

PREVALENCIA DE LA SUBNORMALIDAD MENTAL CENSADA EN LA PROVINCIA DE JAÉN

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

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

*Delegación Provincial de Salud de Jaén

Resumen

Se realiza un estudio transversal de la prevalencia de la subnormalidad mental en la provincia de Jaén, tomando como referencia los casos declarados al INSERSO a 1 de enero de 1984. El principal objetivo es conocer la prevalencia de la subnormalidad mental en nuestra provincia, así como analizar la relación de diversas variables sociodemográficas con dicho fenómeno.

La prevalencia obtenida ha sido de 4,09%, debiéndose el 59,27% de los casos a una etiología endógena o no aclarada. La proporción de subnormalidad leve declarada ha resultado del 8,4%, estando en estrecha con el tamaño del municipio. La prevalencia de subnormalidad mostró una relación lineal significativa ($r = -0.904$, $p < 0.05$) con el tamaño del municipio. También mostró una relación significativa ($r = -0.929$, $p < 0.01$) con el crecimiento demográfico de la población. Esta relación no fue observada ni entre la prevalencia y el nivel de renta medio del término municipal, ni con la altitud del núcleo urbano municipal. Se realiza un análisis de regresión múltiple, por cada una de las etiologías consideradas y diferentes parámetros geográficos y de desarrollo.

Se concluye que las cifras de subnormalidad mental de la provincia se encuentran en estrecha dependencia con parámetros de desarrollo socioeconómico municipales. (*Gac Sanit* 1989; 3(10): 327-32).

Palabras clave: Subnormalidad mental. Prevalencia. Estudio ecológico. Medio rural.

Introducción

La subnormalidad mental, definida como un coeficiente intelectual para la edad inferior a 70 -dos desviaciones típicas por debajo del valor 100^{1,2}-, produce una incapacidad para toda la vida en la mayoría de los casos. Su estudio, desde el punto de vista sanitario, no ha merecido demasiada atención en nuestro país. Los estudios epidemiológicos han proporcionado a menudo

información útil en todos los aspectos de esta enfermedad, desde la etiología hasta la planificación de servicios para los incapacitados mentales. Los estudios de prevalencia deben ser los primeros a realizar para conocer la carga que sufre una comunidad. Proporcionan, además, al estudiar sus variaciones geográficas, temporales y por factores demográficos, claves en la investigación etiológica³ y permiten así una aproximación ecológica al estudio de la subnormalidad,

que recientemente ha sido invocada como necesaria para una mejor comprensión del problema⁴.

El presente estudio tuvo como objetivo principal el conocimiento de la prevalencia de subnormalidad mental, así como su reparto en la provincia. Como objetivo secundario se planteó la tipificación de diversas características sociodemográficas (geográficas, sociales y económicas) que pudieran estar relacionadas con la prevalencia del retraso mental. Para ello, se

PREVALENCE OF MENTAL RETARDATION IN THE PROVINCE OF JAEN

Summary

It is done a cross-sectional study of the prevalence of mental retardation in the province of Jaén (Spain), based on the cumulated cases reported to the Institute of Social Services of the Social Security (INSERSO) until January 1, 1984. The main objective of this research is to know the prevalence of mental retardation in our province, and to analyze its relationship with some sociodemographic variables.

The prevalence obtained has been 4.09%, being a 59.27% of the prevalence due to endogenous/unexplained etiology. Mild subnormality constitutes a 8.4% of cases, being closely related with the size of the locality (municipio). Prevalence of mental subnormality showed a significant linear association with the size of the locality ($r = -0.904$, $p < 0.05$), and with the population growth ($r = -0.929$, $p < 0.01$). This relationship was not observed neither with the level of per capita income nor the altitude of the locality. A multiple regression analysis is made for every etiology of mental retardation and several social and geographic variables.

We conclude that the figures for mental retardation in our province show a direct relationship with local development parameters. (*Gac Sanit* 1989; 3(10): 327-32).

