

Trastorno de las habilidades motoras. Incluye el trastorno del desarrollo de la coordinación, caracterizado por una coordinación motora que se sitúa sustancialmente por debajo de lo esperado dadas la edad cronológica del sujeto y la medición de la inteligencia.

Trastornos de la comunicación. Estos trastornos se caracterizan por deficiencias del habla o el lenguaje, e incluyen trastorno del lenguaje expresivo, trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo, trastorno fonológico, tartamudeo y trastorno de la comunicación no especificado.

Trastornos generalizados del desarrollo. Estos trastornos se caracterizan por déficit graves y alteraciones generalizadas en múltiples áreas del desarrollo. Se incluyen alteraciones de la interacción social, anomalías de la comunicación y la presencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipados. Los trastornos específicos incluidos en este apartado son trastorno autista, trastorno de Rett, trastorno desintegrativo infantil, trastorno de Asperger y trastorno generalizado del desarrollo no especificado.

Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador. Este apartado incluye el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, que se caracteriza por síntomas manifiestos de desatención y/o de impulsividad-hiperactividad. Se presentan subtipos para especificar la presentación del síntoma predominante: tipo con predominio del déficit de atención, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo y tipo combinado. También se incluyen en este apartado los trastornos de comportamientos perturbadores: el trastorno disocial se caracteriza por un patrón comportamental que viola los derechos básicos de los demás o las principales normas o reglas sociales propias de la edad del sujeto; el trastorno negativista desafiante se caracteriza por un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante. Este apartado incluye asimismo dos categorías no especificadas: trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado y trastorno de comportamiento perturbador no especificado.

Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentarias de la infancia o la niñez. Estos trastornos se caracterizan por alteraciones persistentes de la conducta alimentaria y de la ingestión de alimentos. Los trastornos específicos incluidos aquí son: pica, trastorno de rumiación y trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez. Obsérvese que anorexia nerviosa y bulimia nerviosa han sido incluidas en «Trastornos de la conducta alimentaria», sección que aparece después en el manual (v. pág. 553).

Trastornos de tics. Estos trastornos se caracterizan por tics vocales y/o motores. Se han incluido los siguientes trastornos específicos: trastorno de la Tourette, trastorno de tics motores o vocales crónicos, trastorno de tics transitorios y trastorno de tics no especificado.

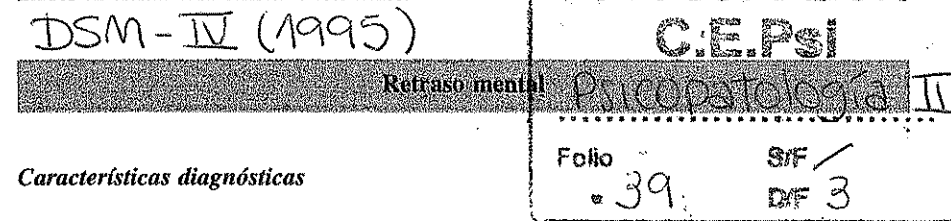
Trastornos de la eliminación. Se incluye la encopresis, la deposición repetida de heces en lugares inadecuados, y la enuresis, la emisión repetida de orina en lugares inadecuados.

Otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia. Este grupo se dedica a trastornos no incluidos en los anteriormente citados. El trastorno de ansiedad por separación se caracteriza por una ansiedad excesiva e inadecuada desde el punto de vista evolutivo concerniente a la separación respecto del hogar o de las personas con quienes el niño está vinculado. El mutismo selectivo se caracteriza por una persistente incapacidad para hablar en situaciones sociales específicas a pesar de que el niño hable en otras situaciones. El trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez se caracteriza por una relación social manifiestamente alterada e inadecuada evolutivamente, que se produce en la mayor parte de los contextos y se asocia a una crianza claramente patógena. El trastorno de movimientos estereotipados se caracteriza por un comportamiento motor repetitivo, aparentemente impulsivo, y no funcional, que interfiere marca-

damente las actividades normales y, a veces, puede dar lugar a lesiones corporales. El trastorno de la infancia, la niñez o la adolescencia no especificado es una categoría residual para codificar trastornos que tienen su inicio durante la infancia, la niñez o la adolescencia y que no cumplen los criterios de ningún o trastorno específico de esta clasificación.

Los niños o adolescentes pueden presentar problemas que requieran atención clínica y que no se definan como trastornos mentales (p. ej., problemas de relación, problemas relativos a abuso o abandono, duelo, capacidad intelectual límite, problema académico, comportamiento antisocial de un niño o adolescente, problema de identidad). Todos ellos se numeran al final de este manual en el apartado «Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica» (v. pág. 691).

El DSM-III-R incluye dos trastornos de ansiedad específicos de niños y adolescentes, el trastorno por ansiedad excesiva y el trastorno por evitación, que han sido subsumidos bajo las denominaciones de trastorno de ansiedad generalizada y fobia social, respectivamente, dadas sus similitudes en ciertas características esenciales.



