

# CARACTERÍSTICAS SOCIO-FAMILIARES Y EDAD EN EL DIAGNÓSTICO DE LA SUBNORMALIDAD MENTAL EN LA PROVINCIA DE JAÉN

Miguel Delgado Rodríguez / Alicia Moreno de la Casa / Rafael Rodríguez-Contreras Pelayo /  
María Sillero Arenas\* / Ramón Gálvez Vargas

Departamento de Medicina Preventiva y Social. Facultad de Medicina de Granada

\*Delegación Provincial de Salud de Jaén

## Resumen

Se ha realizado un análisis de las características sociales y familiares, y su relación con la edad en el diagnóstico, de una muestra aleatoria del 10% del total de subnormales censados en la provincia de Jaén. El objetivo principal del estudio ha sido tipificar las características que influyen en la edad en el diagnóstico de la subnormalidad mental, ya que una detección más precoz puede condicionar un mejor tratamiento. El 9,2% de los casos correspondía a subnormalidad leve. La etiología más frecuente fue la endógena (56,8% de los casos). El 51,3% de todos los subnormales fueron diagnosticados antes del primer año de vida. La edad en el diagnóstico mostró una asociación con el grado de subnormalidad, el lugar del parto, el tamaño del municipio de residencia y el nivel educativo de los padres, especialmente el de la madre.

**Palabras clave:** Subnormalidad mental. Estudio de prevalencia. Epidemiología. Factores sociales. Factores familiares. Diagnóstico.

## SOCIAL AND FAMILY CHARACTERISTICS AND AGE AT DIAGNOSIS OF MENTAL RETARDATION IN THE PROVINCE OF JAEN

### Summary

A survey was made of the social and family characteristics, and their relation to age at diagnosis of mental retardation in the province of Jaén, using a 10% random sample of the total of existing cases registered. The main objective of this research was to discover which factors could affect the age at diagnosis, given that earlier diagnosis could mean earlier treatment in those patients. 9.2% of cases were mildly retarded. Endogenous aetiology was the most frequent cause (56.8% of cases). 51.3% of the cases were diagnosed in the first year of life. Age at diagnosis showed associations with the degree of retardation, delivery place, size of borough where the case lived, and the parents' education level, especially mother's.

**Key words:** Mental retardation. Prevalence study. Epidemiology. Social factors. Family factors. Diagnosis.

## Introducción

La subnormalidad mental, definida y medida en la mayoría de los casos como un coeficiente intelectual inferior a 80 para cada edad correspondiente, implica una incapacidad para toda la vida en la mayoría de los casos. Su prevención primaria es una meta para los profesionales sanitarios pero, sin embargo, aún es necesaria una mayor investigación en este punto.

Los estudios de prevalencia de la subnormalidad mental son esenciales para la planificación sanitaria. Proporcionan, además, al estudiar sus variaciones geográficas, temporales y por

factores demográficos, claves en la investigación etiológica<sup>1</sup> y permiten una aproximación ecológica al estudio de la subnormalidad, que recientemente ha sido invocada como necesaria para una mejor comprensión del problema<sup>2</sup>.

El presente estudio tuvo como objetivo principal la tipificación de las características familiares, culturales y económicas (estableciendo las posibles diferencias con la población general) de los casos prevalentes de subnormalidad mental de la provincia de Jaén, haciendo especial énfasis en la edad en el diagnóstico de los casos. La hipótesis de que ciertos factores podrían agravar la posible recupe-

ración de estos enfermos al instaurarse el tratamiento más tarde de lo debido por un diagnóstico tardío, justifica la identificación de los factores asociados a este retraso.

## Material y métodos

La población diana estuvo constituida por los 2.705 subnormales mentales censados a 1 de enero de 1984 en la Delegación Provincial del Instituto de Servicios Sociales de Jaén. Se consideró como subnormal aquél cuyo coeficiente intelectual era inferior a 80 para su edad medido por los tests de Raven y Terman-Merrill. El censo

Correspondencia: Dr. M. Delgado Rodríguez. Departamento de Medicina Preventiva y Social. Facultad de Medicina. Avda. de Madrid 9, 18012 GRANADA.

del INSERSO giennense incluye a todos los subnormales que reciben prestaciones, ya sean de la Seguridad Social o de la Beneficiencia provincial, o están en tramitación de las mismas.

