45, n^o 4, pp. 347-350.
- 81) Kleinberg, J. and Galligan B. "Effects of desinstitutionalization on adaptive behavior of mentally retarded Adults". *American Journal of Mental Deficiency*. 1983, vol. 88, n^o 1, pp. 21-27.

- 82)Krishef, C.H. and Dinitto, D.M. "Alcohol abuse among mentally retarded individuals". *Mental Retardation*. 1981, vol. 19, nº 4, pp. 151-155.
- 83)Lakin, K.Ch. (et al.) "New admissions and readmissions to a national sample of public residential facilities". *American Journal of Mental Deficiency*. 1983, vol. 88, nº 1, pp. 13-20.
- 84)Laman, S. and Reiss, S. "Social skill deficiencies associated with depressed mood of mentally retarded adults"*American Journal of Mental Deficiency*. 1987, vol 92, nº 2, pp. 224-229.
- 85)Lambert, J.L. "Retraso mental Leve". *Introducción al Retraso mental*. 1978 .Biblioteca de Psicología, nº 68, cap. 4, pp.63-81
- 86)Larson C.P. and Lapointe, Y. "The health status of mild to moderate intellectually handicapped adolescents". *Journal of Mental Deficiency Research*. 1986, 30, pp. 121-128.
- 87)Lecuyer, R. "Particularités des troubles névrotico-comportementaux chez les personnes handicapées mentales". *Ann. Med.-Psychol.*, 1995, vol 153, nº 6, pp.422-425.
- 88)Lendon, Y (et. al.) "Behavior disturbance and mental handicap: Typology and longitudinal trends." *Psychol Med*. 1984. vol. 14, nº 4, pp. 923-935.
- 89)Linaker, O. M. and Nitter, R. "Psychopathology in institutionalised mentally retarded adults". *British Journal of Psychiatry*. 1990, 156, pp. 522-525.
- 90)Luckasson (et al.). "*Mental Retardation: Definition, Classification, and Systems of Supports*. American Association of Mental Retardation (AAMR). Washington DC. 1992
- 91)Lund, J. "Mentally retarded criminal offenders in Denmark". *British Journal of Psychiatry*. 1990, 156, pp. 726-731.

- 92)Lund, J."The prevalence of psychiatric morbidity in mentally retarded adults".
Acta psychiatr. Scand. 1985, 72: 563-570.
- 93)Lund, J. "Measuring behaviour disorder in mental handicap. *British Journal of Psychiatry.* 1989, vol. 155, pp. 379-383.
- 94)Lund, J. "Mentally retarded admitted to psychiatric hospitals in Denmark".
Acta Psychiatr. Scand. 1985: 72: 202-205.
- 95)Lund, J. "Epilepsy and psychiatric disorder in the mentally retarded adult".
Acta Psychiatr. Scand. 1985, 72, pp. 557-562.
- 96)Macmann, G. M. and Barnett, D. W. "Reliability of psychiatric and psychological diagnosis of mental retardation severity: judgments under naturally occurring conditions". *American Journal of Mental Retardation.* 1993, vol. 97, n° 5, pp. 559-567.
- 97)McNally, R.J. and Calamari, J.E. "Obsessive - compulsive disorder in a mentally retarded woman". *British Journal of Psychiatry.* 1989, vol 155, pp. 116-117.
- 98)Marcos, L. (et al.) "Who will treat psychiatrically disturbed developmentally disabled patients? A health care nightmare". *Hospital and Community Psychiatry.* 1986, vol. 37, n° 2, pp. 171-174.
- 99)McAlpine, C. and Shingh N.N. "Pica in institutionalized mentally retarded persons". *Journal of Mental Deficiency Research.* 1986, 30, pp. 171-178.
- 100)McCracken, J.T. and Diamond, R.P." Bipolar disorder in mentally retarded adolescents". *Journal of American Academie child Adolescent Psychiatry.* 1988, vol 27, n° 4, pp. 494-499.