Características diagnósticas

La característica esencial del retraso mental es una capacidad intelectual general significativamente inferior al promedio (Criterio A) que se acompaña de limitaciones significativas de la actividad adaptativa propia de por lo menos dos de las siguientes áreas de habilidades: comunicación, cuidado de sí mismo, vida doméstica, habilidades sociales/interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad (Criterio B). Su inicio debe ser anterior a los 18 años de edad (Criterio C). El retraso mental tiene diferentes etiologías y puede ser considerado como la vía final común de varios procesos patológicos que afectan el funcionamiento del sistema nervioso central.

La capacidad intelectual general se define por el coeficiente de inteligencia (CI o equivalente de CI) obtenido por evaluación mediante uno o más tests de inteligencia normalizados, administrados individualmente (p. ej., Wechsler Intelligence Scales for Children-Revised, Stanford-Binet, Kaufman Assessment Battery for Children). Una capacidad intelectual significativamente inferior al promedio se define como un CI situado alrededor de 70 o por debajo de 70 (aproximadamente 2 desviaciones típicas por debajo de la media). Al evaluar un CI, hay que tener en cuenta que se produce un error de medida de aproximadamente 5 puntos, aunque este error puede variar de un instrumento a otro (p. ej., un CI de 70 en la escala de Wechsler se considera que representa un intervalo de 65-75). De este modo es posible diagnosticar retraso mental en sujetos con cocientes intelectuales situados entre 70 y 75, pero que manifiestan déficit significativos de su comportamiento adaptativo. Por el contrario, no se diagnosticaría retraso mental en un individuo con un CI inferior a 70 que careciera de déficit o insuficiencias significativas en su capacidad adaptativa. La elección de instrumentos de evaluación y la interpretación de los resultados deben tener en cuenta factores que pueden limitar el rendimiento en los tests (p. ej., el origen socio-cultural del sujeto, su lengua materna y sus discapacidades sensoriales, motoras y comunicativas asociadas). Cuando en las puntuaciones de los subtests se produce una dispersión significativa, las aptitudes de aprendizaje del sujeto quedarán mejor reflejadas por el perfil de aciertos y fracasos que por el CI de la escala total derivado matemáticamente. Cuando aparece una discrepancia notable entre las puntuaciones verbal y manipulativa, puede llevar a confusiones el promediarlas a fin de obtener una puntuación CI total.

Las personas con retraso mental suelen presentar incapacidades adaptativas más que un CI bajo. La *capacidad adaptativa* se refiere a cómo afrontan los sujetos efectivamente las exigencias de la vida cotidiana y cómo cumplen las normas de autonomía personal esperables de alguien situado en su grupo de edad, origen sociocultural, y ubicación comunitaria particulares. La capacidad adaptativa puede estar influida por distintos factores, entre los que se incluyen características escolares, motivacionales y de la personalidad, oportunidades sociales y laborales, así como los trastornos mentales y las enfermedades médicas que pueden coexistir con el retraso mental. Probablemente las ayudas terapéuticas pueden mejorar más los problemas de adaptación que el CI cognoscitivo, el cual suele ser un atributo mucho más estable a lo largo del tiempo.

Es útil recoger pruebas de los déficit de la capacidad adaptativa a partir de una o más fuentes fiables independientes (p. ej., evaluación del maestro e historia médica, evolutiva y académica). También se han elaborado varias escalas para medir capacidad o comportamiento adaptativos (p. ej., las Vineland Adaptive Behavior Scales y las American Association on Mental Retardation Adaptive Behavior Scales). Estas escalas suelen suministrar un punto de corte clínico basado en el rendimiento demostrado en distintas áreas de la capacidad adaptativa. Debe considerarse que las puntuaciones obtenidas en ciertas áreas particulares no se incluyen en algunos de estos instrumentos y que las puntuaciones concretas pueden variar considerablemente en cuanto a su fiabilidad. Al igual que en la evaluación de la capacidad intelectual, debe tenerse en cuenta la idoneidad del instrumento de acuerdo con el nivel sociocultural del sujeto, su educación, posibles discapacidades asociadas, su motivación y su cooperación. Por ejemplo, la presencia de discapacidades significativas invalidan muchas normas de una escala adaptativa. Además, comportamientos que normalmente se considerarían desadaptativos (p. ej., dependencia, pasividad) pudieran evidenciar una adaptación satisfactoria en el contexto de la vida de una persona concreta (p. ej., en ciertos establecimientos institucionales).

Gravedad del retraso mental

Pueden especificarse cuatro grados de intensidad, de acuerdo con el nivel de insuficiencia intelectual: leve (o ligero), moderado, grave (o severo), y profundo.

F70.9 Retraso mental leve [317]:	CI entre 50-55 y aproximadamente 70.
F71.9 Retraso mental moderado [310.0]:	CI entre 35-40 y 50-55.
F72.9 Retraso mental grave [318.1]:	CI entre 20-25 y 35-40.
F73.9 Retraso mental profundo [318.2]:	CI inferior a 20 o 25.