Key words: Mental retardation. Prevalence. Ecologic analysis. Rural environment.

Correspondencia: Dr. M. Delgado Rodríguez. Dpto. de Medicina Preventiva y Social. Facultad de Medicina. Avenida de Madrid 9, 18012 GRANADA. Este artículo fue recibido el 9 de noviembre de 1988 y fue aceptado, tras revisión, el 5 de enero de 1989.

escogió un diseño de estudio ecológico.

Material y métodos

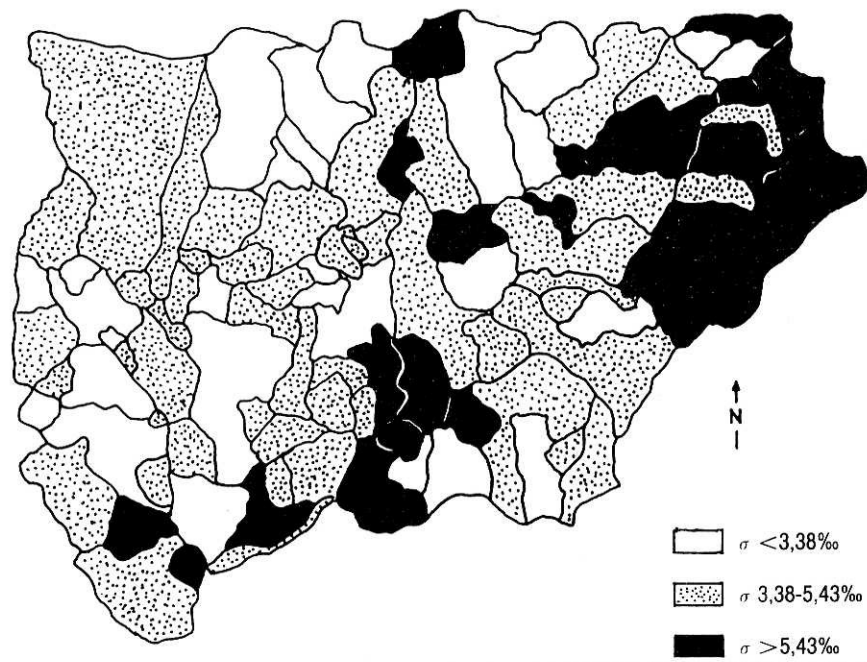
La población de estudio estuvo constituida por los 2.705 subnormales censados a 1 de enero de 1984 en la Delegación Provincial del Instituto de Servicios Sociales de Jaén. El censo tan sólo recoge a los subnormales que son objeto de alguna prestación, por la Seguridad Social o por Beneficiencia, o están en tramitación de las mismas. Para el cálculo de los valores de la prevalencia en cada uno de los términos municipales de Jaén se utilizó la actualización de población para el año 1984 del Ayuntamiento de Jaén. 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 suponían, inferior al 6‰ del total de casos. Todos los casos de parálisis cerebral considerados tenían coeficientes intelectuales inferiores a 70.

El grado de recuperación fue considerado a la luz de la Orden 7-I-82 de 24 de marzo del mismo año, que los clasifica en 4 niveles: 0, sin recuperación; 1, existe posibilidad de autonomía para el autocuidado; 2, recuperación que permita su integración sociolaboral de forma satisfactoria para él mismo; y 3, si la recuperación es completa.

El grado de subnormalidad se codificó en 3 niveles de coeficiente intelectual (medidos habitualmente por el test de Raven y el Terman-Merrill): 35, 35-40 y 51-69. Estos datos, junto a la etiología y la localización geográfica fueron obtenidos de las fichas del INSERSO.

