

# NOTA SOBRE LA CLASIFICACION ESTADISTICA INTERNACIONAL DEL RETARDO MENTAL <sup>1</sup>

Dr. Jack Tizard <sup>2</sup>

*Sólo se usará una clasificación de las enfermedades o de cualquier otro fenómeno si esta resulta de utilidad. Para ser verdaderamente útil, la clasificación del retardo mental deberá servir a diversos fines: a) médicos (clínicos, genéticos y epidemiológicos), y b) sociales (directrices para la educación, la capacitación y la planificación de los servicios).*

Una clasificación útil del retardo mental deberá referirse tanto a los niños como a los adultos, no deberá ser demasiado complicada, pues en ese caso nadie la utilizaría y, no obstante, deberá tener carácter general y ser compatible con otras secciones de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE).

## Octava Revisión de la CIE

Para algunos fines es suficiente seguir un solo eje de clasificación, pero no en la psiquiatría. En el retardo mental un eje único no resulta satisfactorio porque los retardados mentales tienen, por lo general, incapacidades múltiples, ninguna de las cuales es "primaria", y porque la clasificación tiene que ser plurifuncional. La octava revisión de la CIE es superior a las versiones anteriores porque la categorización es más lógica y también porque la utilización de un cuarto dígito permite un sistema biaxial de clasificación. En esta revisión, el eje primario es una división por grado de defecto, distinguiéndose cinco grados (dudoso, CI

68-85; leve, CI 52-67; moderado, CI 35-51; grave, CI 20-35, y profundo, CI menos de 20).

Esta clasificación fue criticada por el Comité de Expertos de la OMS en Salud Mental por dos razones principales. Primera, porque si bien se emplearon los niveles del CI para describir las cinco clases, no se dio ninguna indicación de la media ni de la desviación típica en que se basaban. Segunda, porque la clasificación de los que tienen un CI dentro de los límites 68-85 como "retardados mentales fronterizos" ampliaría enormemente el concepto de retardo mental, ya que el 16% de la población general entraría en esa categoría. El Comité dijo que se oponía firmemente a esta ampliación del concepto del retardo mental, y adoptó el punto de vista de que el margen superior más útil era el tradicional de un CI de 70, dos desviaciones típicas por debajo de la media.

Los propios expertos del Comité eran partidarios de niveles ligeramente distintos del CI para definir los diversos grados de retardo intelectual: leve, -2 a -3,3 desviaciones típicas con respecto a la media de 100, (CI 50-70); moderado -3,3 a -4,3 desviaciones típicas con respecto a la media, (CI 35-50); grave, -4,3 a -5,3 desviaciones típicas con respecto a la media, (CI 20-35), y profundo, más de -5,3 desviaciones típicas con respecto a la media. Según los expertos debía subrayarse que esas medidas no eran

<sup>1</sup> Documento de trabajo No. 4 presentado en el Quinto Seminario sobre Diagnóstico, Clasificación y Estadística Psiquiátricos celebrado en Washington, D.C., del 29 de octubre al 4 noviembre de 1969 patrocinado conjuntamente por la OMS y la Secretaría de Salud, Educación, y Bienestar, de los E.U.A. El Informe Final y los documentos de trabajo 1, 2, y 3 se publicaron en los números del *Boletín* correspondientes a noviembre de 1970, febrero, marzo, y abril de 1971, respectivamente.

<sup>2</sup> Profesor de Desarrollo Infantil, Instituto de Educación, Universidad de Londres.

exactas, ni debían ser consideradas como único criterio; en la práctica, estas categorías se superpondrían, pero el CI tenía cierta utilidad en el ámbito del retardo mental, pues daba una orientación al diagnóstico y al pronóstico.

Aunque algunos de los términos utilizados en la CIE y en el Informe del Comité de Expertos para describir la gravedad de los defectos intelectuales son quizá demasiado optimistas, la división real en grados tiene sentido desde el punto de vista clínico. Pero, infelizmente, la idea de que todas las personas que sufren de retardo mental deben ser categorizadas, en primer lugar, de acuerdo con la gravedad de su defecto intelectual perdería toda validez si la Categoría 315, "retardo mental no especificado" diera a los clínicos la oportunidad de evitar la enunciación de su criterio acerca del grado del defecto. Sería mucho mejor que se exigiera el registro de los detalles relativos al grado del defecto para todos los pacientes clasificados como retardados mentales, con una evaluación clínica cuando no se dispusiera de datos psicométricos.