- 101) McLaren, J. and Bryson, S.E. "Review of recent epidemiological studies of mental retardation: prevalence, associated disorders and etiology". *American Journal of Mental Retardation*. 1987, vol. 92, nº 3, pp. 243-254.
- 102) McLoughlin, I.J. "A case of affective psychosis following bereavement in a mentally handicapped woman". *British Journal of Psychiatry*. 1987, 151, pp. 552-554.
- 103) McNally, R.J. and Calamari, J.E. "Obsessive-Compulsive disorder in a mentally retarded woman". *British Journal of Psychiatry*. 1989, 155, pp. 116-117.
- 104) Meadows, G. (et al.). "Assessing schizophrenia in adults with mental retardation: a comparative study". *British Journal of Psychiatry*. 1991, 158, pp. 103-105.
- 105) Meins, W. "Symptoms of major depression in mentally retarded adults". *Journal of Intellectual Disability Research*. 1995, vol. 39, nº 1, pp. 41-45.
- 106) Milgram, N.A. "Retraso Mental y Enfermedad mental". *Siglo Cero*. 1988, nº 120, pp. 56-58.
- 107) Misès, R., Perron, R., Salbreux, R. "Arriérations et débilites mentales". *Enciclopedia Medico-Chirurgicale*. (Paris). 37270 .A 10 - 7, 1980.
- 108) Misès, R., Perron, R., Salbreux, R. "Arriérations et débilites mentales". *Enciclopedia Medico-Chirurgicale*. (Paris). 37 - 219 - M - 10, 1992.
- 109) Muñoz, P (et al.) " La asistencia psiquiátrica en regimen de hospitalización en Madrid: un estudio prevalencia-día". *Col. Cuadernos de Trabajo*. Dirección General de Planificación, Formación e Investigación. Madrid, 1984 ISBN: 84 - 505 - 1668 - 4.

- 110)Myers, B. A. "Conduct disorders of adolescents with developmental disabilities" *Mental Retardation*. 1987, vol.25, nº 6, pp. 335-340.
- 111)Myers, B. A (et al.). "Psychiatric disorders in persons with Down Syndrome". *The Journal of Nervous and MentalDisease*. 1991, vo. 179, nº 10, pp. 609-613.
- 112)Nadarajah, J. (et al.) "Metolological aspects of life events research in people with learning disabilities: a review and initial findings". *Journal of Intellectual Disability Research*. 1995, vol 39, nº 1, pp. 47-56
- 113)Nezu, C.M. (et al.) "Psychophatology in Persons with Mental Retardation: Clinical Guidelines for Assessment and Treatment" . Reseach Press, 1992, 322 pp.
- 114)Novell Alsina, LL. (et al.). "Tratamiento farmacológico de los trastornos de conducta en el retraso mental. La alternativa a los neurolépticos". *Anales de Psiquiatía*. Madrid, 1994, vol. 10, nº 10, pp. 388-398.
- 115)O'Brien, G. and Whitehouse, A.M. "A psychiatric study of deviant eating behaviour among mentally handicapped adults". *British Journal of Psychiatry*. 1990, 157, pp. 281-284.
- 116)Oliver, C. , (et al.) "Self-injurious behaviour in people with mental handicap: a total population study" *Journal of Mental Deficiency Research*. 1987, 31, pp. 147-162.
- 117)*Organización Mundial de la Salud*. (1992) "The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: diagnostic criteria for research".
- 118)Ottenbacher, K.J. "Statistical conclusion validity: an empirical analysis of multiplicity in mental retardation research". *American Journal of Mental Retardation*. 1991, vol. 95, nº 4, pp. 421-427.