Como variables comunitarias se recogieron los datos siguientes: renta per cápita (proporcionada por el Mapa de Atención Primaria de Andalucía⁵); la extensión territorial del municipio, la altura de la capital del municipio, la distancia a la capital de la provincia, el número medio de habitantes por familia y por vivienda y el grado de dispersión de la comunidad (como

Figura 1. Prevalencia de la subnormalidad mental en la provincia de Jaén por términos municipales



porcentaje de familias que no vivían en el casco urbano) fueron obtenidos del Censo Nacional de Población de 1981⁶. Se valoró también el crecimiento demográfico de los municipios en el último trienio, 1981-1984, al comparar la actualización de las cifras del Ayuntamiento de Jaén, con las dadas por el Censo de 1981.

Los datos fueron introducidos en un ordenador Data General MV 4000, utilizándose el paquete de programas estadísticos BMDP, de la Universidad de California Los Angeles, para su análisis, especialmente los programas 1R (regresión simple) y 2R (regresión múltiple escalonada).

Se realizó un análisis de agrupación geográfica⁷ para comprobar si la enfermedad se arracimaba significativamente en algunas áreas de la provincia. Para la realización del test se contabilizaron el número de pares de términos municipales limítrofes que eran concordantes, esto es, tenían cifras similares de prevalencia de subnormalidad mental (dentro de los siguientes grupos: 1 para $< 3,38‰$ ($x-1/2\sigma$), 2 para valores entre 3,38 y 5,43‰, y 3 para valores $> 5,43‰$, ($x+1/2\sigma$). Los pares observados se compararon mediante la χ^2 con un

número esperado de concordancias calculado por la fórmula de Ohno *et al.*⁷

Resultados

La prevalencia global de subnormalidad mental de la provincia fue de 4,09‰. Estas cifras variaron ampliamente entre un mínimo de 0,91‰ del término de Santa Elena y un máximo de 15‰ en Santiago-Pontones, zona muy aislada de la provincia, en el nordeste, en plena Sierra de Segura, lindando con Albacete. En la figura 1 se esquematiza la distribución en la provincia. Apréciase que es en la zona nordeste donde se encuentran las cifras más elevadas de la provincia. Tras la aplicación del test de Ohno se observaron 113 pares de términos municipales limítrofes concordantes frente a los 93,3 esperados ($p < 0,05$).

Tan sólo se detectó un 0,34‰ (227 casos) de subnormalidad mental leve a nivel provincial, como se aprecia en la tabla 1. En la misma tabla se detallan los niveles de subnormalidad por tamaño de municipio, así como las proporciones de prevalencia por

Tabla 1. Relación entre el grado de subnormalidad en la provincia de Jaén y el tamaño del municipio

Tamaño Municipio		Grado de subnormalidad (coeficiente intelectual)							
		<35		35-50		51-69		TOTAL	
Tamaño	total personas	n	tasa ‰	n	tasa ‰	n	tasa ‰	n	tasa ‰
<2.000	(35.890)	74	1,00	55	1,54	36	1,00	165	4,60
2.000-5.000	(114.855)	229	1,99	290	2,52	12	0,10	531	4,62
5.000-10.000	(119.017)	246	2,07	233	1,96	25	0,21	504	4,24
10-50.000	(230.467)	386	1,68	456	1,98	69	0,30	911	3,95
>50.000	(160.424)	141	0,88	368	2,29	85	0,53	594	3,70
TOTAL	(660.653)	1.076	1,63	1.402	2,12	227	0,34	2.705	4,09

(p<0,00001)

Tabla 2. Distribución de la etiología de la subnormalidad mental según el sexo

	Hombres	(%)	Mujeres	(%)	Total	(%)
Anoxia perinatal	189	(12,3)	110	(9,0)	299	(11,1)
Infecciones/inflamaciones del SNC	144	(9,7)	112	(9,1)	256	(9,5)
Cromosomopatías	194	(13,1)	162	(13,2)	356	(13,2)
Metabolopatías	8	(0,5)	2	(0,2)	10	(0,4)
Rh y análogos	9	(0,6)	11	(0,9)	20	(0,8)
Endocrinopatías	21	(1,4)	29	(2,4)	50	(1,8)
Otras etiologías	37	(2,5)	31	(2,5)	68	(2,5)
Endógena / no aclarada	876	(59,3)	770	(62,7)	1.646	(60,9)
Total	1.478	(100)	1.227	(100)	2.705	(100)