Por consiguiente, cabe recomendar que en las revisiones futuras de la CIE se omita la Categoría 315. A toda persona clasificada como retardada mental deberían asignársele uno u otro de los grados en que finalmente se convenga. (En el caso de los niños pequeños esta clasificación por grados debe ser provisional, pero esto podría explicarse en las instrucciones.)

El segundo eje de la CIE (el cuarto dígito) es de carácter médico en términos generales y los casos están divididos en diez categorías. La mayor parte de las categorías son bastante satisfactorias, aunque demasiado amplias. (Por ejemplo, la Categoría .2 clasifica conjuntamente a los "trastornos del metabolismo, el crecimiento o la nutrición" y la Categoría .5 se reserva para aquellos "con anomalías cromosómicas.")

Se recomienda que el segundo eje se

amplíe a dos dígitos a fin de permitir una mayor diferenciación dentro de cada categoría.

Si varias categorías en la actual subdivisión de cuatro dígitos probablemente se beneficiarían como resultado de los debates entre pediatras y psiquiatras (por ejemplo, la Categoría .6 "retardo mental unido a prematuridad") hay, en especial, dos categorías importantes para los científicos del comportamiento: las categorías .7 y .8.

En un trabajo de Tarjan y Eisenberg (1969)<sup>3</sup> se estudian estas clases en relación con la clasificación del retardo mental en los Estados Unidos. Señalan estos autores que "no es raro encontrar niños en los Estados Unidos que reciben en orden sucesivo, y el cualquier combinación, una serie de diagnósticos que comprenden: autismo temprano infantil, retardo mental, esquizofrenia infantil, lesión cerebral, autismo temprano preadolescente, disfunción cerebral mínima, etc. A veces, el cuadro clínico de estos pacientes se complica todavía más por una diversidad de defectos sensoriales orgánicos o funcionales . . . En la actualidad, no puede llegarse a ninguna conclusión científica a base de la investigación etiológica (en cuanto a saber cuál es el factor primario). Por tanto, la cuestión, aunque a menudo muy debatida, sigue teniendo un carácter meramente filosófico y semántico".

No obstante, añaden estos autores, conviene que los niños que tienen a la vez trastornos emocionales graves y los síntomas del retardo mental sean clasificados de una manera uniforme e independiente de las idiosincrasias de los clínicos. Por su parte, se muestran en favor de la solución propugnada recientemente por la Asociación Americana de Psiquiatría: "Se ubica en primer lugar el retardo mental para subrayar que debe diagnosticárselo siempre que esté presente, aun cuando se origine en

<sup>3</sup> Publicado en el *Bol Ofic Sanit Panamer* de febrero de 1971.

algún otro trastorno". Esta decisión, dicen, puede parecer arbitraria, pero es la más conveniente cuando se trata de comparar la información bioestadística proveniente de diversos ambientes geográficos.

El manual de la CIE utiliza uno de los dígitos cuartos para este tipo de pacientes (.7 "después de un trastorno psiquiátrico importante"). La palabra "después" decide la cuestión de antemano y sería mejor decir "con un trastorno psiquiátrico importante".

El otro tipo de retardo mental analizado en el trabajo de Tarjan y Eisenberg es el que se conoce generalmente como retardo sociocultural, o como dice la CIE .8 retardo "con privación psicosocial (ambiental)". Tanto la clasificación de la Asociación Americana de Deficiencia Mental y la de la Asociación Americana de Psiquiatría dividen el "retardo sociocultural" en dos clases: el retardo "cultural-familiar", por un lado, y el "retardo psicogénico" (AADM) o "retardo mental unido a una privación ambiental" (AAP), por el otro. Tal como señalan Tarjan y Eisenberg ninguna de estas denominaciones tiene en cuenta los posibles efectos de los traumas biomédicos en la etiología del retardo funcional. "En consecuencia, podría llegarse a la conclusión de que los agentes somáticos nocivos no desempeñan papel alguno en la causalidad del retardo socio-cultural . . . [Además] se han deducido conclusiones globales referentes al efecto total de la privación sin una información específica sobre los elementos que integran la privación en cuanto a la calidad, cantidad, especificidad o cronología". En el actual manual de la CIE la categorización "retardo mental con privación psicosocial (ambiental)" es a la vez burda e inexacta. La expresión psicosocial (ambiental), igual que sociocultural y cultural-familiar no ofrece más información que los términos más antiguos "familiar", "indiferenciado", "residual", "aclínico", "subcultural" o "primario". (En realidad, "sociocultural" y "psicogénico" por un lado,