F79.9 Retraso mental de gravedad no especificada [319], es una categoría que puede utilizarse cuando exista una clara presunción de retraso mental, pero no sea posible verificar la inteligencia del sujeto mediante los tests usuales (p. ej., en individuos excesivamente deficitarios o no cooperadores, o en el caso de los niños pequeños).

F70.9 Retraso mental leve [317]

El retraso mental leve es equivalente en líneas generales a lo que se considera en la categoría pedagógica como «educable». Este grupo incluye a la mayoría (alrededor del 85 %) de las personas afectadas por el trastorno. Consideradas en su conjunto, tales personas suelen desarrollar habilidades sociales y de comunicación durante los años preescolares (0-5 años de edad), tienen insuficiencias mínimas en las áreas sensoriomotoras y con frecuencia no son distinguibles de otros niños sin retraso mental hasta edades posteriores. Durante los últimos años de su adolescencia,

pueden adquirir conocimientos académicos que les sitúan aproximadamente en un sexto curso de enseñanza básica. Durante su vida adulta, acostumbran adquirir habilidades sociales y laborales adecuadas para una autonomía mínima, pero pueden necesitar supervisión, orientación y asistencia, especialmente en situaciones de estrés social o económico desusado. Contando con apoyos adecuados, los sujetos con retraso mental leve acostumbran a vivir satisfactoriamente en la comunidad, sea independientemente, sea en establecimientos supervisados.

F71.9 Retraso mental moderado [318.0]

El retraso mental moderado equivale aproximadamente a la categoría pedagógica de «adaptable». No debería utilizarse este término anticuado, porque implica erróneamente que las personas con retraso mental moderado no pueden beneficiarse de programas pedagógicos. Este grupo constituye alrededor del 10 % de toda la población con retraso mental. La mayoría de los individuos con este nivel de retraso mental adquieren habilidades de comunicación durante los primeros años de la niñez. Pueden aprovecharse de una formación laboral y, con supervisión moderada, atender a su propio cuidado personal. También pueden beneficiarse de adiestramiento en habilidades sociales y laborales, pero es improbable que progresen más allá de un segundo nivel en materias escolares. Pueden aprender a trasladarse independientemente por lugares que les son familiares. Durante la adolescencia, sus dificultades para reconocer las convenciones sociales pueden interferir las relaciones con otros muchachos o muchachas. Alcanzada la etapa adulta, en su mayoría son capaces de realizar trabajos no cualificados o semicualificados, siempre con supervisión, en talleres protegidos o en el mercado general del trabajo. Se adaptan bien a la vida en comunidad, usualmente en instituciones con supervisión.

F72.9 Retraso mental grave [318.1]

El grupo de personas con retraso mental grave incluye el 3-4 % de los individuos con retraso mental. Durante los primeros años de la niñez adquieren un lenguaje comunicativo escaso o nulo. Durante la edad escolar pueden aprender a hablar y pueden ser adiestrados en habilidades elementales de cuidado personal. Se benefician sólo limitadamente de la enseñanza de materias preacadémicas como la familiaridad con el alfabeto y el cálculo simple, pero pueden dominar ciertas habilidades como el aprendizaje de la lectura global de algunas palabras imprescindibles para la «supervivencia». En los años adultos pueden ser capaces de realizar tareas simples estrechamente supervisados en instituciones. En su mayoría se adaptan bien a la vida en la comunidad, sea en hogares colectivos o con sus familias, a no ser que sufran alguna discapacidad asociada que requiera cuidados especializados o cualquier otro tipo de asistencia.

F73.9 Retraso mental profundo [318.2]

El grupo afecto de retraso mental profundo incluye aproximadamente el 1-2 % de las personas con retraso mental. La mayoría de los individuos con este diagnóstico presentan una enfermedad neurológica identificada que explica su retraso mental. Durante los primeros años de la niñez desarrollan considerables alteraciones del funcionamiento sensoriomotor. Puede predecirse un desarrollo óptimo en un ambiente altamente estructurado con ayudas y supervisión constantes, así como con una relación individualizada con el educador. El desarrollo motor y las habilidades para la comunicación y el cuidado personal pueden mejorar si se les somete a un adiestramiento ade-

cuado. Algunos de ellos llegan a realizar tareas simples en instituciones protegidas y estrechamente supervisados.

F79.9 Retraso mental, de gravedad no especificada [319]

El diagnóstico de retraso mental, de gravedad no especificada, debe utilizarse cuando exista una clara presunción de retraso mental, pero la persona en cuestión no puede ser evaluada satisfactoriamente mediante los tests de inteligencia usuales. Éste puede ser el caso de ciertos niños, adolescentes o adultos con excesivas insuficiencias o falta de cooperación, lo que impide que sean evaluados. También puede ocurrir en el caso de niños que clínicamente son considerados intelectualmente por debajo del promedio, pero en quienes los tests disponibles (p. ej., las Bayley Scales of Infant Development, Cattell Infant Intelligence Scales y otras) no proporcionan valores de CI. En general, cuanto menor es la edad, tanto más difícil es evaluar la presencia de retraso mental excepto en los sujetos con afectación profunda.