(p<0,025)

Tabla 3. Distribución de la etiología de la subnormalidad mental según el grado de recuperación

	Grado 0	Grado 1	Grado 2	Grado 3	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Anoxia perinatal	98 (32,8)	142 (47,5)	58 (19,4)	1 (0,3)	299 (100)
Infecciones / inflamaciones del SNC	137 (53,5)	96 (37,5)	19 (7,4)	4 (1,6)	256 (100)
Cromosomopatías	141 (39,6)	185 (52,0)	29 (8,2)	1 (0,3)	356 (100)
Metabolopatías	7 (70,0)	3 (30,0)	-	-	10 (100)
Rh y análogos	4 (20,0)	13 (65,0)	3 (15,0)	-	20 (100)
Endocrinopatías	21 (42,0)	22 (44,0)	7 (14,0)	-	50 (100)
Otras etiologías	24 (35,3)	34 (50,0)	10 (14,7)	-	68 (100)
Endógena / no aclarada	762 (46,3)	676 (41,1)	204 (12,4)	4 (0,2)	1646 (100)
TOTAL	1.192 (44,1)	1.171 (43,3)	330 (12,2)	10 (0,4)	2.705 (100)

grado de la misma. Es de destacar que, con excepción de los municipios menores de 2.000 habitantes, el número de subnormalidades leves detectada frente a las formas más graves aumentó con el tamaño del municipio, de manera altamente significativa (p<0,00001).

La relación entre sexos fue de 1,2 hombres por cada mujer. Esta relación se mantuvo en cada uno de los grados de subnormalidad. La mayor parte de los casos de subnormalidad presentaron una etiología endógena o no aclarada (tabla 2). Entre los casos en los que se identificó un factor

responsable, fueron las cromosopatías, seguidas de la anoxia perinatal y de las infecciones e inflamaciones del sistema nervioso central, las más frecuentes. Las diferencias fueron significativas entre las etiologías para cada uno de los sexos no fueron marcadas.

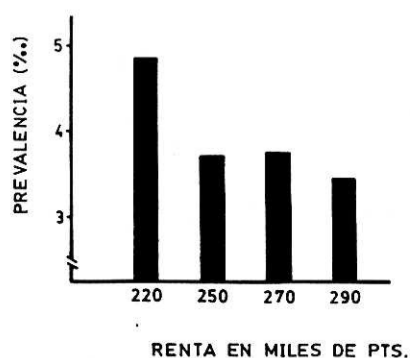
El grado de recuperación fue considerado completo tan sólo en 10 casos (0,4%), y sucedieron fundamentalmente en casos producidos por inflamaciones e infecciones del sistema nervioso central (tabla 3). El 87,4%, sin embargo, mostró escaso grado de recuperación. Tan sólo un 12,2% tenía posibilidades de recuperación hasta la integración sociolaboral (grado 2). Los más recuperables en este sentido fueron los casos con etiología asfíctica perinatal.

Las cifras de prevalencia globales y para cada una de las etiologías según el tamaño demográfico del municipio se encuentran en la tabla 4. Apreciése que conforme éste aumenta, las cifras globales de prevalencia de subnormalidad disminuyen. Esta tendencia fue significativa estadísticamente tras la aplicación de un análisis de regresión lineal (p<0,05). Cuando se realizó el mismo tipo de análisis para cada una de las etiologías consideradas, no se observó esa misma relación, con excepción del grupo de etiología endógena/no aclarada, aunque tampoco se alcanzó significación estadística.