De los 2.705, se seleccionó una muestra de 273 casos mediante una tabla de números aleatorios generada por ordenador. El tamaño de la muestra fue determinado por la precisión deseada,  $\pm 5\%$ , el error alfa asumido, del 5%, el tamaño del universo, 2.705, y la proporción de ciertos factores a investigar dentro de la muestra, en los que se asumió como carácter más desfavorable una  $p$  de 0,25<sup>3</sup>. No se impuso ningún criterio de restricción en la selección de la muestra en lo que respecta a antigüedad del diagnóstico. La representatividad de la población de estudio con respecto a la diana se contrastó por las siguientes cuatro variables: lugar de procedencia del deficiente mental, sexo, grado de la deficiencia y etiología de la misma. No se observaron diferencias significativas entre la muestra y el universo. No se contrastó la diferencia entre el universo y la muestra con respecto a la edad en el diagnóstico por no estar este dato disponible en el soporte informático del Instituto.

Al familiar más directo del minúsculo se le realizó una encuesta personal en su domicilio habitual, para lo que fue necesario desplazarse a 48 de los 96 municipios de la provincia. La realización del protocolo se alcanzó en los 273 casos de la muestra, siendo entrevistada la madre del deficiente en 270 casos, y otros familiares en los restantes 3 casos. En los casos seleccionados también se revisó su historial clínico. La gravedad del caso que se consideró fue la constatada en el momento del diagnóstico.

Las variables que se recogieron incluyeron datos demográficos, de educación, nivel de renta, problemas durante el embarazo, variables relacionadas con el parto (lugar, vía, empleo de vacío y fórceps, duración), la edad a la que fue diagnosticado el deficiente y la existencia de antece-

dentos familiares de deficiencia intelectual. El grado de subnormalidad se codificó en 3 niveles de coeficiente intelectual (medidos habitualmente por el test de Raven y el Terman-Merrill): < 35, 35-90 y 51-79. El grado de subnormalidad junto a la etiología y la localización geográfica fueron obtenidos de las fichas del INSERSO.

En el análisis de los datos fueron considerados conjuntamente los casos de parálisis cerebral y la subnormalidad sin parálisis cerebral, por el escaso porcentaje que aquellos suponían (inferior al 6% del total de casos).

Los datos fueron introducidos en un ordenador Data General MV 4.000, utilizándose el paquete de programas estadísticos BMDP de la Universidad de California, Los Ángeles, para su análisis, especialmente el programa 4F. El análisis estadístico empleado ha sido el cálculo de la  $\chi^2$ .

Los datos referentes a la población general de la provincia se obtuvieron de: a) Movimiento Natural de la Población Española<sup>4</sup> (distribución etaria de las madres de Jaén); b) Censo Nacional, en su detalle provincial<sup>5</sup>, (tamaño medio de la familia, profesión y nivel educativo de la población general); c) Informe del Banco de Bilbao<sup>6</sup> (la renta per cápita provincial). Estos datos se compararon con los de nuestra muestra mediante la  $\chi^2$  en los casos de la edad materna; mediante comparación de proporciones en los casos de nivel educativo y profesión; y mediante la comparación de medias en los casos del tamaño medio familiar y de la renta, de acuerdo con Domènech<sup>3</sup>.