Procedimiento de tipificación

El código diagnóstico específico para retraso mental se selecciona a partir del nivel de gravedad, tal como se indicaba anteriormente, y se codifica en el Eje 2. Si el retraso mental está asociado a otro trastorno mental (p. ej., trastorno autista), el trastorno mental adicional se codifica en el Eje 1. Si el retraso mental se asocia a una enfermedad médica (p. ej., síndrome de Down), la enfermedad se codifica en el Eje 3.

Síntomas y trastornos asociados

Características descriptivas y trastornos mentales asociados. No existen características comportamentales o de personalidad específicas que estén asociadas unívocamente al retraso mental. Algunos individuos con retraso mental son pasivos, plácidos y dependientes, mientras que otros son impulsivos y agresivos. La ausencia de habilidades para la comunicación puede predisponer a comportamientos perturbadores y agresivos que sustituyan al lenguaje comunicativo. Algunas enfermedades médicas asociadas a retraso mental se caracterizan por ciertos síntomas comportamentales (p. ej., el intratable comportamiento autolesivo asociado al síndrome de Lesch-Nyhan). Las personas con retraso mental pueden ser vulnerables a la explotación ejercida por otros (p. ej., sufrir abusos físicos y sexuales) o ver negados sus derechos y oportunidades.

Las personas con retraso mental presentan una prevalencia de trastornos mentales comórbidos que se estima tres a cuatro veces mayor que la observada en la población general. En algunos casos, éste puede ser el resultado de una etiología compartida, es decir, común al retraso mental y al trastorno mental asociado (p. ej., un traumatismo craneal puede dar lugar a retraso mental y a cambio de la personalidad por traumatismo craneal). Puede observarse cualquier tipo de trastorno mental, no existiendo prueba alguna de que la naturaleza de un trastorno mental concreto sea diferente en los individuos con retraso mental. Sin embargo, el diagnóstico de un trastorno mental comórbido suele complicarse por el hecho de que su presentación clínica puede estar modificada por la gravedad del retraso mental y las discapacidades o insuficiencias asociadas. Los déficit en las habilidades para la comunicación pueden provocar una incapacidad para suministrar una historia adecuada (p. ej., el diagnóstico de trastorno depresivo mayor en un adulto no verbal con retraso mental suele basarse principalmente en manifestaciones como humor depresivo, irritabilidad, anorexia o insomnio, observados por otras personas). Con mayor frecuencia de la habitual en los

individuos sin retraso mental puede ser difícil seleccionar un diagnóstico específico. En estos casos cabe utilizar la categoría de no especificado (p. ej., trastorno depresivo no especificado). Los trastornos mentales más frecuentemente asociados son el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, los trastornos del estado de ánimo, los trastornos generalizados del desarrollo, el trastorno de movimientos estereotipados y los trastornos mentales debidos a una enfermedad médica (p. ej., demencia por traumatismo craneal). Los individuos con retraso mental debido a un síndrome de Down pueden tener mayor riesgo para desarrollar una demencia tipo Alzheimer. Las alteraciones cerebrales patológicas asociadas a este trastorno suelen aparecer cuando estas personas inician la década de los 40, aunque los síntomas clínicos de demencia no son evidentes hasta más tarde.

Factores predisponentes. Los factores etiológicos pueden ser primariamente biológicos o psicosociales, o alguna combinación de ambos. En aproximadamente un 30-40 % de los individuos asistidos en centros clínicos no puede determinarse una etiología clara del retraso mental a pesar de las múltiples exploraciones. Los principales factores predisponentes son los siguientes:

Herencia (aproximadamente un 5 %). Estos factores incluyen errores innatos del metabolismo heredados principalmente mediante mecanismos recesivos autosómicos (p. ej., enfermedad de Tay-Sachs), otras anomalías de un único gen con herencia mendeliana y expresión variable (p. ej., esclerosis tuberosa) y aberraciones cromosómicas (p. ej., síndrome de Down por translocación, síndrome de X frágil).

Alteraciones tempranas del desarrollo embrionario (aproximadamente un 30 %). Estos factores incluyen alteraciones cromosómicas (p. ej., síndrome de Down debido a trisomía 21) o afectación prenatal por toxinas (p. ej., consumo materno de alcohol, infecciones).

Problemas del embarazo y perinatales (aproximadamente un 10 %). Estos factores incluyen malnutrición fetal, prematuridad, hipoxia, infecciones víricas y otras, y traumatismos.

Enfermedades médicas adquiridas durante la infancia y la niñez (aproximadamente un 5 %). Estos factores incluyen infecciones, traumatismos y envenenamiento (p. ej., por plomo).

Influencias ambientales y otros trastornos mentales (aproximadamente un 15-20 %). Estos factores incluyen privación de crianza y de estimulación social, lingüística y de cualquier otro orden, así como trastornos mentales graves (p. ej., trastorno autista).