y "primario" y "familiar", por el otro, dicen más acerca del modo en que los clínicos votan en las elecciones que acerca de los pacientes). El término "privación" es también erróneo, pues con harta frecuencia se introduce subrepticamente en él un juicio de valor en el sentido de que todo el que no ha recibido una educación de clase media sufre, en cierto modo, de "privación". En el momento actual, no hay manera de distinguir los efectos de los factores genéticos, biológicos y sociales en la causalidad del "retardo sociocultural" y sería mejor, en honor a la verdad, reconocerlo así, y en especial porque probablemente dé lugar a un sistema de clasificación más fidedigno, y, por ende, más útil. Además, el grado de privación ambiental suele juzgarse en todo caso por las circunstancias sociales de la familia y probablemente podría obtenerse un indicador más útil del "retardo sociocultural" utilizando cuadros bilaterales que registren la clase social de los padres y la condición clínica del niño. ¿Merece la pena registrar en la actualidad la "privación psicosocial (ambiental)" como una causa del defecto mental?

#### Compatibilidad de las diversas secciones de la CIE

El grupo de trabajo en psiquiatría infantil (Rutter *et al.*, 1967) optó por un sistema triaxial en el cual el primer eje describía el "síndrome psiquiátrico clínico"; el segundo, el "nivel intelectual", y el tercero, los "factores asociados o etiológicos". El grupo hizo poca referencia a la clasificación del retardo mental en la actual CIE y al retardo mental se le asignó únicamente un solo número, 9, en el eje "clínico". Por supuesto, no es en modo alguno conveniente que continúe en esta forma el diagnóstico en psiquiatría infantil, ya que la clasificación de los pacientes pasaría a ser una función del lugar en que un médico transmitiera a otro el paciente, o de hacia quién sintiera adhesión el clínico.

Esto es, por supuesto, lo que sucede hoy. En la actual clasificación de la CIE las instrucciones dicen: "para la clasificación de la mortalidad primaria y para la clasificación de la morbilidad, en que el interés primordial no radica en el estado mental, no deben utilizarse estas categorías (que describen condiciones secundarias respecto a las condiciones físicas), sino que debe indicarse la causa fundamental". ¿Significa esto que presumiblemente a un niño con un pronunciado defecto espástico o epiléptico, a quien se ha enviado a un Departamento de Neurología o Pediatría, no se le clasificaría de modo distinto a como se le clasificaría si se le enviara a un Departamento de Psicología Infantil o a una clínica para retardados mentales?

El problema de la clasificación diferencial según sea el lugar al que se remita al niño puede no haber tenido gran importancia en el pasado, debido a la falta de interés que había en los departamentos de pediatría, neurología y psiquiatría en los pacientes (y especialmente niños) con defectos crónicos de tipo neurológico o de conducta. Pero esta situación está cambiando, y es importante prever su evolución futura. El problema afecta especialmente a la psiquiatría infantil. La mayoría de los pacientes con retardo mental son descubiertos por primera vez en su niñez, y por razones de planificación es necesario vigilar los cambios que ocurran en la frecuencia y destacar los casos que no se descubren adecuadamente. Por tanto, debe efectuarse un esfuerzo a fin de integrar el proyecto de sistema de clasificación triaxial propuesto por el grupo de trabajo en psiquiatría infantil con el propuesto para el retardo mental. Esto podría lograrse ampliando el segundo eje de la clasificación triaxial en psiquiatría infantil (la que se ocupa de la inteligencia, que, dicho sea de paso, no prevé la existencia de niños *muy inteligentes*), y haciendo que los otros dos ejes de la clasificación propuesta para la psiquiatría infantil sean compatibles con los

que se habrán de proponer para el retardo mental. El eje "clínico" en la clasificación para la psiquiatría infantil es más adecuado que el eje correspondiente en la octava revisión de la sección de retardo mental de la CIE. Los ejes "etiológicos" tienen mucho en común y podrían probablemente integrarse, en especial si se utilizara un sistema de dos dígitos, tal como propone el documento de trabajo relativo a la psiquiatría infantil.