## Resultados

### Características Socio-familiares

El tamaño familiar medio de los casos fue de 6,2 ( $\pm 2,6$ ) miembros, resultando significativamente diferente al tamaño medio de la provincia de 3,7 ( $p < 0,0001$ ). El 49,4% de las madres tenían en el momento de su embarazo del deficiente, edades superiores a los 35 años (tabla 1), sien-

**Tabla 1. Edad de la madre en el momento del embarazo en la muestra de subnormales y en la población de la provincia de Jaén**

Edad	Madres de deficientes		Madres de la pobl. general*
	n.º	%	%
≤25	3	1,1	39,6
26-30	61	22,3	28,2
31-35	76	27,8	17,4
36-40	68	24,9	10,8
41-45	42	15,4	3,7
≥46	23	8,4	2,3

$p < 0,001$

\* Fuente: Referencia<sup>4</sup>. Elaboración propia.

do su distribución etaria significativamente distinta de la provincial. La renta media per cápita fue inferior a las 170.000 pesetas en un 80% de las familias encuestadas, con una media de 123.5000  $\pm$  52.000. Fue significativamente inferior a la media provincial, 280.000 pesetas ( $p < 0,0001$ ).

Un 73,3% de las madres y un 66,7% de los padres tenían como máximo estudios primarios incompletos, frente al 38,7% y 33,9% provinciales respectivamente ( $p < 0,0001$ ). El 85,7% de los padres eran obreros (especializados o no) mientras que en el conjunto de la provincia lo son el 63,1% ( $p < 0,0001$ ). La ocupación preferente de las madres eran «sus labores» en un 89,4%, mientras que a nivel provincial es del 82,7% ( $p < 0,0001$ ).

Las madres habían sufrido 1 o más abortos antes del embarazo del caso en un 41% de los casos. Los padres tenían parentesco entre sí en un 9,9% de los casos, siendo primos hermanos en un 44,4% de los casos, primos segundos en un 33,3% y con otros tipos de parentesco en el resto. Un 30% de los casos tenían antecedentes familiares de subnormalidad mental.

La edad media de los deficientes mentales muestreados fue de 21,9 años. El 9,2% de los casos tenían una subnormalidad leve ( $CI \geq 50$ ). De los casos severos ( $CI < 50$ ), un 44,4% lo eran profundos ( $CI < 35$ ). Un 56,8% de los casos seleccionados eran de etiología endógena (tabla 5).

**Tabla 2. Edad en el diagnóstico de la subnormalidad mental en la provincia de Jaén**

Edad	n	%
< 6 meses	110	40,3
6 meses a 1 año	30	11,0
1-2 años	36	13,2
2-3 años	28	10,3
3-4 años	15	5,5
4-5 años	22	8,1
5-6 años	6	2,2
> 6 años	26	9,5

La edad a la que fueron diagnosticados se detalla en la tabla 2. Un 40,3% de los casos fueron así considerados antes de los seis meses de vida.

#### Edad en el diagnóstico

Como era de esperar, la edad de detección estuvo en relación con el grado de la deficiencia (tabla 3). Esta relación fue estadísticamente significativa ( $p < 0,025$ ).

En la tabla 4 se detalla la distribución de las edades de diagnóstico por el tamaño del municipio de residencia del deficiente. Las diferencias fueron estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ).

La etiología estuvo también altamente asociada ( $p < 0,001$ ) con la edad en el diagnóstico de los casos (tabla 5). Tan sólo el 37% de los casos de etiología endógena fue diagnosticada en el primer año de vida, mientras que el 93,5% de los casos debidos a cromosopatías lo fueron durante el mismo período.

Los niños que nacieron en hospitales o centros sanitarios fueron más precozmente diagnosticados que aquellos nacidos en el domicilio (tabla 6).

El sexo no estuvo relacionado con la precocidad en el diagnóstico, ni tampoco lo estuvo con el nivel de renta de la familia, pero sí con el nivel cultural de los padres, especialmente el de la madre (tabla 7).