En el análisis de las cifras de prevalencia de retraso mental según la altitud del casco urbano principal del término municipal tampoco se observó una relación clara (aunque el coeficiente de correlación no resultó estadísticamente significativo). Las cifras de prevalencia oscilaron entre 4,1 y 4,6‰ para altitudes inferiores a los 901 metros; discretamente superiores para altitudes entre los 901 y 1.100 m., un 5,4‰; y fueron muy superiores para los municipios situados a más de 1.100 m., un 11,4‰. Por el contrario, sí fue significativo el coeficiente de correlación (p<0,01) entre la prevalencia de la subnormalidad y el crecimiento demográfico, expresado en porcentaje, del término municipal en el último trienio (ta-

bla 5). Se observa una relación descendente de la prevalencia conforme el crecimiento de una población ha sido mayor. Una correlación similar a la anterior, aunque no significativa, se observó entre la renta per cápita y las cifras de prevalencia de subnormalidad mental (figura 2), de tal forma que las zonas más pobres presentaban valores más elevados de prevalencia.

Figura 2. Prevalencia de la subnormalidad mental en la provincia de Jaén según el nivel de renta per cápita



Por último, se decidió integrar todas las variables mencionadas junto a otras (distancia a la capital en Km, densidad del término municipal en hab/Km², logaritmo natural de la densidad -al apreciar que su relación con la subnormalidad seguía una función exponencial-, nº habitantes por familia, nº habitantes por vivienda, diseminación del municipio, y prevalencia de cada una de las restantes etiologías) en un análisis de regresión múltiple. Los resultados se detallan en la tabla 6. La prevalencia total y la debida a etiología endógena/no aclarada presentan un modelo muy similar, en el que interviene el crecimiento demográfico de la población y la distancia a Jaén capital. En las cromosomopatías y en las endocrinopatías no pudo adecuarse ningún modelo.

Discusión

La cifra de prevalencia encontrada en la provincia de Jaén es muy inferior al 12,2% recogido por Lemkau *et al.* al en Baltimore⁸; discretamente

Tabla 4. Prevalencia de subnormalidad mental en la provincia de Jaén, según etiología y tamaño de municipio. Cifras por cada 10.000 personas

	Tamaño municipio				
	<2.000	2-5.000	5-10.000	10-50.000	>50.000
Anoxia perinatal	4,46	5,83	3,70	4,95	3,62
Infecciones /inflamaciones del SNC	3,34	4,96	3,95	3,73	3,43
Cromosomopatías	3,62	5,05	5,13	5,73	5,73
Metabolopatías	-	0,44	0,08	0,09	0,12
Rh y análogos	-	0,26	0,17	0,39	0,37
Endocrinopatías	0,84	0,61	0,76	0,56	1,12
Otras etiologías	0,56	1,13	1,18	1,13	0,81
Endógena / no aclarada	33,16	27,95	27,39	22,95	21,82
TOTAL	45,97	46,23	42,35	39,53	37,03

Coefficiente de regresión lineal entre tamaño y Total de Prevalencia = -0,904, (p<0,05).

Coefficiente de regresión entre tamaño y etiología endógena / no aclarada = -0,802, (N.S.).

Tabla 5. Relación entre el crecimiento demográfico en el último trienio y la prevalencia de subnormalidad mental por cada 10.000 personas

Crecimiento en ‰	Población	nº casos	Prevalencia
Menor de -4	5.265	63	119,66
De -4 a -2	877	6	68,42
De -2 a 0	18.132	88	48,53
De 0 a 2	98.243	449	45,52
De 2 a 4	290.064	1.126	38,82
Mayor de +4	248.113	973	39,22

Coefficiente de correlación lineal = -0,929, (p<0,01).