- 119)Pary, R.J. "Mental retardation, mental illness, and seizure diagnosis". *American Journal of Mental Retardation*. 1993, vol. 98, supplement, pp. 58-62.
- 120)Pary , R.J."Acute Psychiatric Hospital Admissions of Adults and Elderly Adults with Mental Retardation" *American Journal of Mental retardation*, 1993, vol. 98, n° 3, pp. 434-436.
- 121)Pawlarczyk, D. and Beckwitk, B.H. "Depressive symptoms displayed by persons with mental retaardation: a review" *Mental Retardation*. 1987, vol. 25, n° 6, pp. 325-330.
- 122)Reid, A.H. "Psychiatry and mental handicap: a historical perspective". *Journal of Mental Deficiency Research*. 1989, 33, pp. 363-368.
- 123)Reid, A.H. *The Psychiatry of Mental Handicap*. Blackwell Scientific Publications. 1982.
- 124)Reid, A.H. "Psichiatty and learning disabiliy". *British Journal of Psychiatry*. 1994, 164, pp. 613-618.
- 125)Reid, A.H. and Ballinger, B.R. "Personality disorder in mental handicap". *Psychological Medicine*. 1987, 17, pp. 983-987.
- 126)Reinolds, W.M. and Baker, J.A. "Assessment of depression in persons with mental retardation." *American Journal of Mental Retardation*. 1988, vol, 93, n° 1, pp. 93-103.
- 127)Reiss, S. "Prevalence of dual diagnosis in community-based day programs in the Chicago metropolital area". *American Journal of Mental Retardation*. 1990, vol 94, n° 6, 578-585

- 128)Reiss, S. and Benson, B . “Psychosocial correlates of depression in mentally retarded adults: 1: Minimal social support and stigmatization” *American Journal of Mental Deficiency*. 1985, vol 89, nº 4, pp. 331-337.
- 129)Revuelta Bravo,A.,Garcia Ruiz,F.,(et al).”Trastornos psíquicos en el retraso mental: aspectos epidemiológicos, etiológicos y clínicos”. *An. Psiquiatría* (Madrid) 1994, vol.10, nº 5, pp.192-200.
- 130)Revuelta Bravo,A. (et al).”Trastornos psíquicos en el retraso mental: aspectos diagnósticos y terapéuticos”.*An. Psiquiatría* (Madrid) 1994, vol. 10, nº 6 , pp.248-255.
- 131)Rogers, D. (et al.). “The motor disorders of mental handicap. An overlap with the motor disorders of severe psychiatric illness”. *British Journal of Psychiatry*. 1991, 158, pp. 97-102.
- 132)Rowitz, L. “Original identifiers of mental retardation in a clinic population”. *American Journal of Mental Deficiency*. 1980, vol 85, nº 1, pp. 82-86.
- 133)Rubin, L. “Diagnosis and disabilities”. *Journal of Intellectual Disability Research*. 1992, 36, pp. 465-472.
- 134)Russell, A.T. and Tanguay P.E. “Mental illness and mental retardation: cause or coincidence?”.*American Journal of Mental Deficiency*. 1981, vol. 85, nº 6, pp. 570-574.
- 135)Salorio, P. “Estudio del cociente intelectual en la esquizofrenia, medido por el Wais.” *Anales de Psiquiatría*. (Madrid), 1988, vol. 4, nº 6, pp. 214-220.
- 136)Salvador, L. Retraso Mental y Enfermedad Psiquiátrica. Evaluación, Tratamiento y Servicios. Monografías de Neurociencias. Nº 4. 1995.
- 137)Salvador, L. (Et al.). “Evaluación de problemas comportamentales en sujetos afectos de retraso mental en un medio laboral: estudio de fiabilidad de la