#### Discusión

En primer lugar, debemos señalar que la utilización de casos prevalentes en una enfermedad puede suponer una fuente de sesgos. Los casos

**Tabla 3. Edad en el diagnóstico y grado de la subnormalidad mental**

	Grado de subnormalidad							
	TOTAL		Leve		Moderada		Profunda	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<1 año	140	51,3	14	56,0	59	42,8	67	60,9
1-2	36	13,2	2	8,0	23	16,7	11	10,0
2-4	43	15,8	2	8,0	22	15,9	19	17,3
>4	54	19,8	7	28,0	34	24,6	13	11,8
TOTAL	273	100,0	25	100,0	138	100,0	110	100,0

$p < 0,025$

**Tabla 4. Edad en el diagnóstico de la subnormalidad y tamaño del municipio**

	Edad en el diagnóstico									
	TOTAL		<1 año		1-2 años		2-4 años		>4 años	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<5.000 hab	58	100	34	58,6	10	17,2	6	10,3	8	13,8
5-10.000 hab	41	100	20	48,8	3	7,3	13	31,7	5	12,2
10-50.000 hab	97	100	46	47,4	12	12,4	11	11,3	28	28,9
>50.000 hab	77	100	40	51,9	11	14,3	13	16,9	13	16,9
TOTAL	273		140		36		43		54	

$p < 0,05$ .

**Tabla 5. Edad en el diagnóstico y etiología de la subnormalidad mental**

	Edad en el diagnóstico				
	TOTAL	<1 año	1-2 años	2-4 años	>4 años
Endógena	155 ( 56,8%)	58	23	35	39
Anoxia perinatal	29 ( 10,6%)	15	7	3	4
Inflamaciones e infecciones SNC	25 ( 9,2%)	12	1	4	8
Cromosopatías	46 ( 16,8%)	43	1	1	1
Otras*	18 ( 6,6%)	12	4	-	2
TOTAL	273 (100 %)	140	36	43	54

$p < 0,001$

\* Hubo 6 casos de etiología desconocida.

**Tabla 6. Edad en el diagnóstico de la subnormalidad mental y lugar del parto**

	Lugar del parto			
	Hospitalario		Otros*	
	n	%	n	%
<1 año	73	64,0	67	42,2
1-2	14	12,3	22	13,8
2-4	11	9,6	32	20,1
>4	16	14,1	38	23,9
TOTAL	114	41,8	159	58,2

$p < 0,005$

\* Fueron todos domiciliarios excepto uno *in itinere*.

**Tabla 7. Edad en el diagnóstico de subnormalidad mental y educación de los padres**

Edad en el diagnóstico	Nivel Educativo							
	Madre*				Padre**			
	Primaria inc.		≥Primaria		Primaria inc.		≥Primaria	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<1 año	90	45,0	50	68,5	84	46,2	56	61,5
1-2	31	15,5	5	6,8	28	15,4	8	8,8
2-4	36	18,0	7	9,6	32	17,6	11	12,1
>4	43	21,5	11	15,1	38	20,9	16	17,6
TOTAL	200	100,0	73	100,0	182	100,0	91	100,0

\* p<0,01  
\*\* p<0,1

prevalentes son supervivientes y a priori no tenemos información en nuestro caso que asegure que sean representativos del total de casos. Además, los casos prevalentes suponen casos originados en diferentes épocas, con las dificultades que ello entraña para una homogeneidad en la valoración de los diferentes aspectos de la subnormalidad mental (etiología, gravedad, grado de recuperación, etc). Esto unido al hecho de que el caso existente en el INSERSO no es exhaustivo, ya que incluye tan sólo a los casos que reciben prestaciones o en su tramitación, supone la existencia de limitaciones en la inferencia a realizar con los datos obtenidos.

En nuestro estudio se aprecia una clara desviación hacia edades maternas más avanzadas en el momento de dar a luz. Este hecho es coherente con el reconocimiento clásico de la edad materna como un factor de riesgo de la subnormalidad<sup>7,8</sup>, especialmente de cromosomopatías.

El tamaño medio familiar observado en la muestra (6,2), fue claramente superior al de la provincia. Esto, junto a las claras diferencias en los niveles de renta per cápita y al bajo nivel educativo y profesional de ambos padres, subraya el ambiente social deprimido en que surge y se desarrolla la subnormalidad mental, como han afirmado otros autores<sup>9,10</sup>.