Hallazgos de laboratorio. Además de los resultados de los tests psicológicos y de comportamiento adaptativo, necesarios para el diagnóstico de retraso mental, no hay datos de laboratorio que estén asociados únicamente a retraso mental. Los hallazgos diagnósticos de laboratorio pueden asociarse a una enfermedad médica específica acompañante (p. ej., hallazgos cromosómicos en varias anomalías genéticas, una fenilalanina sanguínea elevada en la fenilcetonuria o anomalías del sistema nervioso central detectadas mediante técnicas por la imagen).

Hallazgos de la exploración física y enfermedades médicas asociadas. No existen características físicas específicas asociadas al retraso mental. Cuando el retraso mental forma parte de un síndrome específico, estarán presentes las características clínicas de dicho síndrome (p. ej., las características físicas del síndrome de Down). Cuanto más grave es el retraso mental (especialmente si es grave o profundo), tanto mayor es la probabilidad de enfermedades neurológicas (p. ej., convulsiones), neuromusculares, visuales, auditivas, cardiovasculares o de otro tipo.

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo

Deben tomarse medidas para asegurar que los procedimientos de evaluación intelectual reflejen una consideración adecuada al origen étnico o cultural del sujeto. Este objetivo suele llevarse a cabo utilizando tests en que las características relevantes del sujeto estén representadas en la

392 F36

muestra de normalización de la prueba, o empleando a un examinador que esté familiarizado con las características étnicas o culturales de la persona en cuestión. La exploración individualizada es un requisito sistemático en el diagnóstico de retraso mental. La prevalencia de retraso mental debido a factores biológicos conocidos es similar en los niños de niveles socioeconómicos altos y bajos, aunque ciertos factores etiológicos están asociados a un *status* socioeconómico inferior (p. ej., envenenamiento por plomo y nacimientos prematuros). Cuando no puede identificarse una causalidad biológica específica, las clases sociales más bajas suelen estar excesivamente representadas y el retraso mental tiende a ser más leve, aunque se den todos los niveles de gravedad. Deben ser tenidas en cuenta las distintas etapas del desarrollo al evaluar las insuficiencias de las habilidades adaptativas, porque algunas de ellas son menos relevantes en edades distintas (p. ej., el uso de los recursos comunitarios o laborales en niños de edad escolar). El retraso mental es más frecuente en varones, con una proporción varón a mujer aproximadamente de 1,5:1.

Prevalencia

La tasa de prevalencia de retraso mental ha sido estimada aproximadamente en un 1 %. Sin embargo, diferentes estudios han hallado tasas distintas en función de las definiciones utilizadas, los métodos de evaluación y la población estudiada.

Curso

El diagnóstico de retraso mental requiere que el inicio del trastorno sea anterior a los 18 años de edad. La edad y el modo de inicio dependen de la etiología y la gravedad del retraso mental. Los retrasos más graves, especialmente cuando se asocian a un síndrome con fenotipo característico, tienden a reconocerse tempranamente (p. ej., el síndrome de Down habitualmente se diagnostica en el nacimiento). Por el contrario, el retraso leve de origen desconocido acostumbra a observarse posteriormente. En muchos retrasos graves resultantes de una causa adquirida, la afectación intelectual se presentará más bruscamente (p. ej., retraso leve a consecuencia de una encefalitis). El curso del retraso mental está influido por la evolución de las enfermedades médicas subyacentes y por factores ambientales (p. ej., pedagógicos y afines, estimulación ambiental e idoneidad del trato general otorgado). Si la enfermedad médica subyacente es de carácter estático, muy probablemente el curso será variable, dependiendo de factores ambientales. El retraso mental no es necesariamente un trastorno que dure toda la vida. Los individuos que presentan un retraso mental leve precozmente, manifestado por el fracaso en tareas de aprendizaje académico, si gozan de oportunidades y adiestramiento adecuados, pueden desarrollar en otros terrenos buenas habilidades adaptativas y, a partir de un cierto momento, no presentar el grado de afectación requerido para un diagnóstico de retraso mental.

Patrón familiar

A causa de su etiología heterogénea, no hay un patrón familiar aplicable al retraso mental considerado como categoría general. La heredabilidad del retraso mental se expuso en el apartado «Factores predisponentes» (v. pág. 45).

Diagnóstico diferencial

Los criterios diagnósticos de retraso mental no incluyen ningún criterio de exclusión; por consiguiente, el diagnóstico debe establecerse siempre que se cumplan los criterios diagnósticos, pres-

ciendo de la posible presencia de otro trastorno. En los trastornos del aprendizaje o en los trastornos de la comunicación (no asociados a retraso mental) se observa la alteración del desarrollo en un área específica (p. ej., lectura, lenguaje expresivo), pero no hay una afectación generalizada del desarrollo intelectual y de la capacidad adaptativa. Puede diagnosticarse un trastorno del aprendizaje o un trastorno de la comunicación en una persona con retraso mental si el déficit específico es desproporcionado respecto del nivel de gravedad del retraso mental. En los trastornos generalizados del desarrollo existe una afectación cualitativa del desarrollo de la interacción social y de las habilidades verbales y no verbales de comunicación social. El retraso mental suele acompañar a los trastornos generalizados del desarrollo (75-80 % de los sujetos con un trastorno generalizado del desarrollo también presentan retraso mental).