Tabla 6. Análisis ecológico de la prevalencia de la subnormalidad según la etiología

Etiología	Educación de regresión	r Múltiple
Total	0.00369 + 0.000137 <i>Distan</i> - 0.03223 <i>Crec</i>	0,586
Anoxia perinatal	0.00037 + 0.30278 <i>Prev3</i>	0,270
Infecciones/Inflamaciones SNC	0.00004 + 0.0000027 <i>Distan</i> + 2.749 <i>Prev7</i> + 0.242 <i>Prev2</i>	0,537
Cromosomopatías	-	-
Metabolopatías	-0.00002 + 0.00000055 <i>Distan</i>	0,204
Rh y análogos	-0.00006 + 0.055 <i>Prev3</i> + 0.000036 <i>Lnden</i>	0,423
Endocrinopatías	-	-
Otras etiologías	-0.00005 - 0.0213 <i>Crec</i> + 0.000000963 <i>Lnden</i>	0,415
Endógena / no aclarada	0.00228 + 0.0000105 <i>Distan</i> - 0.025 <i>Crec</i>	0,543

Crec=crecimiento; *Prev3*=prevalencia de etiología por infecciones/ inflamaciones del SNC; *Prev7*=prevalencia de etiología Rh y análogos; *Distan*=distancia en km a la capital; *Lnden*=logaritmo natural de la densidad; *Prev2*=prevalencia de la etiología anoxia perinatal.

inferior a la obtenida por Díaz y Gestal⁹ en Galicia, 4,95%; y similar a los valores declarados por Susser y Kushlik¹⁰ en Salford, Inglaterra, y por Torrente *et al.*¹¹ en Huesca, que se sitúan muy próximos al 4%.

La cifra de subnormalidad leve

(CI entre 51 y 69) recogidas en nuestro estudio son muy bajas, tanto más si tenemos en cuenta la afirmación de Lewis, Yanet, Penrose y Dunn⁹ y el Informe XV del Comité de Salud Mental de la OMS², en los que se establece que los casos de subnormalidad

mental severa ($CI < 50$) constituyen un 25% del total de casos de subnormalidad. En nuestro estudio las cifras de subnormalidad severa alcanzaron el 91,6%. Si se corrigieran las cifras teniendo en cuenta la proporción de Lewis *et al.*, en vez de 2.705 casos de retraso mental habría 9.912, lo que supondría una tasa de 15‰, cifras muy superiores a los valores recogidos en los estudios mencionados.

Hay evidentemente una falta de recogida de los casos de subnormalidad ligera, que se encuentra relacionada con el tamaño del municipio (tabla 4). Con excepción de los municipios menores de 2.000 habitantes, la proporción de subnormalidad leve crece con el tamaño municipal. Esto favorece la tesis de que conforme más urbano es un núcleo, mayor es la demanda de la sociedad sobre el individuo, facilitando la detección y, por tanto, la declaración de los casos leves de subnormalidad. No tenemos ninguna explicación para la alta proporción de subnormalidad mental ligera encontrada en las poblaciones de menos de 2.000 habitantes.

Lo anterior obliga a considerar sólo como fiables los datos concernientes a subnormalidad severa. Nuestras cifras de subnormalidad severa, 3,75‰, son inferiores a las obtenidas por Innes *et al.*¹² en Escocia; discretamente superiores a las de Díaz y Gestal⁹ para Galicia, 3,4‰, y a las declaradas para Finlandia¹³, 3,39‰; y superiores a las cifras de la ciudad de Cardiff¹⁴, en Gales, con 2,58‰, a las de Irlanda del Norte¹⁵, con 2,3‰, y a las de Wessex, en Inglaterra¹⁶, con 1,09‰.

La prevalencia es mayor en los hombres, tal como ocurre en otros estudios^{10,15} que encontraron respectivamente un cociente hombre:mujer de 1,17:1 y de 1,12:1. Según Richardson⁴, la proporción de varones a mujeres sería de 4 a 1 en los casos de subnormalidad leve, siendo la encontrada en nuestro estudio la propia de los casos de subnormalidad severa. Sin embargo, en los 85 casos leves de nuestro universo, la proporción encontrada de varones y mujeres fue similar a la de los casos severos.