En la encuesta se apreció que en un 9,9% de las familias estudiadas existía una relación de parentesco entre los padres. No hemos podido encontrar un valor para la población

general giennense que haga referencia a este aspecto. Sánchez-Baranco<sup>11</sup> recoge cifras de Sjogren y Hallgren, en los países nórdicos, que refieren que un 2,6% de aquellas poblaciones y un 4,3% de las familias de oligofrénicos tienen relaciones similares a las encontradas en nuestra muestra, aunque las cifras son claramente inferiores a las presentadas aquí.

Los valores de aborto previo a la concepción del niño deficiente son altos (41%). Roman y Stevenson<sup>12</sup>, tras sintetizar la información de 12 estudios realizados en diferentes países, concluyen que las cifras de aborto espontáneo perceptible oscilan entre un 10 y un 20%, valores muy inferiores a los obtenidos en nuestro estudio.

Entre la etiología de la subnormalidad destaca el hecho de que un 56,8% de los casos fueron adscritos a una etiología endógena, valor muy por encima de los así considerados en otras áreas españolas, como Galicia<sup>13</sup>, con cifras que son la mitad de las nuestras. La etiología endógena está incluida por la American Association for Mental Deficiency en el grupo de etiología desconocida, que no debe contribuir en un país desarrollado en más del 15% de los casos<sup>14</sup>.

Llama la atención el hecho de que, siendo los casos leves de deficiencia los ligados a factores sociales<sup>2,14-17</sup> y estando nuestra muestra constituida en más de un 90% de los casos por minusválidos severos, se observe esta estrecha relación entre caracte-

rísticas sociales y familiares deprimidas y la subnormalidad en Jaén.

Es necesario destacar el hecho de que tan sólo el 9,2% de los casos fueron casos leves. Este hecho está en franca contradicción con lo afirmado por otros autores<sup>2,13,14</sup>, para los que éstos constituyen el 75% de todos los casos. Tanto este hecho como el anteriormente comentado, ponen de relieve la falta de investigación y/o de declaración de la subnormalidad mental, así como la insuficiencia en la búsqueda etiológica.

En la edad en el diagnóstico de la subnormalidad mental influyen muchos aspectos. La edad más frecuente en que se produce es en los menores de un año. El leve aumento que se produce a partir de los 4 años se debe al inicio de escolarización de los niños. Es precisamente en estas edades en las que principalmente se detectan los casos leves, que con anterioridad habrían pasado desapercibidos.

La etiología de la enfermedad guardó una estrecha relación con la edad en el diagnóstico. No se encontró asociación entre ella y el grado de subnormalidad. Evidentemente, el cuadro clínico, cuando es claro, contribuye a una detección más precoz. Ello justifica, por ejemplo, que los casos de cromosomopatías sean diagnosticados prácticamente en su totalidad en el primer año de vida, mientras los llamados endógenos pesen una distribución más amplia en el tiempo.

La relación observada entre edad en el diagnóstico y tamaño del municipio es de difícil interpretación. No existe una tendencia clara y todo lo más que puede afirmarse, con ciertas reservas, es que parece que en las poblaciones de más de 10.000 habitantes se diagnostica una mayor proporción de subnormales a partir de los 4 años de edad. Estaría justificado por la mayor exigencia social en los núcleos urbanos y por la mayor tasa de escolarización regularizada. Podría también reflejar simplemente una falta de asistencia sanitaria en los núcleos rurales.

El parto del deficiente en el medio

hospitalario se asoció con una mayor precocidad diagnóstica. El lugar del parto no se asoció con ninguna de las variables hasta ahora mencionadas, exceptuando el tamaño del municipio, ni con el nivel educativo de los padres. Lo único que parece reflejar es una mejor asistencia sanitaria.

El nivel educativo de los padres, especialmente el de la madre, también se encontró asociado con la edad en el diagnóstico. Esta variable no se asoció ni con el grado de subnormalidad, ni con el lugar del parto, ni con el tamaño del municipio.