Algunos casos de retraso mental tienen su inicio tras un período de funcionamiento normal, pudiendo recibir el diagnóstico adicional de demencia. Un diagnóstico de demencia requiere que la afectación de la memoria y otros déficit cognoscitivos representen una merma significativa del nivel previo de capacidades. Puesto que puede ser difícil determinar el nivel previo de capacidad en niños muy pequeños, el diagnóstico de demencia puede no ser apropiado hasta que el niño tenga entre 4 y 6 años de edad. En general, el diagnóstico de demencia en individuos menores de 18 años sólo se establece cuando la alteración no se tipifica de modo satisfactorio con el diagnóstico de retraso mental únicamente.

Capacidad intelectual límite (v. pág. 699). Este término describe un intervalo de CI superior al exigido en el retraso mental (generalmente 71-84). Como se dijo antes, una puntuación CI puede entrañar un error de medida aproximadamente de 5 puntos, dependiendo del instrumento de evaluación. De este modo, es posible diagnosticar retraso mental en individuos con puntuaciones CI situadas entre 71 y 75 si cuentan con déficit significativos de comportamiento adaptativo que cumplan los criterios de retraso mental. Para diferenciar el retraso mental leve de la capacidad intelectual límite se requiere una cuidadosa consideración de toda la información disponible.

Relaciones con otras clasificaciones de retraso mental

El sistema de clasificación de la American Association on Mental Retardation (AAMR) incluye los mismos tres criterios (esto es, capacidad intelectual significativamente inferior al promedio, limitaciones de las habilidades adaptativas e inicio anterior a los 18 años de edad). En la clasificación AAMR el criterio de capacidad intelectual significativamente inferior al promedio se refiere a una puntuación típica aproximada de 70-75 o inferior (que tiene en cuenta el error potencial de medida de más o menos 5 puntos en la evaluación del CI). Además, el DSM-IV especifica los niveles de gravedad, mientras que el sistema de clasificación AAMR 1992 especifica «Patrones y grado de la asistencia que requieren» (esto es, «intermitente, limitada, permanente y generalizada»), que no son directamente comparables con los grados de gravedad del DSM-IV. La definición de discapacidades evolutivas que aparece en la Public Law 95-602 (1978) no se limita al retraso mental y se basa en criterios funcionales. Esta ley define la *discapacidad evolutiva* como una discapacidad atribuible a una afectación mental o física, manifestada antes de los 22 años de edad, susceptible de prolongarse indefinidamente, resultante en una limitación sustancial en tres o más áreas específicas de actividad, que requiere cuidados específicos y permanentes.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

Los métodos utilizados para definir los niveles de gravedad del retraso mental difieren ligeramente entre uno y otro sistema. La CIE-10 define estos niveles con puntos de corte exactos: leve entre 50 y 69, moderado entre 35 y 49, grave entre 20 y 34, y profundo por debajo de 20. En cam-

bio, el DSM-IV se caracteriza por un mayor grado de flexibilidad al relacionar la gravedad del trastorno con la puntuación del CI, formando un espectro solapado y teniendo en cuenta a su vez el nivel de adaptación del individuo.

■ Criterios para el diagnóstico del retraso mental

- A. Capacidad intelectual significativamente inferior al promedio: un CI aproximadamente de 70 o inferior en un test de CI administrado individualmente (en el caso de niños pequeños, un juicio clínico de capacidad intelectual significativamente inferior al promedio).
- B. Déficit o alteraciones concurrentes de la actividad adaptativa actual (esto es, la eficacia de la persona para satisfacer las exigencias planteadas para su edad y por su grupo cultural), en por lo menos dos de las áreas siguientes: comunicación, cuidado personal, vida doméstica, habilidades sociales/interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad.
- C. El inicio es anterior a los 18 años.

Código basado en la gravedad correspondiente al nivel de afectación intelectual:

F70.9 Retraso mental leve [317]:	CI entre 50-55 y aproximadamente 70
F71.9 Retraso mental moderado [318.0]:	CI entre 35-40 y 50-55
F72.9 Retraso mental grave [318.1]:	CI entre 20-25 y 35-40
F73.9 Retraso mental profundo [318.2]:	CI inferior a 20 o 25
F79.9 Retraso mental de gravedad no especificada [319]:	cuando existe clara presunción de retraso mental, pero la inteligencia del sujeto no puede ser evaluada mediante los test usuales

Trastornos del aprendizaje (antes trastornos de las habilidades académicas)

El apartado de trastornos del aprendizaje incluye trastorno de la lectura, trastorno del cálculo, trastorno de la expresión escrita y trastorno del aprendizaje no especificado.