En la etiología de los casos de la provincia de Jaén destaca la alta proporción de casos endógenos y etiología no aclarada, muy superior a la de otros estudios⁹, que dan un valor de 28,51%. Esto refleja una falta de investigación de las causas conocidas de la enfermedad. Y ello, obviamente, dificultaría la implantación de medidas de prevención, al no conocerse en una alta proporción por dónde atacar el problema.

El bajo nivel de recuperación encontrado en nuestra provincia es consecuencia del escaso número de casos de subnormalidad leve declarados. Las cifras no son comparables al estudio de Galicia⁹ por haber utilizado un sistema de clasificación diferente del nuestro.

La relación de los valores de prevalencia con el tamaño del municipio se apreció a nivel de las cifras globales, siendo muy sugerentes para las cifras de etiología endógena o no aclarada. No se encontró para ninguna de las restantes etiologías. La ruralidad de la subnormalidad ha sido negada por varios estudios^{12,16}. Otros la han encontrado⁹, aunque no especifican qué consideran como zona rural.

Las cifras de prevalencia de subnormalidad no mostraron una relación estadísticamente significativa con la renta per cápita, aunque las zonas más pobres son las que presentan los valores más elevados de subnormalidad. Un estudio similar realizado en Escocia¹⁷, encuentra a este parámetro significativamente asociado con los valores de prevalencia de subnormalidad leve, pero no así con los casos severos. Lo mismo afirma Susser¹⁸. Abramowicz y Richardson¹⁹, por el contrario, rechazan este tipo de asociación.

La altitud del municipio no mostró una relación clara con los valores de subnormalidad, aunque sí se apreció una gran diferencia entre núcleos situados a menos de 1.100 metros (prevalencia media de 4,4‰) con los que están a más 1.100 metros (11,4‰). Estas últimas poblaciones están ubicadas principalmente en el nordeste de la provincia, en la Sierra

de Segura, zona de las más deprimidas socioeconómicamente y la más aislada geográficamente. Esto podría ser una explicación del porqué se observan esas diferencias. Sí fue significativa, por el contrario, la relación de la subnormalidad con el crecimiento demográfico experimentado por el término municipal en el último trienio. Es este un parámetro de difícil interpretación que, visto a través de su asociación (por análisis de regresión) con otros indicadores de desarrollo social y económico provinciales, lo consideramos como un buen parámetro resumen del nivel de vida del área.

Las variables comentadas hasta el momento mantienen entre sí una estrecha relación de interdependencia. Es lo que se ha dado en llamar la multicolinealidad ecológica²⁰. Un ejemplo de ello sería la asociación observada entre crecimiento demográfico, renta, altitud, densidad de población, dispersión de población, etc. Esto nos obligó a incluir todas las variables simultáneamente en un modelo con el fin de determinar cuál(es) de ellas era(n) la(s) que mantenía(n) una relación más fuerte e independiente con la subnormalidad. Se hizo mediante regresión lineal múltiple escalonada. Así, no es de extrañar que los modelos elaborados para la prevalencia global y para la prevalencia por etiología desconocida o endógena fueran muy similares. No en vano, casi el 60% de la prevalencia se debe en Jaén a ese grupo etiológico. Esto fue lo que motivó que la variable más importante en una valoración global de la prevalencia fuera el crecimiento demográfico. Hecho que no se observó para la mayoría restante de los grupos etiológicos. Es de destacar también la relación observada entre tres grupos etiológicos, las infecciones / inflamaciones del SNC, el grupo Rh y análogos, y la anoxia perinatal. Estos tres grupos pueden tener un denominador común que los influencia: la asistencia sanitaria. Ello podría ser una explicación a este fenómeno observado.