La edad en el diagnóstico es importante tenerla en cuenta, tanto en cuanto se ha demostrado que una actuación precoz rehabilitadora permite una recuperación mayor del deficiente, que es dependiente del grado de subnormalidad y de la edad del niño<sup>18</sup>.

Del presente estudio se podrían sacar como conclusiones que: a) es necesario fortalecer los servicios diagnósticos de la subnormalidad para detectar los casos leves y ahondar más en la etiología; b) existe una relación clara entre características socio-familiares deprimidas y frecuencia de la subnormalidad y c) la edad en el diagnóstico está influenciada por factores asistenciales, clíni-

cos y educativos de los padres, como sucede en casi todas las patologías. La educación sanitaria familiar apropiada permitiría, aparte de limitar factores de riesgo -como la edad avanzada y la endogamia-, una mejor actuación sobre este problema social.

#### Agradecimientos

A la Dirección Provincial del INSERSO de Jaén, que nos facilitó amablemente algunos de sus datos.

#### Bibliografía

1. Kiely M. The prevalence of mental retardation. *Epidemiol Rev* 1987; 9: 194-216.
2. Richardson SA. The ecology of mental handicap. *J R Soc Med* 1987; 80: 203-6.
3. Domènech Massons J L. *Bioestadística. Métodos Estadísticos para investigadores*. Barcelona: Herder, 1980.
4. Instituto Nacional de Estadística. *Movimiento Natural de la población española 1977. Tomo II. Vol. 8: Cifras a nivel provincial y su distribución municipal*. Madrid: INE, 1980.
5. Instituto Nacional de Estadística. *Censo Nacional de Población y Vivienda 1981. Detalle Provincial: Jaén*. Madrid: INE, 1986.
6. Banco de Bilbao. *Renta Nacional y su Distribución Provincial, 1981*. Bilbao: Elexperu SAL, 1984.
7. Hook EB, Lawson SH. Rates of Down's syndrome at the upper extreme maternal age. Absence of a leveling effect and evidence for

artifact resulting from analyses of rates by five-year maternal age interval. *Am J Epidemiol* 1980; 109: 75-81.

8. Huether CA, Gummere GR, Hook EB et al. Down's syndrome: Percentage reporting on birth certificates and single year maternal age risk rates for Ohio 1970-79. Comparison with upstate New York data. *Am J Public Health* 1981; 71: 1367-72.
9. Nogales Espert A. Subnormalidad de origen congénito. *An R Acad Nac Med* 1982: 751-61.
10. Tarjan G. El retraso mental debido a desventajas psicosociales. Un enigma en busca de solución. *Prevención de la subnormalidad* 1977; 14:31-2.
11. Sánchez-Barranco Ruiz A. *Las Oligofrenias*. Sevilla: Lab. Roche, 1976.
12. Roman E, Stevenson AC. Spontaneous abortion. En: Barron SL, Thompson AM (eds). *Obstetrical epidemiology*. Londres: Academic Press, 1983; 61-88.
13. Díaz Fernández, Gestal Otero J. The influence of habitat on the prevalence of mental handicap. *Int J Epidemiol* 1987; 16:52-6.
14. Stein ZA, Susser M. Mental retardation. En: JM Last, ed. *Maxcy-Rosenau Public Health and Preventive Medicine*. 12ª ed. Norfolk: Appleton-Century-Crofts 1986; 1313-26.
15. Abramowicz HK, Richardson SA. Epidemiology of severe mental retardation in children: Community studies. *Am J Ment Defic* 1975; 80:18-39.
16. Susser MW. *Community Psychiatric: Epidemiology and Social Themes*. Nueva York: Random House, 1968.
17. Jackson RN. Urban distribution of educable mental handicap. *J Ment Defic Res* 1968; 12:312-6.
18. Mackay H, Sinisterra L, Mckay A, Gómez H, Lloreda P. Improving cognitive ability in chronically deprived children. *Science* 1978; 200: 270-8.