Es de esperar que el Seminario considerará el modo en que puede integrarse la clasificación del retardo mental con la clasificación en psiquiatría infantil. En teoría, un sistema multiaxial presenta grandes ventajas, pero es evidente que haría falta ponerlo a prueba en la práctica antes de incorporarlo en la CIE. Por consiguiente, se recomienda que la OMS se ocupe de realizar estudios experimentales para obtener información sobre la viabilidad de dicho sistema.

### Carácter integral

Se llegue o no a crear un sistema triaxial común para la psiquiatría infantil y el retardo mental, habrá que prestar atención a la posibilidad de incluir nuevos defectos físicos tomados de otras secciones de la CIE en el esquema relativo al retardo mental. Es absurdo, por ejemplo, que la parálisis cerebral y la epilepsia no figuren en una clasificación del retardo mental.

Por consiguiente, una clasificación útil y viable para el retardo mental requeriría cuatro ejes, como son:

- 1) el grado de funcionamiento intelectual;
- 2) el diagnóstico etiológico y médico;
- 3) los aspectos psiquiátricos;
- 4) los otros defectos físicos, incluidos la epilepsia, parálisis cerebral, fisura palatina, defectos sensoriales, etc.

No es difícil imaginar que sea posible concebir un sistema de clasificación común a la psiquiatría infantil, la neurología del desarrollo y el retraso mental, y que atendiera también las necesidades del adulto retardado. La inclusión de las "incapacidades físicas

asociadas" supondría la introducción de categorías y términos que figuran atinadamente en otras secciones de la CIE. Como señala Wing (1970), esto podría lograrse si la clasificación fuera acompañada de un glosario, cuya necesidad es manifiesta en todo caso debido a la confusión que rodea a la terminología del retardo mental. "Convendría que el Glosario incluyera todos los subtítulos que figuran en la Sección V del Manual de la CIE [de modo que pudiera ser utilizado por los médicos o los empleados administrativos asignando claves para evitar que haya que buscar epígrafes adecuados en dos libros distintos]. . . . Sería conveniente adoptar una política congruente de remisiones . . . (y) sería utilísimo que el Glosario comprendiera también partes del Manual de la CIE, distintos de la Sección V, que podrían ser de utilidad en la clasificación de los problemas psicométricos".

### Resumen

La clasificación en el retardo mental debe ser multiaxial. En segundo lugar, si bien carece de importancia el hecho de que las enfermedades o condiciones que van unidas a ellas sean incluidas en la Sección V de la CIE o en otra parte, sí es importante que los términos se usen de una manera congruente y que el Manual vaya acompañado de un glosario amplio y práctico. □

### Agradecimiento

Se agradece a las siguientes personas por haber enviado comentarios sobre el borrador anterior de este trabajo: Dr. Michael J. Begab, Dr. E. R. Bransby, Profesor A. D. B. Clarke, Dr. Ernest Gruenberg, Dr. Maureen Hodgson, Dr. Brian H. Kirman, Profesor Sir Aubrey Lewis, Dr. Tsung-yi Lin, Sra. Joy Moser, Profesor L. S. Penrose, Dr. M. L. Rutter, Profesor Michael Shepherd, Dr. G. Tarjan, Dr. R. Wilkins, Dr. J. K. Wing, y Dra. Lorna Wing.

### Anexo

Se remitió una primera versión de este trabajo a diversos colegas del Reino Unido, Europa

y los Estados Unidos a fin de que expresaran sus comentarios y muchas de las sugerencias presentadas han sido incorporadas en el texto. Hay, no obstante, dos aspectos del sistema de clasificación que a juicio de algunos colegas requerirían un estudio más a fondo.