Características diagnósticas

Se diagnostican trastornos del aprendizaje cuando el rendimiento del individuo en lectura, cálculo o expresión escrita es sustancialmente inferior al esperado por edad, escolarización y nivel de inteligencia, según indican pruebas normalizadas administradas individualmente. Los problemas de aprendizaje interfieren significativamente el rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana que requieren lectura, cálculo o escritura. Para establecer que una discrepancia es significativa pueden utilizarse distintos recursos estadísticos. Suele definirse como *sustancialmente inferior* una discrepancia de más de 2 desviaciones típicas entre rendimiento y CI. A veces se acep-

ta una discrepancia menor entre rendimiento y CI (esto es, entre 1 y 2 desviaciones típicas), especialmente cuando el rendimiento de un individuo en un test de CI puede haber sido mediatizado por la asociación de un trastorno del procesamiento, un trastorno mental o una enfermedad médica, o por las características étnicas o culturales del sujeto. Si se presenta un déficit sensorial, las dificultades de aprendizaje deben exceder de las habitualmente asociadas al déficit en cuestión. Los trastornos del aprendizaje pueden persistir a lo largo de la vida adulta.

Síntomas y trastornos asociados

Los trastornos del aprendizaje pueden asociarse a desmoralización, baja autoestima y déficit en habilidades sociales. La tasa de abandonos escolares de niños o adolescentes con trastornos del aprendizaje se sitúa alrededor del 40 % (o aproximadamente, 1,5 veces el promedio). Los adultos con trastornos del aprendizaje pueden sufrir dificultades significativas sea en el empleo, sea en su adaptación social. Muchas personas (10-25 %) con trastorno disocial, trastorno negativista desafiante, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno depresivo mayor o trastorno distímico también presentan trastornos del aprendizaje. Se sabe que algunos retrasos del desarrollo del lenguaje ocurren en asociación con trastornos del aprendizaje (particularmente trastorno de la lectura), aunque tales retrasos pueden no ser suficientemente graves para establecer un diagnóstico independiente de trastorno de la comunicación. Los trastornos del aprendizaje también pueden asociarse a una mayor tasa de trastorno del desarrollo de la coordinación.

Pueden existir anomalías subyacentes del procesamiento cognoscitivo (p. ej., déficit de percepción visual, procesos lingüísticos, atención o memoria, o una combinación de estos procesos) que suelen preceder o asociarse a trastornos del aprendizaje. Las pruebas normalizadas para evaluar estos procesos son en general menos fiables y válidas que otras pruebas psicopedagógicas. Aunque predisposiciones genéticas, lesiones perinatales y distintas enfermedades neurológicas y médicas pueden estar asociadas al desarrollo de trastornos del aprendizaje, la presencia de estos trastornos no predice invariablemente un posible trastorno del aprendizaje, existiendo muchas personas con trastornos del aprendizaje que no tienen historia semejante alguna. Sin embargo, los trastornos del aprendizaje se hallan asociados frecuentemente a distintas enfermedades médicas (p. ej., envenenamiento por plomo, síndrome alcohólico fetal o síndrome de X frágil).

Síntomas dependientes de la cultura

Es preciso tener certeza de que los procedimientos de evaluación de la inteligencia prestan una atención adecuada a las características étnicas o culturales del individuo. Habitualmente, esto se consigue utilizando tests en que las características relevantes del sujeto estén representadas en su muestra de normalización, o practicándolos un examinador familiarizado con las características culturales o étnicas del sujeto. Para formular el diagnóstico de un trastorno del aprendizaje se requiere siempre la administración de pruebas individualizadas.

Prevalencia

Las estimaciones de la prevalencia de los trastornos del aprendizaje se sitúan entre el 2 y el 10 % dependiendo de la naturaleza de la evaluación y de las definiciones aplicadas. En Estados Unidos se considera que aproximadamente un 5 % de los alumnos de las escuelas públicas presentan un trastorno del aprendizaje.

Diagnóstico diferencial

Los trastornos del aprendizaje deben diferenciarse de posibles variaciones normales del rendimiento académico, así como de dificultades escolares debidas a falta de oportunidad, enseñanza deficiente o factores culturales. Una escolarización adecuada puede dar lugar a resultados deficientes en las pruebas de rendimiento normalizadas. Los niños procedentes de etnias o culturas distintas de la cultura escolar predominante o cuya lengua materna no sea la utilizada en la exploración, junto con los niños que han asistido a escuelas pedagógicamente inadecuadas, pueden puntuar insuficientemente en las pruebas de rendimiento. Los niños de estos orígenes también corren más riesgo de absentismo debido a una mayor frecuencia de enfermedades o al hecho de vivir en ambientes pobres o caóticos.

Una visión o audición alteradas pueden afectar la capacidad de aprendizaje, debiendo ser investigadas mediante pruebas audiométricas o de agudeza visual. En presencia de estos déficit sensoriales, sólo puede diagnosticarse un trastorno del aprendizaje si las dificultades de aprendizaje exceden de las habitualmente asociadas a dichos déficit. Debe codificarse en el Eje III cualquier enfermedad neurológica o médica.