No se puede perder de vista el hecho de que estamos midiendo en

base a la prevalencia de la enfermedad, esto es, teniendo sólo en cuenta los casos supervivientes. Al ser la tasa de letalidad diferente para cada etiología, algunas de las asociaciones contempladas en este estudio podrían alterarse si se hubieran tenido en cuenta casos incidentes. A pesar de ello, nuestra investigación sugiere la relación entre subnormalidad mental y grado de desarrollo de una colectividad, pone de manifiesto el escaso interés hasta ahora demostrado por este problema en la provincia (falta de investigación etiológica, escasez de casos leves declarados, etc.) y supone un punto de partida para la priorización de áreas en los futuros programas de salud mental destinados a la lucha contra el retraso mental.

Agradecimientos

A la Dirección Provincial del INSERSO de Jaén por su amabilidad en proporcionarnos su censo de subnormalidad mental.

Bibliografía

1. Fryers T. *The Epidemiology of Severe Intellectual Impairment. The Dynamics of Prevalence*. London: Academic Press, 1984.
2. Organización Mundial de la Salud. XV Informe del Comité de Expertos de la O.M.S. en Salud Mental. *Ser Inform Téc* 1968; 392.
3. Kiely M. The prevalence of mental retardation. *Epidemiol Rev* 1987; 9:194-216.
4. Richardson SA. The ecology of mental handicap. *J Roy Soc Med* 1987; 80: 203-6.
5. Consejería de Salud y Consumo. Junta de Andalucía. *Mapa de Atención Primaria de Andalucía*. Sevilla: Junta de Andalucía, 1986.
6. Instituto Nacional de Estadística. *Censo Nacional de Población*. Madrid: INE, 1981.
7. Ohno Y, Aoki N. A test of significance for geographic cluster of disease. *Int J Epidemiol* 1979; 8:273-81.
8. Lemkau P, Tietze C, Cooper M. Mental hygiene problems in an urban district. Fourth Paper. *Ment Hyg* 1947; 27:279-95.
9. Díaz Fernández F, Gestal Otero J. The influence of habitat on the prevalence of mental handicap. *Int J Epidemiol* 1987; 16:52-6.
10. Susser MW, Kushlick A. *A report on the mental health services of the city of Salford for the year 1960*. Salford: City of Salford Health Department, 1961.
11. Torrente JE, Morales C, Serrat D. Distribución de la oligofrenia por comarcas histórico-geográficas de la Provincia de Huesca. En: *Libro de comunicaciones de la VIII Reunión Anual de la Sociedad Española para el Estudio Científico del Retraso Mental*. Jaca: Sociedad Española para el Estudio Científico del Retraso Mental, 1979.
12. Innes G, Kidd C, Ross HS. Mental subnormality in North-East Scotland. *Br J Psychiatry* 1968; 114:35-41.
13. Amnell G. The epidemiology of mental deficiency in Finland. *Proceedings of the International Copenhagen Congress of the Scientific Study of Mental Retardation*. 1964; 2:519-24.
14. Humphreys S, Luke, Blunden R. The administrative prevalence of mental handicap in the city of Cardiff: An examination of geographical distribution. *Br J Mental Subnormality* 1982; 54: 34-45.
15. Scally BG, Mackay DN. Mental subnormality and its prevalence in Northern Ireland. *Acta Psychiatr Scand* 1964; 40: 203-11.
16. Kushlick A, Cox G. The epidemiology of mental handicap. *Dev Med Child Neurol* 1973; 15:748-59.
17. Jackson RN. Urban distribution of educable mental handicap. *J Ment Defic Res* 1968; 12:312-16.
18. Susser MW. *Community Psychiatry: Epidemiology and Social Themes*. Nueva York: Random House, 1968.
19. Abramowicz HK, Richardson SA. Epidemiology of severe mental retardation in children: Community studies. *Am J Ment Defic* 1975; 80:18-39.
20. Morgesntern H. Uses of ecological analysis in epidemiological research. *Am J Public Health* 1982; 72:1336-46.