El Dr. Michael Begab de NICHD expresó este punto de vista como sigue: "Los términos 'sociocultural', 'cultural-familiar', 'privación psicosocial' son verdaderamente categorías imprecisas debido al carácter incierto de los factores etiológicos fundamentales. Es posible que intervengan factores biológicos y genéticos, pero no se ha establecido todavía su importancia para el intelecto ni su función (cuando son demasiado pequeños como para medirlos con las técnicas actuales). A falta de otros métodos más definitivos, dudo que se pueda eliminar la única clasificación que denota el papel que desempeñan las circunstancias socioambientales como causa del retraso. Temo que esto conduciría a una conceptualización del retardo en el sentido de que este se deriva exclusivamente de factores determinantes biológicos, con lo cual se perderían de vista las dimensiones principales del problema. Aunque se admite que el concepto es impreciso, la importancia atribuida a la privación cultural ha sido un estímulo importante para los programas de intervención e investigación de carácter educativo, social y nutritivo. Si se eliminara esta categoría para sustituirla por un concepto interaccionista—disminución neurológica menor, dotación genética y privación psicosocial— puede que nos encontráramos de nuevo con una clasificación diferenciada amorfa.

"El otro aspecto con el que no coincido es que Ud. descarta implícitamente la clasificación de la conducta adaptativa suplementaria. En este país hay bastante desilusión con el CI como índice de la actuación para la adaptación futura y seguimos tratando de elaborar índices más perfeccionados para medir la conducta. Dudo que la clasificación clínica propuesta por el grupo de trabajo sobre psiquiatría infantil abarque de manera adecuada esta dimensión del problema. Aunque estoy de acuerdo con que es importante la compatibilidad con otras secciones de la CIE, mucho es lo que se sacrifica en el caso del retardo mental. Si eliminamos este elemento debido a las limitaciones que presenta la medición, cabe la posibilidad de que desalentemos la investigación sobre las escalas de conducta adaptativa".

No cabe duda de que el Seminario querrá examinar estas cuestiones.

## BIBLIOGRAFIA

- Asociación Americana de Psiquiatría. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Washington, D.C., 1968.
- Heber, R. *A Manual on Terminology and Classification in Mental Retardation* (2a ed.). Suplemento del *Amer J Ment Defic* 1961.
- Rutter, M. et al. *A Tri-axial Classification of Mental Disorders in Childhood: An International Study*. Informe presentado al Tercer Seminario de la OMS sobre Trastornos Psiquiátricos, Clasificación y Estadísticas, París, 1967.
- Tarjan, G. y Eisenberg, L. Some Thoughts on the Classification of Mental Retardation in the USA. Documento de trabajo presentado al V Seminario sobre Diagnóstico, Clasificación y Estadística Psiquiátricos, Washington, D.C., 1969. (Publicado en español en el *Bol Ofic Sanit Panamer* de febrero de 1971.)
- Organización Mundial de la Salud. Organización de los Servicios para Retardados Mentales. Decimoquinto Informe del Comité de Expertos de la OMS en Salud Mental. *Ser Inf Técn* 392.
- Wing, L. Comments on the Psychiatric Section of the ICD and the British Glossary, 1970. (En prensa.)

#### A note on the international statistical classification of mental retardation (*Summary*)

Classification in mental retardation should be multi-axial. Secondly, while it is unimportant whether diseases or conditions associated with it are included in Section V of the International Classification of Diseases or elsewhere, it is im-

portant that terms be used consistently and that a glossary which is comprehensive and operational in definition should accompany the Manual.

#### Notícia a respeito da classificação estatística internacional do retardamento mental (*Resumo*)

A classificação a respeito do retardamento mental deve ser multi-axial. Em segundo lugar, embora seja de menor importância se as doenças ou condições associadas estão incluídas na Seção V da Classificação Internacional de En-

fermedades ou em outro lugar, é importante que a terminologia empregada seja uniforme e que o Manual venha acompanhado de um glossário claro e prático em suas definições.

#### Note sur la classification statistique internationale applicable à la déficience mentale (*Résumé*)

La classification dans le domaine de la déficience mentale devrait être multi-axiale. Deuxièmement, s'il importe peu que les maladies ou les états qui sont liés à celles-ci soient compris dans la Section V de la Classifi-

cation internationale des maladies ou ailleurs, il est cependant important que l'emploi des expressions soit cohérent et que le Manuel soit accompagné d'un glossaire aux définitions complètes comportant des règles d'application.