En el retraso mental, las dificultades de aprendizaje son proporcionales a la afectación general de la capacidad intelectual. Sin embargo, en algunos casos de retraso mental leve, el nivel de rendimiento en lectura, cálculo o expresión escrita se sitúa significativamente por debajo de los niveles esperados en función de la escolarización y la gravedad del retraso. En estos casos debe realizarse el diagnóstico adicional correspondiente al trastorno del aprendizaje adecuado.

En el contexto de un trastorno generalizado del desarrollo sólo debe establecerse el diagnóstico de trastorno del aprendizaje cuando la insuficiencia académica se sitúe significativamente por debajo de los niveles esperados dadas la capacidad intelectual y la escolaridad del sujeto. En los individuos con trastornos de la comunicación, la capacidad intelectual puede evaluarse utilizando tests normalizados de capacidad intelectual no verbal. Cuando el rendimiento académico se sitúa significativamente por debajo de la capacidad medida, debe diagnosticarse el trastorno del aprendizaje correspondiente.

El trastorno del cálculo y el trastorno de la expresión escrita con suma frecuencia se presentan en combinación con el trastorno de la lectura. Cuando se cumplen criterios para más de un trastorno del aprendizaje, deben diagnosticarse todos.

F81.0 Trastorno de la lectura [315.00]

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno de la lectura es un rendimiento en lectura (esto es, precisión, velocidad o comprensión de la lectura evaluadas mediante pruebas normalizadas administradas individualmente) que se sitúa sustancialmente por debajo del esperado en función de la edad cronológica del coeficiente de inteligencia y de la escolaridad propia de la edad del individuo (Criterio A). La alteración de la lectura interfiere significativamente el rendimiento académico o ciertas actividades de la vida cotidiana que requieren habilidades para la lectura (Criterio B). Si está presente un déficit sensorial, las dificultades en lectura exceden de las habitualmente asociadas a él (Criterio C). Si hay una enfermedad neurológica o médica o un déficit sensorial, deben codificarse en el Eje III. En los sujetos con trastorno de la lectura (también denominado «dislexia»), la lectura oral se caracteriza por distorsiones, sustituciones u omisiones; tanto la lectura oral como la silenciosa se caracterizan por lentitud y errores en la comprensión.

Síntomas y trastornos asociados

Véase el apartado «Síntomas y trastornos asociados» de trastornos del aprendizaje (pág. 49). El trastorno de la lectura se asocia frecuentemente al trastorno del cálculo y al trastorno de la expresión escrita, siendo relativamente raro hallar alguno de estos trastornos en ausencia de aquél.

Síntomas dependientes del sexo

Del 60 al 80 % de los individuos diagnosticados con trastorno de la lectura son varones. Los procedimientos de derivación clínica pueden estar sesgados hacia la identificación de varones, puesto que ellos, con mayor frecuencia que las niñas, presentan comportamientos perturbadores en asociación a los trastornos del aprendizaje. El trastorno aparece en ambos sexos según tasas semejantes cuando se lleva a cabo un diagnóstico cuidadoso y se utilizan criterios estrictos. No ocurre lo mismo cuando se utilizan procedimientos diagnósticos y derivaciones asistenciales basadas en los informes escolares tradicionales.

Prevalencia

La prevalencia del trastorno de la lectura es difícil de establecer porque muchos estudios sobre la prevalencia de los trastornos del aprendizaje se llevan a cabo sin la debida separación entre trastornos específicos de la lectura, el cálculo o la expresión escrita. El trastorno de la lectura, solo o en combinación con un trastorno del cálculo o un trastorno de la expresión escrita, se observa en aproximadamente 4 de cada 5 casos de trastorno del aprendizaje. En Estados Unidos la prevalencia de trastorno de la lectura se estima en un 4 % de los niños en edad escolar. En otros países donde se utilicen criterios más estrictos pueden hallarse unas cifras de incidencia y prevalencia más bajas.

Curso

Aunque los síntomas de la dificultad para leer (p. ej., incapacidad para distinguir las letras usuales o para asociar fonemas usuales con símbolos de letras) pueden aparecer ya en el parvulario, el trastorno de la lectura rara vez se diagnostica antes de finalizar esta etapa o de iniciarse el primer curso de enseñanza básica, puesto que la enseñanza de la lectura habitualmente no comienza en la mayor parte de las escuelas hasta ese momento. Cuando el trastorno de la lectura se asocia a un CI elevado, el niño puede rendir de acuerdo con sus compañeros durante los primeros cursos, y el trastorno de la lectura puede no ponerse de manifiesto por completo hasta el cuarto curso o incluso posteriormente. Si se procede a una identificación e intervención tempranas, el pronóstico es satisfactorio en un porcentaje significativo de casos. El trastorno de la lectura puede persistir durante la vida adulta.

Patrón familiar

El trastorno de la lectura es de tipo familiar y más prevalente entre los parientes biológicos en primer grado de los sujetos con trastornos del aprendizaje.