- Social Behaviour Schedule (SBS). Anales de Psiquiatría.* (Madrid) 1994, vol. 10, nº 7. Pp. 261-267.
- 138)Shalock, R.L. "Implicaciones para la Investigación de la Definición, Clasificación, y Sistemas de Apoyos de la AARR de 1992." (Conferencia pronunciada en las "Primeras Jornadas Científicas de Investigación sobre personas con Discapacidad". Universidad de Salamanca (España), 17 y 18 de marzo de 1994). *Siglo Cero.* vol. 26, nº 1, pp 5-13.
- 139)Sigafos, J. "Factors associated with aggression versus aggression and self-injury among persons with intellectual disabilities". *Developmental Disabilities Bulletin*, 1995, vol. 23, nº 1, pp. 31-39.
- 140)Siperstein, G.N. "Social competence: An important construct in mental retardation". *American Journal of Mental Retardation.* 1992, vol.96, nº 4, iii-vi.
- 141)Stack, L . (et al.). "Stressful life events and psychiatric hospitalization of mentally retarded patients" *American Journal of Psychiatry.* 1987, vol 144, nº 5, pp. 661-663.
- 142)StClaire, L. "A multidimensional model of mental retardation: impairment, subnormal behavior, role failures, and socially constructed retardation". *American Journal of Mental Retardation.* 1989, vol. 94, nº 1, pp. 88-96.
- 143)Straznickas, K.A. (et al.). "Violence toward family caregivers by mentally ill relatives". *Hospital and Community Psychiatry.* 1993, vol. 44, nº 4, pp. 385-387.
- 144)Sturme, P. "DSM-III-R and persons with dual diagnoses: conceptual issues and strategies for future research". *Journal of Intellectual Disability Research.* 1995, vol. 39, nº 5, pp. 357-364.

- 145)Sturmev, P. "Diagnostic-based pharmacological treatment of behavior disorders in persons with developmental disabilities: a review and a decision-making tipology". 1995. *Research in Developmental Disabilities*. Vol. 6, n° 4, pp. 235-252.
- 146)Symons, F.J. "Self-Injurious Behavior; a brief review of theories and current treatment perspectives". *Developmental Disabilities Bulletin*. 1995, vol. 23, n° 1, pp. 90-102.
- 147)Tausing, M. "Factors in family decision-making about placement for developmentally disabled individuals." *American Journal of Mental Deficiency*. 1985, vol. 89, n° 4, pp. 352-361.
- 148)Turner, T.H. "Schizophrenia and mental handicap: an historical review, with implications for further research". *Psychological Medicine*. 1989, vol 19, n° 2, pp. 301-14.
- 149)Verdugo Alonso, M.A.. *Personas con Discapacidad*. Editorial S. XXI.1994.
- 150)Vitiello, S. "Desinstitutionalization progress in the United States." *Medicine and Law*. 1986, 5, pp. 273-278.
- 151)Vitiello, B., Behar, D. "Mental Retardation and Psychiatric Illness". *Hospital and Community Psychiatry*. 1992, vol. 43, n° 5 , pp.494-499.
- 152)Vitiello, S.J. (et al.). "Determinants of community placement of institutionalized mentally retarded persons". *American Journal of Mental Deficiency*. 1983, vol. 87, n°5, pp. 539-545.
- 153)Walters, R. M. "Suicidal behaviour in severely mentally handicapped patients". *British Journal of Psychiatry*. 1990, 157, pp. 444-446.
- 154)Weis, A. "Siblings of the mentally retarded. A neglected resource and family member". *Medicine and Law*. 1986.

- 155) Wieseler, N.A. (et al.). "Investigation of mortality and morbidity associated with severe self-injurious behavior". *American Journal on Mental Retardation*. 1995, vol. 100, n° 1, pp. 1-5.
- 156) Wyngaarden, M. and Mailick, M. "Comparison of elderly adult mentally retarded persons in community and institutional settings." *American Journal of Mental Deficiency*. 1986, vol. 91, n° 3, pp. 237-243.
- 157) Zetlin, A., Murtaugh, M. "Whatever happened to those with borderline IQs?" *American Journal of Mental Retardation*. 1990, vol. 94, n°5, pp. 463-469.
- 158) Zetlin, A. "The mentally retarded adults and their siblings". *American Journal of Mental Deficiency*. 1986, vol. 91, n° 3, pp. 217-225.
- 159) Zetlin, A. and Turner, J. "Transition from adolescence to adulthood: perspectives of mentally retarded individuals and their families". *American Journal of Mental Deficiency*. 1985, vol 89, n° 6, pp. 570-579.